



Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

EDUARDO CARNEIRO PINTO

**RELAÇÃO ENTRE ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS E AUTOPERCEÇÃO DAS
CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM POPULAÇÕES ACOMPANHADAS PELO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

MONTES CLAROS/MINAS GERAIS

2009

EDUARDO CARNEIRO PINTO

**RELAÇÃO ENTRE ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS E AUTOPERCEPÇÃO DAS
CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM POPULAÇÕES ACOMPANHADAS PELO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

MONTES CLAROS/MINAS GERAIS

2009

EDUARDO CARNEIRO PINTO

**RELAÇÃO ENTRE ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS E AUTOPERCEÇÃO DAS
CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM POPULAÇÕES ACOMPANHADAS PELO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de
Minas Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientador: Professor Marcos Azeredo Furquim
Werneck

MONTES CLAROS/MINAS GERAIS

2009

EDUARDO CARNEIRO PINTO

**RELAÇÃO ENTRE ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS E AUTOPERCEPÇÃO DAS
CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM POPULAÇÕES ACOMPANHADAS PELO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de
Minas Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientador: Professor Marcos Azeredo Furquim
Werneck

Banca Examinadora

Examinador _____

Examinador _____

Examinador _____

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

Agradecimentos

Agradeço a Marcos Azeredo Furquim Werneck pela paciência e valiosa contribuição para a execução deste trabalho e à minha esposa Mânia pelo apoio dispensado durante todo o curso.

Resumo

Este trabalho foi uma revisão bibliográfica descritiva realizada em 2009 das produções científicas em saúde no Brasil, através de um levantamento na Biblioteca Eletrônica SciELO e através da Biblioteca Virtual BIREME, tendo sido consultadas as bases de dados LILACS, MEDLINE e o DeCS utilizando as mesmas palavras-chave. A motivação maior que levou a desenvolver este estudo foi avaliar a relação entre os aspectos sócio-culturais e a autopercepção das condições de saúde bucal em populações acompanhadas pelo Programa Saúde da Família, que referendado por vários autores se deve ao fato de existir poucas pesquisas realizadas sobre este tema. Baseado nestas referências, os dados obtidos nas pesquisas revelaram como variáveis sócio-econômicas e culturais influenciam na autopercepção de saúde bucal das pessoas. O material encontrado mostrou que é importante conhecer a comunidade para um melhor planejamento das ações, visando criar estratégias que tenham impacto na melhoria da qualidade de vida da população.

Palavras-chave: Saúde da Família, Saúde Bucal, Autopercepção, Participação Comunitária.

Abstract

This study was a descriptive literature review conducted in 2009 of scientific production in health in Brazil, through a survey in the Electronic Library and SciELO by BIREME Virtual Library, having been consulted the databases LILACS, MEDLINE and DeCS using the same words key. The motivation that led to greater development of this study was to evaluate the relationship between the socio-cultural and self-perception of oral health status of populations accompanied by the Family Health Program, which was endorsed by several authors due to the fact that there is little research on this theme. Based on these references, the data of the research revealed how socio-economic and cultural influence on self-perceived oral health of people. The findings showed that it is important to know the community for better planning of actions, to create strategies that impact on improving the quality of life.

Key Words: Family Health, Oral Health, Self-perception, Consumer Participation.

SUMÁRIO

1. Introdução	8
2. Revisão de Literatura	10
3. Metodologia	13
4. Discussão	14
5. Conclusões e considerações Finais	16
6. Referências	17

1 INTRODUÇÃO

A Saúde Bucal no Brasil somente foi incorporada ao Programa de Saúde da Família - PSF por meio de Portaria Nº. 1444 de 28 de dezembro de 2000. Isto demonstra o fato de que, grande parte da população brasileira nunca teve acesso à assistência odontológica. Somente no final da década de 80 é que o setor despertou para a promoção de saúde e organização dos serviços.

No ano de 2007, na área central do município de Montes Claros – MG, foi criado o PSF Lourdes II, localizado na rua Quelozita Nº 565 cujo território abrange parte do bairro de Lourdes e todo o bairro Monte Alegre. Durante o processo de territorialização, mapeamento e o cadastro das famílias, observamos a dificuldade da comunidade de acesso à assistência odontológica. A população cadastrada é em torno de 3711 pessoas, sendo que 50% estão na faixa etária de 20 a 39 anos e 10% acima de 60 anos. Somente aos escolares era prestada a assistência odontológica por equipes de Técnicos em Higiene Dental – THD. Portanto a Equipe de Saúde Bucal do PSF Lourdes II, modalidade I contou com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS – para que fossem adotados os critérios na definição das prioridades para a assistência odontológica. Este processo se deu por meio da identificação dos determinantes e condicionantes da saúde, registrados através de estimativa rápida, estudos epidemiológicos e registro da equipe. Os determinantes e condicionantes observados foram: a educação (desconhecimento dos fatores causadores da cárie e má higiene bucal; alimentação inadequada - alto consumo de açúcares e carboidratos); a renda, o emprego, a acumulação dos riscos no curso da vida, a coesão social, etc.

O estudo de famílias e populações tem se constituído em um vasto campo de pesquisa em diferentes áreas do conhecimento por se tratar do centro do viver das pessoas e do lócus de manifestação de múltiplos aspectos sócio-culturais. Na área da saúde, em especial, essa importância assume um papel fundamental, pois para trabalhar com as pessoas de uma forma mais integrada e apresentar melhoria da sua situação no processo de viver, precisa-se conhecer seu modo de vida e com isso compreendê-la em sua complexidade e diversidade.

As definições mais atuais sobre saúde rejeitam a noção de que saúde é apenas a ausência de doenças, pois é preciso considerar o contexto físico, o psicológico e o bem-estar social do indivíduo. No entanto, a saúde bucal continua sendo medida através de um modelo baseado nas doenças, com indicadores objetivos e quantitativos. Por isso, a prevalência das doenças bucais continua sendo descrita em várias populações, mas pouco se sabe como as doenças e os sintomas afetam o dia a dia das pessoas e sua qualidade de vida.

O fator sócio-econômico e cultural influencia na percepção da condição bucal da pessoa através do comportamento e da importância que essa pessoa dá a si mesma. Os critérios de avaliação da condição bucal são percebidos de maneiras diferentes pelo paciente e pelo profissional. Enquanto o profissional avalia a presença ou ausência de doença, para o paciente o mais importante são os sintomas e os problemas decorrentes das condições bucais (Silva e Rosell, 2006).

No Brasil, a política que favorecia o atendimento odontológico somente aos escolares vigorou por muitos anos deixando a população adulta e idosa desassistida. O adulto, por ser uma parcela muito grande da população, praticamente ficou desassistido nestes anos todos; e com uma demanda acumulada de procedimentos curativos. Essa população passou a ser gradativamente atendida após a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, com seus princípios garantidos pela Constituição de 1988 e o surgimento das Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal (CEABSF, 2009).

A concepção de saúde e doença de uma determinada sociedade é um conjunto de crenças sobre estes fenômenos que vai se formando ao longo dos anos, fruto da experiência individual e coletiva, presente e passada. É um traço cultural, determinante da visão de mundo das pessoas.

O objetivo deste trabalho é fazer uma revisão do que a literatura apresenta com relação à autopercepção em saúde bucal e os fatores sócio-culturais, para realizar uma análise futura da população do PSF Lourdes II. Esta análise poderá trazer importantes contribuições para a compreensão das demandas dos pacientes e para programar ações para os cuidados bucais, com a aplicação do Oral Health Impact Profile-OHIP 14 e do Geriatric Oral Health Assessment Index-GOHAI. Poderá permitir uma prática adequada e objetiva capaz de influir positivamente nos problemas apresentados pelos pacientes do PSF Lourdes II, melhorando a qualidade de vida das populações adulta e idosa através da organização da atenção básica em saúde bucal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A formação do pensamento social deve ser entendida como um processo no qual os indivíduos, imersos em uma cultura e uma sociedade, se dão conta da realidade, dos acontecimentos e do mundo ao qual pertencem. Interpretar como se tem forjado este pensamento social nos aproxima ao entendimento das condutas dos seres humanos e de suas realidades subjetivas (Gazzinelli, 2005).

Ainda que as principais doenças bucais sejam preveníveis ou passíveis de controle e as medidas necessárias sejam relativamente simples, verifica-se que os objetivos de uma melhor saúde bucal, em nível populacional, não são efetivamente alcançados. Isso ocorre porque a prevalência e a incidência dessas patologias vêm associadas a condições sociais, econômicas, políticas, e educacionais e não apenas como resultado de interações biológicas e orgânicas (Maciel, 1994).

Em um estudo de condições de saúde, a obtenção de dados epidemiológicos é importante, pois esses quantificam as condições de saúde bucal dos indivíduos, além de serem usados no planejamento, organização e monitoramento dos serviços de saúde prestados. Entretanto, baseia-se em índices que fornecem dados quantitativos, priorizando, para o profissional, os aspectos clínicos. Atualmente, além da obtenção dos dados quantitativos, a tendência é que também sejam obtidos dados qualitativos, através da autopercepção, na qual o próprio indivíduo percebe suas condições de saúde bucal e as necessidades de tratamento (Silva et al, 2006).

Para Reis e Marcelo (2005), o diagnóstico das condições de saúde/doença apenas através de indicadores numéricos, e a determinação das necessidades de saúde apenas do ponto de vista normativo, ignora aspectos sócio-comportamentais importantes, que precisam ser considerados na avaliação de condições de saúde. Faz-se, então, necessária a inclusão da percepção da saúde em estudos, pois esse conhecimento possibilita o desvelar dos valores atribuídos e o significado conferido pelas pessoas à sua saúde.

Autopercepção em saúde é a interpretação que a pessoa faz de suas experiências de saúde e estados precários de saúde no contexto da vida diária. Este julgamento se baseia, em geral, na informação e nos conhecimentos disponíveis, modificados pela experiência prévia e pelas normas sociais e culturais (Portillo & Paes, 2000).

Em muitas situações do processo de adoecimento, a necessidade percebida depende das crenças e do conhecimento da pessoa afetada, e também dos critérios de valor atribuídos à saúde perdida. Assim, a avaliação da saúde por pessoas leigas difere da que é feita por

profissionais, pois os conceitos de má saúde e de doença são determinados por valores culturais (Sheiham, 2000).

Estudos já desenvolvidos sobre a autopercepção mostram estar ela relacionada a alguns fatores clínicos, como números de dentes cariados, perdidos ou restaurados, e com fatores subjetivos, como sintomas das doenças e capacidade de a pessoa sorrir, falar ou mastigar sem problemas. Revelam ainda, a possibilidade dela ser influenciada por fatores como classe social, idade, renda e sexo (Silva & Fernandes, 2001).

Levantamento de autopercepção em saúde também contribui para a participação efetiva da comunidade na formulação de decisões políticas e sociais, incluindo a saúde bucal, além de tornar possível a abordagem mais efetiva dos indivíduos pelos profissionais de saúde (Portillo & Paes, 2000).

Atchinson & Dolan (1990) desenvolveram o GOHAI, composto por 12 questões fechadas e com perguntas sobre problemas bucais que afetam funções físicas e funcionais, aspectos psicológicos, dor e desconforto, dos idosos. Slade & Spencer (1994) realizaram uma pesquisa com o objetivo de desenvolver e testar um instrumento denominado OHIP que utilizava uma escala dos impactos sociais das desordens bucais, utilizando uma hierarquia teórica de resultados de saúde bucal. Foram descritas 49 declarações únicas que descrevem as conseqüências de desordens bucais inicialmente provenientes de 535 declarações obtidas em entrevistas com 64 pacientes odontológicos. A validade foi examinada usando dados de estudos longitudinais de coorte com indivíduos de 60 anos ou mais, onde a capacidade do OHIP para descobrir associações previamente observadas, com necessidade percebida para visita odontológica, forneceu evidências para a construção da validade.

Estudos estatísticos de Slade (1997) foram usados em um questionário de aproximadamente dez a quinze perguntas que pudesse capturar mais informações quanto possível do OHIP 49. Um procedimento de regressão controlado permitiu identificar uma sub-parte de 14 questões sobre o impacto social de doença bucal. Os registros resumidos baseados no OHIP 14 tiveram os mesmos padrões de variação entre os grupos sócio-demográficos que o OHIP 49 e ambos resultaram em modelos multivariados similares, relacionando variáveis de estado de saúde bucal e sócio-demográficas ao impacto social. O OHIP 14 contém questões de dimensões conceituais originais do OHIP e aquelas questões que tiveram boa distribuição de prevalência, sugerindo que esse instrumento pode ser usado para quantificar níveis de impacto de bem estar em áreas onde somente um limitado número de questões pode ser administrado.

Esses instrumentos foram criados para complementar os indicadores clínicos usados rotineiramente pelo cirurgião dentista e são tentativas de obter uma maneira que facilite a coleta de dados sobre a autopercepção, tanto individualmente quanto socialmente, para que essas informações possam ser utilizadas em programas educativos, preventivos, curativos e até por outros profissionais da área da saúde (Silva & Fernandes, 2001).

O estado de saúde das pessoas é resultante das suas condições de vida e de trabalho, bem como das relações sociais decorrentes dessas condições. Os principais agravos que acometem a saúde bucal e que tem sido objeto de estudos epidemiológicos em virtude de sua prevalência e gravidade são: cárie dentária, doença periodontal (gingivite e periodontite), câncer de boca, traumatismos dentários, fluorose dentária, edentulismo e má-oclusão (BRASIL, 2006).

O Levantamento Epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde em nível nacional, o SB Brasil, finalizado em 2003, demonstrou a importância desses agravos e reforçou a necessidade de que os serviços de saúde estejam organizados para intervir e controlá-los. É de fundamental importância a responsabilização da equipe de saúde do nível local pela interferência positiva no quadro sanitário da saúde bucal brasileira (BRASIL, 2006).

3 METODOLOGIA

Este trabalho foi uma revisão bibliográfica descritiva realizada em 2009 das produções científicas em saúde no Brasil, através de um levantamento na Biblioteca Eletrônica SciELO e através da Biblioteca Virtual BIREME, tendo sido consultadas as bases de dados LILACS, MEDLINE e o DeCS utilizando as mesmas palavras-chave, Saúde da Família, Saúde Bucal, Autopercepção e Participação Comunitária. As referências de maior relevância foram dos autores GAZZINELLI (2005), MACIEL (1994), SILVA & FERNANDES (2001), REIS & MARCELO (2006), SLADE (1997), PORTILLO & PAES (2000), PINTO (2000).

A motivação maior que levou a descrever a relação sócio-cultural e a autopercepção da saúde bucal em populações acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família, referendado por vários autores se deve ao fato da autopercepção da saúde bucal ser uma medida que sintetiza a condição objetiva da saúde bucal, a sua funcionalidade e os valores sociais e culturais relacionados à mesma. Essa avaliação reflete a qualidade de vida e está associada às condições de saúde geral, assim como a comportamentos relacionados aos cuidados com a saúde.

Baseado nestas referências nota-se a importância da autopercepção da saúde bucal, cuja medida ainda é pouco utilizada, principalmente em estudos de base populacional. Isto deverá ser aplicado ao PSF Lourdes II para a mudança de práticas mais adequadas e objetivas neste território através deste estudo.

Todo este assunto foi abordado no referencial teórico, sem a pretensão de esgotá-lo totalmente, mas, sim, com o objetivo maior de promoção de saúde que deve estar pautada no conhecimento prévio e na autopercepção de saúde dos indivíduos, para que as ações de educação em saúde bucal possam reverter em melhorias das condições de saúde da população.

4 DISCUSSÃO

De acordo com Jokovic & Locker (1997) apud Silva et al (2005), uma das razões para a fraca associação entre as variáveis clínicas e a autopercepção deve-se ao fato de que muitas doenças detectadas no exame clínico são assintomáticas e provavelmente desconhecidas pelo indivíduo. Os pacientes do PSF Lourdes II procuram muito das vezes o atendimento odontológico somente em casos de dor.

Grzywacz (2000) apud Boing et al (2005) apontou a escolaridade como componente mais importante da condição sócio-econômica para os estudos de determinação dos comportamentos relacionados à saúde. Ainda que relações causais entre escolaridade e diferentes desfechos em saúde não sejam imediatos, dados empíricos deixam pouca dúvida sobre sua existência e importância para a compreensão da desigualdade nos níveis de saúde da população. Níveis elevados de escolaridade são em geral associados a melhores condições de habitação, trabalho, renda e posição sócio-econômica.

Dados obtidos na avaliação da autopercepção reforçam a importância de estudos que avaliam, além das variáveis sócio-demográficas, as influências culturais e dentais nas condições de saúde, e, conseqüentemente, na qualidade de vida de uma população e dentre grupos de uma mesma população, pois, como relatado por Silva & Fernandes (2001), o meio social tem influência no modo como o indivíduo pensa, sente e age com relação à sua saúde. O fato de as principais doenças bucais apresentarem caráter não letal leva ao aceite das mesmas como inevitáveis (conformismo). Também a pobre percepção que as pessoas têm de seus problemas bucais, achado presente no estudo de Silva & Fernandes (2001), no qual a autopercepção dos idosos foi positiva, observou-se um número elevado de indivíduos edêntulos que usam próteses, mas que se sentiam apenas incomodados com os problemas de mastigação. Estes dados coincidem com os pacientes idosos do PSF Lourdes II. E com um agravante no que diz respeito ao acesso à prótese dentária pelo serviço público, devido à grande demanda para se conseguir uma vaga no Centro de Especialidades Odontológica – CEO.

Outros estudos sobre autopercepção já haviam mostrado que a maioria das pessoas vê sua condição bucal de maneira favorável, mesmo em condições clínicas não satisfatórias, provavelmente porque as medidas clínicas de saúde utilizadas pelo profissional são preditores relativamente fracos da percepção de saúde bucal das pessoas.

Estudo realizado com crianças de 11 a 12 anos na Tailândia concluiu que, apesar de 98,8% das crianças necessitarem de atenção odontológica, quando empregado um indicador

de qualidade de vida a porcentagem reduzia para apenas 39,5%. De cada 100 crianças com necessidade de tratamento apenas 40 necessitavam, segundo o critério sócio-dental, tendo em conta o impacto de seu problema na vida diária (Gherunpong et al, 2005).

Estudo realizado em Adelaide, Austrália, utilizando o índice OHIP -14 demonstrou que a maioria das respostas para os itens estavam na categoria de “nunca”, com a exceção dos dois itens da dor física. Os dois itens do desconforto psicológico também mostraram níveis relativamente elevados de problemas, em comparação com os restantes dos itens. De um modo geral, houve uma elevada porcentagem de respostas na categoria “às vezes” para todos os itens (Brennan et al, 2006).

Informações do Projeto SB-Brasil permitiram, pela primeira vez neste país, o estudo dos fatores associados à autopercepção da saúde bucal em uma grande base populacional de adultos e idosos (BRASIL, 2006). Este estudo mostrou que:

- Há uma tendência ao controle da cárie dentária e doença periodontal em escolares.
- A população adulta e idosa se apresenta com grande demanda por ações integrais de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação.
- Devido ao não cuidado, a maioria dos idosos se apresentaram desdentados, usando próteses ou não.

Em função dos dados apresentados pela literatura e, diante da observação empírica, espera-se que após este trabalho possamos aplicar no território o OHIP-14 e o GOHAI. A revisão mostrou que ainda se fazem necessárias pesquisas mais aprofundadas sobre a temática em questão.

5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Das reflexões e dos dados verificados na revisão de literatura deste estudo sobre a relação da autopercepção em saúde bucal com os fatores sócio-econômicos das populações acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família, algumas conclusões podem ser citadas.

- ✓ Podemos refletir sobre a importância de conhecer as pessoas do território e traçar um perfil sócio-econômico e cultural para planejar as ações de saúde bucal de acordo com a necessidade local, familiar e individual.
- ✓ As populações estudadas nas pesquisas citadas tiveram, em sua maioria, até o 1º grau, ou seja, o ensino fundamental atual completo ou não e baixa renda, o que contribui para uma saúde bucal menos favorável e uma menor percepção dos problemas (autopercepção mais favorável), o que esclarece o ato destas pessoas não procurarem o atendimento odontológico ou só fazê-lo em caso de dor. Estes dados são identificados nos usuários que procuram a assistência odontológica no PSF Lourdes II quando do preenchimento do Prontuário Odontológico.
- ✓ Este estudo revisto também demonstrou a necessidade em ampliar atenção odontológica das populações estudadas, da necessidade de mais informação e de ações promocionais e preventivas para as comunidades, a fim de diminuir o processo de adoecimento das mesmas.
- ✓ O instrumento OHIP14 é considerado atualmente um bom indicador para captar percepções e sentimentos dos indivíduos sobre sua própria saúde bucal e suas expectativas em relação ao tratamento e serviços odontológicos, tornando-se uma metodologia de escolha em avaliações com esta finalidade. Podemos aplicar também o GOHAI na comunidade do PSF Lourdes II para que os indicadores nos forneçam os dados para que mudemos a prática para a melhoria da qualidade de vida desta população.
- ✓ Espera-se que este estudo, mesmo sendo uma revisão de literatura, possa melhor fundamentar o planejamento das ações de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, proporcionar maior qualidade nesta atenção, bem como contribuir na elaboração de programas de promoção e prevenção a partir da utilização de informações com comprovada evidência científica e orientada aos indivíduos, respeitando-se os seus valores e expectativas.

6 REFERÊNCIAS

ATCHINSON, K.A.; DOLAN, T.A. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. **J Dental Educ** 1990; 54:689-7.

BRENNAN, D.S.; SINGH, K.A.; SPENCER, A.J.; ROBERTS-THOMSON, K.F. Positive and negative affect and oral health-related quality of life. **Health and Quality Outcomes**, October 2006, 4:83.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde bucal. Cadernos de Atenção Básica n.17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p.

FARIA, H. *et al.* 2008. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**, Módulo 3 do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – CEABSF da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008.

GAZZINELLI, M.F., GAZZINELLI, A.; REIS, D.C.; PENNA, C.M.M. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Caderno de Saúde Pública**. Vol. 21, Nº1. p. 201-206. Jan/Fev 2005.

GHERUNPONG, S.; SHEIMAN, A.; TSAKOS, G. A. Sociodental approach to assessing children's oral health needs: integrating an oral health-related quality of life (OHRQoL) measure into oral health service planning. **Bulletin of the World Health Organization**, 2006; 84:36-42.

GRZYWACZ, J.G. Socioeconomic status and health behaviors among Californians. In: KRONENFELD, J.J editor. Health, illness, and use of care: the impact of social factor. New York: **Elsevier Science**; 2000.p. 121-49 apud BOING, A.F.; PERES, M.A.; KOVALESKI, D.F.; ZANGE, S. E.; ANTUNES, J.L.F. Estratificação sócio-econômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: Características da produção na década de 90. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(3):673-678, mai-jun, 2005.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D. Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. **J Public Health Dent** 1997; 57:40-7 apud SILVA, D.D.; SOUSA, M.L.R.; WADA, R.S. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(4): 1251-1259 jul-ago, 2005.

MACIEL, S.M. Saúde bucal infantil: a participação da mãe [Tese]. São Paulo: **Faculdade de Saúde Publica da USP**, 1994.

PORTILLO, J.A.C.; PAES, A.M.C. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. **Rev. Bras. Odontologia - Saúde Coletiva**. Vol 1 Nº1, p.75-88. 2000.

REIS, S.C.G.B.; MARCELO, V.C. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. **Ciências e Saúde Coletiva**. Vol 11 Nº1. 191-199. 2006.

SILVA, S.R.C.; FERNANDES, R.A.C. Autopercepção das Condições de Saúde Bucal por Idosos. **Rev. de Saúde Pública**, Vol. 35, Nº 4, p. 349-355. 2001.

SILVA, S.R.C, ROSELL, F.L, JÚNIOR, A.V. Percepção das Condições de Saúde Bucal por Gestantes Atendidas em uma Unidade de Saúde no Município de Araraquara, São Paulo, Brasil. **Rev. Brasileira de Saúde Materna e Infantil**. Vol. 6, Nº 4. p. 405-410. Out/Dez 2006.

SHEIHAM A.A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: PINTO VG, organizador. **Saúde Bucal Coletiva**. 4ª Ed. São Paulo: Editora Santos; 2000. p. 223-50.

SLADE G.D. E SPENCER A.J. **Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile**. Community Dental Health, 1994.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. **Unidade Didática II. Saúde Bucal – Atenção ao Idoso**. Belo Horizonte, versão março, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. **Saúde Bucal no Contexto da Atenção Básica à Saúde. Saúde do Adulto**. Belo Horizonte, 2008.