

# Uma revisão sobre o indicador subjetivo de saúde bucal "Oral Health Impact Profile" OHIP

Maria Helena M. B. MIOTTO<sup>1</sup>  
Ludmilla A. BARCELLOS<sup>2</sup>

**Palavras-chave:** OHIP, qualidade de vida, saúde bucal, adultos idosos.

## RESUMO

O desenvolvimento de indicadores subjetivos de saúde bucal vem permitindo capturar percepções e sentimentos dos indivíduos sobre sua própria saúde bucal e suas expectativas em relação a tratamento e serviços odontológicos. Buscando maior conhecimento sobre o indicador subjetivo de saúde bucal relacionado com a qualidade de vida "Oral Health Impact Profile" (OHIP), foi realizada uma busca eletrônica e classificados os artigos relevantes de acordo com as variáveis independentes selecionadas. A diferença entre os gêneros só foi significativa quando associada à condição dentária. Visitas de rotina ao dentista reduzem o impacto. O OHIP se apresenta como instrumento sensível para capturar mudanças no impacto das condições bucais, porém sua utilização deve ser complementar aos indicadores objetivos tradicionalmente utilizados.

## INTRODUÇÃO

A epidemiologia bucal tem utilizado indicadores clínicos para decidir o tipo de tratamento, avaliando o estado clínico, a história médica, levando em consideração as atitudes e comportamentos passados dos indivíduos, a fim de avaliar a tendência da pessoa em responder ao tratamento prescrito. Os sistemas norma-

tivos de determinação de necessidades costumam ignorar os aspectos sociocomportamentais, que só podem ser avaliados por meio de medidas de tendência. Esses sistemas dão pouco valor a medidas de qualidade de vida, como ao fato de que a condição de saúde bucal afeta a vida diária das pessoas (Sheiham, 2000).

Data de recebimento: 04-04-01  
Data de aceite: 24-05-01

<sup>1</sup>Mestranda em Odontologia Social e Preventiva pela UNICASTELO e professora adjunta da Disciplina de Clínica Integrada Infantil - UFES.  
<sup>2</sup>Mestranda em Odontologia Social e Preventiva pela UNICASTELO.



Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como o "...o completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença". Esse é um conceito biológico que se aplica ao corpo; que pertence ao paradigma médico com seu foco em agentes etiológicos, parâmetros fisiológicos e em resultados clínicos, ignorando que são conceitos imprecisos e abstratos e que se referem a eventos multidimensionais e predominantemente subjetivos que estão em constante evolução. O que hoje é considerado saúde e qualidade de vida poderá ter um outro significado amanhã (Locker, 1997).

Com a mudança do paradigma médico para um mais amplo de comportamento social que nos compromete a desenvolver maneiras de medir percepções, sentimentos e comportamentos, a saúde pode ser definida como "...uma experiência subjetiva do indivíduo sobre o seu bem-estar físico, social e psicológico" (Locker, 1997). Assim sendo, existe uma valorização das experiências subjetivas do indivíduo e das interpretações de saúde e doença. É, portanto, um conceito sociológico psicológico e que pode ser aplicado a pessoas e a populações. Como resultado, tem-se passado de uma preocupação com a doença, para uma preocupação com a saúde; não preocupação em curar e sim prevenir e promover saúde; não ênfase aos serviços de saúde e sim ao ambiente social e físico como maiores determinantes da saúde. Assim, o paciente é visto não como um corpo e sim como uma pessoa, dando-se uma crescente importância às experiências subjetivas do indivíduo e às suas

interpretações de saúde e doença (Locker, 1997).

O modelo social e situacional, que fornece a base para a teoria e a prática da promoção da saúde, envolve mudança no pensamento geral sobre o que constitui saúde e as estratégias necessárias para produzi-la (Buss, 1998).

O moderno movimento de Promoção de Saúde foi iniciado com a divulgação do informe de Lalonde, então ministro da Saúde do Canadá. O documento reúne os chamados "determinantes da saúde", onde estão contemplados quatro componentes: Biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde. Tais fatores, segundo o informe, corresponderiam aos que influenciam a saúde das populações (Lalonde, 1974, apud Buss, 1998).

Segundo Moysés (2000), a saúde é assumida como uma propriedade do ambiente social e da relação do indivíduo com esse ambiente. A saúde bucal também é influenciada claramente pelas condições de qualidade de vida. Dentro dessa perspectiva, relatou que determinantes sociais em saúde apresentam grande potencial explicativo em relação à "biologia das desigualdades" e que cáries dentais não constituem exceção.

De acordo com essa nova perspectiva, foi recentemente desenvolvida uma definição de qualidade de vida pelo "Centre for Health Promotion from the University of Toronto": "Qualidade de vida se preocupa com o grau em que a pessoa aproveita as importantes possibilidades da vida". Essa definição pode ser simplificada para "Quão boa é a sua vida?".

A carta de Ottawa (WHO, 1986)

apresentada na primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, define promoção de saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo.

Em nível internacional, o movimento de promoção de saúde tem gerado propostas teóricas e práticas entre as quais se destaca a carta de Ottawa. A incorporação dessas propostas é indispensável para se recriar a estratégia de promoção de saúde na América Latina:

1. impulsionar a cultura da saúde modificando valores, atitudes e relações que permitam atingir tanto a produção como o usufruto de bens e oportunidades para facilitar opções saudáveis;
2. transformar o setor saúde, garantindo o acesso universal aos serviços de atenção;
3. convocar e mobilizar um profundo compromisso social para assumir a vontade política de fazer saúde.

No planejamento de serviços de saúde bucal, utiliza-se mais a noção de necessidade normativa, porque ela se enquadra dentro do modelo biomédico, que se baseia na identificação de doenças, por meio dos indicadores objetivos, como o CPOD, sem levar em conta a percepção subjetiva do paciente. Nos últimos anos, o sistema de prestação de cuidados à saúde sofreu uma grande mudança de paradigma (Pinto, 2000).

Cohen (1997) destaca em sua pesquisa que foi necessário realizar um trabalho de âmbito nacional na Nova Zelândia, para descobrir que, quanto mais baixo for o padrão socioeconômico,



maior será a quantidade de edêntulos e que as razões estão relacionadas também com a cultura da população e não apenas com um indicador dentário. Essa nova ênfase levou ao desenvolvimento de indicadores subjetivos ou sociodontais (Slade, 1997) ou socioodontológicos (Pinto, 2000).

Estudos internacionais realizados em culturas diferentes com indicadores sociodontários revelaram a associação entre os resultados da multidimensionalidade da saúde e o estilo de vida. Tem aumentado o interesse no desenvolvimento, testagem e aplicações dos resultados das avaliações da saúde bucal, utilizando-se indicadores subjetivos, e isso está rapidamente se transformando na maior área de pesquisa da Odontologia (Cohen, 1997).

Segundo Leão & Sheiham (1997), indicadores sociodontais são indicadores subjetivos, criados para revelar a expectativa do indivíduo em relação à saúde, levando em consideração: estilo de vida, nível socioeconômico e cultural, objetivando "qualidade de vida".

Locker & Slade (1993) aplicaram o indicador subjetivo sociodontal Oral Health Impact Profile (OHIP), desenvolvido por Slade & Spencer (1994a) em população idosa, no Canadá. Analisaram o padrão das consultas odontológicas entre os participantes dentados. Concluíram que os participantes que visitavam o dentista apenas quando sentiam dor ou outro problema apresentavam uma tendência a experimentar problemas nas dimensões: desconforto psicológico, incapacidade física e psicológica e desvantagem, mais do que aqueles que visitavam o dentista regularmente.

Hunt et al. (1995) aplicaram o questionário OHIP em 587 pessoas dentadas e em 177 edêntulas, selecionadas de um estudo principal realizado em Piedmont, Carolina do Norte. Essas pessoas voltaram para um controle de três anos. Desses, 440 participantes acima de 65 anos retornaram o OHIP completo, relatando suas percepções do impacto das doenças bucais sobre a qualidade de suas vidas. Foram analisadas as variáveis: gênero, etnia, condição dentária e visitas ao dentista. Na avaliação do autor, entre os pacientes edêntulos, negros e brancos eram similares na idade, instrução e proporção de visitas esporádicas ao dentista como também no número de impactos relatados. Entre os dentados, negros e brancos eram similares na idade, porém, negros eram menos instruídos e os do gênero masculino mais propensos a fazer maior número de visitas esporádicas ao dentista. Possuíam também mais dentes perdidos e não repostos, mais doença periodontal, mais cáries não tratadas e fragmentos radiculares, relatando, em seus questionários, maior número de impactos, entre os quais: dificuldade para mastigação e para conviver socialmente, tensão e infelicidade. Os autores concluíram que negros e brancos edêntulos não diferem significativamente em impactos, no entanto negros dentados relataram mais problemas, tinham condição de saúde bucal pior e faziam menos visitas ao dentista.

Slade & Spencer (1994b) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a frequência de impacto relacionada com as condições bucais em uma amostra de idosos não institucionalizada no

Sul da Austrália. Eram pessoas cadastradas em registros eleitorais acima de sessenta anos. Foram utilizados dados do levantamento de saúde bucal de 1991 a 1992. Os dados coletados nesse estudo eram procedentes de entrevistas padronizadas que abordaram condição de saúde bucal, utilização de serviços e características sociodemográficas e da aplicação do questionário OHIP. Participaram da entrevista 1.650 pessoas e apenas 1.243 retornaram o OHIP completo pelo correio. Os resultados mostraram que dentados eram na maioria homens, mais jovens e realizaram mais visitas ao consultório dentário no período de um ano. Os impactos mais relatados por edêntulos estavam relacionados com disfunção, desconforto e inabilidade. Diferenças entre os gêneros não foram significantes entre os dentados, enquanto nos edêntulos os impactos relatados pelos homens foram maiores do que nas mulheres. Em relação às visitas ao dentista, os dentados que faziam visitas regulares relataram menor número de impactos em contraste com aqueles que somente visitavam o dentista por problemas dentários.

Slade et al. (1996) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar variações no impacto social das condições bucais de 1.642 idosos selecionados aleatoriamente, residentes em Mt Gambier na Austrália e na Carolina do Norte. Foi realizado exame bucal, pelo qual se observou o número de dentes perdidos, fragmentos radiculares retidos, número de coroas destruídas ou restauradas, profundidade de bolsas e prótese total. Duas variáveis sociodemográficas descreveram idade e gênero, e duas medidas



de utilização de serviços relacionadas com o motivo da visita foram utilizadas. Na Carolina do Norte, foi analisada mais uma variável sociodemográfica, a raça. Foi solicitado aos participantes que respondessem ao questionário OHIP. Na Carolina do Norte, os negros apresentaram maior nível de destruição dentária associado a baixos níveis de restaurações e o mais alto nível de impacto de todos os grupos. Não houve diferenças significantes entre dentados e edêntulos nessa localidade. Os brancos da Carolina do Norte e de Mt Gambier, no Sul da Austrália, foram os que relataram menor impacto quando comparados aos outros grupos. O nível mais baixo de impacto social foi observado nas pessoas que visitavam regularmente o dentista: tinham oito ou menos dentes perdidos e não tinham fragmentos radiculares, enquanto níveis mais altos de impacto foram observados entre as pessoas que visitavam o dentista apenas quando tinham problemas e apresentavam fragmentos radiculares.

Slade & Spencer (1996) realizaram um estudo numa população de noventa idosos não institucionalizados no Sul da Austrália, para descrever padrões de mudança no impacto auto-relatado das condições bucais, avaliando se as mudanças variavam de acordo com os aspectos demográficos e condições de saúde bucal. O questionário OHIP foi remetido mensalmente num período de doze meses, o que permitiu a contagem do número de flutuações e tendências de cada indivíduo. Dentre o percentual de pessoas com tendências ou flutuações, observou-se que não houve diferenças significantes entre grupos definidos por idade

e sexo; usuário de próteses totais eram mais propensos a flutuações, enquanto, entre os dentados, aqueles com ausência de mais de dezesseis dentes eram mais propensos a tendências e flutuações. O nível inicial de impacto é um significativo predictor de mudanças. Os indivíduos que relataram níveis mais altos de impacto no primeiro mês mostraram maior probabilidade de vivenciar tendências e flutuações nos meses seguintes e é provável que taxas de flutuações e mudanças fossem ainda maiores se os não participantes pudessem ter sido incluídos no estudo.

Slade (1997) desenvolveu a construção de um questionário reduzido do OHIP, utilizando uma amostra aleatória estratificada de adultos idosos, residentes em Adelaide e Mt Gambier, no Sul da Austrália. O questionário OHIP, com 49 itens, foi respondido por 1.217 indivíduos e um exame clínico foi realizado em 716 entrevistados dentados. Foram eliminadas questões que causavam maiores problemas de interpretação e três procedimentos estatísticos foram utilizados com a intenção de construir um subgrupo de dez a quinze questões, para abranger a maior quantidade de informações do OHIP original. O autor concluiu que quatorze questões foram efetivas em determinar as mesmas associações com fatores clínicos e sociodemográficos que foram observados utilizando as quarenta e nove questões.

Reisine (1984) analisou o impacto que as condições odontológicas podem ter na perda de dias de trabalho em trabalhadores adultos de Connecticut, Estados Unidos. Observou que os participantes do estudo que declararam não fazer visitas regu-

lares ao dentista perderam duas vezes mais horas de trabalho do que aqueles que visitavam o dentista regularmente. Concluiu-se, assim, que, em consultas preventivas, gasta-se menos horas do que em consultas curativas. Portanto, a oferta de consultas preventivas pode ser mais vantajosa em termos de custo/benefício.

Em revisão sistemática sobre indicadores subjetivos, Biazevic (2001) pôde concluir que os indicadores subjetivos em saúde bucal produzem maior evidência na detecção de problemas que os indicadores objetivos. A autopercepção da condição de saúde bucal permite que se tenha um panorama mais próximo da real condição de saúde bucal do indivíduo, apesar de esse procedimento não substituir o exame clínico do paciente.

O objetivo do presente estudo é buscar conhecimento mais profundo sobre o indicador subjetivo de saúde bucal relacionada com a qualidade de vida "Oral Health Impact Profile" (OHIP), com o intuito de promover maior entendimento dos aspectos que se relacionam com a visão global do paciente e da comunidade e aplicá-los nos planejamentos de serviços.

## MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa teve início com um levantamento bibliográfico nas bases de dados Medline, Lilacs e BBO, tendo como referência inicial a data e o tema.

Nesse estudo, foi realizada somente a recuperação eletrônica de publicações e o período da pesquisa nas bases de dados foi limitado, inicialmente, ao ano de 2000 e, posteriormente, estendido de 1994 a 1999, e de 1986 a



1993, portanto a busca limitou-se aos últimos quinze anos, devido ser o tema recente e ainda restrito ao grupo de pesquisadores que o utilizou.

Não foi identificado nenhum artigo nas bases de dados Lilacs e BBO, em virtude da especialização dessas na língua espanhola e portuguesa. Mesmo assim, foi feita a pesquisa, com o objetivo de controlar um possível viés de idioma. Todos os artigos recuperados foram da língua inglesa e obtidos na base de dados Medline.

Segundo Clarke & Oxman (1999), ainda que a Medline seja um instrumento poderoso para localizar estudos, recuperando entre 30 a 80% de todo o conhecimento publicado, dependendo do assunto e idioma, a recuperação pode não ser satisfatória. Por essa razão os autores recomendam intensificar a busca de artigos não publicados e da literatura cinza, para controlar um possível viés de publicação. Nesta pesquisa não foi recuperado nenhum artigo não publicado ou da literatura cinza.

Foi utilizado, na pesquisa nas bases de dados, o unitermo OHIP, no idioma inglês, tanto no formulário básico quanto no livre, e encontramos vinte artigos, sendo dez relevantes, um questionável e nove irrelevantes, em pesquisas feitas de 1994 a 1999. De 1986 a 1993, encontramos cinco artigos, sendo um relevante e quatro irrelevantes. Utilizamos outros unitermos, como qualidade de vida, saúde bucal, fatores socioeconômicos e adultos idosos, confirmando a sua presença nos artigos.

Os artigos relevantes foram selecionados por citação longa ou resumos. Foi realizada uma ava-

liação e classificação de todos os artigos escolhidos, de acordo com os objetivos do estudo. Foram selecionadas as variáveis independentes sociodemográficas (gênero e visitas ao dentista), variáveis biológicas (dentados e edêntulos), um indicador objetivo (CPOD) e um indicador subjetivo (OHIP) como variável dependente. Foram incluídos seis artigos. Todos os outros foram excluídos por não atingirem os critérios propostos na pesquisa.

## RESULTADOS

No estudo realizado por Locker & Slade (1993), com adultos idosos no Canadá, com o objetivo de testar a confiabilidade e validade de um novo instrumento, o OHIP, os autores obtiveram valores do alfa de Crombach entre 0,80 e 0,90, demonstrando alta confiabilidade, e a validação foi examinada pelas associações entre os resultados do OHIP e outros indicadores subjetivos de saúde bucal. Os resultados apresentados confirmam que o OHIP tem boa performance na população canadense de adultos idosos. Pacientes edêntulos e aqueles dentados que não obtiveram tratamento odontológico regular foram os que relataram maior número de impactos. Muitos dos impactos estavam relacionados com a perda dentária e uso de prótese total, revelando que distúrbios bucais comprometem a qualidade de vida dessa população.

Os resultados do estudo de Slade & Spencer (1994b) foram expressos em médias e proporções e os dados estratificados por idade, gênero, local de residência e visitas ao dentista. As pessoas edêntulas relataram impacto social mais significativo,

relacionados com disfunção, desconforto e inabilidade, mostrando menor eficiência das próteses totais em relação a dentes naturais. Diferenças entre gêneros não foram significantes nos indivíduos dentados, enquanto nos edêntulos o impacto relatado por homens foi maior; os dentados que utilizavam visitas regulares relataram menor número de impactos.

Hunt et al. (1995) investigaram variações nos impactos de distúrbios bucais entre adultos idosos negros e brancos da Carolina do Norte. Os resultados mostraram que não existem diferenças significativas entre edêntulos negros e brancos em relação ao impacto das condições bucais, porém, entre os dentados, negros reportaram maiores níveis de impacto, uma vez que possuem saúde dental mais pobre e apresentam menor frequência de visitas ao dentista.

Slade et al. (1996) realizaram um estudo para avaliar variações no impacto social das doenças bucais em seis estratos sociais de pessoas com sessenta e cinco anos ou mais em três países (Canadá, EUA e Austrália). Canadenses edêntulos relataram alto nível de impacto, em relação aos dentados do mesmo local, enquanto na Carolina do Norte essas diferenças não foram significantes.

No estudo de Slade & Spencer (1996) sobre tendências e flutuações no impacto das condições bucais, o percentual de pessoas com tendências ou flutuações não mostrou diferenças significantes entre grupos definidos por idade e gênero. Os usuários de próteses totais eram mais propensos a flutuações, enquanto, entre os dentados,



aqueles com ausência de mais de dezesseis dentes eram mais propensos a tendências e flutuações. O nível inicial de impacto é um significativo predictor de mudanças.

## DISCUSSÃO

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

A intenção do desenvolvimento do OHIP era prover uma medida que pudesse capturar as várias formas com que distúrbios bucais comprometem o bem-estar da população idosa.

A nossa pesquisa, após seleção de artigos relevantes e excluídos artigos que utilizavam a mesma amostra e os que relatavam aspectos associados à construção do OHIP, obteve apenas seis artigos que avaliavam o uso do instrumento sobre amostras diferentes.

Dos cinco artigos selecionados que discutiram a variável gênero, observou-se que, quando estudada isoladamente, essa variável não apresentou poder discriminante sobre a frequência dos impactos. Quando associada a outras variáveis, como condição bucal, o trabalho de Slade

& Spencer (1994) mostrou que homens edêntulos relataram maior impacto do que as mulheres, enquanto, para dentados, as diferenças entre os gêneros não foram significantes. Resultados homogêneos foram encontrados por Locker & Slade (1993).

Todos os seis trabalhos selecionados na pesquisa analisaram as variáveis biológicas, dentados e edêntulos, e assim observaram que edêntulos relataram maior impacto dos problemas de saúde bucal nas questões relacionadas com a disfunção, desconforto e incapacidade com referência à mastigação e alimentação. Dentados relataram maior impacto em questões relacionadas com a dor.

Na análise da variável visita ao dentista, o menor número de impactos foi observado nos indivíduos dentados que visitavam regularmente o dentista, mostrando que visitas de rotina diminuem o impacto. Os indivíduos que só procuravam o dentista para consultas esporádicas relataram o maior número de impactos.

## CONCLUSÃO

Pela análise dos estudos selecionados, podemos concluir que as variáveis sociodemográficas apresentaram evidência de não efeito, quando avaliadas isoladamente, porém, quando associadas a variáveis biológicas (dentados e edêntulos), as variáveis sociodemográficas apresentaram evidência de efeito.

Os resultados desses estudos mostraram a importância de documentar e compreender o impacto social da saúde bucal na qualidade de vida, antes negligenciado no modelo biomédico.

O OHIP se apresenta como instrumento sensível para captar mu-

danças no impacto das condições bucais. É considerado um poderoso instrumento para advogar recursos destinados à saúde bucal dos idosos e priorizar a locação desses recursos em relação a problemas com maior impacto na qualidade de vida das pessoas.

Entretanto, existe pouca evidência científica disponível para recomendar a utilização isolada do instrumento OHIP, tanto para planejar, quanto para avaliar serviços de saúde bucal. A sua utilização deve ser de caráter complementar aos indicadores objetivos tradicionalmente utilizados.

## ABSTRACT

A REVIEW OF THE SUBJECTIVE INDICATOR OF ORAL HEALTH "ORAL HEALTH IMPACT PROFILE" OHIP

The development of oral health subjective indicators has allowed to capture perceptions and feelings from subjects' oral health and their expectatives about treatment and services. The main purpose of this study is to make a revision about the subjective indicator "Oral Health Impact Profile" OHIP. The search of the relevant studies were according to the independent variables selected. Gender differences were only significant when associated with dental status. Routine dental visits decrease the impact. The OHIP seems to be a sensible instrument, able to capture impact changes in oral health and its utilization must be a complement of the objective indicators traditionally used.

**Keywords:** OHIP, quality of life, oral health, older adults



## REFERÊNCIAS

- 1 BIAZEVIC, M.G. **Indicadores subjetivos em saúde bucal: uma revisão sistemática 2001.** Dissertação (Mestrado em Deontologia e Odontologia Legal) Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- 2 BUSS, P. M. et al. **Promoção de saúde e a saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina.** Rio de Janeiro:[s.n.], 1998.
- 3 CLARKE, M.; OXMAN, A. D.(Ed). **Cochrane reviewer's handbook 4.0.** In: REVIEW manager (Revman). Version 4.0. Oxford: The Cochrane Collaboration, 1999. Disponível em: <[www.cochrane.de](http://www.cochrane.de)>. Acesso em July 1999.
- 4 COHEN L. K. The emerging field of oral health-related quality of life outcomes research In: SLADE, G. D. (Ed.). **Measuring oral health and quality of life.** Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.
- 5 HUNT, R. J.; SLADE, G. D.; STRAUSS, R. P. Differences between racial groups in the impact of oral disorders among older adults in North Carolina. **J. Public Health Dentistry**, v. 55, n. 4, p. 205-209, Fall 1995
- 6 LEÃO, A. T., SHEIHAN, A. The dental impact on daily living. In: SLADE, G. D. **Measuring oral quality of life.** Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.
- 7 LOCKER, D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: SLADE, G. (Ed.). **Measuring oral health and quality of life.** Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.
- 8 LOCKER, D.; SLADE, G. D. Oral health and the quality of life among older adults: the oral health impact profile. **J. Can. Dent. Assoc.**, v. 59, n. 10, p. 830-838, Oct. 1993.
- 9 MOYSÉS, S. J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. **Rev. Bras. Saúde Col.**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 7-17, jan./jun. 2000.
- 10 PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva.** 4. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2000.
- 11 REISINE, S. T. Dental disease and work loss. **J. Dent. Res.**, v. 63, n. 9, p. 1158-1161, Sept. 1984.
- 12 SHEIHAN, A. Determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva.** São Paulo: Ed. Santos, 2000. p. 223-250.
- 13 SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 25, p. 284-290, 1997.
- 14 SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Community Dent. Health**, v. 11, n. 1, p. 3-11, Mar. 1994a.
- 15 SLADE, G.D.; SPENCER, A. J. Social impact of oral conditions among older adults. **Aust. Dent. J.**, v. 39, n. 6, p. 358-364, 1994b.
- 16 SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Trends and fluctuations of oral conditions among older adults during a one year period. **Community Dent. Oral Epid.**, v. 24, n. 5, p. 317-321, Oct. 1996.
- 17 SLADE, G. D. SPENCER, A. J. et al. Variations in the social impact of oral conditions among older adults in south Australian, Ontario and North Carolina. **J. Dent. Res.**, v. 75, n. 7, p. 1439-1450, July 1996.
- 18 WHO. **The Ottawa charter for health promotion.** Geneva, 1986. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/promocao/ottawa.htm>> Acesso em: 20 fev. 2001.

Correspondência para / Reprint requests to:  
**Maria Helena M. de Barros Miotto**  
 Rua D. Pedro II, 115 Apto 901, Praia do Canto - Vitória - ES- 29 055-600  
 e-mail: vera.pal@zaz.com.br



Utilização exclusiva do  
 Branemark System

# Norberto F. Lubiana

Implantodontista CRO-ES 1138

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO NA PROFIS - USP - BAURU

Telefax

(27) 3325-8099

**Fases cirúrgicas e de prótese sobre implante**

R. Misael Pedreira da Silva, nº 48 - s/904 - Ed. Empire Center - Praia do Suá - Vitória - ES