

Saúde bucal e qualidade de vida no idoso

*RODRIGUES, Suely Maria

**VARGAS, Andrea Maria Duarte

***MOREIRA, Allyson Nogueira

*Professora Mestre do Curso de Odontologia da FACS/UNIVALE-
Coordenadora do Estágio Supervisionado em Odontogeriatrica.

**Professora Doutora do Curso de Odontologia da FO/UFMG.

*** Professor Doutor do Curso de Odontologia da FO/UFMG-
Coordenador do Mestrado e Doutorado (Área de Concentração:
Clínica Odontológica) da FO/UFMG.

O envelhecimento populacional no mundo, e mais recentemente, nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, tem colocado o desafio de enfrentar essa nova realidade com soluções criativas e viáveis. Esse envelhecimento tem exigido respostas no que diz respeito especialmente às políticas de saúde e sociais dirigidas à população idosa, com o intuito de preservar sua saúde e qualidade de vida. Quanto mais longa a vida média da população, mais importante se torna esse conceito, pois promover a saúde significa aumentar a qualidade de vida do indivíduo, ou seja conferir ao mesmo a sensação de ausência de dor, bem-estar físico-psíco-social e autoestima positiva. O objetivo desta revisão é fornecer dados sobre a saúde bucal de idosos relacionando com vários conceitos de qualidade de vida.

Abstract

World population aging is a phenomenon that generates the knowledge and understanding need of several events of both social economical order, general and oral health. Several scientific evidences show the contribution of health to the quality od life of iether individuals or populations. For individuals and population to achive appropriate health standards it is necessary not only access to quality medical-health services. This paper presents the main instruments which have been constructed during the last years for measuring quality of life, as well as the debate they cause. Discusses the tendency to restrict the concept of quality of life to the biological area, associed with na economic assessment.

Introdução

Na área de saúde bucal, vários estudos (MINISTÉRIO DA SAÚDE 19; WATANABE *et al.* 34; PEREIRA *et al.* 23) mostram que os idosos formam um grupo com quase todos os dentes extraídos, grande quantidade de problemas periodontais, lesões de mucosa bucal e uso de próteses inadequadas. Esta situação é decorrente da escassez de programas de saúde dirigidos a estes indivíduos, pois estes não apresentam prioridade nos serviços públicos, mesmo

em face aos problemas acumulados e à forte mudança demográfica verificada no país.

Neste contexto de dificuldades, uma das áreas que poderia ser explorada é a das ações de educação em saúde com ênfase na autoproteção e na auto percepção, conscientizando o indivíduo para a necessidade de cuidado com sua saúde bucal. Para isso é necessário entender como o indivíduo percebe a condição de sua boca, pois seu comportamento é condicionado por esta percepção e pela importância dada a ela (SILVA 28). Estudos sobre esta percepção mostram que ela está relacionada com alguns fatores clínicos, fatores qualitativos como sintomas das doenças e a capacidade de sorrir, falar ou mastigar, além de ser influenciada por fatores como classe social, idade, renda e sexo (ATCHISON et al. 2; GILBERT 11 et al; SLADE e SPENCER 30; STEELE et al. 33).

A saúde bucal está deixando de ser medida somente pela presença ou ausência de doença, medidas apenas por instrumentos quantitativos, para incorporar o ponto de vista do indivíduo, utilizando, também, instrumentos qualitativos. Tradicionalmente, a epidemiologia bucal tem empregado indicadores clínicos normativos para identificar fatores de risco, determinar prognósticos e tipos de tratamento mais eficazes, identificar prevalência e incidência de diversas doenças e avaliar políticas em saúde bucal, sem, no entanto, ajuizar o impacto que essas doenças podem causar na qualidade de vida das pessoas. A utilização de indicadores qualitativos torna possível a realização de um diagnóstico mais apurado das condições de saúde bucal de uma população, levando-se em conta a percepção do indivíduo (Miotto e Barcellos 20). Estes instrumentos foram criados para complementar os indicadores clínicos usados rotineiramente e, para facilitar a coleta de dados sobre a auto percepção, tanto individual como coletivamente, para fazer com que as informações obtidas possam ser utilizadas em programas educativos, preventivos e curativos (SILVA 28).

Nesta revisão, pretende-se conhecer e identificar as diversas concepções à respeito da qualidade de vida em indivíduos com 60 anos ou mais, considerados idosos.

Desde o fim da década de 50, a expressão qualidade de vida já era usada por sociólogos, no contexto da discussão sobre as relações com poluição ambiental, deterioração da vida urbana e assuntos similares e veiculadas em publicações não acadêmicas. Nos anos setenta, ela viria a ser admitida em eventos científicos internacionais de economia e de medicina (KATZ e GURLAN 12).

Há vários significados associados à qualidade de vida. Na medicina, inicialmente, foi utilizada para designar as condições que melhoram as chances de sobrevivência de recém-nascidos, e logo encontrou aplicação mais ampla ao atendimento de pacientes adultos e idosos, fragilizados ou terminais. Está relacionada, principalmente, com o custo/benefício inerente à manutenção da vida de enfermos crônicos e terminais. A questão é focalizada tanto quanto ao ponto de vista do bem-estar e dos direitos individuais, quanto dos interesses e valores da sociedade. Portanto, na área médica, a expressão usada é "qualidade de vida em saúde", centralizando suas ações na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Na economia, é associada com renda *per capita*, que funciona como um indicador do grau de acesso das populações aos benefícios da educação, da medicina e dos serviços sociais. Na sociologia, o conceito é mais abrangente e inclui um conjunto de indicadores econômicos e de desenvolvimento sociocultural identificados como nível ou padrão de vida de uma população. Em política, o conceito chave é o da equidade na distribuição das oportunidades sociais. Em psicologia, a referência mais forte é a experiência subjetiva de qualidade de vida, representada pelo conceito de satisfação (BALTES 3; BOND 5).

Atualmente, a preocupação com o conceito dentro das ciências biológicas se dá no sentido de valorizar parâmetros mais amplos do que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. O termo qualidade de vida refere-se a algo muito mais amplo que saúde, é um processo dinâmico e difícil de mensurar (LOCKER 15).

De acordo com Nutbeam (22), qualidade de vida seria a percepção por parte dos indivíduos ou grupos em satisfazer suas necessidades, aproveitando as oportunidades para alcançar um estado de felicidade e realização pessoal. Para Shou e Locker²⁷ ter qualidade de vida implica na oportunidade de fazer escolhas que garantam satisfação em viver.

O termo qualidade de vida é geral e abrange uma variedade de condições que podem afetar o indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com seu cotidiano, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e intervenções médicas. Possui múltiplas dimensões e resulta da atuação de vários eventos concorrentes, ou seja, é multideterminado. Diz respeito à adaptação de indivíduos e grupos humanos em diferentes épocas da vida de uma ou de várias sociedades. A avaliação de qualidade de vida pode ser referenciada a diferentes critérios que dependem principalmente do grau do progresso alcançado por uma sociedade, seus valores e ideais. O fato da avaliação de qualidade de vida depender de valores e ideais mutantes no tempo e no espaço faz com que ela seja expressa em termos de desejo, prazer, bem estar ou satisfação em relação às condições disponíveis para adaptação das pessoas e grupos sociais. Qualidade de vida se preocupa com o grau em que a pessoa aproveita as importantes possibilidades da vida (NERI 21).

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrada na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera como seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural. Por fim, valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade, compõem sua concepção (Minayo et al. 18).

Em países desenvolvidos, o termo qualidade de vida é mais comumente utilizado, pois quase sempre possuem coberturas econômicas e/ou programas

governamentais que atendam às suas necessidades materiais básicas. Neste contexto, as pessoas estão cada vez mais conscientes da possibilidade de satisfazer suas necessidades individuais e sociais, e buscam uma qualidade de existência superior à mera sobrevivência (Nutbeam 22). Infere-se que para o povo brasileiro, a percepção de qualidade de vida passe, apenas, pela busca da sobrevivência, desempenho das tarefas cotidianas e pelo alívio da dor (Costa e Teixeira 9).

Existe evidência demonstrando que as pessoas de menor nível na escala sócio-econômica possuem pior saúde, quando comparadas a seus opostos em melhores condições. Este relacionamento existe no mundo inteiro e inclui uma ampla extensão de indicadores de saúde que incluem taxas de mortalidade, esperança de vida ao nascer, taxas de doenças agudas e crônicas, dias de atividade restrita, sintomas psiquiátricos, hipertensão arterial, obesidade e autopercepção de saúde (WILKINSON 36).

A preocupação com a qualidade de vida na velhice ganhou relevância nos últimos 30 anos, a partir do momento em que o crescimento do número de idosos e a expansão da longevidade passou a ser experiência compartilhada por um número crescente de indivíduos vivendo em sociedades diferentes. Mais e mais as questões que dizem respeito ao bem-estar físico, psicológico e social dos idosos interessam aos planejadores de saúde, educação, trabalho e seguridade social de vários países. Uma boa qualidade de vida na velhice não é um atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, nem uma responsabilidade individual. É, sim, um produto da interação entre pessoas em mudança, vivendo numa sociedade em mudança. Pode-se dizer que sua conceituação constitui-se em parâmetro ou ideal, cuja análise permite desvendar os valores vigentes numa sociedade, em relação ao significado da velhice no curso de vida individual, dos grupos etários e das instituições (NERI 21).

Definir qualidade de vida na velhice implica em levar em conta critérios sócio-culturais, médicos e psicológicos, numa perspectiva de continuidade ao longo do curso de vida do indivíduo e da unidade sócio-cultural a que pertence. Ela depende não só de condições macro-estruturais objetivas, tais como renda, educação, urbanização e qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos idosos. Depende

de valores e atitudes sociais, em que os pontos de vista dos indivíduos e das instituições sobre o significado da velhice e sobre o grau de compromisso da sociedade com o bem estar dos seus idosos estão contextualizados (Neri 21).

Qualidade de vida relacionada à saúde e percepção subjetiva são conceitos afins, centrados na avaliação pessoal e ligados à capacidade do indivíduo viver plenamente em relação ao seu espaço social. O indivíduo constrói sua qualidade de vida e saúde a partir da relação consigo mesmo e com o ambiente (Carvalho e Martins 6).

Quanto mais longa a vida média da população, mais importante se torna o conceito de qualidade de vida, pois promover a saúde significa aumentar a qualidade de vida do indivíduo, ou seja conferir ao mesmo a sensação de ausência de dor, bem-estar físico-psíco-social e auto-estima positiva. Uma boa saúde bucal influencia algumas destas metas, pois elimina dores oro-faciais, melhora a mastigação, facilita a ingestão/digestão e comunicação (sorrir e falar), aumenta a auto-estima, e diminui o número de doenças (Werner 35).

Segundo Locker (16), assim como os conceitos de saúde e qualidade de vida são abstratos e referem-se a eventos complexos e multidimensionais, o termo saúde bucal também é subjetivo e muitas vezes não bem definido; todos esses conceitos variam de acordo com o contexto social, cultural e político no qual são operacionalizados ou medidos. Quando se fala em saúde bucal, o foco não deve ser reduzido a cavidade bucal, mas centrado no indivíduo no sentido amplo, referindo-se à sua saúde, bem-estar e qualidade de vida.

MacEntee (17) realizou estudo qualitativo com objetivo de analisar o significado de saúde bucal na vida de pessoas idosas. Foram selecionados 20 homens e 20 mulheres, metade deles desdentados e a outra metade com dentição natural, com 70 anos ou mais de idade, classificados como funcionalmente independentes, em Vancouver, Canadá. Os resultados demonstraram que, para os idosos, o envelhecimento tem reflexos na saúde geral, higiene e conforto da boca.

Steele et al.(32) realizaram estudo com objetivo de verificar o comportamento e as atitudes rela-

cionadas à saúde bucal de 1211 indivíduos dentados, com 60 anos ou mais de idade, em três áreas da Inglaterra. Para o estudo foram utilizadas entrevistas com questões relativas à frequência de tratamento dentário, preferências no tratamento e práticas de higiene bucal. Os resultados mostram que 19 a 28% dos idosos só procuram tratamento odontológico quando apresentam dores ou sintoma de alguma doença bucal. A percepção que o indivíduo possui de que não necessita de tratamento dentário é a principal razão para não freqüentar um consultório dentário (55 a 79% dos entrevistados), embora outras razões também fossem citadas, como o medo e o alto custo do tratamento.

A autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal destaca o caráter subjetivo e a relatividade do conceito de saúde, bem como o fato de que as experiências pessoais sobre a doença e a saúde são influenciadas pelo espaço social em que acontecem. Esta percepção se baseia, em geral, na informação e nos conhecimentos disponíveis, modificados pela experiência prévia e pelas normas sociais e culturais. A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia, onde estudam, trabalham, divertem-se e amam-se (Portilho e Paes 25).

A autopercepção da condição de saúde bucal permite que se tenha um panorama mais próximo da real condição do indivíduo, apesar desse procedimento não substituir o exame clínico do paciente (Biazevic 4).

Smith e Sheiham (31) realizaram estudo para avaliar clinicamente as necessidades de tratamento dentário em idosos e comparar sua demanda por atendimento com a percepção de seus problemas bucais. Fizeram parte do estudo 254 indivíduos, com 65 anos ou mais de idade, residentes em Nottingham, Inglaterra. Utilizou-se uma entrevista seguida de exame clínico. Os resultados mostraram que 78% dos idosos necessitavam de tratamento dentário, principalmente protético. Os idosos mencionaram algumas barreiras que dificultavam a realização do tratamento dentário, como o custo, o medo, a dificuldade de locomoção e a sensação de que estão incomodando o dentista. Os autores concluíram que a grande necessidade de tratamento detec-

tada, clinicamente, e a baixa demanda pelos serviços indicam que outros fatores, como os de saúde e os sociais, devem ser levados em consideração na avaliação da necessidade de tratamento em idosos.

O impacto da saúde bucal relacionado com o bem estar geral dos indivíduos e qualidade de vida começou a ser abordado na década de 90, com a introdução de diversos instrumentos efetivos, válidos e confiáveis, capazes de indicar a relação entre saúde bucal e qualidade de vida. Estes indicadores podem ser unidimensionais, quando avaliam apenas uma variável, como a capacidade mastigatória ou a intensidade de dor; ou, também, multidimensionais. Os multidimensionais têm sido mais utilizados por serem amplos, envolvem população adulta, geralmente de idosos, englobando diversas dimensões como dor, restrições alimentares e bem estar psicológico dos indivíduos. Ainda que exista diferença no nível de complexidade entre esses indicadores, todos buscam abordar aspectos dos efeitos das condições bucais sobre o estado funcional, social e psicológico de cada indivíduo (Chianca et al. 7).

A tradição em epidemiologia bucal tem sido a de utilizar indicadores clínicos normativos para identificar fatores de risco, avaliar prognósticos, definir tipos de tratamento mais eficazes, identificar prevalência e incidência e avaliar políticas em saúde bucal, sem, no entanto, avaliar o impacto que essas doenças podem causar na qualidade de vida das pessoas. Com o desenvolvimento dos indicadores qualitativos, tornou-se possível a realização de um diagnóstico mais apurado das condições de saúde bucal de uma população, levando-se em conta a percepção do indivíduo (Miotto e Barcellos 20).

De acordo com Miotto e Barcellos²⁰ o indicador unidimensional mais utilizado é o Índice de Leake (14), desenvolvido para medir a habilidade mastigatória, como também para investigações epidemiológicas. Dentre os multidimensionais, os mais empregados são:

a) Índice dos Impactos Sociais das Enfermidades Dentais (The Social Impacts of Dental Disease) - desenvolvido por Cushing (10), em que se propõe medir o impacto das enfermidades bucais de acordo com aspectos físicos, sociais e psicológicos;

b) Índice Geriátrico para Avaliação de Saúde Bucal (Geriatric Oral Health Assessment Index -

GOHAI) - empregado por Atchison (1), pelo qual se busca conhecer o grau do impacto psicossocial (preocupação ou insatisfação com aparência e os relacionamentos), associados a doenças bucais e avaliar a eficácia do tratamento odontológico;

c) Perfil do Impacto da Saúde Bucal (The Oral Health Impact Profile) - utilizado por Slade (29), cuja finalidade é identificar impactos negativos atribuídos às condições bucais, relatados pelo próprio indivíduo;

d) Levantamento da Saúde Bucal na Qualidade de Vida (Oral Health Quality of Life Inventory) - desenvolvido por Cornell (8). Este, propõe medir a satisfação pessoal do indivíduo e o grau de importância que atribui a sua saúde bucal;

e) Perfil do Impacto das Enfermidades (Sickness Impact Profile -SIP) - desenvolvido por Reisine (26), indicado para medir o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos;

f) Indicadores Subjetivos do Estado de Saúde Bucal (Subjective Oral Health Status Indicators) - preconizado por Locker (16), que são usados para propor medidas causadas pelo impacto funcional, social e psicológico das condições bucais nos seguintes aspectos: capacidade mastigatória e de falar, dor oral ou facial, limitações das atividades diárias e a preocupação com a saúde bucal;

g) Medida de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (The Oral Health-Related Quality of Life Measure) - utilizado por Kressin (13), que serve para medir o impacto da saúde bucal no cotidiano do indivíduo, visando informar efeitos adversos das doenças bucais nas atividades diárias e interações sociais.

Conclusão

A constatação da realidade de que as doenças bucais podem ocasionar complicações sistêmicas, bem como diminuição da qualidade de vida, determina decisões de que o atendimento integral à saúde bucal desse grupo deva ser garantido; deve-se buscar proporcionar aos idosos mudanças em sua saúde bucal e, conseqüentemente, em sua qualidade de vida através de programas específicos.

De acordo com Pinto (24), um programa de atenção odontológica para idosos deveria ser de-

envolvido a partir de um trabalho que vise o completo atendimento odontológico desta população. Este atendimento eliminaria suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, ao seguir critérios de prioridade em relação à idade e problemas bucais existentes. Deve ser composto por um programa preventivo, que vise controlar a incidência destes problemas; um programa curativo para sanar os problemas existentes e também um programa educativo que sirva de apoio para as demais ações. Pois, considera-se que através de processos educativos pode-se conseguir a modificação de hábitos e/ou participação política da população. Tem-se a visão de que, se todas as pessoas forem educadas, os problemas de saúde se resolveriam.

As ações desenvolvidas em um programa para idosos devem promover a interação com as demais áreas do conhecimento, pois a avaliação de saúde geral e bucal do idoso requer conhecimentos interdisciplinares e acompanhamento multiprofissional. Saúde, portanto, está sendo entendida como algo maior do que ausência de doença, com a possibilidade de uma vida melhor, participativa, em busca de qualidade de vida do indivíduo, da sua família e da comunidade em que está inserido.

Referências Bibliográficas

1. ATCHISON, K. A. The general oral health assessment index. *Community Dent Oral Epidemiol.*, v.24, n.4, p.385-389, 1990.
2. ATCHISON, K. A. et al. Comparison of oral health ratings by dentist and dentate elders. *J. Public Health Dent.*, v.4, n.53, p.223-230, 1993.
3. BALTES, P. B. *Successful aging*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
4. BIAZEVIC, M. G. Indicadores subjetivos em saúde bucal: uma revisão sistemática. 2001. Dissertação (Mestrado em Deontologia e Odontologia Legal). Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
5. BOND, L. A. (Eds.) *Promoting successful and productive aging*. Thousand Oaks: SAGE, 1995.
6. CARVALHO, C. L.; MARTINS, E. M. O significado da saúde e da doença na sociedade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, v.1, p.91-114, 1998.
7. CHIANCA, T. K. et al. El impacto de la salud bucal en la calidad de vida. *Rev. Fola/Oral*, n.16, p.96-100, 1999.
8. CORNELL, J. E. Oral health quality of life inventory. *J. Behav. Med.*, v.4, n.3, p.257-272, 1994.
9. COSTA, M. C.; TEIXEIRA, M. G. L. C. A concepção de espaço na investigação epidemiológica. *Cad. Saúde Pública*, v.15, n.2, p.271-279, 1999.
10. CUSHING, A. M. Developing social-dental indicators: the social impact of dental disease. *Community Dent. Health*, v.3, p.3-17, 1986.
11. GILBERT, G. H. et al. Perceived need for dental care in dentate older adults. *Inter. Dent. J.*, v.2, n.44, p.145-152, 1994.
12. KATZ, S.; GURLAND, B. J. Science of quality of life. In: BIRREN, J. E. et al. *The concept and measurement of quality of life in the elderly*. San Diego: Academic Press, 1991.
13. KRESSIN, N. R. The oral health-related quality of life measure. *J. Dent. Educ.*, n.6, p.494-497, 1997.
14. LEAKE, J. L. An index of chewing ability. *J. Public Health Dent.*, v.50, n.4, p.262-267, 1990.
15. LOCKER, D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. *J. Epidemiol.*, v.24, n.3, p.85-89, 1997a.
16. LOCKER, D. Subjective oral health status indicators. *Community Dent. Health*, v.27, n.3, p.257-270, 1997b.
17. MacENTEE, M. I. Measuring the impact of oral health in old age: a qualitative reaction to some quantitative views. *Gerontology*, v.13, n.5, p.76-81, 1996.
18. MINAYO, M.C.S. et al. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.1, n.5, p.5-18, 2000.

19. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal – Brasil, zona urbana, 1986. Brasília, 1988.
20. MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, L. A. Uma revisão sobre o indicador subjetivo de saúde bucal "Oral Health Impact Profile". Rev. Odontol. UFES, v.3, n.1, p.32-38, 2001.
21. NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: DUARTE, A. O. D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu, p.33-47, 2000.
22. NUTBEAM, D. Glossario de promocion de la salud. In: Organización Panamericana de la salud. Promoción de la salud: una antología. Washington, D.C., O.P.S., p.383-402, 1996.
23. PEREIRA, A. C. et al. Oral health and periodontal status in Brazilian elderly. Braz. Dent. J. v.2, n.7, p.97-102, 1996.
24. PINTO, V. G. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Santos Livraria Editora. 4.ed. 2000. p.1-8.
25. PORTILLO, J. A. C.; PAES, A. M. C. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva, v.1, n.1, p.75-88, 2000.
26. REISINE, S. Oral health and the sickness impact profile. J. Public Health, v.35, n.2, p.1-19, 1997.
27. SHOU, L.; LOCKER, D. Principals of oral health promotion. In: PINE, C. M. Community Oral Health, v.18, n.2, p.177-187, 1997.
28. SILVA, S. R. C. Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais. 1999. Tese (Doutorado em Odontologia)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
29. SLADE, G. D. Development and evaluation of the oral health impact profile. Community Dent. Health, v.11, n.1, p.3-11, 1994.
30. SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Social impact of oral conditions among older adults. Australian Dent. J., v.6, n.39, p.358-364, 1994.
31. SMITH, J. M.; SHEIHAM, A. Dental treatment needs and demands of an elderly population in England. Community Dent. Oral Epidemiol., n. 8, p.360-364, 1980.
32. STEELE, J. G. et al. Dental attitudes and behavior among a sample of dentate older adults from three English communities. Br. Dent. J., v.180, n.4, p.131-136, 1996.
33. STEELE, J. G. et al. Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. Community Dent. Oral Epidemiol., n.25, p.143-149, 1997.
34. WATANABE, M. C. G. et al. Considerações Periodontais em idosos usuários no centro de saúde Geraldo Paula de Souza. São Paulo. Brasil. Rev. Fac. Odontol. F.Z.L., v. 9, n. 1, p.20-25, 1996.
35. WERNER, C. W. et al. Odontologia Geriátrica. Rev. Fac. de Odontol. F.Z.L., v.11, n.1, p.62-69, 1998.
36. WILKINSON, R. G. Oral health, health and health-related quality of life. Medical Care, v.33, n.11, p.57-77, 1999.