

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS-UFMG**

**ANA LUIZA PEREIRA**

**INFLUÊNCIA DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA  
DOS INDIVÍDUOS**

**CAMPOS GERAIS/MINAS GERAIS  
2010**

**ANA LUIZA PEREIRA**

**INFLUÊNCIA DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA  
DOS INDIVÍDUOS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização em  
Atenção Básica em Saúde da Família,  
Universidade Federal de Minas Gerais, para  
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Profa. Cláudia Cristina Rangel

**CAMPOS GERAIS/MINAS GERAIS  
2010**

Pereira, Ana Luiza

Influência da condição de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos /Ana Luiza Pereira \_\_ Campos Gerais: UFMG, 2010.

77p.

Orientador: Profa. Cláudia Cristina Rangel

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização).  
Universidade Federal de Minas Gerais / Faculdade de Odontologia. Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Saúde Bucal Coletiva.

1. Condição de saúde bucal 2. Qualidade de vida 3. Autopercepção I. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia II. Título

**ANA LUIZA PEREIRA**

**INFLUÊNCIA DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA  
DOS INDIVÍDUOS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização em  
Atenção Básica em Saúde da Família,  
Universidade Federal de Minas Gerais, para  
obtenção do Certificado de Especialista.

Banca Examinadora

---

Orientadora: Profa. Cláudia Cristina Rangel

---

Professor convidado

---

Professor convidado

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dedico este trabalho ao meu irmão, com quem eu aprendi não deixar escapar as oportunidades da vida e não ter medo de arriscar.

Ao meu noivo, pelo amor e companheirismo.

Ao meu pai, que, com o suor do seu trabalho, esforçou-se para me estudar.

À minha mãe, pelos conselhos sábios e pela dedicação em todas as etapas de minha vida.

A Deus, minha esperança nos momentos de angústia, minha perseverança nas horas de desânimo, minha calma nos momentos de aflição, minha coragem para enfrentar os meus medos e minha força para vencer os obstáculos impostos por minhas próprias escolhas.

Hoje realizo mais uma conquista na minha vida acadêmica, fruto de muito empenho e dedicação. Ao longo desta jornada, muitas pessoas foram importantes. Por isso, venho prestar meus agradecimentos:

À minha tutora presencial, Lucimari, pelo apoio no decorrer deste Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

À minha orientadora Cláudia Cristina Rangel, por me emprestar um pouco da sua sabedoria e experiência para a minha realização deste Trabalho de Conclusão de Curso.

À Virgiane, que, mesmo não tendo sido minha tutora, sempre se mostrou prestativa e uma grande companheira.

Aos funcionários do Pólo de Campos Gerais, pela colaboração.

Aos colegas de curso, dos quais terei saudades.

Aos colegas de trabalho, aos pacientes e a todas as pessoas, que, direta ou indiretamente, apoiaram-me neste estudo.

Aos meus pais, que me deram a vida, a sabedoria e a quem eu devo toda a minha gratidão.

E, acima de tudo, agradeço a Deus, por me amparar em todos os momentos da minha trajetória de vida, por me iluminar na realização das infindáveis atividades deste curso e por me ensinar os verdadeiros valores de um ser cristão: humildade, dignidade, honestidade, fraternidade, solidariedade, compaixão, amor e perdão.

“Para tudo há um tempo, para cada coisa há um momento debaixo dos céus:

tempo para nascer e tempo para morrer;

tempo para plantar e tempo para colher o que foi plantado;

tempo para matar e tempo para sarar;

tempo para demolir e tempo para construir;

tempo para chorar e tempo para rir;

tempo para gemer e tempo para dançar;

tempo para atirar pedras e tempo para ajuntá-las;

tempo para dar abraços e tempo para apartar-se;

tempo para procurar e tempo para perder;

tempo para guardar e tempo para jogar fora;

tempo para rasgar e tempo para costurar;

tempo para calar e tempo para falar;

tempo para amar e tempo para odiar;

tempo para a guerra e tempo para a paz.”

## RESUMO

A condição de saúde bucal constitui fator de grande interferência na qualidade de vida dos indivíduos. A cárie dental e a doença periodontal representam as doenças mais prevalentes na população brasileira e as maiores causas de perdas dentárias, consequência que mais oferece impactos na qualidade de vida dos indivíduos, em todas as dimensões, seja física, funcional, nutricional e até mesmo psicossocial. Investigando os determinantes dos problemas bucais, pudemos encontrar na literatura uma gama de trabalhos, que evidenciam a influência marcante dos fatores sociais, econômicos e culturais, na distribuição desigual dos problemas de saúde bucal na população, com maior prevalência de doenças bucais na população menos favorecida. O contexto em que se inserem os indivíduos revelou-se um grande modulador dos hábitos e estilos de vida, assim como da percepção e do cuidado das pessoas com a sua saúde bucal. E, por isso, passou a ser considerado um importante instrumento de discussão nas políticas públicas de saúde. Com relação às mudanças ocorridas na Odontologia, nas últimas décadas, a prevenção ganhou destaque e o indivíduo passou a ter mais acesso aos serviços públicos de promoção à saúde bucal, prevenção aos agravos, recuperação da saúde bucal e reabilitação, através da incorporação das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. Tais ações podem contribuir para a redução das desigualdades de acesso aos serviços de saúde bucal e das práticas mais radicais, bem como possibilitam a melhoria da condição de saúde bucal dos indivíduos, podendo, assim, contribuir para a melhora do nível de qualidade de vida da população.

Palavras-chave: Condição de Saúde Bucal. Qualidade de Vida. Autopercepção.



## **ABSTRACT**

The oral health is a factor of major impact on their quality of life of individuals. Dental caries and periodontal diseases represent the most prevalent diseases in the Brazilian population and a major cause of tooth loss, a result that provides more impact on quality of life of individuals in all sizes, whether physical, functional, nutritional and psychosocial even. Investigating the determinants of oral health, we find in the literature a range of work that demonstrates the strong influence of social, economic and cultural rights in the unequal distribution of oral health problems in the population, with prevalence of oral diseases in the less favored. The context within which they are individuals proved to be a major modulator of the habits and lifestyles, as well as the perception and care of people with their oral health. And so it came to be considered an important tool for discussion in public health policies. With respect to changes in dentistry in recent decades, prevention has been highlighted and the individual came to have more access to public oral health promotion, prevention of injuries, restoration of oral health and rehabilitation through the incorporation of health teams Oral Health Strategy in the Family. Such actions may contribute to reducing inequalities in access to oral health services and practices more radical, as well as possible improvements in the oral health of individuals, and thus can contribute to improving their quality of life population.

**Keywords:** Oral Health Condition. Quality of Life. Self.

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO.....   | 10 |
| 2 REVISÃO DA LITERATURA.....  | 13 |
| 2.1 Qualidade de vida.....  | 13 |
| 2.1.1 Saúde geral e qualidade de vida.....                                    | 13 |
| 2.1.2 Saúde bucal e qualidade de vida.....                                    | 15 |
| 2.2 Autopercepção e saúde bucal.....  | 18 |
| 2.2.1 Considerações sobre a autopercepção em saúde bucal segundo a idade..... | 20 |
| 2.2.1.1 Infância.....   | 21 |
| 2.2.1.2 Adolescência.....   | 22 |
| 2.2.1.3 Fase adulta.....  | 24 |
| 2.2.1.4 Terceira idade.....   | 25 |
| 2.3 Influência do contexto social na condição de saúde bucal.....             | 28 |
| 2.3.1 Aspectos sociodemográficos.....   | 31 |
| 2.3.2 Aspectos socioeconômicos.....   | 31 |
| 2.3.3 Nível de instrução.....   | 32 |
| 2.3.4 Acesso aos serviços de saúde.....                                       | 33 |
| 2.4 Repercussões dos agravos bucais na qualidade de vida.....                 | 34 |
| 2.4.1 Cárie dental.....   | 35 |
| 2.4.2 Condição periodontal.....   | 36 |
| 2.4.3 Dor de dente.....   | 37 |
| 2.4.4 Disfunção articular.....  | 38 |
| 2.4.5 Halitose.....   | 38 |
| 2.4.6 Xerostomia.....   | 38 |
| 2.4.7 Tumores bucais.....   | 39 |
| 2.4.8 Maloclusão.....   | 39 |
| 2.4.9 Perda dental.....   | 40 |
| 2.5 A perda dental e suas implicações na qualidade de vida.....               | 40 |
| 2.6 Estratégias para a melhoria da condição de saúde bucal da população.....  | 43 |
| 2.6.1 Evolução histórica da odontologia.....                                  | 44 |
| 2.6.1.1 As mazelas da odontologia curativa tradicional.....                   | 44 |

|   |    |
|---|----|
| 2.6.2 Implantação da estratégia de saúde da família e reorientação do modelo de atenção à saúde ..... | 45 |
| 2.6.3 Estratégias de promoção de saúde e prevenção aos agravos bucais.....                            | 47 |
| 2.6.3.1 Educação.....   | 50 |
| 2.6.3.2 Motivação .....   | 53 |
| 2.7 Plano de ação .....   | 54 |
| 2.7.1 Cadastro e classificação familiar .....   | 55 |
| 2.7.2 Diagnóstico da situação de saúde .....  | 55 |
| 2.7.3 Programação das ações coletivas.....  | 56 |
| 2.7.4 Programação do tratamento curativo.....   | 56 |
| 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....  | 58 |
| REFERÊNCIAS .....   | 59 |

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema qualidade de vida é cada vez mais freqüente (CHEN; HUNTER, 1996; LOCKER, 2000, 2004; SHEIHAM *et al.*, 2001a). Para Petersen (2003), todos os indivíduos devem dispor de uma condição de saúde bucal que lhes permita falar, mastigar, reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, viver livre de dor e desconforto, e se relacionar com outras pessoas sem constrangimento.

Um aspecto importante a ser discutido ao longo deste trabalho é a relação direta entre saúde geral e bucal e qualidade de vida. A saúde bucal constitui parte da saúde geral e elemento essencial para a qualidade de vida (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007).

As pessoas percebem a importância da saúde bucal para a qualidade de vida sob uma variedade de formas nos domínios físico, social e psicológico, sendo que a capacidade de se alimentar e a ocorrência de dor e desconforto costumam ser consideradas os aspectos positivos e negativos mais relevantes para a qualidade de vida, respectivamente (McGRATH; BEDI, 2004). Já, outros autores consideram a estética dental um aspecto fundamental para a autoestima e autoconfiança (DAMASCENO *et al.*, 2002), além de ser um fator de grande apreciação, componente essencial da aparência, para quem busca uma vaga de emprego (ELIAS *et al.*, 2001). Principalmente, em se tratando da alta competitividade no mercado de trabalho, a boa aparência, refletida através de um sorriso bonito, tornou-se um diferencial de peso (INOUE, *et al.*, 2006). Com a intensa valorização da aparência na sociedade atual, aqueles que não são adequadas aos padrões físicos ideais são julgados e estigmatizados, com suas chances de inclusão social duramente suprimidas. A partir dessa realidade, a dentição pode ser uma expressão de caminhos de vida desiguais (MOREIRA; NATIONS; ALVES, 2007).

Estudos prévios sobre repercussão da condição bucal na qualidade de vida demonstraram que alterações da saúde bucal interferem negativamente na qualidade de vida das pessoas afetadas por problemas bucais (CIDADE; VARELA, 1998; DINI; McGRATH; BEDI, 2003; LEÃO; SLADE, 1997). Os problemas vivenciados por pacientes que sofreram perdas dentárias foram tanto funcionais como psicossociais e os sentimentos relatados foram bastante negativos (VARGAS; PAIXÃO, 2005).

Outro fator importante a se destacar é o papel dos fatores sócio-econômico, comportamental e ambiental como determinante do autocuidado e dos agravos bucais

(PETERSEN, 2003). Recentemente, autores discutem a influência do contexto social sobre os aspectos psicológicos e comportamentais. Ainda, apontam o contexto social como determinante dos problemas bucais, com destaque para a cárie dentária (HOLST; SCHULLER, 2000). Um significativo número de investigações evidenciou a relação entre piores condições sócio-econômicas e precárias condições de saúde bucal (LOCKER, 2000). E mais, o relato sobre saúde bucal apresentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2003, apontou a influência dos fatores sócio-culturais e dos aspectos ambientais sobre a condição de saúde bucal, com piores resultados entre os grupos com precária condição de vida e com tradições, crenças e cultura, as quais não favorecem a qualidade do cuidado com a saúde bucal (PETERSEN, 2003).

Em 1982, estudos de Capra (1982), já chamavam a atenção para os fatores moduladores da saúde do indivíduo. Segundo o autor, a saúde é determinada pelo tipo de comportamento, pelo tipo de alimentação e pela natureza do meio ambiente em que vive o indivíduo. E a doença advém de um estilo de vida desfavorável à saúde, seja ele social, econômico, cultural ou emocional (PETERSEN, 2003).

O cuidado à saúde bucal não pode estar desarticulado das condições socioeconômicas e culturais (SOUZA, 1982), e, atualmente, a saúde bucal tem merecido importantes considerações no contexto das políticas de saúde, uma vez que a prática mutiladora, comum às classes sócio-econômicas menos favorecidas, possui implicações psicossociais, que acarretam a manifestação de diferentes comportamentos, como intimidação e acanhamento, devido às mudanças biológicas, físicas e emocionais (FERREIRA *et al.*, 2006).

Conforme o último levantamento epidemiológico, em saúde bucal, realizado no Brasil, em 2003, Projeto SB Brasil, o índice de perdas dentárias entre adultos e idosos é alarmante (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, sabendo que a condição de saúde bucal possui forte influência na qualidade de vida dos indivíduos (DAVIS *et al.*, 2000; FISKE *et al.*, 1998; KRALL; HAYES; GARCIA, 1998; SHEIAM *et al.*, 2001b) e está diretamente determinada pelo contexto social, consideramos imprescindível um estudo integrado, a fim de proporcionar aos indivíduos melhores condições de saúde bucal e qualidade de vida. Conhecer os determinantes socioeconômicos e culturais das doenças bucais é condição *sinequanon* para o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal que, enfim, contribuirão para a melhoria significativa da qualidade de vida dos indivíduos.

Tendo em vista a importância do tema qualidade de vida associado à condição de saúde bucal dos indivíduos, buscaremos um aprofundamento maior deste assunto, através do processo de revisão dos mais recentes trabalhos disponíveis na literatura científica.

O presente trabalho teve como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre o impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos, a fim de fornecer subsídios que valorizem a prevenção e, ainda, propor um plano de intervenção que estimule os profissionais de saúde bucal a desenvolver ações que enfatizem a promoção e proteção da saúde bucal, por meio da educação e motivação, não esquecendo das ações de recuperação da saúde bucal dos indivíduos com necessidade de tratamento curativo/reabilitador, de forma a proporcionar uma melhor condição de saúde bucal a todos os indivíduos, a qual, conseqüentemente refletirá positivamente sobre o nível de qualidade de vida.

A metodologia aplicada constou de pesquisas de livros-texto que abordam o tema em estudo; artigos científicos publicados em periódicos e sites de busca da Internet.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Qualidade de vida**

#### **2.1.1 Saúde geral e qualidade de vida**

O conceito qualidade de vida é um termo utilizado em duas vertentes: (1) na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas; (2) no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades na área da saúde (BOWLING; BRAZIER, 1995; ROGERSON, 1995).

Segundo a OMS (WHOQOL, 1997), a qualidade de vida pode ser definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Bowling (1995) redefiniu a teoria de Andrews (1974), considerando o termo qualidade de vida como a extensão em que prazer e satisfação têm sido alcançados.

Em diversos estudos encontramos a afirmação de que o conceito de qualidade de vida, além de compreender uma representação subjetiva da sensação de bem-estar, é multidimensional e inclui tanto dimensões positivas quanto negativas (ASSUMPCÃO JR. *et al.*, 2000; McGRATH; BRODER; WILSON-GENDERSON, 2004; SEIDL; ZANNON, 2004;).

Na área da saúde, o interesse pelo conceito qualidade de vida é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos (SEIDL; ZANNON, 2004).

Em razão dessa mudança de paradigma, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais, quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (SCHUTTINGA, 1995).

Nas dimensões da saúde coletiva e das políticas públicas para o setor, também é possível identificar interesse crescente pela avaliação da qualidade de vida. Informações sobre qualidade de vida têm sido incluídas tanto como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos diversos, quanto na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde (KAPLAN, 1995).

Geralmente, os indicadores de qualidade de vida associada à saúde são construídos sob a forma de questionários compostos por perguntas que procuram medir, por meio de respostas organizadas, sob a forma de escalas numéricas, o quanto aspectos da vida das pessoas nos domínios físico, psicológico, material e social, entre outros são afetados pelas condições de saúde (SEVENHUYSEN; TRUMBLE-WADDELL, 1997; WALLANDER; SCHMITT; KOOT, 2001).

Embora os indicadores de qualidade de vida associada à saúde sejam considerados índices imperfeitos e, por isso, não possam ser completamente operacionalizados e diretamente medidos (WALLANDER; SCHMITT; KOOT, 2001), esse tipo de ferramenta possui a capacidade de representar, sob a forma numérica, as diferenças entre pessoas e comunidades (SEVENHUYSEN; TRUMBLE-WADDELL, 1997).

A OMS faz recomendações sobre a construção e o uso de instrumentos de medida do impacto da saúde na qualidade de vida, com o intuito de superar os aspectos de subjetividade e multidimensionalidade dos construtos. Quanto à subjetividade, propõe a inclusão de variáveis de avaliação objetiva e subjetiva. A avaliação objetiva deve incluir informações gerais sobre a condição biológica, comportamento e capacidade funcional, as quais dimensionarão o estado de saúde dos indivíduos. A avaliação subjetiva deve conter questionamentos sobre satisfação/insatisfação do indivíduo acerca do estado de saúde, em cada uma das informações, o que determinará o tamanho da percepção dos indivíduos. Com relação à multidimensionalidade, o grupo recomenda a inclusão de, pelo menos, três dimensões: física, psicológica e social. Assim, os instrumentos devem considerar informações sobre aspectos de funcionamento do organismo, estado cognitivo e afetivo e questões sobre as relações interpessoais e os papéis sociais na vida dos indivíduos (LACERDA, 2005).

Diante das desigualdades sociais existentes na maioria dos países, o conceito de período pós II Guerra Mundial, o termo qualidade de vida passou a ser frequentemente utilizado no acompanhamento do desenvolvimento dos países (PASCHOAL, 2000). E,



desde então, assumiu caráter multidimensional e perpassou os setores: saúde, educação, moradia, transporte, lazer e trabalho, ao que os autores denominaram medidas de “qualidade de vida objetiva”. Na década de 1960, a percepção de que as ações sociais eram insuficientes, para medir a qualidade de vida no nível individual, passou-se, então, a valorizar a autopercepção dos indivíduos, ao que se denominou “qualidade de vida subjetiva” (FARQUHAR, 1995; PASCHOAL, 2000).

### **2.1.2 Saúde bucal e qualidade de vida**

A saúde bucal constitui parte da saúde geral e é considerada essencial para a qualidade de vida (CIBIRKA; RAZZOOG; LANG, 1997).

Considerada um indicador de saúde, a qualidade de vida mostra-se marcadamente influenciada pela quantidade de satisfação ou insatisfação com a saúde bucal. As preocupações dos indivíduos são relacionadas essencialmente ao conforto, à função e à estética. Quando esses fatores não atendem às expectativas do paciente, respostas psicossociais, como ansiedade, insegurança, redução da autoestima e introversão, podem ser desencadeadas (CIBIRKA; RAZZOOG; LANG, 1997). Já, McGrath e Bedi (2004) afirmam que as pessoas percebem a importância da saúde bucal para a qualidade de vida sob uma variedade de formas nos domínios físico, social e psicológico. E ainda descrevem que a capacidade de se alimentar e a ocorrência de dor e desconforto costumam ser considerados os aspectos, tanto positivo, quanto negativo, de maior relevância para a qualidade de vida, respectivamente.

A preocupação com a aparência, conforme Inoue *et al.* (2006), tornou-se um fator relevante nas relações humanas. O desejo de possuir boa aparência não é mais encarado como sinal de vaidade. Em um mundo tão competitivo, boa aparência é literalmente uma necessidade (ELIAS *et al.*, 2001).

Hoje em dia, seja qual for a idade, podemos observar a preocupação das pessoas com a estética. Damasceno *et al.* (2002) mostram que, desde a infância, a estética, no contexto psicossocial, possui relação direta com a autoimagem e autoestima, interferindo no desenvolvimento emocional da criança.

Carvalho (2001) salienta, ainda, que um sorriso bonito, com a presença de dentes brancos, influi na autoestima da pessoa, sendo que aqueles desprovidos dessa condição sentem-se excluídos.

No nível psicossocial, uma boca sadia garante a manutenção da boa aparência, da expressão e da comunicação interpessoal, sendo assim, um fator da maior importância na preservação da autoestima (WEYNE, 1997).

Baldwin, em 1980, descreveu diversos estudos que documentaram os efeitos saudáveis da atratividade nos relacionamentos interpessoais, e que a aparência poderia ser considerada a chave para o sucesso nas relações.

A autoimagem está relacionada a um padrão ideal imposto pelas exigências sociais (UNFER, 2006). Assim sendo, a expressão: “o principal na pessoa é o rosto” revela a importância da imagem para os padrões desejáveis pela sociedade (WOLF, 1998). E, mais, Mendes e Moura (2009), em seu estudo sobre o sorriso humano, explica os aspectos psicológicos do sorriso, como forma de expressar as emoções. Assim, a pessoa que não dispõe de uma boa estética dental, deixa de sorrir e manifestar suas emoções, podendo comprometer seu relacionamento interpessoal.

Os dentes, muitas vezes, tornam-se característica decisiva na formulação de nossos julgamentos. Através da face, a região mais exposta do corpo humano, a estética bucal comprometida pode originar uma ansiedade no indivíduo (ELIAS *et al.*, 2001). Como componente essencial da imagem corpórea, os dentes podem desencadear sentimentos que variam de constrangimentos até profunda ansiedade (GOLDSTEIN, 1980).

Barbieri e Rapoport (2009) citam, em seu trabalho, alguns fatores que podem ser afetados por problemas bucais, como a vida social, a alimentação, as atividades de vida diária e o bem-estar do indivíduo, revelando a decorrente queda no nível de qualidade de vida.

Alguns estudos relacionam qualidade de vida e saúde bucal em quatro dimensões: dor e desconforto, aspectos funcionais, inerentes à capacidade de mastigar e engolir os alimentos sem dificuldade, como também falar e pronunciar as palavras corretamente, aspectos psicológicos referentes à aparência e autoestima e, por último, aspectos sociais, que refletem interação social e comunicação com as pessoas (LOCKER, 1997; SLADE, 2002).

Tais dimensões foram inicialmente descritas por Locker, em 1988, ao apresentar um modelo teórico de avaliação da saúde bucal, com base na Classificação Internacional de Danos, Limitações e Incapacidade da OMS. De acordo com o pesquisador, os agravos e os eventos bucais causam danos ou prejuízos que podem levar diretamente a incapacidades ou a expressarem os seguintes sintomas: dor e desconforto, limitação funcional e insatisfação com a aparência. Esses sintomas podem desencadear limitações físicas, psicológicas e/ou sociais e conseqüente incapacidade.

Locker (1988) propôs em seu estudo, um modelo de avaliação da saúde bucal. Neste modelo, o autor estabeleceu as doenças bucais como fontes geradoras de 3 tipos de danos: dor e o desconforto; insatisfação com a aparência e limitação funcional. Tais danos foram considerados fatores determinantes de algumas limitações, como física, psicológica e social. E concluiu que, tanto o dano, quanto as limitações provocadas por ele, podem produzir incapacidade, diretamente e, assim, levar o indivíduo a uma perda de qualidade de vida.

Barbieri e Rapoport (2009) comentam que, nos últimos anos, foram desenvolvidos vários instrumentos capazes de mensurar a relação entre saúde bucal e qualidade de vida. Isso traduz o crescente reconhecimento de que a saúde bucal pode ocasionar impactos na qualidade de vida. Conseqüentemente, a inclusão desses instrumentos em levantamentos futuros da saúde bucal torna-se um procedimento imprescindível. Ainda, segundo os mesmos autores, esses indicadores, considerados subjetivos, buscam avaliar o impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida (ANDERSON; DRUMMOND; THOMSON, 2004).

Biazevic (2001) afirma que os indicadores subjetivos em saúde bucal são mais eficazes na detecção de problemas que os indicadores objetivos, pois a autopercepção do indivíduo sobre sua saúde bucal permite um diagnóstico mais próximo da sua condição real de saúde.

Os resultados encontrados na pesquisa de Lacerda *et al.* (2008) sugerem que os indicadores, baseados em critérios normativos, sejam considerados insuficientes para mensurar a interferência da condição bucal no cotidiano dos indivíduos (LACERDA, 2008). Tal aspecto corrobora as reflexões da maioria dos autores que apontam debilidades do planejamento das ações de saúde orientado exclusivamente por tais indicadores (CHEN; HUNTER, 1996; LEÃO; SHEIAM, 1995; SHEIHAM; CUSHING; MAIZELS, 1986).

Muitos instrumentos já foram elaborados para medir o impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida. Dentre eles, Miotto e Barcellos (2001) citam o questionário/formulário Oral Health Impact Profile (OHIP) e a sua forma simplificada, o OHIP-14. Segundo os pesquisadores, o instrumento OHIP-14 é considerado, atualmente, um bom indicador para captar percepções e sentimentos dos indivíduos sobre a sua própria saúde bucal e suas expectativas em relação ao tratamento e serviços odontológicos, revelando ser a metodologia de escolha em avaliações com esta finalidade.

Reisine *et al.* (1989), ao analisarem a adequação do uso de indicadores de qualidade de vida na odontologia, concluíram que os mesmos são sensíveis na identificação e na descrição do impacto em diferentes condições clínicas bucais.

## **2.2 Autopercepção e saúde bucal**

Percepção, no seu sentido etimológico, segundo Cunha (1982), significa observar ou conhecer por meio dos sentidos. Para muitos, se sentir doente ou ter a percepção do estado de doença quase sempre se traduz em sintomas, principalmente na odontologia, onde o sintoma evidenciado com mais frequência e que faz o indivíduo procurar por cuidados é a dor (SILVA C. *et al.*, 2006).

A percepção dos indivíduos sobre saúde bucal, também chamada de autodiagnóstico (ANTUNES; NARVAI; NUGENT, 2004; FREIRE JÚNIOR; TAVARES, 2005), é fundamental para a elaboração de ações junto à população, de educação, prevenção, recuperação e manutenção da saúde (Pinto, 2000).

Alguns autores consideram a eficácia das medidas preventivas dependentes da percepção dos indivíduos sobre sua saúde bucal. Ainda, revelam que a autopercepção é fundamental para a adesão dos indivíduos às medidas de promoção e prevenção (SHEIHAM; CUSHING; MAIZELS, 1986), interferindo diretamente na qualidade do autocuidado e, conseqüentemente, na condição de saúde bucal dos indivíduos.

Silva C. *et al.* (2006) citou em seu estudo alguns dados sobre percepção da saúde encontrados no levantamento SB-Brasil 2003, realizado em nível nacional. A percentagem de pessoas que se consideram com uma saúde bucal péssima, ruim ou regular foi de 44,7%, 59,2% e 43,6%, respectivamente, nas faixas etárias de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74

anos (SILVA C. *et al.*, 2006). Dessa pesquisa, os autores ainda extraíram que 13% dos adolescentes nunca foram ao cirurgião-dentista e, entre a população adulta, quase 3% nunca tiveram acesso aos serviços de saúde bucal, o que pode ocorrer por fatores sociais, psicológicos, biológicos e dificuldade de acesso ao sistema público de saúde. E, por último, ressaltaram que a prevalência de dor dentária nos últimos meses foi de 35,7% em adolescentes, 34,8% em adultos e 22,2% em idosos.

Martins (1999) estudou a percepção dos indivíduos em relação à saúde bucal e chegou à conclusão de que a percepção de saúde/doença bucal relaciona-se diretamente com manifestações que provoquem dor, incômodo e incapacidade, não somente com a ocorrência de cárie, cálculo e sangramento gengival, uma vez que são consideradas pelos pacientes como suportáveis ou normais, insuficientes para estimular a busca de ajuda ao cirurgião-dentista.

Alguns autores relatam que questões sobre a autopercepção têm sido utilizadas, em caráter complementar aos levantamentos epidemiológicos, para avaliar a qualidade de vida, visando um melhor entendimento do que é sentido e quais as necessidades percebidas em relação à saúde (SILVA D. *et al.*, 2006).

A relação percepção e qualidade de vida indicada no próprio conceito da OMS (WHOQOL, 1995), pode ainda contribuir na análise das variáveis de auto-avaliação de saúde e dor orofacial. Ambas apresentaram associação significativa com maior interferência da condição sócio-demográfica. A percepção de saúde é considerada consistente preditora de qualidade de vida (CHEN; HUNTER, 1996). Argumenta-se que debilidade na saúde geral e sintomas dolorosos na região orofacial aumentam a perspicácia dos indivíduos quanto às dificuldades do desempenho diário. Por outro lado, ambas podem contribuir para a ocorrência dessas dificuldades. A dor é comumente relatada entre indivíduos com saúde debilitada (REYES-GIBBY; ADAY; CLEELAND, 2002).

As medidas de autopercepção da saúde bucal envolvem dimensões comuns, como limitação funcional, interação social, conforto, dor, aparência e vida afetiva (ANTUNES; NARVAI; NUGENT, 2004). É pertinente considerar que a percepção do indivíduo sobre sua saúde bucal pode fazer com que ele busque ou não o atendimento, ou seja, a forma como se traduz a percepção desse indivíduo está intimamente relacionada com a busca pelo atendimento e pela cura (SILVA C. *et al.*, 2006).

Portanto, segundo Silva C. *et al.* (2006), a autopercepção sobre saúde bucal possui um caráter subjetivo e demonstra com clareza que o conceito de saúde e doença é relativo e

pode ser definido como a experiência subjetiva de um indivíduo acerca de seu bem-estar funcional, social e psicológico, com forte influência cultural. No entanto, apesar de subjetiva, a autopercepção pode ser considerada uma medida adicional que contribui para a avaliação dos cuidados em saúde (BARBIERI; RAPOPORT, 2009).

Segundo estudos de Tassinari *et al.* (2007), a percepção dos indivíduos sobre saúde bucal pode variar de acordo com quatro dimensões: (1) sexo, sendo que, entre os homens, a autopercepção de alterações bucais foi menor; (2) faixa etária, onde encontramos baixa percepção da saúde bucal com o avanço da idade; (3) variáveis contextuais, como renda, grau de escolaridade e local de moradia, onde se percebe a maior proporção de agravos bucais; (4) variáveis individuais, também considerados fatores moduladores da autopercepção em saúde bucal (TASSINARI, 2007).

### **2.2.1 Considerações sobre a autopercepção em saúde bucal segundo a idade**

A idade é um fator de grande relevância quando se almeja a melhoria da condição de saúde bucal da população e, conseqüentemente, a qualidade de vida. Diversos estudos comentam as peculiaridades inerentes a cada faixa etária, classificando os indivíduos em grupos de crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Elias *et al.* (2001) descreve que, em qualquer faixa etária, a saúde e a estética bucal são consideradas importantes para a auto-imagem e o convívio social normal.

Não importa a idade, os problemas bucais acarretam conseqüências negativas na autoestima e autoconfiança do indivíduo, o que repercute sobre a qualidade de vida. Alguns trabalhos relatam que os grupos etários se distinguem quanto à percepção dos impactos gerados pelos agravos sobre a qualidade de vida, ressaltando, ainda, que crianças e adolescentes possuem uma visão peculiar de si próprios e do mundo, devido à fase de desenvolvimento físico e emocional em que se encontram (ASSUMPCÃO JR. *et al.*, 2000; KUCZYNSKI, E.; ASSUMPCÃO JR, 1999; PAL, 1996), e que os idosos, principalmente os institucionalizados e os dependentes, possuem uma autopercepção limitada (MELLO; MOYSÉS; CASTRO, 2009), cujo cuidado com a saúde bucal fica na dependência de seus cuidadores, os quais, muitas vezes, mostram-se despreparados ou mesmo desqualificados para exercer a função de cuidador de idosos (MELLO, 2005; SALIBA *et al.*, 2007).

### 2.2.1.1 Infância

A percepção de saúde e de doença varia conforme a capacidade cognitiva da criança, a qual se modifica de acordo com a idade, em função dos diferentes estágios de desenvolvimento emocional, social e de linguagem. A percepção da criança também pode variar segundo sua cultura, sua condição socioeconômica e sua condição de saúde (FRENCH; CARROLL; CHRISTIE, 1998; McGRATH; BRODER; WILSON-GENDERSON, 2004; PAL, 1996).

A criança passa a construir sua imagem diante do espelho a partir do auxílio de um mediador, “o outro”, que, na maioria das vezes, é representado pela figura do pai e da mãe. Essa mediação é fundamental para a constituição da consciência da criança sobre seu corpo, já que, inicialmente, este é percebido em partes, fragmentado (INOUE *et al.*, 2006).

Damasceno *et al.* (2002) retratam a influência da estética no desenvolvimento emocional da criança e, ainda, remete a ocorrência de alterações comportamentais e repercussões no seu ajustamento social à perda precoce de dentes decíduos, com subsequente comprometimento estético.

Na infância, a cárie dentária é considerada o agravo bucal mais comum, que não é passível de regressão espontânea ou por meio de intervenção farmacológica de curto prazo (VARGAS; CRALL; SCHNEIDER, 1998). A cárie afeta de 60% a 90% das crianças em idade escolar, nos países industrializados, como também possui alta prevalência entre as crianças asiáticas e latino-americanas (PETERSEN, 2003). No Brasil, a cárie acomete 27% das crianças entre 18 e 36 meses de idade, sendo que este percentual chega a 59,4% aos 5 anos de idade. Entre as crianças de 12 anos, 70% possuem pelo menos um dente permanente cariado (BRASIL, 2004).

Em vários estudos, é corriqueiro encontrar a descrição de efeitos negativos da cárie dentária sobre a vida das crianças, que incluem: dificuldade mastigatória, redução do apetite, perda de peso, dificuldade para dormir, alteração no comportamento (irritabilidade e baixa auto-estima) e diminuição do rendimento escolar (ACS *et al.*, 1999, 2001; AYHAN; SUSKAN; YILDIRIM, 1996; FEITOSA; COLARES; PINKHAM, 2005; FILSTRUP *et al.*, 2003; LOW; TAN; SCHWARTZ, 1999).

Apesar dos indicadores sócio-dentais elaborados para adultos terem sido aplicados com sucesso em adolescentes, o desenvolvimento de instrumentos específicos para

crianças viabiliza a mensuração mais acurada do impacto dos problemas bucais sobre a sua qualidade de vida (ASSUMPCÃO JR. *et al.*, 2000; FEITOSA, S.; COLARES, V.; PINKHAM, 2005; KUCZYNSKI; ASSUMPCÃO JR., 1999; PAL, 1996).

A criança portadora de cárie de aleitamento pode sofrer prejuízos no desenvolvimento psicossocial e, portanto, necessita de tratamento imediato, em caráter de urgência (BARROS; ALVES, 1991). Anderson, Drummond e Thompson (2004) revelam ainda que um quadro de cárie rampante, na primeira infância, pode comprometer o bem-estar da família, da seguinte forma: os pais sentem-se culpados pela doença dos filhos e precisam faltar ao trabalho e ter despesas com o tratamento odontológico da criança.

A valorização dos dentes pela criança, futuramente adulto, depende do modo como isso é repassado pelos pais durante a infância (DIAS, 2008).

“Eu tinha 10, 13, 14 anos, não pensava em dentista, não sabia nem o que era dentista, me criei assim, nem escovava os dentes. Minha mãe escovava os dentes com cinza, nem sabia o que era pasta de dente.”  
Depoimento de paciente, citado por Unfer (2006, p.220).

Portanto, instrumentos desenvolvidos para mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças também devem abordar o impacto desses problemas sobre a qualidade de vida da família (LOCKER *et al.*, 2002).

### **2.2.1.2 Adolescência**

A adolescência corresponde à fase cuja preocupação com a estética atinge seu ápice, em razão do início das relações sociais e afetivo-sexuais.

Cavalcanti (1988) define a adolescência como a fase de crescimento biopsicossocial que vai da infância à idade adulta. Para que se transcorra uma experiência equilibrada de vida, deve implicar num crescimento solidário biológico, sociocultural e psicológico. É um período caracterizado por várias mudanças corporais e adaptações a novas estruturas psicológicas e ambientais.



No que diz respeito ao desenvolvimento psicossocial, uma característica marcante do adolescente é a busca de identidade, ou seja, o adolescente tenta determinar-se diante dos papéis sociais disponíveis, buscando modelos. O jovem volta-se para os aspectos estéticos de sua cultura como forma de comparar o seu corpo com um modelo (INFANTE, 1994).

Segundo Cavalcanti (1988) afirma que o adolescente forma uma imagem do próprio corpo a partir de estereótipos culturais, produto de suas vivências na interação social e, também, o resultado de suas próprias expectativas e fantasias. Elias *et al.* (2001) ressalta ainda que, em uma sociedade como a nossa, onde a preocupação com uma boa aparência física já é um consenso, a perda de um ou mais dentes implicaria em grandes alterações emocionais para os adolescentes. Tendo sua auto-imagem prejudicada o adolescente pode perder sua autoestima, fazendo com que isto interfira em seus relacionamentos pessoais, além de eventualmente produzir sentimentos de inferioridade.

Em relação ao emprego, a identidade ocupacional para o adolescente é um aspecto da própria identidade pessoal, portanto, submetida às mesmas leis e dificuldades. Tanto a identidade ocupacional como a pessoal, devem ser entendidas como a contínua interação entre fatores internos e externos ao adolescente (ENDERE, 1988). E, para alcançar melhores colocações no mercado de trabalho, a estética bucal se mostra imprescindível.

Considerando o aspecto da sexualidade, elemento estruturador da identidade do adolescente. E essa função estruturante é, em grande parte, realizada através da representação mental que o adolescente tem de seu corpo, ou seja, através de sua imagem corporal (OSÓRIO, 1992). E, nesse período, marcado pela puberdade e pelo início dos relacionamentos afetivo-sexuais, o namoro, etapa importante no desenvolvimento do ser humano, a auto-imagem tem muita relação com a autoestima e a autoavaliação (ELIAS *et al.*, 2001). Ter uma boa autoestima significa gostar de si mesmo e se valorizar (TIBA, 1980).

Nesse contexto, não podemos deixar de citar o beijo, uma manifestação de carinho, que pode ser prejudicada se a boca apresentar mau-hálito, devido à falta de higiene bucal adequada, dentre outros motivos, que também poderiam ocasionar o problema de halitose (ELIAS *et al.*, 2001).

Baldwin (1980) cita vários trabalhos que mostram claramente a preocupação dos adolescentes com a aparência e sua relação com a autoimagem e autoestima. Percebemos que, no grupo de adolescentes estudados por Elias *et al.* (2001), esta preocupação também

está sempre presente. E mais, esses autores classificam a preocupação dos adolescentes com a saúde bucal em três dimensões: (1) física, com relatos de presença de “dor”, necessidade de poder “mastigar em ordem”, do perigo de “câncer bucal”; (2) psicológica, através da valorização da aparência pessoal, em “estar mais bonito para as meninas”, em “não ser mais xingada de dentuça” e em “ter os dentes bonitos para beijar”; (3) social, por se preocupar com o mau hálito em conversas mais próximas. Enfim, a boca é motivo de preocupação para os adolescentes.

### **2.2.1.3 Fase adulta**

A idade adulta é caracterizada pelo período de intensa atividade no mercado de trabalho. E, no atual contexto socioeconômico brasileiro, marcado pela alta competitividade e um alto índice de desemprego, não basta somente competência, boa aparência torna-se imprescindível para o indivíduo conquistar uma vaga de emprego. Nesse sentido, a preocupação dos adultos com a estética bucal vem aumentando cada dia, em razão da exigência do mercado de trabalho na atualidade.

Jenny e Proshak vêm mostrando, desde 1986, que as ocupações consideradas de prestígio, ou onde os funcionários são vistos pelo público, estes, devem possuir uma boa estética dental. Relatam, ainda, a influência de uma boa aparência física em entrevista de emprego.

Os adultos constituem a larga maioria da população, que demandam fortemente por serviços odontológicos e influenciam decisivamente o comportamento de seus dependentes (PINTO, 2000).

Com relação ao acometimento de problemas bucais nessa faixa etária, a cárie e as doenças periodontais são mais frequentes, culminando, em muitas das vezes, na prática de extrações em série, o que conduz ao futuro edentulismo e ao uso de próteses. E, em se tratando de Brasil, é preciso ressaltar que existe uma dificuldade de acesso aos serviços odontológicos por uma grande parte dos indivíduos (BRASIL, 1998; PINTO, 2000). Isto se explica pelo horário de funcionamento das clínicas odontológicas, principalmente aquelas correspondentes ao serviço público, coincidir com o horário de trabalho da maioria da população, fazendo com que a maioria dos trabalhadores, com medo de faltarem ao serviço

e serem demitidos, protelem o tratamento odontológico preventivo e procurem o cirurgião-dentista somente quando há presença de sintomatologia dolorosa. Segundo Ferreira e Alves, a prática mutiladora é comum em razão do alto custo dos tratamentos odontológicos e pelas atividades curativas e mutiladoras predominarem no serviço público (FERREIRA; ALVES, 2006).

Avaliando a autopercepção dos adultos sobre a saúde bucal, Silva D. *et al.* (2006) em um estudo comparativo entre adultos e idosos, observaram que, apesar das condições clínicas serem bem diferentes, a autopercepção da saúde bucal foi semelhante. No entanto, os mesmos autores perceberam que os adultos visitam o cirurgião-dentista com mais frequência que os idosos.

#### **2.2.1.4 Terceira idade**

A satisfação com a vida que os idosos buscam faz parte de um universo mais amplo que é a qualidade de vida (LAWTON, 1983). Tal aspecto permite que o foco recaia sobre a avaliação que cada um faz de sua vida, segundo seus próprios critérios de percepção da saúde e do meio em que vive. Essa avaliação pessoal é diretamente influenciada por razões sociais, econômicas e psicológicas, que só podem ser explicadas e compreendidas quando os pacientes são ouvidos e quando os seus auto-diagnósticos e as suas opiniões são levados em consideração (SILVA; SOUZA, 2006).

A autopercepção da saúde bucal pelos idosos possui implicações na sua qualidade de vida e se manifesta de forma menos intensa nessa faixa etária, comparada às demais fases da vida (TASSINARI *et al.*, 2007). A percepção das condições de saúde pode ser afetada por valores pessoais, como a crença de que algumas dores e incapacidades, como a falta de dentes, são inevitáveis nessa idade, podendo levar a pessoa a superestimar sua condição bucal (KIYAK, 1993).

As preocupações se modificam ao longo da vida e, para a pessoa que envelhece, qualidade de vida representa dignidade, capacidade de se movimentar, quando possível, proporcionada por um estilo de vida ativo, autonomia e independência para as suas atividades diárias, interação social e participação ativa na comunidade (FIAMINGHI *et al.*, 2004). Com relação à saúde bucal, a preocupação dos idosos reside no fato, entre outros,

de que a capacidade mastigatória está intimamente ligada à condição nutricional e esta à saúde geral, o que repercute na sua qualidade de vida. Embora a estética dentária seja importante, a boca deve ser vista em sua plenitude, pois, por meio dela, existe a integração social do indivíduo (FIAMINGHI *et al.*, 2004).

Com o avançar da idade, há uma tendência de declínio no nível de higiene bucal e um aumento da incidência de doenças bucais. A diminuição da capacidade motora, a baixa autoestima, a falta de estímulo para a realização da higiene bucal, a incapacidade de realizar a sua própria higiene devido a doenças crônico-degenerativas, o comprometimento da visão, audição e a perda da habilidade cognitiva são fatores que, de forma isolada ou cumulativamente, contribuem para uma higiene bucal pobre e para o aumento do risco das pessoas idosas desenvolverem enfermidades bucais (ARAI *et al.*, 2003; PADILHA *et al.*, 2007).

Apesar de não existirem doenças bucais relacionadas diretamente à velhice, algumas alterações, como a diminuição da capacidade mastigatória, a dificuldade de deglutição, a xerostomia, as modificações no paladar e a perda de dimensão vertical da face possuem efeitos cumulativos negativos e prejudiciais para o indivíduo (COLUSSI; FREITAS; CALVO, 2004; SILVA; VALSEKI JUNIOR, 2000). Estas alterações podem repercutir sobre a qualidade de vida do idoso, principalmente por, muitas vezes, estarem associadas a outras patologias bucais mais comuns a essa faixa etária, como: cáries radiculares, infecções por fungos (queilite angular, candidíase, estomatite por dentadura), lesões da mucosa bucal (úlceras bucais, glossite, língua fissurada) e doenças periodontais (COLEMAN, 2002).

De acordo com uma pesquisa mundial da saúde, realizada pela OMS, em 2004, no Brasil, 14% da população perdeu todos os dentes, ou seja, 26 milhões de brasileiros já não dispõem de nenhum dente natura (GÓIS, 2004).

A realidade da condição de saúde bucal da população foi recentemente desvelada pelo levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira realizado em todo o país. O estudo demonstrou o resultado de décadas de uma odontologia voltada para o mercado privado, para uma atenção cirúrgico-restauradora mutilatória, em que pouco se produzia em termos de promoção de saúde em níveis populacionais (BRASIL, 2004), situação também evidenciada por Colussi e Freitas (2002), que atribui a ocorrência de altos índices de edentulismo na população idosa à organização dos serviços de atenção à saúde

bucal do adulto e do idoso, baseada em um modelo de intervenção, com ênfase na eliminação da sintomatologia dolorosa.

Em um estudo realizado por Silva e Valseki Júnior (2000) no município de Araraquara, Brasil, no ano de 1998, foi verificado, em uma amostra de 194 pessoas com 60 anos ou mais, que uma saúde bucal precária estava associada a uma baixa qualidade de vida.

Uma condição bucal deficiente, como a ausência dentária, que contribui diretamente para a restrição da alimentação, promove um certo descontentamento deste idoso em relação ao aproveitamento das refeições com sua família ou amigos, e participa como um fator negativo em suas atividades sociais, forçando este idoso a permanecer em casa e se isolar do convívio social (YOSHIDA *et al.*, 2001). Dados internacionais apontam que a população idosa tende a apresentar uma precária condição de saúde bucal, não exclusivamente, mas em grande parte por reflexo de deficiências no cuidado à saúde bucal ao longo da vida. Os idosos que apresentam algum grau de dependência ou têm sua autonomia comprometida apresentam piores condições de higiene bucal (CHALMERS; CARTER; SPENCER, 2002; PELTOLA; VEKALAHTI; WUOLIJOKI-SAARISTO, 2004).

Outros estudos avaliaram a influência da institucionalização do idoso na sua condição de saúde bucal e concluíram que os idosos institucionalizados apresentaram pior condição bucal comparada aos idosos não-institucionalizados (KALK; BAAT; MEEUWISSEN, 1992; ROSA; CASTELLANOS; PINTO, 1993).

Em se tratando da perda dos dentes, o edentulismo ou mesmo a utilização de próteses com problemas de retenção e estabilidade resulta em comprometimento estético, físico e funcional. Os pacientes tornam-se mais propensos a distúrbios psicológicos, relacionados à insegurança, à autoimagem precária e baixa autoestima, resultando em exclusão social e qualidade de vida insatisfatória (CARVALHO, 2002; WOLF, 1998). Outra importante limitação do paciente desdentado diz respeito à nutrição. À medida que há perda dos dentes e, conseqüentemente, dificuldade mastigatória, o indivíduo tende a evitar certos alimentos. Na maioria das vezes, a opção é por alimentos pastosos, o que pode levar a uma deficiência de nutrientes, como vitaminas, fibras e proteínas e, por outro lado, gerar uma dieta rica em gorduras e colesterol (MORAIS; THOMASON, 2005). Dessa forma, o paciente torna-se vulnerável a doenças sistêmicas e, inclusive, envelhecimento precoce (ALBREKTSSON; JANSSON; LEKHOLM, 1986). Brunetti e Montenegro (2002)

acrescentam que uma alimentação menos consistente pode não conter os nutrientes adequados às necessidades biológicas, causando estados anêmicos e apáticos, bem como atrofia na musculatura mastigatória, com repercussão na estética facial e na autoestima do idoso. E, por fim, Unfer *et al.* (2006) salientam que nem mesmo a substituição dos dentes por próteses confere o conforto e a naturalidade necessários para uma alimentação adequada.

Nesse contexto, em razão do aumento da expectativa de vida, torna-se necessário direcionar programas de atenção à saúde bucal específicos às pessoas com idade acima dos 60 anos, oferecendo oportunidade à população idosa de envelhecer com qualidade de vida. Isso obriga que os cirurgiões-dentistas e os serviços de saúde estejam preparados para o trabalho com essas pessoas, de forma a diferenciarem adequadamente os fatores próprios do processo de envelhecimento natural daqueles que provêm do meio ambiente (PÉREZ *et al.*, 1992).

### **2.3 Influência do contexto social na condição de saúde bucal**

A comunidade odontológica tem presenciado, nas últimas décadas, mudanças importantes que proporcionaram a transição de uma prática clínica centrada em procedimentos mecânicos para outra mais abrangente, sustentada por evidências científicas e capazes de reconhecer o papel relevante dos condicionantes psicossociais na saúde da população (SILVEIRA; BRUM; SILVA, 2002).

Quando se pensa em qualidade de vida, deve-se levar em consideração não apenas a saúde física, mas também todas as implicações do contexto social em que os indivíduos estão inseridos. Desse modo, deve-se ater ao estado psicológico, ao nível de independência, aos relacionamentos sociais, aos fatores do meio ambiente e às crenças pessoais (SILVA; VALSEKI JUNIOR, 2000).

Cada indivíduo, família, comunidade e grupo populacional apresentam necessidades e risco específicos à sua conformação biológica, localização geográfica, estilo de vida e condição social. E este aspecto se traduzirá em um perfil de problemas de saúde-doença peculiar. Assim, os estudos das desigualdades sociais em saúde constituem

importante ferramenta para os serviços de saúde (CASTELLANOS, 1992, 1997; MEDRONHO, 2003).

Apesar das grandes conquistas associadas à saúde bucal nas últimas décadas, muitas pessoas, especialmente as mais pobres, ainda são afetadas por problemas bucais como a cárie e a doença periodontal (PETERSEN, 2003). Isto revela-nos o componente socioeconomicocultural como determinante da autopercepção e do autocuidado em saúde bucal, bem como da manifestação das doenças bucais.

Variáveis socioeconômicas, demográficas e comportamentais, no nível individual, influenciam a saúde bucal, entretanto, alguns autores relatam que pouco ainda foi explorado sobre o efeito das variáveis contextuais (BALDANI; VASCONCELOS; ANTUNES, 2004; GILTHORPE; MADDICK; PETRIE, 2000; JELINSKI; GOODCHILD; STERYAERT, 1996; LOCKER, 1993, 2004; NADANOVSKY; SHEIHAM, 1994, 1995; PATUSSI *et al.*, 2001).

O estudo de Tassinari (2007) revela-nos que o contexto social pode ser considerado um potencial determinante das atitudes dos indivíduos, mas ressalta que não se pode generalizar em atribuir uma percepção em saúde bucal semelhante a todos os indivíduos inseridos em um mesmo contexto socioeconomicocultural, uma vez que estão presentes as variáveis individuais. As variáveis individuais se mostram mais relevantes no estudo da saúde bucal percebida, comparada às variáveis contextuais. O estudo ainda nos revela a impossibilidade de comparar a saúde bucal percebida entre populações distintas, em razão da influência dos determinantes sociais sobre a autopercepção dos indivíduos.

Pesquisas demonstram que a condição de saúde-doença bucal é reflexo da renda familiar (MATOS *et al.*, 2002; SALAKO, 1985), renda individual (THOMPSON *et al.*, 2004), acesso aos serviços de saúde e redes de comunicação social (SILVA; DURAN, 1990). Também é observada relação da cárie com fatores como a origem étnica (GILBERT; DUNCAN; SHELTON, 2003), ocupação da mãe (VASCONCELLOS *et al.*, 1993), local de moradia (NÖRMARK, 1993), presença de água encanada (KHAN; CLEATON-JONES, 1998; LUZ; CAMPOS, 2003), inclusão no sistema educacional (TOMITA; TORRES, 2000) e grau instrucional dos pais (AL-HOSANI; RUGG-GUNN, 1998; PATUSSI, 1999).

No geral, as cidades com níveis mais altos, as localidades com níveis mais altos de prevalência de cárie, também apresentam um perfil com renda insuficiente; adultos sem

alfabetização; menor renda familiar, além de menor IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) (PERES, 2003).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) mapeou focos de desigualdades nas regiões brasileiras e alguns dados impressionam: as crianças do Norte e Nordeste têm quatro vezes mais risco de morrer antes do primeiro ano; jovens entre 12 e 17 anos têm 16 vezes mais chances de não se alfabetizarem (PATUSSI *et al.*, 2001). Apesar de pouco estudada nos países em desenvolvimento, a influência da desigualdade socioeconômica na saúde bucal é semelhante à dos países desenvolvidos. Comunidades com grande desigualdade apresentam mais problemas de saúde bucal, independentemente da sua riqueza como um todo. Ou seja, a desigualdade não afeta somente o indivíduo ou família que está em privação e não é superada pela simples melhoria do nível de pobreza (PATUSSI *et al.*, 2001). Como agravante, a falta da viva voz da comunidade frente às instituições do Estado gera grande vulnerabilidade, uma “pobreza” além da ausência de bens materiais (COMISSÃO, 2006).

Em diversos estudos podemos observar a ação dos determinantes sociais, econômicos e culturais, tanto na percepção da condição de saúde bucal, quanto no cuidado com a mesma.

Quanto à percepção dos indivíduos de saúde e doença, alguns estudos mostram a interação do componente social como determinante da autopercepção e do autocuidado (FERREIRA, 1998; YIDA, 1998). A noção de saúde e doença é também uma construção social, pois o indivíduo torna-se doente segundo a classificação de sua sociedade e de acordo com critérios e modalidades que ela fixa (FERREIRA, 1998).

Em saúde bucal, o autocuidado representa uma construção cotidiana que pressupõe uma visão integral do ser humano e das suas relações com a sociedade e com o meio ambiente (MELLO, 2005).

A seguir, descreveremos os aspectos sociais mais relevantes na determinação da condição de saúde e saúde bucal dos indivíduos.



### **2.3.1 Aspectos sociodemográficos**

Os aspectos sociais relacionam-se a oportunidades e acesso, em suas mais variadas aplicações na sociedade. Já, os aspectos demográficos estão associados a características culturais e sociais (McGRATH; BEDI, 2000).

A aglomeração domiciliar e o local de moradia estão associados a maior interferência na condição de saúde bucal. As pessoas residentes nas áreas definidas como as de pior condição de vida e que habitam em residências com maior número de pessoas/cômodo referiram o dobro de interferência das demais, evidenciando uma pior condição de saúde bucal (LACERDA, 2008). Outros estudos também encontraram associação de superlotação no domicílio e local de residência com pior condição de saúde (LOCKER, 2000; WHOQOL, 1995).

A escolha do local de residência é determinada pela condição socioeconômica. Assim, indivíduos de uma renda alta tendem a escolher um contexto de residência em que a renda média seja alta também (TASSINARI, 2007).

Enfim, uma pior condição social está associada a um menor acesso a medidas de prevenção, controle e tratamento de morbidades, resultando em piores condições de saúde. Paralelamente, os aspectos demográficos podem determinar maior capacidade de percepção dos agravos e das limitações impostas por eles (McGRATH; BEDI, 2000).

### **2.3.2 Aspectos socioeconômicos**

O nível socioeconômico pode determinar acesso à informação e aos serviços e melhor qualidade de vida. Comparando a proporção de renda entre as classes sociais, verifica-se que a desigualdade está fortemente associada a dimensões como educação e saúde (SILVEIRA; BRUM; SILVA, 2002).

Entretanto, nem sempre a alta condição econômica pode significar boa saúde bucal. Enquanto a alta escolaridade dos pais está relacionada com uma baixa experiência de cárie, a alta renda dos pais pode representar uma alta experiência da doença (SERGER, 1998).

A condição econômica constitui fator de relevância na escolha do estilo de vida. Quanto melhor a condição econômica e o grau de escolaridade do indivíduo, mais saudável é o seu estilo de vida. Em contrapartida, alguns autores perceberam que o estilo de vida não apresenta relação com a frequência de impactos dos problemas de saúde bucal e que o contexto de vida, ao qual, os indivíduos pertencem, no caso a condição econômica, possui mais peso sobre a frequência de impactos dos problemas de saúde bucal do que o estilo de vida adotado (FIGUEIREDO; WASSAL; FLÓRIO, 2006).

### **2.3.3 Nível de instrução**

O grau de escolaridade pode ser considerado, assim como a renda, determinante na escolha por estilos de vida mais saudáveis ou não ((FIGUEIREDO; WASSAL; FLÓRIO, 2006), além de influenciar a percepção dos indivíduos sobre sua saúde, bem como o autocuidado (FERREIRA, 1998).

Travassos e Martins (2004) descreveram que, em uma população carente, ter mais escolaridade ou carteira assinada aumenta a probabilidade do indivíduo procurar serviços de saúde e obter sucesso no tratamento, estando em conformidade com outro estudo (NERI; SOARES, 2002).

Pessoas com maior nível educacional demonstram um comportamento mais cuidadoso com seus dentes (MOREIRA; NUTO; NATIONS, 2004).

Sobre o nível educacional dos pais, Starfield (1982) observaram que os baixos níveis de escolaridade dos responsáveis se associam às piores condições de saúde em geral, pois parecem afetar os cuidados preventivos e o julgamento sobre o significado de doenças.

Portanto, a motivação para os filhos desenvolverem o hábito do cuidado com os seus dentes é dependente da família, pois, segundo Kinnby, Palm e Widenheim *et al.* (1991), ela que vai unir medidas específicas a hábitos e inserir as medidas preventivas na rotina.

### 2.3.4 Acesso aos serviços de saúde

Com relação ao acesso aos serviços, crianças de famílias com baixa renda sofrem mais cáries, possuem doenças mais extensas e utilizam os serviços mais para o alívio da dor (GILBERT; DUNCAN; SHELTON, 2003). Contraditoriamente, visitam o dentista menos vezes que as crianças cujas famílias dispõem de melhor condição econômica (MATOS *et al.*, 2002). Estas procuram regularmente atendimento preventivo (EDELSTEIN, 2002).

A desigualdade marcante entre as classes socioeconômicas gera uma maior demanda por tratamento odontológico curativo (MOREIRA; NATIONS; ALVES, 2007), já que as famílias com piores condições sociais, marcadas por conflitos, sofrimentos, problemas psicoafetivos, muitas vezes, pouco se preocupam com cuidados específicos (MANDÚ, 2004).

A condição de vida precária e o difícil acesso ao atendimento de qualidade são vivências que deixam sua marca, a “tatuagem da pobreza” (NATIONS; NUTO, 2002), impressa na dentição da população, já estigmatizada por sua condição social e desmoralizada no seu mundo local (MOREIRA; NUTO; NATIONS, 2004).

Ferreira e Alves (2002) criticaram o perfil da odontologia dos últimos tempos, no sistema público de saúde, que vinha executando atividades predominantemente curativas e mutiladoras. Conseqüentemente, segundo o último levantamento epidemiológico da saúde bucal, o Brasil apresenta uma taxa de dentes perdidos de 65,7% entre adultos e 92,9% entre idosos (BRASIL, 2004). Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um novo modelo de atenção vem sendo construído no Brasil, direcionado à promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde, garantindo acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde (SILVA, 2006). Dessa forma, a saúde pública passou a ser um direito universal garantido constitucionalmente.

Enfim, a condição de saúde bucal não permite apenas um registro quantitativo, muito mais do que isso, revela uma história vivida. Pessoas pobres, com baixa escolaridade e menor inserção no mercado de trabalho, carregam marcas dentárias que exprimem uma realidade de desigualdade social. Essa condição bucal desfavorável reforça o estigma do portador e amplifica sua exclusão, o que afeta diretamente de forma negativa na sua qualidade de vida (MOREIRA; NUTO; NATIONS, 2004). O acesso aos serviços de saúde

bucal já seria um importante fator de redução das desigualdades sociais na condição bucal, independente das condições de vida (THOMPSON, 2000).

Nesse sentido, as desigualdades sociais manifestam-se diretamente na percepção dos problemas odontológicos e nos tratamentos solicitados aos serviços, levando ao incremento das doenças bucais nos grupos de baixa renda. Tal concentração é inversamente proporcional ao acesso aos serviços de saúde bucal e nas oportunidades de superação das iniquidades sociais, necessitando desenvolver políticas que reorganizem a assistência e as ações preventivas do setor (MOREIRA; NATIONS; ALVES, 2007).

## **2.4 Repercussões dos agravos bucais na qualidade de vida**

A tendência do ser humano é obedecer à lei da sobrevivência, buscando o equilíbrio entre o meio externo e si próprio, entre suas necessidades básicas como respirar, alimentar, mover seus sentimentos, emoções, valores e interagir socialmente. Os próprios sujeitos da pós-modernidade impõem padrões de beleza, perfeição e vaidade que, por muitos, são seguidos rigorosamente, não esperando assim que a maioria deles esteja preparada para lidar com defeitos, imperfeições e mutilações (FONSECA, 1987).

Qualquer alteração física, com prejuízo estético ou funcional, gera impactos na qualidade de vida, cuja intensidade pode variar com o tipo de dano, com o contexto social em que o indivíduo se insere e com a sua subjetividade.

Em se tratando da condição de saúde bucal, não ocorre diferente. Problemas bucais, como cárie, doença periodontal, mal formações congênitas (CERQUEIRA *et al.*, 2005), traumatismos dentários (TRAEBERT *et al.*, 2004), oclusopatias (MARQUES *et al.*, 2005), fluorose dentária (OLIVEIRA; MILBOURNE, 2001), patologias diversas (AGOSTINI; FLAITZ; HICKS, 2001), desordem têmporo-mandibular (BORELLI *et al.*, 1987), podem causar prejuízos tanto estético, quanto funcional, com repercussão direta sobre a qualidade de vida.

As desordens bucais podem gerar transtornos aos indivíduos em várias esferas: impacto social, afetando o bem-estar social; impacto psicológico, interferindo na autoestima e autoconfiança; impacto econômico, decorrente de faltas ao trabalho e à escola (GÓES, 2001).

Antunes, Narvai e Nugent (2004) descrevem, em sua obra, várias pesquisas relativas aos impactos dos agravos bucais na qualidade de vida. Tais impactos foram classificados em 5 dimensões: limitação funcional, descrita como dificuldade para fazer a apreensão dos alimentos, para mastigar e para falar; limitação nutricional, do tipo restrição alimentar e mudança obrigatória da dieta; limitação psicológica, como baixa autoestima, ansiedade ou mesmo depressão, devido à insatisfação com a aparência; limitação física, com relatos de dor e desconforto; limitação social, dificuldade de interagir socialmente (falar, sorrir, beijar), que está de acordo com outros estudos (LOCKER, 2000; SHEIAM, 2001a).

Apesar da reconhecida importância da saúde bucal na qualidade de vida, uma grande parcela da população, segundo alguns estudos, não possuem acesso aos serviços de saúde. Esta situação é responsável não só pelos números desanimadores do último levantamento nacional, SB-Brasil 2003 (BRASIL, 2004), mas por evidenciar que as dores de dente e a perda dentária fazem parte do cotidiano dos brasileiros (BARROS; BERTOLDI, 2002; FERREIRA; ALVES, 2002; NATIONS; NUTO, 2002; PIOVEZAM; ALVES, 2004).

#### **2.4.1 Cárie dental**

A cárie é uma doença que atinge precocemente a população, fazendo com que as crianças percam seus dentes permanentes e cheguem na adolescência desdentados, ou com dentes mal posicionados, devido à falta de tratamento ortodôntico preventivo (ELIAS *et al.*, 2001).

Petersen (2003), ao analisar os dados da OMS sobre saúde bucal, afirmou que, apesar do significativo declínio verificado mundialmente nas últimas décadas, a cárie dentária continua sendo o problema de saúde bucal mais prevalente na maioria dos países industrializados, afetando de 60 a 90% dos escolares e a grande maioria dos adultos.

Segundo Antunes, Narvai e Nugent (2004) sua ocorrência é uma importante causa de dor, perda dentária, problemas na escola e absenteísmo no trabalho.

Dados do Projeto SB Brasil (2003) revelam a influência dos fatores socioeconômicos e culturais na distribuição desigual da doença cárie na população

brasileira, bem como a alta taxa de extrações entre os adultos e edentulismo entre os idosos, decorrentes da experiência passada de cárie (BRASIL, 2004).

Sabe-se, hoje, que a doença cárie não pode ser determinada exclusivamente por fatores biológicos, como afirmava Fitzgerald e Keyes, em 1960. A teoria de formação da cárie, dos citados autores, refere-se à presença de uma microbiota específica, que age sobre um hospedeiro susceptível, na presença de um substrato (carboidrato), o que não deixa de ser uma verdade. No entanto, como descreve Silveira, Brum e Silva (2002), diversos são os fatores que influenciam, potencializam ou amenizam a ocorrência da doença cárie, sendo a placa bacteriana o principal “agente etiológico” local. Existem, ainda, os fatores determinantes e condicionantes que poderão influenciar na ocorrência da doença, que, segundo Moysés (2003), são classificados em fatores sociais, econômicos e culturais, determinantes dos hábitos e estilos de vida adotados pelas famílias.

O índice CPO-D, criado por Klein e Palmer, em 1937, é utilizado para mensurar a cárie dentária, tendo sofrido algumas modificações. O referido índice informa o número de dentes permanentes que sofrem ou sofreram ataque da cárie por indivíduo e, quando aplicado a um grupo populacional, informa a média de dentes atacados por indivíduo. A informação do ataque da doença é coletada sob a condição de presença de seqüelas da doença, seja a cavidade aberta (componente cariado - C), a perda dental (componente perdido - P) e a restauração devido à experiência de cárie (componente obturado - O). A soma dos componentes gera o índice<sup>153</sup>. O referido índice foi utilizado por Moysés (2003), em crianças de 12 anos, juntamente com o índice de desenvolvimento humano (IDH) e estabeleceu uma correlação entre a prevalência de cárie e a qualidade de vida, ou seja, constatou-se que a doença cárie é um fator de interferência na qualidade de vida.

#### **2.4.2 Condição periodontal**

Conforme dados da OMS, as periodontopatias ocupam o segundo lugar entre as enfermidades bucais de maior prevalência na população mundial. É mais preocupante por se tratar de uma condição destrutiva, que leva à mobilidade dental e culmina com a perda dental.

Estudos mais recentes revelam que há uma pequena prevalência da doença periodontal severa (periodontite agressiva), apenas 10%, em relação à doença periodontal crônica (ANTUNES; NARVAI; NUGENT, 2004).

Com relação à etiologia das doenças periodontais, tem-se como fator de risco primordial a presença de placa bacteriana específica (fator biológico). Contudo, atualmente, o processo saúde/doença não pode ser desvinculado dos fatores sociais, econômicos e culturais. Tais fatores determinam o comportamento dos indivíduos, assim como a percepção sobre sua saúde (MINAS GERAIS, 2007).

A doença periodontal pode evoluir para a perda dental, uma vez que as seqüelas produzidas comprometem os tecidos de proteção e sustentação dentais, de forma cumulativa e irreversível (HOLST; SCHULLER, 2000).

Em se tratando do impacto da condição periodontal sobre a qualidade de vida, Silva C. *et al.* (2006) afirmam que a doença periodontal pode dificultar o contato do paciente com o seu grupo, devido à presença de mau hálito e pode causar uma indisposição física, em razão da dor, outra alteração importante a ser considerada, por interferir no desenvolvimento das tarefas cotidianas.

Portanto, as enfermidades do periodonto podem causar prejuízos estéticos, funcionais e psicossociais para o indivíduo, interferindo na sua qualidade de vida (ANTUNES; NARVAI; NUGENT, 2004).

### **2.4.3 Dor de dente**

A dor de dente é vivenciada como dificuldade enfrentada pelas populações de baixa renda, que não encontram, nos serviços de saúde pública, meios apropriados para o cuidado à saúde bucal (FERREIRA; ALVES, 2002).

A experiência de dor mostra-se um sintoma presente nas classes sociais menos favorecidas. É notório observar que indivíduos que permeiam as classes de menor poder socioeconômico, chegam ao extremo da dor devido a uma diversidade de fatores sociais, dentre eles, a jornada de trabalho. Geralmente, a classe operária possui uma jornada de trabalho extensa e, por esse motivo, deixa de cuidar preventivamente da saúde bucal,

visitando o cirurgião-dentista apenas quando existe a dor, uma vez que a mesma compromete o desempenho do trabalhador (MARTINS, 1999).

Então, a sensação de dor e a decisão de tratar ou não estão condicionadas pela experiência de vida, fatores culturais e expectativas de resolubilidade dos serviços (FLORES; DREHMER, 2003).

#### **2.4.4 Disfunção articular**

Alguns autores observaram a associação entre conflitos emocionais e disfunções de articulação temporomandibular. E notaram que os fatores psicológicos são importantes para quase todos os pacientes, podendo interferir até na maneira até de se relatar a dor.

#### **2.4.5 Halitose**

Halitose ou mau hálito representa um odor desagradável que sai pela boca ou pelo nariz, causado pela formação de gases a partir do metabolismo de bactérias anaeróbias. Por se tratar de uma condição geradora de problemas sociais e psicológicos, sua ocorrência causa sérios prejuízos na qualidade de vida (ANTUNES; NARVAI; NUGENT, 2004).

#### **2.4.6 Xerostomia**

A xerostomia representa uma condição bastante prevalente em adultos com idade mais avançada, onde ocorre a redução do fluxo salivar, que pode estar associada a doenças sistêmicas e a medicamentos. Sua ocorrência também oferece um impacto potencial na vida diária do indivíduo (ANTUNES; NARVAI; NUGENT, 2004).



#### **2.4.7 Tumores bucais**

A qualidade de vida em pacientes com tumores malignos na região de cabeça e pescoço é afetada por fatores relacionados à doença e seu tratamento. O estudo de Andrade (2005) levantou algumas correlações entre a condição de saúde bucal e a qualidade de vida de pacientes acometidos por uma neoplasia de cabeça e pescoço. Dentre os achados mais significantes, destacamos a ocorrência de prejuízo funcional, estético, social, presença de sintomatologia dolorosa intensa, principalmente associada ao grupo de fumantes, presença de náusea, vômito e perda de apetite (ANDRADE, 2005).

Os tumores geralmente causam mutilações e, por isso, o impacto psíquico gerado é duplo, devido à deformidade física e a perda do órgão causada por eles (SILVEIRA, 2005).

Para o paciente mutilado, os sentimentos de inferioridade e desvalorização, as sensações de perda e o medo da vida se tornar dolorosa ou perder o sentido podem tornar-se intensos e exigir orientação ou tratamento psicológico. No entanto, a autoestima do indivíduo pode melhorar consideravelmente com a reabilitação protética (SILVEIRA, 2005).

#### **2.4.8 Maloclusão**

Segundo Elias *et al.* (2001), a cárie dental constitui uma causa bastante preocupante das maloclusões dentárias, em razão desta doença atingir a população desde a infância, fazendo com que as crianças percam os dentes decíduos precocemente e até mesmo seus dentes permanentes, e cheguem à adolescência com os mais diversos distúrbios de posicionamento dentário, que podem refletir sobre o comportamento psicossocial do indivíduo.

### **2.4.9 Perda dental**

Embora todos os agravos bucais causem desconforto, diversos estudos demonstraram que a perda dental corresponde ao problema de saúde bucal de maior impacto para a qualidade de vida do indivíduo, em todas as suas dimensões (ADULYANON; VOURAPUKJARU; SHEIHAM, 1996; ANTUNES; NARVAI; NUGENT, 2004; CARVALHO, 2007; SHEIAM *et al.*, 2001a-b; TSAKOS; MARCENES; SHEIHAM, 2001; STEELE *et al.*, 2004).

### **2.5 A perda dental e suas implicações na qualidade de vida**

A perda de dentes pode ocorrer por diversos motivos: por indicação ortodôntica, por acidente e por condições clínicas prévias, como cárie ativa e doença periodontal, onde a última opção de tratamento sempre é a exodontia do dente comprometido, ou seja, quando já foram esgotadas todas as possibilidades.

No Brasil, o último levantamento epidemiológico mostra que os brasileiros na faixa etária de 65 a 74 anos já perderam 93% dos seus dentes, realidade que confronta com as propostas da odontologia moderna. É lamentável que, em um país como o Brasil, que possui o maior número de profissionais odontólogos em exercício, em relação aos demais países do mundo, apresente uma condição de saúde bucal tão precária, como foi observado no Projeto SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004).

A mutilação dentária resultante da perda dos dentes predispõe um estado de doença, pois assinala mudanças físicas, biológicas e emocionais. Os indivíduos desdentados ou usuários de próteses dentárias sentem-se em desvantagem em relação àqueles portadores de dentes naturais (GÓES, 2001). Sobre a necessidade de reabilitação protética projeto SB Brasil - 2003 apontou que 88,46% da população idosa brasileira (65 a 74 anos) necessitam de algum tipo de prótese bucal, sendo que 39,96% necessitam de próteses totais. Os dados revelam que, quanto mais se avança nas faixas etárias, maiores são os índices de pessoas desdentadas, associando-se o envelhecimento da população brasileira à necessidade de reabilitação protética, seja total ou parcial (BRASIL, 2004).

Diversos estudos comprovaram os prejuízos da falta de dentes para o bem-estar do indivíduo, em todos os aspectos, seja ele físico, funcional, nutricional, psicológico ou social (ANTUNES; NARVAI; NUGENT, 2004). Alguns autores encontraram problemas relacionados com a ingestão de nutrientes e de ordem psicossocial (DAVIS *et al.*, 2000; FISKE, *et al.*, 1998; KRALL; HAYES; GARCIA, 1998; SHEIAM *et al.*, 2001b).

Muitos pacientes adquirem perturbações de ordem psíquica em função das conseqüências negativas trazidas pelas mutilações. Tais conseqüências permeiam áreas do relacionamento humano afetivo, familiar e profissional, o que pode representar ao indivíduo isolamento social, redução da autoestima e autoconfiança, insegurança, depressão, dentre outras patologias psíquicas (SILVEIRA, 2005).

Dentre as mais variadas repercussões psicológicas e desequilíbrios causados pelas mutilações, Fonseca (1987) afirma a existência de um abalo da conseqüente interação do sujeito com o meio interno, ou seja, consigo mesmo através de seus sentimentos, emoções, cognições e, principalmente, autoconfiança. E, também, na sua interação com o meio externo social, no trabalho, nas relações afetivas, no lazer, que requerem uma elevada autoestima.

Carvalho *et al.* (2007) estudaram a influência do número de dentes no desempenho das atividades diárias e observaram que a atividade que apresentou maior impacto em relação ao número de dentes foi mastigar e saborear os alimentos, com 83,1% dos entrevistados afirmando sofrerem algum tipo de comprometimento (CARVALHO *et al.*, 2007), havendo concordância com outros estudos (BIAZEVIC, 2004; SRISLAPANAN; SHEIHAM, 2001). Os autores encontraram, ainda, associação significativa entre o sexo e a percepção dos impactos. As pacientes do sexo feminino revelaram-se mais sensíveis na percepção de limitações decorrentes dos problemas bucais (CARVALHO *et al.*, 2007).

Em se tratando de qualidade de vida, Carvalho *et al.* (2007) encontraram, ainda, associação significativa entre o número de dentes presentes e os impactos percebidos. Quando comparado o número de dentes, aqueles que possuíam menor número de dentes sofreram maiores transtornos. Essa associação também foi observada em outro estudo, que verificou a presença de limitação funcional e insatisfação com a aparência quando se perde dentes (LACERDA, 2005).

Antunes, Narvai e Nugent (2004), descreve algumas das conseqüências da perda de um ou mais dentes, como redução da capacidade mastigatória, podendo ocorrer até

mesmo restrição alimentar, transtorno nas relações sociais, no conforto e bem-estar e impactos na vida afetiva, assim como foi encontrado em outros estudos (LOCKER, 2000; SHEIAM *et al*, 2001a).

Com relação à localização, a perda dentária na região anterior promove maior impacto psicossocial ao indivíduo, comparada à perda dentária na região posterior (FIGUEIREDO; WASSAL; FLÓRIO, 2006). Esse fato evidencia que a preocupação com a reposição dos dentes perdidos é maior quando a estética está envolvida, e menor quando o restabelecimento da função dentária é necessário. Segundo o Ministério da Saúde (2003), o uso de próteses superiores supera o de próteses inferiores, que pode ser explicada, então, pela questão da estética prevalecer sobre a funcional (BRASIL, 2004).

Já, em se tratando de idade, existe uma relação entre percepção e intensidade do impacto da perda dentária na qualidade de vida inversamente proporcional à idade, ou seja, crianças, adolescentes e adultos sentem-se mais impactados com a ausência dentária do que os idosos (FIGUEIREDO; WASSAL; FLÓRIO, 2006).

Uma alternativa, para minimizar os efeitos provocados pela falta de dentes, seria a reabilitação protética, cujos efeitos sobre a qualidade de vida são bem controversos (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002).

Para Marchini *et al.* (2001), as próteses totais bem adaptadas podem resgatar a autoestima dos indivíduos. No entanto, muitos estudos revelam que a reabilitação protética pode ser ainda mais prejudicial que a falta dos dentes naturais. Ferreira e Alves (2006) afirmam que as deficiências provocadas à vida cotidiana pela perda dentária podem ser superadas pela substituição por próteses dentárias. No entanto, o autor relata a dificuldade do acesso à prótese pelas pessoas com condição econômica limitada.

Serger (1998) mostra-nos que dificuldades de adaptação e aceitação em relação à prótese levam geralmente a alterações de comportamento, como comprometimento de auto-imagem, dificuldades de adaptação social, receio de que os outros percebam o uso da prótese e a falta dos dentes. Outras pesquisas observaram que a falta de retenção e estabilidade da prótese, além de provocar danos psicossociais (CARVALHO, 2002; WOLF, 1008), podem dificultar a alimentação, limitando os indivíduos a uma dieta pastosa, como baixo teor nutricional (ALBREKTSSON; JANSSON; LEKHOLM, 1986; MORAIS; THOMASON, 2005).

Geissler e Bates (1984), vêm estudando os efeitos das perdas dentárias e do uso de próteses totais na qualidade de vida do indivíduo idoso. Seu estudo revelou que a perda

progressiva de elementos dentais e o uso de próteses totais acarretam grandes prejuízos para a saúde do idoso, com comprometimentos na capacidade de mastigação em até um sexto, quando comparado àqueles com dentes naturais. Carlsson (1984) e Torres (2003) descobriram dificuldades relacionadas à digestão e fonação e salientaram a ocorrência de alterações comportamentais e sociais.

Desse modo, os idosos que fazem uso de próteses totais podem ter a saúde geral alterada e seus hábitos sociais comprometidos, o que pode levá-los a uma seleção de alimentos e ao isolamento na hora das refeições, podendo agravar sua convivência e inclusão social (SILVA; SOUZA, 2006).

Outra alternativa de reabilitação seria a prótese total sobre implantes. Hoje em dia, a osseointegração e da sedimentação estão ganhando espaço na odontologia moderna, com resultados previsivelmente melhores, tanto funcionalmente como esteticamente, comparadas às próteses totais convencionais. No entanto, a acessibilidade a esta opção de tratamento está muito além da situação econômica da maioria das famílias brasileiras (ADELL *et al.*, 1981).

Enfim, para que muitas exodontias desnecessárias deixem de ser realizadas e venham a prejudicar ainda mais a qualidade de vida dos indivíduos, é necessária uma reestruturação da odontologia, através de políticas públicas, com enfoque conservador, de forma que o cirurgião-dentista passe a atuar preventivamente e o indivíduo saiba valorizar mais a promoção de saúde e tome consciência da importância do autocuidado.

## **2.6 Estratégias para a melhoria da condição de saúde bucal da população**

Esta seção vem apresentar estratégias para possibilitar uma concreta mudança no comportamento dos usuários, quanto ao autocuidado em saúde bucal, como também estimular os cirurgiões-dentistas a avaliarem constantemente o seu processo de trabalho, com o intuito de que, com um enfoque preventivo à odontologia, tanto pelo paciente, quanto pelo profissional, sejam realizados cada vez menos procedimentos odontológicos radicais.

## 2.6.1 Evolução histórica da odontologia

A odontologia, como as demais ciências da área da saúde, passou por várias etapas na sua trajetória. Seu início se deu com o empirismo, na idade antiga, passando pelo pré-cientificismo nos séculos XVI e XVII, até o surgimento das escolas especializadas no ensino da odontologia, adquirindo caráter científico. Os primeiros terapeutas dentais eram médicos, cuja especialização em odontologia os conferia o nome de cirurgiões-barbeiros (ELIAS *et al.*, 2001).

### 2.6.1.1 As mazelas da odontologia curativa tradicional

Em um passado recente, a prática das profissões na área da saúde era baseada em uma filosofia curativa, de tratamento da seqüela da doença (SILVEIRA; BRUM; SILVA, 2002).

Partindo da odontologia que era executada no passado, quase que exclusivamente mutiladora e reparadora, a aquisição de conhecimentos científicos, a partir da década de 60, permitiu a percepção de que, com a prática odontológica que estava sendo realizada, seria impossível proporcionar saúde bucal aos indivíduos (ELIAS *et al.*, 2001).

Os anos 70 foram marcados por uma odontologia curativa, que caminhava contra os conceitos do autocuidado (ELIAS *et al.*, 2001). O modelo odontológico tradicional trabalhava com a doença, apresentava alto custo, baixa resolubilidade, além de recair em um cenário cirúrgico-restaurador repetitivo (PINTO, 2000). Nesse período, a maioria dos tratamentos realizados culminava em extrações dentárias, condenando o profissional a ser um expectador da sua impotência (WEYNE, 1997).

Já, dos anos 80 aos 90, iniciaram-se as mudanças na odontologia tradicional, com a adoção de métodos preventivos isolados, como as aplicações tópicas de flúor, aplicação de selantes oclusais e realização de profilaxias periódicas (ELIAS *et al.*, 2001).

A partir dos anos 90, o enfoque preventivo vem sendo ampliado e estendido à coletividade, a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família. A odontologia

passou a incorporar o conceito de promoção de saúde em sua forma de lidar com a saúde bucal (ELIAS *et al.*, 2001).

No entanto, embora muitos avanços tenham ocorrido na área odontológica, em termos de prevenção à ocorrência de cáries, principalmente após a adoção de medidas, como a fluoretação das águas de abastecimento e o acréscimo de flúor nos dentifrícios (CURY, 1989), as metas da OMS e da FDI (Federação Dentária Internacional), para o ano 2000, não foram alcançadas, em sua maioria. Dentre as metas propostas, aquela que ficou mais distante do valor proposto pela OMS/FDI foi da presença de 20 ou mais dentes em 50% da população idosa e em 75% dos adultos. Os resultados do levantamento SB Brasil - 2003, (BRASIL, 2004) revelaram que o este país está muito distante de alcançar a meta preconizada.

### **2.6.2 Implantação da estratégia de saúde da família e reorientação do modelo de atenção à saúde**

O Programa de Saúde da Família (PSF) representa uma estratégia do Ministério da Saúde, criada com o intuito de reorganizar a atenção básica à saúde, através da ruptura do modelo assistencial de saúde vigente na época de sua implantação, de caráter hegemônico e hospitalocêntrico, centrado na resolução das doenças através da prática técnico-biologicista, de baixa resolubilidade (BARBOSA; BRITO; COSTA, 2007).

Iniciado em 1994, o PSF veio aproximar os profissionais de saúde da realidade de cada território, com o objetivo de formular ações específicas que permitam incorporar ao dia-a-dia das famílias o conceito da promoção de saúde, através da educação e motivação (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

As primeiras equipes multidisciplinares do PSF eram compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que vieram ampliar a atuação do programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, com o intuito de transferir a atenção, centrada no indivíduo, para uma lógica de abordagem familiar, dentro do seu ambiente físico e social (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) pressupõe a redefinição do modelo de atenção à saúde, caracterizando-se pelo trabalho interdisciplinar e em equipe (PAVONI; MEDEIROS, 2009). O território e a população adscrita, o trabalho em equipe e a intersetorialidade constituem eixos fundamentais de sua concepção. Já as visitas domiciliares, uma das principais definições deste programa, objetiva ampliar o acesso aos serviços e criar vínculos com a população (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

O conceito ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição da República de 1988, norteou uma mudança progressiva dos serviços, que evoluíram de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento à demanda espontânea, para um modelo de atenção integral à saúde. Este novo modelo assistencial possibilita a incorporação das ações de promoção e proteção à saúde, além das ações de reabilitação, que não deixam de ser realizadas (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

A promoção de saúde, segundo a OMS, representa uma estratégia mediadora entre pessoas e ambientes, unindo a escolha pessoal à responsabilidade social em saúde, a fim de promover um futuro mais saudável (MOYSÉS; WATT, 2000). Seu enfoque está direcionado à educação e motivação do paciente e do seu núcleo familiar (BUISCHI; AXELSSON, 1997). Além disso, o modelo de promoção de saúde relaciona a saúde com a qualidade de vida e integra a educação em saúde à prevenção e à recuperação, onde o paciente passa a ser avaliado como um todo, na sua integralidade, deixando de visto somente como uma boca cheia de dentes (MOYSÉS; WATT, 2000; PINTO, 2000).

A inclusão das Equipes de Saúde Bucal às Equipes de Saúde da Família, já existentes, ocorreu em outubro de 2000, cujos objetivos primordiais foram a melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal e a ampliação do acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas (BARBOSA; BRITO; COSTA, 2007).

Para saúde bucal, essa nova forma de fazer as ações cotidianas representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Segundo Costa, Chagas e Silvestre (2006), com a inclusão da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, um novo conceito de práticas e relações humanas na odontologia vem sendo construído, através da reorientação do processo de trabalho dos profissionais. Nesse sentido, vislumbra-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade nas respostas às demandas da população e de alcance das medidas de caráter coletivo. As maiores chances de ganho situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir cuidado em saúde bucal. Para



conquistar tais objetivos, os autores sugerem, ainda, que as ações de saúde bucal sejam inseridas no planejamento integrado das equipes de saúde, de tal forma que a equipe de saúde bucal não trabalhe isoladamente, e, sim, em interação com as demais áreas da saúde.

A atenção preventiva promocional vem apresentando um grande avanço na forma de atendimento. Através de um atendimento contínuo e sistemático, a população assistida possui a chance de melhorar seus níveis de saúde bucal. As ações de promoção de saúde possuem diversas vantagens, dentre elas o baixo custo e a simplicidade de execução. A partir da transmissão das noções de autocuidado às pessoas, inicia-se um processo de transformação de hábitos e atitudes das famílias, através do despertar das pessoas para uma consciência preventiva (COSTA; ALBUQUERQUE, 1997).

Conforme Costa, Chagas e Silvestre (2006), a saúde bucal deve estar integrada às demais práticas de saúde coletiva, para que se alcance um resultado efetivo nas dimensões de promoção de saúde e prevenção aos agravos bucais. Tais práticas significam a construção de políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que ofereçam oportunidades de acesso a água tratada, que incentivem a fluoração das águas e o uso de dentifrício fluorado, que assegurem o acesso universal a cuidados odontológicos básicos apropriados, que reduzam o consumo de açúcares e que estimulem o autocuidado com a higiene bucal. Ainda, segundo os mesmos autores, também devem ser incluídas às ações de promoção de saúde a abordagem dos fatores de risco ou de proteção simultâneos, tanto para doenças da cavidade bucal, quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer), uma vez que a saúde do indivíduo deve ser avaliada na sua integralidade.

Enfim, considerando que a promoção de saúde está diretamente relacionada à motivação e educação, todos os profissionais de saúde devem ser motivados pelo cirurgião-dentista a educar e assessorar seus pacientes no sentido de mostrar-lhes os cuidados que devem ter com a boca e a necessidade de realizar, periodicamente, um autoexame de tecidos moles (SILVA; VALSEKI JÚNIOR, 2000).

### **2.6.3 Estratégias de promoção de saúde e prevenção aos agravos bucais**

Tendo em vista a situação de saúde bucal da população brasileira, medidas de prevenção eficazes precisam ser desenvolvidas, de modo a reverter a atual condição de saúde bucal dos brasileiros, que se enquadra no perfil de altos índices de cárie e doença periodontal, bem como edentulismo, característica marcante das populações com menor condição socioeconômica.

Promover saúde significa aumentar a qualidade de vida do indivíduo, ou seja, conferir-lhe a sensação de bem-estar físico, psíquico e social e positiva autoestima. Uma boa saúde bucal influencia algumas dessas metas, pois elimina problemas orofaciais, melhora a mastigação, facilita a ingestão/digestão de alimentos e a comunicação (sorrir, falar) e, ainda, reduz o número de doenças vinculadas ao processo saúde-doença-cuidado de forma indivisível e indissociada do indivíduo (RITTER; FONTANIVE; WARMLING, 2004). E, para que o indivíduo tenha uma boa condição de saúde bucal, o cuidado se faz imprescindível.

As medidas preventivas, em saúde bucal, visam a mudança de comportamento e a adoção de hábitos e estilos de vida mais saudáveis. A mudança de hábitos e de comportamentos orienta as práticas de promoção de saúde na melhoria das condições de saúde bucal (BJERTNESS, 1991; WATT, 2002).

O cuidado à saúde bucal foi visto como um dos fatores responsáveis pela manutenção da saúde, cumprindo importante papel na prevenção de doenças bucais e extrabucais, além de ser fator imprescindível para um viver e envelhecer saudável. Percebe-se o reconhecimento do valor da saúde bucal por parte dos cuidadores. Para a população idosa, que já apresenta uma condição clínica especial, o cuidado à saúde bucal torna-se fundamental (MELLO; MOYSÉS; CASTRO, 2009). A boca possui uma imprescindível representatividade na vida do indivíduo, nos mais variados contextos. É pela boca que se inicia o processo digestivo, mastigam-se os alimentos, permitindo a alimentação e nutrição. Também, é pela boca que se estabelece a comunicação com outras pessoas, por meio da fala (MELLO, 2005). Por isso, faz-se tão importante a preservação da integridade da saúde bucal, através de um cuidado de qualidade.

O estilo de vida passou a ser considerado fundamental na promoção da saúde. Os maiores riscos para a saúde e o bem-estar advêm do próprio comportamento individual, resultante tanto da informação e vontade da pessoa, como também das oportunidades e barreiras sociais presentes (BERLEZI; ROSA, 2003).

A ênfase ao estilo de vida individual como uma causa e solução aos problemas de saúde é particularmente pertinente à Odontologia, tendo em vista que muitos formuladores de política de saúde bucal culpam as pessoas pelas doenças que elas desenvolvem. Não apenas existem limites sérios para modificar comportamentos individuais, ou para efetuar mudanças em estilos de vida, como em muitas instâncias, mudanças econômicas maiores e mais profundas são pré-condicionantes para a mudança destes comportamentos (MOYSÉS, 2003). Al-Hosani e Hugg-Gum (1998) afirmam que o grau de escolaridade é o fator que possui maior relação com a experiência de cárie e com hábitos de higiene bucal (MOREIRA; NUTO; NATIONS, 2004).

Conforme o estudo de Ritter (2004), podem ser considerados comportamentos saudáveis em saúde bucal o uso de escova, pasta e fio dental, visitas, visitas preventivas ao dentista, controle no consumo de açúcares e da utilização de fumo e álcool. A adoção destes comportamentos, ou mesmo a adoção de um estilo de vida saudável em saúde bucal, está ligada a características sócio-demográficas e possibilita a redução de placa bacteriana e doenças bucais, como a cárie dentária e a doença periodontal. Segundo a mesma pesquisa, a proporção de indivíduos que não utilizam nenhum tipo de instrumento de higiene bucal é superior àquela que utiliza estes objetos. Ainda encontrou uma relação direta entre o baixo índice de escolaridade e a higiene dental precária. Sabe-se que a mudança de comportamento não é uma tarefa fácil, tanto para o profissional engajado neste processo, quanto para o indivíduo, que já incorporou alguns hábitos deletérios ao seu dia-a-dia. Requer uma ação conjunta de toda a equipe de saúde e da família, onde todos os membros precisam estar dispostos a modificar seus hábitos (FIGUEIREDO; WASSAL; FLÓRIO, 2006).

Sabendo que cada grupo etário apresenta necessidades de saúde distintas, o planejamento das ações, em saúde bucal, deve ser realizado por faixa etária. Para que sejam direcionadas ações para cada faixa etária da população, as Equipes de Saúde da Família necessitam realizar um levantamento da condição de saúde bucal de crianças, adolescentes, adultos e idosos, cadastrados nas áreas de abrangência, detectar as maiores necessidades, classificar os riscos e elaborar uma planilha de ações programáticas específicas para cada faixa etária (IMPLANTAÇÃO, 2009).

Segundo as Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), é preciso organização dos serviços e desenvolvimento de ações que ampliem o acesso aos serviços, para a melhoria das condições de vida da população, considerando a complexidade dos

problemas que demandam a rede de atenção básica e a necessidade da busca continuada de ampliação da oferta e qualidade dos serviços prestados.

Em se tratando da alimentação, segundo Elias *et al.* (2001), os tipos de alimentos consumidos variam de acordo com a idade. Este mesmo autor relata que, na infância e adolescência, o consumo de balas, chicletes, refrigerantes e salgadinhos, alimentos altamente cariogênicos, é preocupante. Então, cremos que a estratégia de promoção de saúde deva envolver também a área da educação, através da criação de parcerias entre as equipes de saúde e a direção das escolas, como a proibição da comercialização de alimentos cariogênicos nas cantinas das escolas e até mesmo o consumo destes produtos pelos alunos, mesmo que trazidos de fora da escola. Meneguim (2003) afirma que alguns alimentos podem ajudar a prevenir a ocorrência de cárie, por promoverem um aumento da salivação, impedindo a queda do pH bucal e o início do processo de desmineralização, como as frutas desidratadas consistentes e os vegetais.

Pensar na representação social do cuidado à saúde bucal denota inúmeras implicações de cunho psicossociais e culturais, aos quais são submetidos os usuários dos serviços de saúde.

O cuidado com a saúde, seja geral ou bucal, deve ser incorporado por toda a família. E os profissionais das Equipes de Saúde da Família, por conhecerem as deficiências e as necessidades das comunidades acompanhadas e estarem vinculados às famílias adstritas, estão mais preparados para implantar uma linha de cuidado específica para cada território e realizar o monitoramento periódico dos resultados. Tal linha de cuidado deve abranger a adoção de um estilo de vida saudável, com a implantação de ações que envolvam a educação e a motivação, individual e coletiva.

Afirmam Unfer *et al.* (2006) que o desenvolvimento de iniciativas no campo da educação e prevenção da saúde bucal dos idosos é imprescindível, enfatizando comportamentos voltados para o autoexame, controle de lesões cariosas e gengivo-periodontais e manutenção das próteses.

### **2.6.3.1 Educação**

A educação é o primeiro passo para que a mudança de comportamento aconteça efetivamente.

Mendes (1996) cita que a carta de Ottawa elege a educação para a saúde e as políticas públicas, como pontos centrais para a consolidação prática voltada para a melhoria da saúde das populações. Segundo o autor, a educação deve ser utilizada como instrumento de transformação social, não somente a educação formal, mas toda ação educativa que propicie a reformulação de hábitos, aceitação de novos valores e que estimule a criatividade. Ainda, a educação deve ser pensada como um processo capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas reais de seus problemas.

Silveira, Brum e Silva (2002) afirmam que a educação e a motivação são os procedimentos capazes de gerar mudanças de comportamento. No entanto, a mudança de hábito é muito difícil de ser alcançada, em virtude de influências culturais, sociais e governamentais. Os autores ressaltam ainda que a mudança de comportamento pode ser mais facilmente atingida quando não só o paciente é estimulado, mas o seu núcleo familiar, como um todo.

A educação em saúde vem dando ênfase à articulação entre os saberes técnico e popular, com o intuito de possibilitar que as comunidades e o próprio indivíduo possam conhecer e controlar os fatores que afetam e determinam sua saúde (FREIRE JÚNIOR; TAVARES, 2005). O profissional comprometido com a educação em saúde bucal e com o aprendizado de seus pacientes, deve considerar os aspectos psicológicos e afetivos dos mesmos, ou seja, suas angústias e depressões frente às situações de mudança, como também as resistências desenvolvidas para compensar estas tensões (PETRY; PRETTO, 1997).

O autodiagnóstico e o autocuidado potencializam o desenvolvimento de ações de saúde junto à população, pois as mutilações dentárias produzem incapacidades que nem sempre são percebidas como problemas funcionais relevantes (ANTUNES; NARVAI; NUGENT, 2004). Nesse sentido, conhecer a percepção das pessoas sobre sua saúde bucal deve ser o primeiro passo na elaboração de programas educativos voltados para o autodiagnóstico e o autocuidado, além de ações preventivas e curativas (SILVA; FERNANDES, 2001). Esta iniciativa pode conduzir o comportamento do profissional de saúde, de uma visão mecanicista de saúde e doença, para uma visão de construção social (SILVA C. *et al.*, 2006).

Programas que objetivam uma melhor higiene bucal é uma meta claramente desejável, por razões sociais, no controle da gengivite e de outras doenças bucais e não podem ser descartados em nenhuma política pública. Entretanto, existem dúvidas quanto ao seu custo e efetividade, quando implica no envolvimento de muito tempo de dentistas para realizar longos e intensos programas de saúde bucal destinados a reduzir a prevalência da cárie dentária (FIGUEIREDO; WASSAL; FLÓRIO, 2006). Logo, torna-se necessário que o planejamento em saúde bucal tenha como base a realidade apresentada em cada localidade (por cada comunidade), para que, desta forma, sejam implementados programas específicos que promovam saúde e consigam controlar doença, buscando efetivamente uma melhora na qualidade de vida (SILVA D. *et al.*, 2006).

A prática da higiene bucal consiste no meio mais simples, eficaz e de baixo custo, no controle da placa bacteriana e do seu potencial de virulência para o desenvolvimento de lesões de cárie e doença periodontal (RIMONDINI *et al.*, 2001; VERED; SGAN-COHEN, 2003).

Alguns fatores, como frequência, pressão, características das cerdas da escova ou do fio dental, uso de creme dental, uso do fio dental, técnica de escovação e destreza manual influenciam na efetividade de uma boa higiene bucal diária (RIMONDINI *et al.*, 2001). A técnica de higienização é fundamental para uma limpeza bucal adequada, ou seja, **mais vale 1 higiene bucal diária bem feita do que 5 higienizações diárias que não produzem boa efetividade contra a eliminação da placa bacteriana** (*grifo nosso*).

O ambiente familiar deve ser considerado como um importante modificador e multiplicador das informações sobre a saúde da população. No entanto, estas informações devem contemplar todos os outros determinantes para que a construção da saúde seja viabilizada. A higiene e a dieta são dois deles, mas, não se pode dizer que são a solução para a doença. Isto não quer dizer que se desconsidera o papel da mãe, que usualmente passa maior tempo com a criança e a quem é culturalmente delegado o papel de cuidador e instrutor da mesma (SILVA C. *et al.* 2006).

Os serviços de saúde devem e podem incluir a proteção à saúde bucal dos idosos entre suas atividades normais. As ações educativas devem ser intensificadas, proporcionando orientações específicas, enfatizando a adoção de comportamentos compatíveis com uma boa saúde e estimulando que os idosos realizem o autoexame bucal. O autodiagnóstico de problemas bucais pode representar a possibilidade de ampliação da

cobertura por parte dos sistemas preventivos, da recuperação e da manutenção da saúde (PINTO, 2000).

### **2.6.3.2 Motivação**

Motivação significa a capacidade familiar de traduzir, em ações práticas do cotidiano, as orientações preventivas fornecidas pelo profissional (FERREIRA, 1986). A motivação constitui um processo interno e pessoal que requer mudanças comportamentais, sendo necessário a atuação do profissional, em nível informativo ou cognitivo, no nível afetivo, de modo a estabelecer uma relação de confiança entre paciente e profissional, e no nível psicomotor, para o paciente treinar e colocar em prática as suas habilidades (PETRY; PRETTO, 1997).

Fabre, Vilela e Biffi (1998) consideram que a motivação e a conscientização são as melhores propostas para solucionar ou, ao menos, amenizar os problemas bucais existentes em nossa sociedade. A motivação do indivíduo objetiva modificar hábitos incorretos àqueles já estabelecidos. E a educação, através da conscientização, proporcionará ao paciente a compreensão sobre causas, conseqüências e métodos preventivos às doenças bucais. A motivação para o cuidado com a saúde bucal é dependente de alguns aspectos: (1) estilo de vida e valores familiares; (2) idade.

Com relação ao estilo de vida e do valor que a família atribui à saúde, Rezende (1986) constatou que todos os indivíduos querem saúde, porém nem todos conseguem assumir a responsabilidade de ter que se cuidar.

Já, em se tratando da idade, sabe-se que a motivação do ser humano para o autocuidado em saúde bucal vai sendo construída ao longo da infância e adolescência e, na idade adulta, a tendência é se estabilizar como já iniciar um processo de declínio, chegando o indivíduo na terceira idade completamente desmotivado.

Na infância, a motivação para o autocuidado com a saúde bucal está associada ao papel dos pais, uma vez que a criança segue o exemplo dos pais. Na adolescência, os motivos encontrados para cuidar da saúde bucal são: a aparência pessoal, a sexualidade, o emprego e a saúde de um modo geral (ELIAS *et al.*, 2001).

Enfim, conhecendo os fatores que modulam o grau de motivação, acreditamos ser possível planejar formas de educação em saúde que despertem o interesse das pessoas, deixando-as mais envolvidas, permitindo assim, que a aprendizagem se relacione com o universo do indivíduo, na idade em que ele se encontra.

#### **2.6.4 Reabilitação - resgate da autoestima dos indivíduos**

Guilhardi (2002) definiu autoestima e autoconfiança como sentimentos associados à felicidade de uma pessoa. Apresentar tais qualidades significa que o indivíduo está harmoniosamente integrado ao contexto de vida familiar, escolar, profissional e afetivo.

Como vimos no decorrer desta revisão de literatura, a autoestima pode ser marcadamente afetada pela condição precária de saúde bucal do indivíduo, principalmente por problemas que prejudiquem a sua estética, como a perda dental anterior. Tal situação pode prejudicar as relações psicoafetivas e levar as pessoas a uma relação de isolamento social e depressão.

Assim, buscar restituir a autoestima abalada, ou mesmo perdida, significa oferecer aos indivíduos, desprovidos de uma boa condição de saúde bucal, um tratamento reabilitador digno, que lhes proporcione bem-estar e lhes permita falar, sorrir, reintegrar-se ao convívio social e, enfim, viver em harmonia com o contexto à sua volta.

A substituição dos dentes perdidos por um tratamento protético pode aumentar a qualidade de vida dos indivíduos, possibilitar sua reintegração familiar e social, resgatar a cidadania e permitir a manutenção de sua saúde geral, o que, conseqüentemente, eleva a sua expectativa de vida (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002).

Murakami, em 1987, já dizia que os profissionais da Odontologia podem ajudar os seus pacientes com estrutura emocional problemática, melhorando-lhes o prognóstico e reestruturando-os emocionalmente para uma vida mais feliz (MURAKAMI, 1987).

### **2.7 Plano de Intervenção**



Esta seção visa elaborar uma programação das ações para as equipes de saúde bucal, conforme a realidade do território de abrangência de cada equipe, com o objetivo de melhorar a condição de saúde bucal das famílias cadastradas no Programa de Saúde da Família, bem como contribuir para que o grupo populacional menos privilegiado, socioeconomicamente, tenha uma melhor qualidade de vida.

### **2.7.1 Cadastro e classificação familiar**

Diz respeito à classificação do risco social das famílias, para que a equipe de saúde bucal estabeleça os critérios de prioridade da atenção.

### **2.7.2 Diagnóstico da situação de saúde**

A segunda etapa deve ser a realização da classificação de risco de cada usuário e a sua inclusão nos grupos de educação em saúde.

Segundo o Manual do Prontuário de Saúde da Família (MINAS GERAIS, 2008), a condição de saúde bucal dos indivíduos pode ser classificada em:

- Risco 1 (R1): presença de cárie ativa, lesão de mucosa, limitação funcional, doença periodontal ativa e limitação psicossocial;
- Risco 2 (R2): ausência de doença em atividade, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/funcional, mas com necessidade de tratamento clínico, cirúrgico, restaurador ou reabilitador;
- Risco 3 (R3): ausência de doença em atividade, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/funcional e sem necessidade de tratamento, apenas de manutenção da saúde bucal.

A prioridade de atenção odontológica segue a classificação de risco, na seguinte ordem: R1, R2 e R3. Os grupos prioritários incluem diabéticos, gestantes e usuários com necessidades especiais.

Uma vez estabelecida a classificação de risco, os indivíduos devem ser incluídos nos seguintes grupos de educação em saúde: criança (até 9 anos); adolescentes de 10 a 14 anos; adolescentes de 15 a 19 anos; adultos (de 20 a 59 anos); idosos (acima de 60 anos); gestantes; diabéticos e usuários com necessidades especiais.

### **2.7.3 Programação das ações coletivas**

As ações coletivas são importantes para estimular os usuários à aquisição de um comportamento direcionado à saúde e não à doença.

As ações de higiene bucal supervisionada devem abranger todos os usuários cadastrados e ser realizadas na frequência de 4 vezes ao ano para o grupo de crianças, gestantes, diabéticos, usuários com necessidades especiais e usuários com atividade de cárie e/ou doença periodontal e 2 vezes ao ano para adolescentes, adultos e idosos.

A aplicação de flúor em gel, na rede pública de saúde, é preconizada para crianças a partir dos 6 anos de idade até adolescentes com, no máximo, 14 anos. Acima dos 15 anos de idade, recomenda-se a aplicação de flúor apenas para os usuários com presença de lesão ativa de cárie.

Já, as atividades educativas devem ser realizadas com grupos de 20 pessoas, 2 vezes ao ano para cada grupo (IMPLANTAÇÃO, 2009).

### **2.7.4 Programação do tratamento curativo**

Embora tenha ocorrido uma reorientação do modelo de atenção à saúde bucal, o tratamento curativo/reabilitador ainda não deixou de ser uma prioridade, uma vez que as necessidades de saúde bucal representam mais do que uma realidade, um motivo de preocupação, principalmente nas comunidades mais carentes, onde está presente o maior número de agravos bucais. Realizar apenas ações de promoção de saúde e prevenção, neste momento, não basta. É preciso restabelecer a condição de saúde bucal dos indivíduos, que,

segundo dados do último levantamento epidemiológico nacional, SB-BRASIL, encontra-se precária (BRASIL, 2004).

Para o tratamento curativo seja bem-sucedido, preconiza-se que o atendimento seja iniciado priorizando os usuários classificados como risco 1, depois o grupo pertencente ao risco 2 e, por último, realiza-se a manutenção da saúde bucal dos usuários inclusos no risco 3, com finalidade preventiva, de modo que seja reduzida ao máximo a necessidade de um tratamento odontológico radical (IMPLANTAÇÃO, 2009).

### **2.7.5 Monitoramento e avaliação das ações**

Conforme a Linha Guia de Atenção à Saúde Bucal, o monitoramento é uma etapa fundamental e contínua do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, que possibilita a reorientação do planejamento, quando necessário (MINAS GERAIS, 2007).

Assim, atuando preventivamente, o cirurgião-dentista pode proporcionar às famílias de baixa renda, uma melhor condição de saúde bucal, que refletirá impactos positivos na qualidade de vida da população.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão bibliográfica permitiu-nos conhecer as dimensões em que a qualidade de vida pode ser afetada por uma condição de saúde bucal precária. Problemas bucais como cárie dental, doença periodontal e tumores bucais são considerados de maior impacto para a qualidade de vida, devido às conseqüências que podem advir com a evolução desses agravos, como as perdas dentárias. A exodontia foi uma prática predominante que marcou a era de uma odontologia curativista, que perdurou por décadas em nosso país. Prática esta que não deixou de existir, em razão das desigualdades sociais, econômicas e culturais, que ainda levam cidadãos a procurar por um tratamento odontológico apenas quando não há mais o que ser feito, a não ser a extração dentária. Conseqüentemente, tal ação, estruturada nos moldes de um modelo de saúde curativista, deixou uma marca em nossa sociedade atual, carregada por muitos dos idosos: o edentulismo. Em razão da gravidade dos impactos produzidos pelas mutilações dentárias na vida dos indivíduos, o tema qualidade de vida tem ganhado cada vez mais espaço nos estudos em saúde bucal.

Os mecanismos desencadeadores dos reflexos da condição de saúde bucal na qualidade de vida merecem investigação continuada. Pesquisas qualitativas voltadas para o conhecimento dos aspectos envolvidos na percepção de saúde e sobre a capacidade dos indivíduos em lidar com as adversidades físicas e sociais, certamente contribuirão para este aprimoramento.

Enfim, o desenvolvimento de iniciativas no campo da educação e prevenção em saúde bucal torna-se imprescindível, dando ênfase à prática do autoexame e às desigualdades sociais, o que evidencia o papel predominante do Governo, neste último aspecto, como provedor de saúde, de proporcionar qualidade de vida a todos os cidadãos. Sugerimos que sejam desenvolvidas ações específicas para cada grupo etário (crianças, adolescentes, adultos e idosos), em razão das necessidades de saúde bucal sofrer modificações de acordo com a idade.

## REFERÊNCIAS

- ACS, G.; PRETZER, S.; FOLEY, M.; NG, M.W. Perceived outcomes and parental satisfaction following dental rehabilitation under general anesthesia. **Pediatr Dent**, v.23, p.419-23, 2001.
- ACS, G.; SHULMAN, R.; NG, M.W.; CHUSSID, S. The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early childhood caries. **Pediatr Dent**, v.21, p.109-13, 1999.
- ADELL, R.; LEKHOLM, U.; ROCKLER, B.; BRANEMARK, P.I. A 15-year study of osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. **Int J Oral Surg**, v.10, n.6, p.387-416, 1981.
- ADULYANON, S.; VOURAPUKJARU, J.; SHEIHAM, A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.24, n.6, p.385-389, 1996.
- AGOSTINI, F.G.; FLAITZ, C.M.; HICKS, M.J. Dental emergencies in a university-based pediatric dentistry postgraduate outpatient clinic: a retrospective study. **ASDC J Dent Child**, v.68, p.316-21, 2001.
- ALBREKTSSON, T.; JANSSON, T.; LEKHOLM, V. Osseointegrated dental implants. **Dent Clin North Am**, v.9, n.1, p.151-174, 1986.
- AL-HOSANI, E.; RUGG-GUNN, A. Combination of low parental educational attainment and high parental income related to high caries experience in pre-school children in Abu Dhabi. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.26, p.31-6, 1998.
- ANDERSON, H.K.; DRUMMOND, B.K.; THOMSON, W.M. Changes in aspects of children's oral-health-related quality of life following dental treatment under general anaesthesia. **Int J Paediatr Dent**, v.14, p.317-25, 2004.
- ANDRADE, S.S.C.A. **Avaliação da condição de saúde bucal e da qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço.** [Dissertação] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

ANTUNES, J.L.F.; NARVAI, P.C.; NUGENT, Z.J. Measuring inequalities in the distribution of dental caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.32, p.41-8, 2004.

ARAI, K.; SUMI, Y.; UEMATSU, H.; MIURA, H. Association between dental health behaviors, mental/physical function and self-feeding ability among the elderly: a cross-sectional survey. **Gerodontology**, n.2, p.78-83, dec. 2003.

ASSUMPÇÃO JR., F.B.; KUCZYNSKI, E.; SPROVIERI, M.H.; ARANHA, E.M.G. Escala de avaliação de qualidade de vida: (AUQEI - Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé) validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. **Arq Neuropsiquiatr**, v.58, p.119-27, 2000.

AYHAN, H.; SUSKAN, E.; YILDIRIM, S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. **J Clin Pediatr Dent**, v.20, p.209-12, 1996.

BALDANI, M.H.; VASCONCELOS, A.G.G.; ANTUNES, J.L.F. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.20, p.143-52, 2004.

BALDWIN, D.C. Appearance and aesthetics in oral health. **Community Dent. Oral Epidemiol**, v.8, n.5, p. 244-256, 1980.

BARBIERI, C.H.; RAPOPORT, A. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes reabilitados com próteses implanto-muco-suportadas versus próteses totais convencionais. **Revista Brasileira Cirurgia Cabeça Pescoço**, v.38, n.2. p.84-87, abr-jun. 2009.

BARBOSA, A.A.A.; BRITO, E.W.G.; COSTA, I.C.C. Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Cienc Odontol Bras**, v.10, n.3, p.53-60, jul./set. 2007.

BARROS, A.J.D.; BERTOLDI, A.D. Desigualdade na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Rev C S Col**, v.7, n.4, p.709-17, 2002.

BARROS, S.G.; ALVES, A.C. Atendimento inicial ao paciente portador de cárie de aleitamento. **Rev ABO Nac**, n.3, p.177-184, jun-jul. 2001.

BERLEZI, E.M.; ROSA, P.V. Estilo de vida ativo e envelhecimento. In: TERRA, N.L.; DORNELLES, B. editors. **Envelhecimento bem-sucedido**. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003. p. 91-95.

BIAZEVIC, M.G. H. **Indicadores subjetivos em saúde bucal**: uma revisão sistemática (Dissertação de Mestrado em Odontologia Legal) São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2001.

BIAZEVIC, M.G.H.; MICHEL-CROSATO, E.; IAGHER, F.; POOTER, C.E.; CORREA, S.L.; GRASEL, C.E. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. **Bras Oral Res**, v.18, n.1, p.85-91, 2004.

BJERTNESS, E. The important of oral hygiene on variation in dental caries in adults. **Acta Odontol Scand**, v.49, p.97-102, 1991.

BORELLI, E.; BRUNETTI, R.F.; ARAÚJO, M.A.M.; ARAÚJO, J.E.J. Avaliação psicológica de pacientes atendidos no centro de oclusão e articulação temporomandibular. **Rev Bras Odontol**, v.44, n.3, p.58-62, maio-jun. 1987.

BOWLING A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. **Soc Sci Med**; v. 41, p.1447-62, 1995.

BOWLING, A.; BRAZIER, J. Quality of life in social science and medicine – Introduction. **Soc Sci Med**, v.41, p.1337-8, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNDA) 1998**: acesso e utilização de serviços de saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: **Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003**. Resultados principais. Brasília, 2004.

BRUNETTI, R.; MONTENEGRO, F.L.B. **Odontogeriatría**: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas, 2002.

BUISCHI, Y.P.; AXELSSON, P. Controle mecânico da placa dental realizado pelo paciente. In: KRIGER, L. **ABOPREV**: Promoção de saúde bucal. Ed Artes Médicas, p. 113-140, 1997.

CAPRA, F. **O ponto de mutação** (The turning point). Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1982. 447p.

CARLSSON, G.E. Masticatory efficiency: the effect of age, the loss of teeth and prosthetic rehabilitation. **Int Dent J**, v.34, n.2, p. 93-7, jun. 1984.

CARVALHO, B.M. *et al.* Influência do número de dentes no desempenho de atividades diárias. **Odontol. Clin. Cientif.** Recife, v.6, n.3, p.229-232, jul./set., 2007. Disponível em: <<http://www.cro-pe.org.br>> Acesso em: 18 nov. 2009.

CARVALHO, C. Redescobrimo o sorriso. **Rev Bras Odontol**, v.58, n.6, p.396-399, nov/dez. 2001.

CARVALHO, L.E.P. **Avaliação do nível de satisfação, capacidade, eficiência e performance mastigatórias em pacientes reabilitados com próteses fixas totais inferiores sobre implantes, sob carga imediata** [Tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USC, 2002.

CASTELLANOS, P.L. (org). **Sistemas nacionales de vigilância de la salud según condiciones de vida e del impacto de las acciones de salud y bien estar.** Organização Panamericana da Saúde. Programa de Análise e Situação de Saúde. Washington, 1992.

CASTELLANOS, P.L. Epidemiologia, Saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: BARATA, R.C. (org). **Condições de vida e situação de saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997, p.31-76.

CAVALCANTI, R.C. Adolescência. In: VITELLO, N. *et al.* **Adolescência hoje.** São Paulo: Roca, 1988. p. 5-27.

CERQUEIRA, M.N.; TEIXEIRA, S.C.; NARESSI, S.C.M.; FERREIRA, A.P.P. Ocorrência de fissuras labiopalatais na cidade de São José dos Campos-SP. **Rev Bras Epidemiol**, v.8, p.161-6, 2005.

CHALMERS, J.M.; CARTER, K.D.; SPENCER, A.J. Caries incidence and increments in community-living older adults with and without dementia. **Gerodontology**, n.2, p.80-94, Dec. 2002.

CHEN, M.; HUNTER, P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. **Soc Sci Med**, v.43, p.1213-22, 1996.



CIBIRKA, R.M.; RAZZOOG, M.; LANG, B.R. Critical evaluation of patient responses to dental implant therapy. **J Prosthet Dent**, v.78, n.6, p.574-81, 1997.

COLEMAN, P. Improving Oral Health Care for the frail elderly: a review of widespread problems and best practices. **Geriatr Nurs (Minneap)**, v.23, p.189-97, 2002.

COLUSSI, C.F.; FREITAS, S.F.T.; CALVO, M.C.M. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Odontologia**, v.7, n.1, p. 88-97, mar/abr. 2004.

COLUSSI, C.F.; FREITAS, S.T.F. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.5, p.313-20, 2002.

COMISSÃO Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Iniquidades em saúde no Brasil: nossa mais grave doença. Rio de Janeiro: Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2006.

COSTA, I.C.; ALBUQUERQUE, A.J. Educação em Saúde. In: OLIVEIRA, A.G.R.C.; ALBUQUERQUE, A.J.; REGO, D.M.; SILVA, E.M.; SOUZA, E.C.F.; COSTA, I.C.C. **Odontologia preventiva e social: textos selecionados**. Natal: EDUFRN; 1997. p.223-50.

COSTA, J.F.R.; CHAGAS, L.D.; SILVESTRE, R.M. **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2006.

CUNHA, A.G. **Dicionário etimológico nova fronteira da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

CURY, J. Representatividade dos dentifrícios fluoretados no Mercado brasileiro e sua confiabilidade como método preventivo. **Revista Gaúcha de Odontologia**, São Paulo: Aboprev, 1989. 8p.

DAMASCENO, L.M.; MARASSI, C.S.; RAMOS, M.E.B.; SOUZA, I.P.R.S. Alterações no comportamento infantil decorrente da perda de dentes anteriores: relato de caso. **Rev Bras Odontol**, v.59, n.3, p.193-196, mai-jun, 2002.

DAVIS, D.M. *et al.* The emotional effects of tooth loss: a preliminary quantitative study. **British Dental Journal**, v.188, n.9, p.503-506, 2000.

DIAS, L.C.S. *et al.* Interferência da condição de saúde bucal do idoso em sua vida social e afetiva. In: **Anais do XIII seminário sobre a economia mineira**, 2008. Disponível em: <<http://www.cadeplar.ufmg.br/seminarios/seminario-diamantina/2008/D08A135.pdf>> Acesso em: 18 nov. 2009.

DINI, E.L.; McGRATH, C.; BEDI, R. An evaluation of the oral health quality of life (OHQoL) instrument in Brazilian population. **Community Dent Health**, v.20, n.1, p.40-4, 2003.

EDELSTEIN, B.L. Disparities in oral health and access to care: findings of national surveys. *Ambul Pediatr*, v.2, Suppl. 2, p.141-7, 2002.

ELIAS, M.S.; CANO, M.A.T.; MESTRINER JR. W.; FERRIANI, M. G.C. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.1, p. 88-95, janeiro 2001.

ENDERLE, C. **Psicologia da adolescência**: uma abordagem pluridimensional. Porto Alegre. Artes Médicas, 1988. 76p.

FABRE, R.C.; VILELA, E.M.; BIFFI, E.M.A. Programa de prevenção e educação em saúde bucal para crianças de 3 a 5 anos: um relato de experiência. **Revista do Conselho Regional de Odontologia - Minas Gerais**, v.4, n.2, p.101-107, 1998.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life. **Soc Sci Med**, v.41, n.10, p.1439-1446, 1995.

FEITOSA, S.; COLARES, V.; PINKHAM, J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v.21, p.1550-6, 2005.

FERREIRA, A.A.A. *et al.* A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.211-218, 2006.

FERREIRA, A.A.A.; ALVES, M.S.C.F. Os sentidos da boca: um estudo de representações sociais com usuários dos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.19-30, 2006.

FERREIRA, A.A.A.; ALVES, M.S.C.F. **Representações sociais da necessidade de cuidados bucais**: um estudo com habitantes do bairro de Cidade da Esperança-Natal (RN) [Dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2002.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário da língua portuguesa**. Ed. Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, A.G. O processo de municipalização da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia curricular para a formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS**. Brasília, 2v. p.267-279, v.2., 1998.

FIAMINGHI *et al.* Odontogeriatrics: a importância da autoestima na qualidade de vida do idoso. Relato de caso. **Revista de Clínica e Pesquisa Odontológica**, v.1, n.2, out-dez. 2004.

FIGUEIREDO, R.M.O.; WASSAL, T.; FLÓRIO, F.M. Freqüência de impactos dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida. **RGO**, Porto Alegre, v.54, n.1, p.11-16, jan./mar., 2006.

FILSTRUP, S.L.; BRISKIE, D.; FONSECA, M.; LAWRENCE, L.; WANDERA A.; INGLEHART, M.R. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. **Pediatr Dent**, v.25, p.431-40, 2003.

FISKE, J. *et al.* The emotional effects of tooth loss in edentulous people. **British Dental Journal**, v.184, n.2, p.90-93, 1998.

FLORES, E.M.T.L.; DREHMER, T.M. Conhecimento, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. **Cienc Saúde Coletiva**, v.8, p.743-52, 2003.  
FONSECA, E. **Prótese ocular**. São Paulo: Panamed, 1987.

FREIRE JUNIOR, R.C.; TAVARES, M.F.L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.147-58, fev. 2005.

FRENCH, D.J.; CARROLL, A.; CHRISTIE, M.J. Health-related quality of life in Australian children with asthma: lessons for the cross-cultural use of quality of life instruments. **Qual Life Res**, v.7, p.409-419, 1998.

GEISLER, C.A.; BATES, J.F. The nutritional effects of tooth loss. **Am J Clin Nutr**, v.39, n.3, p. 478-89, mar.1984.

GILBERT, G.H.; DUNCAN, R.P.; SHELTON, B.J. Social determinants of tooth loss. **Health Serv Res**, v.38, p.1843-62, 2003.

GILTHORPE, M.S.; MADDICK, I.H.; PETRIE, A. Introduction to multilevel modeling in dental research. **Community Dent Health**, v.17, p.222-6, 2000.

GÓES, P.S.A. **The prevalence and impact of dental pain in Brazilian schoolchildren and their families**. [Tese]. London: University of London, 2001.

GÓIS, A. Brasil tem 26 milhões de sem dentes. **Folha de São Paulo**. 19 Maio 2004, Seção C1.

GOLDSTEIN, R.E. **Estética em odontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980.

GUILHARDI, H. **Autoestima, autoconfiança e responsabilidade**, 2002. Disponível em: <<http://www.terapiaporcontingencias.com.br> > Acesso em: 18 nov. 2009.

HOLST, D.; SCHULLER, A.A. Oral health changes in an adult Norwegian population: a cohort analytical. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.28, p.102-11, 2000.

IMPLANTAÇÃO do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. **Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

INFANTE, D.P. Desenvolvimento psicossocial. In: MARCONDES, E. (Coord.) **Pediatria Básica**. São Paulo: Sarvier, 1994. v.1, p.550-552.

INOUE, L.T. *et al.* Psicanálise e odontologia: uma trajetória em construção. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v.18, n.1, p.87-92, jan-abr, 2006.

IYDA, M. Saúde bucal: uma prática social. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. (Org.). **Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas**. São Paulo: Unesp, 1998.

JELINSKI, D.E.; GOODCHILD, M.; STERYAERT, L. The modifiable areal unit problem and implications for landscape ecology. **Landscape Ecology**, v.11, p.129-140, 1996.

JENNY, J.; PROSHEK, J.M. Visibility and prestige of occupations and the importance of dental appearance. **J. Can. Dent. Assoc.**, v.12, p. 987-989, 1986.

KALK, W.; BAAT, C.; MEEUWISSEN, J.H. Is there need for a gerontology? **Int Dent J**, v.42, p.209-116, 1992.

KAPLAN, R.M. Quality of life, resource allocation, and the U.S. Health-care crisis. In: DIMSDALE, J.E.; BAUM, A. editors. **Quality of life in behavioral medicine research**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995, p.3-30.

KHAN, M.N.; CLEATON-JONES, P.E. Dental caries in African preschool children: social factors as disease markers. **J Public Health Dent**, v.58, p.7-11, 1998.

KINNBY, C.G.; PALM, L.; WIDENHEIM, J. Evaluation of information on dental health care at child health center. Differences in Educational level, attitudes, and Knowledge among parents of preschool children with different caries experience. **Acta Odontol. Scand.**, v.4, n.49, p.289-295, 1991.

KIYAK, H.A. Age and culture: influences on oral health behaviour. **Dent J**, v.43, n.1, p.9-16, 1993.

KRALL, E.; HAYES, C.; GARCIA, R. How dentition status and masticatory function affect nutrient intake. **Journal American Dental Association**, v.129, p.1261-1269, 1998.

KUCZYNSKI, E.; ASSUMPCÃO JR, F.B. Definições atuais sobre o conceito de qualidade de vida na infância e adolescência. **Pediatr Mod**, v.35, p.73-8, 1999.

LACERDA, J.T. *et al.* Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, ago. 2008.

LACERDA, J.T. **Impacto da saúde bucal na qualidade de vida** (Tese de doutorado). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2005.

LAWTON, M.P. Environment and other determinants of well being in older people. **The Gerontologist**, v.2, n.3, p.349-57, 1983.

LEÃO, A.T.T.; SHEIHAM A. Relation between clinical dental status and subjectives impacts on daily living. **J Dent Res**, v.74, p.1408-13, 1995.

LEÃO, A.T.T.; CIDADE, M.C.; VARELA, J.R. Impactos da saúde periodontal na vida diária. **Rev Bras Odontol**, v.55, p.238-41, 1998.

LOCKER D. Deprivation and oral health: a review. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.28, p.161-9, 2000.

LOCKER D. Measuring social inequality in dental health services research: individual, house-hold and area-based measures. **Community Dent Health**, v.10, p.139-50, 1993.

LOCKER D. Oral health and quality of life. **Oral Health Prev Dent**, n.2 Suppl 1, p. 247-53, 2004.

LOCKER, D. Concepts of oral health, disease and quality of life. In: Slade GD. **Mensuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.

LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. **Community Dent Health**, v.5, p.3-18, 1988.

LOCKER, D.; JOKOVIC, A.; STEPHENS, M.; KENNY, D.; TOMPSON, B.; GUYATT, G. Family impact of child oral and oro-facial conditions. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.30, p.438-48, 2002.

LOW, W.; TAN. S.; SCHWARTZ, S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. **Pediatr Dent**, v.21, p.325-6, 1999.

LUZ, A.S.; CAMPOS, A.A. **Epidemiologia: saúde bucal e condições de vida**. Fortaleza: Editora Expressão, 2003.

MANDÚ, E.N.T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Rev Latinoam Enfermagem**, v.12, p.665-75, 2004.

MARCHINI, L.; MONTENEGRO, F.L.B.; CUNHA, V.P.P.; SANTOS, J.F.F. Prótese dentária na terceira idade **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v.55, n.2, p.83-87, mar-abr. 2001.

MARQUES, L.S.; BARBOSA, C.C.; RAMOS-JORGE, M.L.; PORDEUS, I.A.; PAIVA, S.M. Prevalência da maloclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em escolares de 10 a 14 anos de idade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: enfoque psicossocial. **Cad Saúde Pública**, v.21, p.1099-106, 2005.

MARTINS, E.M. Construindo o valor saúde bucal. **Rev Ação Col**, v.2, p.5-9, 1999.

MATOS, D.L.; LIMA-COSTA, M.F.; GUERRA, H.L.; MARCENES, W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. **Rev Saúde Pública**, v.36, p.237-43, 2002.

McGRATH, C.; BEDI R. A national study of the importance of oral health to life quality to inform scales of oral health related quality of life. **Qual Life Res**, v.13, p.813-8, 2004.

McGRATH, C.; BRODER, H.; WILSON-GENDERSON, M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.32, p.81-5, 2004.

McGRATH, C.M.; BEDI, R. Gender variations in the social impact of oral health. **J Ir Dent Assoc**, v.46, p.87-91, 2000.

MEDRONHO, R.A. (org). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu. 2003.

MELLO, A.L.S.F. **Promovendo o cuidado à saúde do idoso**: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos. [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

MELLO, A.L.S.F.; MOYSÉS, S.J.; CASTRO, R.G. Cuidado dirigido à saúde bucal: significados atribuídos por cuidados de idosos. **Cienc Cuid Saúde**, v.8, n.1, p.27-33, jan/mar. 2009.

MENDES, D.M.L.F.; MOURA, M.L.S. O sorriso humano: aspectos universais, inatos e os determinantes culturais. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**, v.61, n.1, 2009. Disponível em: <<http://www.psicologia.ufrj.br/abp>>. Acesso em: 18 nov. 2009.

MENDES, I.J.M. **Promoção de saúde**: caminhando para o único. Ribeirão Preto, 1996. Tese (Livre Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1996.

MENEGUIM, M.C. Dieta, nutrição e cárie dentária. In: PEREIRA, A.C. *et al.* **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. 2. ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007, 290 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do Prontuário de Saúde da Família**. Belo Horizonte: SES/MG, 2008, 256p.

MIOOTTO, M.H.M.B.; BARCELLOS, L.A. Uma revisão sobre o indicador de saúde bucal “Oral Health Impact Profile” OHIP. **UFES Rev Odontol**, v.3, p.32-38, 2001.

MORAIS, J.A.; THOMASON, J.M. Edentulismo, digestão e nutrição. In: FREIRE, J.S.; CARLSSON, G.E. **Overdentures sobre implantes: critérios de cuidados para pacientes edêntulos**. São Paulo: Quintessence Editora Ltda, 2005. p.15-22.

MOREIRA, T.P.; NATIONS, M.K.; ALVES, M.S.C.F. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, jun., 2007.

MOREIRA, T.P.; NUTO, S.A.S.; NATIONS, M.K. Confrontação cultural entre cirurgiões-dentistas e a experiência de usuários de baixa renda em Fortaleza-CE. **Saúde Debate**, v.66, p.58-67, 2004.

MOYSÉS, S.J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, v.1, p.7-17, 2003.

MOYSÉS, S.T.; WATT, R. Promoção de Saúde Bucal: definições. In: BUISCHI, Y.P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. Ed. Artes Médicas EAP-APCD, 2000.

MURAKAMI, T. O perfil psicológico do paciente parcialmente edentado. **Odontol Mod**, v.14, n.10, p.37-42, nov./dez. 1987.

NADANOVSKY, P.; SHEIHAM, A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.23, p.331-9, 1995.



NADANOVSKY, P.; SHEIHAM, A. The relative contribution of dental services to the changes and geographical variations in caries status of 5-and 12-year-old children in England and Wales in the 1980s. **Community Dent Health**, v.11, p.215-23, 1994.

NATIONS, M.K.; NUTO, S.A.S. "Tooth worms", poverty tattoos and dental care conflicts in Northeast Brazil. **Soc Sci Med**, v.54, p.229-44, 2002.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.18, Suppl:77-87, 2002.

NÖRMARK, S. Social indicators of dental caries among Sierra Leonean schoolchildren. **Scand J Dent Res**, v.101, p.121-9, 1993.

OLIVEIRA, B.H.; MILBOURNE, P. Fluorose dentária em incisivos superiores permanentes em crianças de escola pública do Rio de Janeiro, RJ. **Rev Saúde Pública**, v.35, p.276-82, 2001.

OSÓRIO, L.C. **Adolescente hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 103p.

PADILHA, D.M.; HUGO, F.N.; HILGERT, J.B.; DAL MORO, R.G. Hand function and oral hygiene in older institutionalized Brazilians. *J Am Geriatr Soc*, n.9, p.1333-8, sep. 2007.

PAL, D.K. Quality of life assessment in children: a review of conceptual and methodological issues in multidimensional health status measures. **J Epidemiol Community Health**, v.50, p.391-6, 1996.

PASCHOAL, S.M.P. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2000.

PATUSSI, M.P. Privação e saúde bucal: medidas ao nível do indivíduo e da área geográfica na qual ele reside. **Revista Ação Coletiva**, 2:3-8, 1999.

PATUSSI, M.P.; MARCENES, W.; CROUCHER, R.; SHEIHAM, A. Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian school children. **Soc Sci Med**, v.53, p.915-25, 2001.

PAVONI, D.S.; MEDEIROS, C.R.G. Processos de trabalho na equipe: Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**; Brasília, v.62, n.2, mar./abr., 2009.

PELTOLA, P.; VEHKALAHTI, M.M.; WUOLIJOKI-SAARISTO, K. Oral health and treatment needs of the long-term hospitalized elderly. **Gerodontology**, n.2, p.93-9, jun. 2004.

PERES, M.A. *et al.* The Association Between Socioeconomic Development at the Town Level and Distribution of Dental Caries in Brazilian Children. **Rev. Panam. Salud Pública**, Kansas, v.14, n.3, p.149-157, Sept. 2003.

PÉREZ, E.A.; MARINO, R.; GILLSEPIE, G.; GONZÁLEZ R. Estado de la educación em gero-odontologia em la América Latina: hallazgos de una encuesta. *Educ Med Salud*, v.26, p.426-429, 1992.

PETERSEN, P.E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral in the 21<sup>st</sup> century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.31, Suppl 1, p.3-23, 2003.

PETRY, P.C.; PRETTO, S.M. Educação e motivação em saúde bucal. In: KRIEGER L. **ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal**. Ed. Artes Médicas, p. 363-370, 1997.

PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva: saúde bucal para adultos**. 4 ed. São Paulo: Santos, 2000. Cap. 4. p.114-116.

PIUVEZAM, G.; ALVES, M.C.S.F. **Estudo psicossocial das perdas dentárias na terceira idade** [Dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2004.

REISINE, S.T.; FERTIG, J.; WEBER, J.; LEDER, S. Impact of dental conditions on patients' quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.17, p.7-10, 1989.

RESENDE, A.L.M. **Saúde dialética do pensar e do fazer**. Ed. Cortez, 1986.

REYES-GIBBY, C.C.; ADAY, L.; CLEELAND, C. Impact of pain on self-rated health in the community-dwelling older adults. **Pain**, v.95, p.75-82, 2002.

RIMONDINI, L.; ZOLFANELLI, B.; BERNARDI, F.; BEZ, C. Self-preventive oral behavior in an Italian University student population. **J Clin Periodontol**, v.28, p.207-11, 2001.

RITTER, F.; FONTANIVE, P.; WARMLING, C.M. Condições de vida e acesso aos serviços de saúde bucal de idosos da periferia de Porto Alegre. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v.18, n.1, jan/jun. 2004.

ROGERSON, R.J. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. **Soc Sci Med**, v.41, p.1373-82, 1995.

ROSA, A.G.F.; CASTELLANOS, R.A.; PINTO, V.G. Saúde bucal na terceira idade. **Rev Gaúcha Odontol**, v.41, p.97-102, 1993.

SALAKO, N.O. Infant feeding profile and dental caries status of urban Nigerian children. **Acta Odontol Pediatr**, v.6, p.13-7, 1985.

SALIBA, N.A.; MINOMAZ, S.A.S.; MARQUES, J.A.M.; PRADO, R.L. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. **Interface**, n.21, p.39-50, 2007.

SANTANA, M.L.; CARMAGNANI, M.I. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v.10, n.1, p.:33-53, jan./jul. 2001.

SCHUTTINGA, J.A. Quality of life from a federal regulatory perspective. In: DIMSDALE, J.E.; BAUM, A. editors. **Quality of life in behavioral medicine research**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995, p.31-42.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública**, v.20, p.580-8, 2004.

SERGER, L. **Psicologia e odontologia**. 3 ed. São Paulo: Santos Editora, 1998.

SEVENHUYSEN, G.P.; TRUMBLE-WADDELL, J. A new perspective on quality of life. **J Clin Epidemiol**, v.50, p.231-2, 1997.

SHEIHAM, A.; STEELE, J.G.; MARCENES, W.; TSAKOS, G.; FINCH, S.; WALLS, A.W.G. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.29, p.195-203, 2001a.

SHEIHAM, A. *et al.* Relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. **Journal Dental Research**, v.80, n.2, p.408-415, 2001b.

SHEIHAM, A.; CUSHING, A.; MAIZELS, J. Developing sociodental indicators: the social impact of dental disease. **Community Dent Health**, v.3, p.3-17, 1986.

SILVA, C.J.P. *et al.* Percepção de saúde bucal dos usuários do Sistema único de Saúde do Município de Coimbra/Minas Gerais. **Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre**, v.47, n.3, p.23-28, dez. 2006.

SILVA, D.D. *et al.* Saúde bucal e autopercepção em adultos e idosos de Piracicaba, SP. **Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre**, v.47, n.2, p.37-42, ago. 2006.

SILVA, E.F.A.; SOUZA, M.L.R. Autopercepção da saúde bucal e satisfação com a vida em mulheres idosas usuárias de prótese total. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v.18, n.1, p.61-65, jan-abr. 2006.

SILVA, L.C.; DURAN, M. Mortalidad infantil y condiciones higienico-sociales em las Américas: un estudio de correlación. **Rev Saúde Pública**, v.24, p.473-80, 1990.

SILVA, S.R.C.; FERNANDES, R.A.C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.35, n.4, p. 349-355, ago., 2001.

SILVA, S.R.C; VALSEKI JUNIOR, A. Avaliação da condição de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. **Rev Panam de Saúde Pública**, v.8, n.4, 2000.

SILVEIRA, M. Psicologia e reabilitação: a importância da reabilitação facial para o paciente e sua subjetividade. **Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**. Belo Horizonte, ano I, v.1. n.2. jul-dez. 2005.

SILVEIRA, R.G.; BRUM, S.C.; SILVA, D.C. Influência dos fatores sociais, educacionais e econômicos na saúde bucal das crianças. **RMAB**, Rio de Janeiro, v.52, p.1-2, jan/dez, 2002.

SLADE, G.D. Assessment of oral health-related quality of life. In: INGLEHART, M.R.; BAGRAMIAN, R.A. **Oral health-related quality of life**. Chicago: Quintessence; 2002.

SLADE, G.D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dent Epidemiol**, v.25, n.4, p.284-90, 1997.

SOUZA, L. A saúde e a doença no dia-a-dia do povo. **Cadernos do Ceas**, v.77, p.18-29, 1982.

SRISLAPANAN, P.; SHEIHAM A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. **Gerontology**, v.18, n.2, p.102-108, 2001.

STARFIELD, B.H. Child health and socioeconomic status. **J. Public Health**, v.72, n.1, p.532-533, 1982.

STEELE, J.G.; SANDRES, A.E.; SLADE, G.D.; ALLEN, P.F.; LATHIN, S.; NUTTALL, N. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.32, p.107-14, 2004.

TASSINARI, W.S. *et al.* Contexto sócio-econômico e percepção da saúde bucal em uma população de adultos no Rio de Janeiro, Brasil: uma análise multinível. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.127-136, jan. 2007.

TESCH, F.C.; OLIVEIRA, B.H.; LEÃO, A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p.2555-2564, nov. 2007.

THOMPSON, W.M.; POULTON, R.; KRUGER, E.; BOYD D. Socioeconomic and behavioural risk factors for tooth loss from age 18 a 26 among participants in the Dunedin multidisciplinary health and development study. **Caries Res**, v.34, p.361-6, 2000.

THOMPSON, W.M.; POULTON, R.; MILNE, B.J.; CASPI, A, BROUGHTON, J.R.; AYERS, K.M. Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood in a birth cohort. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.32, p.345-53, 2004.

TIBA, I. **Puberdade e adolescência**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980.

TOMITA, N.E.; TORRES, F.C. Saúde bucal de pré-escolares: as iniquidades sociais e a subjetividade da dor. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, v.1, p.25-33, 2000.

TORRES, S.V.S. **Pacientes odontogeriátricos**: um estudo exploratório sobre saúde bucal e qualidade de vida. [Dissertação de mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2003.

TRAEBERT, J.; ALMEIDA, I.C.S.; GARGHETTI, C.; MARCENES, W. Prevalência, necessidade de tratamento e fatores predisponentes do traumatismo na dentição permanente de escolares de 11 a 13 anos de idade. **Cad Saúde Pública**, v.20, p.403-10, 2004.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**, v.20, Suppl 2:S, p.190-8, 2004.

TSAKOS, G.; MARCENES, W.; SHEIHAM A. Cross-cultural differences in oral impacts on daily performance between Greek and British older adults. **Community Dent Health**, v.18, p.209-13, 2001.

UNFER, B. *et al.* Self-perception of the loss of teeth among the elderly. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.217-26, jan/jun. 2006.

VARGAS, A.M.D.; PAIXÃO, H.H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. **Cienc Saúde Col**. 2005; 10(4):1015-24, 2005.

VARGAS, C.M.; CRALL, J.J.; SCHNEIDER, D.A. Sociodemographic distribution of pediatric dental caries: NHANES III, 1988-1994. **J Am Dent Assoc**, v.129, p.1229-38, 1998.

VASCONCELLOS, M.C.C.; LUI FILHO, O.; JESUS, B.J.; NOGUEIRA, J.R.B. Experiência de cárie dentária em escolares: o papel da ocupação da mãe. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v.7, p.237-43, 1993.

VERED, Y.; SGAN-COHEN, H.D. Self-perceived and clinically diagnosed dental and periodontal health status among young adults and their implications for epidemiological surveys. **BMC Oral Health**, v.3, n.3, 2003.

WALLANDER, J.L.; SCHMITT, M.; KOOT, H.M. Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications. **J Clin Psychol**, v.57, p.571-85, 2001.

WATT, R.G. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.30, p.241-7, 2002.

WEYNE, S.C. A construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações. In: KRIGER, L. (Org.). **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p.1-26.

WHOQOL. World Health Organization Quality of Life Assessment. Position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, v.41, p.1403-1409, 1995.

WHOQOL. World Health Organization. Measuring Quality of Life. **The World Health Organization quality of life instruments**. Geneva: World Health Organization; 1997.

WOLF, S. M. R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Rev. APCD**, v.52, n.4, p.307-16, 1998.

YOSHIDA Y, *et al.* Epidemiological study on improving the QOL and oral conditions of the aged- part I: the relationship between the status of tooth preservation and QOL. **J Physiol Anthropol Appl Human Sci**, v.20, p.363-8, 2001.