

CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS EM SALINAS DAS MARGARIDAS- BA, 2002

ORAL HEALTH CONDITIONS IN ELDERLY OF SALINAS DAS MARGARIDAS- BA, 2002

FLORIANO, Fabiana Raynal *
COSTA, Maria da Conceição Nascimento **
MOTA, Eduardo ***

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo descrever a condição da saúde bucal de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, em Salinas da Margarida-BA. Conduziu-se um estudo transversal de base domiciliar, com uma amostra aleatória de 357 indivíduos. Utilizou-se entrevistas, a fim de obter informações sobre: sexo, idade, escolaridade, ocupação, referência à doença crônica, uso de medicamento diário, hábito de fumar e ingerir bebida alcoólica, acesso e utilização de serviços odontológicos, autopercepção em saúde bucal e o Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica (GOHAI). Realizou-se exame bucal para verificar: uso, condição e necessidade de prótese, lesões de mucosa, condição periodontal, cárie, necessidade de tratamento e condição de urgência. No que se refere a prótese dentária, apesar de 91,6% dos idosos necessitarem utilizá-la, somente 30,9% destes faziam uso da mesma, e que dentre as que eram usadas, apenas 27,6% encontravam-se em boas condições. A prevalência de lesão hiperplásica foi maior em idosos que usavam prótese (92,2%) que naqueles que não usavam (7,8%) ($p < 0,000$). Quanto ao Índice Periodontal Comunitário (CPI), constatou-se uma prevalência de 26,1% com cálculo e 25,8% com bolsa de 4 a 5 mm. O CPO-D foi de 19,5 8,2, sendo o componente "dentes perdidos" correspondeu a 91,3% do índice. O GOHAI apresentou um valor médio de 26,8 2,2. Ressalta-se a necessidade de se incluir a atenção à saúde bucal como parte dos cuidados permanentes desse grupo populacional, com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida.

UNITERMOS: saúde bucal, saúde do idoso, epidemiologia.

ABSTRACT

The aim of this study was to describe some characteristics of oral health in 357 elderly in a transversal study in Salinas da Margarida, Bahia. Through domiciliary interviews, information was obtained on: sex, age, school level, occupation, disease referral, use of medication every day, smoking and drinking habits, access and use of dental services, self perception in dental health and the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). An oral examination was carried out to verify use, condition and need for a prosthesis, lesions of mucosal, periodontal condition, dental loss, decay, need for treatment and degree of urgency. The data showed that 91.6% of the elderly needed a prosthesis and the ones using prosthesis only 27.6% of them were in good condition. The prevalence of hyperplastic lesions was higher in the elderly using prosthesis (92.2%) compared to the non users (7.8%) ($p < 0.000$). As regards the Community Periodontal Index (CPI), was verified a prevalence of 26.1% with calculus and 25.8% withpocket periodontal of 4 to5 mm. The CPO-D value was of 19.5 8.2, "lost teeth" predominating (91.3%). The GOHAI presented an average value of 26.8 2.2. The severe epidemiological situation of oral health in the elderly suggests the need including dental assistance as part of a permanent health care in this population, through prevention, curative and rehabilitation actions to improve their quality of life.

UNITERMS: oral health, elderly health, epidemiology

* Mestre pelo Instituto de Saúde Coletiva-UFBA, Profa. Faculdade de Tecnologia e Ciência
** Prof. Doutor Instituto de Saúde Coletiva- UFBA
*** Profa. Doutora Instituto de Saúde Coletiva-UFBA

INTRODUÇÃO

No Brasil, à semelhança dos demais países latino-americanos, vem ocorrendo um rápido processo de envelhecimento populacional, com o aumento significativo do número de idosos, fato que colocará o país, em 2025, com a sexta população de idosos do mundo, em termos absolutos¹. Esta situação vem preocupando governantes e profissionais de várias áreas, e em especial, da Saúde Coletiva.

Na odontologia, o maior problema hoje é absorver e lidar com as necessidades dos idosos, uma vez que o atendimento odontológico e os programas de saúde bucal ainda priorizam a atenção à criança, à gestante e ao adolescente^{2,3}. Ademais, a Odontogeriatrics só passou a ser uma especialidade no Brasil, em dezembro de 2001, através da Resolução nº 22 do Conselho Federal de Odontologia, publicada no Diário Oficial da União em janeiro de 2002⁴, de modo que ainda não é uma área prioritária na maioria dos cursos de graduação e de pós-graduação no país⁵.

No Brasil, ainda são poucos os estudos sobre as condições de saúde e de vida da população idosa^{1,6,7,3} particularmente, no que se refere à saúde bucal. O levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde, em 1986, em área urbana do país, só apresenta dados até a faixa etária de 50-59 anos. Para este grupo, foram registrados o índice CPO-D de 27,2 com 86% de participação dos dentes extraídos. Apenas 1,3% dos indivíduos da amostra possuíam tecidos gengivais saudáveis, 68,5% apresentavam pelo menos um maxilar desdentado; 45% usavam prótese e 14% necessitavam desta, sugerindo o quanto deve ser precária a condição de saúde bucal das pessoas com mais de sessenta anos⁸.

Nos últimos 10 anos, estudos sobre a saúde bucal dos idosos realizados no Brasil em populações restritas, registraram altas prevalências de edentulismo que variavam entre 40,4% a 70,3% e também relatavam elevadas freqüências de periodontopatias, cárie coronária e radicular, lesões de tecidos moles (hiperplasias), desgastes dentais (abrasões), necessidade de prótese e câncer bucal, que de modo geral, apontam para o caráter de precariedade da saúde bucal dos idosos nas mais diversas regiões^{9,10,11,12,6,13,14,15}. Entretanto, a maior parte dos estudos foram desenvolvidos na região sudeste e em zonas urbanas.

Segundo dados do levantamento epidemiológico nacional realizado em 2003-2003, a população de 65 a 74 anos apresentou CPO-D de 27,27 na região nordeste e 27,79 no Brasil. Com relação ao CPI, 56,02% da amostra da região nordeste apresentou sextante excluído. Observou-se que 46,36% e 66,64% desta amostra necessitavam de prótese total superior e inferior respectivamente, e

apenas 51,87% e 24,04% usavam¹⁶.

Neste sentido, o objetivo deste estudo foi descrever a condição de saúde bucal de indivíduos de 60 anos ou mais, e determinar o impacto desta condição na qualidade de vida em idosos, residentes no município de Salinas da Margarida, Bahia, no ano de 2002.

METODOLOGIA

Desenvolveu-se um estudo de corte transversal, em uma amostra de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes em Salinas da Margarida, município situado no Recôncavo Baiano, a 229Km da capital do Estado – Salvador.

O tamanho da amostra foi definido considerando-se uma prevalência de 68,5% de idosos totalmente desdentados em pelo menos uma das arcadas dentárias⁸, um nível de precisão de 4% e nível de confiança de 95%. A distribuição foi feita mediante partilha proporcional por idade e sexo, baseada no levantamento populacional, por setor censitário¹⁷, realizado pelos 14 Agentes Comunitários de Saúde do município, que encontrou um total de 997 idosos. Foram incluídos todos os setores censitários urbanos e rurais, com exceção de um setor rural, no qual não havia idosos. A seleção dos participantes foi aleatória simples, sem reposição. As recusas foram substituídas imediatamente, através de sorteio entre os idosos do mesmo sexo, residentes no mesmo setor censitário. A amostra incluiu 357 indivíduos que não apresentaram qualquer deficiência física ou mental que impedisse a realização dos exames e entrevista.

Os dados foram obtidos na residência, através de entrevista e exame bucal clínico, realizado por duas dentistas. As variáveis incluídas foram: idade, sexo, cor da pele, tempo de residência na área de estudo, condição sócio-econômica (grau de escolaridade, ocupação, renda mensal do idoso, número de moradores na residência, situação familiar e de moradia), acesso e utilização dos serviços odontológicos (tipo de serviço procurado, freqüência de procura, tipo e satisfação com o atendimento), autopercepção em saúde bucal (satisfação com a saúde bucal, motivo para procurar o dentista e necessidade de tratamento), estilo de vida (hábito de fumar e ingerir bebida alcoólica), condição geral de saúde (existência de doença e uso de medicamento) e hábito de higiene oral (freqüência e produtos utilizados).

A condição oral foi avaliada através das seguintes condições: prótese (necessidade, acesso, uso e estado), lesões de mucosa, condição periodontal, doença cárie, perda dentária, necessidade de tratamento e condição de urgência, além do Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica

(GOHAI). Para seu desenvolvimento, saúde bucal foi definida como sendo a ausência de dor e infecção, consistindo em uma dentição confortável e funcional (natural ou protética) que permita ao indivíduo exercer seu papel social¹⁸. Neste estudo, o GOHAI foi utilizado de acordo com Silva e Valsecki Jr¹²- as doze perguntas do índice procuram avaliar se, nos últimos três meses, o idoso apresentou algum problema funcional, psicológico ou doloroso devido a problemas bucais, apresentavam três respostas possíveis: sempre, algumas vezes e nunca, que recebem os escores 1, 2 e 3, respectivamente. O índice é a soma do escore de cada questão. Quanto mais alto seu valor, melhores são as condições bucais. A doença cárie e a perda dentária foram medidas pelo índice CPO-D e a condição periodontal, pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI) de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde¹⁹. Devido ao fato do CPO-D não diagnosticar cáries radiculares, foi avaliada em separado a condição de raiz.

Os examinadores foram devidamente treinados e calibrados, obtendo-se os seguintes Índices Kappa para a concordância inter-examinador: uso de prótese =0,93, condição de prótese=0,86, necessidade de prótese=0,89, CPI=0,91 e CPO-D=0,91. Para a concordância intra-examinador os valores foram: necessidade de prótese=0,91 e 0,90; CPI=0,90 e 0,90; e CPO-D=0,93 e 0,98, dos examinadores 1 e 2 respectivamente.

Procedeu-se a análise descritiva dos dados e utilizou-se o Teste do χ^2 de Pearson, aceitando-se um nível de significância de 0,05 para testar diferenças entre grupos. Os programas estatísticos utilizados foram o Epi-info (versão 6.0) e o Stata versão 7.0.

RESULTADOS

Aspectos socioeconômicos e demográficos

Os 357 idosos estudados apresentavam idade entre 60 e 98 anos, sendo a média de $72 \pm 8,1$ anos. Apenas 19,6% apresentavam idade acima de 80 anos e 39,8% abaixo de 70 anos. Mais da metade (60,5%) pertencia ao sexo feminino e 82,0% relatavam ter renda mensal igual a um salário mínimo. Quase a totalidade (93,5%) possuía casa própria e 55,5% foram classificados como de etnia negra. A maioria da população era composta por idosos que apenas assinavam o nome ou eram analfabetos, 40,9% e 33,9% respectivamente (Tabela 1).

Um total de 184 dos idosos (51,5%) eram casados ou viviam maritalmente e dos 48,5% restantes. Os idosos do sexo feminino viviam em sua maioria (64,4%) sem cônjuge (viúvas, solteiras ou separadas), ocorrendo o contrário com os do sexo masculino. Mais da metade dos idosos (61,1%) residia há mais de 56 anos em Salinas e 39,8% moravam com apenas mais uma pessoa na casa (Tabela 1).

Tabela 1 - Número e percentual de das características socioeconômicas, demográficas e de saúde geral de idosos de Salinas da Margarida- Bahia, 2002 (n=357).

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	216	60,5
Masculino	141	39,5
Idade		
60 a 69 anos	142	39,8
70 a 79 anos	145	40,6
80 anos ou mais	70	19,6
Escolaridade		
Freqüentou a escola	90	25,2
Assina o nome	146	40,9
Analfabeto	121	33,9
Estado civil		
Casado	184	51,5
Viúvo	120	33,6
Separado	19	5,4
Solteiro	34	9,5
Tempo que mora em Salinas		
56+ anos	218	61,1
Até 55 anos	139	38,9
Condição de moradia		
Própria	334	93,5
Alugada	7	2,0
Cedida	16	4,5
Problema de saúde		
Nenhum	143	40,1
Hipertensão arterial	103	28,8
Diabetes	11	3,1
Doença reumática	16	4,5
Hipertensão arterial+Diabetes	28	7,8
Hipertensão arterial+Doença reumática	19	5,3
Outras	37	10,4
Medicamento		
Nenhum	159	44,5
Anti-hipertensivo	91	25,5
Hipoglicemiante	34	9,5
Diurético	21	5,9
Cardiotônico	14	3,9
Anti-hipertensivo+ Hipoglicemiante	10	2,9
Outros	28	7,8
Tabagismo		
Nunca fumou	224	62,8
Ex-fumante	80	22,4
Fuma	53	14,8
Etilismo		
Nunca bebeu	271	75,9
Já bebeu	57	16,0
Bebe	29	8,1

Aspectos gerais de saúde dos idosos

Observa-se na Tabela 1, o grande percentual de idosos que referiu nunca ter fumado (62,8%) e bebido (75,9%). No que diz respeito à presença de doença crônica, 63,6% dos idosos referiram apresentar pelo menos um tipo de doença, na qual hipertensão arterial foi a mais referida seguida da diabetes e da doença reumática. Mais da metade (55,5%) fazia uso de medicamento diário, sendo os mais referidos os anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, diuréticos e cardiotônicos.

Tabela 2 - Condições de saúde bucal dos idosos. Salinas da Margarida, Bahia, 2002 (n=357)

Variáveis	n	%
Necessidade de prótese		
Não	30	8,42
Pelo menos em uma das arcadas	175	49,0
Prótese total nas duas arcadas	152	42,6
Possui prótese¹		
Não	226	69,1
Pelo menos em uma das arcadas	44	13,4
Nas duas arcadas	57	17,5
Usa prótese²		
Não	25	24,8
Pelo menos em uma das arcadas	59	58,4
Prótese total nas duas arcadas	17	16,8
Condição da prótese³		
Boa	21	27,6
Ruim	55	72,4
Presença de lesão de mucosa		
Nenhuma	245	68,6
Hiperplásica	33	9,2
Hiperplásica+outras	11	3,1
Vermelha	15	4,2
Vesículo-bulhosa	10	2,8
Pigmentada	11	3,1
Branca	14	3,9
Outras	18	5,1
CPI⁴		
Hígido	10	2,8
Sangramento gengival	—	—
Cálculo	93	26,1
Bolsa periodontal rasa (4-5mm)	92	25,8
Bolsa periodontal profunda (6+mm)	38	10,6
Sextantes excluídos	124	34,7
Condição de urgência		
Ausente	341	95,5
Dor	7	2,0
Infecção	9	2,5

(1) Apenas entre os que necessitam de prótese

(2) Apenas entre os que possuem prótese

(3) Apenas entre os que fazem uso da prótese

(4) CPI-Índice Periodontal Comunitário - recomendado pela OMS, que estabelece a condição de saúde periodontal em função do sangramento gengival, da presença de cálculos e de bolsas

Aspectos da saúde bucal dos idosos

A ausência da necessidade de prótese foi observada em apenas 8,4% dos idosos, enquanto 42,6% necessitavam de prótese total nas duas arcadas. Entre os 91,6% que necessitavam de prótese, apenas 30,9% a possuíam e 75,2% destes faziam uso da mesma. Entre esses (76), apenas 27,6% possuíam prótese em boas condições (Tabela 2).

Ainda na Tabela 2, verifica-se que a prevalência de lesão hiperplásica foi de 9,2% e de 3,1% quando associada à outra lesão. A prevalência desta lesão foi maior em idosos que usavam prótese (92,2%), que naqueles que não usavam (7,8%) ($p < 0,0001$). Quanto ao CPI, constatou-se uma prevalência de 26,1% de idosos com cálculo, 25,8% com bolsa de 4-5 mm e 34,7% com todos os sextantes excluídos. A maioria dos idosos (95,5%) não apresentava dor ou infecção.

O CPO-D foi de $19,5 \pm 8,2$, tendo o componente dentes perdidos o maior peso na composição do índice (91,3%). A média de raiz não exposta foi de $7,7 \pm 8,0$ e a de raiz exposta hígida de $1,7 \pm 2,8$. A média de dentes sem necessidade de tratamento foi de $7,3 \pm 8,4$ e com necessidade de exodontia foi de $2,0 \pm 3,2$. A média, por indivíduo, de sextantes excluídos e com cálculo segundo o CPI foi de $3,75 \pm 2,2$ e de $1,32 \pm 1,6$, respectivamente (Tabela 3).

Autopercepção dos idosos sobre saúde bucal

Entre os idosos examinados, 58,8% e 31,4% declararam considerar sua saúde bucal "boa" e "regular", respectivamente, 51,3% achavam que precisavam de tratamento dentário atualmente (Tabela 3). O índice GOHAI apresentou um valor médio de $26,8 \pm 2,2$ (Tabela 3). Não foram identificadas diferenças no GOHAI segundo tipo de percepção da condição de saúde oral ($p > 0,05$).

DISCUSSÃO

A predominância de idosos pertencentes ao sexo feminino sugere maior longevidade das mulheres em relação aos homens, fenômeno que pode ser atribuído à menor exposição a determinados fatores de risco e diferenças quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades²⁰, o que também tem sido encontrado em estudos realizados em outros estados^{10, 12, 6, 13, 14, 21}. O relato, em maior frequência, de doenças crônicas entre mulheres idosas, somado com a maior longevidade da mulher e com a questão dela morar mais sozinha (viúva, solteira ou separada), são aspectos que devem ser levados em conta no delineamento de programas de promoção da saúde do idoso.

As precárias condições de saúde bucal dos idosos reveladas através dos indicadores nesse

Tabela 3 - Média e desvio padrão de índices e variáveis relacionadas à Saúde Bucal dos idosos. Salinas da Margarida, Bahia, 2002.

Variáveis (N= 357)	Média	Desvio Padrão
Cárie		
CPOD ¹	19,5	8,2
Dentes hígidos	8,5	8,2
Dentes cariados	1,4	2,3
Dentes obturados	0,3	1,0
Dentes extraídos	17,9	8,9
Raiz		
Raiz normal	7,7	8,0
Raiz exposta hígida	1,7	2,8
Raiz com abrasão	0,5	1,4
Raiz cariada	0,1	0,8
Raiz obturada	0,05	0,3
Raiz extraída	17,9	8,9
Necessidade de tratamento		
Ausente	7,3	8,4
Restaurador	0,7	1,7
Endodôntico	0,1	0,4
Exodontia	2,0	3,2
Dente ausente	17,9	8,9
GOHAI²	26,8	2,2
CPI³		
Hígido	0,15	0,5
Sangramento gengival	0,02	0,1
Cálculo	1,32	1,6
Bolsa periodontal rasa (4-5mm)	0,59	1,0
Bolsa periodontal profunda (6+mm)	0,18	0,6
Sextantes excluídos	3,75	2,2

(1) CPOD - Índice que fornece a média do número total de dentes cariados, perdidos (extraídos) e obturados em um grupo de indivíduos.

(2) GOHAI - Índice de determinação da saúde bucal geriátrica

(3) CPI - Índice Periodontal Comunitário - recomendado pela OMS, que estabelece a condição de saúde periodontal em função do sangramento gengival, da presença de cálculos e de bolsos. Apresentado sob a forma de média dos sextantes por idosos.

estudo, evidenciam uma situação semelhante àquelas observadas em outros levantamentos^{9, 10, 12, 6, 22, 13, 14, 15}, e compatíveis com as características sócio-econômicas da população analisada. Seu baixo poder aquisitivo e baixa escolaridade podem ter contribuído para esta condição, principalmente no que se refere ao pouco acesso aos serviços de saúde.

O número de idosos desdentados totais revelaram o grande número de perdas dentárias. Nesta população, somente 16,5% dos idosos apresentavam pelo menos vinte dentes em condições funcionais, longe de atingir a meta preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no 2000, em que, para a faixa etária de 65-74 anos, 50% das pessoas deveriam apresentar pelo menos vinte dentes em condições funcionais²³.

Esta condição evidencia não apenas a história das doenças cárie e periodontal, como também o tipo de atenção à saúde bucal que este grupo teve acesso - uma odontologia essencialmente "mutiladora" e emergencial, restrita à remoção de focos²⁴. Neste estudo, a exodontia ainda aparece como uma das mais prevalentes necessidade de tratamento, como em diversos outros estudos^{10, 13, 25}.

O CPO-D foi um índice construído para avaliar a severidade de cárie em uma população. Seu componente "perdido" refere-se apenas às perdas dentais por cárie¹⁹. No caso dos idosos, é de extrema dificuldade determinar as unidades que não foram perdidas por cárie, já que outras doenças também contribuem, para a perda dental nessa população. Por isso, acredita-se que, neste estudo, o mesmo acabe englobando as perdas dentárias por outras causas. É importante, também, considerar que o CPO-D não diagnostica cáries radiculares, já que somente coroa dentária é examinada. Desta forma é possível perceber que o índice tem limites claros em populações de idosos. Entretanto, mesmo assim, optou-se pelo seu uso em função de sua aceitabilidade e fácil comparação com outros estudos.

A condição periodontal encontrada corrobora os achados de outros estudos^{9, 12, 22, 13, 25, 14} que refletem as precárias condições de saúde periodontal em que se encontra a população idosa no país.

É possível sugerir como bom indicador de saúde bucal da população idosa, a necessidade de prótese, visto que os índices existentes apresentam restrições para avaliar a saúde bucal dessa população²¹. É admissível que o uso de prótese em boas condições devolva ao indivíduo idoso parte de sua capacidade mastigatória, uma estética satisfatória e melhor inserção social. Por outro lado, a tendência observada do maior uso de prótese no arco superior, pode ser explicada pelo efeito estético que a prótese superior causa e pela dificuldade de adaptação da prótese inferior, principalmente se usadas conjuntamente. Entretanto, poucas próteses em uso encontravam-se em boas condições e foi elevada a relação entre lesão hiperplásica e uso de prótese, o que leva a supor a inexistência de acompanhamento profissional após a colocação de prótese.

O fato de que muitos idosos necessitavam de prótese, mas apenas poucos a possuíam, aliado ao fato de que a maioria utiliza serviço odontológico público, pode ser explicado, em parte, pela baixa condição financeira dos idosos e ao custo elevado dos procedimentos reabilitadores. Desta forma, os fatores econômicos podem influenciar na saúde bucal, em especial, pelo papel que exercem sobre a possibilidade de aquisição e utilização de bens e serviços essenciais à recuperação da saúde debilitada^{26, 21}.

Entretanto, há outros aspectos que independem do nível socioeconômico e que interferem na reabilitação oral do idoso, como os fatores culturais.

A melhora nas condições de saúde bucal está também ligada aos valores atribuídos à saúde pela população. É preciso entender que a ausência de dor não significa ausência de problemas orais, e a grande maioria dos idosos, relataram só procurarem o dentista em caso de urgência (dor), o que também foi observado no estudo de Saliba et al.²².

Estudando a percepção dos idosos em relação a suas condições de saúde bucal, vários estudos^{27, 28, 13, 25}, demonstraram que esses apresentam capacidade de avaliar com boa precisão seus próprios problemas, através de questionários. Entretanto, neste trabalho os dados mostraram que os idosos apresentaram baixa percepção dos problemas bucais, visto que a auto-avaliação das condições de saúde bucal contrastaram com os achados clínicos. Isto indica que, para a amostra estudada, a percepção da sua condição de saúde bucal parece ter parâmetros diferentes dos utilizados pelo exame clínico, o que pode ocorrer devido à influência dos valores pessoais e a crença de que algumas dores e incapacidades são "naturais" da idade. Deste modo, os indicadores subjetivos devem ser usados com cautela para diagnosticar necessidade de tratamento definida clinicamente, servindo como mais um instrumento de avaliação²¹.

O que se pôde constatar, neste estudo, foi a magnitude da precariedade das condições de saúde bucal da população estudada, sugerindo a carência ou ineficiência de serviços odontológicos e de pessoal especializado. Faz-se necessário que medidas relacionadas a ações públicas oportunizem a comunidade, cuidados preventivos, curativos, bem como reabilitadores na área de saúde bucal, para melhorar a qualidade de vida desses idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ramos LR. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. *Gerontologia* 1993; 1 (1): 3-8.
- Marchini L, Cunha VPP, Giordano CE, Santos JFF. *Odontologia Geriátrica: Um Panorama Geral*. FLOPAC 1999, 1: 16-20.
- Shinkai RSA, Del Bel Cury AA. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cad Saúde Pública* 2000; 16 (4): 1099-109.
- CFO - Conselho Federal de Odontologia. Normas sobre anúncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização. Resolução nº22, de dezembro de 2001.
- Paiva VMB. Fundamentos Psicopedagógicos para uma Ação Educativa em Gerontologia Social. *Revista a terceira idade* 1995; 18: 39-44.
- Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1999; 33 (5): 445-53.
- Costa MFFL, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000; 9 (1): 23-41.
- Brasil. MS. SNPES. DNSB. FSSP. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
- Rosa AGF, Castellanos RA, Pinto VG. Saúde bucal na terceira idade. *Rev Gaúcha Odontol* 1993; 41: 97-102.
- Frare SM, Limas PA, Albarello FJ, Pedot G, Régio RAS. Terceira idade: Quais os problemas bucais existentes? *Rev APCD* 1997; 51 (6): 573-76.
- Padilha DMP, Souza MAL de. Estado dentário e edentulismo observados em dois grupos de idosos do Brasil e da Inglaterra. *Rev Odonto Ciênc* 1997; 12 (24): 67-85.
- Silva SRC, Valsecki Junior A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2000; 8 (4): 268-71.
- Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública* 2001; 35 (4): 349-55.
- Silva DD, Sousa MLR, Toledo R, Lisboa CM. Condições de saúde bucal em idosos na cidade de Piracicaba. *Rev APCD* 2002; 56 (3): 183-187.
- Gomes PR, Costa SC, Cypriano S, Sousa M da LR de. Paulínia, São Paulo, Brasil: situação da cárie dentária com relação às metas OMS 2000 e 2010. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (3): 866-70.
- Brasil. MS. SAS. DAB. CNSB. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília, 2004.
- IBGE. Livro Censo Demográfico 2000: Características da população e dos domicílios. Resultados do Universo. Rio de Janeiro, 2000.
- Dolan TA. The sensitivity of the Geriatric Oral Health Assessment Index to dental care. *J Dental Education* 1997; 61 (1): 36-46.
- OMS. Levantamentos Básicos em Saúde Bucal. 4ª ed. São Paulo: Santos, 1999.
- Veras RP, Ramos, LR, Kalache A. O crescimento da população idosa no Brasil – Transformações e consequências na sociedade. *Rev.Saúde Pública* 1987; 21 (3): 225-33.
- Biazevic MGH, Michel-Crosato E, Iaghar F, Pooter CE, Correa SL, Grasel CE. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. *Braz Oral Res* 2004; 18 (1): 85-91.
- Saliba CA, Saliba NA, Marcelino G, Momias SAS. Saúde Bucal dos Idosos: Uma Realidade Ignorada. *Rev APCD* 1999; 53 (4): 279-82.
- FDI - Federation Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year 2000. *Int Dent J* 1982; 32 (1): 74-7.
- Cordón J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. *Cad Saúde Pública* 1997; 13 (3): 557-63.
- Meneghim MC, Pereira AC, Silva FRB. Prevalência de cárie radicular e condição periodontal em uma população idosa institucionalizada de Piracicaba/SP. *Pesqui Odontol Bras* 2002; 16 (1): 50-6.
- Matos DL, Giatti L, Lima-Costa MF. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. Um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (5): 1290-97.
- Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Journal of Dental Education* 1990; 54 (11): 680-87.
- Douglass CW, Berlin J. The validity of self-reported oral health status in the elderly. *J Public Health Dent* 1991; 51 (4): 220-22.