

O impacto das condições bucais na qualidade de vida de pessoas com cinquenta ou mais anos de vida

The impact on life quality due to oral conditions in people fifty years or above

Vinicius Cappo Bianco¹
Eymar Sampaio Lopes¹
Maria Helena Borgato¹
Poliana Moura e Silva¹
Sara Nader Marta¹

Abstract *The objective of this work was to evaluate the influence of socio-demographic variables and oral health conditions in the quality of life of non-institutionalized people aged 50 or above, living in Bauru, São Paulo State. Clinical oral examinations were conducted on a sample of 224 people including dental caries, periodontal disease and usage or need of dental prosthesis according to WHO suggestions for community dental health surveys. They were also asked to answer a questionnaire comprised of 49 questions about the impact of their oral status on the activities of daily living (OHIP). Descriptive statistics and multiple regression analysis were computed with individual scores of each domain as dependent variables. The results were: 60% were retired people, 42% exercise no social activity and 65.5% earned less than three minimum wages. Dentate people had a mean of 15.3 missing teeth, 117 people (53% of the sample) had full dentures. It could be concluded that regression analysis showed no socio-demographic variable but age having a significant impact on quality of life; as people get older oral disorders seems to produce lower impact on quality of life. As it concerns to oral clinical data only periodontal disease showed impact on quality of life.*

Key words *Quality of life, Oral health, Aged people, Elderly*

Resumo *Avaliou-se a influência de variáveis sociodemográficas e as condições bucais na qualidade de vida de 224 indivíduos, com 50 anos ou mais de Bauru (SP). Os dados foram coletados de acordo com o Oral Health Surveys-Basic Methods: índices de cárie, periodontal comunitário, perda de inserção periodontal e uso/necessidade de próteses odontológicas. A percepção do indivíduo sobre suas condições bucais, foi medida pelo Oral Health Impact Profile, com sete domínios: limitação funcional, dor, desconforto psicológico, incapacidades física, psicológica e social e desvantagem. 60% dos indivíduos eram aposentados; 42% sem atividade social; 65,5% com renda mensal de um a três salários mínimos; 53% usavam prótese total superior e, destes, 33% ambas; 1,94 dentes cariados e 5,4 restaurados; OHIP-os impactos sociais foram menos intensos que os físicos/psicológicos; a idade foi significativa em todos os domínios; apenas a condição periodontal foi importante para a qualidade de vida. As variáveis sociodemográficas e as condições bucais tiveram pequena variação no OHIP; os impactos sociais foram menos intensos que os físicos/psicológicos na qualidade de vida; a maioria dos entrevistados acusou pelo menos um impacto da saúde bucal na qualidade de vida; os escores do OHIP diminuíram nos grupos de maior idade.*

Palavras-chave *Qualidade de vida, Saúde bucal, Idosos*

¹ Universidade do Sagrado Coração. Rua Irmã Arminda 10-50, Jardim Brasil. 17011-160 Bauru SP. viniciusbianco79@hotmail.com

Introdução

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial. Estima-se que, no ano de 2050, a população com mais de sessenta anos será de dois bilhões de habitantes¹.

No Brasil, de 1940 a 2000, a população com idade acima de sessenta anos dobrou e a expectativa de vida subiu para 72,6 anos para mulheres e 64,8 anos para os homens, contra uma média de 50,9 anos na década de cinquenta².

Esse fato, denominado transição demográfica e epidemiológica, é na verdade resultado da diminuição da natalidade, aumento da população economicamente ativa, diminuição das doenças infecciosas e aumento das doenças crônico-degenerativas³, como artrite, reumatismo, artrose, distúrbios cardiovasculares e diabetes^{4,5}. Esta mudança dramática na composição etária da população indica a necessidade de elaboração de uma política de saúde planejada para atender a população mais idosa.

Além das doenças sistêmicas, a saúde bucal da maioria dos idosos no Brasil é precária, grande parte usa próteses, o número de dentes presentes na cavidade bucal é pequeno e a incidência de cárie e doença periodontal é alta, fazendo com que problemas sociais, físicos e psicológicos afetem diretamente sua qualidade de vida^{6,7}.

No entanto, a simples avaliação das condições clínicas não responde às questões: como o próprio paciente percebe a sua condição bucal e qual o efeito das más condições bucais sobre a sua qualidade de vida?

Muitos sistemas foram elaborados para responder essas questões; entre eles, temos o **Oral Health Impact Profile** (OHIP)⁸ e o GOHAI⁹, que se utilizam de questionários respondidos pelo próprio paciente e indicam através de escores o grau do impacto da saúde bucal em sua qualidade de vida, contemplando aspectos físicos, sociais e psicológicos.

Assim, a proposta desse estudo foi de avaliar como os problemas de saúde bucal, mediados por condições socioeconômicas, em um grupo de pessoas com mais de cinquenta anos, afetam a qualidade de vida, conhecendo este que pode ser útil na definição e planejamento de programas preventivos e educativos relacionados à saúde deste grupo da população que está em contínuo crescimento.

Metodologia

Participaram deste estudo 224 pessoas de ambos os sexos, com cinquenta anos ou mais, residentes no município de Bauru, pacientes das clínicas da Universidade do Sagrado Coração (USC) ou grupos de terceira idade. Foram excluídos da pesquisa indivíduos com problemas auditivos ou outra limitação física ou mental que afetasse sua capacidade de responder ao questionário. Aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram previamente o termo de consentimento esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da USC. Assim, incluiu-se 85% dos pacientes das clínicas da Universidade do Sagrado Coração (USC) ou grupos de terceira idade que se enquadravam nos critérios de inclusão acima descritos.

A razão de incluir pessoas com mais de cinquenta anos de idade foi para evitar o efeito **floor**, que se dá pelo grande número de escores zero nos exames ou na entrevista, como ocorre no caso dos desdentados totais, fazendo com que o índice perca a capacidade de discriminação¹⁰.

Método

Um formulário foi desenvolvido para o registro das informações pessoais quanto à idade, sexo, grau de escolaridade, ocupação, atividades sociais e tempo decorrido desde a última visita ao dentista. Os dados dos exames foram coletados conforme as instruções do **WHO-Oral Health Surveys-Basic Methods**¹¹ e incluíram avaliação da condição dentária (índice CPO-D), índice periodontal comunitário (IPC), perda de inserção periodontal (PIP), registrando-se também o uso e a necessidade de próteses odontológicas parciais ou totais.

Os exames clínicos foram realizados por um único examinador com auxílio de espelho e sonda periodontal (modelo Organização Mundial da Saúde), devidamente esterilizados. A consistência da avaliação bucal foi medida pelo exame clínico repetido nos primeiros 22 participantes (10% da amostra), respeitando-se um intervalo de tempo de sete a catorze dias e submetendo os resultados das duas avaliações ao teste Kappa. O resultado do Kappa sobre os exames repetidos apresentou um grau elevado de concordância, que variou de 0,90 a 0,94, sendo 0,94 para o CPO-D; 0,93 para o IPC e 0,90 para o PIP. As entrevistas e os exames foram realizados em locais apropriados e, ocorrendo alguma condição dos tecidos moles ou dentais que indicasse necessidade de tratamento, foi dada orientação para exame

mais detalhado ou eventual atendimento nas clínicas da USC.

Em seguida, os participantes receberam o questionário do OHIP⁸, composto por 49 questões, com a finalidade avaliar o impacto produzido pela condição bucal na qualidade de vida. Essas questões são divididas em sete domínios: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem. As perguntas foram respondidas em uma escala de Likert com os seguintes escores: nunca = 0; quase nunca = 1; às vezes = 2; frequentemente = 3; muito frequentemente = 4.

Análise dos dados

A análise dos dados incluiu o cálculo de estatísticas descritivas como média, desvio padrão, porcentagens e determinação de correlações. O coeficiente alfa de Cronbach foi calculado para comparar a consistência das respostas do questionário traduzido e aplicado na amostra, com os valores relatados por Slade e Spencer⁸. A análise de regressão múltipla foi realizada com o objetivo de determinar quais condições bucais e socioculturais produzem maior impacto na qualidade de vida. O nível escolhido para esse teste foi de 5% e o nível escolhido para exclusão foi de 10%. Para realizar essa análise, as variáveis independentes não numéricas foram substituídas por valores numéricos apropriados. Das variáveis relativas à condição clínica bucal, descartou-se o CPO-D, optando-se por usar número de dentes ausentes. Para o restante dos exames (PIP, IPC, uso e necessidade de prótese), foram mantidos os mesmos escores da ficha de levantamento já citada.

Resultados

Características demográficas e sociais da amostra

Dos 224 participantes, 158 (70,53%) eram do sexo feminino e 66 (29,46%), do sexo masculino, na faixa etária de cinquenta a oitenta anos ou mais de idade. No quesito escolaridade, verificou-se que a maioria 170 (75,8%) tinha cursado até o primeiro ou segundo grau (Tabela 1). Com relação à aposentadoria, 137 (61,1%) participantes se declararam aposentados. Quanto à ocupação, 101 (45,1%) afirmaram ter algum tipo de trabalho (costureira, cabeleireira, motorista). No quesito atividades sociais, 98 (43,7%) declara-

ram pertencer a grupos de terceira idade, 25 (11,2%) participavam de atividades religiosas e apenas 6 (2,67%) eram engajados em clubes e praticavam esportes.

No item referente à renda, 149 (66,5%) dos participantes recebiam de um a três salários mínimos, 42 (18,8%) recebiam de quatro a sete salários mínimos e 33 (14,7%) recebiam oito ou mais salários mínimos.

Condições bucais dos indivíduos

Os dados relativos ao uso ou a necessidade de algum tipo de prótese estão apresentados na Tabela 2. Verificou-se que 117 participantes (52%) eram usuários de prótese total superior e, desses,

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo a faixa etária, sexo e escolaridade.

	Homens		Mulheres	
	N	%	N	%
Idade (anos)				
50 a 59	20	30,3	50	31,6
60 a 69	22	33,3	55	34,8
70 a 79	21	31,8	43	27,2
80 ou mais	3	4,5	10	6,3
Escolaridade				
Analfabeto	3	4,6	9	5,7
Primeiro grau	29	43,9	86	54,5
Segundo grau	21	31,8	34	21,5
Universidade	13	19,7	29	18,3

Tabela 2. Distribuição percentual da amostra segundo o uso ou necessidade de prótese e arcos dentários envolvidos.

	Superior		Inferior	
	N	%	N	%
Uso de prótese				
Nenhuma	36	16,1	72	32,1
Prótese fixa	31	13,8	27	12,1
Mais de 1 prótese fixa	10	4,5	12	5,4
Prótese parcial removível	20	12,9	33	14,7
Prótese fixa e removível	1	0,5	3	1,3
Prótese total	117	52,2	77	34,4
Necessidade de prótese				
Nenhuma	111	49,5	95	42,4
Prótese unitária	6	2,7	5	2,2
Múltiplos elementos	26	11,6	52	23,2
Unitária e múltipla	6	2,7	6	2,7
Prótese total	75	33,5	66	29,5

74 (33%) também usavam prótese total inferior. No entanto, das pessoas portadoras de prótese total, 64 (54,7%) necessitavam substituí-las.

Os IPC e PIP foram baseados nos exames de 129 (57,6%) pessoas, pois foram excluídos os desdentados totais e os casos em que os dentes presentes eram insuficientes para a anotação. O escore 0 (normal) predominou tanto para o IPC quanto para o PIP. Mas, na somatória, a maioria dos examinados foram incluídos nos escores 1 (sangramento para IPC e perda de inserção de 4 a 5mm para o PIP), 2 (cálculo para o IPC e perda de inserção de 6 a 8mm para o PIP) e 3 (bolsa de 4 a 5mm para IPC e perda de inserção de 9 a 11mm para o PIP), atingindo 136 (60,9%) e 125 (55,8%) no IPC e PIP, respectivamente (Tabela 3). Ainda que 134 pessoas (60%) tenham visitado o dentista há menos de dois anos, cerca de 45 (20%) há dez anos não o faziam.

Resultados do OHIP

Os resultados do OHIP mostraram que os impactos sociais são menos intensos que os impactos físicos e psicológicos. O número de pessoas acusando algum tipo de impacto em limitação funcional foi 203 (90,63%), em dor física, 187 (83,48%), incapacidade física, 164 (73,22%). No domínio desconforto psicológico, os resultados foram 158 (70,54%) e, em incapacidade psicológica, 120 (53,57%). O contingente de pessoas acusando impactos em incapacidade social foi 55 (24,55%) e, em desvantagem, 60 (26,79%); portanto, muito menos que nos outros domínios. Os valores obtidos após a aplicação do co-

eficiente de consistência de Cronbach em cada domínio foram: limitação funcional 0,67; dor física 0,61; desconforto psicológico 0,80; incapacidade física 0,71; incapacidade psicológica 0,74; incapacidade social 0,71; desvantagem 0,65.

A regressão múltipla foi realizada entre os sete domínios (variáveis dependentes) e as condições idade, sexo, escolaridade, aposentadoria, renda, atividade social, ocupação mais as condições bucais número de dentes ausentes, uso ou necessidade de prótese superior e inferior, Max-IPC e Max-PIP (variáveis independentes), cujos resultados estão apresentados na Tabela 4. A variável idade foi um fator significativo em todos os domínios, com sinal negativo, indicando que, com o aumento da idade, os impactos diminuam. A variável Max-IPC aparece como significativa nos domínios limitação funcional, dor física, incapacidade física e desvantagem, enquanto a variável número de dentes ausentes teve impacto significativo para limitação funcional e incapacidade física. As variáveis ocupação, atividade social e PIP não apresentaram impacto em nenhum dos domínios.

Apresentou-se uma diminuição dos escores médios em direção dos grupos de maior idade, com exceção do domínio limitação funcional, ou seja, como já dito, nas pessoas mais idosas a saúde bucal tem menor impacto em sua qualidade de vida (Figura 1).

Discussão

Cabe iniciar a discussão com algumas considerações sobre a amostra e o processo de amostragem utilizado. Embora não se trate de um estudo epidemiológico, os dados obtidos fornecem informações interessantes sobre as condições sociais e de saúde bucal do grupo estudado, que, no entanto, não podem ser generalizadas, pois não existiu tentativa alguma de fazer-se uma amostragem casual. Na verdade, são raros os estudos epidemiológicos sobre saúde dental do idoso no Brasil. Colussi e Freitas¹² encontraram apenas 31 publicações nacionais sobre saúde bucal do idoso no período de 1988 a 2001 e apenas oito de natureza epidemiológica; porém, somente uma utilizou amostragem probabilística. Na prática, as dificuldades para se obter amostragem de idosos leva os pesquisadores a utilizar amostras de grupos de terceira idade ou de clínicas para idosos. A amostra deste trabalho foi obtida dessa forma, mas é relativamente mais jovem que as utilizadas pela maioria dos estudos sobre idosos no Brasil, com exceção dos traba-

Tabela 3. Distribuição da amostra (129 indivíduos) segundo os valores do IPC e PIP.

	N	%
Escore IPC		
0: Normal	53	41,1
1: Sangramento	8	6,2
2: Cálculo	32	24,8
3: Bolsa 4-5mm	27	29,9
4: Bolsa 6+mm	9	6,0
Escore PIP		
0: 0-3 mm	57	44,2
1: 4-5 mm	36	27,9
2: 6-8 mm	29	22,5
3: 9-11 mm	7	5,4
4: 12+mm	-	0,0

Tabela 4. Regressão Múltipla – sete domínios do OHIP e variáveis significantes.

Variáveis significantes	Domínio – Limitação funcional		
	Constante: b - 20,213	Prob. (?) 0,000	
	b		Prob. (?)
Idade	-0,255	-0,279	0,000
Dentes ausentes	0,280	0,347	0,000
Max-IPC	1,329	0,200	0,005
Coeficiente de determinação = 11,4%			
	Domínio – Dor física		
	Constante: b - 22,002	Prob. (?) 0,000	
Idade	-0,212	-0,292	0,000
Necessidade de prótese superior	0,651	0,172	0,011
Max-IPC	0,888	0,168	0,011
Escolaridade	-0,580	-0,135	0,049
Coeficiente de determinação = 13,2%			
	Domínio – Desconforto psicológico		
	Constante: b - 15,006	Prob. (?) 0,000	
Idade	-0,252	-0,335	0,000
Necessidade de prótese inferior	1,466	0,351	0,000
Renda	1,774	0,187	0,005
Sexo	2,139	0,138	0,026
Última visita ao dentista	-0,027	-0,173	0,031
Coeficiente de determinação = 21,2%			
	Domínio – Incapacidade física		
	Constante: b - 14,433	Prob. (?) 0,000	
Idade	-0,234	-0,301	0,000
Dentes ausentes	0,285	0,415	0,000
Coeficiente de determinação = 14,8%			
	1,280	0,227	0,001
	Domínio – Incapacidade psicológica		
	Constante: b - 9,771	Prob. (?) 0,000	
Idade	-0,135	-0,257	0,000
Necessidade de prótese superior	0,737	0,271	0,001
Renda	1,207	0,182	0,007
Última visita ao dentista	-0,017	-0,199	0,019
Coeficiente de determinação = 15,0%			
	Domínio – Incapacidade social		
	Constante: b - 5,387	Prob. (?) 0,000	
Idade	-0,065	-0,20	0,002
Coeficiente de determinação = 4,2%			
	Domínio – Desvantagem		
	Constante: b - 7,219	Prob. (?) 0,000	
Uso de prótese superior	0,636	0,384	0,000
Idade	-0,084	-0,235	0,001
Uso de prótese inferior	-0,425	-0,270	0,002
Max-IPC	0,378	0,146	0,038
Sexo	-0,971	-0,132	0,039
Coeficiente de determinação = 16,8%			

lhos de Pereira *et al.*¹³, Saliba *et al.*¹⁴ e Frare *et al.*¹⁵. Quanto ao aspecto educacional, a amostra desta

pesquisa está acima da média, com quase nenhum analfabeto e aproximadamente 50% com

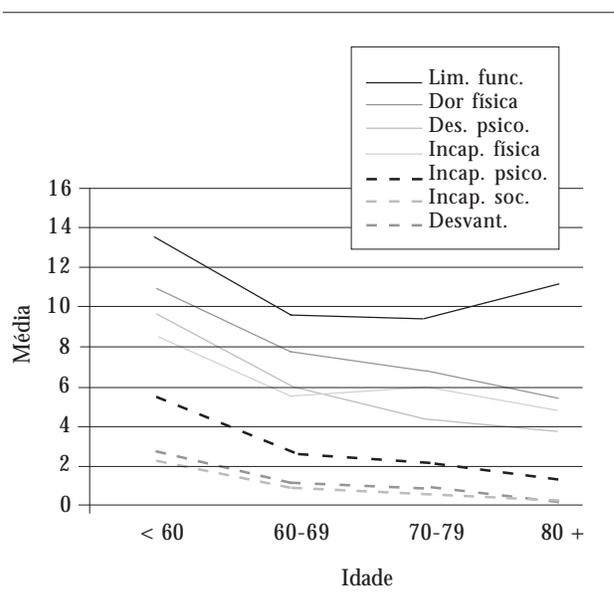


Figura 1. Ecores médios dos domínios do OHIP segundo a faixa etária.

o primeiro grau (Tabela 1). Para comparação, o estudo de Corrêa da Silva e Fernandes³ incluía 74,7% com primeiro grau completo ou incompleto. Como se pode notar, a amostra deste trabalho se divide praticamente em duas partes, uma constituída por participantes de grupos de terceira idade, igreja e clubes, que soma 58%, e outra parte que declarou não exercer nenhuma atividade social (42%). Estes últimos foram contatados em clínicas odontológicas e de fisioterapia que atendem idosos, na USC. Tinha-se como hipótese de trabalho que a participação em atividades sociais seria um fator de relevo no impacto produzido pelas alterações da saúde bucal. No entanto, essa variável não apareceu como significativa em nenhum dos domínios do OHIP.

Quanto à saúde bucal, os dados de cárie não são facilmente interpretados. A maior dificuldade está em estabelecer a causa dos dentes perdidos. Certamente, acima dos cinquenta anos de idade, aumenta substancialmente a perda por doença periodontal, extrações por motivos protéticos e também as perdas por iatrogenia, isto é, causadas por próteses fixas ou removíveis de má qualidade. Mesmo tendo feito a amostragem a

partir dos cinquenta anos de idade, 36% dos participantes eram edêntulos. Um dado adicional interessante foi que mais da metade das próteses totais foram registradas como necessitando de substituição.

O alto índice de edentulismo foi também evidenciado nos resultados de Moreira *et al.*¹⁶ que realizaram uma revisão sistemática da literatura, no período de 1986 a 2004, para conhecer os problemas bucais mais prevalentes entre os idosos brasileiros e os principais obstáculos no acesso aos serviços de saúde. As principais barreiras para o acesso aos serviços odontológicos foram a baixa escolaridade, a baixa renda e a escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal.

Um dos problemas na utilização dos índices de qualidade de vida está nas variações decorrentes de diferenças socioeconômicas e culturais. É difícil traduzir as questões originais de forma que tenham exatamente a mesma interpretação. Assim, a composição original do questionário pode ter sido prejudicada por uma compreensão diferente das questões. Essa deve ser a causa provável da diferença dos resultados do coeficiente de consistência de Cronbach desse trabalho (0,61 a 0,80), quando comparados aos valores obtidos por Slade e Spencer⁸, com variação de 0,37 a 0,83.

Um outro aspecto a considerar neste estudo é a dificuldade de análise por causa da presença de portadores de próteses totais superior e/ou inferior. De fato, os indicadores tradicionais de saúde bucal, baseados na contagem de cárie, restaurações, bolsa periodontal, cálculo e mesmo o conhecido CPO-D, etc., deixam de fazer sentido quando o número de dentes ausentes é muito grande. No caso deste trabalho, optou-se por incluir apenas o número de dentes ausentes, para evitar a dificuldade de interpretação associada às variáveis acima citadas. Nesta decisão, levou-se em conta que, anteriormente, Locker¹⁷ já havia observado que apenas o número de dentes ausentes e a perda de ligamento periodontal acusavam impacto significativo na apreciação subjetiva da condição bucal, não sendo significantes o número de coroas cariadas nem o número de raízes cariadas. Na prática, não havendo um indicador de saúde bucal que leve em conta as diferenças entre portadores e não portadores de prótese, a interpretação dos resultados deve ser cuidadosa e, se possível, deve-se separar os resultados em subgrupos. A elaboração de questionários diferentes para pessoas edêntulas e dentadas é importante, pois os quesitos do questionário usado apresentaram diferença de escores médios nas respostas do OHIP.

Outro aspecto que merece destaque nesta discussão da percepção da qualidade de vida pelo idoso foi constatado no estudo de Cormack *et al*¹⁸, no qual verificaram que a ausência de uma expectativa de vida pode levar a uma percepção de qualidade de saúde deficiente e, mesmo diante de condições adversas de saúde geral e bucal, a maioria dos seus entrevistados permaneceram tendo uma percepção positiva a respeito de sua qualidade de vida, não havendo uma relação direta entre os dados clínicos encontrados e a percepção da qualidade de vida.

Quanto às variáveis sociodemográficas ocupação e atividade social, elas não apareceram como significantes em nenhum dos domínios. Leão e Sheiham¹⁹ avaliaram a importância do sexo e da classe social no escore DIDL, obtendo significância estatística apenas para classe social ($R^2 = 0,03$), quando o modelo de regressão incluía apenas estas duas variáveis; porém, deixou de ser significativo quando as variáveis referentes à saúde bucal (dentais e periodontais) foram incluídas. Da mesma forma, Corrêa da Silva e Fernandes⁹ não conseguiram identificar participação significativa das variáveis independentes idade, sexo, escolaridade e classe social no modelo final de regressão. Nesta pesquisa, as variáveis sociodemográficas parecem estar associadas aos domínios psicológicos (sexo, renda e última visita apareceram em desconforto psicológico e, novamente, renda e última visita mais o sexo em incapacidade psicológica). Curiosamente, escolaridade apareceu como marginalmente significativo em dor física.

Os dados coletados mostraram que as medidas geralmente utilizadas para avaliar clinicamente a saúde bucal têm pouca correlação com os impactos que as alterações bucais produzem na qualidade de vida das pessoas, além de ser de difícil manejo estatístico se utilizados em uma ampla faixa de idade, porque cada uma delas avalia uma dimensão diferente, como presença

de cárie, dentes ausentes e sem opositores, inflamação periodontal, higiene bucal, lesões de mucosa, articulação temporomandibular, etc., difíceis de integrar de uma forma lógica numa única medida de saúde bucal. Por outro lado, é necessário identificar melhor as variáveis demográficas e sociais que, interagindo com os aspectos clínicos, produzem impactos na qualidade de vida. Ainda, a saúde oral foi percebida com pouca importância entre os idosos, que apesar de valorizarem muito o paladar e a manutenção da dentição permanente, consideraram a perda como algo natural e consequente da idade e como uma condição passível de reposição com as próteses dentárias, como identificaram Somchinda *et al*²⁰.

Estes dados podem ser explorados em outros aspectos, procurando detalhar as interrelações entre essas variáveis, buscando melhorar o entendimento num ambiente multidimensional complexo como este.

O fato de que pouco da variação total foi explicado pelo modelo de regressão utilizado é um indício de que ainda há muito que se aprender sobre como os problemas de saúde afetam a qualidade de vida.

Conclusões

As variáveis sociodemográficas e as condições bucais aqui analisadas explicaram apenas pequena porcentagem da variação dos impactos à saúde medidos pelo OHIP. Os dados indicaram que os impactos sociais são menos intensos que os físicos e psicológicos na qualidade de vida.

Apesar de os impactos serem, de maneira geral, baixos, grande parte dos entrevistados acusou pelo menos um impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Os escores médios do OHIP tenderam a diminuir em direção dos grupos de maior idade.

Colaboradores

V Cappo Bianco desenvolveu a parte experimental e a redação do artigo; ES Lopes foi o orientador do trabalho, responsável pelo delineamento do experimento e análise e interpretação dos dados; MH Borgato colaborou na organização dos dados e na redação; PM Silva auxiliou na coleta de dados e tabulação dos mesmos; SN Marta trabalhou na revisão crítica e na concepção da redação final.

Referências

1. United Nations. *Report of the Second World Assembly on Ageing* Madrid: UN; 2002. p. 8-12.
2. Pessini L. Envelhecimento e saúde: ecos da II Assembleia Mundial sobre o envelhecimento. *Mundo saúde* 2002; 26:457-463.
3. Pereira AC, Silva FRB, Meneghim MC. Prevalência de cárie e necessidade de prótese em uma população geriátrica institucionalizada da cidade de Piracicaba. *ROBRAC* 1999; 8:17-21.
4. Oliveira JA, Ribeiro EDP, Bonachela WC, Cappelloza ALA. Perfil do paciente odontogeriatrico da faculdade de odontologia de Bauru-USP. *Rev Bras Protese Clin Lab* 2002; 4:71-79.
5. Pivetta M. Retratos do envelhecer. *Revista Pesquisa FAPESP* 2003; 87:32-39.
6. Corrêa da Silva SR, Fernandes RAC. Auto percepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev. Saude Publica* 2001; 35:349-355.
7. Silva PB. *Saúde bucal e qualidade de vida de um grupo de idosos de Araçatuba-SP: Utilização do Oral Health Impact Profile (OHIP-14), e caracterização do perfil sócio-econômico dos entrevistados* [dissertação]. Araçatuba (SP): UNESP; 2000.
8. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health* 1994; 11: 3-11.
9. Atchison KA, Dolan TA. Development of the geriatric oral health assessment index. *J Dent Educ* 1990; 54:680-687.
10. Locker D, Allen PF. Developing short form measures of oral health – related quality of life. *J Public Health Dentist*. 2002; 62:13-20.
11. World Health Organization. *Oral Health Surveys Basic Method*. 4th ed. Geneva: WHO; 1987. p. 26-29.
12. Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal dos idosos no Brasil. *Cad Saude Publica* 2002; 18:1313-1320.
13. Pereira MG. *Epidemiologia teórica e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1996.
14. Saliba CA, Saliba NA, Marcelino G, Moimaz SAS. Auto avaliação de saúde na terceira idade : sobre saúde bucal através de um inquérito. *Rev Gaucha Odontol* 1999; 47:127-130.
15. Frare SM, Limas PA, Albarello EJ, Pedot G, Régio RAS. Terceira idade: Quais os problemas bucais existentes? *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1997; 51:573-576.
16. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saude Publica* 2005; 21(6):1665-1675.
17. Locker D. The burden of oral disorders in a population of older adults. *Community Dent Health* 1992; 9:109-124.
18. Cormack EF, Gevaerd S, Schmidt C, Reichow R. Saúde bucal e qualidade de vida do idoso. [site da Internet] [acessado 2008 out 11]. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=284&idesp=19&ler=s>
19. Leão A, Sheiham A. The development of socio-dental measure of dental impact of daily living. *Community Dental Health* 1996; 13:22-26.
20. Somchinda A, Chamoschine FF. *Saúde e qualidade de vida na terceira idade: uma introspecção dos idosos institucionalizados* [monografia]. Brasília (DF): ABO; 2003.

Artigo apresentado em 19/05/2008

Aprovado em 25/08/2008

Versão final apresentada em 11/10/2008