

MARIA LUCIA LOMBARDI DE ANDRADE

SAÚDE BUCAL DO IDOSO

UBERABA/MINAS GERAIS

2010

MARIA LUCIA LOMBARDI DE ANDRADE

SAÚDE BUCAL DO IDOSO

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 Certificado de Especialista.

Orientador: Flávio de Freitas Mattos

UBERABA/MINAS GERAIS

2010

MARIA LUCIA LOMBARDI DE ANDRADE

SAÚDE BUCAL DO IDOSO

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 Certificado de Especialista.

Orientador: Flávio de Freitas Mattos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 Objetivos	7
2.1 Objetivos Gerais.....	7
2.2 Objetivos Específicos	7
3 Matérias e Métodos	8
4 Proteção Legal dos Idosos.....	9
5 Situação Demográfica.....	11
6 A saúde Bucal.....	13
6.1 Odontogeriatria.....	14
6.2 O Papel do Cirurgião Dentista	16
6.3 As mudanças bucais obtidas com o envelhecimento.....	17
7 Principais Problemas bucais nos idosos.....	19
7.1 Cárie Dentária.....	20
7.2 Doença Periodontal.....	22
7.3 Xerostomia.....	23
7.4 Edentulismo.....	24
7.5 Câncer Bucal.....	26
8 Políticas de Saúde destinadas aos Idosos.....	28
8.1 Programa de saúde da Família.....	29
8.2 Farmácia Popular.....	30
8.3 Brasil Sorridente.....	31
8.4 Caderneta de Saúde.....	32
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	36

SAÚDE BUCAL DO IDOSO

Maria Lucia Lombardi de Andrade

RESUMO

A saúde bucal do idoso nunca foi considerada prioridade nas ações de saúde e juntamente com o aumento da expectativa de vida, esta situação agravou-se. O presente estudo visa identificar os principais problemas bucais encontrados nos idosos e apresentar possíveis tratamentos e formas de prevenção. Baseou-se em artigos científicos nas bases de dados BBO, LILACS e MEDLINE e na biblioteca virtual SciELO. É imprescindível a valorização do acompanhamento odontológico tornando-o precedência nos planos do sistema de saúde

Palavras-chave: idoso, saúde bucal, Epidemiologia

ABSTRACT

The oral health of elderly people was never considered a priority in health care with the increase of life expectancy, this situation has worsened. This research aims to identify the main oral problems found in elderly people and present possible treatments and ways of prevention. The study in debate was based in scientific articles in the data bases BBO, LILCAS and MEDLINE and de in the virtual library SCIELO. It's indispensable the valuation of monitoring dentistry making it precedence in the plans of health care

Key word: Elderly, oral health, Epidemiology

1 INTRODUÇÃO

Tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento os avanços tecnológicos e dos estudos na área da saúde tem levado um aumento na expectativa de vida da população resultando num processo de envelhecimento populacional rápido e intenso (KINA *et al.*, 1996). Entretanto, anexo ao envelhecimento populacional observa-se o aumento da demanda dessa população por serviços de saúde. Segundo Campostrini, Ferreira e Rocha (2007) o rápido envelhecimento populacional sem a atenção e investimentos satisfatórios podem culminar em problemas graves em relação à promoção de saúde.

A saúde bucal do idoso merece atenção especial uma vez que, historicamente, a atenção odontológica a esse grupo etário nunca foi prioridade; além dos altos níveis de edentulismo e alta prevalência de cárie e de doenças periodontais observada nessa população (MOREIRA *et al.*, 2005). O edentulismo ainda é aceito pela sociedade como algo normal e natural com o avanço da idade e não como consequência da falta de política preventiva de saúde (ROSA *et al.*, 1992).

Segundo Narvai e Antunes (2003) a expressão saúde bucal engloba um conjunto de condições biológicas e psicológicas que possibilita a mastigação, deglutição e fala. Neste contexto, está inserida a estética que interfere na auto-estima e no relacionamento social. O não exercício de uma ou mais destas funções culmina em incapacidade bucal transitória ou permanente que pode variar de indivíduo para indivíduo segundo o tempo, as características clínicas e possibilidades terapêuticas de cada um

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo apresenta como objetivo geral a realização de uma revisão bibliográfica sobre a saúde bucal no idoso destacando as doenças bucais mais frequentes nestes pacientes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as doenças bucais mais frequentes nos idosos e os fatores predisponentes;
- Demonstrar os tratamentos mais aconselháveis e as formas de prevenção;
- Conhecer as principais deficiências em relação à saúde bucal do idoso;

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi realizado através da busca de informações em artigos científicos sobre saúde bucal do idoso nas bases de dados BBO, LILACS e MEDLINE, além da biblioteca virtual SciELO. As palavras-chave utilizadas nas buscas foram idoso, saúde bucal, Epidemiologia. Após leitura foram incluídos aqui aqueles trabalhos considerados pertinentes aos objetivos.

Ademais, contou-se também com a pesquisa de livros e estudos realizados pelo ministério da saúde. Além das base de dados fornecidas pelo IBGE e do respaldo legal criado para os idosos.

Outras fontes importantes foram os estudos realizados durante o curso de especialização em saúde da família

4 PROTEÇÃO LEGAL DOS IDOSOS

Os idosos representam um papel significativo na sociedade, pois ao longo da vida trabalharam e contribuíram para o desenvolvimento social e econômico do país. Em decorrência desses fatos torna-se imprescindível o reconhecimento e a efetivação dos direitos a eles inerente.

De acordo com o aspecto normativo, considera-se idoso todo aquele que possuir mais de sessenta anos. Esta previsão encontra-se no art. 2º da Lei N. 8.842/1994

Esta faixa etária merece uma atenção especial do âmbito social e governamental, visto que, necessitam de maiores cuidados e proteção. O estatuto do idoso é uma norma criada especificamente à terceira idade, visando assegurar-lhes os direitos constitucionalmente garantidos. Dentre eles encontram-se

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação **do direito à vida, à saúde**, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Art. 9º É obrigação do Estado, **garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde**, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um **envelhecimento saudável** e em condições de dignidade.

Art. 15. É assegurada a **atenção integral à saúde do idoso**, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, **para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.**

A criação dessa política voltada ao idoso gera a melhoria na qualidade de vida e conseqüentemente o aumento da expectativa de vida.

O crescimento populacional dos idosos vem ocorrendo de maneira rápida e esse evento se deve a promoção da saúde voltada para tratamentos e cuidados específicos aos idosos. Entretanto, a saúde bucal do idoso ainda apresenta muitos problemas em virtude da

ausência de programas públicos específicos para a faixa etária e da herança de uma prática odontológica iatrogênica-mutiladora (MONTI *et al.*, 2006)

Apesar da luta constante pelos direitos dos idosos, estes são vítimas de uma sociedade injusta que muitas vezes os vêem como incapazes e obstáculos na vida da família. Essa rejeição causa uma imagem negativa ao processo de envelhecimento apresentando a terceira idade como uma fase da vida marcada apenas por solidão e abandono (VARELLIS, 2005)

Essa exclusão social produz efeitos diretos na saúde do idoso, sendo necessário o seu combate para que assim possa gerar o bem estar deste. É imprescindível que haja uma mudança cultural e incentive a valorização do idoso.

5 SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA

A população brasileira inicialmente era marcada por altas taxas de mortalidade e por uma baixa expectativa de vida. Devido às precariedades e à falta de desenvolvimento tecnológico e científico, muitas doenças que hoje são tratáveis, eram consideradas grandes causadoras de mortes (CHAIMOWICZ, *et al.*, 2009).

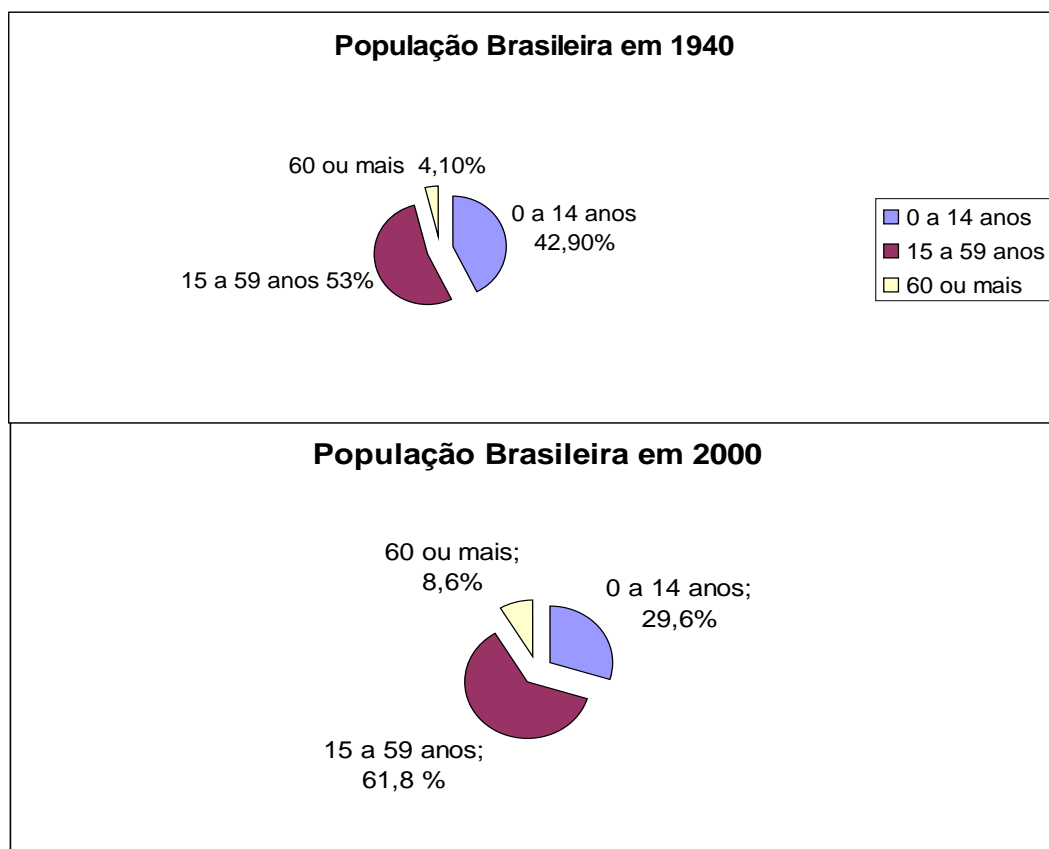
Durante o século XX, o Brasil passou por diversas transformações. Estas resultaram em modificações nas taxas demográficas em decorrência da redução da natalidade e da mortalidade. Esta última foi responsável pelo o aumento da expectativa de vida.

Vários fatores influenciaram a redução da taxa de natalidade, dentre eles encontram-se como principais: a utilização de métodos contraceptivos e inserção da mulher no mercado de trabalho (CHAIMOWICZ, *et al.*, 2009).

Os motivos que geraram a redução da mortalidade e conseqüentemente o aumento da expectativa de vida, foram: o desenvolvimento significativo da medicina e a melhoria na qualidade de vida das pessoas na qual envolve a mudanças de hábitos alimentares e as condições sanitárias CHAIMOWICZ, *et al.*, 2009).

O gráfico 1 expõe as transformações ocorridas entre os períodos de 1940 e 2000. Diante da análise do referido gráfico percebe-se a ocorrência de uma redução da população jovem e o crescimento significativo da população de idosos.

Gráfico 1: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO POR GRUPOS DE IDADE - BRASIL 1940/2000



Fonte IBGE, Censo Demográfico 1940/2000

Outro fato relevante refere-se ao aumento da média de vida dos brasileiros. Segundo dados do IBGE, esta passou de 66,0 anos em 1991 para 68,6 anos em 2000. Avaliou-se que no ano de 2000, o Brasil possuía uma população com mais de 14 milhões idosos, ou seja, 8,6% da população. (IBGE, 2004)

É necessário que o atendimento e as condições de saúde continuem se desenvolvendo e acompanhando o crescimento populacional, já que se estima que a população de idosos em 2025, poderá chegar em 32 milhões, segundo fonte do IBGE (VARELLIS, 2005)

6 A SAÚDE BUCAL

Segundo Kay e Locke “a saúde bucal é um padrão de saúde das estruturas bucais que permite ao individuo falar e socializar sem doença ativa, desconforto ou embaraço” (KAY E LOCKER APUD ELIANA BANDEIRA p.37 2007).

A saúde bucal também é responsável pela boa saúde do corpo, sendo assim, ela deve ser tratada com mesma importância a que é dado à área médica. Entretanto esse fato não é o que ocorre na prática, Mello, Erdmann e Caetano (2008) expõem:

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar de 1998, o padrão de uso dos serviços médicos se diferencia do odontológico. Enquanto 73,3% dos idosos haviam realizado consulta médica nos últimos 12 meses, dos quais 37,8% consultaram uma ou duas vezes, 6,9% de deles nunca haviam consultado o dentista. Dos que consultaram 79% o fez há mais de três anos.

Além dos problemas tradicionalmente conhecidos como a cárie e dores de dente, a falta de cuidados com os dentes podem gerar sérios problemas como a deficiência na absorção de alimentos e a xerostomia.

A busca tardia por tratamentos odontológicos gera agravos e desconforto ao paciente. Em 2003 foi realizado o Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal que demonstrou, conforme tabela abaixo, a o baixo nível de atendimento.

Tabela 1: FREQUÊNCIA AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Consulta pelo menos uma vez		
	Nº	%
Sim	5026	94,19
Não	310	5,81
Tempo desta última consulta		
	Nº	%
Nunca foi atendido	310	5,83
Menos de 1 ano	895	16,83
De 1 a 2 anos	620	11,66
3 anos ou mais	3.494	65,69

Fonte :SB BRASIL, 2003

Os dados apontam que 65,7% dos idosos entrevistados realizaram sua última consulta há mais de três anos, e 5,8% nunca se consultaram (MELLO *et al.*, 2008). Esses dados demonstram o descaso e a situação alarmante da saúde bucal.

Outro gravame influenciado pela ausência de cuidados com os dentes é a aparência a que eles dão a imagem da pessoa. Esta pode vir a sofrer problemas para a inserção no mercado de trabalhos ou até mesmo no âmbito social. É nesse sentido que elucida Feller (2000, p.473): “não se pode ignorar que a sociedade não mais aceita o desdentado total ou parcialmente dentado, que pode receber verdadeiras reações de rejeição social também na obtenção de postos no mercado de trabalho [...]”

Para chegar à terceira idade com uma saúde bucal saudável e sem graves problemas é necessário o cuidado preventivo ao longo da vida. É através de uma higienização correta e de um acompanhamento odontológico que será possível.

6.1 ODONTOGERIATRIA

Os idosos são vítimas de um descaso ocasionado pela falta de estudos epidemiológicos voltados as suas necessidades. Esta ausência impossibilita determinar, em nível coletivo, as prioridades e ações coerentes de assistência (SHINKAI, *et al.*, 2000).

Seguindo essa linha Silva & Valsecki Jr (2000) asseveram que os programas dirigidos a esse grupo populacional são raros e as poucas pesquisas epidemiológicas realizadas mostram uma situação preocupante (SILVA & VALSECKI Jr apud MONTI *et al.*, 2006).

Apesar da necessidade do tratamento bucal ao idoso sempre existir, não havia até certo tempo, uma especialidade odontológica voltada exclusivamente a eles. Apenas em 2002, houve o reconhecimento da especialidade odontogeriatría (VARELLIS, 2005).

Brunetti, *et al.*, (2002, p. 31) conceitua esta especialidade como o ramo da odontologia que atua na prevenção, tratamento e manutenção do sistema estomatognático dos idosos.

Também conhecida como gerontologia oral, esse termo demonstra o caráter de interdisciplinaridade e a abordagem clínica necessária ao atendimento do idoso (SHINKAI, *et al.*, 2000). Ao enunciar o caráter interdisciplinar demonstra que a saúde bucal deve ser

tratada de maneira interligada à saúde geral do corpo, o tratamento deve abranger o conhecimento de profissionais de diversas áreas, realizando assim uma ação interdisciplinar. O desenvolvimento de ações integradas é de grande valia para a obtenção dos resultados almejados.

É possível exemplificar a interdisciplinaridade através de um acompanhamento odontológico para solucionar problemas bucais, juntamente com a orientação de um nutricionista para avaliar a dieta mais adequada às condições gerais e bucais do idoso (SHINKAI, *et al.*, 2000).

O crescimento do número de idosos é relevante e por isso merece a atenção dos estudos e pesquisas na área de saúde. No mesmo sentido, defende SHINKAI, *et al.*, (2000):

Em face do rápido processo de envelhecimento populacional no Brasil e do acúmulo de problemas de saúde bucal durante a vida dos indivíduos, há necessidade urgente de formação e capacitação de recursos humanos em odontologia geriátrica não apenas de cirurgiões-dentistas, mas também de toda uma equipe de saúde bucal que possa viabilizar o atendimento à população idosa em larga escala.

O atendimento odontológico do idoso necessita de uma especialidade, já que suas necessidades são específicas e próprias, sendo assim, diferentes dos demais pacientes. O acompanhamento deve ir além do mero tratamento, buscando também a integração social e psicológica do idoso.

Varellis (2005, p.428) explica o papel da odontogeriatría ao ressaltar que esta “trabalha com pacientes com mais de 60 anos e tem como objetivo a integração social, psicológica, funcional e preventiva de doenças bucais que podem aumentar os riscos de disfunções sistêmicas em idosos”.

A doença bucal pode interferir na saúde geral do corpo, assim cumpre salientar que é possível ocorrer nos idosos a ligação entre doenças bucais e doenças sistêmicas (VARELLIS, 2005). Diante desse fato percebe-se a importância de um profissional especializado que ofereça um atendimento eficaz a estes pacientes.

Para que ocorra o sucesso das ações e promoções de saúde na odontogeriatría, é imprescindível que haja o contato e a colaboração da família e dos cuidadores. Estes serão parte na construção da vida saudável e digna do idoso.

6.2 O PAPEL DO CIRURGIÃO DENTISTA

O cirurgião dentista é o profissional responsável pelos cuidados bucais e encarregado pela promoção da saúde. Conforme elucida Pinto (2000, p, 293) a promoção de saúde é uma “ação global objetivando a melhoria na qualidade de vida das pessoas”. Assim percebe-se que este profissional deve proporcionar ações que implique em benefícios para a vida do paciente.

Aerts, Abegg e Cesa (2003) afirmam que “a atuação do cirurgião-dentista em equipe interdisciplinar, em nível central, se volta para o planejamento de políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento de ações de vigilância da saúde da coletividade”.

Essa atuação efetiva-se, dentre outras formas, através da realização de esclarecimentos sobre a importância da visita preventiva ao dentista e os problemas causados pelas visitas tardias ocorridas na prática costumeira.

Sua função deverá abranger desde a realização de tratamentos odontológicos até ações de prevenção dentro e fora do consultório. É certo que este profissional procure proporcionar a comunidade a formação de grupos, desempenhando assim o papel de educador da saúde.

É imprescindível para o sucesso da atividade do profissional que este adquira o apoio e a confiança de membros da sociedade. Esta união ajudará na promoção de saúde através da difusão das políticas de saúde.

Por fim, cumpre salientar que para a promoção eficaz da saúde é imprescindível a implementação dos seguintes princípios estabelecidos pela OMS no documento Ottawa Charter for Health Promotion (WHO, 1986): desenvolvimento de habilidades pessoais; ação comunitária; políticas pública saudável; existência de um ambiente de apoio adequado (); reorientação dos serviços de saúde.

6.3 MUDANÇAS BUCAIS ORIUNDAS DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo natural à todos seres humanos, e em face deste, o corpo sofre modificações. Estas ao longo do tempo vão se tornando perceptíveis e agravadas principalmente na terceira idade.

O envelhecimento é definido por Bandeira, *et al.*, (2007, p. 15) como “o conjunto das alterações estruturais e funcionais do organismo que se acumulam progressiva e especificamente com a idade”. Assim é errôneo assimilar o envelhecimento com doenças, pois é possível envelhecer de maneira correta e saudável. Para não cometer esse equívoco é importante a distinção entre senescência e senilidade. Esta configura o envelhecimento patológico, já aquela é alterações fisiológicas do envelhecimento (VARELLIS, 2005)

As conseqüências do envelhecimento podem ocorrer de maneiras diferentes para cada pessoa, podendo ser mais gravosa para uns do que para outros, variando de acordo com do estilo de vida.

Em relação à cavidade bucal, o envelhecimento também traz mudanças significativas. Dentre as quais se encontram as seguintes condições: o desvio mesial dos dentes em decorrência à força da oclusão, alteração na coloração dos dentes, desgaste estrutural devido ao atrito causado pela mastigação ou por hábitos viciosos e mineralização dos canalículos dentários por calcificação progressiva, com redução de permeabilidade e aumento do limiar de sensibilidade (VARELLIS, 2005)

É possível identificar outras alterações conforme expôs Cormack (COMARCK *apud* SILVA, *et al.*, 2008)

[...] retração dos tecidos periodontais por redução da celularidade; redução de espessura da mucosa bucal, devido a uma desidratação tecidual progressiva; alterações nas estruturas básicas e na superfície da língua, como a freqüente perda das papilas filiformes e circunvaladas, podendo ocorrer ainda fissuração e varicosidades na superfície lingual ventral. Tais alterações podem provocar uma diminuição do paladar, com uma conseqüente perda de apetite e problemas nutricionais.

Por fim, pode se encontrar modificações no sentido olfativo, nas glândulas salivares e na função mastigatória. O sentido olfativo deve ser observado, pois o interesse

pelo alimento pode ser diminuído em razão da perda deste, trazendo ao idoso prejuízo nutricional e a saúde física (VARELLIS, 2005).

As glândulas salivares sofrem uma redução do seu fluxo podendo atingir uma perda de 75% da atividade enzimática, em decorrência deste fato geram dificuldade para a deglutição dos alimentos. Esta redução pode estar ligada ao uso de medicamentos (cardiovasculares, analgésicos, sedativos e tranqüilizantes), pois estes podem causar efeitos de inibição do fluxo salivar (VARELLIS, 2005).

A função mastigatória sofre perdas que ocorrem devido ao desuso, dieta baseada na ingestão de alimentos macios, e à degeneração progressiva da dentina. (BRUNETTI, et. Al., 2002)

7 PRINCIPAIS PROBLEMAS BUCAIS NOS IDOSOS

Nas últimas décadas houve um aumento no número de idosos e nas médias da expectativa de vida. Com o aparecimento desses acontecimentos surgem determinadas necessidades específicas a terceira idade.

Desse modo, faz-se necessário o conhecimento das doenças bucais mais freqüentes desse grupo etário para auxiliar as políticas públicas direcionadas ao idoso. É imprescindível o incentivo de estudos epidemiológicos para que possam identificar as prioridades na saúde. Dessa forma, estarão ajudando na criação de programas e delimitando quais ações serão mais eficazes para atender a comunidade e a sua demanda.

Os problemas bucais na terceira idade são agravados por um conjunto de fatores. Estes podem ser enumerados da seguinte forma: pela falta de tratamento especializado e acompanhamento bucal, falta de informação sobre cuidados e higienização bucal e pela procura por tratamentos tardios. Coelho Filho ressalta (COELHO FILHO *apud* SAINTRAIN, *et.al.*, 2005)

O processo saúde doença no idoso se caracteriza por múltiplos problemas de doenças; uso de múltiplos medicamentos; deterioração das condições agudas quando não prontamente tratadas; apresentação freqüentemente inespecífica e insidiosa de doenças; freqüentes complicações secundárias a doenças e tratamentos; maior predisposição à descompensação; fatores sociais e ambientais freqüentemente envolvidos no desenvolvimento, descompensação e recuperação de problemas de saúde.

Através de uma revisão bibliográfica sobre a saúde bucal no idoso é possível identificar as doenças bucais mais freqüentes nestes pacientes e quais são os fatores predisponentes.

Diante dos autores pesquisados encontram-se como principais problemas/doenças bucais nos idosos: doenças periodontais; cáries, edentulismo, xerostomia, e câncer bucal. Silva, *et al.*, cita condições que considera notórias:

A cavidade bucal, considerada como sendo de primordial importância fisiológica e metabólica, passa a sofrer com a chegada da idade. As perdas são notórias: cáries, doença periodontal, falta de dentes e problemas na articulação temporomandibular (ATM). Ocorre uma redução do fluxo salivar, associada ao uso de medicamentos [...]

Vargas, *et al.*, (2009) também apresenta em sua obra dados que demonstram quais doenças são mais frequentes:

Quadro 1: DOENÇAS E CONDIÇÕES MAIS COMUNS NO IDOSO

Doenças bucais mais prevalentes	Condições bucais mais comuns
Doença periodontal	Abrasão/erosão / halitose
Câncer bucal	Dificuldade de higienização/mastigação
Carie de raiz	Necessidade de prótese
Lesões de tecido mole	Edentulismo/xerostomia

Fonte: linha guia, atenção à saúde do idoso, 2006 secretaria de saúde de Minas Gerais

7.1 CÁRIE DENTÁRIA

A cárie é um problema sério entre os idosos, sendo considerado como o principal entre essa faixa etária segundo dados disponíveis em nível mundial (COLUSSI, et al., 2002). Pode ser conceituada como uma ação bacteriana que causa aos tecidos dentais uma destruição localizada (PINTO, 2000).

A cárie radicular é mais comum em idosos e caracteriza-se por uma lesão progressiva, de consistência amolecida, que envolve a participação da placa dental com conseqüente invasão bacteriana” (UZEDA,2002 apud BANDEIRA 2007). Nesse mesmo sentido Brunetti, et. al., (2002) afirma que há um aumento do risco de cáries de raiz em idosos.

O surgimento da cárie pode estar ligado a alguns fatores, dentre os quais estão a redução do fluxo salivar pelo uso de drogas, dificuldade na higienização e alterações da dieta (COLUSSI, C. F. & FREITAS, S.F. 2002).

Nesse mesmo sentido Pinto assevera que a má higienização dos dentes concorre para o aparecimento de placa bacteriana. Sem a presença desta não seria possível o desenvolvimento da cárie, visto que na ausência de microorganismo não ocorre o seu desenvolvimento (PINTO, 2000)

Campostrini, *et. Al.*,(2007), elenca também outros contribuintes ao surgimento desta, “alto número de alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, ocorrência de múltiplas enfermidades, exposição de superfícies radiculares”.

Em 2003 foi realizado pelo ministério da saúde um estudo, Projeto SB Brasil (2003), com 5.349 idosos entre 65 e 74 anos. Essa pesquisa apresentou os seguintes dados em relação ao CPO-D.

Tabela 2: ÍNDICE DO CPO-D DA POPULAÇÃO DE 65 A 74 ANOS

Macrorregião	Nº	Hígidos	Cariado	Obt.cariado	Obturado	Perdido	CPO-D
Norte	746	3,34	1,77	0,03	0,17	26,38	28,34
Nordeste	1.446	4,11	1,70	0,02	0,34	25,20	27,27
Sudeste	1.052	2,64	0,60	0,05	0,34	25,20	28,61
Sul	1.374	3,57	0,79	0,09	1,16	25,29	27,33
Centro-oeste	731	2,87	1,08	0,13	0,98	25,74	27,93
Brasil	5.349	3,40	1,17	0,06	0,73	25,83	27,79

Fonte :SB BRASIL, 2003

A prevenção da cárie está diretamente ligada ao processo de higiene. Está é imprescindível para a saúde bucal. Entretanto a odontologia tem recursos para ajudar na manutenção e prevenção como, por exemplo, a aplicação de flúor, uso de selantes.(PINTO, 2000).Outro recurso ao combate da cárie é a utilização de produtos que busquem aumentar a produção de saliva contribuindo assim para a proteção dos dentes. É possível encontrar, por exemplo, estimulantes de saliva, balas e chicletes com xilitol (VARELLIS, 2005)

Em relação ao tratamento, este deve dar-se pela restauração (plásticas, metálicas ou metalocerâmicas) das lesões ou em caso de perda pela reposição através de próteses (BANDEIRA, *et. Al.*, 2007)

7.2 DOENÇA PERIODONTAL

As doenças periodontais são também bastante comuns em idosos, podendo ser conceituadas como “conjunto de condições inflamatórias, de caráter crônico e de origem

bacteriana que começa afetando o tecido gengival e pode levar, com o tempo, à perda dos tecidos de suporte dos dentes” (PINTO, 2000).

Assim como na cárie, as doenças periodontais estão ligadas a placa bacteriana. Outro fator que favorece o surgimento desta deve-se a mudança nas estruturas das fibras periodontais. Esta mudança torna-as irregulares contribuindo assim para que o ligamento periodontal receba maior infiltração de bactérias (BRUNETTI, *et al.*, 2002).

O aparecimento poderá ocorrer na forma de retração gengival, gengivite ou periodontite (CAMPOSTRINI, *et. Al.*, 2007).

Bandeira, *et al.*, (2007, p. 41) definem-nas como:

A gengivite é a manifestação inflamatória na gengiva marginal desencadeada pelo acúmulo de placa bacteriana supragengival e rompimento do equilíbrio agressão /defesa [...] A periodontite é, portanto, a inflamação dos tecidos de sustentação dos dentes, acompanhada de perda de inserção de tecido conjuntivo, conseqüentemente da agressão promovida pela placa bacteriana subgengival

Por outro lado, Rigueira (1996, p. 106) define a retração gengival como “a atrofia vertical da margem gengival, com desnudamento da raiz dentária”. Segundo este autor a retração gengival também pode ser denominada como deiscência.

A prevenção da doença periodontal é baseada principalmente na higienização realizada através da conjunção de três medidas preventivas: o individual, o profissional e o químico. A individual é aquela realizada pelo próprio paciente através da escovação dental; a profissional é realizada pelo responsável técnico, periodicamente, na qual este deverá orientar o paciente ou até mesmo se valer de algumas medidas para realizar a limpeza da região; o controle químico em que a higienização se dá por meio da utilização de substâncias na prevenção como, por exemplo, a clorexidina (PINTO, 2000)

Outro método para ajudar na prevenção é através da utilização de substâncias evidenciadoras. Estas ajudam a descobrir áreas de placas e conseqüentemente facilitam a sua eliminação (RIGUEIRA, 1996).

O tratamento se dá pela ação conjunta do paciente e do profissional no combate da placa. O controle supragengival poderá ser feito pelo primeiro e o subgengival é de responsabilidade do profissional. Dentre as ações realizadas, recomenda-se a raspagem e o alisamento subgengival (BANDEIRA, *et. Al.*, 2007).

Segundo Rigueira (1996, p.131) a raspagem “trata-se da remoção de todo e qualquer depósito aderente às superfícies coronárias e radiculares dos dentes [...] e o

alisamento radicular é a eliminação de cimento amolecido e necrótico das superfícies radiculares, de modo a torná-las inteiramente livres de irregularidades”.

De acordo com os dados do SB Brasil, Vargas, *et al.*, (2009, p. 11) afirma: “[...] 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.”

A tabela a seguir demonstrou que apenas uma parcela mínima dos idosos (7,89%) apresentou condições periodontais saudáveis. Dessa forma, a pesquisa expõe a prevalência dessa doença nos idosos e demonstra valores e taxas que estão muito aquém do desejado.

Tabela 3: A CONDIÇÃO PERIODONTAL DOS IDOSOS 65 A 74 ANOS

Sadio		Sangramento		Calculo		Bolsa 4-5 mm		Bolsa 6mm e mais		Excluídos	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
422	7,89	175	3,27	1.163	21,74	238	4,45	99	1,85	3.252	60,8

Fonte SB BRASIL, 2003

7.3 XEROSTOMIA

A saliva é um componente imprescindível para a boa saúde bucal. Essa além de apresentar função de lubrificação e digestão, possui substâncias antimicrobianas que ajudam na proteção bucal (BRUNETTI, *et.al.*, 2002).

A sua perda pode gerar graves danos para ao andamento bucal e à qualidade de vida. PALMIER, *et. al.*, (2008, p. 48) citam:

A xerostomia leva à diminuição das ações de limpeza mecânica e diluição das substâncias ingeridas, entre elas a sacarose, a qual permite que estas sejam deglutidas sem que promovam alterações de pH na cavidade bucal. Outra implicação da xerostomia sobre a saúde bucal é a facilitação da proliferação bacteriana e da formação do biofilme, uma vez que fica reduzida a presença na cavidade bucal das proteínas antimicrobianas e imunoglobulinas salivares que agem sobre os microrganismos reduzindo seu metabolismo, aderência ou até viabilidade.

Em face exposto, a xerostomia é um fator que está relacionado diretamente ao aparecimento da carie dentária e da doença periodontal. Tendo em vista que a diminuição da saliva facilita a proliferação bacteriana.

Os mesmos autores enumeram vários fatores causadores deste mal, dos quais são: medicação com efeito colateral sobre secreção (antidepressivos, diuréticos, anti-histamínicos, anti-hipertensivos, antieméticos e narcóticos), polifarmácia, radioterapia de cabeça e pescoço, doença auto-imunes, AIDS, menopausa, distúrbios alimentares (bulimia, anorexia nervosa, desnutrição, jejum freqüente), desidratação, diabetes melito tipo I, cálculos salivares e estress.

Esta poderá ser amenizada com a utilização de saliva sintética e através de hábitos de chupar balas e mascar chicletes com xilitol (VARELLIS, 2005).

Por não haver a distribuição de saliva sintética pelo SUS, Vargas, *et al.*, (2009) sugere outras alternativas para estimular o fluxo salivar. Dentre as quais encontram-se a ingestão de líquidos e de alimentos duros que apresentem maior quantidade de água.

7.4 EDENTULISMO

Os principais fatores responsáveis pela perda dentária são a cárie e a doença periodontal (VARGAS, *et al.*, 2009).

Segundo Saintrain, *et.al.*(2005),

A capacidade mastigatória das pessoas sendo reduzida com o passar dos anos vem interferir drasticamente nos idosos, como comprovado pelos dados de 2003, significando dizer que dos 32 dentes, em média, 25,83 são perdidos. Por conta desta prática é que, no Brasil, apenas 10,23% de indivíduos na faixa etária de 65 a 74 anos possuem 20 ou mais dentes presentes na boca, ficando muito aquém dos 50% previstos pela OMS/FDI.

De acordo com estudos realizados, a faixa etária de 60-65 anos ou mais de idosos brasileiros apresentou taxas de edentulismo que foram consideradas as mais elevadas do mundo (COLUSSI, *et.al.*,2002).

Conforme exposto no quadro a seguir, o Brasil se encontra numa situação preocupante em relação ao compromisso com a saúde bucal do idoso. Os dados fornecidos

pelo SB Brasil (2003) mostram a gravidade do problema de edentulismo na terceira idade, apresentando resultados extremamente abaixo das metas esperadas.

Tabela 4: COMPARATIVO ENTRE A OS DADOS ATUAIS E AS METAS PROPOSTAS PELA OMS/FDI PARA O ANO 2000

IDADE	META OMS 2000	RESULTADO
65 A 74 ANOS	50 % COM 20 OU MAIS DENTES PRESENTES NA BOCA	10,23%

Fonte : SB BRASIL, 2003

O resultado apresentado apenas confirma o descaso com o idoso e a urgência na implantação de medidas voltadas para solucionar a questão.

As conseqüências geradas pelo edentulismo vão além de mera estética, abrangendo também problemas na mastigação, digestão e na dicção (COLUSSI, *et.al.*, 2002).

Segundo VARGAS, *et. Al.*, (2009, p. 10) “um percentual de 60,8% dos idosos examinados no SB Brasil, não tiveram a condição periodontal avaliada por serem edêntulos”.

Outro dado importante obtido pelo Projeto SB Brasil (2003), foi que 92,95% do valor do CPO-D (27,79) eram dentes perdidos. Este valor altíssimo é outro indicativo da atual situação bucal do idoso no Brasil.

Tabela 5: PERCENTUAL DO ÍNDICE CPO-D NO BRASIL

Idade	N	Cariado	Obt./cariado	Obturado	Perdido	CPO-D
65 a 74 anos	5.349	4,21	0,22	2,63	92,95	100

Por se tratar de um problema ocasionado em decorrência do agravamento da cárie dentaria e da doença periodontal não tratada, sua prevenção deve estar ligada diretamente

ao combate dessas causas. Assim, deve-se ressaltar todas as medidas anteriormente cabíveis à carie e a doenças periodontais.

De acordo Lascala (1997, p. 254) tais pacientes “devem ser submetidos ao tratamento e controle dos fatores etiológicos de ambas as doenças para aí, sim, serem submetidos ao tratamento restaurador ou protético.”

7.5 CÂNCER BUCAL

O câncer bucal também é uma doença presente na faixa etária em questão. Segundo Brunetti, *et. Al*, (2002, p. 120). “o câncer é a segunda causa de morte para pacientes geriátricos, com exceção daqueles com mais de 85 anos de idade”. Diante dessa afirmação pode se concluir que este problema de saúde causa alterações relevantes na vida dos idosos e por isso merece atenção especial dos estudo realizados.

A espécie de lesão mais prevalente é o carcinoma de células escamosas também chamado de carcinoma epidermóide. Este é caracterizado pela formação de uma úlcera causada pelo rompimento do epitélio (PINTO, 2000).

Dentre outras pessoas, encontra-se particularmente no grupo de risco para o câncer de boca o sexo masculino (PINTO, 2000). A presença deste chega a uma proporção de 3 homens para 1 mulher demonstrando assim, que os homens estão mais sujeitos ao seu aparecimento (BRUNETTI, *et al.*, 2002).

Os estudos afirmam que o fumo, o álcool, exposição à radiação solar, má higienização e irritação mecânica crônica são fatores que proporcionam o aumento de risco de câncer bucal. (PINTO, 2000)

Brunetti, *et al.*, (2002, p. 108) é incisivo ao afirmar que este câncer “é considerado um dos mais fáceis de prevenir, já que 75% são casos atribuídos ao uso do fumo, seja ativo ou passivo”.

Os profissionais da odontologia devem sempre informar os pacientes a importância da visita ao dentista para a realização do exame clínico mesmo em pacientes assintomáticos. Isso se deve ao fato de que os sinais e sintomas podem demorar a aparecer ou o paciente pode até mesmo confundi-los com processos benignos (BRUNETTI, *et al.*, 2002).

É importante a atenção ao aparecimento de edemas, nódulos; áreas brancas e escamosas; dor de garganta persistente, dormências e sangramentos contínuos (BANDEIRA, *et.al.*, 2007).

Não existe mecanismo que faça a prevenção primária do câncer, baseando-se tão somente no combate as condições gerais (PINTO, 2000).

Assim a prevenção deve-se ater à restrição dos agentes causadores, dentre os quais estão principalmente, o fumo e o álcool. É imprescindível a implementação de campanhas que busquem educar e orientar a população.

A utilização de protetores labiais e faciais também é uma forma de prevenção, já que a exposição solar é responsável pelo aparecimento de câncer nos lábios (BANDEIRA, *et.al.*, 2007).

Outra medida seria correção das iatrogenias. Entretanto Brunetti, *et al.*, (2002), considera pouco provável a ligação entre traumas bucais (dentários ou protéticos) e o câncer bucal, devido a desproporcionalidade entre a quantidade de traumas e o aparecimento desta doença. Todavia o autor incentiva a correção, pois acredita que as lesões poderiam dificultar o diagnóstico do carcinoma.

É fundamental que o paciente faça o auto-exame já que se trata de um método simples e de grande valia para a descoberta na fase inicial (PINTO, 200).

Um dos tratamentos mais conhecidos para o combate do câncer é a utilização da radioterapia.

8 POLÍTICAS DE SAÚDE DESTINADOS AOS IDOSOS

Diante do exposto, percebe-se que os idosos têm necessidades que são exclusivas a eles e por esse motivo é indispensável a criação de programas de visem atender as suas necessidades.

A busca pelo envelhecimento ativo através de políticas públicas deve destinar-se à melhor integração na economia e sociedade; ao estilo de vida saudável; à adaptação do sistema de saúde às necessidades do idoso e ao combate de fatores sociais e ambientais que interferem com o envelhecimento saudável (VARGAS, *et al.*, 2009).

Vargas, *et al.*, (2009 p. 17) enumera quais são as competências cabíveis aos órgão e entidades públicas:

1. Garantia de assistência à saúde pelo sistema único de saúde (SUS) em seus diversos níveis;
2. Prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso;
3. Normalização e fiscalização do funcionamento de instituições geriátricas e similares por gestores do SUS
4. Normatização de serviços geriátricos hospitalares
5. Desenvolver o intercambio entre secretarias estaduais de saúde, municípios e centros de referência em geriatria e gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;
6. Incluir nos concursos públicos de nível federal estadual ou municipal a geriatria como especialidade
7. Realizar estudos epidemiológicos de determinadas doenças do idoso com vista à prevenção, tratamento e reabilitação
8. Criar serviços alternativos de saúde para o idoso.

É dever do Estado buscar a implementação de medidas que realmente solucionem os problemas dessa população. Segundo o Ministério da Saúde, os programas existentes

são: Programa de saúde da Família, Farmácia popular, Brasil Sorridente, Mais Saúde Direito de Todos, Caderneta de Saúde.

8.1 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

De acordo com Ministério da Saúde (2007), o programa saúde da Família tem como prioridade a reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. Além dos princípios gerais da atenção básica, a estratégia saúde da família deve:

- Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as equipes Saúde da Família atuam;
- Atuar no território realizando cadastramento domiciliar, diagnósticos situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizadas com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias;
- Ser um espaço de construção de cidadania.

8.2 FARMÁCIA POPULAR

Através de dados fornecidos pelo Ministério da Saúde (2010), elucida-se que o Programa Farmácia Popular do Brasil teve sua criação em 2004. Tem como objetivo principal gerar um aumento da acessibilidade de medicamentos essenciais à população através de um baixo custo.

A sua implementação ocorre de duas formas. A primeira através de unidades próprias associadas aos estados e municípios e a segunda chamada de Sistema de Copagamento, surgida em 2006, diante da parceria com farmácias e drogarias.

O Ministério da saúde (2010) certifica que

As Unidades Próprias são operacionalizadas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que coordena a estruturação das unidades e executa a compra dos medicamentos, o abastecimento das unidades e a capacitação dos profissionais. Contam, atualmente, com um elenco de 108 medicamentos mais o preservativo masculino[...] Já no Sistema de Copagamento, o Governo paga uma parte do valor dos medicamentos e o cidadão paga o restante. O valor pago pelo Governo é fixo. Por esse motivo, o cidadão pode pagar menos para alguns medicamentos do que para outros, de acordo com a marca e o preço praticado pela farmácia.

Para ter acesso a tal benefícios é necessário apenas a apresentação de receita médica ou odontológica quando se tratar de unidades próprias. Já no Sistema de copagamento exige-se a apresentação da receita médica acompanhada do seu CPF e documento com foto (Ministério da Saúde, 2010).

8.3 BRASIL SORRIDENTE

Em 2004, surgiu o primeiro programa nacional de saúde bucal, sendo nomeado de Brasil sorridente. Este programa tem como finalidade gerar a integralização da odontologia e a coletividade através da ampliação e da garantia à assistência a saúde (VARGAS,*et. Al.* 2009).

PALMIER, *et. Al.*, (2008, p. 10) elucidam as metas do Brasil Sorridente

Esse programa teve como meta aumentar o incentivo financeiro para os municípios para a implantação das equipes de saúde bucal nas modalidades I e II, implantar laboratórios de Próteses em todo o país, criar condições para que 100% dos municípios com água tratada realizem a fluretação, implantar os Centros de Referência em Especialidades Odontológicas (CEO) nas áreas a serem definidas por cada região e atenção à população penitenciária.

Assim, o programa busca ampliar os serviços odontológicos oferecidos, através da integralidade e da universalização ao acesso, gerando o atendimento a todos e as diversas necessidades odontológicas.

8.4 MAIS SAÚDE DIREITO DE TODOS

O Programa Mais Saúde Direito de Todos foi criado em Dezembro de 2007, com o objetivo de melhorar as condições oferecidas pelo sistema de saúde através do aumento das ações ofertadas e do serviço de qualidade.

Segundo Ministério da Saúde (2010), a presente ação consiste em um aprofundamento dos objetivos estabelecidos pelo SUS, diante de uma nova contextualização visando a universalidade, equidade e integralidade.

Dentro muitos objetivos enumerados pelo Ministério da Saúde (2010), encontra-se

- Propor à Câmara de Políticas Sociais, coordenada pela Casa Civil da Presidência da República, a articulação dos programas governamentais que tem impacto relevante na saúde e na qualidade de vida.
- Implantar projeto piloto da estratégia “Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis”, com o objetivo de construir novas ofertas de cuidado humanizado a saúde dirigidas a crianças de zero a cinco anos em 5 municípios de macrorregiões previamente identificadas com mais de 100mil habitantes até 2011.
- Expandir as ações de Planejamento Familiar.
- Estimular o aleitamento materno.
- Implementar o Programa de Saúde nas Escolas em articulação com o Ministério da Educação beneficiando pelo menos 23 milhões de alunos de escolas públicas.
- Estabelecer programas de educação e comunicação para a promoção de hábitos que reduzam os riscos de doenças.
- Promover a revisão de medidas legais capazes de reduzir o impacto dos riscos à saúde originados pelo consumo de produtos potencialmente nocivos à saúde.

- Fortalecer e ampliar a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.
- Implementar a estratégia dos ambientes de trabalho saudáveis, no âmbito maior da estratégia dos municípios saudáveis, em conjunto com o Ministério do Trabalho “Empresas Promotoras da Saúde”.
- Fortalecer e ampliar as ações de promoção para a Atenção Integral à Saúde do Idoso.
- Promover ações de enfrentamento das iniquidades em saúde para grupos populacionais vulneráveis (negros, quilombolas, LGBT, ciganos, campo, floresta e águas, em situação de rua, entre outros).

8.5 CADERNETA DE SAÚDE

Segundo o Ministério da Saúde (2006) este programa é considerado um instrumento de grande importância na identificação das pessoas frágeis. Através dele é possível a realização de planejamento de ações e acompanhamento da saúde do idoso.

A sua principal função é produzir um levantamento periódico das condições dos idosos e os aspectos que interferem no seu bem estar (Ministério da Saúde, 2006).

A ação em questão, visa identificar aqueles idosos frágeis ou que se encontram em processo de fragilização para que possam priorizar as medidas de recuperação, promoção e atenção. (Ministério da Saúde, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), poderá ser considera-se idoso frágil ou que se encontra em processo de fragilização :

- Se o indivíduo possui 75 anos ou mais;
- Se o indivíduo idoso mora sozinho ou já recebe algum tipo de cuidado;
- Aquela pessoa que considera seu estado como sendo ruim ou muito ruim tem, efetivamente, maior risco de agravos sérios em sua saúde;
- Toda pessoa que relatar cinco ou mais “doenças”;

- O indivíduo que referir o uso de cinco ou mais medicamentos;
- O indivíduo que referir uma ou mais internação no período de um ano;
- Independente da causa da queda, aquele indivíduo que referir ter caído duas ou mais vezes no mesmo ano;

Esta identificação será possível através do preenchimento da Caderneta de saúde. Depois de identificados, devem passar por uma avaliação detalhada e posteriormente por ações que visem gerar sua recuperação (Ministério da Saúde, 2006)

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, cumpre ressaltar que a população vive em constantes transições demográficas, e partes destas modificações se dão em razão do desenvolvimento da ciência.

O avanço na medicina proporcionou a solução de problemas que anteriormente eram causa de mortes, gerando conseqüentemente o aumento da expectativa de vida. Em face desse aumento, é que se vê a imprescindibilidade da produção de estudos voltados para faixa etária dos idosos, principalmente na área bucal.

A saúde bucal muitas das vezes, tornou-se secundária, tanto para os pacientes quanto para a promoção de programas. As pessoas se preocupam apenas em ir ao cardiologista, ao geriatra e esquecem a importância da visita ao seu dentista.

É indispensável à valorização da saúde bucal, buscando equiparar a importância dada ao médico àquela dada ao dentista, visto que é evidente a interferência da saúde bucal na saúde geral do corpo.

No decorrer do processo de envelhecimento muitas alterações vão ocorrendo. Entretanto, isso não significa que a pessoa torna-se incapaz ou doente. Atualmente, está sendo criada uma sociedade conscientizada que acredita na valorização do idoso e na possibilidade do envelhecimento saudável.

Desse modo, faz-se necessária a objetividade nos estudos para estabelecer a diferença entre senescência e senilidade, demonstrando a importância da criação de programas específicos para atender cada um.

Diante da pesquisa realizada, percebe-se que muitos problemas odontológicos dos idosos se dão em detrimento do descaso com a saúde bucal e da ausência do tratamento preventivo. As condições bucais não tratadas agravam-se durante o processo de envelhecimento. Um exemplo claro dessa situação é o câncer bucal que poderia ser evitado com medidas preventivas.

Assevera-se que grande parte da população, dentre elas os idosos, não possuem o hábito de freqüentar regularmente o dentista. Os brasileiros de forma geral só procuram o dentista após um quadro avançado.

Ademais, a situação se agrava em razão dos poucos programas odontológicos criados para atender os idosos. As medidas preventivas visando esse público alvo são

imprescindíveis, visto que possuem necessidades diferenciadas, dentre elas a própria dificuldade de se locomover aos locais de saúde.

Por fim, cumpre salientar que a melhor solução para as questões referentes à saúde bucal do idoso é a criação de políticas preventivas adequadas as necessidades especiais dos mesmos. Entretanto, diante do caos em que se encontra a saúde do idoso, paralelamente as políticas preventivas são necessárias a adoção de medidas paliativas maciças. Essas são estratégias decisivas para gerar uma melhora no quadro da saúde bucal do idoso no Brasil.

REFERÊNCIAS

AERTS, Denise; ABEGG, Cláides ; CESA, Kátia. **O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, p.131-138, 2003

BANDEIRA, Eliana Márcia Fialho De Sousa; PIMENTA Aloísio Pedrosa, SOUZA Miraneide Carmo. **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais: ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO**, 2ª ed., Belo Horizonte: SAS/MG, 2007.

BRASIL. Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. Diário Oficial da União, Out 2003.

BRASIL. Lei Nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso**. Diário Oficial da União 05 Jan 1994.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à saúde. Cadernos de atenção básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Departamento de Atenção Básica – Brasília, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à saúde **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosos**: Manual de preenchimento. Brasília, 2006. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/ acesso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/manual_de_preenchimento_idoso.pdf. Acesso em 15/03/2010

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à saúde. **Farmácia Popular**. Brasília, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30269. Acesso 23/05/2010

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Mais Saúde Direito de Todos**. Brasília, 2010. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_3ed.pdf . Acesso em: 27/04/2010

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Banco de dados da pesquisa "**Condições de Saúde Bucal da População Brasileira - Projeto SBBrazil 2003**". Disponível na Internet em www.saude.gov.br. Acesso em 12/01/2010

BRUNETTI, Ruy Fonseca; Montenegro, Fernando Luiz Brunetti. **Odonto Geriatria: Noções de Interesse Clínico**. 1ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2002;

CAMPOSTRINI, E. P.; FERREIRA, E. F.; ROCHA, F. L. Condições da saúde bucal do idoso brasileiro. **Arquivos em Odontologia**, v. 43, n.2, p.48-56, 2007.

CHAIMOWICZ, Flávio; Barcelos, Eulita Maria; Madureira, Maria Dolores Soares; Ribeiro, Marco Túlio de Freitas. Saúde do Idoso- nescon UFMG. Belo Horizonte: Coopmed 2009

COLUSSI, C. F. & FREITAS, S. F. T. **Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p.1313-1320, 2002

FELLER, Christa. **Atualização na Clínica Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000

IBGE. **Tendências Demográficas: Uma Análise da População com Base nos Resultados dos Censos Demográficos de 1940 e 2000**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=892. Acesso: 19/01/2010

IBGE. Você Sabia: Dia do Idoso. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/7a12/voce_sabia/datas/data.php?id_data=47 Acesso em 19/01/2010

IBGE 2004. Brasileiros Vivendo Mais. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/noticias/brasileirosvivemmais.html> . Acesso em 19/01/2010

KINA, S.; CONRADO, C. A.; BRENNER, A. J.; KURIHARA, E. O ensino da estomatogeriatria no Brasil: A experiência de Maringá. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, v.10, p.69-73, 1996.

LASCALA, Nelson Thomaz. **Prevenção na Clínica Odontológica: Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo : Artes Medicas, 1997;

MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; CAETANO, João Carlos. **Saúde Bucal do Idoso: Por Uma Política Inclusiva**. **Arquivos em Odontologia** p. 696-704, 2008.

MONTI, Lira Marcela; JUSTI, Mirella Martins; FARJADO Renato Salviato; ZAVANELLI Adriana Cristina. **Análise comparada da saúde bucal do idoso na cidade de Araçatuba.** Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia v.9, n.2, 2006

MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; TOMITA, N. E.; RUIZ, T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal, **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.6, p.1665-1675, 2005.

NARVAI, P. C.; ANTUNES, J. L. F. Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE . Saúde, bem-estar e envelhecimento . O Projeto Sabe no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, p.121-40, 2003.

PALMIER, Andréa Clemente; FERREIRA Efigênia Ferreira e; MATTOS, Flávio; VASCONCELOS, Mara. **Saúde Bucal no Contexto da Atenção Básica à Saúde. Saúde do Adulto-** nescon UFMG. Belo Horizonte: Coopmed 2008

PINTO, Vitor Gomes. **Saúde Bucal Coletiva.**4ª. ed. São Paulo: Santos Editora, 2000;

RIGUEIRA, Itamar. **Fundamentos de Periodontia:** Morfologia, Prevenção Terapêutica Aplicada. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996;

ROSA, A. G. F.; FERNANDEZ, R. A. C.; PINTO, V. G. & RAMOS, L. R. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, v.26, p.155-160, 1992.

SAINTRAIN, M.V.L; SOUZA, E.H.A. **Saúde bucal do idoso: Desafio a Ser Perseguido.** Clín.-Científ. P.127-132, 2005

SHINKAI, Rosemary Sadami Arai; CURY, Altair Antoninha Del Bel **O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso.**Cad. Saúde Pública, v.16, n.4 , 2000

SILVA, Soluete Oliveira da; TRENTIN, Micheline Sandini; LINDEN, Maria Salete Sandini; CARLI João Paulo de; SILVEIRA NETO, Nicolau; LUFT, Luciele Raquel. **Saúde Bucal do Idoso Institucionalizado em Dois Asilos de Passo Fundo – RS.** RGO, Porto Alegre, v. 56, n.3, p. 303-308, 2008.

VARELLIS, Maria Zarvos. **O Paciente Com Necessidades Especiais na Odontologia**. 1ª ed. São Paulo: Santos Editora, 2005;

VARGAS, Andrea Maria Duarte; VASCONCELOS, Mara; RIBEIRO, Marco Túlio de Freitas. **Saúde bucal- Atenção ao Idoso**- Nescon UFMG. Belo Horizonte: Coopmed 2009.