

Impacto da condição autoavaliada de saúde bucal na qualidade de vida¹

Self evaluated oral status impact on quality of life

Fabiana Andrade Botelho MESQUITA²

Sônia VIEIRA²

RESUMO

Objetivo: Associar a percepção das pessoas sobre o impacto das condições de saúde e doença bucal na qualidade de vida, com as seguintes variáveis: faixa de idade, condições socioeconômicas, escolaridade, situação da dentição, utilização de serviços odontológicos e hábitos de higiene bucal.

Métodos: Foi utilizado um indicador subjetivo (OHIP-14) para avaliar a percepção das pessoas sobre o impacto da condição autoavaliada de saúde bucal na qualidade de vida delas próprias. Foram levantados dados demográficos, situação da dentição, utilização de serviços odontológicos e hábitos de higiene bucal. A amostra foi constituída por funcionários das escolas estaduais da cidade de Montes Claros, Minas Gerais. A análise estatística foi feita por meio de testes paramétricos, usando o programa SPSS.

Resultados: Idosos percebem e registram maior limitação funcional e mais dor do que jovens. Edentados percebem e registram maior limitação funcional e incapacidade física do que dentados. Pessoas que precisam de próteses bucais sentem o impacto dessa situação na qualidade de vida. Melhor saúde bucal está associada a melhores condições econômicas, maior escolaridade, à procura por serviços odontológicos pagos para prevenção ou rotina e uso regular de instrumentos de higiene dental.

Conclusão: As condições de saúde e doença bucal percebidas pelas pessoas estão associadas às variáveis pesquisadas. Como as pessoas têm percepção do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida, mais condições para a procura de serviços odontológicos para prevenção ou rotina e uso regular de instrumentos de higiene dental melhorariam a saúde bucal da população.

Termos de indexação: percepção; qualidade de vida; saúde bucal.

ABSTRACT

Objective: To associate people's perception of the impact of oral health and disease status on the quality of life, with the following variables: Age bracket, socioeconomic conditions, educational level, dentition status, use of dental services, and oral hygiene habits.

Methods: A subjective indicator (OHIP-14) was used to evaluate people's perception of the impact of the self-evaluated oral health status on the quality of their own lives. A survey was made of demographic data, dentition status, use of dental services and oral hygiene habits. The sample was constituted by employees of state schools in the city of Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. Statistical analysis was performed by parametric tests using the SPSS program.

Results: The elderly perceived and recorded greater functional limitation and more pain than young persons. Edentulous perceived and recorded greater functional limitation and physical incapacity than dentate persons. Persons that required dental prostheses felt the impact of this situation on the quality of life. Better oral health is associated with better economic conditions, higher educational level, seeking paid dental services for prevention or routine care and regular use of dental hygiene instruments.

Conclusion: The oral health and disease status perceived by people is associated with the researched variables. As people perceive the impact of oral health on the quality of life, more conditions to seek dental services for prevention or routine care and the regular use of dental hygiene instruments would improve the population's oral health.

Indexing terms: perception; quality of life; oral health.

INTRODUÇÃO

A Odontologia acompanhou, historicamente, conceitos e práticas do modelo biomédico da Medicina Ocidental, segundo o qual saúde seria o resultado da soma da saúde das partes do corpo. Ainda, saúde e doença seriam fenômenos estritamente biológicos e antagônicos e, por conseguinte, a recuperação da saúde se concentraria na

restauração da parte doente. Dolan¹ apresentou um conceito alternativo de saúde bucal, mais de acordo com o pensamento contemporâneo: “uma dentição funcional e confortável que permite ao indivíduo continuar em seu papel social”.

Novos conceitos de saúde e doença foram elaborados ao longo do tempo e maior entendimento biopsicosocial da doença ganhou espaço. O indivíduo passou a ser visto não como soma de partes, mas como um todo. É ele quem está sadio ou doente, e a condição do indivíduo está relacionada às

¹ Artigo baseado na dissertação de F.A.B. MESQUITA, intitulada “O impacto das condições bucais auto-relatadas na qualidade de vida: um estudo em Montes Claros - MG”. Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic; 2004.

² Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic, Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Odontologia. Rua José Rocha Junqueira, 13, Swift, 13045-755, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: S VIEIRA. E-mail: <soniavieira@merconet.com.br>.

experiências subjetivas, às interpretações de saúde e doença, ao bem-estar e ao desempenho físico, social e psicológico do próprio indivíduo².

O modelo biopsicosocial é base da teoria e da prática da Promoção da Saúde, movimento que surgiu em 1974 com a divulgação do *Lalonde Report*, um documento apresentado por Lalonde na época em que era Ministro da Saúde e Bem-Estar do Canadá³. Nesse documento, o campo da saúde é visto como combinação de quatro áreas, isto é, biologia humana, ambiente, estilo de vida e assistência. Para bem compreender o conceito, é preciso mudar a ideia tradicional de que a saúde é ausência de doença. Saúde e doença são dimensões da experiência humana. Na promoção da saúde, o foco não é a doença, mas as estratégias necessárias para conquistar a saúde e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Conceituar qualidade de vida é, porém, difícil, por se tratar de concepção humana e pessoal². De qualquer forma, hoje o conceito de qualidade de vida leva em conta fatores ambientais e psicológicos, educação, bem-estar, autoestima, felicidade e saúde. Para o Centro de Promoção de Saúde da Universidade de Toronto, qualidade de vida pode ser entendida como o grau com que a pessoa aproveita as oportunidades que a vida lhe oferece, ou simplesmente quão boa é a vida para a pessoa⁴. Problemas de saúde podem ter ou não impacto em atividades diárias, porque os sintomas e consequências são percebidos de maneiras distintas e influenciam o desempenho dos indivíduos de forma diferente. “Admite-se que certo nível de doença seja compatível com qualidade de vida, e a doença seja apenas uma das muitas ameaças à saúde”⁵.

Para Reisine⁶ os problemas bucais são frequentemente minimizados no contexto de outras doenças, principalmente quanto às consequências que tais problemas e seus tratamentos acarretam, em termos de perda de dias de trabalho⁷⁻⁸, faltas à escola⁹, transtorno para as atividades domésticas¹⁰ e custo econômico¹¹.

Mas, se saúde bucal é “uma dentição funcional e confortável que permite ao indivíduo continuar em seu papel social”¹, para avaliar a saúde bucal são necessários indicadores subjetivos, em complemento às medidas normativas que consideram apenas o diagnóstico profissional, numa visão clínica. Tais indicadores devem considerar a percepção do próprio indivíduo acerca de sua saúde bucal, medindo o impacto dessa percepção em atividades diárias e no desempenho social. O planejamento e a oferta de serviços poderão, então, ser mais bem direcionados.

Em 1996 foram apresentados, na Carolina do Norte (EUA) resultados da avaliação de saúde bucal e qualidade de vida, utilizando diferentes indicadores subjetivos¹². Nessa ocasião, foi apresentado o *Oral Health Impact Profile* (Perfil do Impacto de Saúde Oral), mais conhecido pela sigla OHIP-49, criado por Slade et al.¹³, que avalia, por meio de questionário, sete domínios limitantes para a execução de atividades diárias:

limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência.

Slade & Spencer¹⁴ descreveram os cinco passos envolvidos na criação desse questionário, conhecido como OHIP-49. Primeiramente foi estabelecido o conceito, depois foram formuladas 49 perguntas e definidos os fatores de ponderação para cada pergunta. A consistência e a validade do questionário foram estudadas com base em dados reais. Mais tarde, Slade¹⁵ propôs, para diminuir o tempo de aplicação do questionário, uma simplificação, isto é, o OHIP-14 com 14 questões. O autor estudou a consistência e a validade dessa nova versão. Segundo Locker², o OHIP é uma medida de saúde bucal tecnicamente sofisticada e está no topo dos esforços internacionais para pesquisa na área. Por conta disso, já foi aplicado em vários países.

Oliveira & Nadanovsky¹⁶ avaliaram as propriedades da versão brasileira do OHIP-14. Para isso, fizeram um estudo transversal que mediu o impacto da dor de dentes na qualidade de vida durante a gestação. A amostra estudada foi de 504 mulheres de baixo nível de renda. Com base nos resultados desse estudo, os autores concluíram que a versão brasileira do OHIP-14 tem boas propriedades psicométricas, compatíveis com aquelas do instrumento original.

Pires et al.¹⁷ fizeram a versão para o português do Brasil do OHIP-49. Os autores testaram a reprodutibilidade, a consistência interna e verificaram a validade do instrumento. Como obtiveram resultados semelhantes aos da literatura internacional, concluíram que o OHIP-49, na versão em português, pode ser aplicado para avaliar o impacto das condições bucais na qualidade de vida dos brasileiros.

Almeida et al.¹⁸ compararam, com base em uma amostra de 312 escolares de 12 anos da rede pública de Sabará (MG), os dados de exames de cárie dentária e as respostas aos questionários de necessidade percebida (OHIP-14). Concluíram que a necessidade real de tratamento está associada à necessidade percebida de tratamento, medida pelo OHIP.

O objetivo desse trabalho foi verificar, com base em uma amostra de funcionários de 13 escolas estaduais da cidade de Montes Claros (MG), se o impacto percebido da saúde bucal na qualidade de vida, medida pelo OHIP-14, é função das variáveis faixa de idade, condições socioeconômicas, escolaridade, situação da dentição, utilização de serviços odontológicos e hábitos de higiene bucal.

MÉTODOS

Desde maio de 2000, 13 escolas estaduais da cidade de Montes Claros estão incluídas no Programa IPSEMG-Família, uma estratégia do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais para que as equipes

multidisciplinares, com visão holística, tratem o doente – não a doença. Por ocasião do levantamento de dados deste trabalho, as escolas mencionadas tinham 916 servidores.

A coleta de dados foi feita durante dez dias, nos pró-prios locais de trabalho, em quatro visitas, por escola, nos horários previamente acordados. Dos 916 servidores recrutados, que compunham o quadro de funcionários das 13 escolas, foram encontrados 655. Apenas dois não concordaram em participar. Foram eliminados os dados de duas faixas etárias, que tinham baixa frequência: de 19 a 24 anos, com sete participantes e de 65 anos e mais, com um participante. Foram, então, analisados 653 questionários, conforme mostra a Tabela 1.

Para a análise estatística dos dados, utilizou-se o programa SPSS versão 8. Estabeleceu-se, *a priori*, que seriam excluídos todos os casos com mais de cinco respostas nas categorias “não sei” ou “não declarou”, porém nenhum questionário respondido apresentou essa característica.

Os participantes responderam, por escrito, o questionário OHIP, com 14 questões sobre a percepção que tinham sobre as próprias condições de saúde bucal e responderam quesitos para caracterização demográfica e econômica, em grupos de até vinte pessoas.

Os questionários distribuídos estavam numerados e foi pedido aos servidores que memorizassem o número do questionário recebido. Decorridos cinco dias, após o término dessa primeira fase, os questionários foram reaplicados em um turno de cada escola, escolhido ao acaso. Cada respondente deveria escrever, no novo questionário, o número que constava no primeiro. Das novas respostas, foram retiradas quarenta, ao acaso. Os questionários sorteados que não haviam sido numerados foram eliminados. O reteste foi feito com base em 31 questionários.

O OHIP utiliza itens de Likert, isto é, a resposta para uma questão só pode ser uma entre cinco categorias de uma escala ordinal. Neste trabalho, porém, foi definida uma sexta categoria, com a resposta “não sei”. Para a comparação de grupos, foram utilizados testes paramétricos, apesar de a variável em análise ser medida em escala ordinal. Para a comparação de dois grupos, foi aplicado o teste t-Student e para a comparação de mais de dois grupos foi utilizada análise de variância (ANOVA). As comparações múltiplas foram feitas com o teste de Dunnett. Para a comparação das respostas do teste e do reteste, foi calculado o coeficiente de correlação de Kendall.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic, sob o protocolo n.º. 850.

Tabela 1. Caracterização da amostra recrutada, quanto à participação na pesquisa.

Participação	Frequência	Percentual
Não encontrados	253	27,6
Não aceitaram participar	2	0,2
Eliminados	8	0,9
Participantes	653	71,3
Total	916	100

RESULTADOS

A taxa de resposta neste estudo foi alta, pois 653 (99,7%) dos 655 servidores efetivamente convidados para participar da pesquisa aceitaram. Para esse resultado, muito ajudou o alto grau de confiança entre entrevistadora e entrevistados, devido ao trabalho da primeira nas escolas.

A amostra foi constituída, predominantemente, por mulheres (90,8%). Mais da metade da amostra (58,9%) estava na faixa etária de 40 a 54 anos. O grau de escolaridade e o nível socioeconômico dos participantes da presente pesquisa eram altos, pois 54% tinham curso superior e 76,7% dos pesquisados pertenciam à classe B.

Dois terços dos participantes da pesquisa (67,2%) residiam em domicílios que tinham de três a cinco moradores, o que é compatível com os resultados do Censo Demográfico 2000 (Brasil) que mostram a média de 3,73 moradores por domicílio¹⁹. A quase totalidade (98,1%) das casas estava ligada à rede geral de esgotamento sanitário. Ainda, 55,1% dos participantes desse estudo residiam, há mais de dez anos, no mesmo domicílio; 65,5% eram funcionários efetivados, 60,7% eram professores e 76,5% trabalhavam no Estado há mais de dez anos. A amostra é constituída, portanto, de indivíduos de hábitos conservadores, com vida estável.

Dos participantes da pesquisa, 93% eram dentados. A grande maioria (80,3%) não precisava de prótese total removível, mas 17% dos que precisavam, usavam; 51,3% não precisavam de prótese parcial removível, mas 33,9% dos que precisavam, usavam. Mais da metade considerou ter boa saúde bucal (52,2%) e saúde geral (55,8%); menos de 2% consideraram-nas muito ruins. Praticamente dois de cada três participantes desta pesquisa havia procurado serviços odontológicos nos 12 meses anteriores à pesquisa; 73,4% o fizeram por motivo de rotina/prevenção; a maioria (61,3%) procurou serviços pagos. Quase a totalidade da amostra relatou usar, para higiene dental, escova de dente (99,5%), pasta dental (97,2%) e fio dental (86,8%); 91,9%, 92,9%, e 68,6%, respectivamente, relataram usar cada um desses instrumentos com frequência.

Pessoas que procuraram serviços gratuitos para tratamento odontológico obtiveram escores significativamente maiores, em limitação funcional e deficiência, do que aqueles que procuraram serviços pagos. Pessoas que procuraram pelos serviços odontológicos nos 12 meses anteriores à pesquisa registraram escores significativamente menores para limitação funcional e para deficiência.

Os coeficientes de correlação de Kendall, calculados para os dados obtidos no teste e no reteste, variam entre 0,41 e 0,74, com exceção das questões 12 e 14, nas quais os dados obtidos no reteste têm baixa correlação (0,21 e 0,18, respectivamente) com os dados obtidos no teste.

DISCUSSÃO

A população configurada para este trabalho é de classe média, com acesso a serviços odontológicos e bons hábitos de cuidados pessoais da saúde bucal, visto que é formada por servidores do Estado de Minas Gerais, que trabalham em escolas. A amostra foi constituída, predominantemente, por mulheres, o que é explicado pelo fato, bastante conhecido, de que no ensino fundamental e médio no Brasil trabalham, em geral, mulheres. A maioria dos participantes estava acima dos quarenta anos, o que é razoável, tendo em vista que os problemas de saúde se agravam com a idade.

Na amostra de Locker & Slade²⁰ e na de Allen & Locker²¹, as pessoas tinham mais de cinquenta anos; nas de Slade & Spencer²² e de Slade et al.²³ os participantes tinham mais de sessenta e nas de Hunt et al.²⁴ e Slade et al.¹³, 65 anos ou mais. No entanto, Broder et al.²⁵ estudaram adolescentes entre 12 e 17 anos e, no Brasil, Ferreira et al.²⁶ apresentaram os questionários OHIP para escolares de 12 anos da rede pública do município de Sabará (MG).

Os participantes desta pesquisa pertenciam a classes socioeconômicas mais altas do que a média dos brasileiros e tinham maior escolaridade. A grande maioria residia em casas ligadas à rede geral de esgotamento sanitário. Segundo o Censo Demográfico 2000 (Brasil), o esgotamento sanitário por rede geral ou fossa séptica abrangia, no ano 2000, 62,2% dos domicílios no Brasil¹⁹. No entanto, a grande maioria (86,3%) dos participantes desta pesquisa relatou não beber água encanada. Tal fato se explica pelo hábito, comum na população de renda mais alta da cidade de Montes Claros, de consumir água mineral ou de poço artesiano. A forma como a questão foi elaborada (“A água que você bebe em sua casa é da Copasa?”) pode ter confundido os respondentes.

A grande maioria (93%) dos participantes desta pesquisa era dentada. Não se encontrou diferença significativa na percepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida quando se comparam homens e mulheres, o que está de acordo com Locker & Slade²⁰, Hunt et al.²⁴ e Gonçalves et al.²⁷. No entanto, Slade & Spencer²² encontraram maior impacto entre homens edentados.

Participantes com 55 anos e mais registraram maior limitação funcional do que os de 25 a 39 anos. Participantes de 40 a 54 anos registraram mais dor e desconforto do que os de 25 a 39 anos. Slade & Spencer²² encontraram maior limitação funcional, desconforto psicológico e social em dentados acima de sessenta anos. Hunt et al.²⁴ relataram maior limitação funcional e desconforto psicológico em pessoas acima de 65 anos. Slade et al.¹³ relataram maior desconforto, disfunções e incapacidades em pessoas acima de 61 anos. Portanto, a percepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida é diferente quando se comparam jovens e idosos, principalmente no que se refere à limitação funcional, desconforto psicológico e dor.

A percepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida diminui quando a escolaridade aumenta. Pessoas com até 2º grau incompleto apresentaram desconforto psicológico e deficiências significativamente maiores quando comparadas àquelas com 2º grau completo ou mais. Isto se explica pelo fato de a maior escolaridade estar associada a um maior nível de renda e mais informação, o que determina maior busca pelos serviços odontológicos.

O impacto percebido da saúde bucal sobre a qualidade de vida das pessoas é diferente quando se comparam as classes econômicas A e B com D e E, exceção feita ao desconforto psicológico e incapacidade social. Estes achados são semelhantes aos de Slade & Spencer²² e de Hunt et al.²⁴, mas diferentes dos de Slade et al.¹³ que não encontraram diferenças entre edentados de condições econômicas diferentes, em um estudo feito na Austrália. No entanto, Slade²⁸ reconhecem que fatores educacionais e renda influenciam a percepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida, mas não quantificaram esses valores. No caso deste trabalho, a função exercida pelo servidor no Estado foi determinante da diferença na percepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Ajudantes de serviços gerais assinalaram maior percepção da limitação funcional, dor física e deficiência do que servidores com função qualificada. Isto talvez se explique pelo fato de eles procurarem pouco por serviços odontológicos pelas seguintes razões: recebem salários menores, os custos do tratamento odontológico são descontados do salário e eles precisam que um servidor efetivo se responsabilize pelo pagamento de seus tratamentos odontológicos, uma vez que eles próprios não são efetivos. Por outro lado, servidores em funções qualificadas, por terem salários maiores e disporem de maior controle do tempo, têm facilidade de acesso ao tratamento dentário.

A situação da dentição tem efeito sobre a percepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Edentados registraram maior limitação funcional, incapacidade física e deficiência do que dentados, o que está de acordo com Locker & Grushka¹⁰ e Slade & Spencer¹⁴. No entanto, Slade & Spencer¹⁴ e Hunt et al.²⁴ relataram ter achado maior percepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida em dentados e Slade et al.¹³ observaram, na Austrália, maior percepção entre dentados de condição socioeconômica D e E. A perda ou retenção de elementos dentários tem efeito sobre a percepção da saúde bucal. As mesmas ocorrências podem, porém, ter efeitos contrários em função do momento. De início, a extração de dentes pode aliviar a dor e melhorar a qualidade de vida, mas, posteriormente, pode dificultar a mastigação, conforme considera Slade²⁸. Já Locker & Grushka¹⁰ consideram que a permanência de dentes em estado precário pode ter efeito negativo sobre a qualidade de vida.

Pessoas que precisavam de prótese parcial removível registraram percepção do impacto dessa condição na qualidade de vida, o que confirma os resultados de Locker

& Slade²⁰. As pessoas que precisavam de prótese total removível também registraram escores maiores, exceção feita à incapacidade social. Resultados similares foram reportados por Slade et al.¹³, Locker & Slade²⁰ e Locker & Jokovic²⁹. Este último estudo mostrou também que a substituição protética dos dentes melhora a percepção da própria saúde bucal, em edentados.

Pessoas que avaliaram a própria saúde, bucal e geral, como “muito boa” ou “boa”, registraram menor percepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida, em todas as dimensões. As variáveis são, evidentemente, inversamente associadas: quem diz ter boa saúde não percebe bem o impacto da saúde na qualidade de vida e – ao contrário – quem diz ter pouca saúde é porque percebe o impacto que isso tem em sua qualidade de vida.

Pessoas que procuraram os serviços de saúde bucal para prevenção e rotina registraram escores menores em todas as dimensões. Slade et al.¹³, Locker & Slade²⁰, Slade & Spencer²² e Hunt et al.²⁴ obtiveram os mesmos resultados. Ainda, Slade & Spencer²² e Hunt et al.²⁴ encontraram maior percepção do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida entre indivíduos que fazem visitas esporádicas ao dentista e que não haviam procurado serviços odontológicos nos 12 meses anteriores à pesquisa.

Os participantes que declararam usar escovas de dente, pasta dental e fio dental perceberam menos o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, quando comparados ao grupo que fez uso de pelo menos um desses instrumentos, exceto quanto ao desconforto psicológico. A frequência de

uso dos três instrumentos para a higiene bucal determina diferença estatisticamente significativa entre grupos, em quase todas as dimensões.

CONCLUSÃO

Com base nos dados levantados e nas análises feitas, conclui-se que idosos percebem e registram mais limitação funcional, desconforto e dor do que jovens. Edentados registram mais limitação funcional, incapacidade física e deficiência do que dentados. A necessidade de próteses bucais tem grande impacto sobre a qualidade de vida. Melhores condições econômicas, maior escolaridade, utilização de serviços odontológicos pagos para prevenção ou rotina e uso regular de instrumentos de higiene dental estão associadas a um menor impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Portanto, mais condições para a procura de serviços odontológicos, para prevenção ou rotina, e uso regular de instrumentos de higiene dental melhorariam a saúde bucal da população, porque as pessoas têm percepção do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida.

Colaboradores

FAB MESQUITA e S VIEIRA participaram de todas as etapas da elaboração do artigo.

REFERÊNCIAS

- Dolan TA. Identification of appropriate outcomes for an aging population. *Spec Care Dent*. 1993;13(1):35-9.
- Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: Slade GD (ed.). *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997. p. 11-23.
- Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Health and Welfare Canada; 1974.
- Locker D. Health outcomes of oral disorders. *Int J Epidemiol*. 1995;24(suppl 1):S85-S89.
- Nadanovsk P. Promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais. In: Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. 4. ed. São Paulo: Santos; 2000. p. 293.
- Reisine S. The impact of dental conditions on social functioning and the quality of life. *Annu Rev Public Health*. 1988;9:1-19.
- Reisine ST. Dental disease and work loss. *J Dent Res*. 1984;63(9):1158-61.
- Reisine S, Miller JA. Longitudinal study of work loss related to dental diseases. *Soc Sci Med*. 1985; 21(12):1309-14.
- Gift H, Reisine ST, Larach DC. The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Health*. 1992;82(12):1663-8.
- Locker D, Grushka M. The impact of dental and facial pain. *J Dent Res*. 1987;66(9):1414-7.
- Hollister MC, Weintraub JA. The association of oral status with systemic health, quality of life, and economic productivity. *J Dent Educ*. 1993;57(12):901-12.
- Slade GD. *Measuring oral health and quality of life*. Chappell Hill: University of North Carolina; 1997.
- Slade GD, Spencer AJ, Locker D, Hunt RJ, Strauss RP, Beck JD. Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario, and North Carolina. *J Dent Res*. 1996;75(7):1439-50.
- Slade D, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994;11(1):3-11.
- Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25(4):284-90.

16. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile—short form. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33(4):307-14.
17. Pires CPAB, Ferraz MB, Abreu MHNG. Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and validation of the oral health impact profile (OHIP-49). *Braz Oral Res.* 2006;20(3):263-8.
18. Almeida AM, Loureiro CA, Araújo VE. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) na forma simplificada. Parte I: adaptação cultural e lingüística. *UFES Rev Odontol.* 2004;6:6-15.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2001.
20. Locker D, Slade GD. Oral health and the quality of life among older adults: the oral health impact profile. *J Can Dent Assoc.* 1993;59(10):830-8.
21. Allen PF, Locker D. Do item weights matter? An assessment using the oral health impact profile. *Community Dent Health.* 1997;14(3):133-8.
22. Slade GD, Spencer AJ. Social impact of oral conditions among older adults. *Aust Dent J.* 1994;39(6):358-64.
23. Slade GD, Hoskin GW, Spencer AJ. Trends and fluctuations in the impact of oral conditions among older adults during a one year period. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996; 24(5):317-21.
24. Hunt RJ, Slade GD, Strauss RP. Differences between racial groups in the impact of oral disorders among older adults in North Carolina. *J Public Health Dent.* 1995;55(4):205-9.
25. Broder HL, Slade G, Caine R, Reisine S. Perceived impact of oral health conditions among minority adolescents. *J Public Health Dent.* 2000;60(3):189-92.
26. Ferreira CA, Loureiro CA, Araújo VE. Propriedades psicométricas de indicador subjetivo aplicado em crianças. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(3):445-52.
27. Gonçalves JR, Wassall T, Vieira S, Ramalho AS, Flório FM. Impactos da saúde bucal sobre a qualidade de vida entre homens e mulheres. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* 2004;52(4):240-2.
28. Slade GD. Assessing change in quality of life using the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1998;26(1):52-61.
29. 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(6):398-402.

Recebido em: 27/3/2008
 Versão final reapresentada em: 3/6/2008
 Aprovado em: 16/6/2008