

Autopercepção das condições alimentares de idosos usuários de próteses dentárias

Selfperception of feeding conditions for elderly users of dental prothesis

Andressa Schmiedel
Universidade Tuiuti – UTP – Curitiba – Brasil
dessa_schmiedel@msn.com

Denise Iek Bail
Instituto de Ensino Superior Sant'Ana - IESSA – Ponta Grossa – Brasil
deniseienk@hotmail.com

Ana Paula Dassie-Leite
Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO – Irati/PR – Brasil
pauladassie@hotmail.com

Francine Marson Costa
Universidade Estadual do Centro- Oeste – UNICENTRO – Irati/PR – Brasil
fran_marson@yahoo.com.br

RESUMO

OBJETIVO: Verificar a autopercepção das condições alimentares de idosos usuários de próteses dentárias.

METODOLOGIA: Trata-se de estudo observacional, descritivo e transversal. Participaram 42 idosos, com faixa etária igual ou superior a 60 anos. Desses, 27 (64,3%) eram do sexo feminino e 15 (35,7%) do sexo masculino. A média de idade apresentada foi de 71,1 anos ($\pm 6,9$ anos), todos frequentadores do Centro de Convivência de Idosos do Município de Irati - PR. Todos os idosos eram usuários de próteses dentárias parciais ou totais. Foi aplicado um protocolo de autopercepção alimentar, elaborado pelas pesquisadoras e o Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica (GOHAI) proposto por Atchison e Dolan (1990), traduzido e adaptado para utilização no Brasil por Silva e Castellanos Fernandes (2001).

RESULTADOS: No protocolo de autopercepção a maior parte dos idosos considerou sua alimentação como boa ou regular, preferindo alimentos de consistência pastosa. No protocolo GOHAI, a média entre todos os participantes estudados foi de 26,3, valor que sinaliza uma autopercepção 'ruim' das condições de saúde bucal relacionadas ao uso de prótese dentária.

CONCLUSÃO: Os idosos usuários de prótese dentária apresentam uma autopercepção realista quanto às condições de sua alimentação, tendo consciência da existência de alterações e da interferência do uso da prótese no processo alimentar.

PALAVRAS-CHAVE: Autopercepção. Prótese Dentária. Alimentação. Idoso.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Evaluate perception of food conditions for elderly denture`s users.

METHODOLOGY: A study of transversal and descriptive was realized to attended by 42 subjects, all attend the Centro de Convivência de Idosos of the city Irati -PR. A protocol of self-determination and the index of Geriatric Oral Health (GOHAI) were used in the research.

RESULTS: In the protocol perception most seniors considered their food as good or regular preferring foods pasty consistency. In the GOHAI Index the average of all study participants was 26.3, a value that indicates self-awareness 'Bad' of oral health conditions related to the use of dentures.

CONCLUSION: The elderly denture users have a realistic perception about the conditions of their diet, mindful of the existence of interference changes and denture use in food processing.

KEYWORDS: Self-perception. Denture. Feed. Elderly.

1. Introdução

A alimentação é uns dos fatores cruciais para a sobrevivência humana. Ela não se limita apenas em satisfazer necessidades orgânicas, mas está diretamente relacionada ao sentimento de prazer que o alimento proporciona. Para que a alimentação aconteça de forma satisfatória é necessário que o funcionamento do sistema estomatognático ocorra adequadamente. Com o envelhecimento esse funcionamento pode ser prejudicado.

Segundo Souza, Skubs e Brêtas (2007), o processo do envelhecimento é influenciado por fatores biológicos, econômicos, psicológicos, sociais e culturais. A mastigação e a deglutição são fatores biológicos que sofrem interferência direta do envelhecimento.

A mastigação é uma função do sistema estomatognático que consiste na fase inicial do processo digestivo iniciado na boca, através da qual ocorre a degradação mecânica, a trituração e a moagem dos alimentos. Desse modo, qualquer dano na capacidade mastigatória gera prejuízos na alimentação. Silva Netto (2003) reforça que a xerostomia causada pelo uso de alguns medicamentos favorece o aparecimento de problemas de mastigação, pois a falta de saliva durante essa função dificulta a formação do bolo alimentar, gerando problema no processo de deglutição.

A deglutição também é um ato que apresenta uma sequência motora extremamente complexa, envolvendo a coordenação de um grande grupo de músculos e um controle neuromotor fino. Dificuldades de deglutição podem ocorrer também com idosos edêntulos que necessitam do uso de próteses dentárias parciais ou totais para realizar com eficiência o processo de deglutição do alimento.

A alta prevalência de perda dentária em idosos tem sido objeto constante de estudo. Segundo Silva et al. (2008), as alterações provocadas na cavidade bucal durante o envelhecimento podem diminuir a sensação de paladar, gerar perda de apetite e *déficits* alimentares. Para assistir a essa população, Silva, Souza e Wada (2004) sugerem ações preventivas, curativas e reabilitadoras de saúde bucal para idosos, visando evitar a ocorrência de alterações nas funções de mastigação e deglutição, pois essas estão intimamente ligadas com a alimentação e a qualidade de vida.

Para Fais et al. (2007), o edentulismo ainda é visto como uma incapacidade, já que limita funções diretamente ligadas a manutenção da qualidade de vida. A habilidade de se alimentar e falar, além da insatisfação estética, influencia na percepção que os sujeitos têm de si mesmos.

Considerando todos os fatores supracitados e buscando contribuir para futuras discussões sobre o tema, esse estudo objetivou verificar a autopercepção das condições alimentares de idosos usuários de próteses dentárias.

2. Método

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP) da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), sob o número 188/2011. O delineamento metodológico deste estudo foi de caráter observacional, descritivo e transversal, visando à análise da frequência de ocorrência de queixa alimentar em idosos usuários de próteses dentárias.

Foram incluídos 42 idosos, com faixa etária igual ou superior a 60 anos. Desses, 27 (64,3%) eram do sexo feminino e 15 (35,7%) do sexo masculino. A média de idade apresentada foi de 71,1 anos ($\pm 6,9$ anos), todos frequentadores do Centro de Convivência de Idosos do Município de Irati – PR.

Foram considerados como critérios de inclusão: ter idade mínima de 60 anos, ser usuário de algum tipo de prótese dentária total removível (bimaxilar, inferior ou superior) e ser funcionalmente capaz¹. Foram excluídos os sujeitos portadores de doenças neurológicas, degenerativas ou quaisquer outras que pudessem influenciar negativamente no processo de deglutição e/ou que apresentassem sinais de comprometimento cognitivo durante a aplicação dos questionários (dificuldade de compreensão observada pela pesquisadora).

As entrevistas foram realizadas individualmente, no espaço reservado do Centro de Convivência de Idosos. A técnica utilizada foi de roteiro temático estruturado, constando de questionário elaborado pelas pesquisadoras, composto por 13 questões, sendo 12 fechadas e uma aberta.

O instrumento teve como objetivo caracterizar a amostra e investigar a autopercepção das condições alimentares dos sujeitos. Foram contemplados dados referentes à: identificação; tipo de prótese dentária: Prótese Total Removível Bimaxilar (PTRB), Prótese Total Removível Superior (PTRS), Prótese Total Removível Inferior (PTRI); tempo de uso da prótese dentária; e caracterização da alimentação, da consistência alimentar, da mastigação e de sintomas relacionados ao uso da prótese. Para todas as perguntas referentes à caracterização da alimentação, exceto a questão aberta, havia quatro possibilidades de resposta por parte do idoso: sempre; às vezes; raramente; nunca.

O *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI), Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica, proposto por Atchison e Dolan (1990), traduzido e adaptado para utilização no Brasil por Silva e Castellanos Fernandes (2001), também foi aplicado para avaliar as condições de saúde bucal. O protocolo é composto por 12 questões fechadas, referentes a funções básicas, físicas ou psicológicas. Tais questões procuram refletir os problemas sentidos pelos idosos nessas três dimensões, sendo considerados físicos os que incluem mastigação, deglutição e fala (perguntas de 1 a 5); psicológicos os que incluem preocupação, consciência e autoimagem da saúde bucal (perguntas 6, 7, 9, 10 e 11); e de dor ou desconforto (perguntas 8 a 12). Cada pergunta apresenta três respostas possíveis: sempre; às vezes; nunca – recebendo os escores 1, 2 e 3, respectivamente. A soma total dos escores assinalados compreende o valor do índice para o sujeito, que pode variar de 12 a 36. Quanto maior o valor obtido, melhor é classificada a saúde bucal. Os valores entre 34 e 36 são considerados ‘ótimos’; de 31 a 33 ‘regulares’; e menores do que 30 são considerados ‘ruins’.

Os achados sobre os dados de identificação, tipo e tempo de uso da prótese utilizada e caracterização da alimentação foram digitados em planilha Excel, com o objetivo de elaborar tabelas e gráficos e calcular estatísticas descritivas (média, mediana e desvio padrão).

Para análise foram utilizados o teste de Análise de Variância (ANOVA), Teste de duas Proporções e Qui-Quadrado. A variável ‘avanço da idade’ foi considerada como interferente no estudo e, por isso, também foi relacionada aos dados referentes à prótese e à alimentação. O nível de significância definido foi de 0,05 (5%) e os intervalos de confiança construídos ao longo do trabalho foram de 95,5% de confiança estatística.

¹ De acordo com os critérios de Rosa et al. (2003), o termo idoso ‘funcionamente capaz’ inclui aqueles idosos que podem apresentar doenças crônicas não-graves (tais como: diabetes e pressão alta) e controladas por medicação ou que apresentam declínio sensorial associado à idade, mas que vivem sem necessitar de ajuda.

3. Resultados

Quanto à caracterização da amostra, o tipo de prótese mais utilizado foi a PTRB (n=26; 61,90%), que apresentou diferença estatisticamente significativa em relação à PTRS (n=15; 35,70%; p= 0,016) e a PTRI (n=1; 2,40%; p<0,001). No que se refere à autopercepção da alimentação, a maior parte dos idosos a considera boa ou regular, prefere alimentos de consistência pastosa e não apresenta engasgos/tosse durante ou após a alimentação (Tabela 1).

Tabela 1 - Autopercepção dos idosos em relação às condições alimentares

Variável	Ótima	Boa	Regular	Ruim	Valor de p
Autopercepção da alimentação	3 (7,1%)**	22 (52,5%)*	14 (33,3%)	3 (7,1%)**	p<0,001
Preferência por consistência	Sólida 8 (19,0%)**		Pastosa 34 (81,0%)*		p<0,001
Variável	Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Valor de p
Presença de engasgos	0 (0,0%)**	5 (11,9%)**	3 (7,1%)**	34 (81,0%)*	p<0,001
Presença de tosse durante ou após alimentação	0 (0,0%)**	4 (9,5%)**	4 (9,5%)**	34 (81,0%)*	p<0,001

*valor de referência para cálculo do valor de p; **valores estatisticamente diferentes quando comparados ao valor de referência - Teste de igualdade de duas proporções – Nível de Significância p<0,05.

Fonte: Autoria própria (2011).

Tabela 2 - Associação entre a autopercepção da qualidade alimentar e a preferência por determinada consistência

Qualidade	Pastosa		Sólida		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ótima	0	0,0%	3	23,0%	3	2,9%
Boa	34	38,6%	10	*77,0%	44	43,6%
Regular	42	**47,7%	0	0,0%	42	41,6%
Ruim	12	13,6%	0	0,0%	12	11,9%
Total	88	87,1%	13	12,9%	101	100%

*valor de referência para cálculo do valor de p; **valores estatisticamente diferentes quando comparados ao valor de referência - Teste Qui-quadrado – Nível de Significância: p<0,05.

Fonte: Autoria própria (2011).

Foi realizada associação entre as variáveis ‘consistência alimentar preferida’ e ‘autopercepção da qualidade da alimentação’ (Tabela 2). Os resultados evidenciam que idosos com preferência pela consistência sólida autoavaliaram a qualidade de sua alimentação de forma mais positiva do que os idosos que optam por alimentos de consistência pastosa.

A média do GOHAI para o grupo estudado foi de 26,3 ($\pm 2,3$). Diante desse achado, pode-se considerar que os idosos usuários de próteses dentárias que participaram do presente estudo têm uma autopercepção ‘ruim’ em relação à alimentação e as características estéticas geradas pelo uso da prótese.

Detalhando a análise das questões do protocolo GOHAI (Tabela 3), pode-se observar que a necessidade de modificação de consistências alimentares e a dificuldade para mastigar alimentos sólidos é bastante individual, uma vez que o número de idosos que responderam ‘nunca’ e ‘às vezes’ foi semelhante para as duas questões. Outro dado importante foi observar que, de modo geral, a maioria dos idosos refere momentos de desconforto para se alimentar devido ao uso da prótese.

Tabela 3 - Resultados do protocolo GOHAI

Questão GOHAI	Sempre		Às vezes		Nunca		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	
1 - Limitou o tipo ou quantidade de alimentos?	2	**4,8%	20	*47,6%	20	*47,6%	<0,001
2 - Teve problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã?	7	**16,7%	18	*42,8%	17	40,5%	0,009
4 - Suas próteses (ou a falta delas) o impediram de falar da maneira como queria?	1	**2,4%	6	**14,3%	35	*83,3%	<0,001
5 - Foi capaz de comer alimentos sem sentir desconforto?	12	**28,6%	23	*54,7%	7	**16,7%	<0,001
6 - Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seu sorriso (dentes)?	0	**0,0%	3	**7,1%	39	*92,9%	<0,001
7 - Sentiu-se satisfeito com o aspecto de seu sorriso?	33	*78,6%	9	**21,4%	0	**0,0%	<0,001
8 - Usou medicamentos para aliviar dor ou desconforto?	2	**4,8%	13	**31,0%	27	*64,2%	<0,05
9 - Preocupou-se com seu sorriso?	42	*100,0%	0	**0,0%	0	**0,0%	<0,001
10 - Sentiu-se incomodado ou nervoso devido ao seu sorriso?	3	**7,1%	18	42,8%	21	*50,1%	<0,001
11 - Sentiu desconforto em frente a outras pessoas?	2	**4,8%	9	**21,4%	31	*73,8%	<0,001
12 - Sentiu seus dentes ou gengivas sensíveis ao quente, ao frio ou ao doce?	2	**4,8%	4	**9,5%	36	*85,7%	<0,001

*valor de referência para cálculo do valor de p; **valores estatisticamente diferentes quando comparados ao valor de referência - Teste Qui-quadrado – Nível de Significância: p<0,05.

Fonte: Autoria própria (inserir ano).

No que se refere à variável interferente do estudo (avanço da idade), foram realizadas associações entre a média de idade e a classificação da alimentação e a média de idade e a preferência por determinado tipo de consistência alimentar (Tabela 4). Os resultados mostraram que os idosos, independentemente da idade, apresentaram resultados semelhantes. Tais dados permitiram a inferência de que as dificuldades relatadas tenham maior relação com o uso da prótese do que com o avanço da idade.

Tabela 4 - Associação entre as variáveis referentes à idade e às condições alimentares

Idade	Classificação da alimentação			
	Ótima	Boa	Regular	Ruim
Média	64,7	72,5	70,5	70
Mediana	65	74	71	71
Desvio Padrão	1,5	7,5	6,7	2,6
Min	63	56	60	67
Max	66	85	82	72
N	3	22	14	3
IC	1,7	3,1	3,5	3
p-valor	0,297			
Idade	Prefere consistência			
	Pastosa	Sólida		
Média	71,1	71,3		
Mediana	72	72		
Desvio Padrão	6,9	7,3		
Min	56	63		
Max	85	79		
N	34	8		
IC	2,3	5		
p-valor	0,953			

IC: Intervalo de Confiança - Teste ANOVA - p<0,05.

Fonte: Autoria Própria (2011)

4. Discussão

No presente estudo foi constatado predominância do uso da PTRB (n= 26; 61,90%). Esse dado é comum aos achados de Dantas et al. (2006) que ao verificar o índice de autopercepção das

condições de saúde bucal de 54 idosos, constatou que 63,3% da amostra também utilizava esse tipo de prótese.

Quanto ao uso de prótese total superior e inferior, encontrou-se seu uso em 38,1% dos idosos participantes da pesquisa. Os estudos de Silva, Souza e Wada (2004), Silva et al. (2008), Costa, Saintrain e Vieira (2010) e Cavalcanti e Bianchini (2008) constataram que, entre o uso de prótese total superior e a inferior, há uma incidência maior de sujeitos que utilizam da prótese total superior. Esses achados são condizentes com os dados obtidos no presente estudo, nos quais 15 (35,7%) dos idosos estudados referiram uso de prótese total superior e apenas 1 (2,4%) da amostra utiliza prótese total inferior. Na amostra do presente estudo considera-se a prevalência dos idosos diante do uso da prótese superior é um fator preocupante, devido às restrições que isso pode gerar na função mastigatória e em todo o processo alimentar. Segundo Silva e Goldenberg (2001), a qualidade da mastigação em indivíduos usuários de prótese total ou parcial não é a mesma do indivíduo com dentição natural ainda preservada.

Na classificação da alimentação, dentro da graduação 'Ótima', 'Boa', 'Regular', 'Ruim' ou 'Muito ruim', pode-se verificar que apenas 3 sujeitos optaram pela classificação 'Ótima' e a maior parte da amostra entrevistada (22 sujeitos) a classificou como 'Boa'; 14 sujeitos usaram a classificação 'Regular' e 3 optaram pela classificação 'Ruim'. Nenhum idoso caracterizou sua alimentação como 'Muito ruim'. Na análise desses achados considera-se que a autopercepção dos idosos quanto sua alimentação apresenta-se realista, pois um número pequeno de idosos considerou sua alimentação com a melhor graduação possível ('Ótima') e nenhum idoso considerou a pior hipótese possível ('Muito ruim'), mantendo o grupo em uma posição intermediária de satisfação, mas com algumas ressalvas relacionadas ao processo alimentar. Estes dados estão diretamente relacionados com a consciência que os idosos apresentam em relação as suas reais dificuldades ou as adaptações necessárias para que a alimentação seja eficiente. Esse achado é fundamental para o sucesso de prevenções de autoconhecimento e autocuidado. Dantas et al. (2006) mencionam que a autopercepção dos idosos sobre a condição de saúde bucal é o primeiro passo para a elaboração de um programa educativo direcionado ao autodiagnóstico e autocuidado, além do estabelecimento de ações preventivas.

Quando questionados sobre a possibilidade de ingerir todas as consistências alimentares, 52,4% da amostra afirmaram a viabilidade desse fato e 47,6% referiram que isso não era possível para eles. Porém, em pergunta feita em momento posterior, onde foram questionados se tinham alguma preferência em relação às consistências alimentares, dos 22 idosos que referiram comer em todas as consistências, 14 relataram preferir alimentos na consistência pastosa e 8 na consistência sólida. Todos aqueles que relataram dificuldade para ingerir todas as consistências consomem alimentos na consistência pastosa. Vale ressaltar a controvérsia nas respostas do grupo que referiu não possuir dificuldade nesse quesito. Pode-se supor que, quando questionados inicialmente sobre a dificuldade, os idosos tendem a ignorar possíveis *déficits*, porém, quando as respostas tinham um cunho mais específico ('líquido', 'pastoso', 'sólido'), cada sujeito respondia de modo mais consciente, delimitando suas reais condições de alimentação. Dias e Cardoso (2009) confirmaram essa resistência dos idosos em relação à consistência sólida, sendo a mais evitada em 80,0% da amostra estudada pelas autoras.

Observa-se a existência de relação e/ou associação estatística entre a consistência alimentar e a classificação da alimentação, evidenciando que os idosos com preferência pela consistência sólida autoavaliaram a qualidade de sua alimentação de forma positiva, diferente daqueles que relataram conseguir se alimentar somente com a consistência pastosa. Sendo assim, pôde-se constatar a influência da restrição alimentar em relação à autopercepção da qualidade da alimentação, ou seja, aqueles que necessitam selecionar e manipular os alimentos deixando em uma consistência mais pastosa acaba referenciando sua alimentação como pouco prazerosa, tendo que limitar e reduzir as opções e consistências alimentares. Andrade e Seixas (2006) ressaltaram que a tendência em modificar a dieta para facilitar a mastigação e a deglutição é algo comum entre idosos com prótese dentária não adaptada.

Ainda sobre possíveis dificuldades/preferências em relação às consistências alimentares, Silva Netto (2003) afirmou que dentre as alterações no estágio oral e faríngeo da deglutição, comumente observadas no processo do envelhecimento, encontram-se as dificuldades no consumo da consistência líquida. No presente estudo nenhum idoso referiu preferência pela consistência 'líquida'. Considera-se que esse fato pode estar relacionado ao receio que a maioria dos idosos tem na deglutição dessa consistência, pois dentro do processo da deglutição, a consistência líquida requer maior controle oral e de execuções sequenciadas, que acabam acarretando riscos, os quais os idosos preferem evitar.

Em relação ao padrão mastigatório, Martins et al. (2010) identificaram, em um estudo da autopercepção da mastigação com 5.349 idosos, relatos de um 'bom padrão' mastigatório em 49,7% da amostra. O mesmo resultado foi obtido por Martins, Barreto e Pordeus (2009), que também encontraram, num inquérito realizado com 5.014 idosos, uma mastigação classificada como 'Ótima/boa' em 50,6%. Esses achados estão de acordo com os dados aqui obtidos, os quais apontam para uma prevalência de relatos de um padrão mastigatório adequado, sem queixas de dificuldades na mastigação.

Quanto aos relatos de ocorrência de engasgo durante o processo alimentar, obteve-se 81,0% da amostra com ausência dessa queixa. Apenas cinco idosos referiram que o engasgo ocorre 'às vezes' e três relataram ocorrência 'raramente'. Nenhum idoso referiu que o engasgo ocorre 'sempre'. Em relação a variável 'tosse', a queixa surgiu 'às vezes' e 'raramente' em 19,0% da amostra e 81,0% dos idosos referiram não apresentar tosse após refeições, ou seja, a maioria dos idosos não apresentou queixas relacionadas a esse sinal de alteração na deglutição. Esses dados correlacionam com o fato do estudo incluir somente idosos saudáveis, que devido ao envelhecimento natural acaba apresentando perda de massa, reduzindo a força muscular, gerando menor pressão da ejeção do bolo alimentar, alterando a fase oral e não as demais fases que estão relacionados com a proteção de vias áreas.

No GOHAI, a média para o grupo estudado foi de 26,3 pontos que é um valor considerando 'ruim' (< 30 pontos) para a autopercepção das condições de saúde bucal de idosos, revelando possíveis problemas sentidos diante da mastigação, deglutição, fala, preocupação, consciência e autoimagem da saúde bucal e problemas de dor ou desconforto. Acerca desses dados, os achados relevam que a população pesquisada apresenta a autopercepção realista, com consciência das reais alterações. Esses achados corroboram com a pesquisa realizada por Costa, Saintrain e Vieira (2010), em que numa amostra de 94 sujeitos obteve-se uma média total abaixo de 30. Souza et al. (2010), em estudo com 154 sujeitos, encontraram a mesma graduação na maioria de sua amostra.

5. Conclusão

Considerando que objetivo da pesquisa era verificar a autopercepção das condições alimentares de idosos usuários de próteses dentárias, com base na metodologia empregada e nos resultados obtidos, concluí-se que os idosos usuários de prótese dentária apresentam uma autopercepção realista quanto às condições de sua alimentação, tendo consciência da existência de alterações e da interferência do uso da prótese no processo alimentar.

Referências

- ANDRADE, B. M. S; SEIXAS, Z. A. Condição mastigatória de usuários de próteses totais. **International Journal of Dentistry**, Recife, v. 1, n. 2, p. 48-51, abr./jun. 2006.
- ATCHISON, K.A.; DOLAN, T.A. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. **Journal of Dental Education**, v. 54, n. 11, p. 680-687, 1990.

- CAVALCANTI, R. V. A.; BIANCHINI, E. M. G. Verificação e análise morfofuncional das características da mastigação em usuários de prótese dentária removível. **Revista CEFAC**, v. 10, n. 4, p. 490-502, 2008.
- COSTA, E. H. M.; SAINTRAIN, M. V. L.; VIEIRA, A. P. G. F. Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 295-293, 2010.
- DANTAS, F. H. et al. **Promovendo a cidadania e a saúde dos cidadãos da Terceira Idade**. **Revista Ciência em Extensão**, v. 3, n. 1, p. 54-55, 2006.
- DIAS, B. K. P; CARDOSO, M. C. A. F. Características da função de deglutição em um grupo de idosas institucionalizadas. **Estudo Interdisciplinar sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 107-124, 2009.
- FAIS, L. M. G. et al. A idade influencia na satisfação de pacientes usuários de prótese totais. **Revista Faculdade de Odontologia**, v. 12, n. 2, p. 37-41, maio/ago. 2007.
- MARTINS, A. M. E. B. L. et al. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 5, p. 912-922, 2010.
- MARTINS, A. M. E. B. L.; BARRETO, S. M.; PORDEUS, I. A. Autoavaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 421-435, 2009.
- SILVA, L. G.; GOLDENBERG, M. A mastigação no processo do envelhecimento. **Revista Cefac**, v. 3; p. 27-35, 2001.
- SILVA NETTO, C. R. **Deglutição na criança, no adulto e no idoso**: fundamentos para odontologia e fonoaudiologia. São Paulo: Louise, 2003.
- SILVA, S. R. C. da; CASTELLANOS FERNANDES, R. A. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. 349-355, 2001.
- SILVA, S. O et al. Saúde bucal do idoso institucionalizado em dois asilos de Passo Fundo - RS. RGO - **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 56, n. 3, p. 303-308, jul./set. 2008.
- SOUZA, R. F.; SKUBS, T.; BRETAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de enfermagem**, v. 60, n. 3, p. 263-267, 2007.
- SOUZA, E. H. A. et al. Impacto da saúde bucal de idosos institucionalizados e não-institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2955-2964. 2010.

Recebido em: 05 set. 2013.
Aprovado em: 06 nov. 2013.