

MARCELO DE SENA SILVA

**CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS
USUÁRIOS DO SERVIÇO ODONTOLÓGICO DA
UNIDADE VEREDAS DO MUNICÍPIO DE
RIBEIRÃO DAS NEVES - MG**

RIBEIRÃO DAS NEVES/ MINAS GERAIS

2010

MARCELO DE SENA SILVA

**CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS
USUÁRIOS DO SERVIÇO ODONTOLÓGICO DA
UNIDADE VEREDAS DO MUNICÍPIO DE
RIBEIRÃO DAS NEVES - MG**

Trabalho de Conclusão de
Curso apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Título
de Especialista.

Orientadora: Dra. Simone
Dutra Lucas

RIBEIRÃO DAS NEVES/ MINAS GERAIS

2010

MARCELO DE SENA SILVA

**CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS
USUÁRIOS DO SERVIÇO ODONTOLÓGICO DA
UNIDADE VEREDAS DO MUNICÍPIO DE
RIBEIRÃO DAS NEVES - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Dra. Simone Dutra Lucas

Banca Examinadora

Prof. Dr. Marco Túlio de Freitas Ribeiro

Prof. Dra. Simone Dutra Lucas

Aprovada em Belo Horizonte, em 13/12/2010

À minha “Grande Família” que me incentivou para que esse importante passo fosse dado. Em especial, à minha mãe e meu pai. Sempre!

Às Equipes de PSF do município de Itabira-MG, onde iniciei minha vida na Saúde Pública.

Ao inesgotável trabalho dos agentes comunitários de saúde.

À querida e exemplar orientadora professora Simone Dutra Lucas.

Ao professor Marcos Azevedo Furquim Werneck.

Ao meu amigo Martinho. Sempre presente.

E, em especial, aos usuários que a cada dia nos promovem o maior ensinamento: a vida.

“Um galo sozinho não tece uma manhã: ele precisará sempre de outros galos. De um que apanhe esse grito e o lance a outro; de um outro galo que apanhe o grito que um galo antes e o lance a outro; e de outros galos que com muitos outros galos se cruzem os fios de sol de seus gritos de galo, para que a manhã, desde uma teia tênue, se vá tecendo, entre todos os galos.”

JOÃO CABRAL DE MELO NETO

CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS USUÁRIOS DO SERVIÇO ODONTOLÓGICO DA UNIDADE VEREDAS DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO DAS NEVES – MG

RESUMO

FUNDAMENTOS: O aumento da expectativa de vida no Brasil e nos diversos países do mundo é um fenômeno bem estabelecido, em razão dos avanços dos estudos no campo da Saúde e da melhora da qualidade de vida. E tal mudança é acompanhada de grande necessidade de reabilitação protética devido ao alto percentual de idosos edêntulos.

OBJETIVO: Avaliar a situação da saúde bucal de pessoas com mais de 60 anos, não-institucionalizadas, usuárias de uma unidade de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves – Minas Gerais.

METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa transversal, realizada por meio da análise do odontograma de 50 pacientes atendidos na Unidade de Referência Odontológica (URO) Veredas do município no ano de 2009, num intervalo de três meses.

RESULTADOS: Pôde-se perceber alto índice CPO-D médio (28,47) e também de necessidades de prótese dentária total removível (80%) entre os idosos avaliados.

CONCLUSÃO: Os resultados deste estudo mostraram que o edentulismo é um problema de saúde pública para o qual, inicialmente, devem-se adotar critérios de priorização na implantação do serviço na atenção básica.

DESCRITORES: Prótese total; Saúde bucal; Saúde do idoso; Sistema Único de Saúde.

**CONDITION OF ORAL HEALTH OF ELDERLY USERS OF THE VEREDAS
UNIT OF DENTAL SERVICE OF THE MUNICIPALITY OF RIBEIRÃO DAS
NEVES – MG**

ABSTRACT

GROUNDING: The increase of the life expectancy in Brazil and in several countries of the world is a well-established phenomenon since the advances in studies in the field of health and in the improvement of the quality of life. Also this change is accompanied by a great need of prosthetic rehabilitation due to the high percentage of edentulous elderly.

OBJECTIVE: Evaluate the situation of the oral health of people over 60 years old, non-institutionalized, users of a health unit in the Ribeirão das Neves Municipal Health Department in Minas Gerais.

METHODOLOGY: This is a transversal research, carried through analysis of 50 odontograms of patients attended in the Veredas Dental Reference Unit (URO) in 2009, within three months.

RESULTS: It was possible to recognize a high value of the DMX Index (28.47) and a strong need of complete denture (80%), indicating a high demand of the population for prosthetic rehabilitation.

CONCLUSION: The edentulism becomes a problem of public health, which initially a criteria must be adopted to the prioritization in the implantation of the service in the basic care.

KEY WORDS: Denture, Complete; Oral Health; Health of the Elderly; Single Health System

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	11
2.1 Atenção Básica em Saúde da Família.....	11
2.2 Envelhecimento populacional e saúde dos idosos.....	12
2.3 Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.....	14
2.4 Envelhecimento populacional e saúde bucal dos idosos.....	15
2.5 A prótese dentária removível e a qualidade de vida de idosos.....	19
3 METODOLOGIA.....	23
4 RESULTADOS.....	25
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma das mais importantes mudanças demográfica e social observadas em quase todo o mundo. Esse fenômeno, inicialmente observado de forma lenta e progressiva em países desenvolvidos, passa a ocorrer com enorme velocidade em países em desenvolvimento. É considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a maior conquista da humanidade de todos os tempos. No entanto, há que se reconhecer que ela traz grandes desafios para as sociedades contemporâneas. E um deles diz respeito à maior demanda por serviços de saúde e o despreparo dos sistemas de atenção para lidar com essas mudanças.

Verifica-se, portanto, a necessidade de se construir uma referência para os serviços de saúde no processo de organização do cuidado à saúde do idoso na Atenção Básica. Para efetivação do SUS é necessário o fortalecimento da Atenção Básica, entendendo-a como o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. É fundamental, no entanto, a garantia do acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade, assegurando a integralidade da atenção.

No que concerne à Odontologia, percebe-se a importância de uma abordagem interdisciplinar do paciente idoso, uma vez que a má condição de saúde bucal pode afetar diversos domínios da qualidade de vida. Outro princípio fundamental é a integralidade na atenção às necessidades de saúde deste grupo, garantindo o seu acesso a todos os níveis de atenção, favorecendo a retenção dos elementos dentários remanescentes. Segundo dados do último levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), há alto percentual de edentulismo nos idosos, indicando que a perda precoce de elementos dentais é grave e se constitui, no Brasil, em um persistente problema de saúde pública.

O edentulismo é resultante de diversos e complexos determinantes, tais como: as precárias condições de vida; a baixa oferta e cobertura dos serviços; o modelo assistencial predominante de prática mutiladora, aliados às características culturais que exercem significativa influência sobre o modo como a perda dentária é assimilada.

Para a prevenção desse agravo em saúde bucal, recomenda-se a mudança do modelo de oferta dos serviços odontológicos. Deve-se buscar a incorporação e a universalização das tecnologias preventivas das principais doenças bucais (cárie e doença periodontal) que causam o edentulismo, bem como oferecer procedimentos reabilitadores que preservem os elementos dentais, por meio da organização de uma rede de cuidados progressivos em saúde bucal, conforme as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

O índice mais utilizado para estimar o edentulismo é a avaliação do uso e necessidade de próteses. As informações sobre a necessidade de prótese total são as mais relevantes para a organização de serviços reabilitadores odontológicos, visto que expressa a demanda para este tipo de procedimento.

No município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais, o atendimento odontológico da população adulta começou apenas em 2005, destinando-se a uma demanda reprimida muito significativa e com avançados problemas bucais. Tal fato despertou o interesse em se verificar o quanto a população idosa e usuária da UBS Veredas necessitava de uma reabilitação de suas condições bucais, visto não ter tido acesso ao serviço odontológico por tanto tempo.

Os poucos trabalhos sobre a condição de saúde bucal de idosos no Brasil têm mostrado altos percentuais de edentulismo e má condição de higiene bucal. Nesse sentido, dado à relevância que a Odontologia pode exercer na mudança do triste quadro de saúde e higiene bucal observado nessa faixa etária, esse trabalho pretende conhecer melhor a população de idosos usuários de uma UBS de Ribeirão das Neves – MG, a fim de verificar a sua situação de saúde bucal, com o objetivo de dimensionar a demanda e repassá-la à Secretaria de Saúde do município, para que se implante e organize a oferta de procedimentos a serem oferecidos pelo município.

Essa oferta deverá ser dada, de preferência, na Atenção Básica, a fim de minimizar um dos maiores problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal que é a organização da demanda.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Atenção Básica em Saúde da Família

A Estratégia da Saúde da Família, proposta pelo Ministério da Saúde, constitui-se em um passo importante para a reversão do atual modelo de assistência, consolidando o Sistema Único de Saúde – SUS. A priorização da atenção básica justifica-se por ser esse um nível de atenção extremamente importante para o sistema de saúde como um todo. Além de cuidar dos aspectos de prevenção de doenças e promoção da saúde, é responsável pela assistência e atendimento de um grande número de problemas de saúde. Quando bem estruturada, a atenção básica pode ser resolutiva para 80% ou mais dos motivos da procura aos serviços (UFMG, 2008).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2004).

O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma estratégia para a reorganização da Atenção Básica, que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível da atenção, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde. Portanto, o Ministério da Saúde vem reorientando o modelo assistencial a partir da Atenção Básica, imprimindo uma nova dinâmica para a consolidação do SUS (MAIA *et al.*, 2005).

A inclusão da Odontologia no PSF representa uma importante contribuição para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. As práticas do PSF estão comprometidas com a solução dos problemas de saúde, prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida da população (VOLSCHAN *et al.*, 2002).

A implantação de equipes de saúde bucal na atenção básica é recente, o que torna sua avaliação limitada. Por focar a família, como seu principal eixo de trabalho, busca-se consolidar um novo modelo de atendimento em saúde bucal, rompendo com os modelos vigentes, caracterizados ora como curativos mutiladores, ora meramente de promoção de saúde da população infantil escolar (MAIA *et al.*, 2005).

2.2 Envelhecimento populacional e saúde dos idosos

O século XXI será marcado por profundas transformações da estrutura populacional em diversos países, inclusive o Brasil. Resultado de conquistas sociais e políticas e da incorporação de novas tecnologias, o envelhecimento populacional ocupará posição de destaque entre os acontecimentos deste século (CHAIMOWICZ, 1998).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) afirma que a população com mais de 60 anos em 1960 representava 4,8% da população, e em 2025 representará 15% dos habitantes brasileiros, aumento de 16 vezes (BRUNETTI *et al.*, 2004). O decréscimo das taxas de mortalidade, associado à melhoria nas condições de saneamento básico também são fatores que resultam numa participação cada vez mais significativa dos idosos na população, resultando num processo de envelhecimento populacional rápido e intenso (FRARE *et al.*, 1997; PADILHA *et al.*, 1999; PEREIRA *et al.*, 1999; RAMOS *et al.*, 1987; SALIBA *et al.*, 1999).

O envelhecimento pode ser entendido como um processo comum a todos os seres, que depende e será influenciado por múltiplos fatores (biológicos, econômicos, psicológicos, sociais, culturais, entre outros), conferindo a cada um que envelhece características particulares. É um processo dinâmico e progressivo, no qual modificações tanto morfológicas quanto funcionais e bioquímicas podem interferir na capacidade de adaptação do indivíduo ao meio social em que vive,

tornando-o mais vulnerável aos agravos e doenças, comprometendo sua qualidade de saúde. A maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos podem ocasionar a diminuição da capacidade funcional do idoso, o que na maioria das vezes, implica uma necessidade de cuidado diferenciado para com este (SOUZA *et al.*, 2007).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a classificação cronológica do idoso para países em desenvolvimento é considerada para aqueles com 60 anos ou mais. A heterogeneidade entre essas pessoas é a maior dentre todos os grupos etários, sendo que a condição funcional desses indivíduos é mais importante que sua idade.

As transições demográfica e epidemiológica produzem como cenário uma população com elevado número de indivíduos idosos. Juntamente com o envelhecimento populacional, a transição epidemiológica, caracterizada pelo aumento de doenças crônico-degenerativas em detrimento das infecto-contagiosas, resulta no aumento da demanda dessa população por serviços de saúde.

Outra característica do envelhecimento populacional é o aumento da proporção de idosos com mais de 80 anos entre os próprios idosos. Em diversos países este é o segmento populacional que cresce mais rapidamente. Esses idosos constituem uma população bastante distinta dos idosos jovens, se considerarmos a prevalência de doenças e o grau de dependência funcional. Eles consomem recursos elevados do sistema de saúde e provocam marcante impacto na dinâmica familiar, social e econômica (CHAIMOWICZ, 1998).

Katz, em 1963, classificou os idosos de acordo com sua capacidade de executar as Atividades de Vida Diária (AVD), e “Atividades Instrumentais de Vida Diária” (AIVD). A partir dos dados obtidos com a utilização destas escalas, os idosos são classificados em: independentes, fragilizados ou semi-dependentes e dependentes.

As AVD compreendem atividades referentes ao auto-cuidado (banho, alimentação, continência, locomoção, uso do banheiro, vestir-se, transferência da cama para cadeira e vice-versa, higiene pessoal), enquanto as AIVD incluem fazer compras, cozinhar, arrumar a casa, telefonar, usar o transporte, lavar roupa, tomar remédio e ter habilidade para cuidar das próprias finanças (AYKAWA, 2005).

De acordo com a Federação Dentária Internacional (FDI), idosos independentes são aqueles capazes de realizar todas as AVD sozinhos; semi-

dependentes são aqueles que precisam de algum suporte; e dependentes são idosos geralmente acamados, que necessitam de suporte total.

A capacidade funcional é um dos principais componentes da saúde do idoso e tem sido importante para a formulação de novos conceitos de saúde, como a “expectativa de vida ativa” (CHAIMOWICZ, 1998).

Visando responder às necessidades de se conhecer mais sobre as conseqüências das doenças, a OMS adota o termo funcionalidade como modelo que avalia os componentes de funções e estruturas do corpo, atividade e participação social. Assim, a funcionalidade é usada no aspecto positivo e o aspecto negativo corresponde à incapacidade. Segundo esse modelo, a incapacidade é resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (seja orgânica e/ou da estrutura do corpo), a limitação de suas atividades e a restrição na participação social, e dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação (FARIAS, 2005).

A funcionalidade global do indivíduo é objetivamente avaliada pelo desempenho na execução de tarefas pessoais diárias e mais simples, denominadas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD). Reflete a sua capacidade de cuidar do seu corpo ou autocuidado. Tarefas mais complexas que requerem mais alto grau de independência e autonomia são denominadas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Refletem a sua capacidade de cuidar da sua vida ou de viver sozinho na comunidade (CARVALHO *et al.*, 2008).

Mesmo considerando os avanços da medicina, que têm contribuído para melhoras expressivas nas condições de saúde da população idosa, não se pode desconhecer que o crescimento de idosos mais velhos leva a um aumento da carga de incapacidades nessa população, ao menos que medidas efetivas de prevenção sejam adotadas (LIMA-COSTA *et al.*, 2003).

2.3 Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal

Durante muitos anos no Brasil, a inserção da Saúde Bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Atualmente, essa tendência vem sendo revertida, observando-se o esforço para promover uma maior integração da Saúde

Bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida (BRASIL, 2004).

Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, que aponta para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações inter-setoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção dos fatores que a colocam em risco. Ações programáticas foram incorporadas de forma mais abrangente (BRASIL, 2004).

O Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, 2004, propõe a necessidade de implantação de serviços de prótese dentária nas unidades básicas de saúde e nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), garantidos por meio de verbas específicas. Além disso, sugere que se assegure o atendimento fonoaudiológico para reabilitação das funções de mastigação, deglutição, fala e respiração. Enfatiza, também, a implantação e otimização de laboratórios de próteses dentárias, pelo setor público, de âmbito regional ou municipal (BRASIL, 2004).

2.4 Envelhecimento populacional e saúde bucal dos idosos

Dentre os vários aspectos da saúde, a saúde bucal merece atenção especial pelo fato de que, historicamente, os serviços odontológicos não possuíram como prioridade a atenção a esse grupo populacional, que, da mesma forma que a população adulta, possui altos níveis de edentulismo, alta prevalência de cárie e de doenças periodontais (MOREIRA *et al.*, 2005).

No Brasil, a limitação das ações de saúde bucal para adultos e idosos, grupos historicamente pouco priorizados pelos modelos assistenciais, faz com que suas necessidades de tratamento se acumulem, acarretando perdas dentárias prematuras e grande demanda por tratamentos especializados, particularmente os protéticos (BALDANI *et al.*, 2010).

Marchini (2001) *et al.* enfatizam que, na elaboração de um plano de tratamento dentário para o paciente idoso, torna-se extremamente importante a visão multiprofissional, em decorrência da condição sistêmica, como a presença de doenças crônicas, uso de múltiplos medicamentos, destreza, hábitos parafuncionais, tabagismo, capacidade mental e motora, de modo a buscar uma solução para os problemas bucais que compreenda também as expectativas e limitações do paciente .

Como o tratamento e controle das principais doenças bucais estão relacionados à manutenção de níveis adequados de higiene bucal, incapacidades que dificultem ou impeçam os cuidados bucais devem ser resolvidas por meio de ações interdisciplinares de reabilitação ou de capacitação de recursos humanos para realizá-las (VARGAS *et al.*, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), o envelhecimento ativo ou “bem sucedido” depende de uma série de fatores que circundam indivíduos, famílias e nações. Segundo este órgão, é útil considerar a influência destes fatores ao longo do curso de vida de forma a tirar proveito das transições e “janelas de oportunidades” para reforçar a saúde da população. Assim, o conhecimento dos determinantes possibilita o delineamento de políticas e programas de saúde para os idosos (VARGAS *et al.*, 2009).

A saúde bucal tem sido relegada ao esquecimento, no caso brasileiro, quando se discutem as condições de saúde da população idosa. A perda total de dentes (edentulismo) ainda é aceita pela sociedade como algo normal e natural com o avanço da idade, e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde, destinadas principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas (PUCCA Jr., 2000; ROSA *et al.*, 1992).

Vários estudos mostram que os idosos formam um grupo com quase todos os dentes extraídos, grande quantidade de problemas periodontais, lesões de mucosa bucal e uso de próteses inadequadas. Essa situação é decorrente da escassez de programas de saúde dirigidos a estes indivíduos, pois não representam prioridade nos serviços públicos, mesmo em face dos problemas acumulados e da forte mudança demográfica verificada no país (MACÊDO *et al.*, 2009).

Nos últimos 50 anos, a Odontologia dedicou seus estudos principalmente a descobertas na prevenção e no tratamento da cárie em crianças de até 12 anos. Foram implantados projetos incrementando a fluoroterapia e as atividades de educação em saúde bucal (PARAJARA *et al.*, 2000; PINTO, 2000). Porém, os

resultados deste investimento ainda não têm seus reflexos na população idosa, que está longe de atingir a meta da OMS, em que na faixa etária de 65-74 anos, 50% das pessoas deveriam apresentar pelo menos 20 dentes em condições funcionais (FDI, 1982). Se não forem adotadas medidas que dêem continuidade a esse trabalho preventivo, o quadro de saúde bucal dessas pessoas talvez não apresente melhoras consideráveis com o passar do tempo.

Os serviços públicos, incapazes de limitar os danos causados pela cárie por ausência de programas preventivos, realizam extrações em massa e disponibilizam à população idosa apenas atendimento emergencial, fazendo com que suas necessidades de tratamento se acumulem atingindo níveis altíssimos. Com isso, há grande demanda de tratamentos protéticos que não são oferecidos à população nem nos serviços públicos, nem nos consultórios particulares, por custos mais acessíveis (FERNANDES *et al.*, 1997).

Os dados do último levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde, (BRASIL, 2003), mostraram alto percentual de edentulismo nos idosos. Conseqüentemente, a percepção da capacidade mastigatória foi descrita como ruim por 47,8% dos idosos avaliados. A partir desses dados, percebe-se a importância de uma abordagem interdisciplinar do paciente idoso, uma vez que a má condição da saúde bucal pode afetar diversos domínios da qualidade de vida (MORAES *et al.*, 2008).

Na avaliação das necessidades odontológicas do paciente geriátrico, devem-se considerar dois aspectos: a necessidade percebida e a necessidade normativa. A primeira é auto-referida, como a pessoa percebe a sua condição bucal. A segunda é determinada através de avaliação profissional (MORAES *et al.*, 2008).

O projeto “*Saúde Bucal 2003*” (SB Brasil 2003) confirmou a grave e severa situação da saúde bucal da população idosa, com a divulgação do levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde. Os resultados apontam que 14,4% dos cidadãos brasileiros, ou seja, 26 milhões de pessoas, não possuem nenhum dente natural após os 50 anos. Esta situação é mais acentuada em mulheres de baixa renda, cujo percentual chega a 56%. Em homens, do mesmo grupo de renda, a proporção de desdentados chega a 33,3%. A baixa condição econômica, o nível de educação, o alto custo de transporte são fatores que contribuem para as altas taxas de edentulismo. A sua prevalência na população reflete a deficiência no atendimento da Saúde Bucal pelo Sistema Único de Saúde

(SUS). São observadas ainda as diferenças regionais quanto ao uso ou à necessidade de usar próteses dentárias removíveis (BRASIL, 2004).

No Brasil, a Odontologia tem dado seus primeiros passos em “direção à velhice” e começa a haver interesse em se quantificarem as condições de saúde bucal dos idosos. Os levantamentos epidemiológicos, que, até pouco tempo, não contemplavam indivíduos com mais de sessenta anos, começaram a incluí-los. Entretanto, esses inquéritos foram realizados em idosos na faixa etária preconizada pela OMS, que inclui indivíduos com idade entre 65 e 74 anos (MACÊDO *et al.*, 2009).

Sabe-se que a perda da dentição natural influi sobre diversos aspectos do organismo, dentre os quais o aspecto estético, a pronúncia, a digestão e, principalmente, a mastigação. Um indivíduo com todos os dentes tem a capacidade mastigatória de 100%. Em pessoas que usam prótese total, essa capacidade é de 25% (MORIGUCHI, 1991).

A capacidade mastigatória, afetada pelas extrações, pode ser recuperada, em parte, pelo uso de próteses. A falta de assistência odontológica posterior à colocação da prótese é um dos fatores que justificam os elevados percentuais de necessidade de reparo ou substituição, assim como a alta prevalência de lesões associadas às mesmas (FERNANDES *et al.*, 1997; FRARE *et al.*, 1997; MENEGHIM & SALIBA, 2000; ROSA *et al.*, 1992).

Subirá-Pifarrè & Soares (2001) relatou que a capacidade mastigatória está relacionada com: a) número de dentes presentes; b) perda de suporte oclusal; c) tipo e qualidade das próteses; d) força máxima de mordida; e) presença de seqüelas orais; e f) tipo de dieta. O edentulismo total ou parcial está associado a um déficit funcional, e pode interferir na saúde sistêmica do indivíduo, especialmente pelo fato de a cavidade bucal ser a porta de entrada de alimentos e líquidos.

Ainda segundo Subirá-Pifarrè & Soares (2001), acredita-se que, no idoso, o uso de prótese total removível e o estado dental alterado podem repercutir de forma desfavorável na qualidade nutricional. Os fatores fisiológicos, físicos e psicológicos do envelhecimento tornam-se mais importantes e debilitantes à medida que as pessoas ficam mais velhas. Por essa razão, o idoso tem necessidades nutricionais particulares.

O serviço público necessita de uma reformulação, direcionando ações específicas aos problemas da terceira idade, dentre os quais se situa a falta de dentes.

Além das medidas educativas e preventivas, deve-se pensar em medidas reabilitadoras, no caso específico do edentulismo. A implantação de um serviço de prótese dentária no setor público é uma medida viável e que deveria ser encarada como profilática, uma vez que a falta de dentes acarreta outros problemas de saúde, agravando os já existentes e piorando a qualidade de vida da população idosa brasileira (COLUSSI *et al.*, 2002).

Nos países mais desenvolvidos, onde os idosos têm acesso a algum tipo de tratamento odontológico, observa-se que a realização de estudos de percepção tem o objetivo também de detectar as pessoas que necessitam de encaminhamento aos serviços, bem como de avaliar os tratamentos recebidos. Como no Brasil a oferta de serviços odontológicos a esse grupo populacional, na área pública, ainda é restrita, acredita-se que conhecer a percepção das pessoas sobre sua condição bucal deva ser o primeiro passo na elaboração de uma programação que inclua ações educativas, voltadas para o autodiagnóstico e o autocuidado, além de ações preventivas e curativas (SILVA & FERNANDES, 2001).

Moriguchi (1991) destaca que a perda dos dentes pode ser uma causa do afastamento das atividades sociais. Cabe destacar que de acordo com Rodrigues *et al.* (2003), os idosos que possuem próteses totais as usam mesmo que mal-adaptadas, em função de sua importância para a estética.

2.5 A prótese dentária removível e a qualidade de vida de idosos

A prática da mutilação dentária ao longo da vida adulta dos brasileiros tem como consequência final uma população de idosos, totalmente desdentados, com extensas necessidades reabilitadoras. Em 2004, um ano após a apresentação dos dados do SB Brasil 2003, foi elaborada a primeira política nacional de saúde bucal, dirigida para a universalização, equidade e integralidade no atendimento às necessidades de tratamento dentário da população. Uma das respostas dessa política foi a reposição protética dos elementos dentários naturais perdidos (MARUCH *et al.*, 2009).

A ausência dos dentes exerce grande influência na mastigação, digestão, gustação, pronúncia, estética e predispõe a doenças geriátricas. Quanto à mastigação, com os dentes, o indivíduo tem capacidade mastigatória de 100%; com

a perda de um, cai para 70%; com uma prótese, a capacidade é de 90%, mas quando a prótese é total, esta capacidade fica reduzida para 25%. Na digestão, a ausência de dentes leva à atrofia do grupo muscular mastigatório, redução da secreção ácida do estômago e da capacidade digestiva. Em relação à gustação, ocorre diminuição do paladar e conseqüente redução da capacidade de percepção do sabor dos alimentos. Para a pronúncia, a perda dos dentes e o uso de próteses dificultam a fala, principalmente do “S” e do “T”, e ainda mais quando essa perda é de dentes anteriores. Devido à diminuição da água intracelular, ocorre a perda natural da umidade da boca; conseqüentemente, isto acarreta maior atrito da prótese com as paredes bucais, tornando-a menos firme e dificultando a mastigação e a fala. No aspecto estético, o envelhecimento torna a face e os lábios encovados, ocorrendo a perda da beleza física. Esta perda, às vezes, leva a pessoa a um comportamento passivo, depressivo, que a desanima a sair de casa ou a participar de atividades sociais. A ausência dos dentes limita funções importantes para a manutenção da independência e saúde, como fala e mastigação (MORIGUCHI, 1991).

Na última década cresceu a preocupação quanto à saúde bucal do idoso, devido ao aumento de sua expectativa de vida. A satisfação desses pacientes em relação à necessidade de tratamento dentário e ao uso de próteses totais ainda é pequena e a dificuldade de adaptação é grande, principalmente a prótese inferior, devido à sua menor retenção. Não há, também, uma adequação de percepção entre o profissional e o paciente em relação à qualidade das próteses dentárias. As reclamações mais comuns do paciente são quanto à mastigação, estabilidade, retenção e acúmulo de alimentos sob as próteses. A estética é o fator de maior impacto, devido à expectativa do paciente quanto à prótese, ao sucesso ou insucesso, em conseqüência da diferença de concepção crítica do que é bonito e bom para ele e para o cirurgião-dentista. Mas, em geral, a satisfação dos usuários é maior em usulas do que a insatisfação com as limitações que as dentaduras lhes proporcionam (FREITAS *et al.*, 2001).

O paciente idoso pode estar sujeito a complicações bucais, próprias da terceira idade, mobilidade dentária, medo devido à truculência de maus profissionais em sua juventude que lhe causou verdadeiro trauma psicológico, mas há, também, em algumas regiões do Brasil, como no interior do nordeste, idosos que compraram dentaduras em feiras-livres, ou pré-fabricadas, sem nenhuma assepsia e confeccionadas em modelos padronizados. Esta situação ocorre devido à falta de

orientação e de conscientização sobre os cuidados com a saúde bucal, demonstrando um quadro desanimador no Brasil: pela falta de dinheiro para pagar por um serviço digno e adequado, pela dificuldade de acesso aos consultórios dentários e pela falta de assistência odontológica ao idoso. Aquele que puder viver seus últimos 25 anos ou mais, com dentes ou com próteses adequadas, certamente irá se alimentar melhor tanto quanto valores nutricionais como em qualidade. A absorção dos nutrientes será maior com mastigação mais adequada e o idoso terá mais chance de ter melhor saúde bucal e geral (ANDRADE, 2001).

A perda progressiva dos dentes leva os idosos à diminuição da capacidade mastigatória. Eles passam a evitar determinados tipos de alimentos, como carnes (bifes), algumas frutas, verduras e legumes crus, por serem difíceis de mastigar e de engolir. Esses indivíduos preferem os alimentos que exigem menor esforço mastigatório, mas que são mais pobres em vitaminas, ferro e sais minerais. Apesar das limitações e do maior tempo na mastigação, possíveis acidentes orofaríngeos devido à deglutição de partes inteiras do alimento, a maioria dos idosos que usam próteses dentárias, quando comparada com os de dentição quase completa, prefere alimentos mais consistentes, reforçando o mito de que as sopas e similares são refeições “fracas”, indicadas para convalescentes. A opção por esses alimentos é porque, possivelmente, ocorrerá dificuldade de adaptação a novos hábitos no decorrer da vida, por acreditarem que alguns tipos de processamento descaracterizam os alimentos. Ao mastigar, o movimento da comida na cavidade bucal propicia estímulos dos receptores gustativos e provoca odores que estimulam os receptores olfativos, proporcionando satisfação e prazer ao comer (BRAGA *et al.*, 2002).

Indivíduos que possuem próteses dentárias inadequadas, geralmente continuam a usá-las em função da boa aparência e, raramente, procuram profissionais para ajustá-las. Quando as próteses são mal-adaptadas causam um número maior de doenças, pioram a qualidade de vida, principalmente pela dificuldade de se alimentar e interferem negativamente nas relações do indivíduo em casa, no trabalho e no lazer. O desconhecimento de alguns idosos em relação à saúde bucal dá uma visão equivocada dos dentes para eles, por que acreditam que com as exodontias a saúde está recuperada e terão alívio por não sentirem mais dor. Em relação à perda dos dentes, pacientes idosos podem reagir de duas maneiras: alguns se sentem inconformados, impotentes, perdem a autoconfiança, tornam-se

incapazes, têm ansiedade e complexo de inferioridade. Alguns tentam evitar essa perda a qualquer custo, depois são capazes de muito sacrifício para recuperar a estética. Outros são mais conformistas e depressivos, encaram a perda dos dentes como algo comum à idade e à cultura. São passivos à situação e ao tratamento, principalmente os de condição socioeconômica mais baixa. Mas, em geral, os idosos têm uma percepção mais positiva do que negativa sobre os dentes, da sua importância e da necessidade da saúde bucal, embora não relacionem a presença ou ausência dos dentes com a saúde como um todo (RODRIGUES *et al.*, 2003).

Em adultos e idosos, a ausência total dos dentes pode ser causa de perda de peso. Devido às dificuldades de mastigação ou ao desconforto de usarem próteses mal-adaptadas, que limitam a ingestão de alimentos e nutrientes, eles dão preferência aos carboidratos e alimentos ricos em colesterol. Outros fatores que também podem alterar o apetite, as necessidades nutricionais e a ingestão de nutrientes são o uso de drogas ou medicações, álcool e tabagismo, que influem no estado geral do indivíduo (MARUCH, 2005).

3 METODOLOGIA

Este foi um estudo epidemiológico transversal. A população estudada envolveu indivíduos idosos, acima dos 60 anos de idade. Foram examinados 50 idosos que freqüentam a Unidade de Referência Odontológica (URO) Veredas do município de Ribeirão das Neves - MG e que se submeteram ao tratamento odontológico no ano de 2009, nos meses de junho, julho e agosto. Esse quantitativo refere-se a uma amostra de conveniência.

É importante ressaltar que há um grande número de idosos que não procuram o serviço de saúde bucal do município, por serem totalmente desdentados e por desconhecerem que a saúde bucal vai muito além dos dentes. Quando procuram, questionam sobre a existência ou não da distribuição gratuita pela prefeitura do município de próteses bucais removíveis, o que ainda não se tornou realidade.

A coleta de dados da pesquisa foi realizada durante um período de três meses, por meio da análise do odontograma, parte integrante da ficha clínica já utilizada no cotidiano do serviço no município. Tais fichas clínicas, baseadas nas fichas padronizadas de levantamentos epidemiológicos preconizadas pela OMS, foram preenchidas pelo próprio cirurgião-dentista.

Para medir a prevalência de cárie dentária, foi empregado o índice CPO-D, que indica o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados por idade ou grupo etário. Os critérios de diagnóstico foram os preconizados pela OMS quando da realização de levantamentos epidemiológicos.

Segundo Nordström *et. al* (1998), o índice CPO-D foi construído para se estimar a prevalência de cárie em jovens e adultos com pouca perda dental, e no caso dos idosos, o componente “P” acaba englobando as perdas dentárias por outras causas, apesar de a cárie constituir um importante fator na perda dentária em todas as faixas etárias. Mesmo apresentando essas limitações, o CPO-D continua sendo o índice-padrão para a avaliação da severidade da cárie também nas populações de idosos.

A cada paciente atendido e liberado após a alta do tratamento, o banco de dados do estudo era alimentado. Ressalta-se que todos os pacientes da amostra foram examinados e submetidos ao tratamento, por um único cirurgião-dentista.

A avaliação da situação da saúde bucal dos idosos foi realizada a partir de adaptação dos critérios utilizados no levantamento epidemiológico em saúde bucal, realizado no Brasil, pelo Ministério da Saúde, em 2003.

Destaca-se, ainda, que tanto a análise quanto a apresentação dos dados se deu de forma descritiva.

Foram considerados, no momento do exame:

a) avaliação do Índice CPO-D

b) uso de prótese total

- presença de prótese total;
- ausência de prótese total;

c) necessidade de refazer prótese total

- presença de prótese total, mas em condições clínicas inadequadas e, portanto, necessidade de nova prótese;

Foram consideradas inadequadas as próteses quebradas, com dentes excessivamente gastos ou com falta de um ou mais dentes.

d) uso de prótese parcial

- presença de prótese parcial;
- ausência de prótese parcial;

e) necessidade de refazer prótese parcial

- presença de prótese parcial, mas em condições clínicas inadequadas e, portanto, necessidade de nova prótese;

Foram consideradas inadequadas as próteses quebradas, com dentes excessivamente gastos ou com falta de um ou mais dentes.

4 RESULTADOS

Os resultados referem-se às 50 pessoas com mais de 60 anos examinadas.

- A idade média encontrada foi de 72,8 anos, sendo 64% do sexo feminino;
- O índice CPO-D médio foi elevado, com valor de 28,47;
- O componente perdido foi o que mais contribuiu para o alto valor do CPO-D, com 26,22 dentes em média, perfazendo um total de 1311 dentes extraídos;
- Dos 50 idosos, 40 (80%) eram totalmente desdentados e 10 (20%) parcialmente desdentados;
- Nenhum idoso avaliado (0%) apresentava todos os dentes na cavidade bucal;
- Do total de idosos investigados, 28 (56%) usavam prótese removível superior (prótese total removível (PTR) e prótese parcial removível (PPR), respectivamente), sendo que 11 necessitam ser substituídas;
- Dos 50 idosos analisados, apenas 14 (28%) usavam algum tipo de prótese removível inferior (PTR e PPR), sendo que 05 necessitam ser substituídas;

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Os dados mostram que a maioria dos idosos pesquisados apresenta saúde bucal precária;
- A prevalência de necessidade de prótese dentária é acentuada e existe uma demanda populacional para reabilitação protética, onde a implementação de um serviço de prótese dentária no setor público do município, como medida de se evitar o agravamento e piora da qualidade de vida da população idosa, é essencial;
- São indispensáveis medidas preventivas e intervencionistas e focalizadas nessas populações, como educação em saúde e tratamento precoce, como formas de reduzir o edentulismo;
- A grande participação do componente extraído e a alta prevalência de edêntulos (80%) são dados alarmantes que retratam um problema atual que tende a se agravar, caso não sejam tomadas algumas medidas de assistência a essa população;
- Além de medidas educativas e preventivas, deve-se pensar em medidas reabilitadoras, no caso específico do edentulismo;

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, M. A especialidade do futuro. Daqui a 20 anos, dois em cada três pacientes serão idosos. Você estará preparado para atendê-los? **Revista ABO Nacional**, v.9, n.2: p.72-74, abr./mai. 2001.
2. AYKAWA, A. C.; NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. 1 ed. Campinas, São Paulo: Editora Alínea, 2005.
3. BALDANI, M. H. *et al.* Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.13, n.1: p.150-162, jul./ago 2010.
4. BENEDETTI, T. B. *et al.* Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva / ISSN, 1413-8123**. Rio de Janeiro, 2007.
5. BRAGA, S. R. S. *et al.* Efeito do uso de próteses na alimentação de idosos. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.31, n.1: p.71-81, 2002.
6. BRASIL. **Brasil Sorridente**, Brasília: Ministério da saúde, 2004. Disponível em www.saude.gov.br > acesso em 07 de abril de 2010.
7. BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**, Brasília: Ministério da saúde, 2004. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal.

8. BRASIL. **Projeto SB Brasil 2003 – Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**, Brasília: Ministério da saúde, 2003. Coordenação Nacional de Saúde Bucal.

9. BRASIL. **Manual para organização da atenção básica**, Brasília: Ministério da saúde, 1999. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

10. BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. B. Odontogeriatrics: notions of clinical interest. In: RITTER, F.; FONTANIVE, P.; WARMLING, C. M. Conditions of life and access to oral health services of the elderly in the periphery of Porto Alegre. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.18, n.1, jan./jun. 2004.

11. CARVALHO, G. S.; BARBOSA, J. **Avaliação Fisioterápica da Funcionalidade do Idoso com Bases no Índice Katz e Escala MIF**. Monografia (Graduação) – Faculdade de Fisioterapia, Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2008.

12. CASTILHOS, E. D.; PADILHA, D. M. P. A importância dos dentes para três diferentes grupos de idosos. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Porto Alegre, v.43: p.40-43, dez. 2002.

13. CHAIMOWICZ, F. **Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade**. Belo Horizonte: Postgraduate, 1998. p. 51.

14. CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.5: p.454-60, out. 1999.

15. COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5: p.1318-1320, set./out. 2002.

16. FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial de saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.8, n.2: p.187-193, jun. 2005.
17. FERNANDES, R. A. C. *et al.* Uso e necessidade de prótese dentária em idosos que demandam um Centro de Saúde. **Revista Brasileira de Odontologia**, v.54: p.107-110, 1997.
18. FERREIRA, E. F. *et al.* Promoção de Saúde Bucal para a População Idosa. In: CAMPOSTRINI, E. **Odontogeriatrics**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.
19. FRARE, S. M. Terceira idade: Quais os problemas bucais existentes? **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**, v.51: p.573-576, 1997.
20. FREITAS, K. M. *et al.* Avaliação do grau de satisfação de pacientes reabilitados com próteses totais convencionais. **Revista Paulista de Odontologia**, v.23, n.6: p.25-26, nov./dez. 2001.
21. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População de Idosos de 80 anos ou mais de idade, por sexo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.
22. LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.; GIATTI, L.; UCHOA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3: p.745-57, 1993.
23. MACÊDO, D. N. *et al.* Proposta de um protocolo para o atendimento odontológico do paciente idoso na atenção básica. **Odontologia Clínica-Científica**, Recife, v.8, n.3: p.237-243, jul./set 2009.
24. MAIA, F. R.; SILVA, A. A. R.; CARVAHO, Q. R. M. Proposta de um protocolo para o atendimento odontológico do paciente diabético na atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.7, n.1: p.16-29, dez. 2005.

25. MARCHINI, L. *et al.* Prótese Dentária na Terceira Idade. **Revista da Associação Paulista dos Ciurgões-Dentistas**, v.55, n.2: p.83-87, mar./abr 2001.
26. MARTINE, G. *et al.* Mudanças Recentes no Padrão Demográfico Brasileiro e Implicações para a Agenda Social. **Texto para discussão**. Brasília: Ipea, p.36-37, jul. 1994.
27. MARUCH, A. O. Impacto da prótese dentária total removível na qualidade de vida de idosos em Grupos de convivência de Belo Horizonte – MG. Belo Horizonte, Brasil. **Arquivos em Odontologia**, v.45, n.2: p.73-80, abr./jun. 2009.
28. MARUCH, A. O.; RIBEIRO, L. S. **Impacto da prótese dentária total removível na qualidade de vida de idosos residentes na cidade de Belo Horizonte – MG**. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) - Associação Brasileira de Odontologia, Belo Horizonte – MG, 2005.
29. MENEGHIM, M. C.; SALIBA, N. A. Condições de saúde bucal da população idosa de Piracicaba – SP. **Revista de Pós-Graduação - RPG**, v.7: p.7-13, 2000.
30. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde Diretoria de Normalização de Atenção à Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Bucal. **Linha Guia de Saúde Bucal**. Belo Horizonte, 2006.
31. MORAES, E. N. **Avaliação multidimensional do idoso: instrumentos de rastreio**. 1. ed. Belo Horizonte: Folium, 2008. 64 p.
32. MOREIRA, R. S. *et al.* A saúde do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 21, n.6: p.1665-1675, 2005.
33. MORIGUCHI, M. D. **Revista Odonto Ciência - Faculdade de Odontologia da PUCRS**, n.9: p.122-123, 1991.

34. NORDSTRÖM, G. A 9-year longitudinal study of reported oral problems and dental and periodontal status in 70- and 79-year-old city cohorts in northern Sweden. **Acta Odontologica Scandinavica**, v.56: p.76-84, 1998.
35. PADILHA, D. M. P. Odontogeriatrics na universidade: Para não perder tempo. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v.39: p.14-16 1998.
36. PARAJARA, F.; GUZZO, F. Sim, é possível envelhecer saudável! **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**, v.54: p.91-99, 2000.
37. PEREIRA, A. C.; SILVA, F. R. B.; MENEGHIM, M. C. Prevalência de cárie e necessidade de prótese em uma população geriátrica institucionalizada da cidade de Piracicaba – SP. **Revista Robrac**, v.8: p.17-21, 1999.
38. PEREIRA, A. C., *et al.* Oral health and periodontal status in Brazilian elderly. In: RODRIGUES, S. M.; VARGAS, A. M. D.; MOREIRA, A. N. Saúde bucal e qualidade de vida no idoso. **Revista Científica da Faculdade de Ciência da Saúde (FACS) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE)**, v.1, n.12, 2004.
39. PINTO, M. Esperança para Sorrir, **Jornal do CFO**, Brasília, n.59: p.4-5, mar./abr. 2004.
40. PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva: Identificação de Problemas**. 4.ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, cap.5, p.218, 2000.
41. PUCCA JR., G. A. A. A saúde bucal do idoso – aspectos demográficos e epidemiológicos (online). Disponível em: <www.portalodontologia.com.br/odontologia/principal/conteudo.asp?id=3050> acesso em: 05 de julho de 2010.
42. PUCCA JR, G.A. Saúde bucal do idoso: aspectos sociais e preventivos. In: PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em versão globalizada** . São Paulo: Atheneu, 2000.

43. RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: Uma realidade brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v.21: p.211-224, 1987.
44. RENÓ, M. B. *et al.* Idosos no Programa de Saúde da Família em Passa Tempo MG. In: Congresso Nacional da Rede Unida, VI, 2005, Belo Horizonte. **Anais**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina – Rede Unida, v.12, n.2: p231, 2005.
45. RIBEIRO, M. T. F. **Conhecimento e Práticas de Saúde Bucal dos Cuidadores de Idosos, em Instituições de Longa Permanência de Belo Horizonte**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.
46. RODRIGUES, S. M., VARGAS, A. M. D.; MOREIRA, A. N. Percepção de Saúde Bucal em Idosos. **Arquivos em Odontologia**, v.39, n.3: p.163-254, jul./set. 2003.
47. ROSA, A.G.F. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v.26: p.155-60, 1992.
48. SALIBA, C. A. Saúde bucal dos idosos: Uma realidade ignorada. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**, v.53: p.279-282, 1999.
49. SILVA, C. R. S.; FERNANDES, C. R. Autopercepção das condições de Saúde Bucal por Idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.4: p.344-355, ago. 2001.
50. SOUZA, R. F.; SKUBS, T.; BRETAS, A. C. P.; Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.3: p.263-267, mai./jun 2007. maio/jun. 2007.

51. SUBIRÁ-PIFARRÈ, C.; SOARES, M. S. M. La función masticatoria em el anciano. **Revista del Consejo de Odontólogos y Estomatólogos (RCOE)**, v.6, n.1: p.69-77, 2001.

52. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Guia do Profissional em Formação**. Belo Horizonte: Editora Coopmed, 2008.

53. VARGAS, A. M. D.; VASCONCELOS, M.; RIBEIRO, M. T. F. **Saúde Bucal - Atenção ao idoso**. Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, 2009.

54. VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.3: p.225-233, jun. 1987.

55. VOLSCHAN, B. C. G.; SOARES, E. L.; CORVINO, M. Perfil do profissional de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Odontologia**, v.59: p.314-316, 2002.