

EDENTULISMO E AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL EM IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

EDENTULISM AND SELF-PERCEPTION IN ORAL HEALTH IN ELDERLY PEOPLE FROM A CITY IN THE NORTHEAST OF BRAZIL

Joseane Marques Palma¹, Laís Rani Sales Oliveira Schliebe¹, Aline Sampieri Tonello², Rejane Christine de Sousa Queiroz²

Resumo

Introdução: Países do mundo todo vem passando por um rápido processo de envelhecimento, devido ao aumento da expectativa de vida. Nesse sentido, são necessárias estratégias específicas para a população idosa, que garantam a manutenção da saúde bucal, capacidade funcional e autonomia. **Objetivo:** avaliar o edentulismo, uso e necessidade de prótese dentária e a autopercepção em saúde bucal em idosos do município de São Luís (MA). **Métodos:** Estudo transversal descritivo realizado com idosos de ambos os gêneros, com idade entre 60 e 95 anos, atendidos no Centro de Atenção Integrada à Saúde do Idoso (CAISI). O uso e a necessidade de prótese dentária foram avaliados por dois examinadores, utilizando espelho bucal (OMS/1999). A autopercepção em saúde bucal foi avaliada utilizando o questionário *Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)*, proposto por Atchison e Dolan (1990). **Resultados:** Foram examinados 91 idosos sendo 72,5% do gênero feminino e 27,4% do gênero masculino; 47,0% utilizavam prótese superior. Na arcada inferior, 19,0% faziam uso de prótese parcial removível, 21,0% prótese total e 2,0% a combinação de prótese parcial fixa, removível e total. A necessidade de prótese superior e inferior foi observada, em 54,9% e 41,7% dos idosos, respectivamente. Quanto a escolaridade 36,2% tinham ensino médio completo e 16,4% tinham até um salário mínimo e 80,2% não possuíam automóvel. **Conclusão:** A prevalência do edentulismo nos idosos avaliados foi considerada alta. A maioria não fazia uso de prótese embora necessitassem de prótese em ambas arcadas e auto percebiam sua saúde bucal como ruim.

Palavras-chave: Saúde bucal. Odontogeriatría. Autopercepção.

Abstract

Introduction: Countries all around the world have been undergoing a rapid process of aging due to increased life expectancy. In this sense, specific strategies for the elderly are required, in order to guarantee the maintenance of oral health, functional capacity and autonomy. **Objective:** To evaluate edentulism, dental prosthesis use and necessity and self-perceived oral health in the elderly from São Luís, Maranhão, Brazil. **Methods:** The sample consisted of elderly of both genders, aged from 60 to 95 years old, treated at the "Center for Integrated healthcare for the elderly" (CAISI, in Portuguese). The use and necessity for dental prosthesis was evaluated by two examiners using a dental mirror (WHO/1999). Self-perceived oral health was assessed using the *Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)* questionnaire, proposed by Atchison and Dolan (1990). **Results:** 91 elderly people were examined, 72.5% females and 27.47% males. 47.0% used some kind of upper dental prosthesis. In the lower arch, 19.0% used removable partial dentures, 21.0% used complete dentures and 2.0% used the combination of fixed partial denture, removable partial denture and complete denture. The need for lower and upper dental prosthesis was observed in 54.9% and 41.7% of participants, respectively. 36.2% completed high school, 16.48% received up to a minimum wage and 80.2% had no car. **Conclusion:** Edentulism prevalence in elderly subjects was considered high. The majority did not use prosthesis, although requiring prostheses in both arches. Their oral health was self-perceived as poor.

Keywords: Oral Health. Geriatric Dentistry. Perception.

Introdução

Nas últimas décadas, o Brasil vem passando por um processo rápido de envelhecimento. Cada vez mais se pesquisam formas de deter ou retardar este processo e, ainda, estratégias que garantam uma manutenção da capacidade funcional e da autonomia nas últimas décadas de vida. Esse envelhecimento da população tem despertado interesse para as peculiaridades dessa faixa etária, atentando para suas necessidades nos aspectos de saúde, sociais e econômicos¹.

O fenômeno do envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida humana ocorrem como resultado de uma série de avanços como saneamento das águas de abastecimento público, controle da natalidade, diminuição da mortalidade infantil,

progressos na medicina e estilo de vida mais saudável². Quanto mais longa a vida média da população, mais importante se tornam os conceitos de saúde e de qualidade de vida³. O estado de saúde que está mais relacionado aos sentimentos de autoestima e a sensação de pertencer a uma comunidade mediante integração social, do que ao funcionamento biológico⁴.

O quadro epidemiológico e a ausência de programas voltados para população geriátrica brasileira caracterizam a péssima condição de saúde bucal encontrada nesse grupo⁵⁻⁷. É muito importante a obtenção de dados epidemiológicos, pois esses quantificam as condições de saúde bucal dos indivíduos, além de serem usados no planejamento, organização e monitoramento dos serviços de saúde prestados^{8,9}.

Apesar dos avanços nas políticas públicas para

¹ Curso de odontologia. Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

² Docentes do Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal do Maranhão (UFMA).
Contato: Aline Sampieri Tonello. E-mail: alinetonello@hotmail.com

prevenção em saúde bucal, o número de pacientes desdentados totais e parciais ainda é grande. Dados da última pesquisa Nacional de Saúde Bucal apontam que mais de três milhões de idosos brasileiros necessitam de prótese total nas duas arcadas¹⁰. As principais causas de perda dos elementos dentários são a cárie dentária e a doença periodontal¹¹. Idosos com perda de todos os elementos dentais são os que mais apresentam dificuldades para se alimentar, principalmente quando a prótese total utilizada não apresenta boas condições optando por uma alimentação macia e fácil de mastigar, a qual apresenta geralmente baixo teor nutricional¹².

Dessa forma, o cuidado à saúde bucal deve ser componente inseparável e articulado de qualquer sistema de cuidado integral à saúde do idoso, bem como envolver a família, os serviços públicos de saúde, a academia e o próprio idoso no exercício do auto-cuidado¹³.

Nesse contexto, a autopercepção de saúde bucal tem sido um dos indicadores de qualidade de vida mais utilizados em Odontologia. Durante as últimas décadas, o interesse em conceituar e quantificar a saúde bucal, bem como a qualidade de vida relacionada a ela, tem crescido. Esse fato pode ser comprovado pelo grande número de estudos já realizados avaliando a saúde bucal não somente por meio da abordagem clínico/objetiva do processo saúde-doença, mas principalmente por meio de parâmetros subjetivos baseados na autopercepção do paciente¹⁴.

A qualidade de vida associada à saúde pode ser definida como um conceito multidimensional, que representa uma combinação de saúde absoluta, percepção da saúde e/ou invalidez reais ou potenciais, que são influenciadas por situações que refletem a função em níveis sociais, psicológicos e físicos, bem como a percepção de oportunidades de tratamento¹⁵.

Em 1990, Atchison e Dolan¹⁶ desenvolveram o Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), um índice de percepção do impacto da saúde bucal na rotina das pessoas idosas. Na construção desse índice, os autores entendem que a saúde bucal como a ausência de dor e infecção, constituindo numa dentição confortável e funcional (natural ou protética) possibilita o indivíduo exercer seu papel na sociedade.

Investigações a respeito da autopercepção tem sido desenvolvidas em vários países. No Brasil, algumas investigações têm sido desenvolvidas, apesar disso existe a necessidade de mais pesquisas para melhor compreensão dos fatores associados com a autopercepção da saúde bucal incluindo ainda a verificação da necessidade do uso de prótese total e parcial removível nesta coleta de dados.

Tendo em conta que a coleta de informações sobre a autopercepção deve ser o primeiro passo para a formulação de políticas e programas odontológicos voltados à promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos idosos, o objetivo deste estudo foi avaliar o edentulismo, uso e necessidade de prótese e a autopercepção da saúde bucal em idosos provenientes do CAISI, no município de São Luís (MA).

Métodos

O estudo transversal descritivo realizado com 91 idosos com idade igual ou superior a 60 anos de ambos os gêneros provenientes do Centro de Atenção Integrada à

Saúde do Idoso (CAISI), selecionados aleatoriamente.

Os exames de saúde bucal foram baseados nos códigos e critérios propostos pela OMS¹⁷. Foram avaliados o uso e a necessidade de prótese total e/ou parcial removível. Os exames clínicos foram realizados na área externa do CAISI, onde fosse possível examinar os pacientes sob luz natural, com auxílio de espelho bucal plano. Os códigos foram anotados em ficha clínica específica.

Para a avaliação subjetiva das condições de saúde bucal, utilizou-se o questionário *GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index)* proposto por Atchison e Dolan¹⁶. O questionário é composto por doze questões fechadas que abordam a avaliação das condições de saúde bucal de idosos, por meio da autopercepção. Para essa pesquisa aplicou-se o *GOHAI* modificado, com apenas três opções de respostas, o mesmo já usado por outros pesquisadores, e relatado por Atchison, em 1997. As cinco alternativas de respostas do índice original (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = frequentemente, 4 = muito frequentemente, 5 = sempre), foram agrupadas em três: "sempre", "às vezes", "nunca", com pesos 1, 2 e 3, respectivamente. A somatória dos escores das questões determinará o índice de avaliação da saúde bucal numa escala de 12 a 36, sendo que o maior valor indica a mais favorável auto-informação a respeito da saúde bucal. O índice *GOHAI* permite classificar a autopercepção em "ótima" (34 a 36 pontos), "regular" (30 a 33 pontos) e "ruim" (< 30 ponto).

Os dados socioeconômicos e demográficos foram obtidos mediante aplicação de questionário semiestruturado incluindo questões como: grau de instrução; renda pessoal em salários mínimos; escolaridade; número de pessoas residentes na mesma casa; número de cômodos da residência; tipo de moradia e recebimento do benefício "Bolsa Família".

As variáveis de estudo referentes à saúde bucal e à autopercepção da saúde bucal foram tabuladas no programa Microsoft® Excel® 2007, e posteriormente avaliadas mediante análise descritiva.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, sob o parecer de Nº 472.938.

Resultados

Foram examinados 91 idosos, sendo 72,5% (66) do gênero feminino e 27,4% (25) do gênero masculino, com idade variando entre 60 e 95 anos.

Dos idosos examinados, 47% utilizavam algum tipo de prótese dentária superior. Destes, 13% faziam uso de prótese parcial removível (PPR); 30% de prótese total (PT) e 4% combinação de prótese parcial fixa (PPF) e PPR. Na arcada dentária inferior, 19% utilizavam PPR, 21% PT e 2% combinação de PPR e PPF (Figura 1).

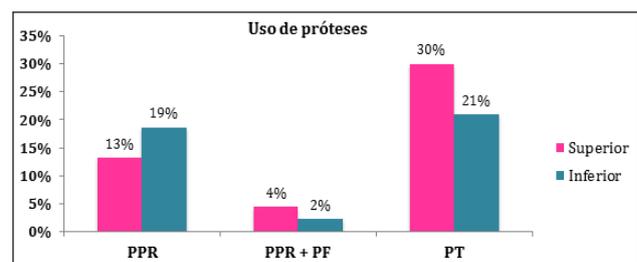


Figura 1 - Uso de prótese superior e inferior em idosos. Centro de Atenção Integrada à Saúde do Idoso (CAISI). São Luís - MA, 2013.

Observou-se na amostra, a necessidade de prótese dentária superior e inferior em 54,9% e 41,7%, respectivamente. 13,1% necessitavam de PPR superior, enquanto que 16,4% de PPR inferior. A necessidade do uso de PPR e PPF foram de 18,6% no arco superior e 19,7% no arco inferior. A necessidade de prótese total superior foi de 23,0%, e a inferior foi de 5,50% (Figura 2).

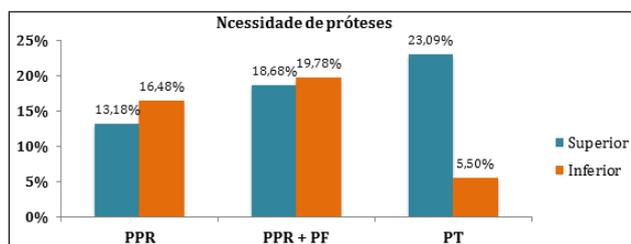


Figura 2 - Necessidade de Prótese Superior e Inferior em idosos. Centro de Atenção Integrada à Saúde do Idoso (CAISI). São Luís - MA, 2013.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos idosos. Centro de Atenção Integrada à Saúde do Idoso (CAISI). São Luís - MA, 2013.

Variáveis Socioeconômicas e Demográficas	n	%
Gênero		
Masculino	25	27,4
Feminino	66	72,5
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	30	32,9
Ensino Fundamental Completo	25	27,4
Ensino Médio Completo	33	36,2
Ensino Superior Completo	03	03,3
Renda pessoal mensal		
≤ 1 salário mínimo*	15	16,4
> 1 salário mínimo	76	83,5
Possui automóvel		
Sim	18	19,7
Não	73	80,2
Possui aparelho de TV		
Sim	86	95,5
Não	05	05,5
Possui aparelho de Vídeo/DVD		
Sim	65	71,4
Não	26	28,5
Possui máquina de lavar		
Sim	42	46,1
Não	49	53,8
Possui geladeira		
Sim	82	90,1
Não	09	09,9
Possui freezer		
Sim	82	90,1
Não	09	09,9
Número de pessoas na mesma casa		
≤ 3 pessoas	72	79,1
> 3 pessoas	19	20,8
Número de cômodos na casa		
≤ 4 cômodos	62	68,1
> 4 cômodos	29	31,8
Tipo de moradia		
Própria	60	65,9
Não própria	31	34,0
Auxílio do Governo/Bolsa Família		
Sim	09	09,9
Não	82	90,1

* Salário mínimo durante a coleta R\$ 678,00

Quanto as características da amostra segundo as variáveis socioeconômicas e demográficas, a maioria, 36,2% tem ensino médio completo. 83,5% apresentavam mais de um salário mínimo. 80,2% não possuíam automóvel. Da amostra, 68,1% informaram ter até quatro cômodos na casa. Aproximadamente 66% tinham casa própria e 90% não recebiam auxílio do Governo Federal, como o Bolsa Família (Tabela 1).

Referente à autopercepção da saúde bucal (GOHAI), segundo as características sócioeconômicas, demográficas e clínicas, a autopercepção em saúde bucal foi relatada como ruim por 80 idosos avaliados, o que corresponde a 87,9% da amostra. A maioria, o que corresponde a 76 idosos, tinha mais de um salário mínimo. Desses, 92,1% auto perceberam sua saúde bucal como ruim e 7,9% como regular.

Dos que faziam uso de prótese superior e/ou inferior, autopercepção da saúde bucal foi descrita como ruim em 84% (Tabela 2).

Tabela 2 - Autopercepção da saúde bucal (GOHAI) dos idosos segundo as características sociodemográficas e clínicas. Centro de Atenção Integrada à Saúde do Idoso (CAISI). São Luís - MA, 2013.

Variáveis	GOHAI**			
	Regular		Ruim	
	n	%	n	%
Gênero				
Masculino	-	-	25	100,0
Feminino	11	16,6	55	83,3
Renda pessoal mensal				
≤ 1 salário mínimo*	05	33,4	10	66,6
> 1 salário mínimo	06	07,9	70	92,1
Possui automóvel				
Sim	06	33,4	12	66,6
Não	05	06,8	68	93,1
Número de pessoas na mesma casa				
≤ 3 pessoas	07	09,7	65	90,2
> 3 pessoas	04	21,0	15	78,9
Número de cômodos na casa				
≤ 4 cômodos	02	03,2	60	96,8
> 4 cômodos	09	31,0	20	68,9
Tipo de moradia				
Própria	09	15,0	51	85,0
Não própria	02	06,4	29	93,5
Auxílio do Governo/Bolsa Família				
Sim	03	33,3	06	66,7
Não	08	09,7	74	90,2
Uso de prótese superior e ou/inferior				
Sim	08	16,0	42	84,0
Não	03	07,3	38	92,6
Necessidade de prótese superior e ou/inferior				
Sim	07	10,6	59	89,4
Não	04	16,0	21	84,0

* Salário mínimo durante a coleta R\$ 678,00.

** Geriatric Oral Health Assessment Index.

Discussão

O envelhecimento populacional e suas consequências no campo da saúde se configuram como um grande desafio da saúde pública contemporânea. Nota-se que houve atraso com relação à priorização de

políticas públicas de atenção à saúde do idoso, o que gera atualmente, a necessidade de mudanças urgentes dos modelos assistenciais em consonância com princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁸.

Na década de 90, os idosos assistidos pelos serviços públicos de saúde, viviam em uma época em que o edentulismo e a extração dentária eram processos do curso da vida^{12,19}. Nesse sentido, estudos apontam que o edentulismo está associado às condições sociais, à desorganização dos serviços de saúde bucal e à prática curativa cirúrgica-restauradora. Na presente pesquisa, o edentulismo teve alta prevalência, visto que aproximadamente 55% necessitavam de prótese dentária superior e inferior. Essa perda dentária, normalmente gera sentimentos negativos, como apavoramento, sofrimento, dor e exclusão social^{20,21}.

Esse estudo apresenta algumas limitações que dizem respeito à seleção e ao tamanho da amostra, sendo esta de conveniência, com número reduzido de participantes semelhantes em muitas de suas características. Outra limitação inerente aos estudos transversais se constitui na impossibilidade de determinar a temporalidade da exposição e do desfecho, uma vez que desfecho e demais fatores são analisados em um mesmo momento.

O uso de prótese total superior e/ou inferior na amostra foi de 30% e 21%, respectivamente. Entretanto, em outras pesquisas, prevalências maiores foram encontradas. Em idosos do Distrito Federal (DF), o uso de prótese total superior foi de 47,9% e 26% inferior²². Da mesma maneira, Fernandes *et al.*,⁸ observaram que 69,4% utilizavam prótese total e Moreira *et al.*,²⁰ relataram que a prótese total superior e inferior estiveram presentes em 80% e 58% dos idosos, respectivamente.

No SB Brasil 2003 (levantamento Nacional das condições da saúde bucal da população brasileira)²³, verificou-se que das pessoas de 65 a 74 anos examinadas, 16,1% necessitavam de prótese total superior e 23,8% inferior. No Nordeste, essa necessidade foi maior em ambas as arcadas, sendo 21,2% superior e 26,7% inferior. Mudanças foram constatadas sete anos depois, no último levantamento das condições da saúde bucal da população brasileira em 2010. Dos idosos da região Nordeste 16,1% necessitava de prótese em ambas arcadas¹⁰. No presente estudo, foi observada uma necessidade de prótese total dupla notadamente maior. Sugere-se que o edentulismo seja maior no Nordeste do que no Brasil em geral, devido às condições sócioeconômicas desfavoráveis e das políticas públicas de saúde pouco eficazes dessa região.

O meio social tem influência no modo como o indivíduo pensa, sente e age com relação à sua saúde. Nesse sentido, o fato de toda amostra ser assistida pelo CAISI, locais onde idosos recebem atendimento e

são encaminhados aos níveis de atenção necessários, oferecendo atividades voltadas para a socialização e melhoria da autoestima, poderia ter influenciado positivamente nos resultados do *GOHAI*¹⁰. Entretanto, 87,9% dos idosos entrevistados nessa pesquisa avaliou sua saúde bucal como ruim. Em contrapartida, em outra pesquisa apenas 5,7% dos idosos avaliaram como sendo ruim à sua condição de saúde bucal²⁴.

A população idosa residente no Brasil, em sua maioria, recebe em média um salário mínimo, estando sujeita a debilidades socioeconômicas que repercutem negativamente sobre sua condição de saúde bucal. Essa é uma explicação para o fenômeno tão comum de edentulismo nessa população²⁵. Entretanto, no presente estudo, observou-se que a maioria dos idosos apresentavam mais de um salário mínimo. O fato dos idosos selecionados serem independentes e não institucionalizados, corrobora com o resultado encontrado em relação à renda.

Atchison e Dolan¹⁶, nos Estados Unidos, observaram associação significativa entre autopercepção das condições bucais e idade, escolaridade, renda, uso de prótese removível. Nessa pesquisa, os idosos com alto status socioeconômico eram brancos, apresentaram maior escolaridade, possuíam alta renda anual e obtiveram maiores escores no *GOHAI*. No entanto, resultados diferentes foram observados no presente estudo. Idosos com maior renda, apresentaram escores de *GOHAI* ruim.

Furtado *et al.*,²⁶ observaram que dos idosos analisados, 45,8% tinham até 8 anos de estudo. No entanto, neste estudo os resultados foram menores.

Diante dos resultados evidenciou que a prevalência do edentulismo nos idosos avaliados foi considerada alta. A maioria não fazia uso de algum tipo de prótese, necessitando de prótese em ambas arcadas. Concomitantemente os idosos auto perceberam negativamente sua saúde bucal. Nesse sentido, reforça-se a importância de conhecer a realidade do grupo etário estudado por meio de planejamento adequado, e de forma a proporcionar atendimento integral, com ênfase na promoção à saúde e prevenção de agravos. É possível reverter esse quadro construindo condições socioculturais favoráveis a uma velhice bem sucedida. Se o idoso tiver vez e voz, poderá reiniciar um modo de vida de maneira atuante e com qualidade, o que representa ainda um desafio atual.

Agradecimentos

Os autores agradecem a colaboração da direção do Centro de Atenção Integrada à Saúde do Idoso (CAISI) e a toda a equipe profissional deste centro, em especial, os idosos que assentiram participar do estudo.

Referências

1. Matsudo SM, Matsudo, VKR, Barros Neto, TL. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Rev Bras Ciên*, 2000; 8(4): 21-32.
2. Barnes IE, Walls A. *Gerodontology*. Ed. Wright: London; 1994.
3. Werner CW, Saunders MJ, Paunovich E. Odontologia geriatric. *Rev Fac Odontol Lins*, 1998; 11(1): 62-70.
4. Nutbean D. *Glossario de promoción de lasalud*. In: Nutbean D. Organización Panamericana de lasalud. Promoción de la salud: una analogia. Whashington: Ed. OPS; 1996. p. 383-402.

5. Silva DD, Sousa MSLR, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad Saúde Pública*, 2005; 21(4):1251-1259.
6. SaintrinMVL, Vieira LJL. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2008; 13(4): 1127-1132.
7. Marcenes W, Stell JG, Sheihan A, Walls AWG. The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. *Cad Saúde Pública*, 2003; 19(3): 809-816.
8. Fernandes Rac, Silva SRC, Watanabe MGC, Pereira AC, Martildes MLR. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos que demandam um centro de saúde. *Rev Bras Odontol*, 1997; 54(2): 107-110.
9. Silva SRC, Castellanos-Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública*, 2001; 35(4): 1251-1259.
10. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: *Pesquisa Nacional da Saúde Bucal. Resultados principais*. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Educação à Saúde; 2011. 92p.
11. Feijó EC. *Caminhos do Envelhecer*. In: Menezes A e cols. *Caminhos do Envelhecer*. Ed Preliminar: UFF/FIOCRUZ/SBGG-RJ, Niterói, RJ. 1993, p.101.
12. Martins AMEBL, Barreto SM. Autoavaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. *Cad Saúde Pública*, 2009; 25(2): 421-35.
13. Bailit HL. Is periodontal disease the primary cause of tooth extraction in adults? *J Am Dent*, 1987; 114(1): 40-45.
14. Allen PF. Assessment of oral related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*, 2003; 1(40): 1-8.
15. Gift HC, Atchison KA, Drury TF: Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *J Dent Res*, 1998; 77(7): 1529-1538.
16. Atchinson KA, Dolan TA. Development of Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dental Educ*, 1990; 54(11): 680-687.
17. Cruz DT, Caetano VC, Leite ICG. *Cad Saúde Coletiva*, 2010; 18(4): 500-508.
18. Organização Mundial da Saúde. *Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal: Manual de Instruções*. 4ª Ed. São Paulo: Ed. Santos; 1999. 64p.
19. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. *Ciênc saúde coletiva*, 2005; 10(4): 1015-1024.
20. 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): 1665-1675.
21. Martins Ameb, Barreto SM, Pordeus IA. Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. *Rev Saúde Pública*, 2008; 25(2): 421-435.
22. Costa AM, Guimarães MCM, Pedrosa SF, Nobrega OT, Bezerra ACB. Perfil da condição bucal de idosos do Distrito Federal. *Ciênc e Saúde Coletiva*, 2010; 15(4): 2207-2213.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Condições de saúde bucal da população brasileira - Projeto SB Brasil 2003: Resultados Principais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 64p.
24. Leal MMC. *A Saúde Bucal Auto-Percebida por Idosos: Avaliação dos Pacientes Assistidos no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI-UFPE) no ano 2000, Através do Índice De Saúde Bucal Geriátrico (GOHAI)*. [Tese]. Recife (PE): Universidade de Pernambuco; 2002.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000: primeiros resultados da amostra. [Capturado 2014 mai 20]; Disponível <www.ibge.gov.br>.
26. Furtado DG, Forte FDS, Leite DFBM. Uso e Necessidade de Prótese em Idosos: Reflexos na Qualidade de Vida. *Rev Brasil Ciênc Saúde*, 2011; 15(2): 183-190.