

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL  
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

**JOANNA GADELHA SARMENTO DE ABRANTES**

**AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL E SEU IMPACTO NA QUALIDADE  
DE VIDA EM IDOSOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.**

**PATOS-PB  
2016**

**JOANNA GADELHA SARMENTO DE ABRANTES**

**AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL E SEU IMPACTO NA QUALIDADE  
DE VIDA EM IDOSOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.**

**Trabalho apresentado à Disciplina de  
Trabalho de Conclusão II, do Curso de  
Odontologia da Universidade Federal de  
Campina Grande, Área de  
Concentração: Saúde coletiva, como  
requisito para conclusão do TCC II.**

**Orientador: João Nilton Lopes de Sousa.**

**PATOS-PB  
2016**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

A161a      Abrantes, Joanna Gadelha Sarmento de  
Autopercepção de saúde bucal e seu impacto na qualidade de vida em  
idosos: uma revisão de literatura / Joanna Gadelha Sarmento de Abrantes. –  
Patos, 2016.  
49f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal  
de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2016.

"Orientação: Prof. Dr. João Nilton Lopes de Sousa".

Referências.

1. Autopercepção. 2. Qualidade de vida. 3. Saúde bucal. I. Título.

CDU 616.314-084

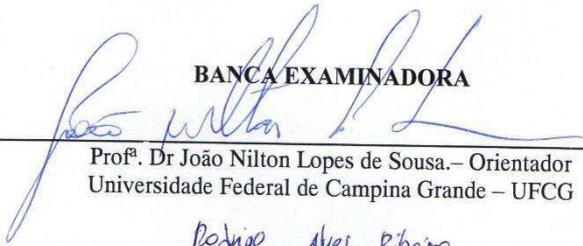
**JOANNA GADELHA SARMENTO DE ABRANTES**

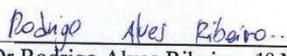
**AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE ORAL E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.**

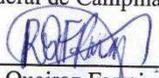
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à coordenação do Curso de Odontologia, da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em: 01 / 03 / 16

**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof.<sup>ª</sup>. Dr João Nilton Lopes de Sousa.– Orientador  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

  
Prof.<sup>ª</sup>. Dr. Rodrigo Alves Ribeiro– 1º Membro  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

  
Prof.<sup>ª</sup>. Dra. Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues – 2º Membro  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

*Dedico o meu trabalho a toda minha família, em especial à minha guerreira,  
minha mãe, Maria de Lourdes Sarmiento de Abrantes, ao meu avô paterno, Augusto  
Gonçalves de Abrantes (in memória) e ao meu noivo e companheiro de todas as horas  
Alecharme Costa Mendes.*

## AGRADECIMENTOS

Á Deus, pelos sonhos que se concretizam. Porque dele, e por meio dele, e para ele são todas as coisas. Agradeço-te por nunca me deixar esquecer mesmo em meio aos desertos, que eu sou amada, protegida, que sou preciosa aos teus olhos e só o senhor conhece o meu valor. Obrigada meu pai amado por todas as bênçãos.

Ao meu pai **Flávio Henrique Gadelha de Abrantes** e a minha mãe **Maria de Lourdes Sarmiento de Abrantes**, pela vida, pelo amor, companheirismo, carinho e por sempre lutarem para fazer o possível e o impossível para que eu pudesse realizar os meus sonhos. Eu sou muito grata por cada gota de suor derramada, cada noite mal dormida, cada abraço e palavra “confie em Deus, vai da tudo certo minha filha”. Não tenho nem palavras para expressar meu amor por vocês.

Ao meu avô paterno **Augusto Gonçalves de Abrantes** (*in memória*), por ter proporcionado os meus estudos, por ser um exemplo de homem admirado por todos, um grande pai, super avô e um excelente profissional.

Aos meus avôs maternos **Genura Gomes Sarmiento e João Sarmiento de Andrade** (*in memória*), por mostrarem o valor da família e a importância da humildade e por está iluminando meus passos e me dando força para seguir.

Aos meus irmãos **Flávia Nestorina Gadelha Sarmiento de Abrantes e Augusto Gonçalves de Abrantes Neto**, por todo o amor, carinho, companheirismo, por toda a força e ajuda durante toda essa minha trajetória.

Ao amor da minha vida, meu noivo **Alecharme Costa Mendes**, por todo o amor puro e verdadeiro, pelo companheirismo, preocupação, paciência, pela força nos momentos difíceis, por compartilhar momentos de lágrimas e de sorrisos, por nunca desistir do nosso amor e pela segurança que é passada todos os dias, que eu nasci para você e você para mim. Amo-te muito.

Ao meu sobrinho João Miguel Abrantes Sarmiento, por deixar os meus dias mais felizes e divertidos, fazendo com que eu volte novamente a ser criança. Amo-te muito.

Aos meus cunhados, **Bebega e Kildjane** por participarem de toda essa trajetória de lutas, derrotas e conquistas.

Á minha futura cunhada **Acalyane Costa Mendes**, pela força que sempre tem dado durante todos esses anos.

Ao meu tio e padrinho, **Ricardo Augusto Gadelha de Abrantes**, por todo o carinho, apoio, cuidado e pela disponibilidade. Obrigada por acreditar e torcer pelos meus sonhos.

Aos meus tios e tias, primos e primas por todo o apoio durante toda essa jornada, obrigada por sempre acreditarem em mim.

Ao meu amigo-irmão **Arthur Bruno Pereira Cavalcante** que sempre esteve ao meu lado nos momentos difíceis, sempre me ajudando e dando força, só tenho a agradecer a Deus por ter colocado você no meu caminho. Essa vitória também é sua “tutu”, obrigada por tudo. Você sempre estará no meu coração.

Às minhas amigas **Laice Rolim** e **Mariana Matos**, por todo carinho, cuidado, apoio, e acima de tudo por construirmos essa irmandade que levamos para vida, mesmo distante, estamos sempre unidas. Obrigada por tudo.

À minha amiga **Jéssica Marques** e sua família, por todo apoio, paciência, boa convivência durante os quatro anos que dividimos o apartamento. Obrigada por tudo.

À minha amiga **Carla Veras**, que conheci há pouco tempo, mas já tem um grande significado na minha vida. Obrigada por todo o apoio, força e principalmente por deixar meus dias mais felizes.

Ao meu segundo pai em Patos, seu **Dudu**, por toda a preocupação, disponibilidade e carinho de sempre me transportar sempre que precisei. Muito obrigada seu Dudu por toda paciência e apoio. Que Deus Abençoe e ilumine.

Ao meu orientador professor **João Nilton Lopes de Sousa**, por todo apoio e disponibilidade. Muito obrigada professor pelos seus valiosos ensinamentos acadêmicos.

À minha professora **Rosana Araújo Rosendo**, por acreditar e apoiar minhas ideias, somente assim foi possível à realização desse trabalho. Obrigada professora por toda força, seja com palavras ou com um abraço, que sempre saía renovada acreditando que daria tudo certo. A senhora é um exemplo de humildade bondade e esforço. Minha eterna gratidão

Aos professores **Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues** e **Rodrigo Alves Ribeiro** pela participação na banca. Obrigada pela paciência, dedicação e pelos valiosos ensinamentos transmitidos. Que Deus abençoe e ilumine.

À professora **Renata Andrea Sabritti de Sá Rocha**, pela paciência e apoio no fim desta jornada, minha eterna gratidão.

Aos queridos professores da UFCG, pela competência em ministrar as disciplinas do curso, pela paciência e dedicação.

À minha amiga **Ana Karla**, por todo apoio, carinho e disponibilidade na realização deste trabalho. Obrigada por tudo, que Deus abençoe.

Aos amigos da odontologia, **Liziane Oliveira ,Lascívia Milena,Maronilson,João Paulo,Ivanildo Júnior,Luana Mulato,Hiandra,Isabela ,Kallyne Kenya,Winilya,Emiliano**, obrigado por estarem presente nesta etapa da minha vida.

Ao Prof. **Gustavo Agripino** por todo carinho, atenção força e todas as oportunidades que tem me proporcionado.Muito obrigada.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, meu sincero agradecimento!

*“Acreditar não significa estar livre de momentos difíceis, mas ter a força para enfrentá-los sabendo que não estamos sozinhos”.*

*Papa Francisco*

*“Entrega o teu caminho ao Senhor, Confia Nele, e Ele fará”.*

*Salmos 37:5*

## RESUMO

A expectativa de vida da população vem se tornando cada vez mais elevada de forma que, vários estudos têm sido desenvolvidos de modo a contribuir para a melhoria da qualidade de vida na terceira idade. O presente estudo teve como objetivo conhecer a autopercepção de saúde bucal de idosos e verificar a influência que a mesma exerce no cotidiano desses indivíduos. Foi realizada uma revisão de literatura, tendo sido consultadas publicações nacionais e internacionais disponíveis nas bases de dados Bireme, Lilacs, Google acadêmico, Pubmed e no Scielo, nos últimos 20 anos. Foram incluídos os estudos que avaliaram a autopercepção da saúde bucal através do Índice GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index – Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica) composto de doze perguntas divididas em três dimensões: funcional, psicossocial e dor. Os estudos sobre a autopercepção de saúde bucal do idoso não retrata a realidade clínica diagnosticada, sendo a saúde é vista como favorável e positiva quanto clinicamente é considerada de forma precária, devido à forte crença que a perda dental é natural do envelhecimento. Foram observadas diferenças estatísticas significantes do GOHAI, considerando o gênero, o estado civil e a necessidade de prótese, relacionando a pior percepção. Os resultados mostram a importância da autopercepção da saúde bucal pelos idosos, reforçando a necessidade de políticas de promoção de saúde voltadas para a população idosa, no intuito de disseminar informações sobre saúde bucal, bem como ações reabilitadoras visando uma maior autonomia e uma melhor qualidade de vida.

**Palavras-chaves:** Autopercepção. Qualidade de vida. Saúde bucal.

## **ABSTRACT**

The expectation of people's lives is becoming increasingly high so that several studies have been developed to contribute to improving the quality of life in old age. This study aimed to assess the oral health self-perception of the elderly and the influence that it has on the daily lives of these individuals. A literature review was conducted, having been consulted national and international publications available in Bireme databases Lilacs, Google Scholar, PubMed and Scielo in the last 20 years. Studies evaluating the self-perception of oral health through GOHAI Index (Geriatric Oral Health Assessment Index - Oral Health Assessment Index Geriática) were included comprised twelve questions divided into three dimensions: functional, psychosocial and pain. Studies on the self-perception of oral health of the elderly does not portray the clinical reality diagnosed, health is seen as being favorable and positive and clinically is considered precariously due to the strong belief that tooth loss is natural aging. The results show the importance of self-perceived oral health for the elderly, underscoring the need for health promotion policies for the elderly in order to disseminate information on oral health and rehabilitative actions seeking greater autonomy and a better quality of life.

**Key word:** Self-awareness. Quality of life. Oral health.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

<b>GOHAI</b>	Geriatric Oral Health Assessment Index – Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica
<b>OHIP</b>	Oral Health Impact Profile
<b>OHRQOL</b>	Oral Health-Related Quality of Life
<b>OIDP</b>	Oral Impacts on Daily Performances
<b>QV</b>	Qualidade de vida
<b>QVRSO</b>	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral

## **LISTA DE QUADROS**

- Quadro 1** Rol de perguntas do índice GOHAI - (Geriatric Oral Health Assessment Index – Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica)
- Quadro 2** Variáveis sócio-demográficas associada ao GOHAI
- Quadro 3** Variáveis clínicas de saúde bucal, associadas ao GOHAI

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	15
2.1 ASPECTOS GERAIS DO ENVELHECIMENTO .....	15
<b>2.1.1 Aspectos Sócio- Demográficos do Envelhecimento</b> .....	15
2.2 SAÚDE BUCAL DO IDOSO .....	16
<b>2.2.1 Aspectos Bucais do Envelhecimento</b> .....	16
<b>2.2.2 Estrutura da Saúde Bucal para Idosos</b> .....	11
2.3 QUALIDADE DE VIDA .....	12
<b>2.3.1 Qualidade de Vida e Reabilitação Protética</b> .....	12
<b>2.3.2 Importância da Avaliação da Qualidade de Vida</b> .....	13
2.4 ÍNDICE DE SAÚDE BUCAL PARA USO EM GERIATRIA .....	14
<b>2.4.1 Fatores Sócio –Demográficos e Autopercepção</b> .....	15
<b>2.4.2 Autopercepção e Condições Bucais</b> .....	16
<b>2.4.3 Avaliação da Autopercepção da Saúde Bucal e Qualidade de Vida</b> .....	17
<b>REFERÊNCIAS</b>	
<b>ARTIGO</b>	
<b>3 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	20
<b>ANEXO 1 – NORMAS DA REVISTA SAÚDE &amp; CIÊNCIA ONLINE</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Este fenômeno ocorreu, inicialmente, em países desenvolvidos e tem ocorrido de forma mais acentuada, recentemente, nos países em desenvolvimento. No Brasil, o número de idosos acima de 60 anos de idade passou de três milhões em 1960 para sete milhões em 1975 e 14 milhões em 2002, representando um aumento de 500% em quarenta anos. Estima-se que esse número alcançará 32 milhões em 2020 (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

No Brasil, a faixa da população com 65 anos ou mais de idade tem despertado atenção pela rapidez de seu crescimento, pelo aumento na expectativa de vida e, infelizmente, pelos altos índices de edentulismo (FERREIRA; NÓBILO 2004).

Na odontologia, a preocupação com os idosos reside no fato, entre outros, de que a capacidade mastigatória está intimamente ligada à condição nutricional e esta à saúde geral do indivíduo. Subirá-Pifarrè e Soares et al. (2001) relataram que a capacidade mastigatória está relacionada com fatores como: número de dentes presentes; perda de suporte oclusal; tipo e qualidade das próteses; força máxima de mordida; presença de sequelas orais e tipo de dieta. Além da mastigação, os dentes saudáveis se prestam a outras funções importantes, como a deglutição e fonação, contribuindo ainda para a estética e bem estar geral do indivíduo. O edentulismo total ou parcial está, portanto, associado a um déficit funcional, e pode interferir na saúde sistêmica do indivíduo, especialmente pelo fato de a cavidade bucal ser a porta de entrada de alimentos e líquidos.

Diante disso, o dentista assume o papel de proporcionar aos seus pacientes uma condição bucal adequada, a fim de que uma melhor qualidade de vida seja alcançada, especialmente na senilidade, fase em que qualquer fator pode romper o delicado convívio que o idoso tem com todo seu organismo, pois sua reserva funcional para suplantar problemas de saúde é bem menor que em outras faixas etárias (MONTENEGRO; MARCHINI; BRUNETTI, 2007). Como lembra Santos (2007), o envelhecimento é característica inexorável da humanidade, entretanto, envelhecer bem é a meta cotidiana a ser promovida pelos profissionais de saúde nos diferentes campos de atuação, independente do gênero, idade, raça ou posição social.

De acordo com Braga et al. (2002), no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) não tem adequada estrutura, nem é suficiente para absorver a demanda por atenção em saúde bucal da população de faixas etárias mais avançadas. Esse é um dos motivos pelos quais dentes que poderiam ser recuperados são extraídos, uma vez que tal alternativa é considerada a mais prática e também, a mais econômica. A maior parte das pessoas que perdem os dentes vê-se impossibilitada de recompor as perdas por meio de próteses, principalmente devido à falta de recursos financeiros.

Sendo assim, para que as transformações na terceira idade no contexto da saúde bucal sejam satisfatórias, faz-se necessário o estabelecimento de um plano de ação baseado na condição de saúde bucal e nas necessidades de tratamento da população idosa. Esse plano de ação deve conter um rol de serviços de saúde voltados para esta faixa etária, incluindo atividades educacionais permanentes, procedimentos preventivos, restauradores e de reabilitação. Para que se obtenha maior eficácia nas ações de saúde bucal para o idoso, se faz necessário o conhecimento da autopercepção dos idosos em relação aos impactos das condições de saúde bucal na qualidade de vida (FONSECA et al., 2011).

O índice GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index – Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica) é um instrumento mundialmente utilizado que foi validado e traduzido para o português por Carvalho et al. (2013). A avaliação da qualidade de vida através do GOHAI permite perceber a aptidão de funcionamento de um indivíduo, em toda a sua rotina, e a forma como ele próprio compreende todo o seu bem-estar, melhorando deste modo, a decisão clínica e providenciando melhores cuidados de saúde bucal.

Assim sendo, justifica-se a importância do desenvolvimento deste trabalho com o propósito de verificarmos, através de uma revisão de literatura, os fenômenos que cercam o envelhecimento humano uma vez que, seus resultados poderão formular propostas eficientes que contribuirão para a capacitação profissional do cirurgião-dentista em relação às necessidades e limitações dos idosos e uma melhor autopercepção do idoso em relação a sua saúde bucal, promovendo assim uma melhor qualidade de vida na terceira idade.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 ASPECTOS GERAIS DO ENVELHECIMENTO**

Segundo Souza (2007), entre todas as definições existentes, a que melhor satisfaz é aquela que conceitua o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam levando à morte.

Para Hayflick (1997), envelhecimento não é mera passagem de tempo. Consiste na manifestação de eventos biológicos que ocorrem ao longo de um período.

#### **2.1.1 Aspectos Sócio-Demográficos do Envelhecimento**

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades, acometendo tanto os países desenvolvidos como os em desenvolvimento.

Chegar à velhice é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres. Ainda que a melhora resumida dos parâmetros de saúde das populações observada no século XX esteja longe de se distribuir de forma justa nos diferentes países e contextos socioeconômicos, envelhecer não é mais privilégio de poucos. O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações ocorrem de forma radical e bastante acelerada. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (VERAS, 2009).

A expectativa de vida a partir dos 60 anos aumentou, no período de 1999 a 2003, em todas as faixas de idade, tanto para homens quanto para mulheres, entretanto, a expectativa de vida das mulheres excede a dos homens e este fato explica, em parte, a maior proporção de mulheres idosas em relação aos homens. Em 2006, no país como um todo, a expectativa de vida das pessoas de 60 anos era de 19,3 anos para os homens e de 22,4 anos para as mulheres. Entre os idosos de 80 anos ou mais, a expectativa de

vida das mulheres excede, também, a dos homens: 9,8 anos e 8,9 anos, respectivamente (IBGE, 2010).

O fato da expectativa de vida no Brasil ter aumentado significa que a população está envelhecendo. Isto ocorre, dentre outros motivos, pela melhoria nas condições básicas de vida e pelo avanço técnico-científico. O aumento de idosos na população brasileira requer uma atenção diferenciada de diversos setores da sociedade, especialmente dos profissionais da saúde (FAZITO; PERIM; NINNO, 2004).

## 2.2 SAÚDE BUCAL DO IDOSO

### 2.2.1 Aspectos Bucais do Envelhecimento

O tratamento do paciente idoso se diferencia do tratamento da população em geral, devido às mudanças fisiológicas durante o processo de envelhecimento natural, da presença de doenças sistêmicas crônicas e da alta incidência de deficiências físicas e mentais nesse segmento da população (FAJARDO; GRECCO, 2003).

Durante o processo de envelhecimento humano constata-se grandes alterações fisiológicas e metabólicas em órgãos, paredes e tecidos, ocorrendo com isso processos clínicos muitas vezes irreversíveis (VELOSO; COSTA 2002).

A cavidade bucal apresenta mudanças decorrentes do envelhecimento relacionado ao funcionamento normal e/ou patológico de suas estruturas. A maior parte das alterações é observada em consequência das manifestações de doenças sistêmicas, deficiências nutricionais, efeitos colaterais pelo uso dos fármacos, repercutindo no funcionamento dos tecidos periodontais, na dentição, nas glândulas salivares e mucosas orais (PEREIRA et al., 2004).

Silva et al. (1999) e Pucca Jr. et al. (2002) encontraram alterações bucais em idosos como a cárie dentária, as doenças periodontais, as abrasões, a presença de lesões, o câncer bucal e a perda de grande número de dentes, ou seja, o edentulismo.

Dos problemas bucais existentes no paciente idoso, a perda de dentes é um dos mais frequentes. A perda da dentição permanente influenciará na mastigação e, conseqüentemente, na digestão, bem como na pronúncia e na estética (ROSA et al., 2008). O edentulismo provoca uma alteração na escolha e preparação da dieta (SHINKAI; CURY, 2000) o que leva o indivíduo a se alimentar mais de alimentos de fácil mastigação, de consistência pastosa e rica em carboidratos, o que ocasiona um

aumento na massa corpórea e, por conseguinte o surgimento de doenças sistêmicas associadas à obesidade, como hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes, depressão e outras (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2000).

Além de influenciar na mastigação, alguns problemas psicológicos têm sido relatados devido à saúde bucal precária, tais como depressão por ausência de elementos dentais (reflexos na auto-imagem e na auto-estima), sintomas de desadaptação, com prejuízos nos relacionamentos social, familiar, amoroso e profissional (WOLF, 1998).

Com isso se faz necessário conhecer as alterações fisiológicas e patológicas que acometem o organismo do paciente idoso, bem como os aspectos psicossociais de interesse para este indivíduo. O papel da odontologia em relação a essa faixa populacional é de manter os pacientes em condições de saúde bucal que não comprometam a alimentação normal nem repercussões negativas sobre a saúde geral e sobre o estado psicológico do indivíduo (ROSA et al., 2008).

### **2.2.2 Estrutura da Saúde Bucal para os Idosos**

As ações produzidas pelo setor saúde, ainda centradas em práticas assistenciais clínico-individuais, de resposta à demanda espontânea, não se mostram suficientes para dar conta das amplas necessidades da população idosa. A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2006, enfatizando a alta prevalência e gravidade das morbidades bucais, apontou as principais barreiras que impedem ou dificultam uma atenção à saúde bucal equitativa, ao alcance de todas as populações: a falta de apoio a políticas e legislação, os custos crescentes da assistência, a conscientização limitada da população sobre a importância da saúde bucal, o acesso desigual a serviços, principalmente para grupos vulneráveis, barreiras culturais, de gênero e outras barreiras sociais e a qualidade precária da atenção à saúde bucal.

Pucca Jr.(1998) afirma que a prevalência do edentulismo na terceira idade desnuda a ineficiência e a ineficácia das formas de planejamento e de programas voltados para os idosos. Ressalta ainda que o quadro de edentulismo na terceira idade no Brasil não se explica pelo aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas e parece sim ser mais consequência do quadro socioeconômico dos idosos. Frente a esse quadro, há que se definir prioridades que orientem uma reestruturação do sistema e uma mudança de atitude frente aos problemas de saúde bucal que, em última instância, resultem nestas precárias condições de saúde bucal dos idosos.

Na rotina diária das pessoas, as alterações produzidas pela perda total dos dentes deveriam se constituir em objeto de preocupação da classe odontológica (CHIANCA et al., 1999). No entanto, a abordagem dos profissionais, na maioria das vezes, apenas considera as perspectivas biológicas e restauradoras, ou seja, a recomposição dos dentes deve ser realizada dentro dos melhores princípios da técnica, negligenciando-se as repercussões da perda dental na qualidade de vida dos pacientes (WOLF, 1998; VAGAS, 2005).

A grande meta da odontologia mundial neste século será atender 15/16 milhões de idosos. Este grande desafio é a mudança do paradigma bucal do idoso brasileiro: de um paciente edentado total reabilitado com próteses totais, para um idoso que alcança os 70/80/90 anos com elementos dentários em sua cavidade bucal. Esses idosos necessitarão não apenas de reembasamento, mas de um verdadeiro programa preventivo voltado para a terceira idade (ERICKSON, 1997).

## 2.3 QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida do ser humano, expressa a qualidade de sua saúde, suas possibilidades e limitações individuais e coletivas. Segundo Lopez (1996), a qualidade de vida é tida como uma conquista mas, na verdade, deve ser vista como um direito de todos. No Brasil, no entanto, isso é problemático, pois, em virtude das condições de desigualdade, injustiça e exclusão social, são poucas as pessoas que têm acesso a um serviço de saúde adequado às suas necessidades, ou seja, algumas pessoas já possuem uma qualidade de vida deficiente, o que constitui um fator determinante tanto para a dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade quanto para a satisfação de suas necessidades.

O grupo de estudos sobre qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde define QV como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Nessa definição, estão incluídos seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (SEIDL; ZANNON, 2004).

### 2.3.1 Qualidade de Vida na Reabilitação Protética

O desejo da maioria das pessoas, de viver cada vez mais, pode resultar em uma vida marcada de incapacidades e dependência. O desafio é conseguir uma maior longevidade com uma qualidade de vida melhor.

A perda de dentes é uma via comum para muitas condições e doenças dentárias (DOLAN, 2001). Esta perda dos dentes pode deixar impactos substanciais na qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN et al., 1998). Após a extração dos dentes, o osso alveolar residual perde estímulo funcional resultando em um progressivo e irreversível processo de reabsorção óssea (SVERZUT et al., 2009). Naturalmente, num esforço para prevenir ou melhorar alguns desses decréscimos, na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, dentistas recomendam frequentemente a utilização de aparelhos de prótese removível ou prótese fixa no tratamento reabilitador à perda do dente (DOLAN et al., 2001).

Para muitos idosos, a possibilidade de acesso ao uso de uma prótese parece superar as dificuldades com as extrações dentárias e o comprometimento das funções bucais. O uso de dentes artificiais ou de aparelho protético é capaz de melhorar a auto-estima e as relações interpessoais, uma vez atendidas as expectativas do indivíduo (WOLF, 1998; NARVAI; ANTUNES, 2003).

### **2.3.2 Importância da Avaliação da autopercepção e da Qualidade de Vida**

A autopercepção da saúde bucal é uma medida multidimensional que, refletindo a experiência subjetiva dos indivíduos sobre o seu bem-estar físico e psicossocial, determina a procura por tratamentos dentários (JOKOVIC et al., 1997).

O termo “Qualidade de vida” tem sido abordado na literatura geriátrica internacional. A saúde bucal como um dos pilares desta qualidade de vida desejada no envelhecimento é a base conceitual da odontologia, voltada para pacientes idosos (DARNTON-HILL, 1995).

De acordo com Werner (1998), quanto mais longa a vida média da população, mais importante se torna o conceito de qualidade de vida, e a saúde bucal tem um papel relevante na qualidade de vida do idoso. A saúde bucal comprometida pode afetar o nível nutricional, o bem estar físico e mental, e diminuir o prazer de uma vida social ativa.

Silva e Castellanos-Fernandes (2001), enfatizam que é essencial entender como a pessoa percebe sua condição bucal, pois seu comportamento é condicionado pela

importância dada a ela. A autopercepção de saúde mensura, de uma maneira muito mais global, o estado de saúde do indivíduo, incorporando aspectos da saúde cognitiva e emocional, como também da saúde física (OFSTEDAL, 2002).

Estudos sobre a autopercepção da saúde bucal mostram estar ela relacionada a alguns fatores clínicos, como número de dentes cariados, perdidos ou restaurados, e com fatores subjetivos, como sintomas das doenças e capacidade de a pessoa sorrir, falar ou mastigar sem problemas, além de ser também influenciada por fatores como classe social, idade, renda e sexo (SLADE; SPENCER, 1994; STEELE, 1997).

De acordo com Silva (1999), a percepção da condição bucal é um importante indicador de saúde, pois sintetiza a condição de saúde objetiva, respostas subjetivas, os valores e as expectativas culturais dos indivíduos. Nos países mais desenvolvidos, onde os idosos têm acesso a algum tipo de tratamento odontológico, os estudos sobre percepção são realizados também com o objetivo de detectar as pessoas que necessitam de encaminhamento aos serviços, bem como avaliar os tratamentos recebidos.

#### 2.4 ÍNDICE DE SAÚDE BUCAL PARA USO EM GERIATRIA (GOHAI)

Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI); Oral Health Impact Profile (OHIP); Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) e Oral Health-Related Quality of Life (OHRQOL) são exemplos de instrumentos que, aplicados como questionários, permitem avaliar a autopercepção da saúde bucal. Destes, o GOHAI foi desenvolvido especificamente para a população idosa (ATCHISON, 1990; LOCKER, 2007). Desde o seu desenvolvimento que o GOHAI tem sido traduzido e validado em muitos países ocidentais como a Alemanha, Espanha e França, que a exemplo de Portugal têm uma sociedade envelhecida (PINZÓN-PULIDO, 1999; HASSEL, 2008).

A versão original do índice GOHAI foi desenvolvida na língua inglesa dos Estados Unidos da América (Atchison e Dolan). Posteriormente, foi utilizada em outros países de língua inglesa como o Canadá. Em ambos os países, o GOHAI mostrou excelentes propriedades psicométricas, evidenciando a sua validade intercultural. Posteriormente, foi traduzido e validado para a língua espanhola (ATCHINSON; DERMARTIROSIAN; GIFT, 1998), portuguesa (SILVA, 1999), chinesa (WONG; LIU; LÓ, 2002), francesa (TUBERT-JEANNIN et al., 2003), entre outras.

O GOHAI (Geriatric Oral Assessment Index) ou Índice de Determinação da Saúde Bucal Gerátrica desenvolvido por Atchison e Dolan (1990), é composto por 12

questões fechadas abrangendo 3 subdomínios, que consistem em limitações físicas/funcionais, dor/desconforto, psicossocial/psicológicas dos indivíduos. O formato da resposta é do tipo escala de Lickert e cada pergunta apresenta três respostas possíveis: “sempre”, “algumas vezes” e “nunca”, que recebem valores de 1, 2 e 3, respectivamente, sendo os itens 3, 5 e 7 cotados de forma inversa aos demais. No final, soma-se o valor de cada questão, para determinar o índice. O valor de cada indivíduo pode variar de 12 a 36, e quanto mais alto o seu valor, melhor será a QVRSO, classificado como alto (36 a 34), moderada (33 a 31) e baixa (igual ou inferior a 30). Os indivíduos respondem tendo em conta os três meses anteriores ao do questionário (SILVA et al., 2005).

O desenvolvimento do GOHAI foi orientado por hipóteses auxiliares como: saúde bucal - pode ser medida usando pacientes como auto-informantes; níveis de saúde bucal - variam entre pacientes, e esta variação pode ser demonstrada usando medidas auto-informadas; e o prognóstico de saúde bucal auto-informadas podem ser identificados.

A avaliação da qualidade de vida através do GOHAI permite perceber a aptidão de funcionamento de um indivíduo, em toda a sua rotina e a forma como ele próprio compreende todo o seu bem-estar, melhorando, deste modo, a decisão clínica e providenciando melhores cuidados de saúde bucal (ALLEN; PETERSEN 2003; LOCKER, 2007; PETERSEN, 2009).

O primeiro teste do índice por Atchison e Dolan (1990) foi em uma amostra de 87 idosos, num estudo piloto, em um centro de saúde em Los Angeles, nos EUA. Os participantes tinham média de idade de 76 anos, sendo 67% do sexo feminino, onde 93% eram brancos e 60% sentiam necessidade de tratamento bucal. Na primeira parte do formulário foram preenchidos os dados pessoais do entrevistado, sendo analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, estado civil e renda. Na segunda parte, foram respondidas as questões referentes à percepção de saúde bucal (índice GOHAI).

#### **2.4.1 Fatores sócio-demográficos e autopercepção**

Os fatores sócio-demográficos tais como idade, gênero, estado civil e escolaridade são analisados para possibilitar comparações ou influências dessas

características na análise do indicador GOHAI, como também na percepção da população idosa.

Kressin et al. (1997) pesquisaram duas amostras de idosos e encontraram em uma delas diferenças significativas da média do GOHAI entre idosos de idades diferentes, em que os mais jovens tiveram uma melhor autopercepção da saúde bucal. Zlatarié et al. (2001) não demonstraram que a idade tivesse influência significativa na satisfação do paciente.

Em relação ao gênero, no estudo de Silva (2011), participaram mais pessoas do sexo feminino do que masculino. A presença de mulheres (70,1%) foi maior do que de homens (29,9%), demonstrando que, nas pesquisas em grupos de terceira idade há uma tendência maior de participação do sexo feminino (LEAL, 2000; SILVA, 2005).

Rodrigues (2005) em um estudo realizado em Piracicaba, faz associação entre baixos valores de GOHAI e o estado civil, afirmando que um dos fatores de risco para baixos valores do Gohai foi ter o estado civil solteiro, ou seja, pessoas solteiras que moravam sozinhas apresentavam baixa percepção de saúde bucal.

A baixa escolaridade das pessoas pode ser justificada por diversos fatores. Um deles pode ser devido ao fato de apesar de morarem em um local de classe média (SOBRAL, 1999) onde, há alguns anos atrás, não havia muita oportunidade de educação formal principalmente no que concerne ao sexo feminino. Mesmo com baixo nível de escolaridade ou instrução (65,7%), os idosos têm a 4ª série do ensino fundamental, conseguindo analisar favoravelmente sua condição de saúde bucal.

Kressin et al. (1997), nos Estados Unidos, encontraram associação significativa entre autopercepção das condições bucais e idade, raça, estado civil, escolaridade e renda nos indivíduos pesquisados. Os idosos que possuíam mais de 85 anos, não eram brancos, não eram casados, possuíam baixa escolaridade e baixa renda, obtivendo baixos escores no GOHAI. Na França, segundo Rodrigues (2005), foi demonstrado que idosos com pouca escolaridade e baixa renda tinham baixa autopercepção das condições bucais.

No Brasil, observou-se associação significativa entre autopercepção das condições bucais e estado civil, escolaridade, estilo de vida (vivia sozinho, com cuidador, com esposo/a, com outra pessoa) e tipo de moradia (habitação comunitária ou própria). Os idosos solteiros, analfabetos, que moravam com outra pessoa e viviam em

habitação comunitária apresentaram escores mais baixos no GOHAI, portanto tiveram uma pior autopercepção.

#### **2.4.2 Autopercepção da condição bucal**

As variáveis clínicas de saúde bucal associadas ao GOHAI, no estudo de Vasconcelos et al. (2012), foram o edentulismo e alteração em tecido mole. Os edêntulos tiveram boa percepção da saúde bucal, como se percebe pelos resultados obtidos. No estudo de Benedetti et al. (2007), os autores verificaram que a falta de dentes não é percebida pela maioria dos idosos como fator prejudicial à capacidade de mastigação, pois apenas 19,8% responderam ter comprometimento da mastigação por problemas bucais. Os autores acreditam que essa não percepção, provavelmente, deve-se à adaptação da alimentação, má utilização de próteses, mesmo essa condição não permitindo uma mastigação satisfatória.

Narvai e Antunes (2003) encontraram que o uso da prótese dentária total contribui significativamente para suavizar o grau de comprometimento das funções bucais, pois situações indesejáveis como “ficar insatisfeito ao ver os dentes no espelho” ou “sentir que os dentes não estão bem”, acontecem expressivamente menos entre os que usam o aparelho protético total.

Santos (2007) encontrou associação significante entre GOHAI e necessidade de prótese. A maior parte dos idosos que necessitava de prótese teve baixa autopercepção das condições bucais, não tendo sido encontrada associação entre o índice e uso de prótese.

Nunes e Abegg (2008) encontraram, em sua investigação, que a dor de dente e a necessidade de próteses dentárias foram os principais fatores que afetaram a autopercepção da saúde bucal de idosos do sul do Brasil.

#### **2.4.3 Avaliação da autopercepção da saúde bucal e qualidade de vida**

Assim como a saúde geral, a condição clínica da cavidade bucal pode ter efeitos na autopercepção dos indivíduos. O estado de saúde bucal pode influenciar na qualidade de vida das pessoas. A qualidade de vida está relacionada com a capacidade das pessoas de desenvolver importantes e corriqueiras funções na vida (SHEIHAM, 2001).

A precária condição de saúde bucal não é percebida pelo idoso, pois muitas doenças detectadas pelo dentista não apresentam sintomatologia dolorosa e a grande quantidade de dentes extraídos é aceita como uma perda natural do envelhecimento. Para Nunes e Abegg . (2008), os idosos percebem a sua saúde bucal fazendo uso, por exemplo, de sinais e sintomas tais como dor, ou de problemas que afetam a mastigação e interferem na aparência, diferentemente da avaliação realizada pelos profissionais. Além disso, a percepção da saúde bucal é influenciada por crenças e pelo valor atribuído à saúde perdida pelo indivíduo afetado. Hiramatsu et al. (2006) acreditam que, de modo especial, os idosos têm sua percepção afetada pela crença de que algumas dores e incapacidades são naturais do envelhecimento.

Através do estudo, realizado por Vasconcelos et al. (2012), na análise dos dados subjetivos, verificou-se que a média GOHAI obtida foi classificada como moderada, de acordo com os critérios desse índice. Contudo, considerou-se que a autopercepção foi positiva sobre a condição de saúde bucal excelente ou boa, independente do grande número de edentulismo, de alteração em tecido mole e da necessidade de próteses.

A associação entre autopercepção da saúde bucal e a manutenção dos dentes corrobora com os estudos realizados em países desenvolvidos. Steele et al. (2004) afirmaram que o número de dentes presentes é importante determinante da percepção subjetiva da saúde bucal. Ekanayke e Perera (2005) relataram que a avaliação e saúde bucal foi mais favorável nos idosos com mais de 20 dentes. No contexto brasileiro, Hugo et al. (2007) apontaram avaliação negativa da capacidade de mastigação nos idosos que apresentavam menos de 20 dentes.

Biazevic et al. (2004) estudaram idosos em uma cidade do sul do Brasil e enfatizaram a importância da manutenção dos dentes naturais e da reabilitação oral por tratamento protético para a qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Nunes e Abegg. (2008) concluíram que os idosos que necessitavam de prótese total atribuíam maior impacto negativo na autopercepção da saúde bucal, em particular no que diz respeito à função mastigatória.

## REFERÊNCIAS

- ALLEN, P. F. Assessment of oral health related quality of life. **Health Qual Life Outcome**, v. 1, p. 40-43, 2003.
- ATCHISON, K. A; DOLAN, T. A. Development of the geriatric oral health assessment index. **J Dent Educ**, v. 54, p. 680-691, 1990.
- ATCHISON, K. A; DER-MARTIROSIAN, C; GIFT H, C. Components of self-reported oral health and general health in racial and ethnic groups. **J Public Health Dent**, v. 58, p. 301-308, 1998.
- BENEDETTI T.R.B, MELLO A. L. S. F.; GONÇALVES L. H. T. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 12, p.1683-1690, 2007.
- BIAZEVIC MGH, MICHEL-CROSATO E, IAGHER F, POOTER CE, CORREA SL, GRASEL CE. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. **Braz Oral Res.**, v. 18, n. 1,p.85-91, 2004.
- BRAGA, S. R. S; TELARORI, J. R. R; BRAGA, A. S; CATIRSE, A. B. E. B. Avaliação das condições e satisfação com as próteses em idosos na região Central do Estado de São Paulo (Brasil). **Rev Odontol UNESP**, v. 31, n. 1, p. 39-48, 2002.
- BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. B. Odontogeriatrics :prepare-se para o no milênio. In: Feller, C; Gorac, R. Atualização na clínica odontológica. São Paulo: Artes médicas, v. 1, cap. 15, p.471-487, 2000.
- CARVALHO, C.; MANSO, A.C.; ESCOVAL, A.; SALVADO, F.; NUNES, C. Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). **Rev Port Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 166-72, 2013.
- CHIANCA, T. K.; DEUS, M. R.; DOURADO, A. S.; LEÃO A. T.; VIANNA, R. B. C. El impacto de la salud bucal en calidad de vida. **Rev Fola/oral**, v. 16, p. 96-102, 1999.
- DARNTON-HILL, I. Healthy,Aging and Quality of life World Healthy. **Forum**, v. 16, p.335-372, 1995.
- DOLAN, T. A. Risk indicators of edentulism, partial tooth loss and prosthetic status among blk and with middle-aged and older adults. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 29, p. 329-40, Denmark. 2001.
- DUNCAN et al. Multi-dimensionality of oral health in dentare adults. **Med Care**, v. 36, p. 988-1001,1998.
- EKANAYAKE, L.; PERERA, I. Factors associated with perceived oral health status in older individuals. **Int Dent J.**, v. 55, n. 1, p. 31-37, 2005.
- ERICKSON, L. Oral Health Promotion And Prevention For Older Adults. **Dent. Clin of North Amer.**, v. 41, n. 4, p 727-47, 1997.

FAJARDO, R. S.; GRECCO, P. O que o cirurgião-dentista precisa saber para compreender seu paciente geriátrico .Parte 2-Aspectos fisio-funcionais. **JOPE-J Bras Odontol Pacientes Espec.**, v. 1, n. 5, p. 432-438, 2003.

FAZITO L.T; PERIM J.V; DI NINNO C.Q.M.S. Comparação das queixas alimentares de idosos com ou sem prótese dentária. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.cefac.br/revista/revista62/Artigo%204.pdf>. Acesso em: 18 de agosto de 2015.

FERREIRA, J. A. N. D; NÓBILO, M. A. A. Considerações sobre tratamento protético em idosos. In: Campostrini, e. Odontogeriatrics **Noções de interesse clínico**. Rio de Janeiro: Revinter. 2004.

FONSECA, P. H. A. Condições de saúde bucal em população idosa institucionalizada. **Rev. Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v. 2, n. 59, p. 193-200, 2011.

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais 2010. Rio de Janeiro. Disponível: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em: 20 de agosto de 2015.

HASSEL, A.J; ROLKO ,C; KOKE ,U; LEISEN, J; RAMMELSBERG ,P. A German version of the GOHAI. **Community Dent OralEpidemiol.** n36,p.34–42,2008.

HAYFLICK, L. Como e por que envelhecemos. 2.ed. Rio de Janeiro: Campus, p.366,1997.

HUGO, F. N.; HILGERT, J. B.; SOUSA, M. L. R.; SILVA, D. D.; PUCCA JR., G. A. Correlates of partial tooth loss and edentulismo in Brazilian elderly. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 35, n. 3, p. 224-232, 2007.

HIRAMATSU, D. A.; FRANCO, L. J; TOMITA, N. E. Influência da aculturação na autopercepção dos idosos quanto à saúde bucal em uma população de origem japonesa. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, p. 2441-2448, 2006.

JOKOVIC, A; LOCKER, D. Dissatisfaction with Oral HealthStatus in older Adult Popilation.J. **Public. Health Dent**, v. 57, p. 40-47, 1997.

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 Public Health Dent**, v. 57, p. 224-232, 1997.

LEAL,M.M.C.A **Saúde Auto-Percebida por idosos:** Avaliação dos pacientes assistidos no núcleo de atenção ao idoso(NAI-UFPE)no ano 2000,através do índice de saúde bucal geriátrico(GOHAI).Tese apresentada á universidade de pernabuco para obtenção do grau de doutor,2001.

LIMA-COSTA, M. F; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, jun., 2003.

LOCKER, D; ALLEN, F. What do measures of ‘oral health-related quality of life’ measure? **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 35, n. 4, p. 401-452, 2007.

LOPEZ, G. Como se mede a qualidade de vida? **Tópicos em Geriatria**, v. 1, n. 1, p. 35-39, 1996.

MONTENEGRO, F. L. B.; MARCHINI, L.; BRUNETTI, R. F. Aspectos importantes na prótese total para a 3ª idade. In: CUNHA, V.P.P; MARCHINI, L. **Prótese Total Contemporânea em Reabilitação Oral**. São Paulo: Santos, 2007.

NARVAI, P. C.; ANTUNES, J. L. F. Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O; organizadores. **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. O projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 121-137, 2003.

NUNES, C. I. P.; ABEGG, C. Factors associated with oral health perceptions in older Brazilians. **Gerodontology**, v. 25, p. 42-48, 2008.

OFSTEDAL, M.B. Self-assessed health expectancy among older Asians: a comparison of Sullivan and multistate life table methods. Ann Arbor: **Population Studies Center**, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 138ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO. **Projeto de plano decenal regional de sobre saúde bucodental**. Washington, D.C., EUA, 19–23 de junho de 2006. Tema 4.6 da agenda provisória CE138/14 (Port.) 31 de maio de 2006.

PEREIRA, A. C. et al. Oral health and periodontal status in Brazilian elderly. In: RODRIGUES, S.M.; VARGAS, A. M. D.; MOREIRA, N.A. **Saúde bucal e qualidade de vida no idoso .Revista Científica da faculdade de ciência e saúde (FACS) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE)**, v. 1, n. 12, 2004.

PETERSEN, P. E. Continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Program me. **Geneva: World Health Organization**, 2003.

PETERSEN, P. E. Global policy for improvement of oral health in the 21st century: implications to oral health research of World Health Assembly 2007. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 37, n. 7, p. 1-8, 2009.

PINZÓN-PULIDO SA, GIL-MONTOYA JA. Validación del índice de valoración de salud oral en geriatría en una población geriátrica institucionalizada de Granada. **Rev Esp Geriatr Gerontol**, v. 34, n. 12 ,p. 273-282, 1999.

PUCCA JR., G. A. A Saúde bucal do idoso-Aspectos demográficos e epidemiológicos Disponível em: [www.odontologia.com.br/artigos /geriatria](http://www.odontologia.com.br/artigos /geriatria). Acesso em 20 de agosto de 2015.

PUCCA JR., G. A. Perfil do Edentulismo e do Uso de Prótese Dentária em Idosos Residentes no Município de São Paulo. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1998.

RODRIGUES, C. K. Autopercepção de Saúde Bucal em Idosos. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, Unicamp, Piracicaba, SP; 2005.

ROSA, L. B. et al. Odontogeriatrics - A saúde bucal na terceira idade. **RFO**, v. 13, n. 2, p. 82-86, maio-ago.2008.

SANTOS, F. B. Autopercepção em saúde bucal de idosos em unidades de saúde da família do Distrito Sanitário III de João Pessoa- PB. **In: Arquivos em Odontologia. Belo Horizonte**, v. 43, n. 2, p. 23-30,2007.

SEIDL, E. M. F; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr. 2004.

SHEIAM, A. The relationship among dental status nutrient intake and nutritional status in older people. **J. Dent. Res**, v. 80, n. 2, p. 408-413, 2001.

SHINKAI,R.S.A;CURY, A. A. D. B. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar :contribuindo para a atenção integral do idoso .**Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1099-1109, out-dez., 2000.

SILVA, S. R. C. Autopercepção das Condições Bucais em Pessoas com 60 anos e mais de Idade. São Paulo,1999 (**Tese**). Faculdade de Saúde Pública da USP.

SILVA, S. R. C; CASTELLANOS-FERNANDES, R. A. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, p. 349-355, 2001.

SILVA S. R. C; CASTELLANOS-FERNANDES, R. A. Autopercepção das condições de saúde bucal em uma população de idosos. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 4, Rio de Janeiro. jul/ago., 2005.

SLAD, G. D; SPENCER, A. J. Social impact of oral conditions among older adults. **Austr Dent J.**, v. 39, p.358-364, 1994.

SOBRAL, G. Perfil sócio-econômico do distrito federal, Brasília, secretaria de desenvolvimento econômico, versão 1999.

SOUZA, D.P. S. **Prevenção e abordagem da fisioterapia na osteoporose**. Trabalho de Conclusão de Curso de Fisioterapia da Universidade Veiga de Almeida – Cabo Frio 2007.

SUBIRÁ-PIFARRÈ, C.; SOARES, M. S. M. La función masticatoria en el anciano. **RCOE**, v. 6, n. 1, p. 69-77, 2001.

STEELE, J. G. Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 25, p. 143-149, 1997.

SVERZUT, C.E. Rehabilitation of severely resorbed edentulous mandible using the modified visor osteotomy technique. **Braz Dent J**, v. 20, n. 5, p. 419-423. Ribeirão Preto. 2009.

WERNER, C. W. Odontologia Geriátrica. **Revista da Faculdade de Lins**. v11, n. 1, p.62-70, jan/jun., 1998.

WOLF, S. M. R. O significado da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 52, n. 4, p. 307-315, 1998.

WONG, M. C;LO, E.C; MCMILLAN, A. S. Validation of a Chinese version of the Oral Health Impact profile (OHIP). **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 30, n. 6, p. 423-430, 2002.

VASCONCELOS, L. C. A et al. Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos de um município de médio porte do nordeste brasileiro. In: **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 28, 2012.

VELOSO, K. M. M; COSTA, L. J. Avaliação clínica e orientação terapêutica as manifestações fisiológicas e patológicas da cavidade bucal de pacientes idosos de São Luís do Maranhão. 2002. 97 f. (**Dissertação**). Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2002.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

## **AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

*Joanna Gadelha Sarmiento de Abrantes<sup>1</sup>; Arthur Bruno Pereira Cavalcante<sup>1</sup>; Ana Karla Tavares de Farias Ferreira<sup>1</sup>; João Lopes de Sousa<sup>2</sup>; Rosana Araujo Rosendo<sup>3</sup>.*

<sup>1</sup> Graduando do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande

<sup>2</sup> Professor Adjunto do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande

<sup>3</sup> Professora Assistente do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande

Endereço para Correspondência:

Rua do Prado, N°369, APT. 606, Centro, CEP. 58700-100 Patos PB.

Email: joannasarmientoa@gmail.com

### **RESUMO**

A expectativa de vida da população vem se tornando cada vez mais elevada de forma que, vários estudos têm sido desenvolvidos de modo a contribuir para a melhoria da qualidade de vida na terceira idade. O presente estudo teve como objetivo conhecer a autopercepção de saúde bucal de idosos e verificar a influência que a mesma exerce no cotidiano desses indivíduos. Foi realizada uma revisão de literatura, tendo sido consultadas publicações nacionais e internacionais disponíveis nas bases de dados Bireme, Lilacs, Google acadêmico, Pubmed e no Scielo, nos últimos 20 anos. Foram incluídos os estudos que avaliaram a autopercepção da saúde bucal através do Índice GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index – Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica) composto de doze perguntas divididas em três dimensões: funcional, psicossocial e dor. Os estudos sobre a autopercepção de saúde bucal do idoso não retrata a realidade clínica diagnosticada, sendo a saúde é vista como favorável e positiva quanto clinicamente é considerada de forma precária, devido à forte crença que a perda dental é natural do envelhecimento. Foram observadas diferenças estatísticas significantes do GOHAI, considerando o gênero, o estado civil e a necessidade de prótese, relacionando a pior percepção. Os resultados mostram a importância da autopercepção da saúde bucal pelos idosos, reforçando a necessidade de políticas de promoção de saúde voltadas para a população idosa, no intuito de disseminar informações sobre saúde bucal, bem como ações reabilitadoras visando uma maior autonomia e uma melhor qualidade de vida.

**Palavras-chaves:** Autopercepção. Qualidade de vida. Saúde bucal.

### **ABSTRACT**

The expectation of people's lives is becoming increasingly high so that several studies have been developed to contribute to improving the quality of life in old age. This study aimed to assess the oral health self-perception of the elderly and the influence that it has on the daily lives of these individuals. A literature review was conducted, having been consulted national and international publications available in Bireme databases Lilacs, Google Scholar, PubMed and Scielo in the last 20 years. Studies evaluating the self-perception of oral health through GOHAI Index (Geriatric Oral Health Assessment Index - Oral Health Assessment Index Geriática) were included comprised twelve questions divided into three dimensions: functional, psychosocial and pain. Studies on the self-perception of oral health of the elderly does not portray the clinical reality diagnosed, health is seen as being favorable and positive and clinically is considered precariously due to the strong belief that tooth loss is natural aging The results show the importance of self-perceived oral health for the elderly, underscoring the need for health promotion policies for the elderly in order to disseminate information on oral health and rehabilitative actions seeking greater autonomy and a better quality of life.

**Key word:** Self-awareness. Quality of life. Oral health.

### **INTRODUÇÃO**

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Este fenômeno ocorreu, inicialmente, em países desenvolvidos e tem ocorrido de forma mais acentuada, recentemente, nos países em desenvolvimento. No Brasil, o número de idosos acima de 60 anos de idade passou de três milhões em 1960 para sete milhões em 1975 e 14 milhões em 2002, representando um aumento de 500% em quarenta anos. Estima-se que esse número alcançará 32 milhões em 2020 <sup>(1)</sup>.

Santos et al. <sup>(2)</sup> afirmam que o envelhecimento é característica inexorável da humanidade, entretanto, envelhecer bem é a meta cotidiana a ser promovida pelos profissionais de saúde nos diferentes campos de atuação, independente do gênero, idade, raça ou posição social.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) não tem adequada estrutura, nem é suficiente para absorver a demanda por atenção em saúde bucal da população de faixas etárias mais avançadas. Esse é um dos motivos pelos quais dentes que poderiam ser recuperados são extraídos, uma vez que tal alternativa é considerada a mais prática e também, a mais econômica. A maior parte das pessoas que perdem os dentes vê-se impossibilitada de recompor as perdas por meio de próteses, principalmente devido à falta de recursos financeiros <sup>(3)</sup>.

Sendo assim, para que as transformações na terceira idade no contexto da saúde bucal sejam satisfatórias, faz-se necessário o estabelecimento de um plano de ação baseado na condição de saúde bucal e nas necessidades de tratamento da população idosa. Esse plano de ação deve conter um rol de serviços de saúde voltados para esta faixa etária, incluindo atividades educacionais permanentes, procedimentos preventivos, restauradores e de reabilitação. Para que se obtenha maior eficácia nas ações de saúde bucal para o idoso, é imprescindível o conhecimento da autopercepção dos idosos em relação aos impactos das condições de saúde bucal na qualidade de vida <sup>(4)</sup>.

O índice GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index – Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica) é um instrumento mundialmente utilizado que foi validado e traduzido para o português por Carvalho et al. <sup>(5)</sup>. A avaliação da qualidade de vida através do GOHAI permite perceber a aptidão de funcionamento de um indivíduo, em toda a sua rotina, e a forma como ele próprio compreende todo o seu bem-estar, melhorando deste modo, a decisão clínica e providenciando melhores cuidados de saúde bucal.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Este estudo reporta uma revisão de literatura que teve como objetivo conhecer a autopercepção de saúde bucal e seu impacto na qualidade de vida de idosos através do índice de GOHAI. As buscas foram realizadas em artigos publicados no período entre 1993 e 2013 na base eletrônica de dados: Bireme, Lilacs, Google acadêmico, Pubmed e no Scielo. As palavras-chave utilizadas foram autopercepção, qualidade de vida, saúde bucal dos idosos e GOHAI.

Os critérios de inclusão foram artigos que abordaram a saúde bucal do idoso, qualidade de vida e autopercepção de saúde bucal em idosos com 60 anos ou mais de idade através do índice de GOHAI. Como critérios de exclusão foram rejeitados artigos

que abordaram a autopercepção em idade inferior a 60 anos, que utilizaram outros índices para a avaliação da autopercepção e artigos que não atendiam aos objetivos desta revisão.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

Segundo Souza et al. <sup>(6)</sup>, entre todas as definições existentes, a que melhor satisfaz é aquela que conceitua o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam levando à morte.

Chegar à velhice é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres. Ainda que a melhora resumida dos parâmetros de saúde das populações observada no século XX esteja longe de se distribuir de forma justa nos diferentes países e contextos socioeconômicos, envelhecer não é mais privilégio de poucos. O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações ocorrem de forma radical e bastante acelerada. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas <sup>(7)</sup>.

A expectativa de vida a partir dos 60 anos aumentou, de forma que no período de 1999 a 2003, em todas as faixas de idade, tanto para homens quanto para mulheres. Entretanto, a expectativa de vida das mulheres excede a dos homens e este fato explica, em parte, a maior proporção de mulheres idosas em relação aos homens. Em 2006, no país como um todo, a expectativa de vida das pessoas de 60 anos era de 19,3 anos para os homens e de 22,4 anos para as mulheres. Entre os idosos de 80 anos ou mais, a expectativa de vida das mulheres excede, também, a dos homens: 9,8 anos e 8,9 anos, respectivamente <sup>(8)</sup>.

O fato da expectativa de vida no Brasil ter aumentado significa que a população está envelhecendo. Isto ocorre, dentre outros motivos, pela melhoria nas condições básicas de vida e pelo avanço técnico-científico. O aumento de idosos na população brasileira requer uma atenção diferenciada de diversos setores da sociedade, especialmente dos profissionais da saúde <sup>(9)</sup>.

O tratamento do paciente idoso se diferencia do tratamento da população em geral, devido às mudanças fisiológicas durante o processo de envelhecimento natural, da presença de doenças sistêmicas crônicas e da alta incidência de deficiências físicas e mentais nesse segmento da população <sup>(10)</sup>.

Durante o processo de envelhecimento humano constata-se grandes alterações fisiológicas e metabólicas em órgãos, paredes e tecidos, ocorrendo com isso processos clínicos muitas vezes irreversíveis <sup>(11)</sup>.

A cavidade bucal apresenta mudanças decorrentes do envelhecimento relacionado ao funcionamento normal e/ou patológico de suas estruturas. A maior parte das alterações é observada em consequência das manifestações de doenças sistêmicas, deficiências nutricionais, efeitos colaterais pelo uso dos fármacos, repercutindo no funcionamento dos tecidos periodontais, na dentição, nas glândulas salivares e mucosas orais <sup>(12)</sup>.

Silva et al. <sup>(13)</sup> e Pucca Jr. et al. <sup>(14)</sup> encontraram alterações bucais em idosos como a cárie dentária, as doenças periodontais, as abrasões, a presença de lesões, o câncer bucal e a perda de grande número de dentes.

Dos problemas bucais existentes no paciente idoso, o edentulismo é um dos mais frequentes. A perda da dentição permanente influenciará na mastigação e, conseqüentemente, na digestão, bem como na pronúncia e na estética, provocando uma alteração na escolha e preparação da dieta, o que leva o indivíduo a se alimentar mais de alimentos de fácil mastigação, de consistência pastosa e rica em carboidratos. Isso ocasiona um aumento na massa corpórea e, por conseguinte, o surgimento de doenças sistêmicas associadas à obesidade, como hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes, depressão e outras <sup>(15-17)</sup>.

Além de influenciar na mastigação, alguns problemas psicológicos têm sido relatados devido à saúde bucal precária, tais como depressão por ausência de elementos dentais (reflexos na auto-imagem e na auto-estima), sintomas de desadaptação, com prejuízos nos relacionamentos social, familiar, amoroso e profissional <sup>(18)</sup>.

Com isso, se faz necessário conhecer as alterações fisiológicas e patológicas que acometem o organismo do paciente idoso, bem como os aspectos psicossociais de interesse para este indivíduo. O papel da odontologia em relação a essa faixa populacional é de manter os pacientes em condições de saúde bucal que não comprometam a alimentação normal nem repercussões negativas sobre a saúde geral e sobre o estado psicológico do indivíduo <sup>(15)</sup>.

As ações produzidas pelo setor saúde, ainda centradas em práticas assistenciais clínico-individuais, de resposta à demanda espontânea, não se mostram suficientes para dar conta das amplas necessidades da população idosa. A Organização Mundial da Saúde (OMS) <sup>(19)</sup>, enfatizando a alta prevalência e gravidade das morbidades bucais, apontou as principais barreiras que impedem ou dificultam uma atenção à saúde bucal equitativa, ao alcance de todas as populações: a falta de apoio a políticas e legislação, os custos crescentes da assistência, a conscientização limitada da população sobre a importância da saúde bucal, o acesso desigual a serviços, principalmente para grupos vulneráveis, barreiras culturais, de gênero e outras barreiras sociais e a qualidade precária da atenção à saúde bucal.

Pucca Jr. et al. <sup>(20)</sup> afirma que a prevalência do edentulismo na terceira idade desnuda a ineficiência e a ineficácia das formas de planejamento e de programas voltados para os idosos. Ressalta ainda que o quadro de edentulismo na terceira idade no Brasil não se explica pelo aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, parecendo ser mais consequência do quadro socioeconômico dos idosos. Frente a esse quadro, há que se definir prioridades que orientem uma reestruturação do sistema e uma mudança de atitude frente aos problemas de saúde bucal que, em última instância, resultem nestas precárias condições de saúde bucal dos idosos.

Na rotina diária das pessoas, as alterações produzidas pela perda total dos dentes deveriam se constituir em objeto de preocupação da classe odontológica <sup>(21)</sup>. No entanto, a abordagem dos profissionais, na maioria das vezes, apenas considera as perspectivas biológicas e restauradoras, ou seja, a recomposição dos dentes deve ser realizada dentro dos melhores princípios da técnica, negligenciando-se as repercussões da perda dental na qualidade de vida dos pacientes <sup>(18,22)</sup>.

A perda de dentes é uma via comum para muitas condições e doenças dentárias <sup>(23)</sup>. Esta perda dos dentes pode deixar impactos substanciais na qualidade de vida dos indivíduos <sup>(24)</sup>. Após a extração dos dentes, o osso alveolar residual perde estímulo funcional resultando em um progressivo e irreversível processo de reabsorção óssea <sup>(25)</sup>. Naturalmente, num esforço para prevenir ou melhorar alguns desses decréscimos, na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, dentistas recomendam frequentemente a utilização de aparelhos de prótese removível ou prótese fixa no tratamento reabilitador à perda do dente <sup>(23)</sup>.

O termo “Qualidade de Vida” tem sido abordado na literatura geriátrica internacional. A saúde bucal como um dos pilares desta qualidade de vida desejada no envelhecimento é a base conceitual da odontologia, voltada para pacientes idosos <sup>(26)</sup>.

De acordo com Werner et al. <sup>(27)</sup>, quanto mais longa a vida média da população, mais importante se torna o conceito de qualidade de vida, e a saúde bucal tem um papel relevante na qualidade de vida do idoso, uma vez que a saúde bucal comprometida pode afetar o nível nutricional, o bem estar físico e mental, diminuindo o prazer de uma vida social ativa.

Silva, Castellanos-Fernandes et al. <sup>(28)</sup>, enfatizam que é essencial entender como a pessoa percebe sua condição bucal, pois seu comportamento é condicionado pela importância dada a ela. A autopercepção de saúde mensura, de uma maneira muito mais global, o estado de saúde do indivíduo, incorporando aspectos da saúde cognitiva e emocional, como também da saúde física <sup>(29)</sup>.

Estudos sobre a autopercepção da saúde bucal mostram estar ela relacionada a alguns fatores clínicos, como número de dentes cariados, perdidos ou restaurados, e com fatores subjetivos, como sintomas das doenças e capacidade de a pessoa sorrir, falar ou mastigar sem problemas, além de ser também influenciada por fatores como classe social, idade, renda e sexo <sup>(30-31)</sup>.

De acordo com Silva et al. <sup>(13)</sup>, a percepção da condição bucal é um importante indicador de saúde, pois sintetiza a condição de saúde objetiva, respostas subjetivas, os valores e as expectativas culturais dos indivíduos. Nos países mais desenvolvidos, onde os idosos têm acesso a algum tipo de tratamento odontológico, os estudos sobre percepção são realizados também com o objetivo de detectar as pessoas que necessitam de encaminhamento aos serviços, bem como avaliar os tratamentos recebidos.

Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI); Oral Health Impact Profile (OHIP); Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) e Oral Health-Related Quality of Life (OHRQOL) são exemplos de instrumentos que, aplicados como questionários, permitem avaliar a autopercepção da saúde bucal. Destes, o GOHAI foi desenvolvido especificamente para a população idosa <sup>(32-33)</sup>. Desde o seu desenvolvimento que o GOHAI tem sido traduzido e validado em muitos países ocidentais como a Alemanha, Espanha e França, que a exemplo de Portugal têm uma sociedade envelhecida <sup>(34-35)</sup>.

A versão original do índice GOHAI foi desenvolvida na língua inglesa dos Estados Unidos da América (Atchison e Dolan). Posteriormente, foi utilizada em outros países de língua inglesa como o Canadá. Em ambos os países, o GOHAI mostrou

excelentes propriedades psicométricas, evidenciando a sua validade intercultural. Posteriormente, foi traduzido e validado para a língua espanhola <sup>(36)</sup>, portuguesa <sup>(13)</sup>, chinesa <sup>(37)</sup>, francesa <sup>(38)</sup>, entre outras.

O GOHAI (Geriatric Oral Assessment Index) ou Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica desenvolvido por Atchison e Dolan <sup>(32)</sup>, é composto por 12 questões fechadas abrangendo 3 subdomínios, que consistem em limitações físicas/funcionais, dor/desconforto, psicossocial/psicológicas dos indivíduos. O formato da resposta é do tipo escala de Lickert e cada pergunta apresenta três respostas possíveis: “sempre”, “algumas vezes” e “nunca”, que recebem valores de 1, 2 e 3, respectivamente, sendo os itens 3, 5 e 7 cotados de forma inversa aos demais. No final, soma-se o valor de cada questão, para determinar o índice. O valor de cada indivíduo pode variar de 12 a 36, e quanto mais alto o seu valor, melhor será a QVRSO, classificado como alto (36 a 34), moderada (33 a 31) e baixa (igual ou inferior a 30). Os indivíduos respondem tendo em conta os três meses anteriores ao do questionário <sup>(39)</sup> (Quadro 1

**Quadro 1-** Rol de perguntas do índice GOHAI - (Geriatric Oral Health Assessment Index – Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica) <sup>(40)</sup>.

<b>ÍNDICE GOHAI</b> (Geriatric Oral Health Assessment Index – Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica)
1- Limitou o tipo e quantidade de alimentos que come devido a problemas com seus dentes ou próteses? ( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
2- Teve problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maça? ( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
3- Foi capaz de engolir confortavelmente? ( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
4- Seus dentes ou próteses o impediram de falar da maneira como queria? ( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
5- Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto? ( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca.
6- Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou próteses?

( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
7- Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou próteses? ( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
8- Usou medicamentos para aliviar dor ou desconforto relativo à boca? ( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
9- Preocupou-se com seu sorriso ou teve cuidados com seus dentes, gengivas ou próteses? ( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
10- Sentiu-se incomodado/ nervoso ou tomou consciência de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses? ( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
11- Sentiu desconforto ao alimentar-se frente a outras pessoas devido a problemas com seus dentes ou próteses? ( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
12- Teve sensibilidade nos dentes ou gengiva ao contato com calor, frio ou doces? ( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca

O desenvolvimento do GOHAI foi orientado por hipóteses auxiliares como: saúde bucal - pode ser medida usando pacientes como auto-informantes; níveis de saúde bucal - variam entre pacientes, e esta variação pode ser demonstrada usando medidas auto-informadas; e o prognóstico de saúde bucal auto-informadas podem ser identificados.

A avaliação da qualidade de vida através do GOHAI permite perceber a aptidão de funcionamento de um indivíduo, em toda a sua rotina e a forma como ele próprio compreende todo o seu bem-estar, melhorando, deste modo, a decisão clínica e providenciando melhores cuidados de saúde bucal <sup>(41,42, 33,43)</sup>.

O primeiro teste do índice por Atchison e Dolan <sup>(32)</sup> foi em uma amostra de 87 idosos, num estudo piloto, em um centro de saúde em Los Angeles, nos EUA. Os participantes tinham média de idade de 76 anos, sendo 67% do sexo feminino, onde 93% eram brancos e 60% sentiam necessidade de tratamento bucal. Na primeira parte do formulário foram preenchidos os dados pessoais do entrevistado, sendo analisadas as seguintes variáveis: gênero, idade, escolaridade, estado civil e renda (Quadro 2). Na segunda parte, foram respondidas as questões referentes à percepção de saúde bucal (índice GOHAI).

**Quadro 2.** Variáveis sócio-demográficas associada ao GOHAI <sup>(44)</sup>.

	<b>Autopercepção através do índice GOHAI</b>		
	<b>Ótimo</b>	<b>Bom</b>	<b>Ruim</b>
Gênero			
<b>Feminino</b>	31,8%	39,1%	29,1%
<b>Masculino</b>	31,9%	33%	35,1%
Estado Civil			
<b>Casado(as)</b>	38,3%	31,9%	29,8%
<b>Não casado(as)</b>	26,4%	40%	33,6%
Idade			
<b>60 a 69 anos</b>	30,5%	37,3%	32,2%
<b>70 a 79 anos</b>	32,9%	35,6%	31,5%
<b>80 anos ou mais</b>	38,5%	30,8%	30,8%
Escolaridade			
<b>Analfabeto</b>	29,8%	39%	31,2%
<b>Não Analfabetos</b>	36,5%	30,2%	33,3%

As variáveis clínicas de saúde bucal associadas ao GOHAI (Quadro 3), no estudo de Vasconcelos et al. <sup>(45)</sup> foram o edentulismo e alteração em tecido mole. Os edêntulos tiveram boa percepção da saúde bucal, como se percebe pelos resultados obtidos. No estudo de Benedetti et al. <sup>(46)</sup>, os autores verificaram que a falta de dentes não é percebida pela maioria dos idosos como fator prejudicial à capacidade de mastigação, pois apenas 19,8% responderam ter comprometimento da mastigação por problemas bucais. Os autores acreditam que essa não percepção, provavelmente, deve-se à adaptação da alimentação, má utilização de próteses, mesmo essa condição não permitindo uma mastigação satisfatória.

**Quadro 3-** Variáveis clínicas de saúde bucal, associadas ao GOHAI <sup>(44)</sup>.

	<b>Autopercepção através do índice GOHAI</b>		
	Ótimo	Bom	Ruim
Edentulismo			
<b>Sim</b>	36,2%	33,8%	30,0%
<b>Não</b>	24,3%	40,5%	35,1%
Uso de prótese			
<b>Não uso de prótese</b>	17,9%	32,8%	49,3%
<b>Usa algum tipo de prótese</b>	38,7%	38%	23,4%
Necessidade de prótese			
<b>Não</b>	59,6%	34%	6,4%
<b>Sim</b>	23,6%	36,9%	39,5%
Alteração no tecido mole			
<b>Ausente</b>	31,3%	34,9%	33,7%
<b>Presença</b>	34,2%	42,1%	23,7%

Narvai e Antunes <sup>(47)</sup> encontraram que o uso da prótese dentária total contribui significativamente para suavizar o grau de comprometimento das funções bucais, pois situações indesejáveis como “ficar insatisfeito ao ver os dentes no espelho” ou “sentir que os dentes não estão bem”, acontecem expressivamente menos entre os que usam o aparelho protético total.

Santos et al. <sup>(2)</sup> encontraram associação significante entre GOHAI e necessidade de prótese. A maior parte dos idosos que necessitava de prótese teve baixa autopercepção das condições bucais, não tendo sido encontrada associação entre o índice e uso de prótese.

Nunes e Abegg et al. <sup>(48)</sup> encontraram, em sua investigação, que a dor de dente e a necessidade de próteses dentárias foram os principais fatores que afetaram a autopercepção da saúde bucal de idosos do sul do Brasil.

Assim como a saúde geral, a condição clínica da cavidade bucal pode ter efeitos na autopercepção dos indivíduos. O estado de saúde bucal pode influenciar na qualidade de vida das pessoas. A qualidade de vida está relacionada com a capacidade das pessoas de desenvolver importantes e corriqueiras funções na vida <sup>(49)</sup>.

A precária condição de saúde bucal não é percebida pelo idoso, pois muitas doenças detectadas pelo dentista não apresentam sintomatologia dolorosa e a grande quantidade de dentes extraídos é aceita como uma perda natural do envelhecimento. Para Nunes e Abegg et al. <sup>(48)</sup>, os idosos percebem a sua saúde bucal fazendo uso, por exemplo, de sinais e sintomas tais como dor, ou de problemas que afetam a mastigação e interferem na aparência, diferentemente da avaliação realizada pelos profissionais. Além disso, a percepção da saúde bucal é influenciada por crenças e pelo valor atribuído à saúde perdida pelo indivíduo afetado. Hiramatsu et al. <sup>(52)</sup> acreditam que, de modo especial, os idosos têm sua percepção afetada pela crença de que algumas dores e incapacidades são naturais do envelhecimento.

Através do estudo, realizado por Vasconcelos et al. <sup>(45)</sup>, na análise dos dados subjetivos, verificou-se que a média GOHAI obtida foi classificada como moderada, de acordo com os critérios desse índice. Contudo, considerou-se que a autopercepção foi positiva sobre a condição de saúde bucal excelente ou boa, independente do grande número de edentulismo, de alteração em tecido mole e da necessidade de próteses.

A associação entre autopercepção da saúde bucal e a manutenção dos dentes corrobora com os estudos realizados em países desenvolvidos. Steele et al. <sup>(30)</sup> afirmaram que o número de dentes presentes é importante determinante da percepção subjetiva da saúde bucal. Ekanayke e Perera <sup>(50)</sup> relataram que a avaliação e saúde bucal foi mais favorável nos idosos com mais de 20 dentes. No contexto brasileiro, Hugo et al. <sup>(51)</sup> apontaram avaliação negativa da capacidade de mastigação nos idosos que apresentavam menos de 20 dentes.

Biazevic et al. <sup>(52)</sup> estudaram idosos em uma cidade do sul do Brasil e enfatizaram a importância da manutenção dos dentes naturais e da reabilitação oral por tratamento protético para a qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Nunes e Abegg et al. <sup>(48)</sup> concluíram que os idosos que necessitavam de prótese total atribuíam maior impacto

negativo na autopercepção da saúde bucal, em particular no que diz respeito à função mastigatória.

## **CONCLUSÃO**

De acordo a revisão desenvolvida nesse trabalho observou-se a importância de conhecer o estado de saúde do indivíduo como um todo e não apenas clinicamente, conhecendo o seu bem-estar físico e psicossocial, melhorando, deste modo, a decisão clínica e a escolha de melhores cuidados ao paciente idoso, possibilitando aos mesmos uma boa qualidade de vida.

Os estudos mostraram que os fatores sócio-demográficos como o gênero e estado civil influenciam a percepção da saúde bucal mais do que a escolaridade e a idade.

Em relação ao questionário de GOHAI, verificou-se que na autopercepção das três dimensões: funcional, psicológica e de dor, o pior indicador para a qualidade de vida em relação à saúde bucal apresentado foi em relação à necessidade da utilização de prótese, em particular no que diz respeito ao comprometimento da função mastigatória.

A autopercepção de saúde bucal do idoso não retrata a realidade clínica diagnosticada, sendo a sua saúde vista como favorável e positiva, quando na verdade a mesma é considerada precária clinicamente.

Conhecer a percepção dos idosos sobre sua condição bucal deve ser o primeiro passo na elaboração de uma programação. Os idosos necessitam de uma atenção integral, de se trabalhar com educação em saúde, promoção, prevenção e reabilitação da cavidade bucal. As medidas reabilitadoras devem ser empregadas a fim de melhorar não só clinicamente a vida desses indivíduos, mas de proporcionar uma melhor autonomia, com melhor qualidade de vida aos idosos.

## **REFERÊNCIAS**

1. Lima-Costa M F, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 2003;19 (3), jun.
2. Santos F B. Autopercepção em saúde bucal de idosos em unidades de saúde da família do Distrito Sanitário III de João Pessoa- PB. In: Arquivos em Odontologia. Belo Horizonte 2007; 43 (2):23-7.

3. Braga SRS, Telarori JRR, Braga AS, Catirse ABEB. Avaliação das condições e satisfação com as próteses em idosos na região Central do Estado de São Paulo (Brasil). *Rev Odontol UNESP* 2002; 31 (1):39-8.
4. Fonseca P H A. Condições de saúde bucal em população idosa institucionalizada. *Rev. Gaúcha Odontol, Porto Alegre* 2001; 2 (59):193-7.
5. Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Rev Port Saúde Pública* 2013; 31 (2):166-72.
6. Souza DPS. Prevenção e abordagem da fisioterapia na osteoporose. Trabalho de Conclusão de Curso de Fisioterapia da Universidade Veiga de Almeida – Cabo Frio 2007.
7. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009; 43 (3):548-54.
8. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais 2010. Rio de Janeiro. [cited 2015 Ago 20]; Available from: <http://www.ibge.gov.br> .
9. Fazito LT, Perim JV, Di Ninno CQMS. Comparação das queixas alimentares de idosos com ou sem prótese dentária. *Rev. CEFAC*. 2015 [cited 2015 Ago 18]; 6:2; Available from: <http://www.cefac.br/revista/revista62/Artigo%204.pdf>.
10. Fajardo RS, Grecco P. O que o cirurgião-dentista precisa saber para compreender seu paciente geriátrico. Parte 2-Aspectos fisio-funcionais. *JOPE-J Bras Odontol Pacientes Espec* 2003; 1 (5):432-8.
11. Veloso KMM, Costa LJ. Avaliação clínica e orientação terapêutica as manifestações fisiológicas e patológicas da cavidade bucal de pacientes idosos de São Luís do Maranhão. 2002. 97 f. (Dissertação). Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2002.
12. Pereira AC. et al. Oral health and periodontal status in Brazilian elderly. In: Rodrigues SM, Vargas AMD, Moreira NA. Saúde bucal e qualidade de vida no idoso. *Revista Científica da faculdade de ciência e saúde (FACS) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE)* 2004;1 (12).
13. Silva SRC. Autopercepção das Condições Bucais em Pessoas com 60 anos e mais de Idade. São Paulo,1999 (Tese). Faculdade de Saúde Pública da USP.
14. Pucca JRGA. A Saúde bucal do idoso-Aspectos demográficos e epidemiológicos. [cited 2015 Ago 20]; Available from: [www.odontologia.com.br/artigos/geriatria](http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria).
15. Rosa LB. Odontogeriatrics - A saúde bucal na terceira idade. *RFO Maio-Ago* 2008;13 (2):82-6.

16. Shinkai RSA, Cury AADB. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral do idoso. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro Out-Dez., 2000; 16 (4):1099-109.
17. Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatrics :prepare-se para o no milênio. In: Feller, C; Gorac, R. *Atualização na clínica odontológica*. São Paulo: Artes médicas 2000; 1 (15):471-87.
18. Wolf SMR. O significado da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1998; 52 (4):307-15.
19. Organização Mundial da Saúde. 138a SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO. Projeto de plano decenal regional de sobre saúde bucodental. Washington, D.C., EUA, 19–23 de junho de 2006. Tema 4.6 da agenda provisória CE138/14 (Port.) 31 de Maio de 2006.
20. Pucca JRGA. Perfil do Edentulismo e do Uso de Prótese Dentária em Idosos Residentes no Município de São Paulo. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1998.
21. Chianca TK, Deus MR, Dourado AS, Leão AT, Vianna RBC. El impacto de la salud bucal en calidad de vida. *Rev Fola/oral* 1999; 16:96-6.
22. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Boa Vista, em Belo Horizonte. *Cien Saude Colet* 2005; 10(4):1015-24.
23. Dolan TA. Risk indicators of edentulism, partial tooth loss and prosthetic status among black and with middle-aged and older adults. *Community Dent Oral Epidemiol*, Denmark 2001, 29:329-40.
24. Duncan et al. Multi-dimensionality of oral health in dentate adults. *Med Care* 1998, 36: 988-1001.
25. Sverzut CE. Rehabilitation of severely resorbed edentulous mandible using the modified visor osteotomy technique. *Braz Dent J*, Riberão Preto. 2009; 20 (5):419-23.
26. Darnton-hill I. Healthy, Aging and Quality of life World Healthy. *Forum* 1995; 16:335-72.
27. Werner CW. Odontologia Geriátrica. *Revista da Faculdade de Lins*. Jan/Jun., 1998; 11 (1):62-8.
28. Silva SRC, Castellanos-Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35:349-55.
29. Ofstedal MB. Self-assessed health expectancy among older Asians: a comparison of Sullivan and multistate life table methods. *Ann Arbor: Population Studies Center*, 2002.

30. Steele JG. Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25:143-49.
31. Slad GD, Spencer AJ. Social impact of oral conditions among older adults. *Austr Dent J* 1994; 39:358-64.
32. Atchison KA; Dolan TA. Development of the geriatric oral health assessment index. *J Dent Educ* 1990; 54:680-91.
33. Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dent Oral Epidemiol* 2007, 35 (4):401-52.
34. Pinzón-Pulido SA, Gil-Montoya JA. Validación del índice de valoración de salud oral en geriatría en una población geriátrica institucionalizada de Granada. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009; 34 (12):273-82.
35. Hassel AJ, Rolko C, Koke U, Leisen J, Rammelsberg P. A German version of the GOHAI. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008; 36:34-42.
36. Atchison KA, Der-Martirosian C, Gift HC. Components of self-reported oral health and general health in racial and ethnic groups. *J Public Health Dent* 1998; 58:301-8.
37. Wong MC, Lo EC, Mcmillan AS. Validation of a Chinese version of the Oral Health Impact profile (OHIP). *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30 (6):423-30.
38. Tubert-Jeannin, S. Validation of an oral quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31:275-84.
39. Silva SRC, Castellanos-Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. Jul/Ago., 2005; 21 (4).*
40. Henriques C. Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara-SP. In: *Ciência Odontológica Brasileira. São José dos Campos. 2007; 10(3):67-73.*
41. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcome* 2003, 1:40-3.
42. Petersen P E. Continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Program me. Geneva: World Health Organization, 2003.
43. Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century: implications to oral health research of World Health Assembly 2007. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37(7):1-8.
44. Miranda LP, Silveira MF, Miranda LP, Bonan PRF. *Rev. Bras. Geriatri, Gerontol. Rio de Janeiro, 20011; 14(2):251-69.*

45. Vasconcelos LCA. Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos de um município de médio porte do nordeste brasileiro. In: Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro 2012, 6 (28).
46. Benedetti TRB, Mello ALSF, Gonçalves LHT. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. Ciênc Saúde Coletiva 2007; 12:1683-90.
47. Narvai PC, Antunes JLF. Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. In: Lebrão M L, Duarte Y A. O; organizadores. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. O projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde 2003; 121-37.
48. Nunes CIP, Abegg C. Factors associated with oral health perceptions in older Brazilians. Gerodontology 2008; 25:42-8.
49. Sheiam A. The relationship among dental status nutrient intake and nutritional status in older people. J. Dent. Res 2001; 80(2):408-13.
50. Ekanayake L, Perera I. Factors associated with perceived oral health status in older individuals. Int Dent J. 2005; 55(1):31-7.
51. Hugo FN, Hilgert JB, Sousa MLR, Silva DD, Pucca JRGA. Correlates of partial tooth loss and edentulismo in Brazilian elderly. Community Dent Oral Epidemiol 2007; 35(3):224-32.
52. Biazevic MGH, Michel-Crosato E, Iagher F, Pooter CE, Correa SL, Grasel CE. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. Braz Oral Res 2004; 18(1):85-91.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo a revisão desenvolvida nesse trabalho observou-se a importância de conhecer o estado de saúde do indivíduo como um todo e não apenas clinicamente, conhecendo o seu bem-estar físico e psicossocial, melhorando, deste modo, a decisão clínica e a escolha de melhores cuidados ao paciente idoso, possibilitando aos mesmos uma boa qualidade de vida.

Os estudos mostraram que os fatores sócio-demográficos como o gênero e estado civil influenciam a percepção da saúde bucal mais do que a escolaridade e a idade.

Em relação ao questionário de GOHAI, verificou-se que na autopercepção das três dimensões: funcional, psicológica e de dor, o pior indicador para a qualidade de vida em relação à saúde bucal apresentado foi em relação à necessidade da utilização de prótese, em particular no que diz respeito ao comprometimento da função mastigatória.

A autopercepção de saúde bucal do idoso não retrata a realidade clínica diagnosticada, sendo a sua saúde vista como favorável e positiva, quando na verdade a mesma é considerada precária clinicamente.

Conhecer a percepção dos idosos sobre sua condição bucal deve ser o primeiro passo na elaboração de uma programação. Os idosos necessitam de uma atenção integral, de se trabalhar com educação em saúde, promoção, prevenção e reabilitação da cavidade bucal. As medidas reabilitadoras devem ser empregadas a fim de melhorar não só clinicamente a vida desses indivíduos, mas de proporcionar uma melhor autonomia, com melhor qualidade de vida aos idosos.

## **Anexo 1 – Normas da Revista Saúde & Ciência Online**

### **Diretrizes para Autores**

#### **APRESENTAÇÃO GERAL:**

Os textos devem ser apresentados como arquivo elaborado no programa *Word for Windows*, escritos em língua portuguesa, em fonte Arial, tamanho 11, espaçamento de 1,5 entre linhas, recuo de 1,0 cm em primeira linha de parágrafo, margens de 3,0 cm em cada lado. Os textos devem ter no máximo 20 laudas, incluindo os anexos. Os trabalhos devem conter as seguintes partes:

#### **Título**

Deve vir em negrito, centralizado, fonte 12 e em caixa alta. Os trabalhos devem conter a versão em inglês do título (*title*), logo abaixo do resumo.

#### **Autores e Vínculo Institucional**

A Revista receberá artigos apenas de autoria de pesquisadores doutores. Excepcionalmente, aceitar-se-á textos de autoria de professores da UFCG, com mestrado. Profissionais com outras titulações, pós-graduandos e graduandos, poderão figurar como coautores, em um máximo de 8 nomes por artigo.

O nome completo do (s) autor (es) deve vir logo abaixo do título, centralizados, em itálico e com indicação de titulação e instituição a que pertence (em). Também junto com essas informações, deve constar o endereço completo (inclusive eletrônico) do autor responsável pela correspondência.

#### **Resumo e Descritores**

O resumo, posicionado logo abaixo do nome do (s) autor (es), deve conter, em no máximo 250 palavras, as informações mais relevantes sobre objetivos, métodos, resultados e conclusões do trabalho. Logo após o resumo podem ser listados até 4 descritores.

#### ***Abstract e Keywords***

Correspondem à versão para a língua inglesa do resumo e dos descritores, respectivamente, posicionados logo abaixo desses.

Os descritores e as *keywords* devem, obrigatoriamente, ser extraídos entre os disponíveis em **<http://decs.bvs.br>**.

Além disso, os artigos originais de natureza clínica ou experimental devem conter também: Introdução, material e métodos, resultados e discussão, conclusões, agradecimentos (opcional) e referências bibliográficas. Na metodologia de trabalhos

experimentais com animais e de trabalhos envolvendo seres humanos, deve ser citado o número do processo de aprovação do projeto de pesquisa na comissão de ética no uso de animais (CEUA) ou no comitê de ética em pesquisa (CEP) da respectiva instituição, sendo que um documento comprobatório pode ser solicitado pelo Comitê Editorial como requisito para a publicação. As ilustrações (desenhos, gráficos, fotografias, plantas, mapas, entre outras) são consideradas figuras e devem ser limitadas a um máximo de quatro por artigo. As figuras serão apresentadas no corpo do texto, com legendas numeradas em sequência mediante algarismos arábicos precedidos do nome “Figura”, logo abaixo da figura a que se refere.

## **NORMAS BIBLIOGRÁFICAS:**

### **Citações no Texto:**

A revista adota a citação numérica. NÃO É PERMITIDA A CITAÇÃO DO NOME DO AUTOR NO TEXTO. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses. Números sequenciais devem ser separados por hífen (1-4); números aleatórios devem ser separados por vírgula (1,3,4,8).

### **Referências Bibliográficas:**

Devem ser numeradas e normatizadas de acordo com o estilo *Vancouver*, conforme orientações fornecidas pelo *International Committee of Medical Journal Editors no Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*. A lista de referências deve ser escrita em espaço simples, em sequência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de “et al.”. Os sobrenomes dos autores devem ser seguidos pelos seus prenomes abreviados sem ponto ou vírgula. Usar a vírgula somente entre os nomes dos diferentes autores. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o *Index Medicus / MEDLINE* e para os títulos nacionais, com LILACS e BBO. Referências a comunicação pessoal e artigos submetidos à publicação não devem constar da listagem de Referências.

## **ALGUNS EXEMPLOS:**

### **Artigo de Periódico:**

Ahrar K, Madoff DC, Gupta S, Wallace MJ, Price RE, Wright KC. Development of a large animal model for lung tumors. *J Vasc Interv Radiol*. 2002; 13(9 Pt 1):923-8.

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin. Orthop*. 2002 ;(401):230-8.

### **Artigo em periódicos em meio eletrônico:**

Kaeriyama E, Imai S, Usui Y, Hanada N, Takagi Y. Effect of bovine lactoferrin on enamel demineralization and acid fermentation by *Streptococcus mutans*. *Ped Dent J* [serial on the Internet]. 2007 Dec [cited 2008 Jan 15 12]; 17:2:118-26; Available from: [http://www.jstages.jp/browse/pdj/17/2/\\_contents](http://www.jstages.jp/browse/pdj/17/2/_contents).

**Livro:**

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4ª ed. St. Louis: Mosby; 2002.

**Capítulo de Livro:**

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

**Dissertações e Teses:**

Rubira CMF. Estudo longitudinal sobre similaridade, transmissão e estabilidade de colonização de *Streptococcus mutans* em famílias brasileiras. [Tese]. Bauru: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2007.

**Os Editores****Condições para submissão**

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.
3. URLs para as referências foram informadas quando possível.
4. O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.
6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.

**Política de Privacidade**

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

