

1 INTRODUÇÃO

Como forma de ampliar o acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS), em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), com uma equipe profissional constituída pelo médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde e a partir de 2001, foi inserida a equipe de saúde bucal. Para Neves 2004, a ESF busca fornecer um atendimento integral conforme princípios e diretrizes do SUS, tendo como núcleo de abordagem as famílias de uma comunidade, minimizando a burocracia e descentralizando os serviços.

Segundo a Constituição Federal e a lei 8080 de 1990, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado promover condições indispensáveis para seu pleno exercício”. O SUS se insere neste contexto como um modelo de atenção a saúde dotado de ações prestadas por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais de administração direta ou indireta, tendo como princípios a universalidade (todo e qualquer cidadão tem direito ao serviço), equidade (respeito às diferenças ou desigualdades sociais), integralidade (o homem é um ser com características biopsicosocioculturais que devem ser consideradas durante o atendimento) e a participação dos cidadãos (a população participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução através dos conselhos de saúde) (BRASIL, 1990).

A odontologia inserida nesse contexto visa a promoção da saúde bucal, tendo como princípios a prevenção, o controle e a preservação dos dentes (TRAVASSOS et. al., 2009). Entretanto, há uma grande demanda de pacientes que procuram o consultório odontológico com o objetivo único de remover dentes. Especialmente aqueles que necessitam de um tratamento mais especializado, como o tratamento endodôntico que não é ofertado pelo município.

A exodontia é um procedimento mutilante e traumatizador. Essa realidade é muito comum, para Frazão (2003), isso se deve a falta de políticas públicas que possam intervir de forma significativa impactando em melhores condições de saúde bucal a população. O que gera um baixo acesso a procedimentos odontológicos de promoção prevenção e reabilitação oral. Isso junto à cultura local de que a perda dos dentes é um processo normal e a desvalorização dos elementos dentais faz com que a prática da remoção dos dentes se torne tão comum em nosso dia-a-dia.

Portanto, esse trabalho tem por objetivo caracterizar a demanda atendida para exodontia de dentes permanentes no município de Aricanduva-MG.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

- Caracterizar a demanda atendida para exodontia de dentes permanentes no município de Aricanduva-MG, no ano de 2009. Com ênfase nas seguintes variáveis: idade, gênero e procedência do usuário.

3 BREVE REVISÃO DA LITERATURA

No Brasil, durante muitos anos, o modelo assistencial na odontologia foi voltado para as ações mutiladoras em saúde bucal. Reflexo dessa política são os elevados índices de perda dentária da população adulta e os altos números de idosos desdentados.

A dentição permanente inicia-se por volta dos seis anos de idade e aos doze a maioria das pessoas já apresenta dentição permanente com 28 dentes, faltando apenas os terceiros molares irromperem na cavidade bucal. Mas segundo dados do SB Brasil (2003), neste intervalo de 6 anos, três dentes em média são acometidos por cárie dentária e poderão estar restaurados ou mesmo perdidos. Já aos 18 anos esse número de dentes comprometidos dobra, passando a serem seis dentes. Assim, progressivamente os problemas bucais se não forem controlados, vão se instalando. O processo será lento e contínuo e dependendo do acesso ao tratamento odontológico que o indivíduo possua, ele terá dentes cariados, restaurados ou perdidos.

Com relação à perda dentária, os dados do SB Brasil (2003) indicam que, aos 18 anos, 4% da população já se encontrava desdentada. Entre os adultos, 17,3% não possuíam nenhum dente funcional, isto é, em condições de realizarem uma mastigação confortável. Ainda entre os adultos apenas 55,9% possuíam no mínimo 20 dentes. Entre os adultos de 35 a 44 anos apenas 54% no Brasil e 62,4%, na região Sudeste, possuía 20 dentes ou mais na cavidade bucal. Entre os idosos esse valor cai para apenas 5,5%.

Segundo dados do SB Brasil (2003), a situação dos idosos é preocupante, pois, 72,3% eram desdentados e deste, 55,9% necessitavam de pelo menos uma prótese total removível. Assim, atualmente podemos afirmar que entre tantos problemas gerados pela perda dos dentes permanentes temos ainda um grande número de adultos e idosos sem qualquer forma de substituição dos dentes perdidos e ainda, um grande número de usuários dos serviços de saúde com próteses mal adaptadas, que diariamente estão traumatizando tecidos e destruindo o pequeno rebordo que serviria de sustento para uma nova prótese. Culturalmente, muitos utilizam a mesma prótese por mais de 10 anos e assim, os problemas bucais mais comuns vão sendo escondidos, debaixo de reabilitações ora desadaptadas, ora velhas demais.

Para Vargas *et al.* (2009), esse alto número de edêntulos talvez aconteça porque a perda dos dentes ainda é vista pela sociedade brasileira como uma consequência normal do envelhecimento e não como a falta de ações preventivas e de promoção à saúde.

Podemos afirmar que a ausência dos elementos dentais compromete a função mastigatória, a fala, a harmonia fácil e estética, além de aumentar as probabilidades de o paciente apresentar problemas de disfunção temporomandibular (TRAVASSOS *et al.*, 2009). Esses pacientes podem apresentar ainda a “incapacidade bucal” que Vargas *et al.* (2009) definem como a incapacidade de exercer funções inerentes ao sistema estomatognático como: mastigação, deglutição e fonação e evitar contatos sociais devido problemas odontológicos.

Nos estudos de Silva, *et al.* (2010), foi evidenciado que o ítem gerador de maiores incômodos nos pacientes desdentados é a vergonha de não terem dentes, apesar dos impactos na qualidade de vida gerados pela ausência dos elementos dentais.

Um paciente que apresenta comprometimentos estéticos e mastigatórios possui maiores dificuldades de se inserir no mercado de trabalho, maiores problemas digestivos, uma vez que não conseguem mastigar bem os alimentos, além dos possíveis danos psicológicos. Portanto, deve-se estar atento para que remoções desnecessárias não sejam realizadas e para que dentes passíveis de recuperação sejam sempre restaurados e mantidos pelo maior tempo possível em cada paciente. Tais ações junto às políticas públicas de saúde geram redução das perdas dentárias (CALCAGNOTO, VISIOLI, PONZONI, 2008; TRAVASSOS *et al.*, 2009).

4 MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho refere-se a um estudo descritivo que tem os prontuários odontológicos com fonte de dados. Assim, os prontuários dos pacientes atendidos no consultório odontológico da prefeitura municipal de Aricanduva no ano de 2009 e que se submeteram a remoção de dentes permanentes foram selecionados para análise, com finalidade de identificar o elemento dental removido, a idade do usuário, o gênero a comunidade a qual pertence. Tais dados foram organizados em tabela, sem identificação nominal de qualquer paciente, preservando o sigilo, para posterior análise.

A análise realizada foi quantitativa por meio de números absolutos e percentuais, enumerando-se os pacientes atendidos por gênero, faixa etária, comunidade e dente removido.

Na etapa seguinte esses dados coletados foram dispostos em gráficos e tabelas que buscam melhor demonstrarem os resultados encontrados.

4.1 O CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO

Aricanduva é uma cidade que foi emancipada em 21 de dezembro de 1995. Está localizado no alto Jequitinhonha e apresenta uma população de 4832 habitantes (IBGE, 2007), e destes 69% da população, 3.332 habitantes, moram em comunidades rurais. No município há 23 comunidades rurais e dentre elas uma grande maioria das pessoas possuem um índice de analfabetismo alto. As comunidades apresentam dificuldades de locomoverem até a sede do município, por causa de clima variável (períodos chuvosos e vias não pavimentadas), além da ausência do transporte público. Assim, diante a extensão territorial e a grande demanda do serviço torna-se necessário identificar as áreas mais críticas à saúde bucal no município para que as ações possam ser melhor direcionadas.

No município há uma alta rotatividade de profissionais e devido a seu pequeno porte não há unidade hospitalar. Assim, a maioria dos pacientes são atendidos pela equipe de saúde da Família – Viva Legal, que abrange todo o meio urbano e parte das comunidades rurais. Pelo Programa dos Agentes Comunitários de Saúde – PACS de

abrangência rural, ou ainda Pela Unidade Básica de Saúde - UBS localizada no meio urbano. Quando se faz necessário, estes usuários são encaminhados para unidades hospitalares e Centros de Saúde de referência. Tais como, Capelinha, com o Centro viva-vida Vó Marieta e o Hospital Municipal São Vicente de Paula, Itamarandiba com o hospital municipal Geraldo Ferreira Gandra, Minas Novas consulta psiquiátricas e ortopédicas, Diamantina através da Santa Casa de Misericórdia, Hospital Nossa Senhora da Saúde e o Consorcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha – CISAJE, ou ainda em Belo Horizonte através dos agendamentos realizados pela Central de Atendimento.

No entanto, quando se fala em saúde bucal, a assistência no serviço público, durante todo o ano de 2009 foi fornecida por apenas uma Equipe de Saúde Bucal inserida no Programa de Saúde da Família, modalidade I (Cirurgiã dentista e Auxiliar de Saúde Bucal) durante 5 meses e na modalidade II (cirurgiã dentista, Técnica em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde bucal) durante sete meses. Nesse período foram realizadas 158 primeiras consultas odontológicas sendo diagnosticadas 978 cáries nestes pacientes. O que perfaz uma média de 6,19 cáries por pacientes. Destes 154 tiveram tratamento concluído. Entre os procedimentos de urgência e pacientes agendados foram realizados 895 tratamentos de dentes permanentes, 88 restaurações de dentes decíduos, 419 selantes, 1652 procedimentos de profilaxia.

Em Aricanduva, a saúde bucal foi inserida na ESF, a partir de 02 de março de 2004. Entretanto, atualmente vivemos uma realidade que dificulta as ações de serviço quando o paciente necessita de procedimentos inseridos na atenção especializada, pois o município fornece apenas serviços de saúde bucal inseridos na atenção primária a saúde. Procedimentos que não estão inseridos neste contexto, tais como o tratamento endodôntico não são ofertados aos pacientes. Assim como, não há uma referência municipal para a qual estes pacientes possam serem encaminhados. Dessa forma, quando o paciente apresenta uma cárie em estágio avançado onde uma simples restauração não resolva mais seu problema o SUS, não o ampara. Esse fato, junto à cultura local de que a perda dos dentes é um processo normal faz com que a demanda desse tipo de procedimento seja alta. Para Hiramatsu *et.al.* (2007) e Frazão *et al* (2003) isso faz com que o tratamento para dentes com cáries em estágio avançado seja realizado através da exodontia do dente afetado.

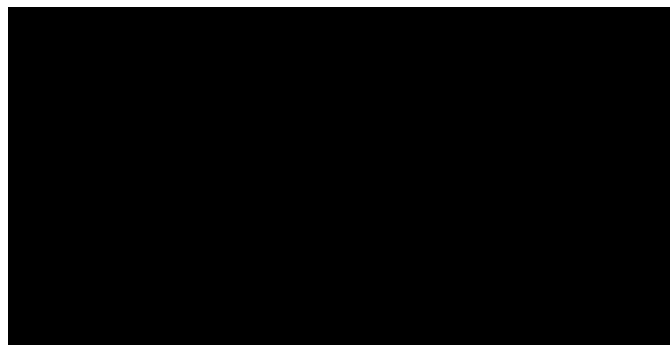
No município, semanalmente dois dias são reservados para exodontia dos dentes que não apresentam condições de serem restaurados, ou ainda, que necessitam de tratamento endodôntico e o paciente não possui condições para realizá-lo. No entanto, a

demanda é sempre maior que a oferta do serviço. Observamos ainda, que em muitas situações os dentes apresentam condições de serem tratados, através de uma restauração ofertada e disponibilizada pelo serviço e nem sempre é fácil “convencer” o paciente que a exodontia não é a melhor opção. Esses na maioria são pacientes que passaram por quadros agudos de dor têm receio que isso possa acontecer novamente e assim, vêm a exodontia como uma boa opção.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o ano de 2009, 230 pessoas procuraram o consultório odontológico da Prefeitura Municipal de Aricanduva e removeram dentes permanentes. Desses 52,2 % (120) foram do gênero feminino e 47,8% (110) foram do gênero masculino. Gráfico 01.

Gráfico 01: Número de pessoas que removeram dentes permanentes por gênero, 2009.



A maior procura das mulheres pelos serviços de saúde muitas vezes está relacionada com uma maior preocupação com sua estética. Segundo, Machado *et al.* (1997), a maior procura feminina se deve a paciência, sagacidade, autocontrole, desprendimento e disponibilidade. Foi observada ainda maioria feminina em trabalhos de Barbato (2007), Calcagnotto, *et al.* (2008), Sardinha *et al.* (2006), Travassos *et al.* (2009).

A média de idade dos que procuraram o serviço e removeram dentes permanentes foi de 28,8 anos. Foi observado ainda uma grande variação nas faixas etárias que procuraram o serviço, prevalecendo a faixa etária de adultos, com 64,3% (148), tabela 01.

Tabela 01: Relação entre faixa etária atendida por gênero no ano de 2009.

Faixa Etária	Homens	Mulheres	Total	Porcentagem
8 a 14 anos	14	16	30	13,1%
15 a 19 anos	23	22	45	19,5%
20 a 59 anos	71	77	148	64,3%
≥ 60 anos	02	05	07	3,1%
Total	110	120	230	100%

Esse resultado nos remete aos dados levantados por Leles *et al.* (1998), no qual ele observou que “... a idade média da perda total dos dentes foi de 42,3 anos, sendo que 50% dos pacientes se tornaram desdentados até aos 41 anos de idade.” Podemos observar que apesar de passados 12 anos da realização do trabalho do Leles *et al.* (1998), usuários

jovens continuam perdendo dentes permanentes, o que aumentam as chances de um adulto não apresentar uma mastigação funcional, mínimo de 20 dentes, ou até mesmo tornar-se desdentado. Resultado semelhante foi observado nos dados do SB Brasil (2003), onde se identificou que o maior número de perda de dentes permanentes acontece entre os adultos.

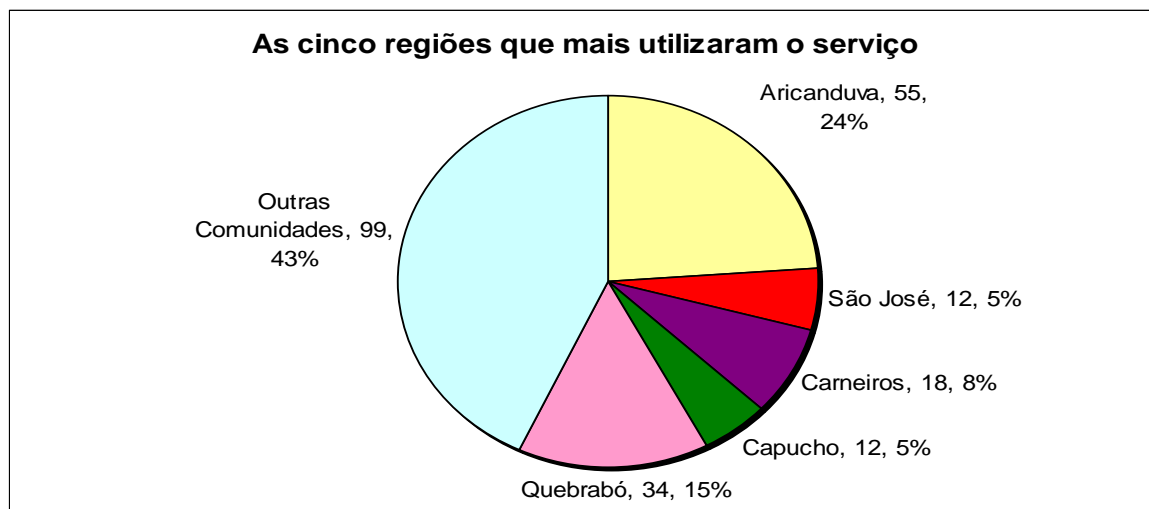
Os dados levantados mostraram que 32,6% dos usuários que removeram dentes permanentes estão inseridos entre crianças e adolescentes. Entre estes há criança de 8 anos removendo dente permanente. Este é um dado preocupante, pois a perda precoce de dente permanente é um dos principais indicadores de risco para o edentulismo.

Para Leles *et al.* (1998), o que leva a perda precoce de dentes é a combinação das predisposições do indivíduo, sua condição econômica e social relacionada ao meio em que vive. Cimões (2007), ressalta ainda que quanto menores são as condições sócio econômicas maiores são as perdas de dentes devido a cárie, enquanto nas populações com maior poder econômico a perda se deve a indicações ortodônticas, protéticas entre outras e menores as perdas por cáries. Frazão *et al.* (1998), mostra em seu estudo que na população de 35 a 44 anos metade dos dentes que tiveram problemas com cáries foram removidos.

Quanto à procura pelo serviço foi observado que além dos moradores do meio urbano de Aricanduva, houve procura de outras 28 comunidades rurais do município, sendo as comunidades que mais procuraram foram: Quebrabó (34), Carneiros (18) e São José e Capucho (12), como pode ser observado no Gráfico 02.

Gráfico 02: Relação entre número de pessoas que foram atendidas para remoção de dentes permanentes, segundo a comunidade a qual pertencem,

2009.



O gráfico acima nos permite inferir que 24% (55) das pessoas que removeram dentes permanentes residem no meio urbano e 76% (175) na zona rural. Rihs *et al.* (2007), verificaram ao comparar regiões segundo a fluoretação das águas que as regiões sem água fluoretada tanto o índice de CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) quanto o número de dentes perdidos foram mais elevados.

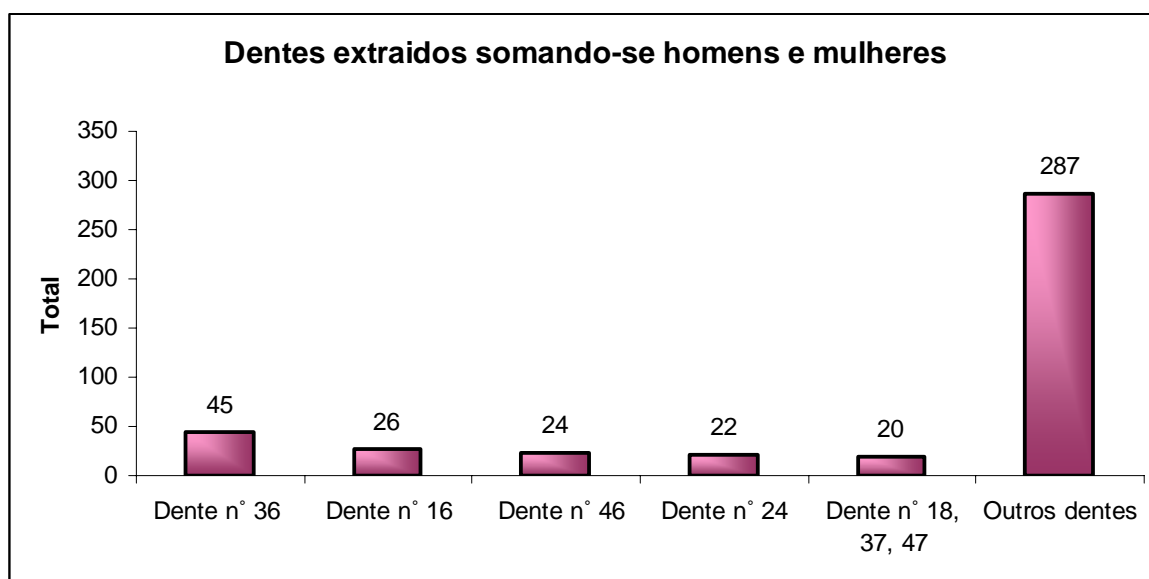
Na zona rural, do município de Aricanduva, o acesso às políticas públicas de promoção e prevenção a saúde bucal são menos difundidas, além de o acesso ao tratamento restaurador ser muitas vezes mais difícil, como consequência ocorre maior perda de dentes passíveis de tratamento. Barbato *et al.* (2007), observaram resultado semelhante ao comparar moradores da zona rural com os residentes no meio urbano no Brasil.

Quebrabó é uma comunidade rural carente com um alto índice de chefes de família analfabetos e assim como as demais comunidades não apresenta água tratada ou fluoretada. Entretanto, tem como particularidade o grande número de evangélicos tradicionais. Esses apresentam resistência ao uso de Contraceptivos e conseqüentemente há um alto índice de natalidade. Essa comunidade, também apresenta uma resistência a inserção de novos hábitos de vida e aceitação de programas preventivos. Muitos justificam o comodismo e a aceitação de suas condições de saúde como desígnios divinos “se Deus quis assim o que podemos fazer!”. Além disso, está participando do estudo projeto piloto do Programa Sorriso no Campo e por isso teve sua necessidade reprimida identificada. Talvez estas sejam as razões da alta procura para remoção dos dentes.

Foram extraídos 464 dentes das 230 pessoas que procuraram o serviço. Isso porque alguns pacientes compareceram ao serviço várias vezes no decorrer do ano com a finalidade de removerem dentes permanentes. Outros tiveram mais de um dente removido em um único atendimento. Especialmente, nos casos em que o paciente apresentava restos radiculares ou dentes subsequentes na hemi arcada. Portanto, observamos uma média de 2,01 dentes removidos por pessoa que procurou o serviço no decorrer do ano de 2009.

Ao analisar o total de dentes perdidos foi observado que o dente que teve maior número de remoções foram os dentes Trinta e seis (45, 9,7%), seguidos dos dentes Dezesesseis (26, 5,6%), quarenta e seis (24 5,1%), vinte e quatro (22, 4,7%) e dezoito, trinta e sete e quarenta e sete (20, 4,3%), como mostrado no gráfico 03.

Gráfico 03: Total dos cinco dentes permanentes mais removidos no ano de 2009.



A tabela 02 evidencia ainda que os dentes posteriores foram os que mais sofreram remoções.

Tabela 02: Total de dentes removidos e porcentagem que representam.

DENTE	TOTAL REMOVIDO	PORCENTAGEM
DENTE 36	45	9,7%
DENTE 16	26	5,6%
DENTE 46	24	5,1%
DENTE 24	22	4,7%
DENTE 18	20	4,3%
DENTE 37	20	4,3%
DENTE 47	20	4,3%
OUTROS DENTES	287	62,3

Portanto, o dente que mais foi removido nas pessoas que procuraram o serviço de saúde bucal foi o primeiro molar permanente inferior esquerdo, seguido do primeiro molar permanente superior direito. Esses dados são semelhantes aos apresentados no trabalho de Sardinha *et al.* (2006), isso porque esses são os primeiros dentes permanentes a irromperem na cavidade bucal aumentando assim, suas chances de apresentarem problemas como cáries e sofrendo, portanto maior índice de remoção.

A maior perda de dentes observada foi no grupo dos molares, tanto nos homens quanto nas mulheres, como mostra a tabela 03.

Tabela 03: Relação entre o grupo de dentes removidos por gênero no ano de 2009.

Dentes	Homens	Mulheres	Total
Molares	120	124	244
Pré-molares	55	65	120
Incisivos	49	51	100
Total	224	240	464

Resultado semelhante foi observado por Travassos *et al.* (2009), onde o grupo de dentes mais removidos foram os molares seguidos dos pré-molares e incisivos.

Portanto, um número alto de dentes permanentes foram extraídos nesses usuários no decorrer do ano. A ausência dos molares e pré-molares que foram os dentes mais removidos. Sua ausência dificulta a trituração dos alimentos. Assim, caso esses pacientes não tenham realizados qualquer tipo de reposição dos elementos perdidos, maiores serão as chances de problemas digestivos e até mesmo deficiência nutricional devido à perda dos dentes. Já os incisivos que tiveram 100 remoções, além da função de corte relacionada a mastigação, estão intimamente ligados a harmonia facial, estética e até mesmo ao aspecto de vitalidade e saúde. Assim, esses são os elementos que geram maior impacto nos

pacientes após sua perda. Silva *et al.* (2010), observou em seus estudos que a função estética do dente é muitas vezes, considerada mais importante que a função mastigatória. Assim, os danos psicológicos e a necessidade de repor os dentes perdidos são maiores quando se perde os dentes anteriores.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante estes resultados podemos observar que o município possui um número elevado de perda de dentes permanentes necessitando, portanto, de uma intervenção maior através de políticas públicas, educação permanente, promoção e prevenção das doenças bucais e uma intensificação das ações nas comunidades rurais. Assim, trabalhando de forma a reduzir o número de perdas evitáveis.

Além disso, torna-se necessário, modificar o modelo assistencial da atenção a saúde bucal, pois tais resultados nos sugerem que os pacientes não estão conseguindo acessar o serviço, de forma a interceptar a evolução de doenças como cárie e doença periodontal e como consequência estão perdendo dentes permanentes. Há necessidade de se reorganizar o processo de trabalho buscando parcerias intersetoriais para se intensificar as ações de promoção e prevenção a saúde.

REFERÊNCIAS

BARBATO, P.R.; NAGANO, H.C.M.; ZANCHET, F.N.; BOING, A.F.; PERES, M.A. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Cadernos de saúde Pública**, v.23, n.8: p.1803-1814, ago. 2007.

BRASIL, ABC do SUS doutrinas e princípios. **Ministério da Saúde**, Brasília/DF, 1990.

BRASÍLIA, Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002- 2003. Resultados principais. **Ministério da Saúde**; 2004.

CALCAGNOTO, T.; VISIOLI, F.; PONZONI, D. Causas de extrações dentárias em uma população da região metropolitana do Rio Grande do Sul. **Robrac**, v.17, n.44: p.98-103, 2008.

CIMÕES, R. Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2007. Disponível em: http://WWW.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=878. Acesso em 10 de outubro de 2009.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUSA, M. S. de L.; **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. Ed. Coopmed Nescon UFMG, Belo Horizonte, 2009.

FRAZÃO, P.; ANTUNES, J.L.F.; NARVAI, P.C. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.6, n.1, 2003.

HIRAMATSU, D. A.; TOMITA, N. E.; FRANCO, L. J. Perda dentária e a imagem do cirurgião dentista entre um grupo de idosos, **Ciência e saúde Coletiva**, v. 12, n. 004, p. 1051-1056, jul./ago, 2008.

LELES, C.R.; COMPGNONI, M.A.; NAKAOKA, M.M.; Estudo dos pacientes desdentados totais atendidos na disciplina de prótese total da Faculdade de Odontologia de Araraquara no período de 1987 a 1997. **Revista da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos**, v.1, n.1, p.27-34, jul./dez 1998.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em saúde Bucal**. 1 ed. . Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 290 p.

RIHS, L.B.; SOUSA, M. da L.R. de; CYPRIANO, S. Cárie dentária em adultos em locais com e sem água fluoretada da região de Campinas, São Paulo. **Ver. Fac. Odontologia Porto alegre**, v.48, n.1/3, p. 69-72, jan./dez 2007.

SARDINHA, S. de C.S.; VIANA, P.R.L.; AZOUBEL, E.; PINEIRO, B.R.G. Levantamento epidemiológico realizado na clínica de Cirurgia bucal. **Revista Odontologia – Fac. Odonto/PUCRS**, Camaragibe, v.21, n.53: p.227-231, jul./set. 2006.

SILVA, M. E. de S. e; VILLAÇA, E. L.; MAGALHÃES, C. S. de; FERREIRA, E. F. e Impacto da perda dentária na qualidade de vida, **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n.3, maio, 2010. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300027&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 20 de julho de 2010.

TRAVASSOS, D.B.; NEVES, R.S. das; SILVA, R.G. da; RIBEIRO, E. D.; TAVARES, S.S.S.; PAIVA, M.A.F. de. Perfil das exodontias realizadas na Clínica de Cirurgia Ido Curso de Odontologia da Universidade Federal de Paraíba. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buço-Maxilo-Facial**, v.9, n.1: p.115-122, jan./mar. 2009.

VARGAS, A. M.D. et al. **Saúde Bucal - Atenção ao Idoso. UNIDADE DE DÁTICA II** Belo Horizonte: COOPMED/UFMG, 2009.

PALMIER, A.C. et al. **Saúde Bucal – aspectos básicos atenção ao adulto. UNIDADE DE DÁTICA II** Belo Horizonte: COOPMED/UFMG, 2009.

XAVIER, C.R.V. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos nas clínicas da disciplina de Cirurgia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo [dissertação]. Bauru: Universidade de São Paulo, 2003.