

Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos*

Self-perception of oral health status by the elderly

Silvio Rocha Corrêa da Silva^a e Roberto A Castellanos Fernandes^b

^aDepartamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista. Araraquara, SP, Brasil. ^bDepartamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Descritores

Odontologia geriátrica.# Saúde bucal.# Auto-imagem.# Condições de saúde.# Saúde do idoso. Levantamentos de saúde bucal. Fatores socioeconômicos. Questionários. – Percepção da condição bucal.

Resumo

Objetivo

Avaliar a autopercepção das condições de saúde bucal por idosos e analisar os fatores clínicos, subjetivos e sociodemográficos que interferem nessa percepção.

Métodos

Participaram do estudo 201 pessoas, dentadas, com 60 anos ou mais, funcionalmente independentes, que freqüentavam um centro de saúde localizado em Araraquara, SP, Brasil. Foi aplicado questionário com questões sobre as características sociodemográficas da amostra, a autopercepção da condição bucal e o índice *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI). Realizou-se exame clínico para determinar a prevalência das principais doenças bucais. Foram usados testes estatísticos para determinar a associação das variáveis sociodemográficas e clínicas e do índice GOHAI com a autopercepção da condição bucal e a identificação dos preditores da auto-avaliação.

Resultados

O exame clínico revelou grande prevalência das principais doenças bucais, apesar de 42,7% das pessoas avaliarem sua condição bucal como regular. As variáveis associadas à auto-avaliação foram: classe social, índice de GOHAI, dentes cariados e indicados para extração. A análise multivariada mostrou que os preditores da auto-avaliação foram o GOHAI, os dentes com extração indicada e o índice *Community Periodontal Index and Treatment Needs*. Esses preditores explicaram 30% da variabilidade da auto-avaliação.

Conclusões

Concluiu-se que a percepção da saúde bucal teve pouca influência nas condições clínicas, mostrando ser necessário desenvolver ações preventivas e educativas para a população.

Keywords

Geriatric dentistry.# Oral health.# Self concept.# Health conditions.# Aging health. Dental health surveys. Socioeconomic factors. Questionnaires.

Abstract

Objective

To assess the self-perception of oral health status of the elderly and to analyze the clinics, subjectives and sociodemographic factors that interfere in this perception.

Methods

Results are based on interviews and clinical assessment of 201 subjects aged 60

Correspondência para/Correspondence to:

Silvio Rocha Corrêa da Silva
Rua Humaitá, 1680
14801-903 Araraquara, SP, Brasil
E-mail: silvio@foar.unesp.br

*Trabalho realizado no Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Resumo da tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública, USP, em 1999.

Recebido em 14/7/2000. Reapresentado em 9/3/2001. Aprovado em 2/4/2001.

years and over, who were dentate, functionally independents and used to go to a health care center in the town of Araraquara, SP, Brazil. A questionnaire with questions about social characteristics of the sampled population, their oral health status self-perception and the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) was applied. All subject underwent a clinical examination to determine the prevalence of the main oral diseases. Statistical analyses were performed to determine the association between social and clinic variables, and the GOHAI index with their oral health self-perceptions. In addition, analyses were made to identify self-assessment predictors.

Results

The clinical examination revealed that dental caries and periodontal disease had a significant prevalence, though 42.7% of the sample assessed their oral health status as regular. Social class, the GOHAI index, and the decayed and missing teeth were all associated with the self-assessment. The multivariate analysis showed that the self-assessment predictors were the GOHAI index, missing teeth and Community Periodontal Index and Treatment Needs index. These predictors accounted for 30% of the self-assessment variability.

Conclusions

As the oral health self-perception had minor influence on the clinical conditions, developing educational and preventive actions for the elderly population are recommended.

INTRODUÇÃO

A situação de saúde bucal dos idosos brasileiros é precária e pode ser observada tanto pelo quadro epidemiológico quanto pela ausência de programas voltados para esse grupo populacional.

Em um contexto de abandono e de dificuldades, uma das áreas que poderiam ser melhor exploradas é a das ações de educação em saúde com ênfase na autoproteção e na autopercepção, conscientizando a pessoa para a necessidade de cuidados com sua saúde bucal.

Para isso, é essencial entender como a pessoa percebe sua condição bucal, pois o seu comportamento é condicionado pela percepção e pela importância dada a ela. Mesmo nos países que mantêm programas dirigidos a idosos, a principal razão para esse grupo não procurar o serviço odontológico é a não-percepção de sua necessidade.⁴

Estudos sobre a autopercepção mostram estar ela relacionada a alguns fatores clínicos, como número de dentes cariados, perdidos ou restaurados,¹⁵ e com fatores subjetivos, como sintomas das doenças e capacidade de a pessoa sorrir, falar ou mastigar sem problemas,¹⁴ além dela também ser influenciada por fatores como classe social, idade, renda e sexo.¹¹

De maneira geral, esses estudos mostram que as pessoas conseguem perceber sua condição bucal com alguma precisão,¹¹ porém usando critérios diferentes do profissional. Enquanto o cirurgião-dentista avalia a condição clínica pela presença ou ausência de doen-

ça, para o paciente são importantes os sintomas e os problemas funcionais e sociais decorrentes das doenças bucais.

Em idosos, a percepção também pode ser afetada por valores pessoais, como a crença de que algumas dores e incapacidades são inevitáveis nessa idade,⁴ o que pode levar a pessoa a superestimar sua condição bucal.

Os dados sobre a autopercepção são subjetivos, e, para sua coleta, alguns autores padronizaram questionários para avaliar os problemas funcionais, sociais e psicológicos decorrentes das doenças bucais. Atchison & Dolan¹ (1990) desenvolveram o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (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 & Spencer¹⁴ (1994) criaram o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), um questionário fechado com 49 questões, que procura indicar se a pessoa teve, nos últimos 12 meses, algum incidente social devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses. Leão & Sheiham⁵ (1995) desenvolveram o *Dental Impact of Daily Living* (DIDL), que avalia problemas psicossociais com reflexos na qualidade de vida das pessoas segundo sua condição bucal.

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, curati-

vos e até por outros profissionais da área da saúde.

O objetivo do presente estudo é avaliar a percepção da condição bucal em idosos, pela aplicação de questionário com perguntas voltadas para a auto-avaliação da situação bucal, e analisar os fatores clínicos, subjetivos e sociodemográficos que interferem nessa percepção.

MÉTODOS

A coleta dos dados da pesquisa foi realizada durante um período pré-determinado de quatro meses, por meio da realização de levantamento epidemiológico e da aplicação de questionário em pessoas dentadas, com 60 anos ou mais, e funcionalmente independentes, inscritas no programa do idoso de um centro de reabilitação do município de Araraquara, SP.

Estabeleceu-se uma amostra de conveniência devido à facilidade de acesso a essas pessoas. Para isso, foram convidados a participar do estudo os idosos presentes no centro de reabilitação que aguardavam atendimento médico e que se enquadrassem nos seguintes requisitos: idade mínima de 60 anos, com pelo menos um dente presente, não indicado para extração, e funcionalmente independentes, de acordo com os critérios de Rosa et al¹² (1993), que determinam ser independentes os indivíduos sadios que podem apresentar doenças crônicas não graves e controladas por medicação ou que apresentam declínio sensorial associado à idade, mas que vivem sem necessitar de ajuda.

O questionário aplicado passou por vários pré-testes, contendo questões fechadas de múltipla escolha e questões abertas referentes ao índice GOHAI e às características sociodemográficas e de auto-avaliação da condição bucal.

O índice GOHAI, desenvolvido em pesquisas com idosos norte-americanos, foi traduzido e validado para ser aplicado à população brasileira pelo teste do coeficiente α de Cronbach, que avalia a consistência interna e a homogeneidade entre as perguntas. O índice é composto por 12 perguntas, que procuram avaliar se, nos últimos três meses, o idoso apresentou algum problema funcional, psicológico ou doloroso devido a problemas bucais.

Cada pergunta apresenta três respostas possíveis: “sempre”, “algumas vezes” e “nunca”. Elas recebem os escores 1, 2 e 3, respectivamente, e, para determinação do índice, soma-se o escore de cada questão. O escore de cada indivíduo varia de 12 a 36, e, quanto mais alto seu valor, melhores são as condições bucais.

A auto-avaliação da condição bucal foi medida por meio das perguntas: (1) “Como você avalia a condição de sua boca?”, com as respostas distribuídas em uma escala de Likert,⁸ variando de “excelente” a “péssima”; e (2) “Você tem algum problema com seus dentes ou gengiva?”, com respostas sim ou não.

As pessoas foram classificadas segundo sua situação de classe social, numa tentativa de ampliar o entendimento do processo saúde-doença como determinante social. Mesmo sendo um assunto controverso, optou-se por uma aproximação ao conceito de classe social, utilizando-se como elemento de referência, na sua operacionalização, o esquema proposto por Bronfman & Tuíran e adaptado por Lombardi et al⁷ (1988). Esses autores utilizaram a ocupação profissional como indicador da situação de classe.

No presente estudo, a classe social dos idosos foi definida pelo grupo familiar, a partir da ocupação do responsável pelo sustento da família. Optou-se por essa metodologia por se tratar de estudo com população idosa, na qual se espera grande número de pessoas aposentadas e que vivem com a ajuda dos filhos ou de outros parentes.

Os idosos foram classificados nas seguintes classes sociais: burguesia, nova pequena burguesia, pequena burguesia tradicional, proletariado não típico, proletariado típico e subproletariado.

No levantamento epidemiológico, foi utilizado o índice CPO-D para avaliar a cárie dentária e o índice CPITN (*Community Periodontal Index and Treatment Needs*), para a doença periodontal. Também foram avaliados o uso e a necessidade de prótese dentária removível, a partir de adaptação dos critérios utilizados no levantamento epidemiológico em saúde bucal, realizado no Brasil em 1986,¹⁰ pois foram incluídas as próteses parciais no atual estudo.

O levantamento epidemiológico foi realizado por um único examinador devidamente treinado, utilizando luz artificial, sonda exploradora número 5, espelho bucal plano, sonda periodontal desenvolvida pela OMS (Organização Mundial da Saúde) para o CPITN e espátulas de madeira.

A apuração dos resultados do questionário e do levantamento epidemiológico foi realizada pelo programa estatístico Epi Info versão 6.04. Fez-se a distribuição de frequência de todas as variáveis de estudo para a confecção de tabelas. Os testes estatísticos realizados tiveram como objetivo determinar a associação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e subjetivas com a autopercepção da condição bucal.

Tabela 1 - Distribuição de freqüência, em valores médios e percentuais, da auto-avaliação da condição bucal, segundo variáveis clínicas, sociodemográficas e subjetivas, de pessoas dentadas que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1998.

Variáveis	Excelente - Boa	Regular	Ruim - Péssima	p
Idade (média)	66,0	66,5	66,3	0,46
Sexo (% feminino)	66,0	54,8	74,2	0,52
Escolaridade (% 1 grau)	77,3	72,6	71,0	0,09
Classe social (% proletariado típico)	44,3	42,5	45,2	0,03*
CPO-D (média)	26,5	26,3	27,3	0,53
Cariados (média)	1,2	0,6	0,9	0,00*
Restaurados (média)	3,9	5,7	5,6	0,38
Extraídos (média)	21,3	19,3	19,7	0,15
Extração indicada (média)	0,2	0,6	1,0	0,04*
CPITN (% bolsa 6 e + mm)	27,8	5,5	45,2	0,26
Prótese (% não usa e necessita)	48,5	42,5	38,7	0,83
GOHAI (média)	34,7	33,4	32,8	0,00*

*estatisticamente significativa (Teste de Kruskal-Wallis e X²)

Para determinar a existência de diferenças significantes entre os grupos da variável dependente, foram utilizados os testes não paramétricos Kruskal-Wallis, Mann-Whitney e qui-quadrado de Pearson.

A análise de regressão multivariada foi realizada pelo programa estatístico NCSS (*Number Cruncher Statistical Sistem*) versão 6.0 Jr, e conduzida para identificar os preditores da auto-avaliação da condição bucal. A análise foi realizada em três etapas com as variáveis independentes entrando em bloco na seguinte ordem: variáveis sociodemográficas, variáveis subjetivas e variáveis clínicas.

RESULTADOS

Foram estudadas 201 pessoas dentadas, com idade média de 66,7 anos. Houve maior participação de mulheres (63,2%), de pessoas que fizeram apenas o primeiro grau (74,7%), completo ou incompleto, e de proletários típicos (43,8%).

O levantamento epidemiológico mostrou que a

condição bucal dos examinados foi considerada precária devido à grande quantidade de dentes extraídos (77,2%), à presença de apenas 11,4 dentes em média por pessoa e de bolsas periodontais profundas (34,7%) e à necessidade do uso de prótese (44,8%).

Os dados subjetivos mostraram que as pessoas apresentaram precária percepção dos problemas bucais. Assim, 60,8% e 81,3% dos examinados declararam não ter nenhum problema em seus dentes ou gengiva, respectivamente. A condição bucal foi avaliada como “regular” por 42,7% das pessoas, e o índice GOHAI apresentou um valor médio de 33,8.

Na Tabela 1, a amostra foi dividida em categorias segundo a auto-avaliação da sua condição bucal. Foram feitos três grupos: no primeiro, ficaram todas as pessoas que avaliaram sua saúde bucal como excelente ou boa; no segundo, foram reunidas as pessoas com auto-avaliação regular; e, no terceiro, uma auto-avaliação ruim ou péssima. Para testar a existência de diferença estatisticamente significativa entre os grupos, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis e o qui-quadrado de

Tabela 2 - Valores da análise de regressão em idosos dentados que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1998. Variável dependente: auto-avaliação.

Variáveis independentes	Primeira		Etapas Segunda		Terceira	
	β	p	β	p	β	p
Sociodemográficas						
Idade	-0,007	0,55	-0,006	0,58	-0,012	0,28
Sexo	-0,048	0,74	-0,120	0,41	-0,255	0,11
Escolaridade	0,036	0,59	-0,000	0,99	0,012	0,83
Classe social	-0,156	0,02*	-0,133	0,04*	-0,116	0,06
Subjetivas						
Problemas com os dentes			0,092	0,52	-0,194	0,19
Problemas com a gengiva			-0,384	0,07	-0,375	0,07
GOHAI			0,149	0,00*	0,150	0,00*
Clínicas						
Cariados					-0,005	0,95
Restaurados					0,105	0,18
Extraídos					0,054	0,49
Extração indicada					0,281	0,00*
CPO-D					-0,027	0,73
Cárie radicular					-0,257	0,10
Prótese					0,109	0,20
CPITN					0,134	0,04*
R ²	0,035		0,138		0,306	

*estatisticamente significativa

Pearson. A Tabela 1 mostra, para cada variável independente testada, apenas os valores percentuais da categoria mais significativa, de acordo com a auto-avaliação da pessoa.

A análise de regressão mostrada na Tabela 2 foi realizada para determinar os preditores da auto-avaliação, sendo as variáveis independentes analisadas em blocos sociodemográficos, subjetivos e clínicos, que possibilitam controlar os efeitos das diferentes variáveis independentes na predição da variável dependente.

Os resultados da primeira etapa mostram que as variáveis sociodemográficas apresentaram uma variância residual (ou R^2) de 0,035, ou seja, essas variáveis explicavam apenas 3,5% da variação da auto-avaliação. Apenas a classe social foi significativa nessa etapa ($p=0,02$). Quando os indicadores subjetivos foram adicionados às variáveis sociodemográficas como preditores (2ª etapa), o R^2 passou a 0,138, sendo que foram significantes a classe social ($p=0,04$) e o GOHAI ($p=0,00$).

Na terceira etapa, foram adicionadas as variáveis clínicas, e nela o R^2 aumentou mais de duas vezes, atingindo o valor de 0,306, indicando que quase 1/3 da variação da auto-avaliação podia ser explicada pelas variáveis presentes nesse terceiro bloco, contra apenas quase 20% que podiam ser explicadas pelas variáveis clínicas (etapa 3 com $R^2=0,306$ menos etapa 2 com $R^2=0,138$).

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados são representativos das pessoas estudadas, não podendo ser generalizados para toda a população idosa do município de Araraquara, SP.

A caracterização da amostra estudada revelou uma população com poucos recursos, não só financeiros mas também de educação e de saúde, o que provavelmente reflete na qualidade de vida. Geralmente eram pessoas que estudaram até a quarta série do ensino fundamental, apresentavam baixa renda e pouca qualificação profissional. Elas formaram um grupo homogêneo e foram poucas as que apresentaram níveis mais altos de escolaridade e renda.

A percepção da condição bucal é um importante indicador de saúde, pois sintetiza a condição de saúde objetiva, as respostas subjetivas, os valores e as expectativas culturais. A auto-avaliação da condição bucal aparentemente contrasta com a condição clínica, pois a pessoa teve visão positiva, mesmo com seus dados não sendo satisfatórios. No entanto, ela apenas

revelou que o paciente deve avaliar sua condição bucal com critérios diferentes do profissional.

Assim, mesmo com um CPO com valor de 26,7, 60,4% das pessoas declararam não ter nenhum problema com seus dentes, provavelmente porque a quantidade de dentes que necessitavam de tratamento era pequena (4,17% estavam cariados, e 2,0% tinham extração indicada). O teste estatístico mostrou que só esses dois componentes do índice CPO-D tiveram diferença estatisticamente significativa entre os grupos de pessoas que responderam ter ou não problemas dentários. Leão & Sheiham⁵ (1995) e Matthias et al⁹ (1995) já haviam observado que o índice CPO-D não apresentava uma associação forte com a auto-avaliação como, por exemplo, os dentes com extração indicada faziam, pois o índice considera o mesmo peso para os componentes cariados, perdidos e obturados, e os indivíduos examinados conferiam significados diferentes a esses componentes. Portanto, nesse tipo de estudo, tem mais significado realizar análise dos componentes do índice.

As doenças que ocorrem na gengiva foram percebidas por apenas 18,7% das pessoas, mesmo com a grande quantidade de bolsas periodontais encontradas. O teste estatístico utilizado para verificar a diferença entre os grupos não mostrou resultados significantes, indicando a dificuldade das pessoas em perceber os problemas periodontais. Gilbert et al² (1994) também encontraram grandes discrepâncias entre os índices clínicos e a percepção da condição bucal em idosos americanos, sendo a diferença geralmente maior na avaliação de doenças periodontais do que nas dentárias. De acordo com os citados autores, os sintomas dolorosos interferiam nas atividades diárias, sendo mais facilmente reconhecidos e significativamente associados à percepção das necessidades odontológicas.

Outros estudos^{3,9} 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. De acordo com Jokovic & Locker³ (1997), uma das razões para a fraca associação entre as variáveis clínicas e a auto-avaliação deve-se ao fato de que muitas doenças detectadas no exame clínico são assintomáticas e provavelmente desconhecidas pelo indivíduo. No presente estudo, o teste de diferença entre os grupos mostrou associação somente a variáveis clínicas de sintomatologia dolorosa como dentes cariados e indicados à extração.

Entre as variáveis sociodemográficas estudadas, ape-

nas a classe social mostrou diferença entre os grupos. Sabe-se que o meio social é importante, pois as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual os indivíduos pensam, sentem e agem a respeito de sua saúde. No presente estudo, as pessoas examinadas pertenciam, em sua maioria, ao proletariado típico, ao proletariado não típico e ao subproletariado e provavelmente apresentavam necessidades básicas não satisfeitas em várias áreas, fazendo com que não incluíssem a saúde bucal como uma de suas prioridades. Nesse aspecto, vários fatores contribuíram, como o caráter não letal das duas principais doenças bucais, que provoca um certo "conformismo" ao aceitar a doença bucal como inevitável, e o fato de que essas pessoas são de uma época na qual, além da alta prevalência de cárie, os tratamentos eram baseados na extração e na colocação de próteses totais, independente da classe social.

Os valores, as crenças e as práticas de saúde bucal são elementos culturais determinantes do comportamento das pessoas em relação à saúde bucal, e, por isso, Selikowitz¹³ (1994) afirmou que os profissionais de saúde precisam procurar entender como a cultura influencia as idéias básicas dos pacientes quanto à saúde bucal, para que possam tratá-los de maneira eficiente. Kiyak⁴ (1993) observou que os idosos são os maiores usuários de serviços médicos, embora sejam também os maiores não-usuários de serviços odontológicos. E que, apesar dos fatores socioeconômicos desempenharem papel significativo, verificou-se que proporcionar serviços dentários gratuitos ou de baixo custo não aumenta necessariamente sua utilização, pois as predições mais poderosas para sua utilização por idosos são a necessidade percebida e as atitudes frente aos cuidados bucais.

A análise multivariada, na qual todas as variáveis são consideradas simultaneamente, mostrou que os preditores da auto-avaliação foram o GOHAI, os dentes com extração indicada e o índice CPITN. As variáveis clínicas explicaram 20% da variabilidade da auto-avaliação, enquanto o GOHAI foi outro importante preditor, pois, quando entrou na análise de regressão, aumentou a variância residual em 10%.

De acordo com essa análise, tiveram maior impacto

na auto-avaliação ter poucos dentes presentes indicados para extração, apresentar boa condição bucal medida pelo índice GOHAI e ter melhores condições periodontais.

Da interpretação dos presentes resultados, pode-se afirmar que as pessoas utilizaram critérios diferentes dos usados pelo cirurgião-dentista para avaliar sua condição bucal. Também pôde ser observado que a percepção de saúde bucal tem relação com o meio social em que a pessoa vive e com as variáveis que indicam necessidade de tratamento.

A concordância entre as necessidades definidas clinicamente e subjetivamente não é grande, por isso pode-se argumentar a utilidade das medidas subjetivas e, em especial, da autopercepção. Se o objetivo for identificar todas as pessoas que apresentam necessidade de tratamento definida clinicamente, os indicadores subjetivos não são, com certeza, um bom instrumento de avaliação. No entanto, como assinalaram Locker & Jokovic⁶ (1996), em tempos de escassez de recursos, pode ser muito mais importante identificar subgrupos de pessoas que necessitam de maior atenção do que toda a população. Conseqüentemente, saber se essas medidas são ou não úteis depende dos propósitos e dos objetivos de quem as está usando.

Os indicadores subjetivos não devem ser usados para diagnosticar doenças ou no lugar do exame clínico, que fornece sinais objetivos das doenças, mas devem ser usados como mais um instrumento de avaliação que complementa as informações clínicas e possibilita identificar pessoas ou populações que necessitam de ações curativas, preventivas ou educativas.

Nos países mais desenvolvidos, onde os idosos têm acesso a algum tipo de tratamento odontológico, os estudos sobre percepção são realizados também com o objetivo de detectar as pessoas que necessitam de encaminhamento aos serviços, bem como de avaliar os tratamentos recebidos. Como no Brasil a oferta de serviços odontológicos a esse grupo populacional, na área pública, ainda é restrita, acredita-se que conhecer a percepção das pessoas sobre sua condição bucal deva ser o primeiro passo na elaboração de uma programação que inclua ações educativas, voltadas para o autodiagnóstico e o autocuidado, além de ações preventivas e curativas.

REFERÊNCIAS

1. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dental Educ* 1990;54:680-7.
2. Gilbert GH, Heft MW, Duncan RP, Ringelberg ML. Perceived need for dental care in dentate older adults. *Int Dent J* 1994;44:145-52.

3. Jokovic A, Locker D. Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. *J Public Health Dent* 1997;57:40-7.
4. Kiyak HA. Age and culture: influences on oral health behavior. *Int Dent J* 1993;43:9-16.
5. Leão A, Sheiham A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *J Dent Res* 1995;74:1408-13.
6. Locker D, Jokovic A. Using subjective oral health status indicators to screen for dental care needs in older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24:398-402.
7. Lombardi C, Bronfman M, Facchini LA, Vitoria CG, Barros FC, Beria JU et al. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. *Rev Saúde Pública* 1988;22:253-65.
8. Mann, PH. *Métodos de investigação epidemiológica*. Rio de Janeiro: Zahar; 1970. p. 167-8.
9. Matthias RE, Atchison KA, Lubben JE, De Jong F, Schweitzer SO. Factors affecting self-ratings of oral health. *J Public Health Dent* 1995;55:197-204.
10. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986*. Brasília (DF); 1988.
11. Reisine ST, Bailit HL. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. *Soc Sci Med* 1980;14A:597-605.
12. Rosa AGF, Castellanos RA, Pinto VG. Saúde bucal na terceira idade. *Rev Gaúcha Odontol* 1993;41:97-102.
13. Selikowitz HS. Acknowledging cultural differences in the care of refugees and immigrants. *Int Dental J* 1994;44:59-61.
14. Slade GD, Spencer AJ. Social impact of oral conditions among older adults. *Austr Dent J* 1994;39:358-64.
15. Steele JG, Ayatollahi SMT, Walls AWG, Murray JJ. Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25:143-9.