

**VANÊSSA SANTOS SILVA BARROS**

**PRINCIPAIS DOENÇAS ORAIS EM IDOSOS, CONSEQUÊNCIAS E  
TRATAMENTOS**

**CAMPOS GERAIS-MG  
2010**

**VANÊSSA SANTOS SILVA BARROS**

**PRINCIPAIS DOENÇAS ORAIS EM IDOSOS, CONSEQUÊNCIAS E  
TRATAMENTOS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito parcial para  
a obtenção do título de especialista no  
Curso de Especialização em Atenção  
Básica em Saúde da Família pela  
Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientadora: Eulita Maria Barcelos

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**

**Campos Gerais**  
**2010**

**VANÊSSA SANTOS SILVA BARROS**

**PRINCIPAIS DOENÇAS ORAIS EM IDOSOS, CONSEQUÊNCIAS E TRATAMENTOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de especialista no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientadora: Eulita Maria Barcelos

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Prof.(a) \_\_\_\_\_

Prof.(a) \_\_\_\_\_

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**

**Campos Gerais**  
**2010**

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo levantar as principais doenças orais em idosos, suas conseqüências, prevenção e tratamentos. Para isso foi realizada uma revisão de literatura abordando o tema proposto utilizando-se de publicações no período de 1990 a 2010, em idioma português. Os resultados apontaram que a população idosa é o segmento populacional que mais cresce e que a saúde bucal na terceira idade é um fator indispensável para o envelhecimento saudável. Os problemas bucais mais prevalentes nessa faixa etária são as cáries radiculares e a doença periodontal, que contribuem para a grande maioria das extrações dentárias. Assim, faz-se necessário um trabalho continuado de prevenção e orientação para o cuidado da saúde bucal do idoso, incluindo desde instruções para a limpeza diária dos dentes e próteses, até o controle da dieta e uso do flúor como fonte de fortalecimento da superfície dentária. É também fundamental a ampliação do estudo nessa área, visando qualificar a atenção e o tratamento odontológico para esses indivíduos.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, odontologia, idoso, problemas bucais.

## LISTA DE TABELA E GRÁFICO

Gráfico 1 - Expectativa de vida dos idosos de 60, 70 e 80 anos ou mais de idade, segundo sexo – Brasil – 1999/2003.....	11
Tabela 1 - Distribuição percentual do tempo decorrido após a última visita ao dentista entre idosos, segundo sexo e faixa etária.....	23

## **LISTA DE SIGLAS**

CPOD – Índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA - Instituto Nacional do Câncer

FDI - Federação Dentária Internacional

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio

PNI - Política Nacional do Idoso

PNSI - Política Nacional da Saúde do Idoso

RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde

SB – Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA.....	10
3 METODOLOGIA.....	13
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
4.2 Principais problemas bucais que acometem indivíduos na 3ª idade.....	14
4.3 Prevenção e tratamentos para os problemas bucais em idosos.....	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	27

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos acompanhamos uma evolução dos conceitos de saúde e bem-estar, de prevenção de doenças e promoção da saúde, além de um despertar para maior conscientização da importância dos cuidados com a boca e com os dentes em todas as fases da vida.

De acordo com resultados da pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2005, cada ano que passa a taxa de fecundidade declina, conseqüentemente, há uma diminuição da população jovem e o aumento da população com mais de 60 anos. O Brasil envelhece rapidamente. A expectativa média de vida amplia-se de tal forma que grande parte da população atual irá alcançar a velhice (BRASIL, 2009).

Paralelo à esta realidade demográfica, um grande número de doenças bucais acometem a população idosa. Esta afirmação encontra sustentabilidade nas falas de Gavinha, Braz e Souza, (2006) que afirmam ser a saúde oral dos idosos, globalmente fraca, evidenciada pelos elevados níveis de perdas dentárias, doença periodontal, cáries, xerostomia, cancro oral, dentre outras.

A experiência que temos tido no consultório evidencia que os problemas bucais mais frequentes são as cáries de raiz, as lesões de tecido mole causadas por próteses mal adaptadas, os problemas periodontais e em maior número, o edentulismo.

Em relação à precariedade das condições de saúde bucal dos idosos, esta pode estar relacionada à carência de ações voltadas para a saúde bucal do idoso e ao fato de que, a preocupação de muitos profissionais de saúde é com a saúde de forma em geral; avaliam o corpo se esquecem da boca; não avaliando os dentes e a cavidade oral.

Neste sentido Vargas, Vasconcelos e Ribeiro (2008) ressaltam que do ponto de vista odontológico, isto equivale a dizer que os idosos de ontem foram menos favorecidos do que os idosos de hoje em relação aos benefícios trazidos com os avanços científicos da área de saúde e da odontologia, de modo especial, além de terem convivido com um acesso mais difícil a um serviço de saúde e também com um modelo de atenção onde a prática que predominava era a de extrações dentária.

A partir desse recorte analítico, observa-se que, é necessário que os profissionais da área odontológica tenham conhecimento sobre a realidade da saúde bucal dos idosos - principais doenças orais que os acometem, suas conseqüências e possíveis tratamentos, para a promoção, restabelecimento da saúde e melhor qualidade de vida nesta faixa etária, o que constitui-se na motivação para este estudo.

O objetivo deste estudo foi levantar as principais doenças orais em idosos, suas conseqüências e possíveis tratamentos.



A presente revisão da literatura foi estruturada, de acordo com o contexto do tema, abordando o envelhecimento e os aspectos bucais; os principais problemas que acometem os indivíduos na 3ª idade, a prevenção e tratamentos.

## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Para Meirelles (1997), o envelhecer é um processo em que ocorrem profundas transformações biopsicossociais e que vai sendo construído ao longo da vida. Tais transformações vão sendo acentuadas pela diminuição progressiva da capacidade funcional. Sendo o envelhecimento um processo inevitável, dinâmico e progressivo, modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas, psicológicas e sociais vão determinando a perda gradativa da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente.

Definir o envelhecimento é algo muito complexo, biologicamente é considerado um processo que ocorre durante toda a vida. Existem vários conceitos de envelhecimento variando de acordo com a visão social, econômica e principalmente com a independência e qualidade de vida do idoso (MINAS GERAIS, 2006, p. 140).

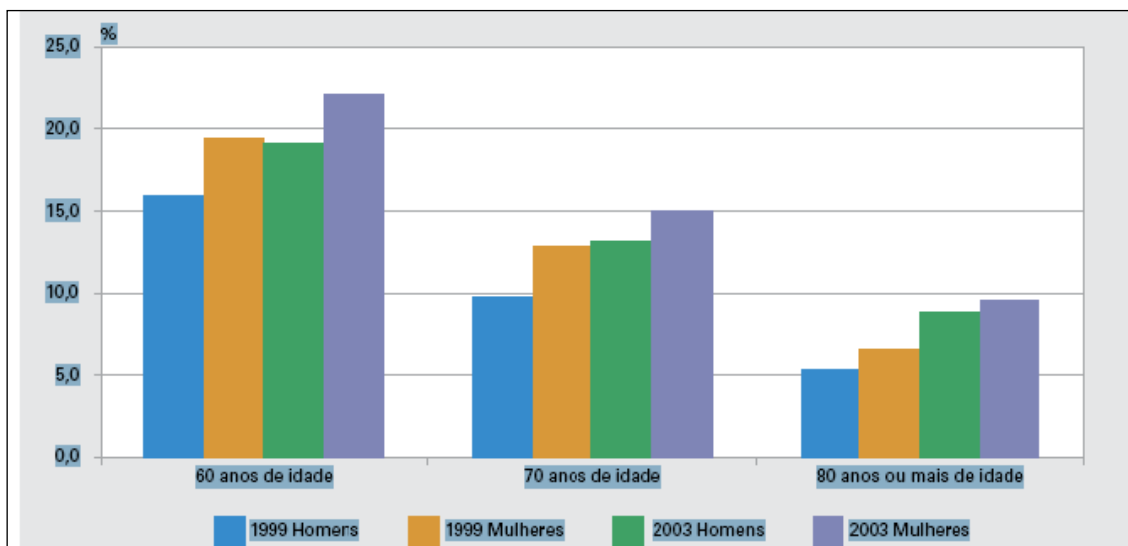
“Os processos de envelhecimento caracterizam-se por uma redução das reservas funcionais, desequilíbrio do mecanismo homeopático e do sistema imunológico” (MAGALHÃES, 2000, p. 3).

Chegar à velhice é um fato que está ocorrendo com milhões de brasileiros, visto que nos últimos anos o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos (BRASIL, 2009).

Segundo Chaimowicz (2009), a perspectiva para o século XXI é de que entre 2020 e 2025 o Brasil seja a sexta maior população de idosos no mundo, com aproximadamente 32 milhões de pessoas neste grupo. “Com maior longevidade, autonomia, qualidade de vida e independência econômica, os idosos vão reverter as regras atuais da sociedade” (INSTITUTO SODEXHO, 1999, p.1).

Em 2003, segundo as informações da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD), a população de 60 anos ou mais, considerada no Brasil a faixa etária que corresponde aos idosos, era de cerca de 17 milhões de pessoas, representando cerca de 10% da população total do País (BRASIL, 2009).

De acordo com dados do IBGE (2005), a expectativa de vida a partir dos 60 anos aumentou, no período de 1999 a 2003, em todas as faixas de idade, tanto para homens quanto para mulheres, conforme ilustra o Gráfico1.



**Gráfico 1** – Expectativa de vida dos idosos de 60, 70 e 80 anos ou mais de idade, segundo sexo – Brasil – 1999/2003.

**Fonte:** BRASIL (2008).

A PNAD (2006), última pesquisa divulgada quando da elaboração da pesquisa realizada pelo IBGE (2009), apontava que os idosos alcançavam, aproximadamente, 19 milhões de pessoas, evidenciando o acelerado processo de envelhecimento da sociedade brasileira, demonstrando a necessidade de novas políticas de saúde direcionadas para essa faixa etária (BRASIL, 2009).

Brunetti e Montenegro (2002) constataram um aumento significativo no número de pacientes de terceira idade para tratamentos odontológicos. Observaram existir um número de profissionais insuficientes e com pouco preparo para o atendimento destes indivíduos em nosso país, realçando a necessidade de profundos estudos e adequação técnica para atuarem nesta população.

Corroborando com os autores acima citados, Shinkay e Del Bel Cury (2000) consideraram a necessidade urgente de formação de recursos humanos capacitados em odontologia geriátrica para o atendimento especializado ao idoso.

Araújo *et al.* (2006), em uma revisão de literatura abordaram sobre o crescente envelhecimento da população mundial, inclusive no Brasil, ressaltando a importância de medidas para se lidar com estes indivíduos.

De acordo com Simões, Oliveira e Carvalho (2009, p. 46) “Com o aumento da população de idosos é cada vez mais necessário ter uma demanda crescente e diversificada para a atenção e para o tratamento odontológico desses indivíduos”.

O envelhecimento causa várias alterações fisiológicas em todo o organismo,

havendo uma grande prevalência de doenças crônicas nestes indivíduos, que constituem a maior parcela de pessoas que necessitam de atendimento nos serviços de saúde (SILVA; SAINTRAIN, 2006).

De acordo com Vargas, Vasconcelos e Ribeiro (2008) alguns medicamentos usados no tratamento das doenças crônicas podem causar xerostomia, outros usados no tratamento da hipertensão como a nifedipina, anticonvulsivantes como a fenitoína, imunossupressores como a ciclosporina, na presença de placa dentária, podem induzir hiperplasia gengival e o uso de xaropes contendo açúcar pode levar ao desenvolvimento de lesões cariosas.

Deve-se considerar que estas alterações podem reduzir a capacidade bucal do idoso, chegando a comprometer seu estado nutricional.

Segundo Vargas, Vasconcelos e Ribeiro (2008) "incapacidade bucal" ocorre quando o idoso não consegue exercer funções inerentes ao sistema estomatognático como: mastigação, deglutição e fonação, bem como, evita contatos sociais por problemas odontológicos.

Os mesmos autores citados acima fazem referência a Política Nacional do Idoso (PNSI) (1999) que preconiza a manutenção da capacidade funcional das estruturas bucais, além do reforço às ações dirigidas à detecção precoce de enfermidades, a Política Nacional da Saúde do Idoso (PNSI) aponta a necessidade de introdução de novas medidas dirigidas à prevenção de perdas dentárias e de outras afecções. Em casos de comprometimento da capacidade bucal é indicada a reabilitação mediante prescrição adequada de próteses dentárias.

Cormack (2002) conclui que com o crescimento da população idosa e a mudança do perfil epidemiológico do "novo idoso" surgem diferentes necessidades orais em relação à geração anterior.

### 3 METODOLOGIA

Para a realização do presente trabalho foi realizada uma revisão de literatura cuja trajetória metodológica percorrida apoiou-se nas leituras exploratória e seletiva do material de pesquisa, visto que, esta revisão possibilitou sumarizar as pesquisas já concluídas e obter conclusões a partir de um tema de interesse.

Para se fazer uma revisão de literatura, é necessário que se estabeleçam questões para nortear as buscas por produções de determinado assunto. De acordo com Broome (1993) a construção de um conceito requer um trabalho de reconhecimento de pesquisas prévias na área, bem como a identificação de quais as questões que permanecem sem respostas. A questão norteadora do estudo limitou-se às principais doenças orais que cometem os idosos, a prevenção e tratamentos.

A população deste estudo foi composta por toda literatura indexada nos bancos de dados: LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library OnLine) que atenderam o objetivo do estudo no período de 1990 a 2010, em idioma português. Foram considerados teses, dissertações e artigos publicados independente dos delineamentos metodológicos utilizados pelos autores.

Foram utilizados os descritores: envelhecimento, odontologia, idoso, problemas bucais.

A pesquisa nos bancos de dados foi realizada de abril a julho de 2010.

Após a análise crítica da literatura, a amostra foi constituída por toda a produção científica que atendeu aos critérios definidos neste estudo.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 Principais problemas bucais que acometem indivíduos na 3ª idade

Holm-Pedersen e Løe (1996), Pucca Jr. (1996) e Rutkauskas (1997) *apud* Shinkay e Del Bel Cury (2000) relatam que os principais problemas de saúde bucal no idoso são: cárie coronária e radicular, periodontopatias, edentulismo, desgastes dentais (atrições, abrasões e erosões), lesões de tecidos moles (ulcerações, hiperplasias inflamatórias traumáticas e medicamentosas, infecções e outras), xerostomia (sensação de boca seca), dores orofaciais, distúrbios têmporo-mandibulares, problemas de oclusão e câncer bucal.

Vargas, Vasconcelos e Ribeiro (2009) informam que, no Brasil foram realizados quatro grandes estudos epidemiológicos de saúde bucal nos anos de 1986, 1993, 1996 e 2003 respectivamente.

Neste último, denominado Saúde Bucal Brasil (SB Brasil) (2003), a amostra foi composta por sexo, macrorregião e grupo étnico, além de incluir indivíduos de 18 meses à 74 anos de idade, sendo que 5.349 indivíduos compreendia a faixa etária entre 65 e 74 anos.

Os resultados do SB-Brasil (2003), indicam que há uma tendência de crescimento na prevalência de cáries em função da idade, um fenômeno comum considerando o caráter cumulativo do CPO-D/ceo-d.

No que tange o ataque de cáries em dentição permanente, o CPO-D médio foi de 27,8 na faixa etária de 65 a 74 anos.

O percentual de edêntulos – indivíduos desprovidos de dentes – é o principal problema na faixa etária de 65 a 74 anos. Cinquenta e seis por cento dos Idosos examinados não possuíam sequer um dente. Entre estes, 22% não possuem nenhuma prótese dentária e mais de 40% necessitam pelo menos uma.

Segundo Duarte (2008), a análise dos dados do SB Brasil mostrou que as perdas dentárias são mais frequentes na arcada superior. De acordo com este trabalho, os elementos dentários inferiores – especialmente os anteriores – permanecem na arcada após a extração dos superiores.

Com relação à doença periodontal crônica, pode-se dizer que é a condição bucal mais prevalente encontrada no idoso. No entanto, nos estudos epidemiológicos realizados observa-se apenas uma fraca correlação entre profundidade de bolsa e o aumento da idade.

Um percentual de 60,8% dos idosos examinados no SB Brasil (2003) não tiveram a condição periodontal avaliada por serem edêntulos. Assim, a análise dos resultados sobre a saúde periodontal dos idosos avaliados neste levantamento mostrou um alto percentual de

sexantés excluídos, sendo que a região anterior inferior teve a menor porcentagem. Periodontite leve ou moderada (bolsas de 4-5 mm) foi encontrada em 4,45% das pessoas e a forma avançada (bolsa de 6 mm ou mais) em apenas 1, 85% (VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2009).

Eis aqui uma evidência da importância dos estudos epidemiológicos: a partir dos dados analisados pode-se afirmar que o tratamento periodontal dos idosos que não necessitam procedimento cirúrgico deve ser realizado rotineiramente na atenção básica, referenciado os tratamentos mais complexos para os Centros de Referência de Especialidades Odontológica. Os dados do SB Brasil (2003) mostram que a presença de cálculo foi a principal condição encontrada na região anterior inferior, e a prevalência de periodontite nas formas leve e avançadas é baixa, demonstrando que para a população idosa, procedimentos de raspagem e polimento na atenção básica são capazes de resolver a maior parte da demanda de tratamento periodontal (BRASIL, 2004).

Encontramos também, no decorrer deste estudo, alguns estudos epidemiológicos isolados, sobre as condições de saúde bucal na terceira idade, publicados por acadêmicos, como Rosa *et al.* (1992), Frare *et al.* (1997), Pucca Jr. (1998), Meneghim, Pereira e Silva (2002), Moreira *et al.* (2005), além de uma revisão crítica realizada por Colussi e Freitas (2002) sobre os estudos epidemiológicos apresentados nas publicações nacionais, indexadas nas bases de dados BBO, LILACS e MEDLINE, a partir de 1988.

Rosa *et al.* (1992), em um levantamento epidemiológico, realizado em São Paulo, utilizando dois grupos de idosos, de 60 anos ou mais (examinados em domicílio e instituições beneficentes), mostraram que, em média, cada idoso possui apenas dois dentes sadios, aproximadamente 75% eram edêntulos e apenas 50% eram portadores de prótese total. Bolsas periodontais predominaram em relação às demais patologias em 65% dos idosos e, juntos, a cárie e a doença periodontal contribuem para mais de 90% das extrações dentárias.

Um outro levantamento transversal das condições de saúde bucal de adultos acima de 55 anos foi realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, em 1995, com pessoas não institucionalizadas, moradoras de um bairro da periferia (FRARE *et al.*, 1997). Observou-se uma prevalência de 64,6% de edentados totais, dos quais 73,4% usavam próteses dentárias. Nos entrevistados dentados, 34% apresentavam alterações gengivais de forma e cor, e a maioria relatou escovar os dentes ao menos uma vez ao dia. Outros achados relevantes foram periodontite severa, candidíase provocada pelo uso de dentadura e por falta de higiene bucal, e hiperplasia no palato em razão da prótese total com câmara de sucção.

Meneghim, Pereira e Silva (2002), em uma pesquisa realizada em Piracicaba – SP

com 151 idosos, com idade entre 54 e 93 anos, examinados e classificados do ponto de vista de saúde periodontal, necessidade de tratamento periodontal, presença de retração gengival e lesões radiculares, constataram que há um aumento na prevalência de lesões de cárie e outras afecções radiculares, como erosão e abrasão, indicando aumento na susceptibilidade a tais lesões com o passar da idade.

Moreira *et al.* (2005), realizaram uma revisão sistemática da literatura, no período de 1986 a 2004, por meio de busca em bases de dados, sobre os problemas bucais mais prevalentes entre os idosos brasileiros e conhecer os principais obstáculos no acesso aos serviços de saúde. Verificou-se grande porcentagem de indivíduos edentulos o que valida e reitera os resultados obtidos no último levantamento epidemiológico realizado no Brasil em 2003.

Colussi e Freitas (2002), através de uma revisão crítica dos estudos epidemiológicos apresentados nas publicações nacionais com relação à saúde bucal do idoso, pesquisaram todos os artigos indexados nas bases de dados BBO, LILACS e MEDLINE, a partir de 1988, data da publicação do Levantamento Epidemiológico Nacional. Neste estudo, a prevalência do edentulismo ficou em 68%, lembraram que, tradicionalmente, a perda total dos dentes (edentulismo) era aceita como um fenômeno natural do envelhecimento.

No entanto, sabe-se hoje que esse fato é o reflexo da falta de prevenção, de informação e conseqüentemente de cuidados com a higiene bucal, que deveriam ser destinados principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas.

Em artigos mais recentes, Gavinha, Braz e Sousa (2006); Simões, Oliveira e Carvalho (2009) os resultados obtidos indicam que a fraca saúde oral dos idosos tem sido, particularmente, evidente através de elevados níveis de perdas dentárias, doença periodontal, cáries radiculares, xerostomia e cancro oral.

A doença periodontal aumenta com o decorrer da idade, e tem sido vista como a principal causa do edentulismo, que resulta num grande número de indivíduos necessitando de próteses (CORMACK, 2002).

Ettinger (1997) *apud* Magalhães (2000) adverte que se não houver um treino e motivação para a manutenção da higiene oral dos idosos, não será possível controlar a doença periodontal e esta torna-se inevitável.

Kamen (1997) *apud* Magalhães (2000) recomenda consultas regulares de manutenção espaçadas 3 meses na prevenção da perda de ligamento e da inflamação da gengiva.

Outra razão para a perda dental, segundo Varellis (2005, p. 324) “é a evolução lenta de cáries radiculares, infiltrações e cáries sob restaurações e próteses”.



A cárie é uma infecção bacteriana dos dentes resultante de uma combinação de fatores como sejam, virulência das bactérias do meio oral, potencial ácido gênico do substrato, habilidade do indivíduo para manter uma boa higiene e a resistência inerente do dente à desmineralização (ETTINGER, 1997 *apud* MAGALHÃES, 2000, p. 6).

Novas e recorrentes lesões coronais, e um aumento das lesões radiculares parecem estar associados ao envelhecimento.

As cáries radiculares podem aparecer em indivíduos de todas as idades, mas com o avanço da idade estas são mais prevalentes e de maior incidência. Se a prevalência de cáries radiculares for baseada na presença de lesões ativas, reparadas ou estacionárias, praticamente todas as pessoas com mais de 65 anos encontram-se afetadas (ZWETCHKENBAUM, 1997 *apud* MAGALHÃES, 2000, p. 6).

No entanto, de acordo com Ettinger (1997) *apud* Magalhães (2000, p. 6)

... as lesões de cáries radiculares podem ser inativadas, se houver uma avaliação que permita intervir precocemente. A avaliação do risco, é como tal, fulcral para o planeamento de programas preventivos.

De acordo com Zwetchkenbaum (1997) *apud* Magalhães (2000) ainda há uma falta de exatidão no diagnóstico das cáries radiculares e não existe consenso quanto à abordagem na detecção, prevenção e restauração. A perda do ligamento periodontal e exposição da superfície radicular ao ambiente oral são aceites como pré-requisitos universais para o desenvolvimento de cáries radiculares. As cáries nas superfícies radiculares dos dentes, apresentam-se para o dentista, como um desafio clínico de importância crescente. Isto devido ao aumento do número de indivíduos que sobrevive até idades avançadas, ao aumento de dentes naturais retidos à medida que se envelhece, e ao fato da maioria dos dentes sobreviventes terem experimentado uma perda de ligamento periodontal precoce com a consequente exposição da raiz.

“A xerostomia (sensação de boca seca) é uma queixa bastante comum, presente em cerca de 40% dos idosos” (SREEBNY, 1996 *apud* SHINKAY; DEL BEL CURY, 2000, p. 1106).

Kaplan e Hunt (1996) *apud* Magalhães (2000) afirmaram que a saliva interfere com a adesão da placa à superfície dentária e transporta enzimas que afetam a agregação das bactérias. Possui anticorpos e atua como um mecanismo de limpeza dos dentes e das gengivas, e pode diminuir o desenvolvimento de doença periodontal porém, quando ocorre a diminuição do fluxo salivar, aumenta a susceptibilidade à cárie e à doença periodontal.

Naunftofte *et al.* (2005) *apud* Vargas, Vasconcelos e Ribeiro (2008) ressaltam que a avaliação da função salivar deve ser uma rotina no exame bucal, pois pacientes com produção insuficiente de saliva têm maior risco de ter doenças bucais como cárie, erosão dentárias e candidíase.

Não há indícios de que o envelhecimento é fator causador da xerostomia. A hipossalivação estaria ligada à doenças crônicas e medicação associada (LUNDGRE; EMILSON; OSTEMBERG, 1996 *apud* MAGALHÃES, 2000).

“Quando a dessecação dos tecidos orais é extrema, a escovagem e o uso de fio dental tornam-se dolorosos, isto resulta em negligência na higiene oral e em doenças na cavidade oral” (KAPLAN; HUNT, 1996 *apud* MAGALHÃES, 2000, p. 9).

O Cancro Oral é uma doença com maior prevalência nos idosos, sendo a idade o maior fator de risco. Cerca de 95% dos cancros orais surgem em indivíduos com mais de 40 anos e num estudo, 44% dos cancros orais apareciam em pessoas com mais de 65 anos, sendo que esta população só representa 13% do total (ERICKSON, 1997 *apud* MAGALHÃES, 2000).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2008) são fatores de risco para o câncer bucal: idade superior a 40 anos, hábito de fumar cachimbos ou cigarros, o consumo de álcool, má higiene bucal e próteses mal ajustadas. Os idosos tabagistas e etilistas são um grupo prioritário para participar de exames anuais na detecção precoce e prevenção desta patologia.

Segundo Vargas, Vasconcelos e Ribeiro (2008) considerando a elevada prevalência de alterações nos tecidos moles, salienta-se a necessidade de exames bucais periódicos para prevenção do câncer bucal. Ainda enfatizam que sendo o idoso como grupo etário de risco para o desenvolvimento de câncer bucal, as ações dirigidas a sua prevenção devem ser rotina na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Os odontólogos devem incorporar em suas rotinas de trabalho ao atender os idosos orientações claras e objetivas sobre o auto-exame bucal.

O exame anual para prevenção do câncer bucal é indicado pelo INCA (2008) para indivíduos de risco, especialmente os tabagistas e alcoólatras.

Muitos problemas odontológicos encontrados no idoso são, na realidade, complicações de processos patológicos acumulados durante toda a vida do indivíduo, devido à higiene bucal deficiente, iatrogenia medicamentosa, falta de orientação e de interesse em saúde bucal e ao não-acesso aos serviços de assistência odontológica (DINI; CASTELLANOS, 1993; PUCCA JR. 2002).

Sendo assim, Pucca Jr. (2002) explica que este quadro da saúde oral do idoso é decorrente não só do processo de envelhecimento por si, mas principalmente de um

conjunto de agravos diferenciados que atingem os idosos de maneiras distintas durante a vida.

Deve-se considerar que além do impacto na qualidade de vida e condição nutricional do idoso, as próteses mal adaptadas ou com más condições de higiene podem levar ao desenvolvimento de alterações da mucosa bucal e halitose. Entre estas alterações destacam-se a hiperplasia fibrosa inflamatória, as úlceras de pressão e a candidíase. As duas primeiras estão associadas a má adaptação e manutenção das próteses e a última principalmente a má higienização. A higienização das próteses é de fundamental importância na manutenção da saúde dos tecidos moles da cavidade bucal. Avaliação pelos profissionais da capacidade funcional do idoso para os auto-cuidados bucais sempre deve ser feita e considerada (VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2008).

Apesar de todos os problemas apresentados, em estudos realizados por Künzel (1991) e Rutkauskas (1997) *apud* Shinkay e Del Bel Cury (2000) os autores dizem que, principalmente nos países menos desenvolvidos como o Brasil, em grande parte do mundo há tendência de maior retenção dos dentes naturais pela população que está envelhecendo, o que aumenta a complexidade de cuidados pessoais e de atenção profissional com a pluralidade de quadros clínicos.

Esta complexidade de cuidados e atenção dispensada aos pacientes idosos torna-se ainda mais importante porque os problemas bucais não afetam somente a saúde física do indivíduo mas, compromete também todas as outras funções humanas ressaltando a baixa da auto estima reflexos da auto imagem prejudicada.

“Estudos sobre o impacto das condições bucais na qualidade de vida e no bem-estar do indivíduo idoso revelam que os aspectos funcionais, sociais e psicológicos são significativamente afetados por uma condição bucal insatisfatória” (LOCKER; SLADE, 1993; STRAUSS; HUNT, 1993, *apud* SHINKAY; DEL BEL CURY, 2000, p. 1100).

Condições orais precárias têm um impacto negativo na vida diária de grande parte da população idosa, principalmente em pacientes edentados e pacientes dentados que não têm atendimento odontológico regular, sendo que as principais queixas referem-se a limitações funcionais (dificuldade de mastigação, fonação, respiração, aparência, retenção de alimentos nos dentes e próteses e desadaptação de próteses) (LOCKER; SLADE, 1993 *apud* SHINKAY; DEL BEL CURY, 2000).

Além dessas conseqüências outros fatores que vêm sendo observados são os problemas psicológicos que têm sido relatados tais como depressão, causados por reflexos na auto-imagem e na auto-estima, com prejuízos nos relacionamentos social, familiar, amoroso e profissional (WOLF, 1998), e até o isolamento.

Wolf (1998, p. 315) verificou que a “perda dos dentes é sentida como prejudicial à

organização egóica e fator desencadeante de sentimentos de desamparo, impotência e diminuição da auto-estima”.

Petersen (2005) *apud* Gavinha, Braz e Sousa (2006, p. 391) afirmam que: “O impacto negativo das fracas condições orais na qualidade de vida dos idosos é um importante problema de Saúde Pública”.

#### **4.2 Prevenção e tratamentos para os problemas bucais em idosos**

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) promulgada em dezembro de 1999 vem permitir ao indivíduo, um envelhecimento saudável, o que significa preservar a sua capacidade funcional, sua autonomia e manter o nível de qualidade de vida. No contexto odontológico, implica, entre outras intervenções, na oferta de programas de prevenção de doenças e promoção da saúde bucal, de serviços de atenção primária, atendimento domiciliar e reabilitação protética (VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2008).

De acordo com Rosa *et al.* (1992), a prevenção em odontologia só passou a despertar interesse no Brasil no final da década de 70, o que poderia explicar, em parte, os baixos níveis de saúde bucal no idoso.

“A prevenção primária é destacada como estratégia fundamental para a saúde bucal dos idosos” (SHINKAY; DEL BEL CURY, 2000, p. 1103).

“Os métodos preventivos não são apenas imprescindíveis como também constituem-se como eixo de qualquer intervenção que vise à saúde bucal na terceira idade” (PUCCA JR, 2002, p. 299).

De acordo com Magalhães (2000, p. 12) “Na população idosa, a promoção da saúde oral normalmente centra-se na prevenção da cárie, doença periodontal e cancro oral”.

Segundo Shinkay e Del Bel Cury (2000), Pucca Jr. (2002), Varelis (2005) e Gavinha, Braz e Sousa (2006) diagnosticados os problemas bucais, é possível tomar medidas preventivas específicas para cada caso, como o controle mecânico da placa bacteriana ou por uso de agentes químicos antimicrobianos, reorientação da higiene bucal, limpeza profissional, avaliação e estimulação da função mastigatória, fluoroterapia, estimuladores de saliva, aconselhamento dietético entre outros.

Todas as intervenções devem ser acompanhadas de informações e orientações sobre a importância da preservação dos elementos dentários, que devem iniciar precocemente na infância e continuar através do curso de vida (VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2008).

“Em pacientes idosos com alto risco para cáries e gengivites, a utilização de clorexidina a 0,12% tem se mostrado eficaz para controlar a população bacteriana bucal”

(ERICKSON, 1997; NIESSEN; GIBSON, 1997 *apud* SHINKAY; DEL BEL CURY, 2000, p. 1104). Além disso, a clorexidina também pode ser utilizada associada à fluoretos, nas suas diversas apresentações (solução para bochechos, dentifrício, verniz ou gel, com diferentes concentrações) e posologias (ERICKSON, 1997; NIESSEN; GIBSON, 1997; SALISBURY, 1997 *apud* SHINKAY; DEL BEL CURY, 2000).

Como medidas preventivas dos problemas bucais pode-se citar, a remoção mecânica da placa bacteriana através de escova e fio dental que se constitui em um procedimento básico de higiene pessoal que não deve ser negligenciado, tanto para pacientes dentados, como para os pacientes portadores de próteses. A ausência e/ou deficiência de atos mecânicos possibilita o acúmulo de uma placa bacteriana cada vez mais espessa, criando condições para o desequilíbrio da microbiota residente bucal, que leva à destruição de tecidos duros e moles, neste caso, aconselha-se o uso de substâncias antimicrobianas para o controle químico da placa bacteriana bucal (CURY, 1999).

Em um estudo *in situ*, Del Bel Cury *et al.* (1994) verificaram que bochechos diários duas vezes/dia com uma formulação experimental de fluoreto de sódio a 0,05% e clorexidina a 0,12% reduziu significativamente a formação de placa bacteriana dental, sem interferir com a ação do flúor.

De acordo com Cury (1999) apesar de sua eficiência no controle químico da placa, as substâncias antimicrobianas não devem ser utilizadas como substitutas do controle mecânico, mas sim como coadjuvantes do programa preventivo ou terapêutico.

Outro problema de saúde bucal importante em idosos é o câncer de boca ou cancro oral, principalmente o carcinoma epidermóide que também pode ser prevenido. Segundo o INCA (1999) a orientação dos fatores de risco (tabagismo, alcoolismo, irritação mecânica das mucosas bucais) e o diagnóstico precoce do câncer de boca são medidas preventivas que requerem o envolvimento de todos os profissionais que cuidam do idoso, e não só do cirurgião-dentista.

A incidência do câncer de boca aumenta após os quarenta anos e tem implicações graves, como causa direta de mortalidade, de amplas mutilações pós-cirúrgicas e de complicações bucais severas pós-radioterapia (por lesões de glândulas salivares, lesões vasculares e ósseas). O diagnóstico e o tratamento precoces proporcionam cura em cerca de 80% dos casos, entretanto 60% destes chegam aos centros de referência brasileiros nos estádios III e IV, quando o tratamento não é mais curativo (INCA, 1999).

No caso da xerostomia, Kaplan e Hunt, 1996 *apud* Magalhães, 2000, orientam que os dentistas deveriam informar aos pacientes sobre seus efeitos na saúde oral, aconselhando a beber mais líquidos, aumentar a aplicação de flúor, manter boa higiene, para evitar doenças da cavidade oral e perda dentária.

Os pesquisadores Rosa *et al.* (1992) salientam a necessidade de políticas nacionais, estaduais e municipais de saúde com ênfase na prevenção em idosos para reduzir os níveis de doenças, a fim de que “as necessidades de tratamento não sufoquem a capacidade de atendimento” (ROSA *et al.*, 1992, p.159) e, em 1993 a Federação Dentária Internacional (FDI) recomendou, “para os países em desenvolvimento, a aplicação de serviços preventivos extensos para comunidades e a distribuição de recursos, quando escassos, para a prevenção e a educação em lugar dos procedimentos restauradores” (FDI, 1993 *apud* SHINKAY; DEL BEL CURY, 2000, p. 1103).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2008) recomenda que os países adotem estratégias para melhorar a saúde oral dos idosos, devendo as autoridades nacionais desenvolver políticas e definir metas e objetivos mensuráveis para esta área. Os programas nacionais de Saúde Pública deverão incorporar a promoção da saúde oral e a prevenção de doenças e devem ser baseados nos fatores comuns de risco.

Outros fatores imprescindíveis para a minimização dos problemas bucais são a informação e a orientação básica da população. Estes “constituem os meios mais efetivos para modificar a autopercepção em relação aos aspectos de saúde, incluindo-se a saúde bucal” (SHINKAY; DEL BEL CURY, 2000, p. 1103).

Em uma pesquisa realizada por Silva e Fernandes (2001) em 201 idosos, dentados, com 60 anos ou mais, que freqüentavam um centro de saúde localizado em Araraquara - SP, concluíram, após analisar os resultados, ser necessário desenvolver ações preventivas e educativas para a população para maximizar a percepção destes sobre a saúde bucal.

De acordo com Magalhães (2000, p. 11) “a compreensão dos valores e percepções atribuídos aos dentes, por uma população, é importante para se aceder à motivação que esta poderá ter no acompanhamento de um programa preventivo”.

No entanto, para possibilitar essa informação e orientação, é preciso criar estratégias de aproximação com estes indivíduos tendo em vista o resultado do estudo realizado pela PNAD no período de 1998 e 2003 (Tabela 1), sobre a distribuição percentual do tempo decorrido após a última visita ao dentista entre idosos, segundo sexo e faixa etária (Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) (2005).

**Tabela 1** - Distribuição percentual do tempo decorrido após a última visita ao dentista entre idosos, segundo sexo e faixa etária.

Tempo (anos)	Homens				Mulheres				Total			
	60-69	70-79	80+	Total	60-69	70-79	80+	Total	60-69	70-79	80+	Total
< 1	16,6	11,2	7,1	14,0	15,4	10,4	5,8	12,5	15,9	10,7	6,3	13,2
1-2	11,8	7,7	5,5	9,9	10,9	7,6	5,2	9,1	11,3	7,7	5,3	9,5
3 +	65,3	72,2	76,9	68,6	69,7	76,2	79,8	73,0	67,6	74,5	78,7	71,0
Nunca	6,3	8,8	10,5	7,5	4,1	5,8	9,2	5,3	5,1	7,1	9,7	6,3

**Fonte:** BRASIL (1998).

Observa-se, pelos resultados que, cerca de 23 dos idosos haviam visitado o dentista pela última vez há três anos ou mais e 6,3% jamais, durante toda a sua vida, havia ido ao dentista. Somente 13,2% haviam visitado um dentista há menos de um ano e 9,5% entre um e dois anos. Em ambos os sexos há uma redução gradual da frequência de visitas ao dentista com o aumento da idade (RIPSA) (2005).

Magalhães (2000, p. 12) diz que:

Quando a idade aumenta, as visitas ao médico aumentam, enquanto as visitas ao dentista diminuem. Isto deve ser atribuído em grande parte, ao aumento de doenças crônicas sistêmicas, e ao aumento da taxa de edentulismo associada ao avançar dos anos, assim como as atitudes dos idosos em relação à doença dentária e à falta de sistemas de apoio, ao acesso aos serviços dentários.

Isso nos faz refletir sobre como informar e orientar esta população uma vez que, o contato entre os profissionais da área odontológica e os idosos é tão reduzido.

De acordo com Veras *et al.* (2004) no Brasil, existem pelo menos 150 programas que visam contribuir para a promoção da saúde física, mental e social das pessoas idosas, lançando mão das possibilidades existentes nas universidades. Isso traz novas perspectivas de inserção e ampliação da participação social e de melhoria das condições de saúde, e qualidade de vida dos idosos.

Embora a odontologia preventiva seja prioritária nos idosos, a reabilitação bucal, através de restaurações diretas e todos os tipos de próteses, representa um papel muito importante nesse segmento da população.

Devido ao acúmulo de problemas odontológicos durante toda a vida do idoso, a odontologia restauradora vem auxiliar no restabelecimento da função (mastigação, fonação e deglutição) e da estética dos dentes, as quais influenciam o bem-estar do indivíduo direta

e indiretamente (WOLF, 1998).

Na atenção básica deve garantir ações voltadas para a o tratamento clínico das condições mais prevalentes no idoso tais como a cárie de raiz, xerostomia, doença periodontal e halitose (VARGAS, VASCONCELOS e RIBEIRO, 2008).

Para os autores acima citados dentro do atual paradigma de promoção, é inadmissível uma política de saúde excludente em relação a determinados grupos etários. Uma política de saúde baseada na confiança, na cooperação, na participação social e em redes de apoio favorece a inclusão do idoso enquanto cidadão, com direito aos serviços de saúde bucal.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que a população brasileira está envelhecendo, conclui-se que durante muitos anos, bocas e dentes precisarão estar em estado saudável para que os indivíduos possam ter uma ótima qualidade de vida.

A Odontologia deverá dedicar-se, cada vez mais, em ampliar o estudo e a pesquisa na abordagem e atendimento aos idosos, considerando as especificidades do próprio processo de envelhecer e suas demandas. Devido ao aumento da expectativa de vida da população e o acelerado envelhecimento populacional brasileiro a odontogeriatrics (especialista em odontologia geriátrica) passa a ser um promissor mercado de trabalho para classe odontológica, mas que exige uma grande motivação no estudo das particularidades desta faixa etária.

Evidentemente, ao longo dos anos, surgem alguns problemas bucais e, os mais prevalentes nessa faixa etária são as cáries radiculares e a doença periodontal, que contribuem para a grande maioria das extrações dentárias porém, a população e os profissionais da área odontológica devem ficar atentos à medidas preventivas para combater estes problemas e promover a saúde bucal dos idosos através de um trabalho continuado de orientação incluindo desde instruções para a limpeza diária dos dentes e próteses, até o controle da dieta e uso do flúor como fonte de fortalecimento da superfície dentária. E para aqueles que já perderam seus dentes, deve-se assegurar o acesso à reabilitação das funções mastigatórias e estéticas, através da confecção de próteses dentárias.

Embora o edentulismo seja considerado por muitos um fenômeno natural do envelhecimento, podemos entender que este é o reflexo da falta de orientação e de cuidados com a saúde bucal em todas as idades.

A fim de contribuir cientificamente para a saúde dos idosos, sugere-se neste estudo que os estudos epidemiológicos sejam contínuos para que possamos descobrir a real situação da saúde bucal do idoso e com isso, desenvolver pesquisas que tenham como objetivo, a eliminação ou diminuição das doenças que acometem esta população.

Outra consideração é que sejam analisados os currículos escolares dos discentes em odontologia, com o objetivo de averiguar se a saúde bucal do idoso está recebendo a devida importância nos cursos de graduação, para que os profissionais da área saibam como lidar com esta fatia do mercado e satisfazer suas necessidades de forma ética e competente, atuando, interdisciplinariamente, com os diversos profissionais da saúde.

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 medidas de reabilitação interdisciplinares ou de capacitação de recursos humanos para realizá-las.

Considera-se imprescindível que as ações odontológicas sejam voltadas para na promoção de saúde, prevenção de morbidades e reabilitação oral do idoso passam a ser incorporadas como um novo paradigma no cotidiano do odontólogo que integra à equipe de saúde da família, buscando o bem-estar dos idosos nas suas dimensões biológica, psicológica e social.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, S. S. C. et al. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Brasil, v. 10, n. 19, p. 203-16, jan./jun. 2006.
- BRASIL. Gabinete do Ministro de Estado da Saúde (BR). Portaria n. 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 13 dez. 1999.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009**. v. 25, 2009. 154 p. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/indicsaude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf)>. Acesso em: 06 maio 2010.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Tábuas completas de mortalidade**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/servidor\\_arquivos\\_est](http://www.ibge.gov.br/servidor_arquivos_est)>. Acesso em: 06 maio 2010.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio - PNAD, 1998. In: **Caderno de Saúde Pública**, Brasil, v. 19, p. 735-743, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p.
- BRUNETTI, R.; MONTENEGRO, F. **Odontogeriatría: noções de interesse clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2002. 481p.
- CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 172 p.
- COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Brasil, v.18, n.5, p.1313-20, set./out. 2002.
- CORMACK, E. F. A saúde oral do idoso. **Medcenter.com Odontologia**, 2002. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=174&idesp=19&ler=s>>. Acesso em 03 maio 2010.
- CURY, J. A. Controle químico da placa dental. In: KRIEGER, L. (org.), **ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p. 129-140.
- DEL BEL CURY, A. A.; REBELO, M. A. B.; CURY, J. A. Efeito de bochecho com clorexidina (CH) e flúor (F) na redução de formação de placa dental e incorporação de flúor no esmalte dental. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 51, p. 26-29. 1994.
- DINI, E. L.; CASTELLANOS, R. A. Doenças periodontais em idosos: prevalência e prevenção para populações de terceira idade. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 50, p. 3-9, 1993.

DUARTE, F. da C. R. **A inserção da odontologia no PSF de Divinópolis-MG: a bucalidade e seus dilemas na contemporaneidade.** Divinópolis, 2008. 123 f. Dissertação (mestrado em Educação, Cultura e Organizações Sociais) - Universidade Estadual de Minas Gerais – FUNED – INESP – ISED.

FRARE, S. M. et al. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**, v. 51, p. 573- 576, 1997.

GAVINHA, S.; BRAZ, M. do P.; SOUSA, L. Odontogeriatrics: conhecer para ajudar. **Rev. Port. Clin. Geral**, v. 22, p. 391-399, 2006.

INCA - Instituto Nacional do Câncer, **Câncer de boca.** Manual de Detecção de Lesões Suspeitas 1996/1999. 1999. Disponível em:  
<<http://www.inca.org.br/manual/boca/index.html>>. Acesso em 04 maio 2010.

INSTITUTO SODEXHO. Instituto para o Desenvolvimento da Qualidade de Vida no Cotidiano. **As necessidades e expectativas dos idosos em matéria de qualidade de vida.** São Paulo: SODEXHO, 1999.

MAGALHÃES, A. S. P. L. de. **Levantamento das necessidades de tratamento em saúde oral na população sênior institucionalizada do Concelho de Vila Nova de Gaia e apresentação de um programa para solucionar as necessidades encontradas.** Porto, 2000. 104 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Oral Comunitária) - Faculdade de Medicina Dentária do Porto.

MEIRELLES, M. A. E. **Atividade física na terceira idade:** uma abordagem sistemática. Rio de Janeiro: Ed. Sprint, 1997. 109 p .

MENEGHIM, M. de C.; PEREIRA, A. C.; SILVA, F. R. B. Prevalência de cárie radicular e condição periodontal em uma população idosa institucionalizada de Piracicaba - SP. **Pés. Odont. Brás.**, Brasil, v. 16, n. 1, p. 50-56, jan./mar.2002.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do idoso.** Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p.

MOREIRA, R. S. et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Caderno de Saúde Pública**, Brasil, v. 21, n. 6, p. 1665-75, nov./dez. 2005.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde – OMS. **Relatório Mundial de Saúde 2008:** cuidados de saúde primários – agora mais que nunca. Portugal: CISCOS – Centro de Investigação em Saúde Comunitária - Departamento Universitário de Saúde Pública da Faculdade de Ciências Médicas (Trad.), 2008. 132 p. Disponível em:  
<[http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf)>. Acesso em 02 junho 2010.

PUCCA JR., G. A. Saúde bucal do idoso: aspectos sociais e preventivos. In: PAPALETTO, M. **Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em versão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 297-310.

\_\_\_\_\_. **Perfil do edentulismo e do uso de prótese dentária em idosos residentes no município de São Paulo.** São Paulo, 1998. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) -Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

REDE Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSA. Comitê Temático Interdisciplinar (CTI): Saúde do Idoso. **Relatório final**, S.L.: RIPSA, jun. 2005. 41 p. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xic&lang=P&base=RIPSA&nextAction=Ink&exprSearch=SAUDE%20DO%20IDOSO&indexSearch=MH>>. Acesso em: 07 maio 2010.

ROSA, A. G. F. et al. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, Brasil, v. 26, p.155-160, jun. 1992.

SHINKAI, R. S. A.; DEL BEL CURY, A. A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Caderno de Saúde Pública**, v.16, n. 4, p. 1099-1109. 2000.

SILVA, A. L.; SAINTRAIN, M. V. L. Interferência do perfil epidemiológico do idoso na atenção odontológica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Brasil, v. 9, n. 2, p. 242-50, abr. 2006.

SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista de Saúde Pública**. Brasil, v. 35, n. 4, p. 349-55, abr. 2001.

SIMÕES, A. C. de A.; OLIVEIRA, R. S. de; CARVALHO, D. M. O envelhecimento no contexto da odontologia. **Rev. Triang.:** Ens. Pesq. Ext. Uberaba – MG, v. 2. n.1, p. 43-52, jan./ jun. 2009.

VARELLIS, M. L. Z. **O paciente com necessidades especiais na Odontologia**. São Paulo: Santos, 2005. 510 p.

VARGAS, A. M. D.; VASCONCELOS, M.; RIBEIRO, M. T. de F. Saúde Bucal - Atenção ao Idoso. **NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**, Belo Horizonte, 2009. 50 p.

VERAS, R. P. et al. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência e Saúde coletiva**, Brasil, v. 9, n. 2, p. 423-32, abr./jun. 2004.

WOLF, S. M. R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**, v. 52, p. 307-316. 1998.