

PERDA DENTAL ANTERIOR INFLUENCIA A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE ORAL

Arthur Cesar Gottardo¹
Luciane Pedroso Webber²
Jaqueline Rossa²
Guilherme Anziliero Arossi³

RESUMO

Qualidade de vida relacionada com saúde oral pode estar associada com a localização da perda dental no arco. O objetivo deste trabalho é identificar o impacto das perdas dentárias na qualidade de vida. A amostra constituiu-se de 85 pacientes que responderam um questionário socioeconômico; questionário OHIP-14; e o número e local de dentes perdidos. A média de idade foi de 47 anos, 65,9% eram mulheres, 58,8% declarou-se com renda familiar entre um e três salários mínimos e 74,1% declarou possuir casa própria. A maioria (69,5%) tem o ensino fundamental incompleto. A média de dentes perdidos foi de 8 dentes e 15,3% dos sujeitos não tiveram nenhuma perda dental. A perda de dentes anteriores ocorreu em 44,7% dos casos. Após a análise estatística (Correlação de Spearman), identificou-se que somente há relação entre perda dental e qualidade de vida quando essa for na região anterior do arco dental.

Palavras-chave: Saúde bucal, perda de dente, qualidade de vida.

ABSTRACT

Oral health related quality of life may be related to the location of tooth loss. The objective of this study is to identify the impact of tooth loss in quality of life. The sample consisted of 85 patients who answered a socioeconomic questionnaire; OHIP-14 questionnaire; and the number and place of missing teeth. The average age was 47 years, 65.9% were women, 58.8% declared family income between one and three minimum wages and 74.1% said home ownership. Most (69.5%) have not finished elementary school. The average number of missing teeth was 8 teeth and 15.3% of subjects had no tooth loss. The loss of anterior teeth occurred in 44.7%. After statistical analysis (Spearman correlation), it was found a relation between tooth loss and quality of life when this loss is in the anterior position on the dental arch.

Keywords: Oral health, tooth loss, quality of life.

INTRODUÇÃO:

O termo qualidade de vida, como vem sendo utilizado na literatura médica, não parece ter um único significado (BASTOS, 2010). “Condições de saúde”, “funcionamento

¹ Cirurgião-dentista/ULBRA Torres

² Acadêmica do curso de Odontologia/ULBRA Canoas

³ Professor – Orientador do Curso de Odontologia/ULBRA

social” e “qualidade de vida” têm sido usados como sinônimos (GALEILETE; NOBRE; COELHO, 2008).

Qualidade de vida relacionada com a saúde (*health-related quality of life*) e estado subjetivo de saúde (*subjective health status*) são conceitos afins, centrados na avaliação subjetiva do paciente, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo de viver plenamente (NEVES, 2006). A melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas de promoção da saúde (REZA; NOGUEIRA, 2008). O tratamento odontológico pode gerar modificações na melhoria da saúde oral e geral, na autopercepção de saúde e na adesão dos pacientes aos serviços de saúde, influenciando significativamente na sua qualidade de vida.

Apesar de seu surgimento relativamente recente, a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral (Oral Health Related Quality of Life - OHRQoL) tem implicações importantes para a prática clínica e a pesquisa odontológica (BENNADI; REDDY, 2013). É um conceito multidimensional que inclui a avaliação subjetiva da saúde oral do indivíduo, aspectos funcionais, bem-estar geral e bem-estar emocional, expectativas e satisfação com o seu auto cuidado. Além disso, é uma parte integrante do estado geral de saúde e bem estar e é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um importante segmento do *Global Oral Health Program* (SISCHO; BRODER, 2011). Para mensurar a OHRQoL, alguns instrumentos foram testados e validados, como o *Oral Impacto on Daily Performance* (OIDP), que é um questionário focado na frequência dos impactos e problemas em atividades diárias (ALLEN, 2003); o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), que envolve 49 questões, divididas em 7 domínios, que posteriormente foi reduzido para o OHIP-14 (BORTOLUZZI et al., 2012).

Os indicadores sócio-dentais conseguem mensurar o grau em que as doenças bucais interferem no funcionamento normal e desejável do indivíduo, desde os aspectos funcionais (como, por exemplo, comer), os psicológicos (humor, irritação) até os sociais (como freqüentar a escola, trabalhar, desempenhar obrigações familiares). O uso de indicadores sócio-dentais, baseados na autopercepção e nos impactos odontológicos, oferece vantagens importantes para o planejamento e provisão dos serviços odontológicos, e serve de embasamento para a mudança na ênfase de aspectos puramente biológicos para aspectos psicológicos e sociais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu que as doenças bucais causam dor, sofrimento, constrangimentos psicológicos e privações sociais, acarretando prejuízos em nível individual e coletivo. A saúde bucal, no contexto das definições contemporâneas de saúde, é entendida como uma dentição confortável, funcional, com uma aparência que permite aos indivíduos desempenharem a sua função social e as suas atividades diárias sem transtornos físicos, psicológicos ou sociais (GOMES; ABEGB, 2007).

Há evidências contraditórias da relação entre perda dentária e qualidade de vida relacionada à odontologia. A grande maioria dos estudos utiliza o instrumento OHIP-14, porém, o instrumento não é um fator que influencia os dados (GERRITSEN et al., 2010).

Um estudo com 50 pacientes desdentados totais, usuários do Serviço Público de Saúde de Minas Gerais, que responderam o questionário OHIP-14 antes do início do tratamento, concluiu que a ausência de dentes ou a utilização de próteses inadequadas pouco interfere na capacidade das pessoas realizarem suas atividades diárias e de se inter-relacionarem no meio em que vivem (SILVA et al., 2010). Outro estudo também não achou relação entre a perda dental e a qualidade de vida dos sujeitos da pesquisa (BATISTA et al., 2014).

Alguns estudos apresentam resultados onde a perda dentária está diretamente ligada a problemas de mastigação (BORTOLUZZI et al., 2012) e influencia nos aspectos funcionais, físicos, psicológicos e sociais dos indivíduos. Além disso, o número de dentes perdidos esteve associado, à faixa etária, à cor da pele, à escolaridade, à baixa renda, à autopercepção da saúde bucal e à redução da autoestima (ANSALDI et al., 2010; NORDENRAM et al., 2013; SANTILLO et al., 2014). Maxwell et al. (2014) identificou que nos Estados Unidos há uma significativa maior perda dental entre aqueles que utilizavam algum apoio governamental de auxílio moradia. A perda total dos dentes provoca desordem na qualidade de vida de idosos (SAINTRAIN; de SOUZA, 2012). Nagaraj et al. (2014) chegaram a identificar a perda dentária total como um preditor significativo de mortalidade em idosos.

Esse impacto da perda dental na qualidade de vida (SILVA; TÔRRES; SOUSA, 2012) também é influenciado pela localização da perda dental no arco (GERRITSEN et al., 2010). A ausência de dentes por patologia causa a perda de várias estruturas orofaciais, como nervos, receptores, músculos e principalmente tecidos ósseos. Isso, conseqüentemente, afeta a maioria das funções orofaciais. A diminuição do número de dentes e uso de prótese total afetam diretamente a capacidade da mastigação, tornando-a significativamente menos eficiente, causando conseqüências sobre o estado geral de saúde e a qualidade de vida desses pacientes. O impacto negativo sobre a qualidade de vida também pode ser devido à dificuldade de fala, dor e/ou insatisfação com a estética.

Este trabalho tem objetivo de relacionar a perda dental com a qualidade de vida relacionada a saúde oral, além de identificar se o local da perda no arco dental influencia essa relação.

MÉTODOS

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da ULBRA e aprovado sob o Número do Parecer 491.259. Todos os pacientes convidados para participar da pesquisa, após explicações sobre os objetivos e metodologia da mesma, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo obedece às determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi realizado um estudo descritivo transversal observacional. A amostra foi constituída por pacientes que estiveram em atendimento na Clínica-Escola do curso de Odontologia da ULBRA, nas unidades de Torres e Canoas, e que aceitaram participar do

estudo, no período de fevereiro a dezembro de 2014. A amostra total válida constituiu-se de um número total 85 pacientes.

Para a coleta dos dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário de caracterização de condições sócio-econômico-demográfica da população estudada, com dados sobre sexo, renda, idade, escolaridade.
- Questionário OHIP – 14: O impacto sobre a qualidade de vida foi mensurado através de soma dos valores ordinais dos 14 itens (nunca = 0, raramente = 1; às vezes = 2; repetidamente = 3; sempre = 4). Pontuações mais altas indicam uma OHRQoL pior. As perguntas são distribuídas em sete dimensões (dois itens de cada): “limitações funcionais”, “dor”, “desconforto psicológico”, “incapacidade física”, “incapacidade psicológica”, “deficiência social” e “incapacidade”. Esse instrumento foi desenvolvido para medir a relação das condições bucais e da qualidade de vida em um sentido geral.
- Perda Dental (Anexo C): Neste instrumento, um odontograma foi utilizado para coletar o número de dentes perdidos, sendo que, dentes extraídos por motivos ortodônticos (extrações de pré molares bi laterais e extração de terceiros molares) não foram contabilizados. A coleta de dados de dentes perdidos foi executada por avaliadores treinados, consistindo de professores e alunos cursando o 8º semestre do curso de Odontologia.

Os dados foram digitados no programa EpiData em dupla digitação por dois pesquisadores diferentes para identificação e correção das inconsistências. O banco de dados foi exportado para um arquivo .xls para ser manipulado utilizando o software SPSS 18.0. Foi realizada uma análise descritiva dos dados para caracterização da população estuda, com médias, desvio-padrão e frequências. Para correlacionar as variáveis de perda dental e qualidade de vida foi utilizado o teste de Correlação de Spearman, considerando estatisticamente significativo quando $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

A amostra foi composta de 85 pacientes que procuraram atendimento odontológico na clínica-escola da ULBRA em Torres e Canoas-RS. Desses, 56 (65,9%) eram mulheres, e 29 (34,1%) eram homens. A média de idade foi de 47 anos ($dp=16,4$). A maior parte da amostra (58,8%) declarou-se com renda familiar entre um e três salários mínimos, seguida por três a cinco salários (22,4%), cinco a dez salários (8,2%), tendo 9,5% não declarado renda. Mesmo com a renda relativamente baixa, 74,1% declarou possuir casa própria. Quanto à escolaridade, a maioria (69,5%) tem o ensino fundamental incompleto e apenas 7% ingressaram no terceiro grau. O número de dentes perdidos variou de 0 a 28 dentes, e a média encontrada neste estudo foi de oito dentes perdidos por indivíduo (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 - Média e desvio-padrão das variáveis Idade, perda dental, perda anterior e perda posterior.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade	85	12,00	82,00	46,96	16,48
Perda Dental	85	0	28,00	8,07	7,52
nº Perda de dentes anteriores	85	0	12,00	2,14	3,26
nº perda de dentes posteriores	85	0	16,00	5,94	4,92
Qualidade de vida	85	0	43,00	12,91	9,99

Tabela 2 - Frequência de casa própria, sexo, escolaridade, renda e perda dental anterior.

		Frequência (n)	Porcentual (%)
Casa Própria	<i>sim</i>	63	74,1
	<i>não</i>	22	25,9
	<i>Total</i>	85	100,0
Sexo	<i>masculino</i>	29	34,1
	<i>feminino</i>	56	65,9
	<i>total</i>	85	100,0
Escolaridade	<i>Ensino Fundamental incompleto</i>	58	68,3
	<i>Ensino Fundamental completo</i>	5	5,9
	<i>Ensino Médio incompleto</i>	5	5,9
	<i>Ensino Médio completo</i>	9	10,6
	<i>3º grau</i>	6	7
	<i>Total</i>	83	97,7
Renda	<i>Não declarou</i>	8	9,5
Salário-mínimo	<i>1-3</i>	50	58,8
	<i>3-5</i>	19	22,4
	<i>5-10</i>	7	8,2
	<i>10+</i>	1	1,2
	<i>Total</i>	85	100,0
Perda de dentes anteriores	<i>Nenhum dente anterior perdido</i>	47	55,3
	<i>Apenas 1 dente anterior perdido</i>	10	11,8
	<i>De 2 a 11 dentes anteriores perdidos</i>	26	30,5
	<i>Todos os dentes anteriores perdidos</i>	2	2,4
	Total	85	100,0

A frequência da perda dental pode ser observada na Tabela 3. Enquanto 15,3% dos sujeitos não tiveram nenhuma perda dental, apenas 2,5% da amostra era composta de desdentados totais.

Tabela 3 - Frequência da perda dental.

	Frequência (n)	Porcentual (%)
Nenhum dente perdido	13	15,3
Apenas um dente perdido	5	5,9
2 a 3 dentes perdidos	11	12,9
4 a 6 dentes perdidos	21	24,7
7 ou mais dentes perdidos	33	38,8
Todos os dentes perdidos	2	2,4
Total	85	100,0

A amostragem identificou uma prevalência de 84,7% de perda dental, com 5,9% do total apresentando apenas 1 dente perdido. A perda de dentes anteriores ocorreu em 44,7% dos sujeitos da pesquisa, sendo que 11,8% perderam apenas 1 dente e somente os desdentados totais (2,4%) haviam perdido todos os dentes anteriores (Tabela 2). A soma dos valores ordinais do instrumento OHIP-14 (Qualidade de Vida) teve uma média de 12,91 ($dp=9,99$) pontos. Após a análise estatística (Tabela 4) utilizando o Coeficiente de Correlação de Spearman, entre os dados de perda dental e o valor total do somatório das respostas do questionário OHIP por indivíduo, identificou-se que: (1) Se não se considerar a localização da perda no arco dental, não há uma relação significativa entre as variáveis ($p = 0,114$); (2) considerando apenas a perda dental ocorrida na porção anterior do arco dental, há uma relação inversa desta variável com a qualidade de vida do sujeito ($p=0,046$). A distribuição dos dados dessas correlações pode ser visualizada nas Figuras 1 e 2.

Tabela 4 - Correlações Rô de Spearman entre as variáveis Perda Dental e Perda Dental Anterior com a Qualidade de Vida reportada pelos sujeitos no instrumento OHIP-14.

	Qualidade de vida (Sig. (2 extremidades))	Qualidade de vida (correlação de coeficiente)	n
Perda Dental	,114	,173.	85
Perda Dental Anterior	,046	,217*	85
Perda Dental Posterior	,217	,135	85

Figura 1 - Relação entre a Perda Dental e os Valores Totais do OHIP-14 por Indivíduo.

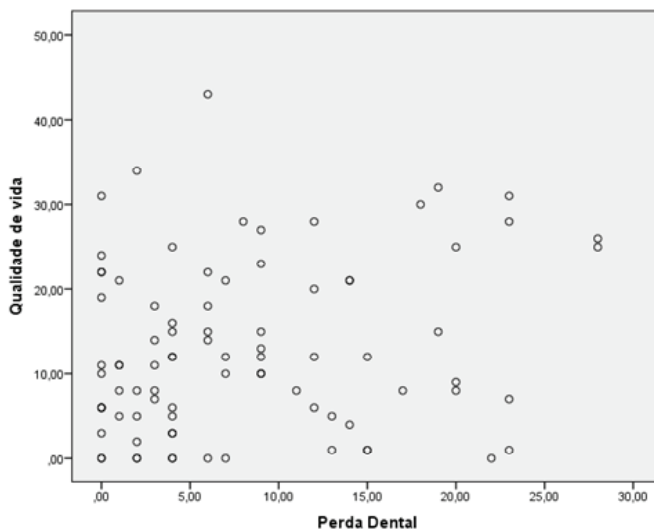
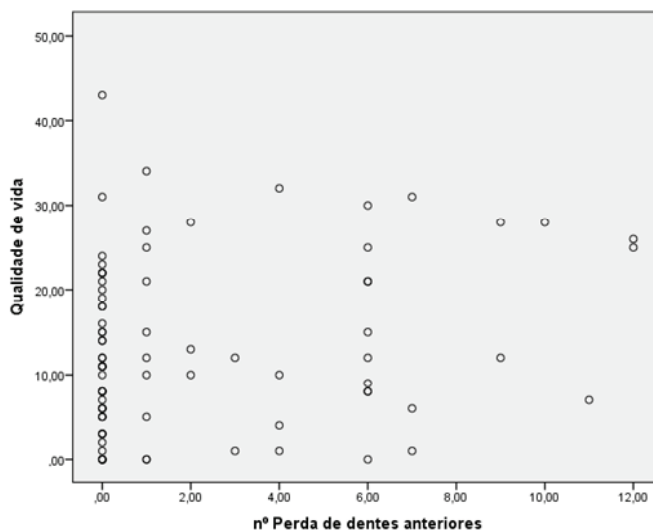


Figura 2 - Relação entre a Perda Dental Anterior e os Valores Totais do OHIP-14 por Indivíduo.



DISCUSSÃO

Este estudo identificou cerca de 15% de pacientes sem nenhuma perda dental, que é um número pequeno, e concordam com a literatura que mostra uma alta prevalência de perda dental na população adulta, alvo deste estudo. A média de dentes perdidos neste estudo foi de oito dentes, pouco acima ao levantamento nacional de 2010, que na região sul encontrou 7,6 dentes perdidos por indivíduo em média. Os resultados desta pesquisa estão de acordo com os dados epidemiológicos disponíveis na literatura (PROJETO SB BRASIL 2010).

Neste trabalho somente dois indivíduos eram desdentados totais e seus valores quantitativos de qualidade de vida relacionado à odontologia foram altos, o que indica má qualidade de vida. Esse resultado encontra respaldo na literatura, que mostra mais de 80% de idosos desdentados com dificuldades de alimentação e comunicação, tendo a perda dos dentes influenciado seu bem-estar e sua aparência (SAINTRAIN; de SOUZA, 2012). O edentulismo total é mais comum em homens de baixa renda e de baixa escolaridade (MAXWELL et al., 2014; NAGARAJ et al., 2014), o que está de acordo com os dados aqui apresentados, onde a maior parte da população estudada tem renda familiar de 1 a 3 salários mínimos e tem o primeiro grau completo.

A utilização de questionários estruturados e validados vem sendo muito utilizada nos estudos recentes, pois dá poder ao pesquisador para homogeneizar o preenchimento do instrumento e explicar os resultados da pesquisa através da obtenção de dados mais uniformes e úteis, passíveis de comparação com a literatura. Isso

reduz a influência do pesquisador na obtenção dos resultados, o que é muito comum em pesquisas qualitativas que utilizam entrevistas com questões abertas. Contudo, a presença de respostas pré-estabelecidas influencia na menor liberdade de respostas, o que pode descaracterizar os resultados, considerando o conceito abrangente de qualidade de vida. O OHIP-14, por ser um questionário sucinto, demandou pouco tempo para aplicação, o que representa uma vantagem ao seu uso (SILVA et al., 2010). Há estudos que encontraram relação estatisticamente significativas entre perda dental e a OHRQoL isoladamente, independente do instrumento utilizado (GERRITSEN et al., 2010; SANTILLO et al., 2014).

O presente estudo não encontrou indícios de relação direta entre a perda dental e a qualidade de vida nos pacientes estudados, quando não foi considerada a localização da perda no arco dental. Esse padrão de resultado foi reproduzido em alguns estudos (BATISTA et al., 2014; SILVA et al., 2010), que utilizaram metodologia e tratamento de variáveis semelhante ao aqui utilizados.

No entanto, a grande maioria dos trabalhos (GERRITSEN et al., 2010; NORDENRAM et al., 2013; SAINTRAIN; de SOUZA, 2012;) identificou uma correlação estatisticamente significativa onde quanto maior o número de dentes perdidos, pior a qualidade de vida. Isso concorda com nossos resultados que mostram uma correlação significativa quando foi considerada a localização anterior da perda dental no arco. Uma possível explicação para esse resultado é a influência cada vez maior da estética na formação cultural de conceitos de bem-estar e estilo de vida saudável, e a evidente ausência de dentes, muito além de prejudicar somente a função mastigatória, impacta nos aspectos psicológicos e sociais do indivíduo. Uma meta-análise encontrou outros quatro trabalhos confirmando uma pior qualidade de vida quando a perda dental ocorre na região anterior (GERRITSEN et al., 2010). A capacidade de sorrir está associada a felicidade e a qualidade de vida e os resultados apresentados evidenciam essa influência da ausência de dentes que compõe o sorriso na vida dos indivíduos, de maneira a sugerir a estética como um instrumento de promoção de saúde.

A Odontologia vem mudando seus princípios, dando ênfase à promoção de saúde ao invés de recorrer a intervenção restauradora. Dessa forma, cabe ao cirurgião dentista ajudar as pessoas a capacitarem-se para buscar a sua qualidade de vida (AERTS; ABEGG; CESA, 2004). Vários trabalhos relatam a relação da condição oral dos pacientes com a qualidade de vida dos mesmos (GERRITSEN et al., 2010; JAIN et al., 2012; LACERDA et al., 2008; SILVA; SANTILLO et al., 2014; TÔRRES; SOUSA, 2012)

Barbato et al. (2007) diz que a maior prevalência de extrações dentárias no serviço público está diretamente ligada a municípios onde os indicadores socioeconômicos são piores, ressaltando a importância da criação de políticas públicas de saúde voltadas especialmente para a prevenção da perda dental na população adulta.

A política atual de saúde bucal vem diminuindo o componente P (perdidos) do índice CPO-D, ao incorporar especialidades na sua atenção secundária, como periodontia e endodontia, tendo como resultado a possibilidade de manter o dente na cavidade oral após a doença, o que não acontecia antes. Porém, esta atenção secundária ainda não consegue suprir todas as necessidades da população, e, conseqüentemente, acaba gerando influência negativa na qualidade de vida dos mesmos (SILVA; TÔRRES; SOUSA, 2012). Além disso, é necessário reabilitar os danos já instalados na população, com a maior implementação de serviços de prótese, para conseqüente melhoria na qualidade de vida geral (NORDENRAM et al., 2013; SILVA et al., 2010).

CONCLUSÃO

Conclui-se, a partir da metodologia empregada e dos objetivos, que a localização da perda dental no arco influencia significativamente na relação da mesma com a qualidade de vida autorrelatada pelos sujeitos da pesquisa, de forma que a perda dental na região anterior apresenta relação direta com menor qualidade de vida, o que não ocorre quando é desconsiderada essa localização.

REFERÊNCIAS

- AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n.1, p.131-138, 2004.
- ALLEN, P. F. Assessment of Oral Health related Quality of Life. **Health and Quality of Life Outcomes**, p.1-40, nov. 2003.
- ANSAI, T. et al. Relation ship between tooth loss and mortality in 80-year-old Japanese community-dwelling subjects. **BMC Public Health**, v. 10, p. 386, 2010.
- BARBATO, P. R. et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1803-1814, 2007.
- BASTOS, M. G. VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 32, Supl. 1, 2010.
- BATISTA, M. J. et al. Impact of tooth loss related to number and position on oral health quality of life among adults. **Health Qual Life Outcomes**, v. 12, p. 165, 2014.
- BENNADI, D.; REDDY, C. V. K. Oral health related quality of life. **J Int Soc Prev Community Dent.**, v.3, n.1, p. 1-6, 2013
- BORTOLUZZI, M. C. et al. Tooth loss, chewing ability and quality of life. **Contemporal Clinical Dentistry**, v. 3, n. 4, p. 393-397, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Projeto SB Brasil 2010**. Brasília: 2012.

GALEILETE, M. J. T.; NOBRE, F.; COELHO, E. B. Abordagem inicial em paciente com hipertensão arterial de difícil controle. **Ver Bras Hipertens**, v. 15, n. 1, p. 10-16, 2008.

GERRITSEN, A. E. et al. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 8, p. 126, 2010.

GOMES, A. S.; ABEGG, C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.7, p.1707-1714, 2007.

JAIN, M. et al. How Do Age and Tooth Loss Affect Oral Health Impacts and Quality of Life? A Study Comparing Two State Samples of Gujarat and Rajasthan. **Journal of Dentistry**, v. 9, n. 2, p. 135-44, 2012.

LACERDA, J. T. et al. Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1846-1858, 2008.

MAXWELL, N. I. et al. Oral health among residents of publicly supported housing in Boston. **J Urban Health**, v. 91, n. 4, p. 809-821, 2014.

NAGARAJ, E. et al. Socioeconomic factor and complete edentulism in north karnataka population. **J Indian Prosthodont Soc**, v. 14, n. 1, p. 24-28, 2014.

NEVES, R. S. **Estudo de parâmetro eletrocardiográfico e de pressão arterial durante o procedimento odontológico restaurador sob anestesia local com e sem vasoconstritor em portadores de doença arterial coronária**. 2006. Tese (Doutorado) – Instituto do Coração. São Paulo: Instituto do Coração, 2006.

NORDENRAM, G. et al. Qualitative studies of patients' perceptions of loss of teeth, the edentulous state and prosthetic rehabilitation: a systematic review with meta-synthesis. **Acta Odontol Scand**, v. 71, n. 3-4, p. 937-951, 2013.

REZA, G. C.; NOGUEIRA, S. M. O estilo de vida de pacientes hipertensos de um programa de exercício aeróbio: estudo na cidade de Toluco, México. **Esc Anna Nery Rev Enferm Jun.**, v. 12, n. 2, p. 265-70, 2008.

SAINTRAIN, M. V.; DE SOUZA, E.H. Impact of tooth loss on the quality of life. **Gerodontology**, v. 29, n. 2, p. 632-636, 2012.

SANTILLO, P. M. H. et al. Impacto biopsicossocial da perda dentária em trabalhadores brasileiros de área rural. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 8, n. 2, p. 581-590, 2014.

SILVA, E. A.; TÔRRES, L. H. N.; SOUSA, M. L. R. Perda dentária e o impacto na qualidade de vida em adultos usuários de duas Unidades Básicas de Saúde. **Ver Odontol UNESP**, v. 41, n. 3, p. 177-184, 2012.

SILVA, M. E. S. et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 841-850, 2010.

SISCHO, L.; BRODER, H. L. Oral Health-related Quality of Life - What, Why, How, and Future Implications Oral health. **JDR**, v. 90, n. 11, p. 1264-1270, 2011.