

# AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA-SP

---

SÔNEGO, Paula Isabela. Cirurgiã-dentista formada pelo Centro Universitário de Araraquara – UNIARA.  
PORFÍRIO, Regis Incerpi. Cirurgiã-dentista formada pelo Centro Universitário de Araraquara – UNIARA.

FELÍCIO, Cristina Magnani. Professora Doutora da disciplina de Estágio Supervisionado do Centro  
Universitário de Araraquara – UNIARA.

DOMINGOS, Patricia Aleixo dos Santos. Professora Doutora da disciplina de Odontologia em Saúde  
Coletiva do Centro Universitário de Araraquara – UNIARA. Av: Dr. Rocha Lima, 572, Jardim Adalgisa,  
14.806-146, Araraquara, São Paulo, Brasil. Telefones: (16) 3214-6606/(16) 9-8839-2664.

E-mail: patyaleixo01@yahoo.com.br.

---

## RESUMO

O estudo avaliou a autopercepção de saúde bucal de idosos institucionalizados e não institucionalizados do município de Araraquara/SP. Foram selecionados 40 moradores da Instituição de Longa Permanência (ILP) e 40 frequentadores de um Grupo da terceira idade (SESI), com faixa etária entre 60 e 95 anos, de ambos os sexos. Os participantes foram questionados sobre suas condições sociodemográficas, submetidos à avaliação cognitiva por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e posteriormente, avaliados quanto à autopercepção de saúde bucal com o Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). Os dados foram analisados descritivamente. Os resultados mostraram que prevaleceu o gênero feminino, com idade entre 70 e 79 anos, a maioria analfabeta ou com ensino fundamental incompleto, 50% moravam com companheiro e 25% sozinhos ou com a família. Encontrou-se condição de normalidade tanto para o grupo não institucionalizado como institucionalizado (65,0% e 87,5%, respectivamente) na avaliação cognitiva. Para o GOHAI, 85% no SESI e 92,5% na ILP não sentiam desconforto ao engolir alimentos. Quanto à satisfação com dentes e próteses, 72,5% do grupo da ILP consideram-se parcialmente felizes ou descontente. Na avaliação clínica, houve queixa frequente de sensação de boca seca; 85% do SESI utilizavam prótese, das quais 62,5% eram satisfatórias; na ILP, 72,5% usavam próteses, das quais 22,5% apresentaram desgaste excessivo. Dessa forma, conclui-se que a autopercepção de saúde bucal dos idosos institucionalizados e não institucionalizados é baixa, o que sugere o planejamento de ações de educação e prevenção em saúde bucal das principais doenças que acometem esses indivíduos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Autopercepção; Saúde bucal; Saúde do idoso institucionalizado.

**SELF-PERCEPTION OF ORAL HEALTH IN INSTITUTIONALIZED AND NON-INSTITUTIONALIZED ELDERLY PEOPLE IN THE CITY OF ARARAQUARA-SP**

## ABSTRACT

The study evaluated the self-perception of oral health in institutionalized and non-institutionalized elderly in the city of Araraquara -SP. The selected participants were 40 residents at a long stay institution (LSI) and 40 regulars from a group of seniors (SESI), aged between 60 and 95 years, of both genders. Participants were asked about their socio- demographic conditions, they performed a cognitive assessment test based on the Mini Mental State Examination (MMSE) and subsequently were evaluated for the self-perception of oral health with GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index). The data were analyzed descriptively. The results showed that prevailed females, aged between 70 and 79 years, mostly illiterate or with incomplete primary education,

50.0% living with a partner and 25.0% alone or with family. Both groups, the non-institutionalized and institutionalized ones, were considered normal in cognitive assessment (87.5% and 65.0% respectively). For GOHAI, 85.0% in SESI and 92.5% in LSI felt no discomfort when swallowing food. Regarding satisfaction with teeth and dentures, 72.5% of the group of LSI were considered as partly happy or unhappy. In clinical evaluation there was frequent complaint of dry mouth, 85.0% of SESI prosthesis users, of which 62.5% were satisfactory; in the SLI, 72.5% wore dentures, of which 22.5% presented excessive wear. Thus, we can conclude that the self-perception of oral health of institutionalized and non-institutionalized elderly is low, which suggests the planning of education and prevention actions in oral health of major diseases that affect these individuals.

**KEYWORDS:** Self-concept; Oral Health; Health of Institutionalized Elderly.

## INTRODUÇÃO

O Brasil enfrenta um processo de envelhecimento populacional que deve ser criteriosamente trabalhado, onde um dos fatores pelo qual se tem o aumento de sobrevida da população é o declínio das taxas de mortalidade e fecundidade. Isto vem acontecendo devido à melhora na qualidade de vida e grandes avanços tecnológicos. O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, em função disso, a Odontologia está se tornando um campo de atuação de pesquisa crescente nesta área (ALMEIDA *et al.*, 2004; ABUD *et al.*, 2008). Aliado a isso, surgem novos conceitos e desafios de saúde a serem conquistados, sendo necessário capacitar os profissionais no atendimento desta população. É evidente que as necessidades do tratamento curativo dos idosos, relacionadas à perda completa dos dentes, à falta de elementos dentários, à cárie dental, às abrasões e à doença periodontal, continuam a ser uma realidade e não devem ser postas em segundo plano. No entanto, a manutenção da saúde bucal e o não surgimento de novos casos de doenças, somente serão possíveis com

a coparticipação do paciente, apoiado por uma equipe de saúde bucal preparada para além de educá-lo, conscientizá-lo sobre a importância de seu engajamento nos programas de saúde.

Segundo Motta *et al.* (2010), a qualidade de vida está relacionada com o nível de satisfação do indivíduo com sua saúde bucal. Assim, as preocupações dos pacientes se voltam para o conforto, a estética e a função mastigatória. Entretanto, quando a condição bucal não atende as expectativas estabelecidas, estímulos psicossociais como ansiedade, introversão, vergonha e insegurança são ocasionados, podendo evoluir para o isolamento social.

Com o envelhecimento, que se caracteriza por provocar no indivíduo alterações morfológicas, funcionais e psicológicas (REIS E MARCELO, 2006), há um decréscimo do nível de higiene bucal e aumento da incidência de doenças bucais. A diminuição da capacidade motora, a baixa autoestima, a falta de estímulo para a realização da higiene bucal, o uso de drogas como anti-hipertensivos ou a incapacidade de realizar a sua higiene devido a doenças crônico-degenerativas tornam o idoso um indivíduo de alto risco para o desenvolvimento de cárie e doença periodontal (CALDAS *et al.*, 2005).

Segundo Costa *et al.* (2010), a autopercepção de saúde bucal negativa aponta a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas para melhoria da saúde bucal dos idosos.

Pacientes idosos relataram a autopercepção de saúde bucal e mostraram estarem felizes com aspectos de seus dentes ou prótese, embora muitos tenham apresentado doença periodontal, o que mostra que a realidade dessa população pode não corresponder com seus conceitos de qualidade de vida (HENRIQUES *et al.*, 2007).

O presente trabalho propõe-se a avaliar a autopercepção de saúde bucal de idosos institucionalizados de uma ILP e não institucionalizados do SESI do município de Araraquara/SP.

## MATERIAL E MÉTODO

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisa do Centro Universitário de Araraquara – UNIARA sob protocolo n.º 1224/10.

### **Caracterização da amostra**

A amostra foi delineada por conveniência, sendo composta por idosos institucionalizados (moradores do Lar São Francisco de Assis) e não institucionalizados (frequentadores do Grupo da terceira idade do SESI). A faixa etária estudada foi de 60 a 95 anos de idade, de ambos os gêneros, e participaram 40 idosos em cada grupo. Os critérios de inclusão do voluntário na amostra foram:

a) Preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo idoso ou seu responsável/cuidador.

b) Ser funcionalmente independente ou parcialmente dependente, sem alterações cognitivas significativas, que impeçam de participar da pesquisa. Para definir tal critério de inclusão foi adotado o teste de avaliação cognitiva, Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN *et al.*, 1970), traduzido e adaptado por Bertolucci *et al.* (1994).

### **Aspectos Sociodemográficos**

Os participantes da pesquisa foram inicialmente questionados sobre suas condições sociodemográficas, a saber: sexo, idade, estado civil, perfil social (escolaridade, moradia, renda familiar) e profissão.

### **Avaliação da Autopercepção de Saúde Bucal**

Para a avaliação subjetiva das condições de saúde bucal, foi utilizado o questionário Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), proposto por Atchison e Dolan (1990). O questionário é composto por 12 questões fechadas que abordam a avaliação das condições de saúde bucal de idosos, por meio da autopercepção em três funções básicas: a física, que inclui alimentação, fala e deglutição; a psicossocial, que inclui preocupação e interesse pela saúde bucal, bem como a insatisfação com a aparência, autoconsciência e distanciamento social em virtude de problemas bucais; e a dor e desconforto, que inclui utilização de medicamentos para o alívio de dor e desconforto. O

questionário apresenta para cada pergunta as alternativas "sempre", "às vezes" e "nunca", as quais receberam, respectivamente, valores 1, 2 e 3. A soma dos escores das questões determinará o índice de avaliação da saúde bucal. Esse escore total pode variar entre 12 a 36, e a maior pontuação significará uma melhor avaliação da própria saúde bucal. A pontuação geral foi classificada em alta percepção (34-36 pontos), moderada percepção (30 a 33 pontos) e baixa percepção (< 30 pontos) (ATCHISON e DOLAN, 1990).

O referido instrumento de avaliação foi aplicado uma única vez na forma de entrevista estruturada, realizada pelos pesquisadores para auxiliar na compreensão das questões e no preenchimento das possíveis alternativas.

### **Avaliação clínica**

Os exames clínicos da cavidade bucal foram realizados pelos pesquisadores após a calibração dos mesmos para identificação das características das estruturas e das lesões presentes na boca do examinado. Foram utilizados materiais descartáveis, tais como luvas, máscara, gorro, espátulas de madeira para afastamento dos tecidos moles, além de espelhos clínicos para melhor visualização do campo. Foram avaliadas as condições de normalidade e integridade dos tecidos moles e duros da boca. Para tanto, foi utilizada a ficha clínica dotada de esquema dos tecidos moles bucais e odontograma de denteção permanente para exame dos dentes.

### **Análise estatística**

A análise dos dados coletados foi realizada de forma descritiva por meio da distribuição de frequência das respostas obtidas e apresentada na forma de tabelas.

## **RESULTADOS**

A população estudada apresentou-se com as seguintes características sociais e demográficas:

Entre os idosos não institucionalizados frequentadores do grupo da terceira idade do SESI, houve maior prevalência da participação do gênero feminino

(82,5%) e apenas 17,5% do gênero masculino. A faixa etária de 45,0% dos idosos era de 70 a 79 anos e 40,0% estavam entre 60 a 69 anos.

Quanto ao grau de escolaridade, 45,0% estudaram primário completo ou não completaram o ginásio e 40,0% eram analfabetos. Em relação à profissão, 40,0% eram aposentados e 40,0% do lar. A renda de 70,0% dos idosos correspondia à média de um a dois salários mínimos. Somente 2,5% eram solteiros, 47,5% casados e 35,0% viúvos. Considerando o estado civil e a moradia, 50,0% relataram morar com companheiro, 25,0% sozinho e 25,0% com a família.

No grupo dos institucionalizados houve maior participação de mulheres (62,5%) – e do gênero

masculino participaram 37,5%. Considerando a faixa etária estudada de 60 a 95 anos, 35,0% desses idosos apresentaram-se na faixa de 70 a 79 anos e 45,0% eram solteiros.

Em relação à escolaridade, 45,0% estudaram primário completo ou não completaram o ginásio e 40,0% eram analfabetos. Quanto à profissão, observou-se que 95,0% eram aposentados, e a maioria apresentava renda mensal de um a dois salários mínimos (77,5%).

Com relação à avaliação cognitiva, os resultados obtidos com as respostas fornecidas pelos participantes da pesquisa, após a aplicação do questionário MEEM, podem ser observados na Tabela 1, a seguir:

**Tabela 1** – Distribuição de frequência relativa (%) dos participantes, segundo o grupo, das respostas totalmente corretas obtidas na avaliação cognitiva. Araraquara, 2011.

<b>Mini Exame do Estado Mental- MEEN %</b>	<b>SESI</b>	<b>ILP</b>
Você sabe a data de hoje? (dia da semana), (dia do mês), (ano), (período do dia).	65,0	45,0
Você sabe em que local, cidade e Estado você está? E você de que cidade e Estado você veio?	100,0	87,5
Vou citar 3 palavras ( em cerca de 3 segundos) e você vai repeti-las. (Repita as palavras até que o paciente as aprenda). Anote o número de tentativas. GATO, ÁRVORE, VIOLINO.	97,5	92,5
Vá somando 5 em 5, a partir de 0. Pare após 5 respostas. (1 ponto para cada resposta correta. Alternativamente: solete, de trás para diante, as letras da palavra MARIA.	67,5	52,5
Diga de novo, o nome daqueles 3 objetos que eu mencionei há pouco.	35,0	30,0
O que é isto? (mostrando o relógio) E isto? ( mostrando lápis ou caneta).	95,0	100,0
Repita a seguinte frase: “sem dúvidas ou incerteza”.	92,5	95,0
Pegue este papel (em cima da mesa), com sua mão direita dobre-o ao meio e coloque-o no chão.	80,0	90,0
Leia o que está escrito aqui ("Feche os olhos "). Agora faça o que você acabou de ler. Alternativamente: (Para analfabetos):faça o que mostra este desenho ( Olhos fechados).	90,0	97,5
Escreva neste papel uma sentença qualquer. Alternativamente (não sabendo escrever): Diga uma frase ou sentença qualquer.	72,5	67,5
Copie este desenho.	100,0	77,5

**Fonte:** Dados de pesquisa.

Assim como citado também por Folstein *et al.* (1970) e Tiberio *et al.* (2006), os dados do Mini Exame do Estado Mental foram analisados de acordo com alguns aspectos contidos nas questões referentes à noção de orientação para o tempo (5 pontos), registro (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança ou memória (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM varia de um mínimo (0) até o total máximo (30) (TIBERIO *et al.*, 2006).

Quanto ao desempenho cognitivo dos idosos, segundo MEEM, de maneira geral, nota-se que, ao compor a pontuação alcançada para todas as respostas do MEEM, a maioria dos participantes, tanto do grupo de idosos não institucionalizados como o dos institucionalizados, apresentou avaliação cognitiva normal (87,5% e 65,0%, respectivamente).

Notou-se que os idosos apresentaram maior dificuldade para responder à questão relativa à memória imediata, em que devem repetir três (3) palavras já

mencionadas anteriormente durante a aplicação do questionário. Para essa questão, as respostas corretas foram apresentadas por 35,0% e 30,0% dos idosos do SESI e da ILP, respectivamente.

Na questão que solicitava aos participantes que escrevessem ou falassem uma frase, testando assim sua aptidão na linguagem, verificou-se que somente 72,5% e 67,5% deles (SESI e ILP, respectivamente) foram capazes de responder adequadamente. Em relação à capacidade construtiva visual, observou-se diferença entre os grupos, uma vez que, enquanto 100,0% do grupo do SESI conseguiu copiar o desenho aplicado, somente 77,5% do grupo da ILP efetuou esta tarefa adequadamente.

No que se refere à autopercepção de saúde bucal, os resultados obtidos são apresentados nas Tabelas 2 e 3. Na tabela apresentada a seguir (Tabela 2), encontram-se os dados referentes às respostas obtidas para as questões sobre autopercepção de saúde bucal para o grupo dos idosos não institucionalizados.

**Tabela 2** – Distribuição de frequência relativa (%) das respostas obtidas quanto à auto percepção de saúde bucal, no grupo de idosos não institucionalizados. Araraquara, 2011.

<b>SESI</b>	<b>Sempre</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Nunca</b>
<b>Geriatric Oral Health Assessment Index - GOHAI</b>			
<b>Nos últimos três meses...</b>			
Limitou o tipo ou a quantidade de alimentos que come devido a problemas com seus dentes ou prótese(s)?	17,5	20,0	62,5
Tem problemas mordendo ou mastigando alimentos como pedaço de carne ou maçã?	35,0	20,0	45,0
É capaz de engolir confortavelmente?	85,0	7,5	7,5
Seus dentes ou prótese(s) o impediram de falar da maneira como queriam?	17,5	12,5	70,0
É capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?	37,5	52,5	10,0
Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou prótese(s)?	5,0	5,0	90,0
Sente-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou prótese(s)?	40,0	32,5	27,5
Já usou ou usa medicamentos para aliviar dor ou desconforto relativos à boca?	2,5	30,0	67,5
Preocupa-se com os cuidados com seus dentes, gengivas ou prótese(s)?	50,0	37,5	12,5
Sente-se nervoso ou tomou consciência de problemas com seus dentes, gengivas ou prótese(s)?	15,0	35,0	50,0
Sente desconforto ao alimentar-se frente a outras pessoas devido a problema com seus dentes ou prótese(s)?	5,0	12,5	82,5
Tem sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces?	10,0	27,5	62,5

**Fonte:** Dados de pesquisa.

Assim como citado também por Folstein *et al.* (1970) e Tiberio *et al.* (2006), os dados do Mini Exame do Estado Mental foram analisados de acordo com alguns aspectos contidos nas questões referentes à noção de orientação para o tempo (5 pontos), registro (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança ou memória (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM varia de um mínimo (0) até o total máximo (30) (TIBERIO *et al.*, 2006).

Quanto ao desempenho cognitivo dos idosos, segundo MEEM, de maneira geral, nota-se que, ao compor a pontuação alcançada para todas as respostas do MEEM, a maioria dos participantes, tanto do grupo de idosos não institucionalizados como o dos institucionalizados, apresentou avaliação cognitiva normal (87,5% e 65,0%, respectivamente).

Notou-se que os idosos apresentaram maior dificuldade para responder à questão relativa à memória imediata, em que devem repetir três (3) palavras já

mencionadas anteriormente durante a aplicação do questionário. Para essa questão, as respostas corretas foram apresentadas por 35,0% e 30,0% dos idosos do SESI e da ILP, respectivamente.

Na questão que solicitava aos participantes que escrevessem ou falassem uma frase, testando assim sua aptidão na linguagem, verificou-se que somente 72,5% e 67,5% deles (SESI e ILP, respectivamente) foram capazes de responder adequadamente. Em relação à capacidade construtiva visual, observou-se diferença entre os grupos, uma vez que, enquanto 100,0% do grupo do SESI conseguiu copiar o desenho aplicado, somente 77,5% do grupo da ILP efetuou esta tarefa adequadamente.

No que se refere à autopercepção de saúde bucal, os resultados obtidos são apresentados nas Tabelas 2 e 3. Na tabela apresentada a seguir (Tabela 2), encontram-se os dados referentes às respostas obtidas para as questões sobre autopercepção de saúde bucal para o grupo dos idosos não institucionalizados.

**Tabela 2** – Distribuição de frequência relativa (%) das respostas obtidas quanto à auto percepção de saúde bucal, no grupo de idosos não institucionalizados. Araraquara, 2011.

<b>SESI</b>	<b>Sempre</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Nunca</b>
<b>Geriatric Oral Health Assessment Index - GOHAI</b>			
<b>Nos últimos três meses...</b>			
Limitou o tipo ou a quantidade de alimentos que come devido a problemas com seus dentes ou prótese(s)?	17,5	20,0	62,5
Tem problemas mordendo ou mastigando alimentos como pedaço de carne ou maçã?	35,0	20,0	45,0
É capaz de engolir confortavelmente?	85,0	7,5	7,5
Seus dentes ou prótese(s) o impediram de falar da maneira como queriam?	17,5	12,5	70,0
É capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?	37,5	52,5	10,0
Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou prótese(s)?	5,0	5,0	90,0
Sente-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou prótese(s)?	40,0	32,5	27,5
Já usou ou usa medicamentos para aliviar dor ou desconforto relativos à boca?	2,5	30,0	67,5
Preocupa-se com os cuidados com seus dentes, gengivas ou prótese(s)?	50,0	37,5	12,5
Sente-se nervoso ou tomou consciência de problemas com seus dentes, gengivas ou prótese(s)?	15,0	35,0	50,0
Sente desconforto ao alimentar-se frente a outras pessoas devido a problema com seus dentes ou prótese(s)?	5,0	12,5	82,5
Tem sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces?	10,0	27,5	62,5

**Fonte:** Dados de pesquisa.

A tabela do índice GOHAI no grupo dos idosos institucionalizados apresenta os dados referentes às respostas obtidas para as questões sobre autopercepção de saúde bucal. De maneira geral, observa-se que a maioria dos entrevistados se sente confortável ao engolir os alimentos (92,5%) e diz não apresentar problemas para mastigar alimentos sólidos (50,0%).

Para as questões referentes ao comprometimento do convívio social, 80,0% relatam nunca ter sentido desconforto ao se alimentar frente a outras pessoas e 65,5% afirmaram não terem limitado seus contatos sociais devido às condições de seus dentes.

Quanto às questões sobre a satisfação em relação à prótese ou aos dentes naturais, 72,5% afirmaram que estão parcialmente ou não estão contentes com o aspecto delas. Sobre o impedimento ou dificuldade na fala devido ao uso da prótese, observou-se maior frequência nas respostas "às vezes" (47,5%) ou "nunca" (32,5%).

#### **Avaliação clínica**

Na avaliação clínica do grupo não institucionalizado observou-se que, dentre as doenças sistêmicas relatadas pelos participantes da pesquisa, 22,5% apresentavam hipertensão arterial e 5,0% eram diabéticos. Quanto arguidos sobre o uso de medicamentos, houve relato de 80% desse grupo. No que diz respeito aos hábitos deletérios, nenhum participante era fumante, porém, 20,0% disseram ingerir bebida alcoólica e 12,5% afirmaram serem respiradores bucais.

Dentre as manifestações bucais mais frequentes, pôde-se verificar que 37,5% sofriam de sensação de boca seca, apenas 2,5% relataram dor e 2,5% mobilidade dental. É importante salientar que, para esta pergunta, houve 40,0% de respostas negativas, isto é, estes indivíduos consideraram não apresentar nenhuma manifestação relevante na cavidade bucal.

Em relação à condição dental, 90% deles eram desdentados totais ou parciais (45,0% e 45,0%, respectivamente), dos quais 52,5% utilizavam prótese total superior e 22,5% usavam prótese total superior e parcial inferior. Quando questionados sobre o tempo

de uso da prótese, 67,5% relataram utilizar a mesma prótese há mais de 10 anos, enquanto somente 7,5% a possuem há menos de cinco anos. Ao serem analisadas, as próteses foram classificadas como satisfatórias (62,5%), excessivamente desgastadas (20,0%) e fraturadas (2,5%), sendo as demais (15%) enquadradas como pouco desgastadas.

No que se refere à última visita ao cirurgião-dentista, as respostas foram: 32,5% disseram tê-lo visitado há menos de seis meses; 17,5% há menos de um ano; 32,5% há menos de cinco anos e 17,5% há mais de cinco anos.

Na avaliação clínica do grupo da ILP, observou-se que, dentre as doenças sistêmicas relatadas pelos participantes da pesquisa, 15,0% apresentavam hipertensão arterial e apenas 2,5% eram diabéticos. Quanto arguidos sobre o uso de medicamentos, notou-se que 85,0% desse grupo utilizavam e 15,0% não. No que diz respeito aos hábitos deletérios, 17,5% dos pesquisados eram fumantes, 5,0% disseram ingerir bebida alcoólica e 10,0% afirmaram serem respiradores bucais, sendo que 20,0% do grupo relatou possuir mais de um hábito deletério.

Dentre as manifestações bucais mais frequentes pode-se verificar que 50,0% reclamavam de sensação de boca seca, porém nenhum relatou dor, ardência, sangramento ou mobilidade dental. É importante salientar que, para esta pergunta, houve 25,0% de respostas negativas, isto é, estes indivíduos consideraram não apresentar nenhuma manifestação relevante na cavidade bucal.

Em relação à condição dental, 95,0% do grupo eram desdentados totais ou parciais (67,5% e 27,5%, respectivamente), dos quais 57,5% utilizavam prótese total superior e 7,5% usavam prótese total superior e parcial inferior, enquanto que 27,5% não utilizam próteses. Quando questionados sobre o tempo de uso da prótese, 52,5% relataram utilizar a mesma prótese há mais de 10 anos, enquanto que somente 10,0% a possuem há menos de cinco anos. Ao serem analisadas, as próteses foram classificadas como satisfatórias (42,5%), excessivamente desgastadas (22,5%) e fraturadas (7,5%), enquanto que as demais estavam

pouco desgastadas.

No que se refere à última visita ao cirurgião-dentista, as respostas foram: 15,0% disseram ter visitado há menos de seis meses; 7,5% há menos de um ano; 17,5% há menos de cinco anos e 60% há mais de cinco anos.

## **DISCUSSÃO**

O envelhecimento humano promove várias alterações anatômicas e fisiológicas no organismo, assim como na cavidade bucal. Entretanto, isso não representa desequilíbrio no processo de saúde/doença. As mudanças fisiológicas são facilmente solucionadas, à medida que o indivíduo aprende a conviver com elas, mudando alguns hábitos de sua rotina em saúde. Porém, muitos problemas odontológicos são, na realidade, complicações de processos patológicos acumulados durante toda a vida do indivíduo, devido à higiene bucal deficiente, iatrogenia, falta de orientação e de interesse em saúde bucal e ao não acesso os serviços de assistência odontológica. Desse modo, há a necessidade de incorporar procedimentos de higiene bucal na rotina de cuidados à saúde dos idosos, bem como capacitação e treinamento dos cuidadores (BATISTA *et al.*, 2010; AMORIM *et al.*, 2009).

Historicamente, as ações preventivas e educativas em saúde bucal foram dirigidas às crianças e gestantes, tanto em ações individuais como coletivas. No entanto os cuidados com a população idosa eram sistematicamente excluídos das programações de saúde bucal em nível coletivo (SILVA *et al.*, 2008). Tal fato se torna mais crítico quando se considera que muitos idosos não têm acesso ao tratamento odontológico necessário ou adequado, o que muitas vezes acontece por falta de preparo profissional em encarar essa situação como uma necessidade de atuação interdisciplinar (DOMINGOS *et al.*, 2011).

A autopercepção da condição bucal é importante ferramenta para diagnóstico e tratamento do paciente, pois indica os sintomas e as expectativas do mesmo diante de sua situação odontológica (VACCAREZA *et al.*, 2010), uma vez que pode sofrer influências socioculturais, psicológicas, da idade, da renda e do

sexo do indivíduo (SOUZA *et al.*, 2010; ALEXANDRE *et al.*, 2009).

Assim, a investigação por meio de perguntas relacionadas à autopercepção é indicador subjetivo da condição de saúde bucal, cujo objetivo é captar aspectos sociais e psicológicos das doenças para superar as limitações das abordagens baseadas apenas no modelo biomédico, no qual a saúde é ausência da doença (MARTINS *et al.*, 2008).

No presente trabalho, a população estudada foi constituída por idosos que se dividiam em dois grupos distintos, os institucionalizados e os não institucionalizados.

No que se refere aos aspectos sociais e demográficos, o gênero mais prevalente foi o feminino em ambos os grupos, assim como no estudo realizado por Mesas *et al.* (2010) e Moreira *et al.* (2009), o que pode ser explicado pela diferença de expectativa de vida entre os sexos, que ainda é bastante intensa no Brasil, pois, de acordo com Caldas Júnior *et al.* (2005) e Souza *et al.* (2010), as mulheres vivem, em média, oito anos a mais que os homens. Além disso, as mulheres aderem mais facilmente aos grupos da terceira idade, o que pode justificar este fato no grupo do SESI.

Quanto à escolaridade, pesquisas apontam que, quanto maior o nível educacional e o acesso a informações sobre como evitar problemas bucais, melhor a autopercepção da saúde bucal (MARTINS *et al.*, 2010). Isso pode justificar os resultados encontrados no presente trabalho, pois, devido ao grande número de pessoas analfabetas, a percepção da condição bucal se apresentou baixa.

Em relação à renda, camadas sociais mais baixas tendem a visitar o dentista menos frequentemente, apesar de possuírem uma necessidade maior de tratamento, e, quando o visitam, tendem a optar por diferentes formas de tratamento menos onerosas como a exodontia (CALDAS JÚNIOR *et al.*, 2005). Tal afirmação pode ser confirmada quando se analisam as condições do grupo de institucionalizados, uma vez que a amostra é caracterizada por pouco recurso financeiro, o que, associados a outros fatores sociais, acaba por interferir na qualidade de vida (VACCAREZA *et al.*,

2010). Segundo Carneiro *et al.* (2005), quanto menor era o poder aquisitivo dos indivíduos em seu estudo, maiores eram as necessidades de assistência odontológica, devido às piores condições bucais. Em contrapartida, no estudo de Benedetti *et al.* (2007), os idosos com melhor condição socioeconômica apresentaram percepção mais positiva de saúde quando comparados com os menos favorecidos economicamente.

Nesse contexto, sabe-se que o meio social é importante, pois as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual os indivíduos pensam, sentem e agem a respeito de sua saúde (SILVA *et al.*, 2001).

A questão da moradia também é importante de ser ressaltada, pois, aqueles indivíduos que moram com o companheiro, ou em suas próprias residências, muitas vezes apresentam melhor percepção das condições de saúde bucal e se sentem mais contentes em relação às mesmas, devido à autoestima elevada. Tal fato pode ser notado no presente trabalho, quando se verificou que, no grupo da ILP, os quais não moram nem com a família, nem com seu companheiro, houve maior frequência de indivíduos com índice GOHAI baixo.

Ao se verificar os resultados da avaliação cognitiva, observou-se que tanto o grupo de institucionalizados como o de não institucionalizados se encontravam em condição satisfatória para a idade estudada. Entretanto, a escolaridade pode ser apontada como fator de risco para demência, que pode estar ou não associada ao nível socioeconômico baixo (TALMELLI *et al.*, 2010). No estudo de Talmelli *et al.* (2010), a maioria dos idosos apresentava, no máximo, quatro anos de escolaridade, o que pode ter favorecido o baixo desempenho no MEEM.

No que diz respeito ao índice GOHAI, quanto ao comprometimento da mastigação devido a problemas com dentes ou uso de prótese, no presente trabalho, os grupos dos institucionalizados e dos não institucionalizados relataram nunca ter tido problemas em relação a tal comprometimento, isso mostra que os idosos têm uma percepção diferente da realidade vivida por eles, pois, segundo Caldas Jr. *et al.* (2005), um

indivíduo com todos os dentes tem uma capacidade de mastigação de 100,0%; com a perda de um dente, essa capacidade passa a ser 70,0%; com uma prótese unitária, a capacidade é de 90,0%; e com prótese total é de 25,0%.

No que se refere à dificuldade para engolir alimentos, tanto no grupo dos institucionalizados como nos do não institucionalizados, a grande maioria não apresentava nenhuma dificuldade em engolir alimentos, pois, na verdade, os alimentos que eles consomem são pastosos e, por isso, não necessitam de muita força mastigatória para sua trituração, o que facilita na deglutição. No estudo realizado por Carneiro *et al.* (2005), há relato de que, dentre os indivíduos edêntulos, grande parte (42%) não usava prótese superior nem inferior, gerando impactos negativos tanto na função mastigatória quanto na fonética, além da deglutição e estética, fatores estes que implicam diretamente a qualidade de vida e bem-estar desses indivíduos.

Quanto à dificuldade na mastigação, a maioria dos idosos do SESI afirmou nunca ter problemas mordendo ou mastigando alimentos mais duros, o que se justifica pelo fato de que a falta de dentes não é percebida pela maioria dos idosos como fator prejudicial à capacidade de mastigação, uma vez que poucos idosos afirmam ter a mastigação comprometida por problemas bucais (BENEDETTI *et al.*, 2007). Já na ILP, metade dos idosos entrevistados relatou que sempre tem dificuldade ao mastigar alimentos como pedaço de carne ou maçã. Nesse caso, por verificar que a grande maioria deles é de desdentados totais, porém muitos não utilizam nenhum tipo de prótese, nota-se que essas respostas são adequadas, fato comprovado ao se analisar que esses alimentos raramente estão no cardápio desta instituição de longa permanência, pois quando presentes causam dificuldade durante a refeição. De acordo com Benedetti *et al.* (2007), a perda dental é lenta e progressiva, fazendo com que não seja uma mudança radical na cavidade bucal do idoso, o que faz com que ele se adapte à dieta alimentar pastosa e líquida como um processo normal.

Neste contexto, torna-se importante enfatizar a falta

de programa de saúde bucal para idosos, haja vista que o edentulismo parece ser "natural". Contudo, esse quadro pode ser reflexo de uma política preventiva deficiente, que deveria ser direcionada a todos os grupos etários (CARNEIRO *et. al.*, 2005).

Ainda em relação ao índice GOHAI, a maioria dos idosos de ambos os grupos não limitou o contato com outras pessoas e também não sente vergonha de se alimentar frente a outras pessoas. Os idosos do SESI participam de um grupo de interação social que realiza atividades dinâmicas, onde participam de torneios e confraternizações, o que mostra que esses idosos procuram conviver em meio a grupos de socialização, fazendo com que aumente o contato com outras pessoas de mesmas condições sociais, sistêmicas e bucais que as suas, impedindo sentimento de vergonha. Em relação aos idosos da ILP, o fato de não terem diminuído o contato com outras pessoas pode estar relacionado com a convivência em um ambiente onde a maioria divide quartos e frequenta os mesmos ambientes o tempo todo. Quanto à grande maioria não sentir vergonha ao se alimentar frente a outras pessoas, isso se deve ao fato de que todos os moradores se alimentam juntos no refeitório, o que não causa desconforto com a situação. Entretanto, a literatura apresenta estudo (BONAN *et al.*, 2008) onde os autores ressaltam que, os fatores associados à condição bucal e à qualidade de vida não se reúnem apenas em desconforto e dor, mas refletem também em aspectos psicológicos e sociais, tais como aparência pessoal, comunicação e interação social.

Sabe-se que os portadores de próteses mal adaptadas ou pessoas que não tenham substituído artificialmente seus dentes perdidos podem estar comprometendo sua saúde geral pela perda da eficiência mastigatória, além de colocar em risco a qualidade nutricional da dieta alimentar (TALMELLI *et al.*, 2010). Porém, os idosos do grupo do SESI não associaram a falta dos dentes ou suas condições e da prótese com outros fatores, mas apenas com a estética, e classificaram-na como satisfatória, por compararem suas condições de saúde bucal com as das pessoas com as quais convivem. No caso dos

idosos do grupo da ILP, houve associação da perda de dentes com a insatisfação em relação à aparência, a dor e o desconforto e ao uso de próteses mal adaptadas. Segundo Caldas Jr. *et al.* (2005), levando em consideração a possibilidade de aquisição de próteses, relataram que os idosos institucionalizados consideram que a oferta do serviço é um bem de consumo inalcançável e, por pensarem dessa forma, muitas vezes se sentem contentes com o aspecto dos dentes ou da prótese, como foi observado no presente estudo. Por outro lado, existem muitos casos de desistência por parte dos pacientes no uso da prótese dental instalada pelo cirurgião-dentista. Tal fato se deve à falta de acompanhamento e controle no período de adaptação à prótese, o que pode ocasionar o aparecimento de lesões na mucosa bucal e problemas no sistema neuromuscular, aumentando a incidência de não uso, especialmente para as próteses parciais removíveis (MENEZES *et. al.*, 2008).

No presente estudo, de modo geral, os idosos de ambos os grupos apresentaram baixa autopercepção de saúde bucal. Segundo Vaccareza *et al.* (2010), esse fato pode demonstrar que, de alguma forma, esses idosos não levam em consideração a saúde bucal quando pensam em sua vida e na qualidade desta (MARTINS *et. al.*, 2010). Mesmo porque as pessoas utilizaram critérios diferentes dos usados pelo cirurgião-dentista para avaliar sua condição bucal, o que mostra que a ausência de dentes pode não significar um problema de saúde bucal para essa população (BENEDETTI *et. al.*, 2007).

Neste trabalho se optou por realizar também a avaliação clínica dos participantes como fonte de informações objetivas das condições de saúde bucal dos idosos e, assim, comparar com a percepção que os mesmos tinham em relação a ela. Na literatura há relatos de que os idosos institucionalizados normalmente apresentam condição oral diferente da população idosa em geral, em virtude muitas vezes, das precárias condições de vida dessa população (SILVA *et. al.*, 2008).

De maneira geral, observou-se que os idosos, de ambos os grupos, não consideravam algumas

manifestações bucais como sendo problemas enfrentados por eles. A sensação de boca seca foi um sintoma muito comum na pesquisa, porém, ao serem questionados sobre sentir desconforto ao se alimentar, engolir ou falar, as respostas contradiziam esta condição, pois não parecia ser uma limitação para efetuar tais atividades cotidianas.

Observa-se, desse modo, que a falta de percepção da necessidade de tratamento odontológico é muito comum não apenas entre os idosos, suas famílias e cuidadores, mas também entre muitos profissionais de saúde. Essa falta de percepção pode levar o paciente idoso a deixar o tratamento odontológico sempre "por último", em relação a outros tratamentos de saúde, pois outras doenças de alta prevalência entre idosos, como, por exemplo, diabetes, glaucoma, hipertensão arterial sistêmica e cardiopatias, produzem um nível de impacto muito mais alto do que aquelas relacionadas à cavidade bucal (CALDAS JÚNIOR *et al.*, 2005).

No estudo de Reis e Marcelo (2006), foi percebida nos idosos certa dificuldade para falar sobre saúde bucal isoladamente. Fatos ligados à saúde geral, dores ou incômodos no corpo, eram relatados primeiramente e, após estas explicações surgiam os aspectos ligados à boca.

Pode-se notar pelos resultados deste estudo e de outros encontrados na literatura que faltam orientações adequadas para os idosos com relação aos cuidados frequentes a serem dispensados à saúde bucal. De acordo com Menezes *et al.* (2008), além da necessidade da confecção de prótese para reabilitação da condição mastigatória, faz-se necessária a conscientização de idosos em relação à importância da manutenção dos dentes naturais para a mastigação. Do mesmo modo, os estudos que comparam condições de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados em Ontário, Canadá, concluíram que os idosos institucionalizados têm duas vezes mais chances de serem desdentados (CARNEIRO *et al.* 2005).

Muitos dos achados neste estudo podem estar relacionados com a forma como esses indivíduos da terceira idade são assistidos. Quando se reflete sobre as condições da assistência na ILP, nota-se número

insuficiente de cuidadores e, considerando-se que os indivíduos dependentes necessitam de ajuda para a realização de suas necessidades básicas, incluindo-se higienização bucal, o número de clientes nessas instituições asilares não deveria ultrapassar o de três para cada profissional (ARAÚJO *et al.*, 2010), sendo esta uma situação não encontrada na ILP participante da pesquisa. Relatos na literatura sugerem que a formação recebida pelos profissionais de enfermagem é incompleta, não atendendo às necessidades de cuidados cotidianos da saúde bucal dos idosos, pois o conhecimento que esses profissionais utilizavam como base para fundamentar suas práticas era muito mais de caráter empírico, popular, do que de caráter técnico-profissional (ARAÚJO *et al.*, 2010).

Desse modo, é importante ressaltar que o tratamento do idoso deve ser realizado de maneira diferenciada, em virtude das mudanças fisiológicas decorrente do envelhecimento (COSTA *et al.*, 2010). A presença de doenças sistêmicas crônicas e a alta incidência de deficiências físicas e mentais, associados ao comprometimento funcional e emocional, não pode ser esquecida pelos profissionais da área da saúde ao cuidar dos idosos (VACCAREZA *et al.*, 2010). O cuidado à saúde bucal do idoso necessita da interação de áreas como Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição e Odontologia, exigindo ambiente de assistência multiprofissional e interdisciplinar (MELLO *et al.*, 2009).

Por isso, medidas de promoção, prevenção e educação à saúde do idoso, que visem difundir informações sobre saúde bucal, devem ser cada vez mais implementadas nos serviços aos quais, todo cidadão da terceira idade possa ter acesso, assim como nas ILPs (LUCENA *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2007).

## CONCLUSÃO

Frente ao exposto, conclui-se que:

– A autopercepção de saúde bucal dos idosos institucionalizados e não institucionalizados é baixa, o que sugere o planejamento de ações de educação e prevenção em saúde bucal das principais doenças que acometem estes indivíduos.

– As políticas públicas de saúde, assim como as capacitações de cuidadores, devem ampliar sua visão de promoção de saúde bucal, para que o acolhimento também ocorra para esta crescente parcela da população que necessita de cuidados especiais.

– A satisfação em relação à prótese esteve envolvida com o fator estético para o grupo não institucionalizado enquanto que, para o grupo da ILP, foi com os fatores dor e desconforto.

#### REFERÊNCIAS

- ABUD, M.C.; SANTOS, J.F.F.; DA CUNHA, V.P.P.; MARCHINI, L. TMD and GOHAI indices of Brazilian institutionalized and community-dwelling elderly. **Gerodontology**. v.26, p.34-9, 2008.
- ALEXANDRE, T.S.; CORDEIRO, R.C.; RAMOS, L.R. Factors associated to quality of life in active elderly. **Rev Saúde Pública**. v.43, n.4, p.613-21, 2009.
- ALMEIDA, M.E.L.; MOIMAZ, S.A.S.; GARBIM, C.A.S.; SALIBA, N.A. Um olhar sobre o idoso: estamos preparados? **Rev. Fac Odonto**. v.45, n.1, p. 64-8, 2004.
- AMORIM, F.; MELLO, A.L.S.F.; CASTRO, R.G.; AMANTE, C.J.; ERDMANN, A.L. Cuidado à saúde bucal de idosos institucionalizados em Florianópolis: aproximando Enfermagem e Odontologia. **Rev Eletrônica de Extensão**. v.6, n.7, p.17-28, 2009.
- ARAÚJO, M.V.M.; VIEIRA, M.P.; BONAN, P.R.F.; COSTA, S.M. Atuação dos profissionais de enfermagem nos cuidados com a higiene bucal de idosos institucionalizados em Montes Claros-MG. **Rev APS**. v.13, n.1, p.10-7, 2010.
- ATCHISON, K.A.; DOLAN, T.A. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. **J Dental Educ**. v.54, p.680-7, 1990.
- BATISTA, A.L.A.; BARBOSA, E.C.S.; GODOY, G.P.; CATÃO, M.H.C.V.; LINS, P.D.A.V.; MACIEL, S.M.L. Avaliação das condições de saúde bucal de idosos institucionalizados no município de Campina Grande-PB. **Odontol Clin Cientif**. v.7, n.3, p.203-8, 2010.
- BENEDETTI, T.R.B.; MELLO, A.L.S.F.; GONÇALVES, L.H.T. Idosos de Florianópolis auto percepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. **Cienc Saúde Colet**. v.12, n.6, p.1683-90, 2007.
- BONAN, P.R.F.; BORGES, S.P.; HAIKAL, D.S.; SILVEIRA, M.F.; MARTELLI JÚNIOR, H. Condições bucais e de reabilitação insatisfatórias dissociadas da percepção de qualidade de vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Rev Odont Cienc.**, v.23, n.2, p.115-9, 2008.
- CALDAS JÚNIOR, 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 Cienc Med**. v.14, n.3, p.229-38, 2005.
- CARNEIRO, R.M.V.; SILVA, D.D.; SOUSA, 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.1709-16, 2005.
- COSTA, E.H.M.; SAINTRAIN, M.V.L.; VIEIRA, A.P.G.F. Auto percepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Cien Saude Colet.**, v.15, n.6, p.2925-30, 2010.
- DOMINGOS, P.A.S.; MORATELLI, R.C.; OLIVEIRA, A.L.B.M. Atenção odontológica integral ao idoso: uma abordagem holística. **Rev Odontol UNICID**. v.23, n.2, p.143-53, 2011.

- FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. "Mini mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psiquiatr Res.** v.12, p.189-98, 1975.
- HENRIQUES, C.; TELLAROLLI JÚNIOR, R.; LOFFREDO, L.C.M.; MONTANDON, A.A.B.; CAMPOS, J.A.D. Auto percepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara-SP. **Cienc Odontol Bras.** v.10, n.3, p.67-73, 2007.
- LUCENA, A.A.G.; COSTA, E.B.; ALVES, P.M.; FIGUEIREDO, R.L.Q.; PEREIRA, J.V.; CAVALCANTI, A.L. Fluxo salivar em pacientes idosos. **Rev Gaúcha Odontol.** v.58, n.3, p.301-5, 2010.
- MARTINS, A.M.E.B.L.; BARRETO, S.M.; PORDEUS, I.A. Fatores relacionados à auto percepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. **Rev Saúde Pública.** v.42, n.3, p.487-96, 2008.
- MARTINS, A.M.E.B.L.; BARRETO, S.M.; SILVEIRA, M.F.; SANTA-ROSA, T.T.A.; PEREIRA, R.D. Auto percepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. **Rev Saúde Pública.** v.44, n.5, p.912-22, 2010.
- MELLO, A.L.S.F.; MOYSÉS, S.J.; CASTRO, R.G. Cuidado dirigido à saúde bucal: significados atribuídos por cuidadores de idosos. **Cienc Cuid Saúde.** v.8, n.1, p.27-33, 2009.
- MENEZES, T.R.M.; SEIXAS, Z.A.; LIMA, G.A. Aspectos da saúde bucal de uma população idosa nordestina. **Int J Dent.** v.7, n.2, p.74-80, 2008.
- MESAS, A.E.; ANDRADE, S.M.; CABRERA, M.A.S.; BUENO, V.L.R.C. Salud oral y déficit nutricional en adultos mayores no institucionalizados em Londrina, Paraná, Brasil. **Rev Bras Epidemiol.** v.13, n.3, p.434-45, 2010.
- MOREIRA, R.S.; NICO, L.S.; TOMITA, N.E. Oral health conditions among the elderly in southeastern São Paulo State. **J Appl Oral Sci.** v.17, n.3, p.170-8, 2009.
- MOTTA, L.J.; SANTIS, T.O.; GARCIA, N.G.; PORTA, K.; DOMINGUES, M.; BUSSADORI, S.K. Avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida de acordo com o perfil sócio-econômico de indivíduos entre 18 e 65 anos. **Rev Paul Odontol.** v.32, n.3, p.20-4, 2010.
- REIS, S.C.G.B.; MARCELO, V.C. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. **Rev Cienc Saude Colet.** v.11, n.1, p.191-9, 2006.
- SANTOS, F.B.; MORAIS, M.B.; BARBOSA, A.S.; SAMPAIO, F.C.; FORTE, F.D.S. Auto percepção em saúde bucal de idosos em unidades de saúde da família do Distrito Sanitário III de João Pessoa-PB. **Arquiv Odont.** v.43, n.2, p.23-32, 2007.
- SILVA, S.O.; TRENTIN, M.S.; LINDEN, M.S.S.; CARLI, J.P.; SILVEIRANETO, N.; LUFT, L.A. Saúde bucal do idoso institucionalizado em dois ILPs de Passo Fundo-RS. **Rev Gaúcha Odontol.** v.56, n.3, p.303-8, 2008.
- SILVA, S.R.C.; FERNANDES, R.A.C. Auto percepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev Saúde Pública.** v.35, n.4, p.349-55, 2001.
- SOUZA, E.H.A.; BARBOSA, M.B.C.; OLIVEIRA, P.A.P.; ESPÍNDOLA, J.; GONÇALVES, K.J. Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil). **Rev Cienc Saúde Colet.** v.15, n.6, p. 2955-64, 2010.

TALMELLI, L.F.S.; GRATÃO, A.C.M.; KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R.A.P. Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. **Rev Esc Enferm USP**. v.44, n.4, p.933-9, 2010.

TIBERIO, D.; FERRARI, F.L.; SANTOS, M.T.B.R. Instrumentos avaliativos para o atendimento odontológico aos pacientes geriátricos. **Rev Assoc Paul Cir Dent**. v.60, n.5, p.362-5, 2006.

VACCAREZA, G.F.; COSTA, D.P.; PONTA, J.C. Auto percepção da saúde bucal por idosos e a associação com indicadores clínicos. **Rev de Odontologia da UNICID**. v.22, n.3, p.229-32, 2010.

VACCAREZA, G.F.; FUGA, R.L.; FERREIRA, S.R.P. Saúde bucal e qualidade de vida dos idosos. **Rev de Odontologia da UNICID**. v.22, n.2, p.134-7, 2010.

RECEBIDO EM 15/10/2013

ACEITO EM 22/12/2013