

**MARCELO NEVES**

**SAÚDE BUCAL DO IDOSO E NECESSIDADE DE PRÓTESE:  
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

**CAMPOS GERAIS/MG  
2010**

**MARCELO NEVES**

**SAÚDE BUCAL DO IDOSO E NECESSIDADE DE PRÓTESE:  
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

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.

Orientadora: Profa. Ms. Ayla Norma Ferreira Matos

**CAMPOS GERAIS/MG  
2010**

**MARCELO NEVES**

**SAÚDE BUCAL DO IDOSO E NECESSIDADE DE PRÓTESE:  
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

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.

Orientadora: Profa. Ms. Ayla Norma Ferreira Matos

**Banca examinadora:**

Professor: Flávio de Freitas Mattos

Aprovada em Campos Gerais, em 15/03/2011

**CAMPOS GERAIS/MG  
2010**

## **AGRADECIMENTOS**

À Comunidade do bairro Rosário, em especial aos usuários da Unidade Básica de Saúde Vovô Nunuca, que com sua simplicidade e carinho, tanto me ensinam no cotidiano do meu trabalho como Cirurgião-Dentista.

## RESUMO

O envelhecimento da população brasileira e a mudança na estrutura etária é uma realidade. A população idosa apresenta complexidade crescente de assistência à saúde bucal. Entre os problemas bucais, o edentulismo é um dos que mais acomete este público. O objetivo deste estudo foi analisar a produção científica sobre a condição de saúde bucal do idoso no Brasil e a necessidade prótese, principalmente, em virtude do edentulismo. Foi realizada uma revisão bibliográfica de produções científicas em saúde, através de levantamento na Biblioteca Eletrônica SciELO e da BIREME, tendo sido consultadas as bases de dados LILACS, MEDLINE. O idoso brasileiro apresenta muitos problemas bucais. O edentulismo e a necessidade de prótese são problemas decorrentes da insuficiência de programas direcionados para esta faixa etária e da dificuldade de acesso aos serviços públicos. A perda dentária não é consequência apenas da progressão das doenças bucais, mas também, de fatores sociais, econômicos e de disponibilidade de serviços de saúde bucal. Pode-se concluir que o edentulismo é um das principais problemas bucais que acomete o idoso. A falta de acesso e a necessidade por procedimentos mais complexos são fatores que contribuem para esta realidade. Para mudar esta situação será necessária uma rede de atenção a saúde organizada e articulada entre os diversos níveis e, um sistema de referência e contra-referência que funcione. Oferecer uma atenção integral ao idoso, ainda é um desafio para sistema de saúde brasileiro.

**Palavras-chave:** Edentulismo; Prótese total; saúde bucal do idoso.

## **ABSTRACT**

The aging of the population age structure and the change is a reality. The elderly population has increasingly complex oral health care. Among the oral problems that edentulism is one that most affects this audience. The aim of this study was to review scientific literature on oral health status of the elderly in Brazil and the need prosthesis, mainly because of edentulism. We performed a literature review of scientific production in health, through a survey in SciELO Electronic Library and BIREME, having consulted the databases LILACS and MEDLINE. The elderly population presents many dental problems. The need for prostheses and edentulism are problems arising from the failure of programs designed for this age group and difficulty of access to public services. Tooth loss is not only a consequence of the progression of oral diseases, but also of social, economic, and availability of oral health services. One can conclude that edentulism is a major oral health problems affecting the elderly. Lack of access and the need for more complex procedures are factors contributing to this reality. To change this situation will require a health care network organized and articulated between levels and reference system and cross-reference that works. Offer comprehensive care for the elderly, is still a challenge for the Brazilian health system.

Keywords: edentulism, denture, oral health of the elderly.

## SUMÁRIO

1 Introdução.....	8
2 Objetivo.....	10
3 Metodologia.....	10
4 Revisão de literatura.....	11
4.1 Transições demográficas e epidemiológicas.....	11
4.2 Saúde bucal do idoso.....	13
4.3 Saúde bucal do idoso nos levantamentos epidemiológicos nacionais.....	17
4.4 O idoso e o edentulismo.....	23
4.5 Política nacional de saúde bucal no Brasil.....	26
4.6 O município de Santo Antônio do Amparo e a atenção odontológica ao idoso.....	29
5 Discussão.....	29
6 Considerações finais .....	31
Referências.....	33

## 1 INTRODUÇÃO

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) foi uma oportunidade de ampliar e aprofundar o conhecimento sobre os propósitos e objetivos da estratégia de saúde da família (ESF), tanto na minha área, a Odontologia, como nas outras áreas afins. Há de se diagnosticar as doenças e tratar os pacientes na sua totalidade e, não mais isoladamente.

É fundamental o conhecimento do território de abrangência e da população assistida para o planejamento das ações de trabalho, sempre observando as realidades sócio-econômicas para reorganizar as ações da equipe de saúde bucal e, com isso buscar cumprir os princípios da ESF. Com a inserção da equipe de saúde bucal (ESB) houve uma mudança de paradigmas no modelo de atenção, pois a Odontologia vinha atuando na prevenção e promoção de saúde somente com crianças, mas faltava-nos um planejamento geral e eficaz das ações e, também de direcionar nossa atuação para atividades que envolvessem todo o ciclo de vida, em especial para os adultos e idosos, visando evitar perdas dentárias precoces.

Percebi que a inclusão da Odontologia na ESF, muitas equipes de saúde bucal (ESB) ainda continuam atuando no antigo modelo assistencial centrado na cura das doenças, sem procurar inovações e, com um trabalho de baixa resolubilidade. Por isso, durante o CEABSF optei por fazer tanto disciplinas que fazem parte do meu cotidiano, como saúde bucal do adulto, mas me dediquei a disciplinas obrigatórias, como Processo de Trabalho em Saúde e Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde, que me ajudaram a compreender o processo de trabalho a ser desenvolvidas na ESF e, com isso muitas idéias novas e transformações sobre minha prática vieram a tona,

No município onde resido e trabalho, Santo Antônio do Amparo/Minas Gerais, foi implantado em 2006, o serviço de confecção de prótese total, na rede de atenção em saúde bucal municipal, financiado pela prefeitura, em virtude da alta demanda de usuários com necessidade deste tratamento odontológico. Frente a esta realidade, o tema escolhido para realizar este TCC foi baseado no meu trabalho diário com a terceira idade, onde vivencio uma enorme demanda de pacientes idosos, de várias classes sócio-econômicas, necessitando do uso de prótese dentária.

Segundo Murakami (2007) o aumento da expectativa de vida da população, na maioria dos países do mundo e, também, no Brasil, já é uma realidade visível, decorrente do desenvolvimento global na área de saúde, de vários estudos e investimentos governamentais

na prevenção, promoção, tratamento das patologias e na melhoria da qualidade de vida da população, em todos os aspectos.

É notório que o Brasil vem apresentando um aumento acelerado na população idosa, provocando uma mudança do perfil epidemiológico de saúde, onde a situação da saúde bucal é um reflexo disso. Paralelamente à transição demográfica, a transição epidemiológica está alterando os padrões de morbimortalidade, sem que haja, adequada oferta de atenção à saúde para esse grupo populacional. (MOREIRA et al.,2005)

Em 2005, dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelaram que em aproximadamente duas décadas o Brasil será a sexta maior população idosa do mundo, onde provavelmente haverá mais idosos do que crianças. (SILVESTRE, 1997).

A expectativa média de vida do brasileiro atingiu a marca de 71,9 anos. É o que mostrou a pesquisa Tábua de Vida 2005 do IBGE, onde a esperança de vida do brasileiro passou de 71,7 anos, em 2004, para 71, 9 anos, em 2005.

Segundo Lima Costa (2003) no Brasil o número de idosos (maiores de 60 anos de idade) passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (um incremento de 500% em 40 anos) e as projeções indicam que esse contingente alcançará 32 milhões em 2020.

Atualmente, segundo Chaimowicz (1997), a cada ano acrescentam-se duzentas mil pessoas maiores de 60 anos à população brasileira, gerando uma demanda importante para o sistema de saúde.

Nos países desenvolvidos essa transição foi acompanhada pela ampliação da cobertura dos sistemas de proteção social e melhoria das condições de vida. Já no Brasil, num contexto de grandes desigualdades regionais e sociais, esse envelhecimento populacional tem causado grande impacto sobre a qualidade de vida da população, que não encontra amparo adequado no sistema público de saúde e acumula as seqüelas das doenças crônico-degenerativas (CHAIMOWICZ, 1997).

Para Médici; Beltrão (1995) entre os vários fatores que são observados na transição epidemiológica destacam-se o aumento expressivo da prevalência de doenças crônicas e também, das patologias bucais, que aumentarão muito a demanda por serviços de saúde. Dessa forma, será necessário um olhar especial, principalmente do serviço público, para a faixa etária dos idosos.

Este fato merece atenção especial, pois como historicamente os serviços odontológicos não tiveram como prioridade a atenção aos idosos, esse público possui altos

níveis de edentulismo, alta prevalência de cárie e de doenças periodontais (MOREIRA; TOMITA; RUIZ; 2005).

De acordo com Burt (1978), a perda total de dentes não é apenas um reflexo da simples progressão da cárie e doença periodontal no indivíduo adulto, mas também é, em grande parte, relacionada à condição sócio-econômica, estágio cultural, disponibilidade de serviços de saúde bucal e atitude dominante em relação aos cuidados dentários. Além disso, a utilização de serviços odontológicos por indivíduos idosos desdentados é a menor entre todos os grupos etários.

Reabilitar os pacientes que são usuários do serviço público é uma questão que se torna necessária, para reverter à realidade de saúde bucal do idoso, pois não há programas específicos e eficazes que atendem a esta faixa etária (SILVA, 1999).

Neste contexto, o objetivo deste estudo é analisar a produção científica sobre a condição de saúde bucal do idoso no Brasil, e a conseqüente necessidade do uso de prótese total, principalmente em virtude do edentulismo.

## **2 OBJETIVO**

Analisar a produção científica sobre a condição de saúde bucal do idoso no Brasil e, a conseqüente necessidade do uso de prótese, principalmente, em virtude do edentulismo.

## **3 METODOLOGIA**

Foi realizada uma revisão da literatura mediante pesquisa bibliográfica de publicações entre 1978 a 2010, obtidas através das bases de dados da internet, como Scielo, Lilacs, Medline e BBO (Biblioteca de Odontologia).

As palavras-chave utilizadas para a busca dos artigos foram: Prótese total; edentulismo; saúde bucal do idoso.

Ao final do levantamento, os artigos encontrados foram analisados de acordo com o critério de inclusão estabelecido, ou seja, abordar a temática de necessidade de prótese total em idosos. Dos 29 artigos encontrados, foram selecionados 8 que traziam dados epidemiológicos sobre a cárie, a partir dos quais foi feita uma análise do índice CPOD, do percentual de dentes extraídos e indivíduos edêntulos, e do uso e necessidade de prótese total, levando-se em

consideração a forma de apresentação destes dados e sua comparabilidade. Também, foram analisados os delineamentos desses estudos quanto ao tipo de amostragem e sua descrição, e quanto à faixa etária trabalhada.

Foram incluídos estudos de levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil nas duas últimas décadas, assim como as causas do edentulismo, e o uso e a necessidade de próteses totais nos idosos entre 65 e 74 anos, na expectativa de fazer um breve relato das atuais condições de saúde bucal desta faixa etária e suas particularidades. Foram pesquisados 30 artigos relativos à saúde bucal do idoso no Brasil que constavam na literatura, a maioria a partir de 1997.

Dos artigos estudados, nota-se a relevância dos referentes ao SB Brasil, realizado em 2003, por ser o levantamento mais completo e conter informações recentes de dados epidemiológicos sobre a cárie, problemas periodontais, uso e necessidade de próteses totais e, com isso comprovando a precariedade da saúde bucal do idoso brasileiro, e principalmente a grande necessidade de indicação de próteses totais em idosos edêntulos.

Além de artigos científicos, foram utilizados, também, livros, monografias, dissertações e teses que abordassem o histórico do tema.

## **4 REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 TRANSIÇÕES DEMOGRÁFICAS E EPIDEMIOLÓGICAS**

A transição epidemiológica pode ser definida como sendo as mudanças que ocorreram no tempo nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma determinada população e que ocorrem em conjunto com outras mudanças e transformações demográficas, sociais e econômicas (OMRAM, 2001).

Este processo consiste em três mudanças básicas: substituição das patologias transmissíveis por patologias não - transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos mais idosos e a transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante. (SANTOS-PRECIADO et al., 2003).

Segundo Chaimowicz (1997) existe uma correlação direta entre os processos de transição epidemiológica e demográfica. Ocorre a princípio um declínio da mortalidade, onde os grupos mais jovens da população passam a conviver com fatores de risco somados às

doenças crônico-degenerativas e, como há um aumento no número de idosos, ocorre um aumento na expectativa de vida, onde as doenças não transmissíveis tornam-se mais prevalentes.

As transições demográficas e epidemiológicas são identificadas como as principais causadoras das transformações encontradas no padrão saúde-doença. Na transição demográfica observou-se o crescente envelhecimento populacional, enquanto que a transição epidemiológica promoveu alterações nos panoramas das doenças (MOREIRA, 2005).

Segundo este mesmo autor, os resultados dessas transições promovem mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde, aumentando os gastos públicos, crescendo a necessidade de aperfeiçoamento tecnológico para o tratamento das doenças crônicas.

A transição demográfica resulta em uma população com elevado número de idosos. No Brasil, esta mudança não vem sendo acompanhada de modificações no atendimento às necessidades de saúde desse grupo populacional e o efeito pode ser preocupante em todas as esferas (MOREIRA et al., 2005).

Para o ano de 2050 espera-se que o número de idosos gire em torno de 50 milhões de pessoas, representando cerca de 23% da população Brasileira (BRASIL, 2008).

O fenômeno de envelhecimento nas populações é freqüentemente acompanhado de doenças crônicas degenerativas com alta carga de morbidade, que gera incapacidades e dependência, e mortalidade (ROSA, 1992).

Os problemas de saúde modificam-se com o decorrer dos anos. 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).

O horizonte da geriatria vai além da avaliação de sistemas, órgãos ou doenças isoladamente, não focando somente no tratamento de patologias, mas buscando a manutenção da autonomia e independência funcional, priorizando as ações de promoção e prevenção de saúde como alternativa mais eficiente em relação à atenção baseada em cuidados curativos. O maior desafio dos profissionais da geriatria é o enfrentamento dos problemas mais comuns em indivíduos com idade avançada, prevenindo, tratando e cuidando desta parcela da população (FREITAS et al., 2002).

Na saúde bucal, segundo Moreira (2005) os reflexos destas mudanças se tornarão mais visíveis na medida em que houverem tratamentos adequados e conservadores. Além disso, com o envelhecimento do indivíduo e do organismo, surgem também as patologias bucais como as cáries radiculares e doenças periodontais entre outras, comuns nos idosos.

Estudos têm demonstrado que os idosos têm acesso limitado e desigual no sistema de saúde, e que o uso dos serviços de saúde por esta população é baixo e é agravado nos grupos com menos condições financeiras. Eles também apresentam altos níveis de perda dentária, cárie, doença periodontal e xerostomia (PETERSEN, YAMAMOTO, 2005; JORGE, LIMA COSTA, 2008; MARTINS et al., 2008).

As condições de saúde bucal são crônicas, podem disseminar e possuem grande poder mutilador (PETERSEN e YAMAMOTO, 2005).

Pucca Jr (1998) afirma que o edentulismo, perda total de dentes, ainda é aceito pela sociedade como algo normal e natural com o avanço da idade e não, como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde, destinadas, principalmente, à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas.

## **4. 2 SAÚDE BUCAL DO IDOSO**

Segundo Parahyba (1998), na maioria dos países são considerados idosos aqueles indivíduos que ultrapassam os 60 anos de idade. Essa idade foi recomendada pela Organização Mundial de Saúde, em 1984, no Relatório do Grupo de Especialistas sobre Epidemiologia e Envelhecimento.

A Fédération Dentaire Internationale (FDI) considera como pessoas idosas aquelas com mais de sessenta anos, classificando-as em três grupos de acordo com o grau de dependência: independentes, parcialmente dependentes e totalmente dependentes (FDI, 1987).

É difícil caracterizar uma pessoa como idosa utilizando como único critério a idade. Além disso, nesse segmento conhecido como terceira idade incluiu-se indivíduos diferenciados entre si, tanto do ponto de vista sócio-econômico como demográfico e epidemiológico (CARVALHO e ANDRADE, 2000).

O conceito de saúde nos idosos é abrangente e não pode se resumir à presença ou ausência de doenças. O nível de independência e autonomia é muito importante nos diversos aspectos de uma avaliação clínica, já que a incapacidade funcional aos poucos vai tornando-se útil para avaliar o estado de saúde dos idosos, porque muitos destes têm várias doenças simultaneamente, que variam em severidade e causam diferentes impactos na vida cotidiana. O envelhecimento saudável, dentro dessa nova ótica, passa a ser resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (PARAHYBA, 1998).

Segundo Cormack (2007) o envelhecimento tem sido definido das mais diferentes formas por vários autores. Alguns visualizam o envelhecimento como um processo biológico, outros mais como um processo patológico ou como um processo sócio-econômico ou psicossocial.

Em termos de conseqüências cronológicas ou psicológicas do envelhecimento, encontra-se uma grande variação entre indivíduos, que afetam a definição do envelhecimento. Fica óbvio que a idade é de qualquer modo um limite arbitrário, uma vez que o envelhecimento é um processo contínuo, não se iniciando em nenhuma idade ou momento particular (COMARCK, 1999).

A manutenção da saúde bucal é o primeiro passo para uma adaptação mais tranqüila à terceira idade (CORMACK, 2002).

A qualidade de vida nos idosos está relacionada ao estado de saúde geral, bem como, ao estado de saúde bucal. Qualidade de vida associada à saúde bucal tem sido definida como uma avaliação multidimensional mais detalhada da reabilitação protética (NOCCHI, 2008).

Em relação à saúde bucal, um dos principais critérios utilizados para se identificar um idoso bem sucedido é pela manutenção por toda sua vida de sua dentição natural, saudável e funcional, incluindo todos os aspectos sociais e benefícios biológicos, tais como a estética, o conforto, a habilidade para mastigar, sentir sabor e falar (ETTINGER, 1987).

Jitomirski (2000) afirma que a saúde bucal representa um fator primordial para a manutenção da qualidade de vida, a qual pode ser qualificada como a ausência de dor, mantendo um autoconceito positivo frente à vida e levando-se em conta o grau com que uma pessoa desfruta as possibilidades realmente importantes de sua existência.

Em decorrência do envelhecimento do indivíduo são observadas alterações fisiológicas na cavidade bucal, que de acordo com sua intensidade interferem no processo saúde-doença, assim como podem ser observadas patologias influenciadas pelo padrão comportamental de cada pessoa (SILVA; SAINTRAIN, 2006).

A coloração do esmalte vai se alterando com a idade, tornam-se escurecidos, com tonalidade amarelada, castanha ou cinza. Há desgaste devido ao atrito provocado pela mastigação ou por hábitos viciosos como o bruxismo e, a superfície dentária se torna lisa e polida, devido ao atrito de alimentos e da escovação ao longo da vida (PINTO, 1982).

Werner (1998) afirma que há uma maturação do esmalte devido à deposição de

fluoretos em sua superfície

Ocorre uma redução na permeabilidade dos canalículos dentinários, aumentando o limiar de sensibilidade à dor (COMARCK, 1999).

Existe uma diminuição da vascularidade leva à menor capacidade de reparação e proliferação tecidual, tendo como consequência predisposição à gengivite e a periodontite (BERG, 1998).

A capa queratinizada da gengiva torna-se fina ou ausente e ocorrem com frequência feridas e enfermidades gengivais e que a redução do fluxo salivar em idosos é resultado de alterações regressivas nas glândulas salivares, especialmente a atrofia das células que cobrem os ductos intermediários (BIRMAM et al., 1991).

Em relação ao declínio da saúde bucal do indivíduo idoso, vários são os fatores que contribuem. Segundo Mello (2001) há uma dificuldade de higiene bucal e das próteses devido dificuldades motoras e diminuição da acuidade visual.

Para Handelman (1986) com os efeitos colaterais de alguns medicamentos, utilizados pelos idosos, pode ocorrer uma diminuição de saliva, hiperplasia gengival, movimentos involuntários da face, problemas na fala, deglutição e paladar.

Pode surgir a xerostomia e que a mesma pode estar associada a doenças sistêmicas e ao efeito colateral de alguns medicamentos (80% dos pacientes idosos fazem uso de alguma medicação e 90% destes fármacos podem produzir xerostomia). Os sinais e sintomas da xerostomia incluem queimação dos tecidos bucais, alterações na superfície lingual, disfagia, queilite angular, alterações do paladar, dificuldade de falar e desenvolvimento enfermidade periodontal e lesões de cárie (CARRANZA, 1997).

Ao ocorrer uma diminuição do volume salivar, há uma alteração no equilíbrio bacteriano da cavidade bucal devido ao aumento da quantidade de *Streptococcus mutans* e *Lactobacilos*, que pode levar o surgimento da doença cárie (BORAKS, 1998).

Chamers (2002) observou que hábitos dietéticos cariogênicos e a não realização de visitas regulares aos dentistas por longos períodos de tempo são pontos que interferem demasiadamente na saúde bucal.

O atual quadro de saúde bucal dos idosos é resultado da ausência de promoção de saúde e prevenção oral, aliadas a tratamentos ineficazes e muitas das vezes mutiladores, práticas comuns que eram realizadas nos serviços públicos de saúde, resultando hoje em um grande número de pacientes necessitando de reabilitação oral e outra parte, já portadores de próteses totais que necessitam manutenção periódica (PUCCA JR, 1999).

Vários estudos mostram que os idosos formam um grupo com quase todos os dentes extraídos, grande quantidade de problemas periodontais, lesões de mucosa bucal e uso de próteses inadequadas e mal adaptadas. (PEREIRA, 2004; PUCCA JR, 2000; ROSA, 2002; BRASIL, 1988; WATANABE et al., 1996; PEREIRA et al., 1996 ).

As principais alterações bucais encontradas em idosos são a cárie dentária, as doenças periodontais, as abrasões, a presença de lesões, o câncer bucal e a perda de grande número de dentes ou o edentulismo (SILVA e SAINTRAIN, 2006).

Magalhães et al. (2004) definem que a cárie dentária é uma doença multifatorial caracterizada por perda de mineral, que ocorre devido a um desequilíbrio prolongado entre a superfície dentária e o fluido da placa, resultante da metabolização de carboidratos fermentáveis pelos microrganismos.

A cárie radicular é mais comum e predominante em idosos, sendo uma lesão progressiva, de consistência amolecida, que envolve a placa dental com conseqüente invasão bacteriana (UZEDA, 2002).

A doença periodontal no idoso é considerada a segunda causa das perdas dentais e, em razão da proliferação bacteriana propicia a sua passagem para a corrente sanguínea (bacteremia). É reconhecida como fator contribuinte ao agravamento do quadro clínico de doenças crônicas-degenerativas como a doença cardiovascular, doença respiratória e a diabetes.

O desenvolvimento de lesões cervicais não cariosas (LCNC) em idosos é outro achado comum e é decorrente da maior permanência dos dentes no arco dentário e do contato com fatores etiológicos. Está correlacionada com hábitos de higiene, dieta ácida e hábitos parafuncionais. (MAGALHÃES et al., 2004)

Boraks (1998) em seus estudos com pacientes portadores de próteses totais citou achados freqüentes como hiperqueratoses e leucoplasias na mucosa dos lábios e das bochechas. Assim como a candidíase e a estomatite por prótese pode ser causada por cândida, pode haver alergias provocadas pelo material que a prótese é confeccionada.

Em relação ao câncer bucal, a prevenção passa a ser um ponto extremamente importante a ser trabalhado, uma vez que é nessa faixa etária onde encontramos a maior incidência. Com etiologia multifatorial e complexa, a ocorrência do câncer de boca pode ser influenciada tanto por fatores ambientais como por fatores relacionados ao hospedeiro (OLIVEIRA et al., 2000).

Vários autores concordam que entre os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de bucal está o tabagismo, o etilismo, a exposição profissional, os traumatismos crônicos, os hábitos de higiene bucal, fatores nutricionais, estados de imunodeficiência,

infecções fúngicas e virais, a radiação ultravioleta, o uso de fogão a lenha, o grupo étnico e as condições socioeconômicas. (PUCCA JR, 1999; OLIVEIRA; ODELL, 2000; KOWALSI; NISHIMOTO, 2000).

Em estudo realizado por Cormack (2007), considerando a interação das questões relativas à odontologia ao contexto dos estudos geriátricos e gerontológicos, onde o processo do envelhecimento se relaciona com a manutenção da saúde bucal e, concluiu que, com o aumento da população idosa, teremos nos próximos anos uma demanda por uma maior e mais diversificada atenção odontológica para esse grupo em particular.

Araújo et al. (2006), em uma revisão de literatura das condições de saúde bucal dos idosos concluíram que no Brasil a maioria dos idosos é do sexo feminino; vive em domicílios multigeracionais; possui baixo nível socioeconômico; portadora de pelo menos uma doença crônica; independente para realização das atividades da vida diária; não possui dentes, e busca atenção em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

#### **4.3 SAÚDE BUCAL DO IDOSO NOS LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS NACIONAIS**

Os levantamentos epidemiológicos são fundamentais para elaboração de políticas de saúde e objetivam conhecer a prevalência e severidade das doenças bucais. Além disso, possibilitam comparações e estudos ao longo dos anos, avaliando a eficácia dos serviços. No Brasil, já foram realizados quatro estudos em saúde bucal, respectivamente em 1986, 1993, 1996 e 2003 (MARTINS et al., 2008).

O primeiro levantamento epidemiológico feito no Brasil foi em 1986 e somou conhecimentos específicos das áreas de Odontologia e Saúde Pública aos métodos e técnicas do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), permitindo analisar a população também nos aspectos sócio-culturais.

Segundo Queiroz *et al.* (2009) este levantamento foi incompleto e insuficiente, mas revelou expressivo uso e necessidade de próteses totais na população examinada na faixa etária de 50 a 59 anos, já que os grupos com a idade acima de 60 anos não foram incluídos nem examinados no estudo.

O índice CPOD, que indica o número de dentes permanentes cariados, perdidos (extraídos e com extração indicada) e restaurados, foi de 27,2, para a faixa etária de 50 a 59 anos, com 86% de participação dos dentes extraídos, já sugerido as péssimas condições em que se encontravam as pessoas com mais de sessenta anos (BRASIL, 1988).

O elevado número de dentes extraídos, encontrado neste levantamento evidencia a inexistência de tratamento restaurador ao alcance da população adulta.

Outro fator a ser considerado é a inexistência de medidas eficazes que impeçam a recidiva da cárie na população, fazendo com que haja sempre o surgimento de novas necessidades, que nunca se esgotarão enquanto for mantido o modelo atual de atenção à doença (FERNANDES et al., 1997).

Na década de 90, com o SUS já implantado, os resultados dos levantamentos de 1993 e 1996 não foram satisfatórios e suficientes, pois foram focados exclusivamente na perspectiva profissional para avaliar as condições de saúde bucal da população, desconsiderando vários aspectos que foram agregados no Levantamento realizado em 2003 (COSTA et al., 2006)

Analisando os dois primeiros levantamentos percebeu-se melhoria dos índices de saúde bucal. Quanto à cárie, os resultados mostraram um aumento com o avanço da idade, demonstrando o caráter acumulativo da doença. No entanto, houve uma tendência de redução da cárie na população brasileira ao longo dos anos. Embora importantes, os levantamentos feitos não tiveram relação direta com a política de saúde bucal vigente, pois ainda eram incompletos, se comparados com os dois últimos (COSTA et al., 2006).

No Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal denominado SB Brasil, realizado em 2003, foi incluído pela primeira vez, as faixas etárias de 18 a 36 meses e 65 a 74 anos, e a área rural. Apresentou avanços metodológicos e foi mais abrangente que os anteriores, pois permitiu obter informações epidemiológicas capazes de subsidiar a elaboração das diretrizes para uma política nacional de saúde bucal, fortalecendo a gestão dos serviços públicos de saúde bucal nas diferentes esferas de governo. O estudo usou amostras probabilísticas com estratificação e conglomeração usando seis diferentes faixas etárias, sendo que a população idosa analisada foi a de 65 a 74 anos (BRASIL, 2003).

Em relação à doença cárie, no gráfico 1, abaixo, observa-se os dados do SB-Brasil, relativo a prevalência da doença cárie por regiões no Brasil, na faixa de 65 a 74 anos, onde é evidenciado uma distribuição da doença cárie – CPOD de forma quase homogênea entre as diversas regiões para a população idosa, mas muito alto, ou seja, qualquer que seja a região brasileira o CPOD na referida faixa etária está muito alto.

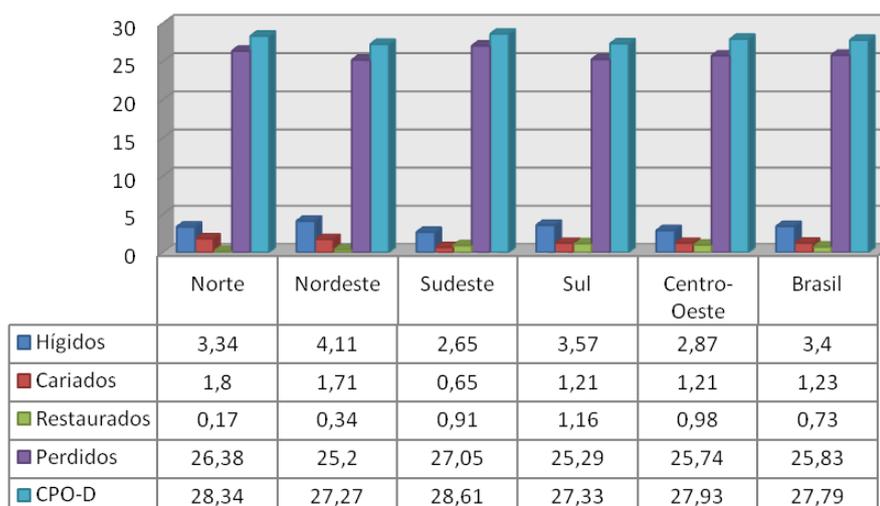


Gráfico 1 – Índice CPO-D e dentes hígidos em pessoas de 65 a 74 anos no Brasil (SB Brasil 2003)

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2005

Sobre a doença periodontal, as alterações gengivais mais comumente encontradas em pacientes idosos são: a diminuição da queratinização, aumento na largura da gengiva inserida, diminuição da celularidade do tecido conjuntivo, aumento na quantidade de substâncias intercelulares e redução no consumo de oxigênio. São observadas também mudanças significativas quanto à retração e à perda de inserção na gengiva de pacientes idosos (MOURA et al., (2004).

Entre os objetivos do SB Brasil, um deles foi avaliar e estimar a necessidade e uso de prótese nas faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos, uma vez que ficou evidenciado que cada idoso com idade entre 65 a 74 anos já havia perdido quase 26 dentes e, que mais da metade dessa população necessitava algum tipo de prótese. Nas tabelas que se seguem (Tabela 1 e 2) os resultados encontrados referente apenas a faixa etária da população idosa – de 65 a 74 anos, ênfase deste trabalho.

**Tabela 1 – Uso de Prótese.**

	65 a 74					
	Superior		Inferior		%	
	%	n	%	n		
NÃO USA	86,19	307	41,26	478	64,25	
USA	13,81	437	58,74	266	35,75	
Prótese Fixa	0,77	12	1,61	5	0,67	

Norte	Mais de uma PF	0,61	1	0,13	4	0,54	
	PPR	5,25	29	3,90	33	4,44	
	Uma ou + PF/PPR	0,77	9	1,21	5	0,67	
	<b>Prótese Total</b>	<b>6,42</b>	<b>386</b>	<b>51,88</b>	<b>219</b>	<b>29,44</b>	
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>744</b>	<b>100</b>	<b>744</b>	<b>100</b>	
	NÃO USA	73,80	695	48,13	987	51,92	
	USA	13,10	749	51,87	457	24,04	
	Prótese Fixa	0,39	28	1,94	13	0,68	
	Nordeste	Mais de uma PF	0,47	2	0,14	1	0,05
		PPR	5,15	53	3,67	57	3,00
		Uma ou + PF/PPR	0,54	16	1,11	9	0,47
		<b>Prótese Total</b>	<b>6,55</b>	<b>650</b>	<b>45,01</b>	<b>377</b>	<b>19,83</b>
		<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>1.444</b>	<b>100</b>	<b>1.901</b>	<b>100</b>
		NÃO USA	71,91	302	28,71	562	36,45
		USA	14,05	750	71,29	490	31,78
Prótese Fixa		1,00	17	1,62	10	0,65	
Sudeste		Mais de uma PF	0,71	2	0,19	0	0,00
		PPR	5,28	43	4,09	58	3,76
	Uma ou + PF/PPR	0,59	7	0,67	9	0,58	
	<b>Prótese Total</b>	<b>6,47</b>	<b>681</b>	<b>64,73</b>	<b>413</b>	<b>26,78</b>	
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>1.052</b>	<b>100</b>	<b>1.542</b>	<b>100</b>	
	NÃO USA	71,84	265	19,33	644	30,73	
	USA	14,08	1.106	80,67	726	34,64	
	Prótese Fixa	1,19	28	2,04	20	0,95	
	Sul	Mais de uma PF	0,78	18	1,31	10	0,48
		PPR	5,85	113	8,24	138	6,58
Uma ou + PF/PPR		0,43	12	0,88	15	0,72	
<b>Prótese Total</b>		<b>5,83</b>	<b>935</b>	<b>68,20</b>	<b>543</b>	<b>25,91</b>	
<b>TOTAL</b>		<b>100</b>	<b>1.371</b>	<b>100</b>	<b>2.096</b>	<b>100</b>	
NÃO USA		72,24	218	29,86	395	37,16	
USA		13,88	512	70,14	334	31,42	
Prótese Fixa		0,80	15	2,05	10	0,94	
Oeste		Mais de uma PF	0,51	6	0,82	1	0,09
		PPR	6,08	49	6,71	48	4,52
	Uma ou + PF/PPR	0,38	1	0,14	2	0,19	
	<b>Prótese Total</b>	<b>6,12</b>	<b>441</b>	<b>60,41</b>	<b>273</b>	<b>25,68</b>	
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>730</b>	<b>100</b>	<b>1.063</b>	<b>100</b>	
	Centro	Mais de uma PF	0,61	1	0,13	4	0,54
		PPR	5,25	29	3,90	33	4,44
		Uma ou + PF/PPR	0,77	9	1,21	5	0,67
		<b>Prótese Total</b>	<b>6,42</b>	<b>386</b>	<b>51,88</b>	<b>219</b>	<b>29,44</b>
		<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>744</b>	<b>100</b>	<b>744</b>	<b>100</b>
NÃO USA		73,80	695	48,13	987	51,92	
USA		13,10	749	51,87	457	24,04	
Prótese Fixa		0,39	28	1,94	13	0,68	
Mais de uma PF		0,47	2	0,14	1	0,05	
PPR		5,15	53	3,67	57	3,00	
Uma ou + PF/PPR	0,54	16	1,11	9	0,47		
<b>Prótese Total</b>	<b>6,55</b>	<b>650</b>	<b>45,01</b>	<b>377</b>	<b>19,83</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>1.444</b>	<b>100</b>	<b>1.901</b>	<b>100</b>		
NÃO USA	71,91	302	28,71	562	36,45		
USA	14,05	750	71,29	490	31,78		
Prótese Fixa	1,00	17	1,62	10	0,65		
Mais de uma PF	0,71	2	0,19	0	0,00		
PPR	5,28	43	4,09	58	3,76		
Uma ou + PF/PPR	0,59	7	0,67	9	0,58		
<b>Prótese Total</b>	<b>6,47</b>	<b>681</b>	<b>64,73</b>	<b>413</b>	<b>26,78</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>1.052</b>	<b>100</b>	<b>1.542</b>	<b>100</b>		
NÃO USA	71,84	265	19,33	644	30,73		
USA	14,08	1.106	80,67	726	34,64		
Prótese Fixa	1,19	28	2,04	20	0,95		
Mais de uma PF	0,78	18	1,31	10	0,48		
PPR	5,85	113	8,24	138	6,58		
Uma ou + PF/PPR	0,43	12	0,88	15	0,72		
<b>Prótese Total</b>	<b>5,83</b>	<b>935</b>	<b>68,20</b>	<b>543</b>	<b>25,91</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>1.371</b>	<b>100</b>	<b>2.096</b>	<b>100</b>		
NÃO USA	72,24	218	29,86	395	37,16		
USA	13,88	512	70,14	334	31,42		
Prótese Fixa	0,80	15	2,05	10	0,94		
Mais de uma PF	0,51	6	0,82	1	0,09		
PPR	6,08	49	6,71	48	4,52		
Uma ou + PF/PPR	0,38	1	0,14	2	0,19		
<b>Prótese Total</b>	<b>6,12</b>	<b>441</b>	<b>60,41</b>	<b>273</b>	<b>25,68</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>730</b>	<b>100</b>	<b>1.063</b>	<b>100</b>		

	NÃO USA	74,77	1.787	33,46	3.066	41,74
<b>BRASIL</b>	<b>USA</b>	<b>13,75</b>	<b>3.554</b>	<b>66,54</b>	<b>2.273</b>	<b>30,94</b>
	<b>Prótese Fixa</b>	<b>0,82</b>	<b>100</b>	<b>1,87</b>	<b>58</b>	<b>0,79</b>
	<b>Mais de uma PF</b>	<b>0,62</b>	<b>29</b>	<b>0,54</b>	<b>16</b>	<b>0,22</b>
	<b>PPR</b>	<b>5,51</b>	<b>287</b>	<b>5,37</b>	<b>334</b>	<b>4,55</b>
	<b>Uma ou + PF/PPR</b>	<b>0,54</b>	<b>45</b>	<b>0,84</b>	<b>40</b>	<b>0,54</b>
	<b>Prótese Total</b>	<b>6,27</b>	<b>3.093</b>	<b>57,91</b>	<b>1.825</b>	<b>24,84</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>5.341</b>	<b>100</b>	<b>7.346</b>	<b>100</b>

Fonte: Projeto SB Brasil 2003.

**Tabela 2 – Necessidade de Prótese**

		<b>65 a 74</b>				
		<b>Superior</b>		<b>Inferior</b>		
		<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Norte</b>	NÃO NECESSITA	22,86	458	61,64	277	37,38
	NECESSITA	77,14	285	38,36	464	62,62
	1 PF ou PPR (1 elem)	5,74	7	0,94	10	1,35
	1 PF ou PPR (+ de 1 elem)	31,79	52	7,00	107	14,44
	Combinação Próteses	36,03	72	9,69	148	19,97
	<b>Prótese Total</b>	<b>3,59</b>	<b>154</b>	<b>20,73</b>	<b>199</b>	<b>26,86</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>743</b>	<b>100</b>	<b>741</b>	<b>100</b>
<b>Nordeste</b>	NÃO NECESSITA	23,97	774	53,64	481	33,36
	NECESSITA	76,03	669	46,36	961	66,64
	1 PF ou PPR (1 elem)	5,93	14	0,97	19	1,32
	1 PF ou PPR (+ de 1 elem)	27,31	122	8,45	201	13,94
	Combinação Próteses	40,19	226	15,66	355	24,62
	<b>Prótese Total</b>	<b>2,59</b>	<b>307</b>	<b>21,28</b>	<b>386</b>	<b>26,77</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>1.443</b>	<b>100</b>	<b>1.442</b>	<b>100</b>
<b>Sudeste</b>	NÃO NECESSITA	34,82	770	73,19	518	49,29
	NECESSITA	65,18	282	26,81	533	50,71
	1 PF ou PPR (1 elem)	8,09	14	1,33	12	1,14
	1 PF ou PPR (+ de 1 elem)	27,08	47	4,47	114	10,85
	Combinação Próteses	26,17	45	4,28	107	10,18
	<b>Prótese Total</b>	<b>3,85</b>	<b>176</b>	<b>16,73</b>	<b>300</b>	<b>28,54</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>1.052</b>	<b>100</b>	<b>1.051</b>	<b>100</b>

Su	-	NÃO NECESSITA	34,27	1.103	80,45	736	53,68
		NECESSITA	65,73	268	19,55	635	46,32
		1 PF ou PPR (1 elem)	8,45	17	1,24	24	1,75
		1 PF ou PPR (+ de 1 elem)	24,62	57	4,16	167	12,18
		Combinação Próteses	30,34	85	6,20	246	17,94
		Prótese Total	2,32	109	7,95	198	14,44
<b>TOTAL</b>		100	1.371	100	1.371	100	
Cent	ro	NÃO NECESSITA	29,95	504	69,04	332	45,48
		NECESSITA	70,05	226	30,96	398	54,52
		1 PF ou PPR (1 elem)	6,76	16	2,19	13	1,78
		1 PF ou PPR (+ de 1 elem)	35,10	43	5,89	104	14,25
		Combinação Próteses	25,93	51	6,99	94	12,88
		Prótese Total	2,25	116	15,89	187	25,62
<b>TOTAL</b>		100	730	100	730	100	
BRASIL	NÃO NECESSITA	29,01	3.609	67,60	2.344	43,94	
	NECESSITA	70,99	1.730	32,40	2.991	56,06	
	1 PF ou PPR (1 elem)	7,00	68	1,27	78	1,46	
	1 PF ou PPR (+ de 1 elem)	28,65	321	6,01	693	12,99	
	Combinação Próteses	32,47	479	8,97	950	17,81	
	Prótese Total	2,88	862	16,15	1.270	23,81	
<b>TOTAL</b>		100	5.339	100	5.335	100	

Fonte: Projeto SB Brasil 2003.

Entre os resultados principais deste levantamento destaca-se:

- Que as diferenças regionais são marcantes no uso e na necessidade de prótese dentária, pois estão ligadas à condição econômica e cultural de cada Estado e indivíduo.
- Em adultos e idosos um menor uso de prótese dentária foi constatado na região sul, como pode ser observado na Tabela 1.
- Nas regiões norte e nordeste os idosos examinados possuem uma maior necessidade de algum tipo de prótese dentária. Estas regiões também apresentavam uma maior percentagem de pessoas com necessidade de próteses totais (Tabela 2).
- O edentulismo continua sendo um grave problema em nosso país, especialmente entre os idosos. Disparidades relacionadas ao acesso a serviços também foram identificados, já que os idosos têm um acesso menor ao tratamento odontológico e não há cobertura satisfatória para tratamentos protéticos, que são necessários nessa faixa etária.

- A necessidade de uso de prótese total foi de 27,4% dos examinados na pesquisa (Tabela 2).
- 47,8 dos idosos avaliados consideravam sua capacidade mastigatória como ruim.
- Cada idoso com idade entre 65 a 74 anos já havia perdido em média 26 dentes, totalizando um CPOD extremamente alto.
- Quanto ao acesso ao dentista pelos idosos, 46% procurou tratamento devido á presença de dor.
- Há um maior uso de prótese superior em ambos os sexos, nos idosos examinados, independente do tipo, e uma maior necessidade de prótese inferior em todas as regiões.

Em um estudo realizado com 317 idosos, levando em consideração toda a cavidade bucal (edêntula e não edêntula) e não apenas as áreas onde havia ainda presença de algum dente, foram observadas que há uma relação significativa baixa quando cruzadas a presença de gengivite (em torno de 28,04%) e periodontite (em torno de 22,43%). Entretanto, estes achados são relativamente baixos considerando que a maioria dos idosos brasileiros são edêntulos (ACEVEDO et al., 2001).

#### **4.4 O IDOSO E O EDENTULISMO**

O edentulismo é um quadro de seqüela resultado de um processo de envelhecimento e desgaste do organismo considerando que os componentes patológicos deste desgaste se sobrepuseram aos demais (PUCCA JR, 1999).

O edentulismo pode ser definido como o grau elevado de perdas dentárias resultante de doenças bucais, como cárie e doença periodontal, principalmente, e de traumatismos (RONCALLI, 2006).

Após a perda dos dentes, o simples fato de comer pode se mostrar problemático, pois o edentulismo reduz as capacidades mastigatórias, portanto, digestivas. Em função disso, alteram-se os hábitos dietéticos e as escolhas alimentares do indivíduo. Seguem-se, então, carências prejudiciais ao organismo, atingindo especialmente os idosos (DUPUIS, 2008).

A maior parte da população desconhece a importante relação da saúde bucal com a saúde geral. Em idosos é facilmente notada a maior procura por serviços médicos do que odontológicos e, este fato pode ser melhorado através de uma conscientização da classe médica sobre as outras especialidades da saúde (DIAS, 2005).

Não há evidências científicas de que o envelhecimento do indivíduo resulte, de maneira implacável, no edentulismo. Isto é mais um fator econômico - social do que algo com uma sustentação prática, pois são resultados de anos de abandono, falta de informações e desconhecimento sobre prevenção oral, má prática de hábitos preventivos e alimentares adequados (VIEIRA, 2004).

Segundo Moriguchi (1992) o edentulismo, ou seja, a ausência de dentes, não tem relação alguma com a idade. Não é consequência do envelhecimento como alguns chegam a pensar. A perda de dentes relaciona-se com a precariedade da saúde bucal, traumatismos, doenças como a cárie e a doença periodontal dentre outros fatores. Portanto, indivíduos que estão livres destes fatores, conseqüentemente conservarão por mais tempo seus dentes naturais independente da sua faixa etária de vida.

Este mesmo autor lembra ainda que o edentulismo apresenta diferença entre as raças e entre os povos de diferentes países. Nova Zelândia, Reino Unido e até mesmo a Suécia, país considerado altamente desenvolvido onde as pessoas têm uma boa assistência de saúde por parte do governo, apresentam elevados índices de edentulismo entre os idosos.

Não se pode aceitar que o edentulismo seja uma consequência natural do envelhecimento, pois se sabe hoje, que se bem tratados, os dentes naturais podem permanecer em funcionamento por toda vida. Sendo assim, a perda dos dentes não é mais considerada um evento natural, mas sim o resultado da somatória de doenças, traumas e composição genética (ALVES- DUNKERSON, 2005).

Moreira et al. (2005) fizeram uma revisão sistemática da literatura entre 1986 a 2004, por meio de busca em bases de dados, sobre os problemas bucais mais prevalentes entre os idosos brasileiros e, encontraram a média do índice CPO-D de 25 a 31 e uma grande porcentagem de indivíduos edêntulos. Concluíram, portanto, que a saúde bucal do idoso brasileiro está precária, com elevados índices de edentulismo, refletindo a ineficácia historicamente presente nos serviços públicos de atenção odontológica, limitando a extrações em série e serviços de urgência, baseados no modelo curativista.

Em um estudo realizado no Estado de São Paulo em 1998, foram examinados por um cirurgião dentista 194 idosos (91 institucionalizadas, com idade média de 73,6 anos, e 103 não-institucionalizadas, com idade média de 69,3 anos) para determinar a prevalência das principais doenças bucais e, mostrou os seguintes resultados: (1) um grande número de pessoas com edentulismo (72% dos institucionalizados e 60% dos não-institucionalizados) e, também de dentes extraídos (93 e 90%, respectivamente); (2) grande frequência de bolsas

periodontais (57 e 75%) e (3) próteses inadequadas (80% das próteses em pessoas institucionalizadas e 61% em pessoas não-institucionalizadas) (ROSA et al., 2002).

Em estudo mais recente, Caldas Jr et al., (2005) estudaram grupos de pacientes idosos institucionalizados e não – institucionalizados, onde o percentual de edentulismo foi de 59,30% para o primeiro grupo e 51,30% para o segundo grupo, respectivamente. Concluíram que a saúde bucal dos idosos estava bastante precária, sugerindo que seja feita algumas reflexões pelas equipes de planejamento em saúde bucal, pois foi percebida a total ausência de assistência odontológica nas instituições de longa permanência e, além disso, a ineficiência dos serviços públicos de saúde bucal, principalmente entre os idosos. Verificou-se, também, ser primordial a adoção de políticas de saúde que visem o atendimento do paciente na sua integridade, buscando a multi e transdisciplinaridade, respeitando ainda um princípio fundamental do SUS, que é a integralidade e que não está sendo seguido.

A perda total dos dentes com o avanço da idade pode ainda ser entendida pela sociedade como um fato natural, conseqüência do passar dos anos e equivalente ao desgaste fisiológico do organismo e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde, destinadas à população adulta para que estes consigam preservar seus dentes (COLUCCI e FREITAS, 2002).

Burt (1978) afirma que o edentulismo não é apenas uma conseqüência da progressão das doenças bucais, mas também é em grande parte, relacionada à condição sócio-econômica, nível cultural, disponibilidade de serviços de saúde bucal e atitude em relação aos cuidados dentários pelo indivíduo.

A perda dental pode afetar a qualidade de dieta aumentando o risco para diversas doenças, como as cardiovasculares e a incapacidade física. Em função do edentulismo as pessoas têm o consumo mais baixo de diversos alimentos importantes para o organismo, apresentam mais colesterol, maior consumo de gordura saturada e de calorias, conseqüentemente está associado ao fator obesidade (HILGERT et al., 2009).

O edentulismo sem a reabilitação por próteses tem sido associado com o consumo reduzido de carboidratos, vitaminas e sais minerais (HUTTON et al., 2002).

A ausência de prótese reduz consideravelmente a capacidade mastigatória do indivíduo, assim o edentulismo está relacionado com a desnutrição (DE MARCHI, 2008).

O edentulismo leva a conseqüências físicas, fisiológica e psicológica importantes, como por exemplo, redução do tônus muscular na face resultando em alterações no seu formato, dificuldades na dicção das palavras, problemas na deglutição e mastigação, que

altera e compromete todo o processo digestivo, pois o indivíduo tende a não quebrar e triturar os alimentos (PUCCA JR, 2002).

O edentulismo deve ser considerado como resultado de traumas e doenças bucais combinados com a deficiência na higiene bucal, alimentação inadequada e doenças sistêmicas. Suas causas mais comuns são a cárie e doença periodontal, as quais podem ser perfeitamente prevenidas, se o indivíduo realizar tratamentos adequados e periódicos (BRUNETTI, et al., 2002).

As causas do edentulismo também estão relacionadas a situações sociais e econômicas mais abrangentes, como falta de programas de saúde bucal direcionados à população adulta e idosa, aspectos socioeconômicos e culturais, acesso aos serviços de saúde bucal e atitude em relação aos cuidados odontológicos (SILVA et al., 2005).

Os idosos apresentam, em geral, um grande número de dentes perdidos e muitos casos em que há necessidade de reabilitações. Os profissionais de saúde se deparam, além do grande acúmulo de carências, com uma insuficiente rede de serviços de saúde, para reverter essa realidade, em função da pobreza material desse grupo, revelada por aspectos que vão desde a falta de condução para ir ao posto de saúde até a falta de dinheiro para comprar as medicações prescritas (REIS; MARCELO, 2006).

A ampliação do acesso ao serviço de prótese dentária no SUS é uma necessidade real e de grande relevância. Recomenda-se que a definição de prioridades seja utilizada de maneira transitória para alavancar a implantação da atenção especializada nos futuros CEO, uma vez que o princípio do SUS da universalidade implica direito de acesso aos serviços de saúde para todo e qualquer cidadão brasileiro e, para se atingir o objetivo de oferecer aos cidadãos um serviço pautado pela equidade, será necessário, além de critérios de priorização, comprometimento e participação de todos na promoção da justiça social (MURAKAMI, 2007).

#### **4.5 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL**

Segundo OLIVEIRA (2005), com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, ficam definidos os princípios que devem nortear o novo sistema: a universalidade, a equidade, a descentralização, a hierarquização e a participação comunitária, por meio do controle social, trazendo um grande desafio para a saúde bucal coletiva, que é reformular suas práticas para responder às diretrizes do SUS.

Segundo FRANCO (1999) o PSF o foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de proceder "a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

Em 2000, através da Portaria Ministerial 1.444, de 28/12/2000, e 267, de 29/09/2001, a equipe de saúde bucal (ESB) é oficialmente inserida no PSF.

Embora o PSF, que surgiu como uma das etapas para colocar a política nacional de saúde bucal em prática, deva priorizar as ações de promoção e prevenção, é também, necessário realizar as ações de recuperação e de proteção à saúde, reorientando as práticas setoriais isoladas e reafirmando a inclusão com ações coletivas e individuais de melhoria e manutenção da qualidade de vida. (BRASIL, 2000).

O PSF como nível de atenção básica e porta de entrada do SUS, precisa estar articulado com os demais níveis de atenção a saúde, secundário e terciário, para que o princípio da integralidade seja de fato uma realidade para atender as necessidades dos idosos (SOUZA, 2009). Em março de 2004, o MS lança o "Brasil Sorridente", política de saúde bucal do Governo Federal, uma das maiores políticas de inclusão social, com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. (Ministério da Saúde, 2002).

A implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil constitui-se atualmente em uma das principais frentes da Política Nacional de Saúde Bucal, cujo desafio é ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados (SALIBA et al., 2010).

Os CEO são estabelecimentos de saúde criados em todas as regiões e cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como serviço especializado de Odontologia, para realizar, no mínimo, as atividades de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais (GEORGIA, 2009).

Não é obrigatório ter laboratório de prótese. A especialidade de prótese não é obrigatória, já que a Portaria GM 74 de janeiro de 2004 tornou o trabalho clínico de prótese um procedimento da Atenção Básica. Já os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária - LRPD são os estabelecimentos cadastrados no CNES como Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT para realizar, no mínimo, os serviços de prótese dentária total e prótese parcial removível (BRASIL, 2004).

Os CEO deverão garantir referência e contra referência com base na linha guia da Saúde Bucal e deverá ser estabelecido um convênio entre as Secretarias Municipais e a micro região para a prestação do serviço, de forma que a referência seja feita pelo município, tendo a atenção primária como porta de entrada (COSTA E SILVA, 2007).

Segundo estudo de Moimaz et al. (2010), o Brasil conta atualmente com 339 CEO implantados, distribuídos de forma relativamente homogênea em 283 dos 5.560 municípios brasileiros, presentes nas cinco grandes regiões. A maioria dos CEO encontra-se implantada em municípios de grande porte. As regiões sudeste, centro-oeste e nordeste obtêm as maiores porcentagens de municípios cobertos pelos CEO (7,6%; 6,5%; 6,1%, respectivamente), enquanto as regiões norte e sul apresentam as menores taxas de cobertura 4,0% e 4,5%, respectivamente.

As regiões norte e nordeste são portadoras das condições menos favoráveis, em relação às necessidades sociais e de saúde bucal, situação contrária às regiões sul, sudeste e centro-oeste que apresentam as melhores condições.

Em outro estudo, Souza (2009) verificou que os CEO mostraram-se resolutivos para os usuários, onde o acesso aos mesmos foi considerável fácil, porem encontrou uma fragilidade no sistema de referencia e contra referencia entre as UBS e o CEO, onde nem todos os usuários passam pela atenção básica antes de irem ao centro e a maioria não desejaria retornar ao dentista de sua unidade de origem para fazê-lo. Estes fatos constituem-se a principal resposta para a não realização da contra referencia, seguida da conclusão do tratamento no CEO, não necessitando no seu modo de entender, de procurar outro dentista.

Os serviços de saúde devem ser dotados de sistema que garanta o acesso, possibilite o tratamento, consultas e retornos necessários, e que não opere sob bases exclusivamente curativas. Manter centros de referência especializados para idosos, onde também se desenvolvam ações de promoção do cuidado à saúde bucal, em vários níveis, educativo, preventivo, curativo e de reabilitação, realizados por profissionais capacitados, é uma providência inclusiva que otimiza os recursos (MELLO, ERDMANN e CAETANO, 2008).

A saúde bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral dos indivíduos, tem sido relegada ao esquecimento, no caso brasileiro, quando se discutem as condições de saúde da população idosa (PUCCA JR, 2002).

#### **4.6 O MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DO AMPARO E A ATENÇÃO ODONTOLÓGICA AO IDOSO**

No município de Santo Antônio do Amparo, cidade localizada no Centro-Oeste de Minas, com uma população de 17028 habitantes (IBGE 2010), existem atualmente 3 ESB inseridas na ESF, em bairros de localização estratégica na cidade. Além destes profissionais, atuam na rede municipal mais oito cirurgiões dentistas, que são efetivos e, 4 destes atendem dentro de escolas municipais.

Em relação ao atendimento aos idosos, além do serviço de prótese dental, que realiza cerca de 10 pares de próteses totais por mês, seguindo uma triagem realizada nas unidades de saúde bucal, há um dentista que atende os adultos e idosos do município, principalmente em tratamentos restauradores. A demanda é grande. Para este público, há necessidade de ampliação e reorganização do trabalho, pois os tratamentos são na sua maioria restauradores e emergenciais.

A cidade, também, é sede do consórcio intermunicipal de saúde dos municípios da microrregião - CISMARG.

### **5 DISCUSSÃO**

O entendimento da boa manutenção da saúde bucal como sendo fundamental para a saúde geral somente entrou em evidência a partir do final da década de 70, com o advento da prevenção e, posteriormente a promoção de saúde.

Em relação às condições de saúde bucal do idoso, vários autores concordaram que a mesma é precária (ROSA et al., 1992; CHAIMOWICZ, 2002; MOREIRA et al., 2005; SILVA, 2006; PUCCA JR, 1999), pois se constituem um grupo com quase todos os dentes extraídos, problemas periodontais, lesões de mucosa bucal, com necessidade de prótese e uso de próteses inadequadas e mal adaptadas.

A cárie e a doença periodontal são as causas mais comuns que contribuem para a perda dentária (MORIGUCHI, 1992; BRUNETTI et al., 2002). Entretanto, para alguns autores (BURT, 1978; VIEIRA, 2004; SILVA et al., 2005) a perda dentária não é consequência apenas da progressão das doenças bucais, mas também, de fatores sociais,

econômicos e de disponibilidade de serviços de saúde bucal. Roncalli, (2006) corrobora com esta idéia, afirmando que o edentulismo é decorrente de um conjunto de fatores interligados entre si e que pertencem basicamente a três grandes dimensões: o nível de gravidade das doenças bucais; o modelo da prática odontológica hegemônica e de características culturais das populações.

Embora o edentulismo seja considerado um dos fatores que mais contribui para uma realidade ruim de saúde bucal da maioria dos idosos brasileiros, segundo alguns pesquisadores (VIEIRA, 2004; BURT, 1978; WERNER, 1998) não há evidencia científica de que o envelhecimento leva ao edentulismo, de que ele deve ser visto como algo natural com a chegada da idade. Inclusive, segundo Alves- Dunkerson (2005); Moriguchi (1992) e Vieira, (2004) os idosos que tem dentes bem tratados, os dentes naturais podem permanecer em funcionamento por toda vida.

Outro fator importante e ainda mais preocupante sobre a saúde bucal do idoso refere-se à necessidade do uso de próteses pelos mesmos, pois em estudos já realizados, constatou-se que cerca de 30% da população idosa examinada necessitava usar próteses (BRASIL, 2004). E quando é detectada a necessidade de prótese, um agravante é a falta de acesso do idoso aos serviços de saúde bucal, pois para alguns autores (MOREIRA et al., 2005; GUERRA e TURINI, 2001; PICCHINI, FACCHINI et al., 2006; PALÚ, 2005) a falta de acesso contribui para o quadro negativo na condição de saúde bucal dos idosos.

Para que o idoso tenha acesso a tratamento para confecção de prótese (média complexidade) será necessária uma rede de atenção a saúde bucal, onde os níveis básico, secundário e terciário estejam articulados através de um sistema de referência e contra-referência. Pois, conforme lembra Pucca Jr, (2002) a maioria dos pacientes idosos não dispõe de condições financeiras para tratamento particular.

Além da questão do acesso, há consenso entre grande número de pesquisadores de que a situação precária de saúde bucal dos idosos é decorrente, também, da escassez ou insuficiência de serviços de saúde bucal direcionados aos idosos (PEREIRA, 2009; PUCCA JUNIOR, 2002; ROSA, 2002 apud MACÊDO, 2009; MOREIRA et al., 2005; GUERRA, TURINI, 2001; FERNANDES et al., 1997).

Para outros autores (ALVES-DUNKERSON, 2005; MOREIRA; TOMITA; RUIZ; 2005; CHAIMOWICZ, 1997; PUCCA JUNIOR, 2002) essa situação precária é devido ao fato de que a assistência odontológica, investimentos em pesquisa e tratamento adequado para esse público nunca foi prioridade nos programas existentes nos serviços públicos, ficando estes

sujeitos a tratamentos mutiladores e ineficazes, resultando em altos índices de edentulismo, cáries e doença periodontal.

Outro aspecto importante colocado por Pucca Jr (2002), diz respeito ao fato de que o edentulismo leva a consequências físicas, fisiológicas e psicológicas importantes, tais como a redução do tônus muscular na face resultando em alterações no seu formato, dificuldades na dicção das palavras, problemas na deglutição e mastigação. Por isso, alguns autores (HUNTTON et al., 2002; DE MARCHI, et al., 2008; HILGERT et al., 2009) afirmam que o edentulismo pode estar associado a desnutrição e obesidade.

Frente a estes problemas, a confecção de prótese não é uma necessidade apenas funcional (mastigação, digestão, fonação, correção da postura facial e articular), mas também, por proporcionar ao paciente a resolução dos aspectos estéticos, psicológicos e sociais que estão envolvidos na boa saúde bucal (SHINKAI; DEL BEL, 2000).

Embora o governo, com a criação da política nacional de saúde bucal, chamada pelo nome de Brasil Sorridente, esteja buscando consolidar a atenção básica e, também, fazendo investimentos na atenção secundária (criação do CEO e de Laboratórios de Prótese), para Reis e Marcelo (2006); Moreira et al. (2005) esta rede de serviços ainda é insuficiente e não funciona adequadamente.

Frente a esta realidade, de acordo com os dados do Ministério da Saúde, em estudo realizado em 2004, a demanda por serviços odontológicos aumentará, considerando que os índices epidemiológicos para essa faixa etária são alarmantes (BRASIL, 2004).

O envelhecimento da população brasileira cada vez mais desafiará o sistema de saúde no Brasil, onde será crescente a necessidade de reorganização e criação de novas políticas de saúde pública na atenção básica, bem como, o investimento na atenção secundária, pois somente assim os idosos terão direito a saúde bucal.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Estamos caminhando para um novo tempo onde os idosos serão cada vez mais numerosos. As transições demográficas e epidemiológicas nas quais estamos vivendo é uma realidade atual e deve ser cada vez mais estudada e discutida por profissionais da área de saúde e repassado, também, para nossa sociedade e principalmente, para os governantes.

Há de se criar políticas de saúde eficientes e abrangentes às necessidades dessa faixa etária, propiciando aos mesmos um envelhecimento digno. Como vimos, a manutenção de uma boa dentição é fator fundamental para a saúde do idoso. A saúde bucal não poderá ser

mais ignorada ou simplesmente solucionada com medidas pouco ortodoxas, condenando os indivíduos a tratamentos paliativos e mutiladores em virtude da falta de planejamento e investimento nos serviços odontológicos.

No Brasil, estudos e investimentos direcionados para os problemas bucais dos idosos são insuficientes, e o planejamento das ações ainda são incipientes e ineficazes na maioria dos municípios, resultando em índices altíssimos de edentulismo e necessidade de uso de próteses dentárias.

Há necessidade de se ampliar o acesso do idoso nos serviços públicos de saúde bucal, não só apenas à atenção básica, embora seja necessária, pois, somente por meio da promoção de saúde vamos evitar o agravamento ainda maior no futuro, mas também, no nível secundário e terciário. Para isso é fundamental fortalecer o sistema de referência e contra-referência entre os níveis de atenção dos serviços de saúde.

Oferecer uma atenção integral ao idoso, ainda é um desafio para sistema de saúde brasileiro, desafio este que caberá a nós, cirurgiões dentistas, a busca de soluções nos âmbitos político-administrativos, reorganizando os serviços odontológicos, evidenciando este grave problema nos meios de comunicação, procurando prevenir e educar a população sobre a importância da preservação de sua saúde oral.

Fazer com que o princípio da integralidade seja estendido para todos e, principalmente, para os idosos deve ser nossa luta, mesmo quando a realidade e as circunstâncias possam se mostrar, às vezes, contraditórias aos nossos anseios como profissionais da odontologia.

Dessa forma, vários outros estudos serão necessários para que de fato tenhamos resultados mais concretos direcionados a este público, pois ainda há certa dificuldade em analisar e estudar o tema, devido à escassez de publicações mais conclusivas.

## REFERÊNCIAS

ALVES-DUNKERSON, J. **O atendimento ao paciente odontogeriatrico.** Medcenter.com Disponível em< <http://www.odontologia.com.br/artigos>. Acesso em 29 set. 2009.

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. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a14v1019.pdf/> Acesso em 20 dez. 2009.

BERG, R. **Odontologia y pacientes de edad avanzada.** *Quintessence*, v.11, n.8, p.525-541. 1998.

BIRMAN, E.G. et al. **A study of oral mucosal lesions in Geriatric Patients.** *Rev. Fac.Odontol. F.Z.L*, v.3, n.1, p.17-25, 1991.  
Disponível em: < <http://www.forp.usp.br/bdj/t0962.htm>. Acesso em 03 jan. 2010.

BORAKS, S. **Atendimento ao idoso.** *Rev. APCD*, ano 32, n.491, p.20, 1998.

BRASIL. **Ministério da Saúde, Levantamento Epidemiológico em saúde Bucal:** Brasil, Zona Urbana, 1986. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Bucal, MS, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde  
Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Implantação dos centros de especialidades odontológicas.** Brasil sorridente, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003, Resultados principais. SB BRASIL.** Brasília, 2004.  
Disponível em: < <http://cfo.org.br/> Acesso em 25 jan. 2010.

\_\_\_\_\_. **Projeção da população do Brasil para o período 1980-2050.** In: IBGE (Ed.) *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília. 2008.*

\_\_\_\_\_. Projeto SB Brasil 2003: **Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – Resultados principais.** Disponível em <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 19 mar. 2010.

BRUNETTI, R.F. et al. **Odontogeriatrics: noções de interesse clínico.** São Paulo: Artes Médicas, 2002

BURT, B. **Influences for change in the dental health status of populations: an historical perspective.** *J. Publ. Health Dent.*, v.38, p.272-88, 1978.

CALDAS JR, A.F.; CALDAS, K.U.; OLIVEIRA, M.R.M.; AMORIM, A.A.; BARROS, P.M.F. **O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos.** *Rev. ciênc. méd.*, (Campinas);14(3):229-238, maio-jun. 2005.

CARVALHO, José A. Magno de; ANDRADE, Flávia C. Drummond. **Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos**. In: Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad, 1999, Santiago. Anais... Santiago: CELADE, 2000. p. 81-102. (Seminarios y Conferencias - CEPAL, 2).

CARRANZA, F. A. **Periodontia Clínica: tratamento periodontal de pacientes geriátricos**. 8ª ed. p.449-452. 1997.

CHAIMOWICZ, F. **A saúde dos idosos às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas**. *Revista Saúde Pública* [periódico on line]1997; 31(2). [2002 Nov 03]

CHALMERS, J. M. **The oral health of older adults with dementia (community-dwelling and nursing home residents)**. Unpublished doctoral dissertation, University of Adelaide, Adelaide, Australia. 2002. Disponível em: <<http://www3.interscience.wiley.com/journal/119924147/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>>. Acesso em 27 jan. 2010.

COLUSSI, CF; FREITAS, SFT. **Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil**. *Cad. Saúde Pública* vol.18 no. 5 Rio de Janeiro Set./Out. 2002.

COMARCK, E. **A saúde oral do idoso**. Teximfo ed. 2.1, 1999. Disponível em <http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.htm/>. Acesso em 22 mai. 2010.

CORMARCK, E. **A saúde oral do idoso**, 2002. Disponível em [www.odontologia.com.br/atigos/geriatria.html](http://www.odontologia.com.br/atigos/geriatria.html). Acesso em: 22 mai. 2010.

COSTA J.F.R; CHAGAS L.D; SILVESTRE R.M.; organizadores. **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde; 2006. (Serie Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 11).

COSTA-E-SILVA, V.; RIVERA, F.J. U.; HORTALE, V. A. **Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo**, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007.

DE MARCHI, R. J. et al. **Association between oral health status and nutritional status in south Brazilian independent - living older people**. *Nutrition ( SI)*, v.24, n. 6, p.546-53, Jun. 2008

DIAS, C. C.; TIBÉRIO, D; FERRARI, F.L. **Qualidade de vida e saúde oral do idoso** *JBG J. bras. odonto*;1(1):23-27, abr.-jun. 2005.

DUPUIS, V. **Edentulismo, uso de próteses totais e removíveis e nutrição**. *Artmed*, 2008.

ETTINGER, R.L. - **Oral diseases and its affectcts on the quality of life - Geriodontics** 3:103-6, 1987 Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html>> Acesso em: 30 jan. 2010.

FERNANDES, R. A. *et al.* **Uso e necessidade de prótese dentária em idosos que demandam um centro de saúde.** *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 54, n. 1, p. 107-110, 1997.

FRANCO T; Merhy E: **PSF: Contradições e novos desafios.** Belo Horizonte/Campinas, março 1999, Disponível em: <http://www.Datasus.gov.br/cns/cns.htm>. (2004 20 Nov)

FREITAS, E. V; PY, Ligia; CANÇADO, Flávio A; X. DOLL, Johannes. GORZONI, Milton Luiz. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Editora Guanabara Koogan. 2ª ed. Rio de Janeiro, 2006.

GEORGIA, S.C.A. **Centro de Especialidades odontológicas: Avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal.** Natal, RN, 2009.

GUERRA, M. E. M.; TURINI, B. **Estudo das condições de saúde bucal de idosos que freqüentam os grupos de terceira idade da Unimed de Londrina, PR.** 2001. 12 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização). Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2001.

HANDELMAN, S.L. *et al.* **Prevalence of drugs causing hyposalivation in an institutionalized geriatric population.** *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol*, n. 62, p.26-31, 1986.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [*Home Page*]. **Censo demográfico 2000. Características da população e dos domicílios: resultados do universo.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>> Acesso em: 22/05/10

HILGERT, J B. *et al.* **Oral status and its association with obesity in Southern Brazilian older people.** *Gerodontology*. ( S.I.), v.26,n.1,p.46-52,Mar 2009.

HUTTON.B. *et al.* **Is there an association between edentulismo and nutritional state?** *J Can dent Assoc [ S.I. ]*. v. 68. n. 3. p. 182-7. Mar 2002.

JITOMIRSKI, F. **Atenção a idosos.** In: PINTO, V. G. *Saúde bucal coletiva*. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000.

KIYAK, H.A. & MULLIGAN, K. - **Studies of the relationship between oral health and psychological wellbeing -** *Gerodontics* 3:109-12, 1987. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html>> Acesso em: 03 fev.2010.

LIMA-COSTA, M.F., VERAS, R. **Aging and public health.** *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19 (3):701-710.

MAGALHÃES, C.S.; MOREIRA, N. A., FERREIRA, E. F. **Cárie dentária e tratamentos específicos.** In: CAMPOSTRINI, E. *Odontogeriatrics*. ed. Revinter. RJ. p.161-167.2004

MARTINS, A.; MELO, F.; FERNANDES, F.; BOA SORTE, J.; COIMBRA, L.; BATISTA, R. Levantamentos epidemiológicos brasileiros das condições de saúde bucal. Unimontes Científica, América do Norte, 725 06 2008.

MELLO, J. M.H.P.; GOTLIEB, S.L D.; LAURENTI, R. **A saúde no Brasil: Análise do período de 1996 a 1999**. Brasília: Organização Pan- Americana da saúde, 2001. 244p

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* [online]. 2005, vol.21, n.6, pp. 1665-1675.

MORIGUCHI, Y. **Aspectos geriátricos no atendimento odontológico**. *Odont.mod*. Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.11-13, jul./ago.1992.

MOURA, L. M. *et al*. **Avaliação da condição periodontal em pacientes idosos**. *Revista Brasileira de Patologia Oral*. Disponível em: <<http://www.patologiaoral.com.br/texto74.asp>>. Acesso em: 20 março 2010.

MURAKAMI, Amu. **Equidade frente à necessidade de prótese dentária na população de 65 a 74 anos de idade em Curitiba**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Volume 16 - Nº 2 - abr/jun de 2007.

NOCCHI, P. **Avaliação da qualidade de vida no processo de tomada de decisão na indicação e uso de prótese dentária em idosos**. Porto Alegre: PUCRS, 2008.

OLIVEIRA, D. T.; ODELL, E.W. **Diagnóstico Precoce e Prevenção do Câncer de Boca**. *In: BUISCHI, Yonne de Paiva. Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas: EAP-APCD, 2000. p.282-293. Oliveira AGR, Unfer B., Costa I.C.C., Arcieri R.M, Guimarães L.O.C, Saliba N.A. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. *Revista de Epidemiologia*.

OLIVEIRA, José-Luiz Carvalho de and SALIBA, Nemre Adas. **Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, suppl., pp. 297-302. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232005000500030

OMRAM, A.R. 2001. **The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change**. *Bulletin of the World Health Organization* 79(2):161-170. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a11v9n4.pdf>> Acesso em: 29 set. 2010.

PEREIRA, A.C, *et al*. **Oral health and periodontal status in Brazilian elderly**. *In: Rodrigues S.M, Vargas A.M.D., Moreira, A.N. Saúde bucal e qualidade de vida no idoso*. *Revista Científica da Faculdade de Ciência da Saúde (FACS)* da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), v.1, n.12, 2004.

PETERSEN, P.E; YAMAMOTO, T. **The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century — the approach of the WHO Global**

**Oral Health Programme.** Community Dentistry and Oral Epidemiology 2003;31 Suppl 1:3-23. Available from: [www.who.int/oral\\_health](http://www.who.int/oral_health)

PARAHYBA, Maria Isabel. **Evolução da mortalidade dos idosos.** Artigo apresentado no Encontro Nacional de Estudos Populacionais, nov. 1998, Caxambu. ABEP, 1998. Disponível em: < <http://www.abep.org.br/fotos/ProgramacaoFinal2006Pagina.pdf>.> Acesso em: 10 fev.2010

PINTO, L. P. *et al.* **O espectro da odontologia geriátrica.** *RGO*, v. 30, n.4, p.273-296.1982

PUCCA JR, G.A. **Saúde bucal do idoso: aspectos sociais e preventivos.** In: Papaléo Netto, M., org. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 297-310.

\_\_\_\_\_. **Saúde bucal do idoso: aspectos demográficos e epidemiológicos.** In: Papaléo Netto, M., org. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1999. p.297-310.

\_\_\_\_\_. **A saúde bucal do idoso: aspectos demográficos e epidemiológicos.** *Medcenter Odontologia*, abr. 2002. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/imprimir.asp?id=81&idesp=>>. Acesso em: 15 outubro 2010.

QUEIROZ, R.C. S. PORTELA, M.C. e VASCONCELLOS, M.T. L. **Pesquisa sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil 2003): seus dados não produzem estimativas populacionais, mas há possibilidade de correção.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.1, pp. 47-58.

REIS, B. G. C. S.; MARCELO, C. V. **Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos,** Goiânia, 2005. *SciELO Public Health*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29464.pdf>>. Acesso em: 25 abril 2010.

RONCALLI, A.G.C.O. **Edentulismo.** In: Crivello Jr, O, organizador. Fundamentos de Odontologia – Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 205-18.

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).** In: Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(5): 1313-1320, set-out, 2002.

SANTOS-PRECIADO, J.I *et al.* 2003. **La transición epidemiológica de las y los adolescentes em México.** *Salud Pública de México* 45(supl 1):140-152. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a11v9n4.pdf>.> Acesso em: 30 set.10.

SALIBA, N. A; MOIMAZ S. A. S; FADEL, C.B; BINO, L. S. **Saúde bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional.** 19(48), abr. 2010.

SHINKAI, R. S. A.; DEL BEL C. A. A. **O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2000, vol.16, n.4, pp. 1099-1109.

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. **Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1999.

SILVA, D.D.; SOUZA, M. L.R.; WADA, R.S. **Autopercepção e condições de Saúde bucal em uma população de idosos.** *Caderno de Saude Publica*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p.1251-1259, jul./ago.2005.

SILVESTRE, J.A. **O envelhecimento populacional brasileiro e o setor da saúde.** Ver. Secretários Saúde 1997; 26: 12-18.

SOUZA, R.F; SKUBS, T; BRÊTAS, A.C.P. **Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem.** *Rev. Bras. Enferm.* maio-jun, 2007; 60(3): 263-7.

SOUZA, G. C. de A. **Centros de especialidades odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública na grande Natal.** 2009. 115 f. Dissertação (Pós-Graduação em Odontologia). Faculdade de Odontologia, UFRN, Natal, 2009.

UZEDA, M. *Microbiologia Oral*. Rio de Janeiro: Medsi. p.63/64. 2002.

VIEIRA, W. **Conversando sobre odontogeriatria.** Medcenter.com Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos>> Acesso em: 20 ago. 2010.

WATANABE, M.C.G. *et al.* **Considerações Periodontais em idosos no centro de saúde Geraldo Paula de Souza.** In: Rodrigues S.M, Vargas A.M.D, Moreira A.N. Saúde bucal e qualidade de vida no idoso. *Revista Científica da Faculdade de Ciência da Saúde (FACS)* da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), v.1, n.12, 2004.

WATANABE, T. *et al.* **Relation between the Presence of Supragingival Calculus and Protease Activity in Dental Plaque.** *Journal of Dental Research*. Disponível em: <<http://jdr.sagepub.com/cgi/reprint/65/5/703.pdf>>. Acesso em: 17 abril 2010.

WERNER, C. W. *et al.* **Odontologia Geriátrica.** *Rev. Fac. de Odontol. F. Z. L*, v.11, n.1, p. 62-69. 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [homepage]. **Active ageing: a policy framework/NMH/NPH/02.8.** Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)> Acesso em: 22/06/10