
A autopercepção de saúde bucal de idosos brasileiros condiz com suas condições clínicas orais?

Does the self-perception of oral health of brazilian elderly people agree with their oral clinical conditions?

Lisiane Martins Fracasso¹, Camila Francine Maia¹, Laura Smidt Nunes¹

¹Curso de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brasil.

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar se a autopercepção de saúde oral de idosos brasileiros condiz com suas condições clínicas orais. Foram utilizadas as bases de dados BVS, Medline, Scielo, LILACS e BBO. Dez artigos foram selecionados. Evidenciou-se que os idosos não perceberam suas reais condições clínicas orais e associaram extrações e dor como parte da condição de idoso. Além disso, apesar da ampla necessidade de tratamentos odontológicos, a busca pelos mesmos foi mínima, e condicionada a presença de dor. Conclui-se que prevenção e promoção de saúde devem ser estimuladas para que os idosos melhor compreendam e tenham saúde bucal adequada.

Descritores: Autoimagem; Saúde bucal; Idoso; Odontologia geriátrica

Abstract

The objective of this study was to evaluate whether the oral health self-perception of Brazilian elderly is consistent with their oral clinical conditions. The databases VHL, Medline, Scielo, LILACS and BBO were used. Ten articles were selected. It was evidenced that the elderly did not perceive their actual oral clinical conditions and associated extractions and pain as part of the elderly condition. In addition, despite the wide need for dental treatments, the search for them was minimal, and conditioned the presence of pain. It is concluded that prevention and health promotion should be encouraged so that the elderly can better understand and have adequate oral health.

Descriptors: Self-concept; Oral health; Aged, Geriatric dentistry

Introdução

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, o envelhecimento caracteriza-se por ser “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie”¹. No Brasil, os indicadores para a população idosa brasileira sugerem que em 2025, o país terá a sexta maior população idosa do mundo, em números absolutos; e, estima-se que 19% da população total será de idosos em 2050². Apesar de este fenômeno representar uma conquista social, é inevitável que surjam novos desafios para diversos setores da sociedade incluindo o setor da saúde.

O modelo biomédico de saúde sofreu modificações nas últimas décadas devido a conscientização da importância de fatores biopsicossociais para a melhor compreensão da saúde do ser humano³. Assim, verificou-se a necessidade de inclusão de critérios sociais e psicológicos nas análises de saúde e não apenas a avaliação da saúde física do indivíduo. Diferentemente de exames clínicos, a autopercepção leva em consideração a experiência prévia da pessoa de acordo com seu contexto social, cultural e histórico⁴. Além disso, auxilia em tomadas de decisões que envolvam conceitos como qualidade de vida e não apenas a saúde física⁵. A partir desses dados, ajustes em planejamento de promoção, prevenção e tratamento nos sistemas público e privado de saúde, além de melhor orientação por parte dos profissionais da saúde em como melhor conduzir sua

prática clínica podem se tornar mais apurados e efetivos para alcançar os objetivos principais de cada uma das ações terapêuticas ou não.

A odontologia também vem se transformando de um modelo curativo e mutilador⁶, no qual aceitava a perda de dentes como um processo natural do envelhecimento⁷, para um modelo de prevenção e promoção de saúde bucal no qual se busca a manutenção da estrutura dentária.

Como o processo de envelhecimento pode ser visto de maneira diferente para cada indivíduo, geração ou sociedade⁸, pesquisas envolvendo métodos objetivos e subjetivos de avaliação podem auxiliar no aprofundamento de conhecimentos e avaliar reais necessidades para a elaboração de políticas públicas de saúde bucal específicas para esta faixa etária. Devido a estas mudanças, o objetivo deste estudo foi avaliar e comparar, através de uma revisão integrativa de literatura, a autopercepção da saúde oral de idosos brasileiros com exames clínicos odontológicos realizados por profissionais da saúde.

Revisão de literatura

O presente estudo, do tipo revisão bibliográfica integrativa, utilizou como método a busca ativa de informações, através de artigos científicos. Foram utilizadas para consulta as bases de dados BVS, Medline, Scielo, LILACS e BBO. A pesquisa foi realizada nos meses de junho à novembro de 2016. Os descritores utilizados para a pesquisa foram “auto percepção”, “idoso”, “terceira idade” e “saúde bucal” nos idiomas inglês, português e espanhol.

O período selecionado para a avaliação foi o de artigos publicados entre os anos de 2006 a 2016.

O ano de 2006 foi selecionado como inicial da pesquisa, pois foi lançada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, devido a percepção de que a prática em relação a saúde desta população era insatisfatória. Tradicionalmente o sistema de saúde brasileiro estava organizado para atender à saúde materno-infantil e não considerava a população idosa como uma prioridade⁹.

Primeiramente, a avaliação foi feita através da leitura de título e resumo de cada trabalho. Quando estes não foram esclarecedores, acessou-se o trabalho na íntegra. Foi realizada análise textual descritiva dos resultados a partir dos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- Padrões de inclusão:
 - Artigos que avaliaram a autopercepção (questionários e/ou índices) e a saúde oral (exames clínicos) de idosos brasileiros;
 - Estudos de pesquisas originais.
- Padrões de exclusão:
 - Estudos envolvendo populações que não a brasileira;
 - Estudos envolvendo adultos, crianças e adolescentes;
 - Estudos envolvendo apenas dados clínicos de pessoas idosas ou somente a autopercepção, sem relacioná-los;
 - Revisões de literatura;
 - Publicações regionais não anexadas;
 - Publicações em anais de congressos.

A busca inicial gerou 542 estudos. Devido aos critérios de exclusão e artigos repetidos, 19 estudos foram selecionados para avaliação da metodologia. Dez estudos apresentaram-se dentro dos critérios de inclusão e foram selecionados para a presente revisão conforme o fluxograma da Figura 1.

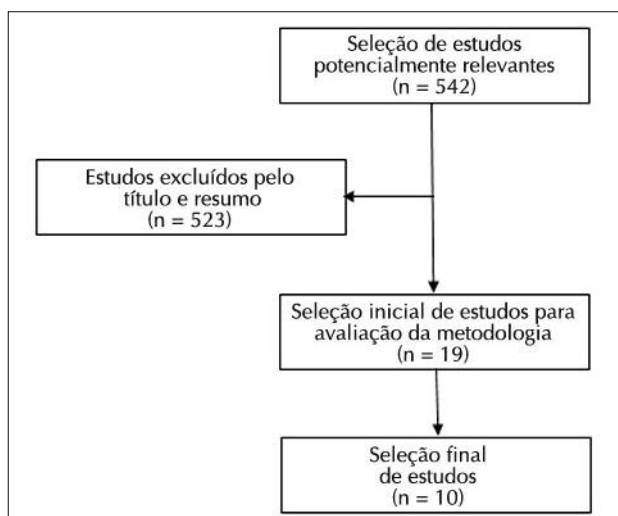


Figura 1. Fluxograma

Resultados

Dos artigos selecionados, dois foram realizados na região sul^{5,7}, três na região nordeste¹⁰⁻¹² e cinco estudos foram realizados na região sudeste¹³⁻¹⁷ conforme Tabela 1. Nenhum estudo foi realizado nas regiões norte ou centro-oeste.

Em relação ao tipo de amostras, somente um estudo foi realizado com base populacional¹⁴ enquanto que todos os demais envolveram amostras de conveniência. Quanto ao tamanho das amostras (n), os estudos variaram entre vinte e nove¹¹ e oitocentos e setenta e seis¹⁴ idosos selecionados para a participação. Em todos os estudos a amostra foi predominantemente feminina.

Seis estudos^{5,7,10,12-13,16} consideraram idosos a partir de sessenta anos como elegíveis, enquanto que três estudos^{11,14,17} consideraram a partir de sessenta e cinco anos e um estudo¹⁵ selecionou idosos a partir de cinquenta e um anos. Quanto ao limite de idade, Santos *et al.*¹¹ selecionaram idosos entre sessenta e cinco e setenta e quatro anos, enquanto que nos demais estudos não foi delimitado limite. A idade média dos participantes em três estudos foi entre sessenta e oito e setenta anos^{5,10-11}, enquanto que em outros três ficou entre setenta e setenta e dois anos^{8,14,17}.

Quanto ao delineamento metodológico, Henriques *et al.*¹⁷ selecionaram pacientes com dois dentes ou mais por hemiarco, enquanto que os demais estudos utilizaram pacientes edêntulos e dentados sem restrições.

A escolaridade foi avaliada em seis estudos e em todos eles verificou-se que a maioria dos idosos apresenta analfabetismo^{10,16}, primeiro grau incompleto^{5,12} ou completo^{11,14}. Já a renda familiar foi avaliada em seis estudos e em quatro deles a renda foi referida como até cinco salários mínimos^{11,14-15,17}. Em um estudo foi questionado se a renda era suficiente ou insuficiente e a maioria opinou como insuficiente⁵, e em outro estudo¹² a maioria dos idosos pertencia as classes D e E.

Para avaliação da saúde bucal, o índice CPOD foi empregado em quatro estudos^{11-13,16} e os valores médios variaram entre 29,39 e 29,9. O edentulismo foi expresso em sete estudos^{5,10-13,16} e variou entre 30,6% e 65%. A média de dentes presentes foi avaliada em três estudos^{5,10,13} e foi entre 3,9 e 4,8. Já a presença de mais de vinte dentes variou entre 6,2% e 17,7% em seis estudos^{5,10-14} que avaliaram este fator.

Quanto ao uso e necessidade de próteses, dois estudos mostraram respectivamente o uso de próteses totais duplas (superior e inferior) por 38,2%¹⁴ e 41%¹¹ da população estudada. Quanto a necessidade de prótese, cinco estudos^{11-12,14,16-17} verificaram esta variável. Porém somente dois¹¹⁻¹² avaliaram por arcada, e em ambos, próteses inferiores foram a maior necessidade encontrada. Além disso, dois estudos avaliaram a alteração de tecidos moles com resultados de 34,3%¹² e 22,9%¹⁶ de alterações presentes.

Em relação a autopercepção em saúde bucal, sete estudos^{8,10-12,14,16-17} utilizaram o índice *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) e exame clínico. Destes, três associaram um questionário complemen-

Tabela 1. Distribuição dos estudos selecionados

| Autores | Ano | Estado | Revista | População | Método de avaliação | Principais resultados | |
|---|------|--------|-----------------------------|------------|--|--|--|
| | | | | | | Autopercepção | Exame clínico |
| Martins, Dalberto e Hugo ⁵ | 2015 | RS | Ciê Saúde Colet | 849 idosos | Questionário e exame clínico | Positiva | 30,6% edêntulos; 51,7% até 19 dentes |
| Agostinho, Campos e Silveira ⁸ | 2015 | SC | Rev Odontol UNESP | 103 idosos | Exame clínico e índice GOHAI | Negativa | 59,2% de edêntulos |
| Costa, Saintrain e Vieira ¹⁰ | 2010 | CE | Ciê Saúde Colet | 96 idosos | Questionário, exame bucal e GOHAI | GOHAI – negativa; Questionário – positiva ou regular | 60,4 edêntulos; 6,2% com 20 ou mais dentes |
| Santos <i>et al.</i> ¹¹ | 2007 | PB | Arq Odontol | 29 idosos | Exame clínico e índice GOHAI | Negativa | 65% de edêntulos; CPOD médio de 29,59 |
| Vasconcelos <i>et al.</i> ¹² | 2012 | PI | Cad Saúde Pública | 321 idosos | Questionário, exame gual e GOHAI | GOHAI – regular; Questionário – positiva; | CPOD médio 29,41; 6,2% com 20 dentes ou mais; 52% edêntulos |
| Haikal <i>et al.</i> ¹³ | 2011 | MG | Ciê Saúde Coletiva | 45 idosos | Questionário, entrevista e exame clínico | Positiva | Média de 4,8 dentes, CPOD médio de 29,9; 57,7% edêntulos; 7% com mais de 20 dentes |
| Silva <i>et al.</i> ¹⁴ | 2011 | SP | Rev Saúde Pública | 876 idosos | Questionário, exame clínico e GOHAI | Positiva | 17,2% com mais de 20 dentes |
| Vaccarezza, Costa e Ponta ¹⁵ | 2010 | SP | Rev Odontol UNESP | 91 idosos | Questionário e exame clínico | Positiva | Saúde oral precária, com próteses desadaptadas |
| Miranda <i>et al.</i> ¹⁶ | 2011 | MG | Rev Bras Geriatria Gerontol | 204 idosos | Questionário, exame clínico e GOHAI | Regular | 63,7% de edêntulos, CPOD médio de 29,39% |
| Henriques <i>et al.</i> ¹⁷ | 2007 | SP | Ciênc Odontol Bras | 61 idosos | Questionário, exame clínico e GOHAI | GOHAI – regular; Questionário – negativa; | 38% com cárie radicular e 92% usuários de próteses não funcionais |

tar^{10,12,17}. O índice GOHAI foi positivo no estudo de Silva *et al.*¹⁴, negativo para 3 estudos^{8,10-11} e regular também para três^{12,16-17}. Quando a autopercepção foi avaliada através de questionário, foi positiva nos três estudos que avaliaram desta forma^{5,13,15}.

Discussão

A região brasileira na qual os artigos foram executados não influenciou na autopercepção em saúde, já que em nenhuma das regiões nas quais os estudos foram realizados (sudeste, nordeste e sul) foi encontrado apenas um tipo de resultado (positivo, regular ou negativo) para a autopercepção em saúde bucal.

A maior concentração de faculdades de odontologia na região sudeste pode justificar o maior número de pesquisas terem sido feitas nesta região e isto também foi verificado em outro estudo avaliando idosos¹⁸.

Em relação a predominância de mulheres nos estudos, verifica-se de acordo com dados do IBGE¹⁹ que o número de mulheres é maior na população idosa. Este fato pode ser justificado por 90% das vítimas em mortes violentas (assassinatos e acidentes) quando jovens e adultas, são homens. Além disso, as mulheres realizam mais acompanhamentos médicos contínuos ao longo de suas vidas²⁰ o que aumenta suas expectativas de

vida. No estudo de Agostinho, Campos & Silveira⁸, a amostra de mulheres foi maior devido sua maior participação em atividades de grupo, assim frequentavam o Centro de Referência do Idoso. Verificou-se que neste estudo⁸ e no de Haikal *et al.*¹³ as mulheres foram mais críticas em relação a sua saúde bucal, porém no estudo de Martins, Dalberto & Hugo⁵, o gênero não teve efeito sobre a autopercepção em saúde bucal.

Em relação ao tipo de amostra, somente o estudo de Silva *et al.*¹⁴ foi feito com base populacional. Estudos de base populacional caracterizam-se por serem os ideais, porém em idosos ainda são raros no Brasil. Haikal *et al.*¹³ avaliou idosos institucionalizados. Já no estudo de Costa, foi realizado uma comparação entre idosos institucionalizados e não, e os resultados foram semelhantes para ambos. Os principais motivos para institucionalização de idosos são a inexistência de familiares próximos, questões financeiras e por doença²¹. Os demais estudos utilizaram idosos não institucionalizados e este critério não afetou os resultados.

No estudo de Henriques *et al.*¹⁷, foram avaliados idosos que procuraram o serviço de odontologia da faculdade do Estado de São Paulo (UNESP). Neste estudo, o índice GOHAI foi regular, enquanto que no questionário a maioria dos entrevistados autoreferiram sua saúde

como negativa. Como conclusão do estudo de Haikal *et al.*¹³, a autopercepção regular ou negativa mostrou-se como um fator associado à procura por atendimento odontológico. No estudo de Martins, Dalberto & Hugo⁵, 58,7% da população estudada disse que só procurava atendimento odontológico quando apresentava algum problema de saúde bucal. Além disso, o principal motivo para a busca por atendimento odontológico no estudo de Miranda *et al.*¹⁶ foi a necessidade de confecção de prótese dentária para 45,6%, seguido da necessidade de tratamento para dor (27,5%) dos idosos entrevistados. Assim, a autopercepção de regular a negativa no estudo de Henriques *et al.*¹⁷, pode estar associada as necessidades que fizeram os idosos procurarem o serviço de saúde odontológica da universidade.

Em relação a faixa etária, pessoas acima de sessenta anos são consideradas idosas pelo Estatuto do Idoso²². Porém, para estudos epidemiológicos, idosos entre sessenta e setenta e quatro anos são selecionados. Avaliando-se os estudos selecionados verifica-se uma ampla heterogeneidade nas faixas etárias incluídas nos estudos e esta variável pode influenciar a autopercepção em saúde bucal como verificado por Agostinho, Campos & Silveira⁸ (somente no sexo feminino) e Haikal *et al.*¹³. Devido à complexidade e diferenças que cada idade pode determinar, gerontólogos dividiram esta faixa etária em três, de 60 a 69 que representam os jovens-idosos, 70 a 79 anos como meio-idosos e acima dos 80 como idosos-velhos e talvez seja interessante para outras pesquisas essas divisões²³ como feito nos estudos de Haikal *et al.*¹³ e Miranda *et al.*¹⁶.

Os estudos que avaliaram o grau de escolaridade dos idosos, mostraram um grau muito baixo e este dado está de acordo com o estudo de Mesas, Andrade & Cabrera²⁴ e confirmado com os dados do SB-Brasil 2010²⁵. A baixa escolaridade demonstrou-se como um fator negativo na autopercepção em saúde no estudo de Silva *et al.*¹⁴. Quanto a renda, entende-se que esta pode influenciar o acesso a serviços de saúde e tipos de tratamentos odontológicos (mais conservadores ou mutiladores)¹⁸. Ela tornou-se um fator positivo para a autopercepção em saúde bucal no estudo de Martins, Dalberto & Hugo⁵ quando a renda era suficiente para a família.

O índice CPOD é preconizado pela Organização Mundial de Saúde²⁶ e expressa a soma dos dentes cariados, perdidos e obturados. Os resultados variaram entre 29,39 e 29,9. Extrações dentárias são realizadas por se caracterizarem por ser um procedimento simples e econômico²⁷. Avaliando-se a baixa renda média dos idosos em todos os estudos, este fato pode justificar o número de dentes extraídos. Além disso, a busca por tratamento foi referida somente quando já havia algum problema de saúde presente no estudo de Martins, Dalberto & Hugo⁵. Assim, esta atitude pode favorecer a uma prática mais resolutiva e menos preventiva ou de promoção de saúde. Informações a respeito da importância de manter dentes devem tornar-se uma prioridade nos serviços de saúde. A presença de mais de 20 dentes variou entre 6,2 e 17,7. Após 16 anos da meta estabelecida pela OMS e FDI²⁸, na qual esperava-se que 50%

dos idosos teriam 20 ou mais dentes presentes, verifica-se que este ainda é um grande desafio para a odontologia. A associação entre menos de 20 dentes e uma autopercepção ruim em saúde foi verificada nos estudos de Martins, Dalberto & Hugo⁵, Haikal *et al.*¹³ e Silva *et al.*¹⁴; e uma autopercepção positiva para idosos com mais de 20 dentes foi verificada no estudo de Agostinho, Campos & Silveira⁸.

O edentulismo foi avaliado como positivo para a autopercepção em saúde bucal em um estudo⁵. Possíveis explicações podem estar associadas a experiências anteriores de dor e más condições dentárias que podem ter contribuído para um impacto negativo prévio e positivo no edentulismo total. Porém o edentulismo apresenta consequências na mastigação, deglutição, nutrição, fonação, perda de tônus muscular, modificações faciais estéticas e no convívio social^{5,8,29}.

Em relação ao uso de próteses, no estudo de Agostinho, Campos & Silveira⁸, mais de 50% dos idosos usavam prótese total dupla, seguido de apenas prótese total superior. A presença de próteses totais duplas determinou uma melhor autopercepção em saúde no estudo de Silva *et al.*¹⁴. No índice SBBrasil 2010²⁵, o índice de portadores de prótese total superior foi de 63,1%, enquanto que para prótese total inferior foi de 37,5% da população entre 65 a 74 anos. No estudo de Agostinho, Campos & Silveira⁸, próteses eram usadas há mais de 20 anos. Este fator pode levar a desadaptações que podem gerar alterações em tecidos moles. Alterações em tecidos moles foram avaliadas nos artigos de Silva *et al.*¹⁴, na qual sua presença teve impacto negativo na autopercepção de saúde oral. Este dado mostra que deve haver um incentivo a idosos dentados e edentados a procurarem serviços de saúde para diagnóstico precoce, prevenção, manutenção das próteses e tratamento das lesões¹⁴.

Em relação a necessidade de prótese, no estudo de Agostinho, Campos & Silveira⁸, a necessidade de prótese foi de 27,2%, enquanto que no estudo de Santos *et al.*¹¹, foi de 58,6%. Próteses dentárias são tratamentos odontológicos dispendiosos e só foram disponibilizados pelo SUS através do projeto Brasil Sorridente. Este fator apresentou-se como um fator negativo para a autopercepção em saúde nos estudos de Santos *et al.*¹¹ e Silva *et al.*¹⁴. A necessidade de prótese inferior foi maior nos estudos de Santos *et al.*¹¹ e Agostinho, Campos & Silveira⁸ e justificada pela dificuldade de adaptação.

O índice GOHAI foi desenvolvido por Atchinson & Dolan³⁰ e apresentou relação positiva com a condição bucal aferida clinicamente nos Estados Unidos. No estudo de Costa, Saintrain & Vieira¹⁰, o índice GOHAI foi negativo e a resposta em questionário foi positiva ou regular. Já no estudo de Vasconcelos *et al.*¹², o resultado para o índice GOHAI foi regular, enquanto que no questionário foi positiva. Porém, no estudo de Henriques *et al.*¹⁷, o resultado para o índice GOHAI foi regular, enquanto que para o questionário foi negativa. Avaliando-se as condições de saúde bucal dos idosos envolvidos em todos os estudos, verifica-se que o índice GOHAI foi mais realístico do que o uso de questionários.

Avaliando-se os resultados a partir dos exames clínicos é possível verificar as necessidades da população, e sem dúvida, em todos os estudos, nas três regiões brasileiras haviam grandes necessidades de tratamentos odontológicos e precárias condições bucais de saúde. No estudo de Haikal *et al.*¹³, 51% dos idosos relataram incômodos, 29% dor no último ano, 13% problemas com a aparência e 38% dificuldade mastigatória. Mesmo assim, 60% dos idosos não percebiam a necessidade de consultarem com cirurgião-dentista e a maioria avaliou-se positivamente em relação a sua saúde oral. No estudo de Santos *et al.*¹¹, verifica-se que apesar de 48,3% relatarem não necessitar de tratamento odontológico, 58,6% necessitavam de algum tipo de prótese dentária superior e 37,9% de inferior. Além disso, no estudo de Martins *et al.*⁵, 60% dos idosos relataram procurar atendimento odontológico somente quando surge algum problema.

Certamente esta situação está relacionada com valores sociais, culturais, econômicos e clínicos. Normalmente o idoso não percebe sua condição negativa como algo que deva ser mudado, entende que faz parte da sua condição de idoso. No estudo de Vaccarezza, Costa & Ponta¹⁵, quatorze idosos relataram ter dores frequentes na boca ou dentes e metade estava satisfeita com a sua saúde bucal. Além disso, vinte e sete idosos relataram dificuldade para comer, e onze pontuaram sua saúde bucal como boa ou excelente. No estudo de Silva *et al.*¹⁴, os indicadores de autopercepção foram altos mesmo nos idosos com piores condições de saúde oral. Essas informações sugerem que pacientes idosos parecem mais resignados diante das suas condições bucais e da dificuldade de conseguir serviços odontológicos¹³. Uma das possíveis explicações é justamente a mudança de paradigmas e contexto histórico de falta de opções para o idoso na saúde oral.

Conclusões

Apesar das limitações do presente estudo, verifica-se que todos os estudos analisados mostraram precárias condições de saúde bucal na população idosa brasileira. Porém, quando utilizados questionários, poucos idosos referenciaram sua saúde como ruim.

O envelhecimento da população foi conseguido através de avanços na tecnologia e ciências, além de melhorias na qualidade de vida, porém estes fatores não determinaram melhorias na saúde bucal da população idosa brasileira.

Verifica-se a necessidade de mais informações, prevenção e promoção de saúde para fazer com que idosos compreendam melhor sua real necessidade de saúde bucal e busquem tratamentos mais conservadores.

Além disso, os serviços de saúde devem enfatizar a promoção e prevenção de saúde para melhorar as precárias condições de saúde bucal da população idosa brasileira. As doenças cárie e doença periodontal devem ser prevenidas e tratadas em adultos para promover um envelhecimento mais saudável para as próximas gerações de idosos.

Referências

1. Organización Panamericana de la Salud. Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores. 3.ª ed. Washington, DC. 2003.
2. Carvalho JAM, Rodriguez-Wong LL. A transição da estrutura etária brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(3):597-605.
3. De Marco MA. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Rev Bras Educ Med* 2006;30(1).
4. Gilbert L. Social factors and self-assessed oral health in South Africa. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1994;22:47-51.
5. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. *Cad Saúde Pública*; 2009; 25(2):421-35.
6. Rovida TAS, Peruchini LFD, Moimaz SAS, Garbin CAS. O conceito de saúde geral e bucal na visão dos cuidadores de idosos. *Odontol Clin-Cient*, 2013;12(1):43-6.
7. Agostinho ACMG, Campos ML, Silveira JLGC. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. *Rev Odontol*. UNESP. 2015; 44(2):74-9.
8. Bulgarelli AF, Manço ARX. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(4):165-74.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. Costa EHM, Saintrain MVL, Vieira APGF. Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Ciênc Saúde Coletiva*. 15(6):2925-30, 2010.
11. Santos FB, Morais MB, Barbosa AS, Sampaio FC, Forte FDS. Autopercepção em saúde bucal de idosos em unidades de saúde da família do Distrito Sanitário III de João Pessoa-PB. *Arq Odontol*; 2007;43(2): 23-32.
12. Vasconcelos LCA, Prado Júnior RR, Teles, JBM, Mendes RF. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(6): 1101-10.
13. Haikal DS, Paula AMB, Martins AMEBL, Moreira NA, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(7):3317-29.
14. Silva DD, Heldt RB, Torres SVS, Sousa MLR, Neri AL, Antunes JLF. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(6): 1145-53.
15. Vaccarezza GF, Costa DP, Ponta JC. Autopercepção da saúde bucal por idosos e a associação com indicadores clínicos. *Rev Odontol Univ Cidade de São Paulo*. 2010; 22(3):229-32.
16. Miranda LP, Silveira MF, Miranda LP, Bonan PRF. Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos da Cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(2):251-69
17. Henriques C, Telarolli Júnior R, Loffredo LCM, Montandon AAB, Campos JAD. Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara-SP. *Cienc Odontol Bras*. 2007;10(3):67-73.
18. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(6):1665-75.

19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Sinopse do Senso Demográfico de 2010. Rio de Janeiro, 2011.
20. Bandeira L, Melo HP, Pinheiro, LS. “Mulheres em dados: o que informa a PNAD/ IBGE”, 2008. *In: Observatório Brasil da Igualdade de Gênero*, julho, 2010, p. 107-19.
21. Carmo HO, Rangel JRA, Ribeiro NAP, Araújo CLO. Idoso institucionalizado: o que sente, percebe e deseja? *Rev Bras Cienc Envelhecimento Hum*, 2012; 9(3):330-40; .
22. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília (DF); 1994; 05 Jan. p. 77.
23. Santos GA, Vaz CE. Grupos da terceira idade, interação e participação social. *In: Zanella AV, et al., org. Psicologia e práticas sociais (online)*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 333-46.
24. Mesas AE, Andrade SM, Cabrera MAS. Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. *Rev Bras Epidemiol* 2006. 9(4):471-80.
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, Brasília (DF);2010.
26. World Health Organization. Oral Health Surveys: basics methods. 4 ed. Geneva: 1997
27. Carneiro VFA, Rodrigues DCV, Ribeiro AIAM, Rocha RACP, Farias ABL, Cavalcanti AL. ocorrência de perda dentária entre os usuários da estratégia de saúde da família do Município de Campina Grande-PB. *Rev Bras Cienc Saúde*. 2012; 16(2):137-42.
28. Fédération Dentaire Internationale (FDI). Global goals for oral health in 2000. *Int Dent J*. 1982;32(1):74-7.
29. Guimarães MLR, Hilgert JB, Hugo FN, Corso AC, Nocchi P, Padilha DMP. Impacto da perda dentária na qualidade de vida de idosos independentes. *Sci Med*. 2005; 15(1).
30. Atchison KA, Dolan TA. Development of the geriatric oral health assessment index. *J Dent Educ*. 1990; 54(11):680-7.

Endereço para correspondência:

Lisiane Martins Fracasso
Av. Ipiranga, 6681 – Paternon
Porto Alegre-RS, CEP 90619-900
Brasil

E-mail: lisianefracasso@yahoo.com.br

Recebido em 16 de maio de 2017
Aceito em 27 de setembro de 2017