

Indicadores de qualidade de vida relacionados com a saúde bucal: revisão sistemática

Maria Gabriela Haye BIAZEVIC¹
Maria Ercília ARAUJO²
Edgard MICHEL-CROSATO³

RESUMO

Os objetivos do presente trabalho foram: a) verificar se os indicadores subjetivos em saúde bucal são capazes de detectar aspectos da saúde bucal de indivíduos que os indicadores clínicos não detectam; b) verificar se existe associação entre a percepção do indivíduo a respeito de sua saúde bucal e os achados clínicos; e c) verificar se tais instrumentos fornecem padrões de utilização dos serviços por parte dos usuários. Realizou-se uma revisão sistemática. Os critérios de inclusão e exclusão dos trabalhos levantados na base de dados Medline foram claramente definidos. Dos 77 trabalhos selecionados, 48 tiveram a pontuação mínima necessária para serem considerados relevantes. Conclusões: a) os indicadores subjetivos em saúde bucal produzem maior evidência na detecção de problemas que os indicadores objetivos não detectam; b) 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 não substituir o exame clínico; e c) os indicadores subjetivos em saúde bucal fornecem padrões pobres de utilização dos serviços por parte dos usuários.

Palavras-chave: Medicina baseada em evidências, revisão sistemática, qualidade de vida.

¹Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC).

²Chefe do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP).

³Coordenador adjunto do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC).

INTRODUÇÃO

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como o “[...] *completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou enfermidade*” (OMS, 1960).

Com a mudança de paradigma decorrente da evolução da prática médica, foi-se percebendo que tal definição carecia de alguns aspectos importantes da vida de um indivíduo. Nesse contexto, Locker (1997b) explica que o termo saúde pode ser definido como a “[...] *experiência subjetiva de um indivíduo sobre o seu bem-estar funcional, social e psicológico*”. Ao longo dos últimos vinte anos, a abordagem tradicional exemplificada pelo modelo médico tem perdido espaço para o modelo de saúde sociossituacional. Aqui, a saúde é definida não em termos de ausência de doença, mas em função de ótimo funcionamento e bem-estar social e psicológico. Ao mesmo tempo, o paciente foi transformado de um corpo a uma pessoa, dando-se crescente importância às experiências subjetivas do indivíduo e às suas interpretações de saúde e doença. O modelo sociosituacional, que fornece a base para a teoria e a prática da promoção da saúde (BUSS, 1998), envolve mudança no pensamento geral sobre o que constitui saúde e as estratégias necessárias para produzi-la.

O movimento de promoção da saúde surgido no Canadá, em 1974, com a divulgação do Informe Lalonde (LALONDE, 1974, apud BUSS, 1998), pelo Ministério da Saúde do Canadá, resultou em um documento que reúne os “*determinantes da saúde*”, no qual 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. No mesmo documento, o componente “[...] *estilo de vida representa o conjunto de decisões que o indivíduo toma a respeito de sua saúde e sobre os quais exerce apenas certo grau de controle*” (LALONDE, 1974, apud BUSS, 1998).

A I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, ocorrida em Ottawa, em 1986, define promoção de saúde na Carta de Ottawa (Organización Panamericana de la Salud, 1998), como o “[...] *processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*” (grifo nosso).

Uma definição de qualidade de vida que adota essa posição, sendo consistente com a teoria e prática da promoção da saúde, foi desenvolvida pelo Centre for Health Promotion da University of Toronto (LOCKER, 1997b). Ela diz: “*Qualidade de vida está relacionada com o grau com que a pessoa aproveita as possibilidades importantes da vida*”. A definição pode ser simplificada para “*Quão boa a vida é para você?*”. Essa definição respeita a autonomia do indivíduo e admite que os pacientes podem fornecer informações sobre o que lhes é de próprio interesse.

A maior limitação nos indicadores epidemiológicos tradicionais está na sua falta de habilidade em refletir a “[...] *capacidade dos indivíduos na realização de suas tarefas e atividades*” (REISINE, 1988a). Uma dor de

dente, por exemplo, altera a qualidade de vida o suficiente para resultar na procura de um profissional, mais do que outros sintomas percebidos (gengivas doloridas ou sangrando, perda de dentes permanentes, sensibilidade ao frio ou ao calor, tártaro nos dentes ou coroas fraturadas). Outros estudos (LIDDELL; LOCKER, 1997; MURRAY et al., 1996; JAAFAR et al., 1989; REISINE, 1988b; LOCKER; GRUSHKA, 1987) mostram que a dor orofacial pode alterar a qualidade de vida mais do que outras condições sistêmicas, tais como, diabetes, pressão alta, ou úlcera. Indivíduos nessa condição vivenciam grandes mudanças no seu dia-a-dia, incluindo dias de trabalho perdidos, ficando em casa, evitando os amigos e a família, aborrecendo-se com sua condição bucal, consultando dentistas, tomando medicamentos e evitando certos alimentos (REISINE, 1988a).

Medidas auto-relatadas são mais informativas de como a doença afeta a vida diária de indivíduos e populações do que as medidas advindas da clínica (GILBERT et al., 1998).

Tais conceitos levam à construção de indicadores subjetivos em saúde bucal, ou indicadores socioodontológicos, em que o relato do paciente permitirá conhecer com maior amplitude a consequência advinda de uma doença a um indivíduo, já que se trata de uma experiência individual.

Locker (1998) explica que os indicadores socioodontológicos foram definidos como medidas da extensão que os problemas odontológicos e desordens bucais têm para romper o funcionamento normal da vida de um indivíduo. Os indicadores de qualidade de vida podem ser especialmente

relevantes para a Odontologia por estas causas: a) importância da aparência facial na auto-imagem e auto-estima; b) a natureza das condições odontológicas ao longo da vida com episódios agudos; c) os efeitos das condições odontológicas como não causando totalmente impactos sutis no bem-estar e funcionamento psicológico; e (d) a natureza frequentemente assintomática das condições odontológicas e a aversão a tratamentos odontológicos (REISINE, 1988a).

Reisine e Locker (1995) comentam:

[...] os indicadores subjetivos em saúde bucal [...] deveriam ser designados explicitamente como medidas específicas de condição de saúde para condições a respeito da cavidade bucal. A designação ajudará a resolver a anomalia conceitual encorpada na noção de saúde bucal: cavidades bucais não são saudáveis ou não saudáveis, somente as pessoas o são.

Reisine e Miller (1985) demonstraram diferenças significativas nos dias de trabalho perdidos por características sociais, fornecendo-nos mais evidência de que as condições odontológicas possuem um forte componente comportamental que não é refletido somente com os indicadores clínicos.

Diferentes estudos sobre o impacto da condição bucal na qualidade de vida devem ser examinados para avaliar como aplicar os achados em diversas populações.

As evidências clínico-epidemiológicas priorizam os desfechos de saúde-doença que apresentam um significado real ao paciente e à sociedade, como morte (vida), doença (cura, saúde), re-

cidiva, perda de órgão ou função, dor e custo social. As pesquisas que geram essas evidências requerem um grande número de pacientes. Além disso, a capacidade da pesquisa que produz essas evidências de gerar dados válidos e reprodutíveis depende em grande parte do seu delineamento da pesquisa (SCHMIDT; DUNCAN, 1999). A força de evidência é sempre maior quando gerada por meta-análise de vários estudos com resultados homogêneos (CLARKE; OXMAN, 1999).

O objetivo do presente trabalho foi: avaliar os indicadores subjetivos em saúde bucal existentes até o presente momento, por meio de critérios predefinidos presentes no conhecimento sobre revisão sistemática, que encontra seu referencial na medicina embasada em evidências. Objetivos específicos: a) verificar se os indicadores subjetivos em saúde bucal produzem evidência de maior validade para detectar problemas que os indicadores objetivos não detectam; b) verificar se a autopercepção da condição de saúde bucal de um indivíduo condiz com os achados por meio de medidas clínicas observadas pelo profissional de saúde; e c) verificar se esses indicadores permitem a obtenção de modelos a respeito do padrão da utilização dos serviços odontológicos por parte dos usuários.

MATERIAL E MÉTODO

Realizou-se uma análise dos estudos referentes aos indicadores subjetivos em saúde bucal, por meio da metodologia de revisão sistemática, com as principais estudos que usaram méto-

dos explícitos e reproduzíveis para esclarecer determinada questão em ciência, definindo claramente os objetivos e materiais e métodos da pesquisa (GREENHALGH, 1997c). Além disso, ao ser realizada, foram pesquisados não somente os artigos relevantes de forma minuciosa e objetiva, mas também se explicitaram os critérios usados para rejeitar o material "defeituoso", independentemente dos resultados relatados nesses trabalhos (GUYATT et al., 1995).

Segundo The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (1996) e Counsell (1997), uma revisão sistemática deve também considerar a "grey literature" ("literatura cinza"), que contempla o material à disposição sobre o assunto pesquisado e que não se encontra à disposição em bases de dados tradicionais, podendo ser formada por material não indexado, não publicado ou de teses e monografias. Procurou-se, no caso da presente pesquisa, material por consulta feita a autor e considerável quantidade de referências bibliográficas dos documentos originalmente levantados na base de dados Medline.

As variáveis dependentes que passaram pelo processo de revisão sistemática na literatura deste trabalho foram: a) condições detectadas pelos indicadores subjetivos em saúde bucal; b) relação entre a autopercepção da saúde bucal do paciente e sua condição clínica; e c) padrão de utilização dos serviços pelos indicadores subjetivos em saúde bucal.

Realizou-se um levantamento na base de dados Medline, no qual as palavras que podem ser vistas no Quadro 1 foram digita-

das para a busca do material relevante sobre os indicadores subjetivos em saúde bucal, entre os anos de 1966 e set./2000.

adults	facial pain	impact	self perception
behavioral science	functional impact	life style	self-rated health
daily living	functional status	older adults	social functioning
dental appearance	gender	oral dryness	social impact
dental care	generic health measures	oral function	social meaning
dental health behaviour	geriatric assessment	oral health status	sociodental
dental health status	geriatric dentistry	outcome(s)	socio-dental factors
dental pain	handicap	perceived dental	socio-dental indicators
dentistry	health status indicators	treatment	subjective impacts
denture status	health status	needs	teeth loss
dissatisfaction with	measure	psychosocial impacts	tooth loss
oral health	health status measurement	quality of life	zerostomia
	health surveys	satisfaction	
		self assessment	
		self perceived health	

Quadro 1- Palavras-chave digitadas para a busca dos artigos na base de dados Medline

Ao selecionar os trabalhos que se relacionavam diretamente com as variáveis dependentes em estudo, passou-se à análise do material.

Tendo-se levantado quantidade considerável de trabalhos, estes foram submetidos a critérios de verificação de sua qualidade metodológica, como foi sugerido por Loureiro (s.d.), com algumas adaptações. Os trabalhos que obtiveram um total de 10 pontos, do máximo possível de critérios de verificação da qualidade metodológica: 13, foram selecionados. Os demais, eliminados.

Critérios de verificação da qualidade metodológica

Definição clara do problema e dos objetivos do estudo em frente a uma revisão bibliográfica que inclua os estudos relevantes sobre o assunto: o trabalho deveria dar as razões que levaram à escolha do tema, explicando o problema que se torna evidente e os objetivos do estudo presente. Tudo isso justificado com uma

revisão bibliográfica consistente e atualizada, condizente com o tema proposto (problema).

Qualificação e quantificação prévia e objetiva (na literatura) quanto às variáveis relevantes ao estudo da população objeto da pesquisa: tendo-se definido o problema e os objetivos da pesquisa, verificou-se se o(s) autor(es) incluíram, na revisão de literatura, trabalhos relevantes que abordam todas as variáveis que se relacionam com o estudo proposto, associando-as, portanto, à população-alvo.

Definição clara dos critérios de inclusão e exclusão para constituição da amostra, de modo que o estudo possa ser reproduzível: tal definição de critérios permitiu observar se a seleção dos indivíduos para participação na pesquisa deu-se em função das variáveis relevantes ao estudo da população objeto da pesquisa.

Utilização de amostra representativa para o estudo ou população sobre a qual será feita generalização: permitiu atestar a va-

lidade da pesquisa em frente à possibilidade hipotética de aplicação do instrumento proposto a toda a população de uma área/região, possibilitando obter resultados semelhantes aos observados pela amostra utilizada na pesquisa.

Detalhamento preciso dos critérios de observação nos participantes: possibilitou que a pesquisa seja reproduzível, isto é, caso outros pesquisadores se interessem por realizar pesquisa semelhante, podem utilizar os mesmos critérios empregados na pesquisa em análise, permitindo a comparabilidade dos resultados.

Unidades de medida e critérios de verificação claramente definidos: de modo semelhante ao critério anterior, a pesquisa em análise deve explicitar de maneira clara as unidades de medida de cada condição a ser mensurada.

Resultados expressos em medidas objetivas em série numérica: quantificação dos achados, tanto em frequência absoluta (n), quanto relativa (%).

Validade e cálculo com estatística analítica da reprodutibilidade dos resultados (concordância): artigo que relate que, na construção do instrumento ou na realização dos testes preliminares, o(s) autor(es) tomaram o cuidado da realização de testes para assegurar-se de que a aplicação do instrumento, por repetidas vezes numa mesma população (ou mesmo grupo), oferece os mesmos resultados.

Médias e desvio-padrão para dados coletados: tabelas com os resultados expressos em médias, juntamente com o desvio-padrão.

Definição do período de coleta dos dados: m que mês/meses e ano os dados foram coletados.

Avaliação dos resultados com estatística analítica adequada ao estudo: no caso dos trabalhos referentes à temática dos indicadores subjetivos em saúde bucal, em que a obtenção dos dados primários se deu por meio de questionários ou entrevistas, e o participante respondeu, em geral, a questões referentes à percepção de sua condição bucal, (incluindo ou não um exame clínico), foram pontuados os trabalhos em que o(s) autor(es) tenha(m) avaliado os resultados pela análise de variância, coeficientes de correlação e significância estatística (teste-t, teste-F, teste-Z) (OPPENHEIM, 1993). Alguns autores, dependendo da estrutura do instrumento, podem ter usado o teste não paramétrico qui-quadrado (OPPENHEIM, 1993).

Significância dos achados encontrados em relação à homogeneidade ou heterogeneidade encontrada em analogia aos estudos relevantes sobre o assunto: verificou se o autor encontrou semelhanças ou diferenças entre seus resultados e os de outros autores que realizaram estudos semelhantes, tentando procurar justificativas para seus achados.

Protocolo ético: menção, no trabalho, se houve protocolo de pesquisa submetido a comitê de ética em pesquisa da instituição onde se realizou o experimento, ou se foi obtido o consentimento dos participantes do experimento.

RESULTADOS

Foram recuperados 140 artigos, sendo 63 eliminados na análise do resumo, porque não se relacionavam diretamente com o tema em estudo.

Portanto, 77 trabalhos foram selecionados e analisados segundo os critérios especificados anteriormente. Dentre tais trabalhos, 29 foram eliminados por terem pontuação inferior a 10 pontos. Res-

taram 48 trabalhos, sendo considerados relevantes em relação às variáveis da presente pesquisa.

CONDIÇÕES DETECTADAS

Os trabalhos selecionados, segundo a variável "condições detectadas", podem ser observados no quadro 2.

PERCEPÇÕES	Giddon et al., 1976 Petersen, 1983a, 1983b Drake et al., 1990 Kressin et al., 1997 Kressin, 1997 Locker, 1997a Gift et al., 1998 Slade, 1998 Gilbert et al., 1998 Silva, 1999
LIMITAÇÕES	Smith e Sheiham, 1979
IMPACTOS	Locker e Grushka, 1987
SINTOMATOLOGIA	Gooch et al., 1989 Slade et al., 1990 Atchison e Dolan, 1990 Atchison, 1997 Locker, 1992 Locker e Slade, 1993 Locker, 1993 Slade e Spencer, 1994 Locker e Miller, 1994 b Hunt et al., 1995 Slade e Spencer, 1996 Murray et al., 1996 Liddell e Locker, 1997 Kressin et al., 1997 Kressin, 1997 Allen e Locker, 1997 Gilbert et al., 1997 Adulyanon e Sheiham, 1997 Adulyanon e Sheiham, 2000
PRODUTIVIDADE	Reisine, 1984 Reisine e Miller, 1985 Gift et al., 1992

Quadro 2 - Trabalhos selecionados como relevantes, de acordo com critérios predefinidos a respeito da variável "condições detectadas" dentre os indicadores subjetivos em saúde bucal

As condições percebidas sobre a saúde bucal podem ser separadas em três áreas: relato das percepções do paciente; relatos das limitações ou

impacto da condição bucal, afetando diretamente a qualidade de vida dos sujeitos; e alterações na produtividade – perda de dias de trabalho e de escola – decorrentes dos sintomas e condições bucais.

A autopercepção da condição bucal tem sido mensurada por diversos autores (GIDDON et al., 1976; PETERSEN, 1983a, 1983b; DRAKE et al., 1990; KRESSIN et al., 1997; KRESSIN, 1997; LOCKER, 1997a; GIFT et al., 1998; SLADE, 1998; GILBERT et al., 1998; SILVA, 1999), por meio de diferentes instrumentos, como pode ser visto na Tabela 1.

Os achados sugerem que as mulheres tendem a apresentar uma percepção mais exata do que sentem, do que os homens (GIDDON et al., 1976), e as pessoas que marcam consultas regularmente tendem a considerar sua condição bucal como sendo boa (PETERSEN, 1983a, 1983b). Na ausência de sintomas, as pessoas tendem a ter dificuldades para reconhecer suas necessidades de tratamento (DRAKE et al., 1990; LOCKER, 1997a). Além disso, os instrumentos utilizados sugerem que pessoas que declararam possuir pior condição bucal mostram tal condição refletida na pontuação referente aos instrumentos específicos utilizados (KRESSIN et al., 1997; KRESSIN, 1997; GIFT et al., 1998; SLADE, 1998; GILBERT et al., 1998; SILVA, 1999).

Vinte estudos foram selecionados relatando as limitações sofridas na vida diária (qualidade de vida) decorrentes da condição bucal (SMITH; SHEIHAM, 1979; LOCKER; GRUSHKA, 1987; GOOCH et al., 1989; SLADE et al., 1990; ATCHISON; DOLAN, 1990; ATCHISON, 1997; LOCKER,

1992; LOCKER; SLADE, 1993; LOCKER, 1993; SLADE; SPENCER, 1994; LOCKER; MILLER, 1994B; HUNT et al., 1995; SLADE; SPENCER, 1996; MURRAY et al., 1996; LIDDELL; LOCKER, 1997; KRESSIN et al., 1997; KRESSIN, 1997; ALLEN; LOCKER, 1997; GILBERT et al., 1997; ADULYANON; SHEIHAM, 1997; ADULYANON; SHEIHAM, 2000).

Dentre os impactos relatados com maior frequência, destacam-se a dor, tanto facial como dentária (SMITH; SHEIHAM, 1979; LOCKER; GRUSHKA, 1987; GOOCH et al., 1989; SLADE et al., 1990; LOCKER, 1992; LOCKER; SLADE, 1993; LOCKER, 1993; SLADE; SPENCER, 1994; HUNT et al., 1995; SLADE; SPENCER, 1996; MURRAY et al., 1996; LIDDELL; LOCKER, 1997; KRESSIN, 1997; GILBERT et al., 1997), prejuízo das horas de sono (SMITH; SHEIHAM, 1979; LOCKER; GRUSHKA, 1987; ADULYANON; SHEIHAM, 1997; ADULYANON; SHEIHAM, 2000), problemas mastigatórios e demora para se alimentar (SMITH; SHEIHAM, 1979; SLADE et al., 1990; LOCKER, 1992; LOCKER; SLADE, 1993; LOCKER; MILLER, 1994B; MURRAY et al., 1996; KRESSIN, 1997; GILBERT et al., 1997), além de constrangimento ao alimentar-se em presença de outras pessoas (SMITH; SHEIHAM, 1979; LOCKER, 1992; ADULYANON; SHEIHAM, 1997; ADULYANON; SHEIHAM, 2000). Observou-se também restrição ao tipo de alimentos ingeridos (LOCKER; GRUSHKA, 1987; ATCHISON; DOLAN, 1990; LOCKER; SLADE, 1993) e impactos funcionais na fala, problemas de deglutição, bem como

relato de restrição de atividades físicas (ATCHISON; DOLAN, 1990; LOCKER, 1992; LOCKER; SLADE, 1993; SLADE; SPENCER, 1994; HUNT et al., 1995; SLADE; SPENCER, 1996; GILBERT et al., 1997; ADULYANON; SHEIHAM, 1997; ADULYANON; SHEIHAM, 2000). Prejuízo nas interações sociais também foi citado com grande frequência (SMITH; SHEIHAM, 1979; SLADE et al., 1990; SLADE; SPENCER, 1994; HUNT et al., 1995; SLADE; SPENCER, 1996; KRESSIN et al., 1997; KRESSIN, 1997; ADULYANON; SHEIHAM, 1997; ADULYANON; SHEIHAM, 2000), bem como preocupação com a saúde bucal (GOOCH et al., 1989; ADULYANON; SHEIHAM, 1997; ADULYANON; SHEIHAM, 2000) e com a aparência dos dentes (SLADE et al., 1990; LOCKER, 1992). Evitar conversas (GOOCH et al., 1989; LOCKER; SLADE, 1993; SLADE; SPENCER, 1994; GILBERT et al., 1997) e sorrir (SLADE et al., 1990; ADULYANON; SHEIHAM, 1997; ADULYANON; SHEIHAM, 2000), além de reclamações a respeito de hálito pouco agradável, e ainda “queimação” e úlceras dolorosas (LOCKER, 1993) também foram relatados. Tudo isso leva a uma grande preocupação diária do portador de tais sintomatologias, bem como a um prejuízo psicológico para ele (SLADE; SPENCER, 1994; HUNT et al., 1995; MURRAY et al., 1996; ADULYANON; SHEIHAM, 1997; ADULYANON; SHEIHAM, 2000). Assim, insatisfação com a saúde bucal em geral também foi bastante relatada (LOCKER, 1992; LOCKER; SLADE, 1993). Esses impactos geraram também necessidade de uso de medicamentos (LOCKER; GRUSHKA,

1987) e procura por consultas odontológicas (LOCKER; GRUSHKA, 1987; LOCKER; SLADE, 1993; KRESSIN, 1997).

Os achados relacionados com a produtividade mostram que ocorrem perda de dias de trabalho e de frequência à escola decorrentes de sintomas bucais ou consultas odontológicas (REISINE, 1984; REISINE; MILLER, 1985; GIFT et al., 1992).

AUTOPERCEÇÃO E CONDIÇÃO CLÍNICA

O Quadro 3 mostra os trabalhos selecionados segundo os critérios metodológicos descritos.

Giddon et al., 1976
Barenthin, 1977
Smith e Sheiham, 1979
Reisine e Bailit, 1980
Gooch et al., 1989
Drake et al., 1990
Burgersdijk et al., 1991
Palmqvist et al., 1991
Locker, 1992
Locker e Slade, 1993
Locker, 1993
Leake et al., 1994
Hunt et al., 1995
Leão e Sheiham, 1995, 1996, 1997
Slade e Spencer, 1996
Lang et al., 1997
Allen e Locker, 1997
Locker, 1997a
Gilbert et al., 1997
Gift et al., 1998
Slade, 1998
Gilbert et al., 1998
Adulyanon e Sheiham, 1997, 2000
Silva, 1999

Quadro 3 - Trabalhos selecionados como relevantes, de acordo com critérios predefinidos a respeito da variável "autopercepção e condição clínica" dentre os indicadores subjetivos em saúde bucal

Alguns autores encontraram associação entre a autopercepção da condição bucal e os achados clínicos obtidos pelo exame clínico (GIDDON et al., 1976; REISINE; BAILIT, 1980; GOOCH et al., 1989; LOCKER; SLADE, 1993; LEAKE et al., 1994; LEÃO; SHEIHAM, 1995; LEÃO; SHEIHAM, 1996; LEÃO; SHEIHAM, 1997; LANG et al., 1997; LOCKER, 1997A; GILBERT et al. 1997; ADULYANON; SHEIHAM, 1997; SLADE, 1998; GIFT et al., 1998; GILBERT et al., 1998; Silva, 1999; ADULYANON; SHEIHAM, 2000).

Em geral, tais associações deram-se particularmente em relação a dentes cariados (GIDDON et al., 1976; REISINE; BAILIT, 1980; GOOCH et al., 1989; LANG et al., 1997; ALLEN; LOCKER, 1997; GILBERT et al., 1997; GIFT et al., 1998; GILBERT et al., 1998), perda dentária (REISINE; BAILIT, 1980; LOCKER; SLADE, 1993; LEAKE et al., 1994; SLADE; SPENCER, 1996; LANG et al., 1997; LOCKER, 1997a; GILBERT et al., 1997; SLADE, 1998; GIFT et al., 1998; GILBERT et al., 1998) e, de maneira menos comum, em relação à condição periodontal (REISINE; BAILIT, 1980; GOOCH et al., 1989; LANG et al., 1997; GIFT et al., 1998; ADULYANON; SHEIHAM, 1997; GILBERT et al., 1998; SILVA, 1999; ADULYANON; SHEIHAM, 2000).

Hunt et al. (1995), após controlar estatisticamente as variáveis "profundidade da bolsa periodontal", "dentes perdidos sem terem sido repostos" e "número de consultas odontológicas", verificaram que negros e brancos edentados sofreram impactos semelhantes decorrentes de sua condição bucal, quando da aplicação do OHIP.

Os autores que encontraram associação fraca entre a autoper-

cepção e os achados clínicos observaram que dentes perdidos (GIDDON et al., 1976; DRAKE et al., 1990; PALMQVIST et al., 1991; LOCKER, 1992; LEÃO; SHEIHAM, 1995; LEÃO; SHEIHAM, 1996; LEÃO; SHEIHAM, 1997), além de cariados e obturados (REISINE; BAILIT, 1980; LEÃO; SHEIHAM, 1995; LEÃO; SHEIHAM, 1996; LEÃO; SHEIHAM, 1997) foram os responsáveis pelas associações fracas.

Outros trabalhos, porém, detectaram que não existe associação entre os indicadores clínicos e subjetivos em saúde bucal (BARENTHIN, 1977; SMITH; SHEIHAM, 1979; DRAKE et al., 1990; BURGERSDIJK et al., 1991; LOCKER, 1993; LANG et al., 1997). Diversos desses trabalhos (DRAKE et al., 1990; LANG et al., 1997) encontraram associação para alguns aspectos (tais como presença de dentes anteriores e condição bucal autopercebida, além de perda dentária) e não para outros.

UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Quadro 4 mostra os trabalhos selecionados em relação à variável "utilização dos serviços".

Giddon et al., 1976
Petersen, 1983a, 1983 b
Reisine, 1984
Schuurs et al., 1990
Burgersdijk et al., 1991
Locker e Slade, 1993
Hunt et al., 1995
Slade e Spencer, 1996
Kressin et al., 1997
Gilbert et al., 1997
Robinson, 1998
Gift et al., 1998
Slade, 1998

Quadro 4 - Trabalhos selecionados como relevantes, de acordo com

do com critérios predefinidos a respeito da variável “utilização dos serviços” dentre os indicadores subjetivos em saúde bucal

Os achados sugerem que a percepção da necessidade de tratamento não está associada à necessidade normativa de tratamento (ROBINSON, 1998). Além disso, a percepção de necessidade de tratamento por parte dos usuários dos serviços pode não resultar em demanda (SCHUURS et al., 1990; BURGERSDIJK et al., 1991; SLADE; SPENCER, 1996; SLADE, 1998).

Fatores sociais e econômicos influenciam a percepção de necessidade de tratamento por parte dos indivíduos, afetando o uso dos serviços (GIDDON et al., 1976; LOCKER; SLADE, 1993; HUNT et al., 1995; KRESSIN et al., 1997).

Os indivíduos que costumam realizar visitas periódicas a profissionais de saúde bucal consideram sua saúde bucal melhor do que os que não costumam realizá-las (PETERSEN, 1983a, 1983b); estes últimos tendem a perder mais tempo de trabalho em decorrência das consultas (REISINE, 1984).

Além disso, indivíduos que consideraram sua condição bucal “boa” tenderam a ter se consultado com profissionais da área odontológica mais recentemente (GIFT et al., 1998), ao passo que os que não procuraram atendimento recente relataram limitações funcionais decorrentes de sua condição bucal (GILBERT et al., 1997).

DISCUSSÃO

O presente trabalho contribui para iniciar uma discussão sobre a importância da sistematização

da procura por evidências sólidas na resolução de problemas (SACKETT et al., 1996) em saúde. Sabendo-se que existe uma gama enorme de material a ser consultado pelos que procuram referências bibliográficas sobre determinado tema, torna-se premente a exclusão de material com qualidade metodológica ruim, independentemente dos resultados encontrados.

A medicina embasada em evidências surge nesse contexto, permitindo que o pesquisador defina critérios de eleição para poder avaliar o material científico que tem em mãos. Existem diversos critérios para a seleção de qualidade de trabalhos científicos, que devem estar claramente definidos por aqueles pesquisadores que desejem realizar revisões sistemáticas (CLARKE; OXMAN, 1999).

Para formar pesquisadores que realizam pesquisas baseadas em evidência científica, torna-se também imprescindível que o aluno de graduação passe por um treinamento, no qual aprenderá a levantar referências bibliográficas utilizando-se da tecnologia atualmente disponível, além de ter a possibilidade de discernir o material relevante daquele que não traz contribuição científica por falha metodológica do trabalho. Sabe-se que cada delineamento de estudo possui uma força de evidência diferente. Seguindo o “Health evidence bulletins Wales” (2000), revisões sistemáticas contam com a melhor evidência científica, seguidas pelos experimentos controlados randomizados, outros estudos experimentais, estudos observacionais e, por último, opiniões de experts. Esse tipo de conhecimento deve ser de domínio dos atuais e dos

futuros pesquisadores.

Os alunos de graduação da área de saúde, mesmo não tendo intenção de tornarem-se pesquisadores, devem dominar as ferramentas propostas pela medicina embasada em evidências para a resolução de seus casos clínicos, de modo a oferecer ao paciente a mais sólida evidência de tratamento disponível.

Nos serviços, a lógica do uso de medicina embasada em evidências também se faz premente, já que os recursos destinados à saúde pública devem ser usados de maneira a não desperdiçá-los na execução de procedimentos que não estejam apoiados em sólida evidência científica.

Assim, a procura por revisões sistemáticas tende a crescer nos próximos anos, já que essas revisões agrupam a melhor evidência existente sobre a gama de assuntos em pesquisa no mundo atual.

Não se pode mais aceitar que material não original, que não venha a trazer uma sólida contribuição à ciência, seja utilizado pelos pesquisadores simplesmente porque está disponível. A utilização de nova tecnologia de pesquisa, em que a internet contribui de maneira significativa, vem facilitar a realização de trabalhos, no sentido de que torna economicamente viável o acesso à informação no mundo todo sobre qualquer tema que venha a ser pesquisado.

A percepção do paciente a respeito de sua saúde bucal constitui uma medida individual, já que, para o mesmo diagnóstico clínico feito por profissional de saúde, podem haver diversas percepções. Assim, acaba-se por “personalizar” a condição daquele indivíduo, na medida em que a ne-

cessidade por tratamento passa das mãos do profissional, que também baseia seu diagnóstico subjetivamente (SHEIHAM, 2000), para o paciente, que é o beneficiário direto do serviço. Tal situação apresenta também um componente ético, na medida em que não se aceita justificativa para discriminar pessoas com as mesmas necessidades (SHEIHAM, 2000) sob nenhum pretexto, além de que tais questões podem levar a diferentes tomadas de decisão, de acordo com a sociedade na qual se inserem (ACHESON, 1978).

Greenhalgh (1996) e McCulloch (1994) explicam que uma das grandes dificuldades da prática embasada em evidências corresponde em encontrar o ponto de encontro entre tal prática e a necessidade subjetiva do paciente que está sendo tratado.

Sobre a diminuição da produtividade decorrente de problemas odontológicos, tal impacto se faz sentir na perspectiva de sociedade, já que horas perdidas – tanto de escola quanto de trabalho – individualmente não mostram a dimensão global do impacto sofrido por essas perdas na sociedade. Além disso, conhecendo-se a dimensão do impacto, pode-se planejar ações que minimizem tais faltas, por exemplo, traçar localmente o perfil do indivíduo que costuma se ressentir por tais problemas, bem como oferecer serviços em horários que não prejudiquem o trabalho.

A falta de associação entre os achados clínicos e percepções podem ser explicadas pelo fato de que os “[...] indicadores clínicos que medem doença, e indicadores subjetivos que medem saúde, documentam diferentes dimensões da experiência humana” (LOCKER; SLADE, 1993;

LOCKER, 1995).

Dados encontrados por Robinson et al. (1998) sugerem que condições auto-relatadas em entrevistas não são úteis para avaliar a condição de saúde bucal e necessidades de tratamento de indivíduos, mas não se pode desprezar a opinião do usuário sobre sua condição, pois este irá receber o tratamento; Sheiham (2000) destaca que, na maioria das vezes, existem tratamentos alternativos que poderiam ser oferecidos ao paciente, o que não ocorre com frequência.

Existem discrepâncias entre as necessidades definidas clinicamente e as necessidades de tratamento determinadas subjetivamente (KAY, 1993). Assim, argumenta-se que a utilização de medidas subjetivas se justificam para conhecer a autopercepção, ao passo que, ao identificar todas as pessoas que possuem necessidades de tratamento clínicas em uma comunidade, os indicadores objetivos continuam a ser um excelente instrumento de avaliação.

Segundo Silva (1999),

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

Já que os achados sugerem que a necessidade percebida não reflete em demanda, existem diversos fatores que irão predispor o paciente a concordar com um tratamento e com as instruções dadas pelo profissional. Deve-se

considerar, nesse contexto, suscetibilidade e seriedade percebidas, crença na eficácia do tratamento, complexidade do tratamento, confiança no diagnóstico e no profissional (SHEIHAM et al., 1982). Além disso, a classe social não pode ser desconsiderada (BORG; KRISTENSEN, 2000), tendo influência decisiva na percepção do indivíduo sobre sua qualidade de vida.

Ao chamar a atenção para a necessidade de uma avaliação conjunta entre o médico e o paciente a respeito de sua condição, Sheiham (2000) destaca ainda o maior uso, no planejamento dos serviços, da necessidade normativa de tratamento, tendo fundamentação no modelo biomédico de prática em saúde, no qual se identifica a doença, sem se considerar a percepção do paciente sobre sua condição.

Avaliações mais realísticas de necessidades de tratamento deveriam incluir as dimensões funcional e social de doenças odontológicas, além de uma avaliação dos fatores sociais motivacionais que predisõem as pessoas em direção à saúde-doença, além da influência da efetividade do tratamento e da educação em saúde (SHEIHAM et al., 1982).

Como foi sugerido, a percepção de saúde não gera, necessariamente, demanda. Reisine (1988b) explica que, mesmo em casos de dor, tanto aguda quanto crônica, considerável proporção de pacientes permanece sem procurar por atendimento, deixando patente, portanto, que existem outros fatores, culturais ou de fornecimento de serviços, que auxiliam na determinação da demanda.

Assim, a necessidade de acesso cada vez mais amplo da

população aos serviços, bem como os mecanismos para suprir tal demanda não podem passar despercebidos pelos gestores de serviços, que deveriam incorporar as necessidades percebidas pelo usuário, aumentando a possibilidade da otimização dos recursos destinados à saúde.

Observa-se o reconhecimento de que a qualidade de vida refere-se a algo muito mais amplo que saúde. O fato de que as condições clínicas e os problemas relacionados com a saúde podem ter impacto na qualidade de vida não quer dizer, necessariamente, que isso irá acontecer. Frequentemente, presume-se que pouca saúde significa pouca qualidade de vida, no entanto muitas pessoas relatam possuir qualidade de vida, apesar de serem portadoras de desordens crônicas.

CONCLUSÕES

Portanto, pode-se concluir que

- os indicadores subjetivos em saúde bucal produzem maior evidência na detecção de problemas que os indicadores objetivos não detectam;
- a autopercepção da condição de saúde bucal não substitui o exame clínico do paciente, mas permite que se tenha um panorama mais próximo da real condição de saúde bucal do indivíduo;
- os indicadores subjetivos em saúde bucal fornecem padrões pobres de utilização dos serviços por parte dos usuários.

ABSTRACT

ORAL HEALTH QUALITY OF LIFE'S INDICATORS: SYSTEMATIC REVIEW

The objectives of this paper were: a) to verify if the subjective oral health indicators are able to detect aspects of the individual's oral health that the clinical indicators can't detect; b) to verify if there's some association between the individual's perception about oral health and the clinical findings; and c) to verify if such instruments provide patterns of services utilization by the users. It was carried out a systematic review. The inclusion and exclusion criteria of the papers obtained at Medline database were clearly defined. Of the 77 selected papers, just 48 had the minimal pontuation necessary to be considered with relevance. Conclusions: a) the subjective oral health indicators produce better evidence in problem's detection that the objective indicators can't detect; b) the self-perceived oral health allow us to have a nearer panoram of the real individual's oral health condition, despite doesn't substitute the clinical examination; and c) the subjective oral health indicators show poor patterns of services' utilization by the users.

Keywords: Evidence-based medicine, systematic review, quality of life.

REFERÊNCIAS

- 1 ACHESON, R. The definition and identification of need for health care. **J. Epidemiol. Comm. Health**, v. 32, n. 1, p. 10-15, Mar. 1978.
- 2 ADULYANON, S; SHEIHAM, A. (SUPREDA@kku1.kku.ac.th). "Developing a socio-dental indicator: the oral impacts on daily performances". E-mail to Maria Gabriela Haye Biazovic (gbiazovic@hotmail.com). 15 April

2000.

- 3 ADULYANON, S.; SHEIHAM, A. Oral impacts on daily performances. In: Slade, G. (ed.). **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.
- 4 ALLEN, P.F.; LOCKER, D. Do item weights matter? An assessment using the oral health impact profile. **Comm. Dent. Health**, v.14, n.3, p.133-138, Sep.1997.
- 5 ATCHISON, K.A. The general oral health assessment index. In: SADE, G.D. **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology 1997.
- 6 ATCHISON, K.A.; DOLAN, T.A. Development of the geriatric oral health assessment index. **J. Dent. Educ.**, v. 54, n. 11, p. 680-687, Nov.1990.
- 7 BARENTHIN, I. Dental health status and dental satisfaction. **Int. J. Epidemiol.**, v. 6, n. 1, p. 73-79, Mar. 1977.
- 8 BORG, V.; KRISTENSEN, T.S. Social class and self-rated health: can the ingredient be explained by differences in life style or work environment? **Soc. Sci. Med.**, v. 51, p. 1019-1030, 2000.
- 9 BURGERSDIJK, R.C.W.; TRUIN, G.J.; KALSBECK, H.; VAN'T HOF, M.A.; MULDER, J. Objective and subjective need for cosmetic dentistry in the Dutch adult population. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, v. 19, n. 2, p. 61-63, Apr.1991.
- 10 BUSS, P.M. (Coord.). **Promoção da saúde e a saúde pública: Contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina**. Rio de Janeiro, 1998. p. 1-15.
- 11 CLARKE, M.; OXMAN, A.D. (eds.). **Cochrane reviewer's**

- handbook 4.0.** In: Review manager (Revman) [Computer program]. Version 4.0. Oxford, England: The Cochrane Collaboration, 1999. www.cochrane.de. 15 July 1999.
- 12 DRAKE, C.W.; BECK, J.D.; STRAUSS, R.P. The accuracy of oral self-perceptions in a dentate older population. **Spec. Care Dent.**, v. 10, n. 1, p. 16-20, Jan/Feb. 1990.
- 13 GIDDON, D.B.; MOSER, M.; COLTON, T.; BULMAN, J. Quantitative relationships between perceived and objective need for health care. Dentistry as a model. **Pub. Health Rep.**, v. 91, n. 6, p. 508-513, Nov./Dec. 1976.
- 14 GIFT, H.; REISINE, S.T.; LARACH, D.C. The social impact of dental problems and visits. **Amer. J. Pub. Health**, v. 82, n. 12, p. 1663-1668, Dec. 1992.
- 15 GIFT, H.C.; ATCHISON, K.A.; DRURY, T.F. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. **J. Dent. Res.**, v. 77, n. 7, p. 1529-1538, Jul. 1998.
- 16 GILBERT, G.H.; DUNCAN, R.P.; HEFT, M.W.; DOLAN, T.A.; VOGEL, W.B. Oral disadvantage among dentate adults. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, v. 25, n. 4, p. 301-313, Aug. 1997.
- 17 GILBERT, G.H.; DUNCAN, R.P.; HEFT, M.W.; DOLAN, T.A.; VOGEL, W.B. Multidimensionality of oral health in dentate adults. **Med. Care**, v. 36, n. 7, p. 988-1001, Jul. 1998.
- 18 GOOCH, B.F.; DOLAN, T.A.; BOURQUE, L.B. Correlates of self-reported dental health status upon enrollment in the rand health insurance experiment. **J. Dent. Educ.**, v. 53, n. 11, p. 629-637, Nov. 1989.
- 19 GREENHALGH, T. Is my practice evidence-based? **B.M.J.**, v. 313, n. 7063, p. 957-958, Oct. 1996.
- 20 GREENHALGH, T., c. How to read a paper: papers that summarise other papers (systematic reviews and meta-analyses). **B.M.J.**, v. 315, n. 7109, p. 672-675, Sept. 1997.
- 21 GUYATT, G.H.; SACKETT, D.L.; SINCLAIR, J.C. e cols. Users' guides to the medical literature. IX. A method for grading health care recommendations. **JAMA**, v. 274, n. 22, p. 1800-1804, Dec. 1995.
- 22 HEALTH EVIDENCE BULLETINS WALES. **Health form**. Disponível em <http://hebw.uwcm.ac.uk/methodology/appendix4.htm>. Extraído em: 04 de maio de 2000.
- 23 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. Pub. Health Dent.**, v. 55, n. 4, p. 205-209, Fall 1995.
- 24 JAAFAR, N.; RAZAK, I.A.; ZAIN, R.B. The social impact of oral and facial pain in an industrial population, **Ann. Acad. Med.**, v. 18, n. 5, p. 553-555, Sept. 1989.
- 25 KAY, E. Patients' needs: more than meets the eye. **Br. Dent. J.**, v. 174, n. 6, p. 212-214, Mar. 1993.
- 26 KRESSIN, N.R. The oral health-related quality of life measure (OHQOL). In: Slade, G. (ed.). **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997. In: Slade, G. (ed.). **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.
- 27 KRESSIN, N.R.; ATCHISON, K.A.; MILLER, D.R. Comparing the impact of oral disease in two populations of older adults: application of the geriatric oral health assessment index. **J. Pub. Health Dent.**, v. 57, n. 4, p. 224-232, Fall 1997.
- 28 LANG, W.P.; BORGNACKE, W.S. TAYLOR, G.W.; WOOLFOLK, M.W.; RONIS, D.L.; NYQUIST, L.V. Evaluation and use of an index of oral health status. **J. Public Health Dent.**, v. 57, n. 4, p. 233-242, Fall 1997.
- 29 LEAKE, J.L.; HAWKINS, R.; LOCKER, D. Social and functional impact of reduced posterior dental units in older adults. **J. Oral Rehabil.**, v. 21, n. 1, p. 1-10, Jan. 1994.
- 30 LEAO, A.; SHEIHAM, A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. **J. Dent. Res.**, v. 74, n. 7, p. 1408-1413, July 1995.
- 31 LEAO, A.; SHEIHAM, A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. **Comm. Dent. Health**, v. 13, n. 1, p. 22-26, Mar. 1996.
- 32 LEAO, A.; SHEIHAM, A. The dental impact on daily living. In: Slade, G. (ed.). **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.
- 33 LIDDELL, A.; LOCKER, D. Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, v. 25, n. 4, p. 314-318, Aug. 1997.
- 34 LOCKER, D. The burden of oral disorders in a population of older adults. **Comm. Dent. Health**, v. 9, n. 2, p. 109-124, Jun. 1992.
- 35 LOCKER, D. Subjective reports of oral dryness in na older adult population. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, v. 21, n. 3, p. 165-168, Jun. 1993.
- 36 LOCKER, D. Health outcomes of oral disorders. **Int. J. Epidemiol.**, v. 24 suppl. 1, p. S85-S89, 1995.
- 37 LOCKER, D, a. Clinical correlates of changes in self-perceived oral health in older adults. **Comm.**

- Dent. Oral Epidemiol.**, v. 25, n. 3, p. 199-203, Jun. 1997.
38. LOCKER, D. b. 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.
39. LOCKER, D. Issues in measuring change in self-perceived oral health status. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, v. 26, n. 1, p. 41-47, Feb. 1998.
40. LOCKER, D.; GRUSHKA, M. The impact of dental and facial pain. **J. Dent. Res.**, v. 66, n. 9, p. 1414-1417, Sept. 1987.
41. LOCKER, D.; MILLER, Y., b. Evaluation of subjective oral health status indicators. **J. Pub. Health Dent.**, v. 54, n. 3, p.167-176, Summer 1994.
42. LOCKER, D.; SLADE, G. 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.
43. LOUREIRO, C.A.S. **Fichamento e categorização de estudos**. Critérios de qualidade para desenho experimental ou seleção de estudos do tipo ECR, ECNR, EDI e EDT. Belo Horizonte, s.d. 4p. mimeografado.
44. McCULLOCH, C.A.G. Can evidence-based dental health care assure quality? **J. Dent. Educ.**, v. 58, n. 8, p. 654-656, Aug. 1994.
45. MEDLINE. Coordenação da National Library of Medicine. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>>. Acesso em: set. 2000.
46. MEDLINE. Coordenação do Centro Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde. Disponível em <<http://www.bireme.br>>. Acesso em: set. 2000.
47. MURRAY, H.; LOCKER, D.; MOCK, D.; TENENBAUM, H.C. Pain and the quality of life in patients referred to a craniofacial pain unit. **J. Orofac. Pain**, v. 10, n. 4, p. 316-323, Winter 1996.
48. NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION. **Undertaking systematic reviews of research effectiveness: CRD guidelines for those carrying out or commissioning reviews**. CRD Report N°4 Jan. 1996.
49. NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION. **Finding studies for systematic reviews: a basic checklist for researchers**. University of York, Information Service. Apr. 2000.
50. OPPENHEIM, A.M. **Questionnaire design, interviewing and attitude measurement**. London:Pinter, 1993. 303p.
51. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whogol.html>>. Acesso em 01 de junho de 2000.
52. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Documentos básicos**. 10. ed. Genebra:OMS, 1960. p.3.
53. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La creación de ámbitos saludables: una estrategia de promoción de la salud: documentos de referencia**. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, 1998. 300 p.
54. PALQVIST, S.; SODERFELT, B.; ARNBJERG, D. Self-assessment of dental conditions: validity of a questionnaire. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, v. 19, n. 5, p. 249-251, Oct. 1991.
55. PETERSEN, P.E., a. Dental visits, dental health status and need for dental treatment in a danish industrial population. **Scand. J. Soc. Med.**, v. 11, p. 59-64, 1983.
56. PETERSEN, P.E., b. Dental visits and self-assessment of dental health status in the adult danish population. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, v. 11, p. 162-168, 1983.
57. REISINE, S.T. Dental disease and work loss. **J. Dent. Res.**, v. 63, n. 9, p. 1158-1161, Sept. 1984.
58. REISINE, S., a. The impact of dental conditions on social functioning and the quality of life. **Ann. Ver. Pub. Health**, v. 9, p. 1-19, 1988.
59. REISINE, S., b. The effects of pain and oral health on the quality of life. **Comm. Dent. Health**, v. 5, n. 1, p. 63-71, Mar. 1988.
60. REISINE, S.T.; BAILIT, H.L. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. **Soc. Sci. Med.**, v. 14A, n. 6, p. 597-605, Dec.1980.
61. REISINE, S.; LOCKER, D. Social, psychological and economic impacts of oral conditions and treatments. In: COHEN, K.; GIFT, H.C. **Disease prevention and oral health promotion**. Munksgaard, Copenhagen, 1995. 590p.
62. REISINE, S.; MILLER, J. A longitudinal study of work loss related to dental diseases. **Soc. Sci. Med.**, v. 21, n. 12, p. 1309-1314, 1985.
63. ROBINSON, P.G.; NADANOVSKY, P.; SHEIHAM, A. Can questionnaires replace clinical surveys to assess dental treatment needs of adults? **J. Pub. Health Dent.**, v. 58, n. 3, p. 250-253, Summer 1998.
64. SACKETT, D.L.; ROSENBERG, W.M.C.; GRAY, J.A.M.; HAYNES, R.B.; RICHARDSON, W.S. Evidence based medicine: what it

- is and what it isn't. **B.M.J.**, v. 312, n. 7023, p. 71-72, Jan. 1996.
- 65 SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B. Epidemiologia clínica e a medicina embasada em evidências. In: ROUQUAYROL, M.Z. e ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 183-206.
- 66 SCHUURS, A.H.B.; DUIVENVOORDEN, H.J.; THODEN VAN VELZEN, S.K.; VERHAGE, F.; MAKKES, P.C. Value of teeth. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, v. 18, n. 1, p. 22-26, Feb. 1990.
- 67 SHEIHAM, A. Determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Santos, 2000. p. 223-250.
- 68 SHEIHAM, A.; MAIZELS; J.E.; CUSHING A.M. The concept of need in dental care. **Int. Dent. J.**, v. 32, n. 3, p. 265-670, Sept. 1982.
- 69 SILVA, S.R.C. **Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade**. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- 70 SLADE, G.D. Assessing change in quality of life using the Oral Health Impact Profile. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, v. 26, n. 1, p. 52-61, Feb. 1998.
- 71 SLADE, G.D.; LOCKER, D.; LEAKE, J.L.; WU, A.S.M.; DUNKLEY, G. The oral health status and treatment needs of adults aged 65+ living independently in Ottawa-Carleton. **Can. J. Pub. Health**, v. 81, n.2, p. 114-119, Mar/April 1990.
- 72 SLADE, G.D.; SPENCER, A.J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Comm. Dent Health**, v. 11, n. 1, p. 3-11, Mar. 1994.
- 73 SLADE, G.D.; SPENCER, A.J. Trends and fluctuations of oral conditions among older adults during a one year period. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, v. 24, n. 5, p. 317-321, Oct. 1996.
- 74 SMITH, J.M.; SHEIHAM, A. How dental conditions handicap the elderly. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, v. 7, p. 305-310, 1979.
- 75 THE SWEDISH COUNCIL ON TECHNOLOGY ASSESSMENT IN HEALTH CARE. **Literature searching and evidence interpretation for assessing health care practices**. SBU Report N° 119E. Stockholm: SBU, 1996.

Correspondência para/Reprint request to:
Maria Gabriela Hays Biazevic
 UNOESC - Universidade do Oeste de Santa Catarina
 CCBS - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
 Rua Getúlio Vargas, 2125 - 89600-000
 Joaçaba - SC