

**SORAYA APARECIDA BARBOSA**

**NECESSIDADE DE PRÓTESE  
EM IDOSOS: BREVE REVISÃO DA LITERATURA ODONTOLÓGICA BRASILEIRA**

**MONTES CLAROS/MINAS GERAIS**

**2010**

**SORAYA APARECIDA BARBOSA**

**NECESSIDADE DE PRÓTESE  
EM IDOSOS: BREVE REVISÃO DA LITERATURA ODONTOLÓGICA BRASILEIRA**

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: Lia Silva de Castilho

**MONTES CLAROS/MINAS GERAIS**

2010

**SORAYA APARECIDA BARBOSA**

**NECESSIDADE DE PRÓTESE  
EM IDOSOS: BREVE REVISÃO DA LITERATURA ODONTOLÓGICA BRASILEIRA**

Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde Da Família Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Lia Silva de Castilho

Banca Examinadora

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Resumo**

Este trabalho é uma breve revisão da literatura brasileira sobre a necessidade de uso de prótese em idosos e sobre algumas considerações sobre a condição bucal dos idosos. Foram listados estudos epidemiológicos apresentados nas publicações nacionais indexados nas bases LILACS e BBO sobre condição dentária, condição periodontal, enfatizando o uso e necessidade de prótese dentária como meio de qualidade de vida e saúde da população idosa. O CPOD médio mostrou-se alto variando entre 28,9 a 30,97. O componente P ocupou 76,1% a 97,3% do valor do CPOD. O edentulismo é um grave problema no país sobrecarregando os serviços odontológicos com uma grande demanda para reabilitação protética. Esta reabilitação protética nem sempre é bem aceita pelo usuário, visto que as próteses totais inferiores são bem menos usadas, devido à dificuldade de adaptação. A condição periodontal prevalente foi o cálculo dental e bolsas de 0 a 3 mm. Apesar da precariedade da sua condição de saúde bucal e da grande necessidade de reabilitação bucal apresentada por essa faixa da população, os idosos têm uma visão positiva de sua saúde bucal. As visitas ao dentista estão vinculadas à dor ou necessidade protética. Os autores responsabilizam os serviços públicos pelo elevado percentual de idosos edêntulos devido a práticas multiladoras centradas em um modelo curativista. A necessidade de políticas públicas para melhorar a saúde bucal do idoso brasileiro esteve declarada em grande parte dos artigos revisados.

### **Abstract**

This study is a brief review of Brazilian literature about the need for prosthesis in the elderly and on considerations about the oral conditions of elderly. Were listed epidemiological studies presented in national publications indexed in LILACS and BBO on dental health, periodontal condition, emphasizing the use and need of dental prosthesis as a means of quality of life and health of the elderly population. The mean DMFT was found to be high ranging from 28.9 to 32. The P component occupied 76.1% to 97.3% of the DMFT. The tooth loss is a serious problem in the country overloading dental services with a high demand for prosthetic rehabilitation. This prosthetic rehabilitation is not always well accepted by the user, since the lower dentures are much less used because of the difficulty of adaptation. The periodontal condition was prevalent dental calculus and pockets from 0 to 3 mm. Despite the precariousness of their oral health status and the great need for oral rehabilitation by this level of population, the elderly have a positive view of their oral health. The dental visits are linked to pain or need prosthetics. The authors classified the public services as the main culprit for the high percentage of elderly edentulous injurers because of practices that focus on a curative model. The need for public policies to improve the oral health of the elderly population has been declared in most of the articles reviewed.

## Sumário

Introdução	7
Desenvolvimento	9
Conclusão	16
Referências	17

## Introdução

A população brasileira está envelhecendo e este processo vem caracterizando um processo de transição demográfica observado não só no país como em todo o mundo. O envelhecimento de uma população é influenciado pela sociedade, cultura e pelas políticas públicas vigentes, sendo vivido de diferentes maneiras ao longo das gerações.

A saúde bucal está associada à saúde geral do idoso. Boa saúde bucal contribui para uma boa saúde geral, mas também as atividades físicas, cognitivas, manutenção do contato social e prevenção de doenças possuem papel positivo no envelhecimento (BULGARELLI & MANCO, 2008).

Dias et al. (2006) apontam alterações fisiológicas e patológicas típicas do envelhecimento relacionadas às estruturas que compõem a face como: pele enrugada em consequência da perda de elasticidade, alteração da dimensão vertical, aproximação do ápice nasal ao mento e queilite angular decorrente de perdas dentárias e abrasão dos dentes; redução do volume salivar como efeito colateral de algumas drogas permitindo o aparecimento de cáries rompantes, candidíase, disfagia e desconforto para mastigar, usar prótese e alteração do paladar. A saúde bucal do idoso é vista pelo autor como uma produção sócio-histórica expressando os agravos e cuidados vividos pelo indivíduo ao longo do tempo. Da mesma forma, Rivaldo et al (2008) também referenciam tais modificações na mucosa oral e na pele do idoso.

Estudos epidemiológicos de saúde bucal realizados nos anos de 1986, 1993, 1996 e 2003 revelam o quadro de saúde bucal encontrado no Brasil. O Projeto SB Brasil (2003) mostrou as condições de saúde bucal da população brasileira segundo idades-índice e faixas etárias sugeridas pela OMS, incluindo adultos e idosos além da população urbana e rural. De acordo com os resultados encontrados o edentulismo é um grave problema entre a população idosa no país. A porcentagem de pessoas com 65 a 74 anos que usam prótese total superior e inferior é respectivamente 57,9% e 34,2% e 16,15% e 23,81% necessitam de prótese total superior e inferior. O índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) atingiu valor médio de 27,79 sendo que o componente perdido foi responsável por quase 93% do índice nesta faixa etária da população estudada. O percentual médio de raízes expostas por cárie foi de 3,06%. A meta da OMS 2000 era de 50% de pessoas entre 65 e 74 anos com 20 ou mais dentes presentes na boca e o encontrado na pesquisa do SB Brasil (2003) foi de 10,23%. Em relação ao Índice Periodontal Comunitário (CPI) a porcentagem de pessoas sem nenhum problema periodontal entre os idosos foi de 7,9% e com bolsas periodontais maiores do que 4 mm era de 6,3% o que significa que 80% dos sextantes

foram excluídos por não apresentarem nenhum dente presente ou apenas a existência de um dente funcional gerando baixa prevalência de doença periodontal grave nesta faixa etária. A condição periodontal observada que acometeu maior porcentagem de pessoas foi o cálculo dentário com 21,74%. Quanto ao acesso ao serviço odontológico cerca de 94,2% dos indivíduos já consultaram pelo menos um vez com o dentista e 65,69% declarou que a última consulta ocorreu a 3 anos ou mais. A autopercepção em saúde bucal esteve classificada como boa por 45,99% dos idosos pesquisados no SB Brasil 2003, mas 47,8% relatou dificuldades ao mastigar.

O principal objetivo deste estudo é fazer uma revisão narrativa dos estudos epidemiológicos sobre saúde bucal do idoso no Brasil ressaltando a cárie dental medida pelo índice CPOD, número de dentes extraídos (componente P), percentual de edêntulos, uso e necessidade de prótese total. Ressalta-se o edentulismo como um grave problema social, econômico e cultural no país gerando grande demanda para a reabilitação protética. . Para tanto foram consultadas as bases Lilacs e BBO.



## **Desenvolvimento**

### *CPOD*

O CPOD médio variou entre 27,28 (ROSA et al., 1992) e 30,97 (SILVA e Valsecki Jr. 2000). A última média é superior à encontrada pelo Projeto SB Brasil 2003 para essa faixa etária (27,79). O percentual de edêntulos teve grande variação permanecendo entre 48,4% (COLUSSI et al.,2004) e 83,5% (ROSA et al., 1992). O edentulismo, portanto, é um grave problema no país entre os idosos como foi relatado no Projeto SB Brasil e nos artigos discriminados na tabela 1.

Reis et al. (2005) apontam que o edêntulismo pode comprometer a qualidade de vida do idoso e ponderam que o alto grau de edêntulismo na população brasileira é consequência da falta de políticas públicas destinadas à população adulta. Segundo Unfer et al. (2006), este quadro de alta prevalência é um reflexo do modelo de atenção cirúrgico-restaurador observado principalmente no serviço público com o predomínio das extrações como a forma predominante de atenção oferecida. Moreira et al. (2005) e Ferreira et al. (2006) também descrevem as perdas dentárias como consequências da prática mutiladora imposta pelos serviços de saúde pública para solução da dor, caracterizando um modelo de atenção curativista. Hiramatsu et al. (2007) observaram em seus estudos que extrações em série faziam parte da cultura dos idosos entrevistados (no caso idosos japoneses) em relação à saúde bucal. Para este grupo, o edêntulismo era tido como uma condição normal e inevitável com decorrer da idade.

Avaliando a média de CPOD e a quantidade de edêntulos encontrados por Rosa et al. (1992) e por Ferreira et al 2009, percebe-se que a diferença entre os percentuais é pouca levando-se em conta o tempo decorrido entre as duas publicações. Percebe-se que em termos de políticas públicas, pouco que realizou objetivando a melhoria das condições de saúde bucal do adulto, e do idoso brasileiro. Pois, a população que em 2009 se encontrava com idade igual a 60 anos, em 1992 possuía no máximo 43 anos.

**Tabela 1**

**Relação de estudos epidemiológicos brasileiros com amostra/faixa etária, CPOD, percentual de dentes extraídos e edêntulos e região do país.**

Artigo	Amostra faixa etária	CPOD	Dentes Perdidos (%)	Edêntulos (%)	Região
Rosa et al. (1992)	236 ( $\geq 60$ )	29,03 (I)* 30,97 (N)*	93,5 (I)* 96,1(N)*	65 (N)* 83,5(I) *	São Paulo (SP)
Silva e Valsecki Jr. (2000)	194 ( $\geq 60$ )	30,91 (I)* 30,27 (N)*	93,33 (I)* 88,08(N)*	72(I) * 60(N)*	Araraquara (SP)
Colussi et al. (2004)	277 ( $\geq 60$ )	28,9	92,1	48,4	Biguaçu (SC)
Gaião et al. (2005)	160 ( $\geq 65$ )	29,73	95,5	58,1	Fortaleza (CE)
Silva et al. (2005)	112 ( $\geq 60$ )	29,13	76,1%	45,5	Rio Claro (SP)
Reis et al. (2005)	289 ( $\geq 60$ )	30,17	95,38	69,20	Goiânia (GO)
Carneiro et al. (2005)	293 ( $\geq 65$ )	30,8	96,3	68,3	São Paulo (SP)
Mesas et al. (2008)	43 ( $\geq 60$ )	29,7	97,3	79,1(sup) 65,1(inf)	Londrina (PR)
Ferreira et al. (2009)	335 ( $\geq 60$ )	30,8	94,2	74,9	Belo Horizonte (MG)

(I)\* idosos institucionalizados, (N)\* idosos não institucionalizados

#### *Uso de próteses totais*

Nos artigos pesquisados, encontrou-se uma grande demanda de prótese total removível (TAB.2). Os percentuais, entre aqueles que usam próteses, intercalam-se entre 30,0% (GAIÃO et al., 2005) a 69,6% (SILVA et al., 2005) para prótese total superior e entre 18,7% (GAIÃO et al., 2005) a 60,7% (MESAS et al., 2008) para prótese total inferior.

Entre os que necessitavam de próteses superiores, a amplitude da variação foi maior com taxas variando entre 2,7% (SILVA et al., 2005) a 84,4% (GAIÃO et al., 2005). Em relação às próteses inferiores, os percentuais variaram de 5,4% (SILVA et al., 2005) a 88,7% (GAIÃO et al., 2005). Neste caso, as diferenças talvez possam ser explicadas pela localização geográfica entre os estudos. Essas diferenças geográficas acabam por refletir diferenças econômicas entre as duas regiões Nordeste e Sudeste.

**Tabela 2**

**Relação de dados epidemiológicos com amostra/idade, percentual do uso prótese e necessidade de prótese total removível.**

Artigo	Uso de Prótese	Necessidade De prótese (***)	Região
Rosa et al. (1992)	30% (I)*;76% (N)*	55% (I)*;11%(N)*	São Paulo(SP)
Silva e Valsecki Jr. (2000)	63%(I);83%(N)	80% (I)*;61% (N)*	Araraquara(SP)
Colussi et al. (2004)	60,3%(Sup);27,0%(Inf)	47,7%(Sup);42,6%(Inf.)	Biguaçu(SC)
Reis et al. (2005)	45,33% (Sup);24,57%(Inf.)	59,17%(Sup);51,21%(Inf.)	Goiânia (GO)
Carneiro et al.(2005)	31,5%(Sup. e Inf.)	42%(Sup);68,5%(Inf.)	São Paulo(SP)
Gaião et al. (2005)	30%(Sup.); 18,7%(Inf.)	84,4%(Sup);88,7%(Inf.)	Fortaleza (CE)
Silva et al. (2005)	69,6%(Sup.);42,9%(Inf.)	2,7% (Sup.); 5,4% (Inf.)	Rio Claro (SP)
Mesas et al. (2008)	62,7%(Sup);60,7%(Inf)	34,9%(Sup);39,3%(Inf.)	Londrina (PR)

(I)\* idosos institucionalizados, (N)\* idosos não institucionalizados, (\*\*\*) inclui necessidade de substituição.

Colussi et al. (2004), Reis et al. (2005), Gaião et al. (2005), Silva et al. (2005) e Mesas et al. (2008) encontraram em seus trabalhos um maior número de idosos usando próteses superiores que inferiores. Os demais artigos não fazem esta diferenciação. Anteriormente, Colussi. (2003) tenta explicar esta diferença devido ao fato de que o uso de prótese total no arco inferior causa maior desconforto que a prótese total superior. Já Unfer et al. (2006) apontam que esta diferença no uso das próteses se relaciona com a perda da estética visto que a falta de dentes anteriores superiores (mais visíveis quando se sorri) envolve beleza. Mesas et al. (2006) também confirmam a maior utilização de prótese total superior revelando que a maior necessidade não é apenas estética e com importante papel psicológico relacionado à autoestima.

Rosa et al. (1992) e Silva e Vaseck Jr. (2000) demonstram que os idosos institucionalizados possuem maiores necessidades de próteses do que os não institucionalizados e ponderam que estas diferenças podem ser devidas à baixa renda dos idosos pesquisados. Este resultado, entretanto não é confirmado por Mesas et al. (2008) que relatam serem equivalentemente precários os estados de saúde bucal tanto do grupo institucionalizado quanto do grupo não institucionalizado.

Em relação ao local de residência (zona rural ou zona urbana), Colussi et al.(2004) não encontraram diferenças significativas entre os dois grupos quanto ao uso e necessidade de próteses no município de Biguaçu, (SC).

Assumir a confecção da reabilitação protética da população pelo poder público não significa que os problemas relacionados à saúde bucal estão resolvidos. Freitas (2004) examinou 146 idosos não institucionalizados, residentes em zona rural com 60 anos ou mais, portadores de prótese total em relação à prevalência de alterações de mucosa bucal e comparou os achados a 198 não usuários de prótese total. Seus resultados apontam que as lesões mais frequentes foram a candidíase eritematosa, seguida pela hiperplasia fibrosa e pela quelite angular. Metade da amostra usava sua prótese por um período de 21 a 40 anos. Destes indivíduos, 120 apresentavam uma higienização das próteses deficiente e 76 apresentavam comprometimento das mesmas através de dentes ausentes, fraturas e desgastes.

#### *Condições Periodontais*

Rosa et al. (1992) apontam em seu estudo, a dificuldade para que o idoso, usuário do serviço público de saúde, tenha seus problemas periodontais atendidos. Esta dificuldade estava traduzida na precária saúde bucal da amostra de idosos estudada onde estava presente apenas 1% dos sextantes sadios para exame.

A condição periodontal avaliada através do CPI (Índice Periodontal Comunitário) e do PIP (Perda de Inserção Periodontal) por Reis et al. (2003), Gaião et al. (2005) e Silva et al. (2005) mostrou predomínio do cálculo dental e bolsa periodontal de 0 a 3 mm como pior condição. Entretanto, foram excluídos de mais de 60% dos sextantes por serem edêntulos. Este resultado também foi observado no trabalho de Ferreira et al. (2009) com 78% de sextantes excluídos, seguido por bolsas periodontais de 4 a 5 mm em 14,8% dos examinados e perda de inserção de 6 a 8 mm presente em 9,3% dos idosos examinados. A aparente baixa prevalência de doença periodontal grave na população idosa é justificada pela exclusão de mais de 80% dos sextantes como detectado no Projeto SB Brasil (2003). Os sextantes foram excluídos por não apresentarem nenhum dente ou apresentar apenas um dente funcional.

#### *Percepção sobre problemas bucais*

O Índice de Determinação de Saúde Bucal Geral (GOHAI) constituído por doze questões avalia a percepção do idoso sobre problemas bucais que afetam suas funções físicas e funcionais, aspectos psicológicos, dor e desconfortos. Quanto maior a pontuação,

maior a autoconceituação de qualidade de vida (UNIDADE DIDÁTICA II, Saúde Bucal – Atenção ao Idoso / Andréa Maria Duarte Vargas).

Para Bonan et al. (2008), Mesas et al. (2008), Silva et al. (2005) e Silva & Valsek Júnior (2000), o índice GOHAI esteve acima de 30, valor elevado, demonstrando uma percepção positiva das condições de saúde bucal pelos idosos.

Quando se analisa os discursos dos idosos sobre as causas dos problemas bucais, observa-se que estas não são conhecidas, nem são conhecidas as formas de prevenir e controlar as suas manifestações (UNFER et al., 2006).

O Projeto SB Brasil reafirma o que foi relatado pelos autores supra-citados ao declarar que 45,99% de idosos estão convencidos de boa saúde bucal, 48,97% dos idosos entrevistados que só procuram atendimento odontológico em caso de dor. Entre os indivíduos com 65 a 74 anos, 50,55% deles se dirigem ao serviço privado quando precisam do atendimento dentário e 69,38% há 3 anos ou mais não vão a consulta odontológica.

Pessoas com dor e necessidade de prótese foram as que apresentaram maior frequência de autopercepção da necessidade de tratamento dentário no estudo de Hiramatsu et al (2006), com população idosa de origem japonesa. Os autores acrescentam que as principais queixas estão relacionadas à prótese mal adaptada.

De acordo com Martins et al. (2008), ao analisarem o banco de dados do SB Brasil (2003), aqueles que receberam poucas informações sobre como prevenir problemas bucais e os indivíduos edentados (talvez já acostumados à sua condição) foram os que demonstraram menor percepção da necessidade de tratamento odontológico. A percepção de necessidade de tratamento odontológico associou-se à pior percepção da condição de saúde bucal, da aparência e da funcionalidade da mastigação. Associação entre a autopercepção de necessidades de tratamento odontológico e a renda não foi observada após esta análise e os autores acreditam que este resultado seja devido à pequena variação entre a renda dos idosos no Brasil e que esta, possivelmente, seja muito baixa.

Face ao precário estado de saúde da população idosa brasileira, demonstrado na literatura consultada, curiosamente, os idosos se sentem com boa saúde bucal. O edentulismo, especificamente, causa grandes transtornos na vida do indivíduo. A mastigação é inexistente, os alimentos a serem ingeridos precisam ser pastosos, a deglutição é mais difícil e a digestão também, principalmente entre os idosos abrigados em instituições públicas (JALES et al., 2005). O edentulismo não é uma doença, mas suas conseqüências podem vir a se tornar. Entretanto o edentulismo não causa dor e por isso não impede nem dificulta as atividades laborais comuns a esta população. Por isso a sua associação com o conceito de doença se torna confusa. As pessoas tendem a considerar

doenças aquilo que impede o seu corpo de realizar o seu trabalho, principalmente entre as classes mais desfavorecidas economicamente (BOLTANSKI, 1984).

#### *Acesso aos serviços odontológicos*

É importante a indissociabilidade dos aspectos de saúde bucal e geral no atendimento ao idoso através da troca de conhecimento e informações (SHINKAI & CURY, 2000; REIS et al. 2006). Para Benedetti et al.(2007), a consulta odontológica recente esteve associada à consulta médica e necessidade de prótese.

O acesso ao serviço odontológico oferecido por convênios parece contribuir para uma melhor saúde bucal do idoso (SILVA et al., 2005). De fato, Colussi et al. (2004) relatam que a maioria dos idosos participantes do seu estudo não tinham condições para pagarem pela confecção de próteses removíveis. Tanto em Biguaçu (SC) como na maioria dos municípios brasileiros, estes procedimentos não são oferecidos pelos serviços públicos de saúde. Esta também é uma deficiência do serviço público apontada por Gaião et al.(2005) em Fortaleza (CE) evidenciada pela grande necessidade de próteses apresentada pela população idosa.

Unfer et al. (2006) consideram as dificuldades econômicas, sociais e culturais como empecilho para a utilização dos serviços odontológicos pelos idosos. Ressaltam também a necessidade de se intensificar e estimular o auto-exame bucal para ampliação das ações de prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal do idoso.

O acesso ao atendimento odontológico melhorou com a inclusão da Equipe de Saúde Bucal no PSF (ARAÚJO et al. (2006). Mesmo com as melhoras alcançadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso aos serviços odontológicos necessitam de ampliação para a população idosa. Com a inserção da odontologia no Programa de Saúde da Família (PSF), surgiu uma nova perspectiva de melhora para a saúde bucal do idoso brasileiro contribuindo, assim, para sua integração ao meio social com uma aparência agradável, maior capacidade de fonação e aumento da autoestima (ALMEIDA et al. (2007).

Em nenhum dos estudos avaliados, houve menção a políticas públicas específicas de reabilitação bucal já implantadas. Entre a população mais idosa, as doenças cárie e periodontal não tratadas e o conseqüente edentulismo (demandando reabilitação protética) precisam de maior atenção do governo brasileiro em modificar seu estado atual, tanto na zona rural quanto na zona urbana (MOREIRA et al. 2005), tanto entre a população institucionalizada como entre a população não institucionalizada. A inclusão da Saúde Bucal nas Equipes de PSF é um grande avanço e só será justificável se houver resolutividade e efetividade na solução dos problemas (MESAS et al. 2008).

Diante destes dados, o Brasil precisa desenvolver políticas direcionadas para população idosa e melhorar o quadro de saúde bucal encontrado nesta faixa etária. A reabilitação protética se faz necessária não só na restituição dos dentes como no conseqüente restabelecimento da fonética, mastigação, estética, bem estar e qualidade de vida do idoso brasileiro (JALES et al.2005). Com o início da participação da Odontologia no Programa de Saúde da Família e a implantação do Programa “Brasil Sorridente” espera-se a conquista de benefícios para a população idosa por meio de estratégias preventivas e de reabilitação bucal (GAIÃO et al., 2005).

## **Conclusão**

Os artigos analisados expressam um quadro de alta prevalência de edentulismo entre a população idosa brasileira. O CPOD médio é alto com grande participação do componente extraído em todos os estudos. A demanda por reabilitação protética apresenta grande variação sendo menor possivelmente em regiões mais ricas do país. Observou-se ao comparar-se o estudo mais antigo com o mais recente que pouco se fez neste intervalo de tempo em prol da saúde bucal do idoso em termos de serviços públicos. Apesar disso, um número expressivo de idosos percebe que sua saúde bucal é boa, demonstrando que a necessidade sentida nem sempre coaduna com a necessidade normativa. A dor e o desconforto e a aparência são considerados como necessidades de tratamento odontológico. O edentulismo não. Fatores sociais, econômicos e culturais dificultam o acesso ao serviço odontológico. Os consumidores que usam os serviços particulares possuem maior acesso a uma reabilitação protética. Diante do grande número de edêntulos com poucas chances de auto-financiarem sua reabilitação oral, torna-se necessário a melhora do quadro de saúde bucal da terceira idade através do estabelecimento de políticas públicas que visem o atendimento clínico, reabilitação protética, ações educativas (no sentido de estimular o autoexame e auto-diagnóstico dos problemas bucais) e preventivas para devolver ao idoso a sua auto-estima e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida.



## Referencias

1. ALMEIDA, M.I.; ARAÚJO, M. F. M.; CIDRACK, M. L. et al. O papel da saúde bucal na promoção da saúde do idoso. **Odontologia e Sociedade**, v.9, n.3 p. 1-7, 2007.
2. BENEDETTI, T. R. B.; MELLO, A. L. S. F.; GONÇALVES, L. H. T. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.12, n.6, p. 1683-1690, 2007.
3. BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 2 ed.Rio de Janeiro: Graal,1984.185p.
4. BONAN, P. R. F.; BORGES, S. P.; HAIKAL, D. S. et al. Condições bucais e de reabilitação insatisfatórias dissociadas da percepção de qualidade de vida em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. **Rev. Odonto Ciênc.**, v. 23, n.2, p.:115-119, 2008.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condição de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003 – Resultados Principais. Brasília, 2004.
6. BULGARELLI, A. F.; MANCO, A. R. X. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p. 1165-1174, 2008.
7. CARNEIRO, R. M. V.; SILVA D. D.; SOUZA, M. L. R.; WADA, R.S. Saúde bucal de idosos institucionalizados, zona leste de São Paulo, Brasil, 1999. **Cad. Saúde Pública**, v.21 n.6, p.1709-1716, 2005.
8. COLUSSI, C. F. Condições de Saúde Bucal da População idosa do Município de Biguaçu – SC, 2002. Dissertação (Mestrado) – Programa de pós-graduação em Saúde Publica da Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

9. COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T.; CALVO, M. C. M. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 7, n.1, p.88-97, 2004.
10. DIAS, A. A.; MARTINS, A. L. C.; AGUIAR, A. S. W.; OLIVEIRA, A. G. R. C.; JUNIOR, A. F. C.; ZANETTI, C. H. G.; SILVA, C. A. B. et al. Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de Trabalho e Práticas. In: ALMEIDA, M. E. L.; SOUZA, E. C. F. Envelhecimento e Saúde Bucal: Alguns Aspectos da Bucalidade nas Transformações do Corpo do Idoso. São Paulo: Santos, p. 315-331, 2006.
11. FERREIRA, A. A. A.; PIUVESAM, G.; WERNER, C. W. A. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p. 211-218, 2006.
12. FERREIRA, R. C.; MAGALHÃES, C. S.; ROCHA, E. S.; SCHWAMBACH, C.W.; MOREIRA, A.N. Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.11, p.2375-2385, 2009.
13. FREITAS, J.B. Alterações da mucosa bucal em idosos usuários e não usuários de prótese total removível em duas comunidades rurais de Minas Gerais, 2004. Dissertação (Mestrado) – Programa de pós-graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, área de concentração em Estomatologia, 2004.
14. GAIÃO, L. R.; ALMEIDA, M. E. L.; HEUKELBACH, J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.8, n.3, p.316-323, 2005
15. HIRAMATSU, D. A.; FRANCO, L. J.; TOMITA, N. E. Influência da aculturação na autopercepção dos idosos quanto à saúde bucal em uma população de origem japonesa. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.11, p. 2441-2448, 2006.
16. HIRAMATSU, D. A.; TOMITA, N. E.; FRANCO, L. J. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n.4, p. 1051-1056, 2007.

17. JALLES, M.A., CABRAL, R.R., SILVA, H.J., CUNHA, D.A. Características do Sistema Estomatognático em Idosos: Diferenças Entre Instituição Pública e Privada. **Rev CEFAC**, São Paulo, v.7, n.2, p. 178-87, 2005.
18. MARTINS, A. M. E. B. L.; BARRETO, S. M.; PORDEUS, I. A. Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n.3, p.487-96, 2008.
19. MESAS, A. E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S. Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. **Rev Bras Epidemiol.**, v.9, n.4, p.471-80, 2006.
20. MESAS, A. E.; TRELHA, C. S.; AZEVEDO, M. J. Saúde Bucal de Idosos Restritos ao Domicílio: Estudo Descritivo de uma Demanda Interdisciplinar. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 61-75, 2008.
21. 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.
22. ROSA, A. G. F.; FERNANDES, R. A. C.; PINTO, V. G.; RAMOS, R.L. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, v. 26, n.3, p. 155-160, 1992.
23. REIS, S. C. G. B.; HIGINO, M. A. S. P.; MELO, H. M. D.; FREIRE, M.C.M. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia-GO, 2003. **Rev. bras. Epidemiol.**, v.8, n.1, p. 67-73, 2005
24. REIS, S. C. G. B.; MARCELO, V. C. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11, n.1, p. 191-199, 2006.
25. RIVALDO, E. G.; PADILHA, D. M. P.; FRASCA, L. C. F.; RYBU, B. R. Envelhecimento e saúde bucal. *Stomatos*, v.14, n.26, p. 39-45, 2008.
26. SHINKAI, R. S. A., CURY, A. A. D. B. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.4, p.1099-1109, 2000.

27. SILVA, D. D.; SOUZA, M. L. R.; WADA, R. S. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.4, p.1251-1259, 2005.
28. SILVA, S. R. C. & VALSEK JUNIOR, A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** , v.8, n.4, p. 268-271, 2000.
29. UNFER, B.; BRAUN, K.; SILVA, C. P.; PEREIRA FILHO, L.D. Autopercepção da perda de dentes em idosos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.217-26, 2006.
30. UNIDADE DIDÁTICA II: saúde bucal – atenção ao idoso / Andréa Maria Duarte Vargas – Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009.