

Perfil do paciente idoso referenciado ao consultório odontológico do Instituto *Jenny de Andrade Faria* HC/UFMG

Profile of elderly patient referenced to the doctor's office dental Institute of Jenny de Andrade Faria HC/UFMG

Mariana Almeida REGO^a, Wellington Márcio dos Santos ROCHA^b, Efigênia Ferreira e FERREIRA^c

^aResidente Multiprofissional em Saúde do Idoso, Faculdade de Odontologia, UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais, 31270-901 Belo Horizonte - MG, Brasil

^bDepartamento de Odontologia Restauradora, Faculdade de Odontologia, UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais, 31270-901 Belo Horizonte - MG, Brasil

^cDepartamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais, 31270-901 Belo Horizonte - MG, Brasil

Resumo

Introdução: Com o aumento da expectativa de vida, medidas de saúde públicas devem ser planejadas e executadas para garantir atendimento à população idosa. Neste contexto, pode-se citar a saúde bucal como importante fator para garantir bem-estar e qualidade de vida. **Objetivo:** Este estudo foi realizado com o objetivo de identificar o perfil do paciente geriátrico encaminhado ao consultório odontológico do Instituto *Jenny de Andrade Faria* do HC/UFMG. **Material e método:** Trata-se de um estudo transversal e descritivo, realizado por meio da coleta de dados dos prontuários de 48 pacientes. **Resultado:** Os principais resultados mostraram que esta população é composta, em sua maioria, por mulheres; estes indivíduos apresentam comprometimento sistêmico, grande parte está sob o uso de polifarmácia e a taxa de pacientes edêntulos é alta. **Conclusão:** Há necessidade da inserção do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar, que esteja apto a cuidar de pacientes complexos, bem como da instalação de equipamentos odontológicos para que o tratamento seja efetivamente realizado em consultório próprio da instituição.

Descritores: Serviços de saúde para idosos; perfil de saúde; saúde bucal.

Abstract

Introduction: With increasing life expectancy, public health measures should be planned and implemented to ensure care for the elderly population. In this context, we can cite the oral health as an important factor in ensuring well being and quality of life. **Objective:** This study aimed to identify the profile of geriatric patients referring to the dental office of the Institute of Jenny de Andrade Faria HC / UFMG. **Material and method:** This was a cross-sectional and descriptive study by collecting data from medical records of 48 patients. **Result:** The results showed that this population is composed mostly of women, who have systemic involvement, most is under the use of polypharmacy and the rate of edentulous patients is high. **Conclusion:** There is need to insert the dental surgeon in the multidisciplinary team that is able to take care of complex patients, as well as the installation of equipment for dental treatment to be carried out effectively in the office of the institution itself.

Descriptors: Health services for the elderly; health profile; oral health.

INTRODUÇÃO

O Brasil vem passando por modificações demográficas e epidemiológicas nas últimas décadas. O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Entretanto, nos países desenvolvidos, isto ocorreu de forma gradual e muito tempo depois de eles terem adquirido altos padrões de vida, minimizando, desta forma, as diferenças socioeconômicas e criando estratégias de saúde visando ao envelhecimento saudável. Enquanto isso, em países subdesenvolvidos, esse processo teve início tardio e ocorre num ritmo acelerado¹⁻⁵.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu que, em países em desenvolvimento, onde a expectativa de vida é menor, a idade para definir o idoso é 60 anos⁶.

Estima-se que, em 2020, o Brasil terá mais de 30 milhões de idosos e será, então, o sexto país com maior número de pessoas com mais de 60 anos^{3,4}.

A transição demográfica e epidemiológica associa-se com importantes transformações sociais e econômicas, trazendo um novo perfil de morbi-mortalidade, caracterizado por um

aumento de doenças crônico-degenerativas na população. Por isso, o envelhecimento populacional é considerado um dos maiores desafios de saúde pública, principalmente em países como o Brasil⁷⁻⁹.

A nova realidade brasileira exige mudanças e inovação no modelo de atenção à pessoa idosa, a fim de garantir que o idoso possa usufruir de um sistema de saúde integral. Do ponto de vista odontológico, estudos demonstram que a condição de saúde bucal pode influenciar a qualidade de vida e o bem-estar^{3,10}.

A Odontogeriatrics é uma especialidade recente da Odontologia, que surgiu para suprir as necessidades do contexto atual e que se relaciona com o aumento da expectativa de vida da população. No entanto, o desconhecimento acerca da importância desse segmento de ação do profissional de Odontologia tem gerado baixa procura pelo serviço mesmo em nações mais desenvolvidas, onde há programas específicos para essa faixa da população^{10,11}.

O objetivo deste estudo foi identificar o perfil do paciente geriátrico encaminhado, em sua maioria, por médicos do próprio serviço, ao consultório odontológico do Instituto *Jenny de Andrade Faria* do HC/UFMG, com a finalidade de conhecer suas principais características. Esse conhecimento irá facilitar, em estudos posteriores, a elaboração de protocolos de atendimento voltados para esse grupo populacional, subsidiando a formulação de políticas públicas para melhorar o atendimento prestado pela instituição.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, realizado por meio de coleta de dados de prontuários dos pacientes idosos (60 anos ou mais) atendidos no consultório odontológico do Instituto *Jenny de Andrade Faria* HC/UFMG, no período de fevereiro a julho de 2011. Os prontuários incompletos foram excluídos da pesquisa, sendo a amostra finalizada em 48 prontuários. Os dados de interesse para o estudo foram colhidos e analisados posteriormente.

Foram coletados dados sociodemográficos; perfil de doenças sistêmicas e medicamentos; condição de saúde bucal e uso de próteses; necessidades odontológicas, e tipo de encaminhamento. Esses dados foram organizados em um formulário próprio para confecção posterior do banco de dados em planilha do programa Excel.

Os dados foram analisados descritivamente, sendo apresentados sob a forma de frequências (absoluta e relativa).

Esta pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAE: 03420212.5.0000.5149), atendendo à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADO

Foram analisados os prontuários de 48 pacientes. A idade média encontrada foi de 77,8 anos ($\pm 7,61$; 70,2-85,4), sendo que 39,5% dos idosos encontravam-se na faixa etária dos 70 a 79 anos (Tabela 1). Uma parcela bastante significativa (37,5%) possuía mais de 80 anos.

Em relação ao gênero, o número de mulheres foi predominantemente maior (35), representando 72,9% da população (Tabela 1).

Neste estudo, foi observado que (16) 33,3% dos idosos eram analfabetos, (5) 10,4% possuíam de um a quatro anos de estudo, (19) 39,5% de cinco a oito anos e (8) 16,6% possuíam nove ou mais anos de estudo (Tabela 1).

Várias comorbidades sistêmicas foram encontradas, sendo a hipertensão a mais descrita (31), perfazendo 64,5% (Figura 1).

Em relação à polifarmácia, (24) 50% dos pacientes faziam uso de 5 ou mais medicamentos (Tabela 2).

Os medicamentos mais utilizados foram os anti-hipertensivos (59,8%), os antidepressivos (41,6%) e os antiagregantes plaquetários (41,6%) (Figura 2).

No que diz respeito às condições de saúde bucal, (19) 39,5% eram edêntulos e utilizavam próteses; (7) 14,5% eram edêntulos e não utilizavam próteses; (11) 22,9% dos idosos eram parcialmente dentados e utilizavam algum tipo de prótese; (10) 20,8% eram parcialmente dentados sem uso de nenhum tipo de prótese e apenas (1) 2,08% eram dentados e sem uso de próteses (Figura 3).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos idosos encaminhados ao consultório odontológico do Instituto *Jenny de Andrade Faria* HC/UFMG (n = 48)

| Características | n | % |
|---------------------|----|------|
| Faixa etária (anos) | | |
| 60-69 | 11 | 22,9 |
| 70-79 | 19 | 39,5 |
| 80 ou mais | 18 | 37,5 |
| Gênero | | |
| Feminino | 35 | 72,9 |
| Masculino | 13 | 27,1 |
| Escolaridade (anos) | | |
| Analfabetos | 16 | 33,3 |
| 1-4 | 5 | 10,4 |
| 5-8 | 19 | 39,5 |
| 9 ou mais | 8 | 16,6 |

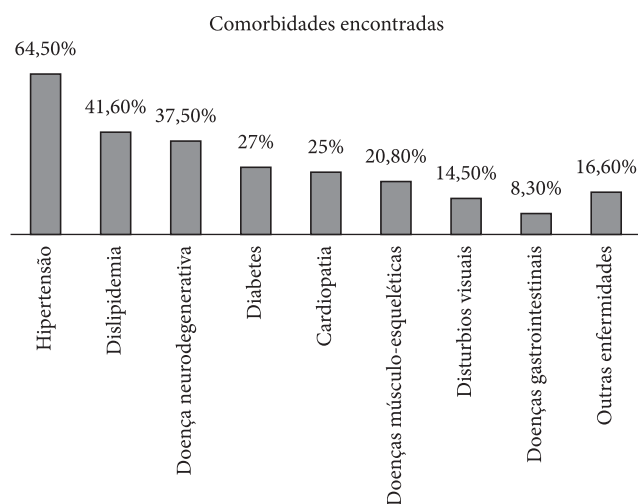
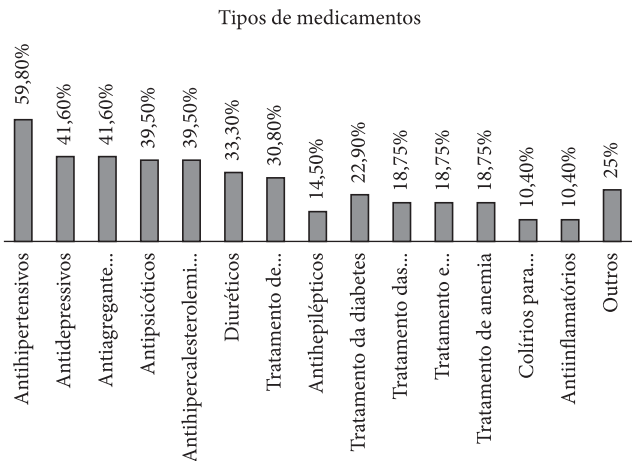
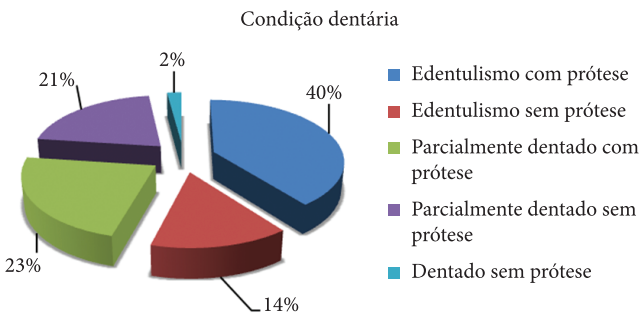


Figura 1. Prevalência de doenças sistêmicas na população de idosos do estudo.

Tabela 2. Consumo de medicamentos/dia entre os idosos do estudo

| Quantidade de medicamentos | n | % |
|----------------------------|----|--------|
| Nenhum | 1 | 2,08 |
| Até 4 | 23 | 47,92 |
| 5 ou mais | 24 | 50,00 |
| Total | 48 | 100,00 |

**Figura 2.** Frequência dos medicamentos consumidos entre os idosos do estudo.**Figura 3.** Condição dentária dos pacientes.**Tabela 3.** Necessidade de atendimento odontológico e encaminhamentos feitos na população de idosos do estudo

| Demandas odontológicas | n | % |
|------------------------------------|----|-------|
| Substituição/confecção de próteses | 27 | 56,25 |
| Raspagem sub/supragengival | 18 | 37,5 |
| Exodontia | 9 | 18,75 |
| Tratamento restaurador | 8 | 16,7 |
| Exame histopatológico | 30 | 62,5 |
| Outros atendimentos | 7 | 14,5 |
| Encaminhamentos | n | % |
| Centro de Saúde | 17 | 35,41 |
| FO-UFG | 22 | 45,83 |
| Outros | 9 | 18,75 |

A principal necessidade odontológica observada foi a substituição de próteses (27) representando 56,25% (Tabela 3).

Em relação ao encaminhamento, 17 (35,41%) dos idosos foram referenciados à Unidade Básica de Saúde; 22 (45,83%) para a Faculdade de Odontologia da UFG, e 9 (18,75%) para outras instituições (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A idade média de 77,8 anos ($\pm 7,61$; 70,2-85,4), encontrada neste estudo, foi superior à de todos os demais estudos vistos na literatura^{7,8,10-14}.

A proporção de pacientes do gênero feminino (72,9%) foi consideravelmente maior, corroborando com os achados de Feliciano et al.⁷ (2004), Nunes et al.⁸ (2010), Haikal et al.¹⁰ (2011) e Rosset et al.¹² (2011). Segundo Araújo et al.⁴ (2011), a feminização da terceira idade é um processo evidente para todos os demógrafos que tratam das alterações na estrutura etária. Tibulo et al.¹ (2012) justificam este fato dizendo que as mulheres são beneficiadas por menores níveis de mortalidade, principalmente por causas externas, as quais envolvem muito mais pessoas do gênero masculino.

Em relação ao nível de escolaridade, 39,5% dos idosos possuíam de cinco a oito anos de estudo. Essa porcentagem pode ser considerada acima da média, se for comparada com a amostra estudada por Nunes et al.⁸ (2010), que relataram que 43,8% de sua amostra possuía de um a cinco anos de estudo, e por Moreira et al.¹⁵ (2009), que destacaram a baixa escolaridade da maior parte dos participantes, com uma média de 2,7 a 3,1 anos de estudo. Paskulin, Vianna¹³ (2007) ressaltam que índices mais elevados de escolaridade podem ser considerados como fator facilitador para as ações de educação em saúde e fator protetor para déficits cognitivos. O índice de analfabetos foi bastante significativo, representando 33,3% da amostra. Feliciano et al.⁷ (2004) e Rodrigues et al.² (2008) encontraram índices parecidos para pessoas que nunca frequentaram a escola em seus estudos. Os autores consideram que a situação do analfabetismo pode ser considerada um fator de limitação para a sobrevivência e para a qualidade de vida.

Dos pacientes analisados, a hipertensão foi a morbidade mais frequente (31), perfazendo 64,5%, conforme descrito na Figura 1.

A mudança do perfil da manifestação das doenças em função da transição demográfica e epidemiológica tem sido tema recorrente dentro da literatura sobre o assunto. Esse processo é caracterizado pela diminuição da mortalidade por doenças transmissíveis e seu aumento por doenças crônico-degenerativas e não transmissíveis^{3,4,7-9,12,14}.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde⁶, as doenças não transmissíveis, como as cardíacas, os AVEs, o diabetes e as neoplasias, compõem dois terços de todas as mortes no mundo, em razão do envelhecimento da população e da propagação de fatores de risco associados à globalização e à urbanização. No entanto, doenças, como as neoplasias, não foram observadas neste estudo.

O total de pacientes hipertensos (31), com 64,5%, foi similar aos achados nas investigações de Feliciano et al.⁷ (2004) e Nunes et al.⁸ (2010), que verificaram 51% e 61%, respectivamente.

As doenças neurodegenerativas estavam presentes em percentual significativo (18), com 37,5%, neste estudo. Em contrapartida, outros artigos não relataram esse tipo de condição dentre a população estudada. Esse fato pode ser justificado em decorrência da idade média de 77,8 anos encontrada nesta população, superior à dos demais estudos. Sabe-se que a idade é o principal fator de risco para o aparecimento das doenças neurodegenerativas. Estudos mundiais revelam que a prevalência das demências pode variar de 0,3 a 1% em pessoas entre 60 e 64 anos, aumentando de 42 a 68% em indivíduos com 95 anos ou mais⁵.

A Doença de Alzheimer (DA) foi a mais prevalente dentre as doenças neurodegenerativas, representando 72,2%, com 13 casos dentre as demências. Segundo a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ), há cerca de um milhão e duzentos mil indivíduos com DA no Brasil, cuja incidência é a terceira maior causa de morte em países desenvolvidos, depois das doenças cardiovasculares e do câncer.

Nos estágios iniciais da doença, que podem durar de zero a quatro anos, qualquer tipo de procedimento clínico odontológico pode ser realizado, de forma a preparar o paciente frente à evolução da demência. Entretanto, nas fases mais avançadas, devem-se priorizar ações mínimas de saúde bucal, evitando procedimentos demorados e complexos. Nessa fase, também, próteses mal adaptadas e mal higienizadas devem ser removidas, prevenindo a ocorrência de possíveis acidentes, como aspiração ou deglutição das mesmas^{16,17}.

Em relação ao uso de medicamentos, pode-se destacar a polifarmácia como sendo um dos principais reflexos da mudança do perfil das doenças. A polifarmácia é definida como o uso de cinco ou mais medicamentos e está associada ao aumento do risco e da gravidade das reações adversas aos medicamentos (RAM)¹⁸. No presente estudo, 50% dos idosos faziam uso de cinco ou mais medicamentos.

É cada vez mais comum encontrar pacientes em atendimento odontológico fazendo uso de um ou mais medicamentos, que podem manifestar efeitos colaterais na cavidade bucal^{19,20}.

Amaral et al.²⁰ (2009) fizeram uma revisão bibliográfica, na qual citaram as alterações mais comuns provocadas por medicamentos na cavidade bucal, dentre as quais, estão: alterações no fluxo salivar e nas glândulas salivares; alterações no paladar; hiperplasia fibrosa; discinesia tardia; candidíase; língua pilosa, e osteonecrose.

Thonson et al.¹⁹ (2006) realizaram um estudo longitudinal que investigou a incidência e a prevalência da xerostomia em determinada população e concluíram que os medicamentos são um dos fatores predisponentes para o surgimento de tal alteração. Perotto et al.²¹ (2007) observaram que a xerostomia estava presente em 24,8% de sua amostra e que os principais grupos de medicamentos responsáveis pelo sintoma de boca seca foram os anti-hipertensivos, antidepressivos e anticonvulsivantes.

A osteonecrose em maxilares induzida por bisfosfonatos (ONMB) foi conceituada, em 2007, pela *American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* (AAOMS) como sendo caracterizada por uma área de exposição óssea na maxila ou na mandíbula que não se repara em oito semanas. Essa patologia acomete pacientes que estejam recebendo ou receberam bisfosfonatos (BFs) sistemicamente e não sofreram irradiação no complexo maxilomandibular. Embora não tenha sido observado nenhum caso no presente estudo, é importante estar atento em razão da gravidade da situação²².

Os BFs são medicamentos utilizados no tratamento de osteoporoses, mielomas múltiplos, hipercalemia maligna associada a tumores, metástases ósseas e doença de Paget, dentre outras indicações^{23,24}.

Santos et al.²³ (2011) e Brozowski et al.²² (2012) recomendaram avaliação e completa reabilitação odontológica antes do início da terapia com BFs, fazendo com que os pacientes apresentem boas condições de saúde bucal para diminuir o risco de desenvolvimento de osteonecrose.

O percentual de edentulismo (54%) encontrado foi muito similar aos achados de Cardoso et al.¹⁴ (2011), Oliveira et al.²⁵ (2011), Moreira et al.¹⁵ (2009) e Haikal et al.¹⁰ (2011); este valor ficou acima dos achados do projeto SB Brasil²⁶ (2003), que indicaram um percentual de edentulos de 46%.

Idosos possuindo 20 dentes ou mais ainda é um evento raro de ser encontrado, representando apenas 2,08% (um paciente) dos resultados e corroborando com o estudo de Cardoso et al.¹⁴ (2011) e Haikal et al.¹⁰ (2011). Costa et al.¹¹ (2010) justificam este fato dizendo que a perda dentária ainda é visto como algo natural e consequente da idade, por grande parte das pessoas.

A procura por tratamento odontológico pelos idosos é considerada baixa, o que se justifica pelo comportamento de muitos deles e de seus familiares, que percebem a necessidade de se buscar um profissional apenas na ocorrência de dores. Outro fenômeno conhecido é que idosos desdentados totais ignoram a necessidade de acompanhamento odontológico em virtude da sua condição bucal. Sabe-se, por outro lado, que a avaliação periódica desses indivíduos é procedimento necessário para avaliação de próteses e reconhecimento de alterações em tecidos moles, importantes medidas para o diagnóstico precoce de câncer bucal¹⁰.

Neste estudo, o total de pacientes com necessidade de substituição ou confecção de próteses (27), com 56,25% da população da pesquisa, foi considerado baixo quando comparado ao estudo de Crispim et al.²⁷ (2009). Entretanto, os valores ficam próximos aos achados no projeto SB Brasil²⁶ (2003), que descreveu 19,6% e 53,7%, com necessidade de substituição para o arco superior e inferior, respectivamente.

Dentre as possíveis alterações bucais com necessidade de exame histopatológico (biópsia e citologia esfoliativa), as mais frequentes foram hiperplasia gengival inflamatória e candidíase. Crispim et al.²⁷ (2009) relatam que as lesões de mucosa relacionadas ao uso de próteses mostraram uma prevalência preocupante em seu estudo. Para esses autores, os traumatismos crônicos, a má adaptação da prótese e as relações oclusais

inadequadas são fatores predisponentes para o aparecimento de várias lesões na mucosa bucal.

Procedimentos restauradores, exodontias e raspagem supra e subgengival devem ser realizados como medidas importantes para adequar o meio bucal e melhorar o funcionamento do sistema estomatognático. Pacientes e acompanhantes devem ser orientados a respeito da manutenção da higiene bucal, por meio de técnicas de higienização adequadas, devidamente orientadas pelo cirurgião-dentista¹⁶.

Grande parte dos procedimentos a serem realizados nos idosos desta pesquisa é de caráter primário. Crispim et al.²⁷ (2009) pontuam que as extrações dentárias e a instalação de próteses constituem serviços odontológicos básicos. Entretanto, a estruturação de um serviço de atenção à saúde bucal do idoso e de prótese dentária pelo setor público deve ser planejada. Feliciano et al.⁷ (2004) ainda completam que os profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam na rede de atenção primária, devem ser alvo de treinamento e capacitação continuados, para se adequarem às necessidades da população idosa.

CONCLUSÃO

A nova realidade demográfica e epidemiológica exige mudanças nas políticas de saúde pública de atenção ao idoso. As estruturas do sistema precisam ser revistas a fim de garantir o atendimento assistencial diferenciado e o acompanhamento do processo de envelhecimento, para que este ocorra de forma ativa e saudável.

Os resultados deste estudo demonstram que a população atendida no consultório odontológico do Instituto *Jenny de*

Andrade Faria do HC/UFGM é composta por indivíduos clinicamente comprometidos, que fazem uso de diversos tipos de medicamentos e possuem condição bucal precária. Do ponto de vista odontológico, os procedimentos a serem realizados não são complexos e não exigem equipamentos sofisticados. Entretanto, a complexidade dos pacientes torna o atendimento odontológico uma tarefa desafiadora.

A saúde bucal merece atenção especial, pois é fator importante para manter o bem-estar e a qualidade de vida. Neste contexto, deve haver inserção do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar do Instituto *Jenny de Andrade Faria*. O profissional deve possuir conhecimento acerca das alterações fisiológicas do envelhecimento, dominar as técnicas odontológicas, conhecer possíveis interações entre saúde bucal e saúde geral, saber lidar com possíveis efeitos colaterais de medicamentos, contraindicar determinados procedimentos, identificar alterações patológicas e saber diferenciá-las das alterações fisiológicas. O cirurgião-dentista deve promover a saúde mantendo uma boa relação com familiares e cuidadores, já que serão eles os principais responsáveis por manter a higienização adequada e identificar alterações dos padrões de normalidade.

É de interesse da população que o consultório odontológico seja efetivamente instalado nas dependências do Instituto, sob o comando de um profissional qualificado e preparado para solucionar os problemas de saúde bucal e apto a trabalhar de forma interdisciplinar. Com a aplicação destes parâmetros, o Instituto *Jenny de Andrade Faria* deve se firmar como um importante centro de referência de atendimento odontológico para o paciente idoso e, com isso, sanar a deficiência desse tipo de serviço especializado dentro do sistema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Tibulo C, Carli V, Dullius AIS. Evolução populacional do Brasil: uma visão demográfica. *Scientia Plena*. 2012; 8: 1-10.
2. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Publica*. 2008; 24: 2267-78. PMID:18949229. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001000008>
3. Veras R. Fórum envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad Saúde Publica*. 2007; 23: 2463-6. PMID:17891305. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000020>
4. Araújo DD, Azevedo RS, Chianca TCM. Perfil demográfico da população idosa de Montes Claros, Minas Gerais e Brasil. *Rev Enferm Cent O Min*. 2011; 1: 462-9.
5. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*. 2008; 6(1):54-56.
6. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Mundial da Saúde/ Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
7. Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad Saúde Publica*. 2004; 20: 1575-85. PMID:15608859. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600015>
8. Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira EA, Bachion MM, Souza MR. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Cienc Saúde Colet*. 2010; 15: 2887-98. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600026>
9. Paz AA, Santos BRL, Eidt OR. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19: 338-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000300014>
10. Haikal DS, Paula AMB, Martins AMEBL, Moreira NA, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Cienc Saúde Colet*. 2011; 16: 3317-29. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800031>
11. Costa AM, Guimarães MCM, Pedrosa SF, Nóbrega OT, Bezerra ACB. Perfil da condição bucal de idosas do Distrito Federal. *Cienc Saúde Colet*. 2010; 15: 2207-13. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400035>

12. Rosset I, Roriz-Cruz M, Santos JLF, HaaS VJ, Fabrício-Wehbe SCC, Rodrigues RAP. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45: 391-400. PMID:21412575. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000200018>
13. Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sócio demográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. *Cad Saúde Pública*. 2007; 41: 757-68. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500010>
14. Cardoso EM, Parente RCP, Vettore MV, Rebelo MAB. Condição de saúde bucal em idosos residentes no município de Manaus, Amazonas: estimativas por sexo. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14: 131-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000100012>
15. Moreira RS, Nico LS, Sousa MLR. Fatores associados à necessidade subjetiva de tratamento odontológico em idosos brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25: 2661-71. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200013>
16. Miranda AF, Lia EN, Leal SC, Miranda MPAF. Doença de Alzheimer: características e orientações em odontologia. *RGO*. 2010; 58: 103-7.
17. Chalmers JM, Carter KD, Spencer AJ. Oral diseases and conditions in community-living older adults with and without dementia. *Spec Care Dentist*. 2003; 23: 7-17. PMID:12887148. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1754-4505.2003.tb00283.x>
18. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63: 136-40. PMID:20339769. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100023>
19. Thomson WM, Chalmers JM, Spencer AJ, Slade GD, Carter KD. A longitudinal study of medication exposure and xerostomia among older people. *Gerodontology*. 2006; 23: 205-13. PMID:17105501. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-2358.2006.00135.x>
20. Amaral SM, Miranda AMMA, Pires FR. Reações medicamentosas na cavidade oral: aspectos relevantes na Estomatologia. *Rev Bras Odontol*. 2009; 66: 41-53.
21. Perotto JH, Andrades KMR, Paza AO, Ávila LFC. Prevalência da xerostomia relacionada à medicação nos pacientes atendidos na Área de Odontologia da UNIVILLE. *Rev SOB*. 2007; 4: 16-9.
22. Brozski MA, Traina AA, Deboni MCZ, Marques MM, Naclério-Homem MG. Osteonecrose maxilar associada ao uso de bisfosfonatos. *Rev Bras Reumatol*. 2012; 52: 260-70. <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042012000200010>
23. Santos PSS, Oliveira MA, Félix VB. Osteonecrose maxilofacial induzida por bisfosfonatos em indivíduos com osteoporose. *Rev Bras Ortop*. 2011; 46: 495-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-36162011000500003>
24. Cardona F, Bagán JV, Sáinz E, Figueiredo J, Giner F, Vidán FJ. Osteonecrosis de lós maxilares por bisfosfonatos. Actualización y puesta al día. *Na Sist Sanit Navar*. 2009; 32: 423-37.
25. Oliveira RMT, Lia EM, Macedo SB, Amorim RFB. Status da saúde bucal em pacientes com demência senil. *ROBRAC: Rev Odontol Bras Central*. 2011; 20: 114-8.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2004.
27. Crispim AJ, Saupe R, Boing AF. Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese e de alterações de tecidos moles bucais em idosos de uma comunidade de Itajaí – SC. *Arq Catarinenses Med*. 2009; 38: 53-7.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Mariana Almeida Rego

Faculdade de Odontologia, UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais, 31270-901 Belo Horizonte - MG, Brasil

e-mail: marianarego24@yahoo.com.br

Recebido: 23/01/2013

Aprovado: 25/02/2013