

ANDREIA PATRÍCIA CASTRO AFONSO

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL:  
ADAPTAÇÃO LINGUÍSTICA E CULTURAL DO OHIP-14**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Porto, 2014



ANDREIA PATRÍCIA CASTRO AFONSO

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL:  
ADAPTAÇÃO LINGUÍSTICA E CULTURAL DO OHIP-14**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Porto, 2014

ANDREIA PATRÍCIA CASTRO AFONSO

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL:  
ADAPTAÇÃO LINGUÍSTICA E CULTURAL DO OHIP-14**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte integrante dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Professora Doutora Isabel Silva

---

Andreia Patrícia Castro Afonso

Porto, 2014

## RESUMO

A autopercepção de saúde oral reflete a experiência subjetiva do indivíduo, sendo influenciada por fatores comportamentais, sociais e ambientais. A necessidade de compreender as limitações e o sofrimento dos indivíduos com alterações da saúde oral constitui, por si só, uma forte motivação para a avaliação da sua Qualidade de Vida (QdV). Na primeira revisão integrativa da literatura foram reunidas e analisadas 19 publicações originais que apontam para uma diversidade de instrumentos que permitem avaliar a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral – QdVRSO - em adultos com alterações orais. Foram identificados cinco instrumentos: OHIP-14, OIDP, GOHAI, OHQOL e PIDAQ. O OHIP-14 destaca-se ao surgir na maioria dos estudos e por apresentar mais versões culturais (árabe, iraniana, japonesa, espanhola, chinesa, brasileira e finlandesa). Concluiu-se que o OHIP-14 parece ser o mais adequado nos contextos de intervenção clínica e de investigação por incluir mais domínios e permitir aceder a mais informação quanto ao impacto negativo das alterações orais na QdV.

Na segunda revisão integrativa da literatura foram reunidas e analisadas 17 publicações originais que permitiram identificar as variáveis associadas à QdVRSO em adultos, avaliada através do OHIP-14, bem como analisar a relação estabelecida entre as variáveis identificadas e a QdVRSO. Os estudos analisados sugerem que a QdVRSO se encontra associada a variáveis clínicas, enquanto variáveis mediadoras, e ainda a fatores sociodemográficos e variáveis comportamentais, enquanto variáveis moderadoras.

Partindo deste enquadramento conceptual, foi desenvolvido um estudo observacional transversal com o objetivo de adaptar o OHIP-14 para a língua e cultura portuguesa e avaliar as suas qualidades psicométricas, com uma amostra de conveniência de 180 indivíduos, com idades entre 18 e 93 anos ( $M=40,93$ ;  $DP=16,27$ ). A versão portuguesa desenvolvida constitui um instrumento com boa validade de construto e boa validade concorrente, elevada fidelidade e sensibilidade a características sociodemográficas, clínicas e de autopercepção. Revelou, ainda, ser de fácil e rápida resposta e bem aceite pelos respondentes, tanto na versão papel e lápis como no formulário eletrónico. O processo de validação é contínuo, pelo que sugere-se a realização de outros estudos.

Os resultados da presente dissertação permitem reconhecer e reforçar a evidência crescente de que a percepção da condição oral desempenha um papel determinante na QdV. A QdVRSO constitui-se, assim, como um domínio importante de interesse para os profissionais, sobretudo no sentido de serem desenvolvidas futuras colaborações entre Ciências da Saúde e Ciências Sociais.

## ABSTRACT

Self-perceived oral health reflects an individual subjective experience, influenced by behavioral, social and environmental factors. The need to understand the restrictions and suffering of individuals with impaired oral health is, by itself, a strong motivation for the assessment of their quality of life (QoL).

In a first integrative literature, 19 original publications were selected and analysed revealing the existence of a diversity of instruments that measure Oral Health-Related Quality of Life – OHRQoL - in adults with oral changes. Five instruments were identified: OHIP-14, OIDP, GOHAI, OHQOL and PIDAQ. The OHIP-14 stands out in most studies and present more cultural versions (Arabic, Persian, Japanese, Spanish, Chinese, Brazilian and Finnish). Compared with the other instruments, it includes more fields and allows to assess more information on the negative impact of oral changes in QoL, as well as it revealed to be the most appropriate assessment tool in the context of clinical intervention and research.

In a second integrative literature, 17 original publications were selected and analysed in order to identify the variables associated with OHRQoL in adults assessed by OHIP-14 as well as to analyze the relationship established. The studies reviewed suggest that OHRQoL is associated with clinical characteristics as mediating variables and also with sociodemographic and behavioral characteristics, as moderating variables.

Having this conceptual framework as a starting point, a transversal observational study was developed with the aim to adapt OHIP-14 to Portuguese language and culture and to evaluate its psychometric properties, with a convenience sample of 180 individuals aged between 18 and 93 years ( $M=40.93$ ;  $SD=16.27$ ). The Portuguese version developed revealed to be an instrument with good construct and concurrent validity, high reliability and high sensitivity to sociodemographic factors and to clinical and self-perceived variables, in either paper and pencil version as in electronic version. Additionally, it proved to be of easy and quick response and well accepted by the participants. The validation process is enduring, so we suggest further studies.

The results of this thesis allow us to recognize and reinforce the growing evidence that the perception of oral condition plays a decisive role in QoL. The OHRQoL constitutes, therefore, an important area of interest to professionals, especially in order to establish future collaborations between Health Sciences and Social Sciences.

## AGRADECIMENTOS

Ao concluir mais uma grande etapa, torna-se imperativo agradecer a todos aqueles que contribuíram e contribuem, todos os dias, para o sucesso do meu percurso acadêmico e, sobretudo, para a partilha de dias bonitos e de sorrisos.

À minha orientadora (e eterna referência) Professora Doutora Isabel Silva, pela constante motivação para melhorar, pela enorme disponibilidade e apoio, por reconhecer e valorizar o meu empenho e esforço, por acreditar em mim e propor-me desafios, pela gigantesca generosidade nas reflexões, partilhas e aprendizagens, e sobretudo pela alegria e entusiasmo contagiantes.

Aos meus amigos, colegas e Professores da Universidade Fernando Pessoa, sem nunca esquecer a “minha” Escola Superior de Enfermagem de São João. Estou muito grata pelas aprendizagens e sorrisos partilhados ao longo destes anos.

À minha família e amigos por lhes ter roubado a minha presença em alguns momentos, em especial aos meus (doces e guerreiros) pais, que representam aquilo que aspiro ser e construir. São o exemplo de que com muito empenho, dedicação, honestidade e generosidade, tudo é possível. Obrigada por saberem ler-me o olhar, o coração. À minha avó, a nossa (eterna) Luz.

A todos aqueles que cruzaram a minha vida e de algum modo assentiram que os acompanhasse nesta aventura, ainda que nem sempre tenha sido fácil. Muito obrigada por me deixarem sentar nos vossos ombros, vocês são os meus gigantes e tornam esta aventura, mais colorida, mais doce.

Este meu sorriso no olhar, é vosso.

# Índice

Índice de Quadros

Índice de Figuras

Índice de Anexos

Lista de acrónimos

<b>Introdução Geral.....</b>	<b>1</b>
<b>Artigo 1. Instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em adultos: revisão integrativa</b>	
Resumo.....	9
Método .....	11
Critérios de inclusão e de exclusão .....	12
Estratégia de pesquisa.....	12
Procedimento de seleção dos estudos.....	14
Resultados .....	15
Discussão.....	28
Referências .....	35
<b>Artigo 2. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em adultos avaliada através de OHIP-14 e variáveis associadas: revisão integrativa</b>	
Resumo.....	42
Método .....	44
Critérios de inclusão e exclusão .....	44
Estratégia de pesquisa.....	45
Procedimento de seleção dos estudos.....	46
Resultados .....	47
Discussão.....	53
Referências .....	62

### **Artigo 3. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral: Adaptação linguística e cultural portuguesa do OHIP-14**

Resumo .....	67
Método .....	69
Participantes .....	69
Material.....	69
a) Questionário sociodemográfico .....	69
b) Questionário de perceção do estado de saúde: MOS SF-12 .....	70
c) Perfil de Impacto da Saúde Oral – OHIP .....	70
Procedimento .....	72
Resultados .....	75
Discussão.....	90
Referências .....	96
<b>Conclusão Geral.....</b>	<b>100</b>
<b>Referências .....</b>	<b>103</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>107</b>

## Índice de Quadros

### **Artigo 1. Instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em adultos: revisão integrativa**

Quadro 1. <i>Resumo do método dos estudos selecionados</i> .....	17
Quadro 2. <i>Resumo dos resultados dos artigos selecionados</i> .....	19

### **Artigo 2. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em adultos avaliada através de OHIP-14 e variáveis associadas: revisão integrativa**

Quadro 1. <i>Resumo dos estudos analisados</i> .....	48
Quadro 2. <i>Associação entre as variáveis e a QdVRSO avaliada através do OHIP-14</i> .....	50
Quadro 3. <i>Associação entre variáveis e a QdVRSO</i> .....	52

### **Artigo 3. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral: Adaptação linguística e cultural portuguesa do OHIP-14**

Quadro 1. <i>Descrição dos aspetos avaliados em cada dimensão pelo OHIP-14</i> .....	71
Quadro 2. <i>Distribuição de pontuações nas dimensões do OHIP-14 (N=174)</i> .....	75
Quadro 3. <i>Análise da fidelidade de OHIP-14 total de 7 dimensões segundo coeficiente de alfa de Cronbach</i> .....	75
Quadro 4. <i>Análise da fidelidade segundo correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente de alfa de Cronbach quando item eliminado (N=174)</i> .....	76
Quadro 5. <i>Análise fatorial exploratória do OHIP-14 (N=174)</i> .....	77
Quadro 6. <i>Correlação entre o item e as dimensões (com a dimensão a que pertence, com a correlação corrigida para sobreposição (N=174)</i> .....	78
Quadro 7. <i>Validade concorrente – relação entre autoperceção de saúde oral e pontuações médias obtidas no OHIP-14</i> .....	78
Quadro 8. <i>Validade concorrente - correlação entre dimensões do OHIP-14 e dimensões do MOS SF-12</i> .....	79
Quadro 9. <i>Sensibilidade – diferenças estatisticamente significativas nas pontuações totais no OHIP-14 em função do sexo</i> .....	79
Quadro 10. <i>Sensibilidade - relação entre idade e OHIP-14 e relação entre escolaridade e OHIP-14</i> .....	80

Quadro 11. <i>Sensibilidade – diferenças estatisticamente significativas nas pontuações totais no OHIP-14 em função de apresentar problemas de saúde geral</i> .....	80
Quadro 12. <i>Sensibilidade – diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com alterações na cavidade oral quanto às pontuações médias obtidas no OHIP-14</i> .....	81
Quadro 13. <i>Sensibilidade – diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com alterações na cavidade oral quanto às pontuações médias obtidas no OHIP-14</i> .....	83
Quadro 14. <i>Sensibilidade - diferenças estatisticamente significativas nas pontuações totais no OHIP-14 em função da variável comportamental “Lava os dentes”</i> .....	84
Quadro 15. <i>Sensibilidade - relação entre a frequência com que lava os dentes a QdVRSO e relação entre a última consulta no Médico dentista e a QdVRSO</i> .....	85
Quadro 16. <i>Sensibilidade – diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos que recorrem a consulta no médico dentista quanto às pontuações totais no OHIP-14</i> .....	85
Quadro 17. <i>Análise fatorial: papel e lápis versus formulário eletrônico</i> .....	87
Quadro 18. <i>Análise da fidelidade (Alfa de Cronbach) e da validade (correlação corrigida para sobreposição): papel e lápis versus formulário electrónico</i> .....	88
Quadro 19. <i>Correlação item-dimensão do OHIP-14 para análise da validade convergente-discriminante: versão papel e lápis</i> .....	89

## Índice de Figuras

**Artigo 1. Instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral avaliada em adultos: revisão integrativa**

*Figura 1.* Processo de seleção dos estudos .....15

**Artigo 2. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em adultos avaliada através de OHIP-14 e variáveis associadas: revisão integrativa**

*Figura 1.* Processo de seleção dos estudos ..... 47

## **Índice de Anexos**

### **Anexo A**

- Processo de seleção de publicações para revisão integrativa de artigo 1

### **Anexo B**

- Resumo das publicações analisadas para revisão integrativa de artigo 1

### **Anexo C**

- Processo de seleção de publicações para revisão integrativa de artigo 2

### **Anexo D**

- Resumo das publicações analisadas para revisão integrativa de artigo 2

### **Anexo E**

- Formulário de Consentimento informado
- Pedido de colaboração e descrição do estudo no formulário *online*
- Questionário Sociodemográfico
- MOS SF-12
- Versão desenvolvida para português do OHIP-14

### **Anexo F**

- Versão original do OHIP-14

## **Lista de acrónimos**

CPOD- Dentes definitivos cariados, perdidos ou obturados  
DGS- Direção-Geral de Saúde  
FDI – Federação Dentária Internacional  
GOHAI - Geriatric (General) Oral Health Assessment Index  
HIV – Vírus da imunodeficiência humana  
HTA – Hipertensão arterial  
ICIDH - International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps  
MOS SF-12 - Medical Outcomes Study Short Form Health Survey de 12 itens  
OHIP - Oral Health Impact Profile  
OHRQOL - Oral Health-Related Quality Of Life  
OIDP - Oral Impact on Daily Performances  
OMD – Ordem dos Médicos Dentistas  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PIDAQ - Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire  
PNPSO - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral  
PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses  
QdV – Qualidade de Vida  
QdVRS - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde  
QdVRSO - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral  
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences  
WHO - World Health Organization

## Introdução Geral

A situação de saúde oral em Portugal é preocupante encontrando-se entre as piores da União Europeia no que diz respeito à implementação de políticas de acesso aos cuidados de saúde, tanto ao nível da prevenção como do tratamento neste domínio específico (Pereira & Furtado, 2010).

Para Patel (2012), os problemas de saúde oral, além de constituírem um problema de saúde importante, têm forte impacto económico para os indivíduos e para os sistemas de saúde. A falta de dados quanto ao fardo económico das doenças orais e o custo de medidas de prevenção constituem uma questão de saúde pública importante na Europa. Ao subestimar os verdadeiros custos dos cuidados de saúde tanto a avaliação do impacto de medidas de saúde pública como o investimento em iniciativas ficam comprometidos. Em 2010, a Ordem dos Médicos Dentistas – OMD - enfatiza ainda que as políticas de orçamento do Ministério da Saúde para a saúde oral em Portugal conduzem a uma das taxas de tratamento dentário mais baixas da Europa, daí a importância de estudos neste domínio no sentido de recolher informações que permitam melhorar a Qualidade de Vida – QdV- dos indivíduos.

O plano de ação global da Organização Mundial da Saúde (OMS), para a prevenção e controlo de doenças crónicas 2013-2020, menciona a urgência de um compromisso por parte dos governos em reconhecerem que as doenças orais partilham fatores de risco com, pelo menos, quatro das principais doenças crónicas (cancro, diabetes, doenças cardiovasculares e respiratórias), pelo que devem beneficiar de um plano de ação comum (OMD, 2014a). Neste sentido, a Federação Dentária Internacional (FDI) considera encorajador que o rastreio oral seja recomendado como uma das opções de políticas e intervenções no sentido de prevenir e controlar as principais doenças (OMD, 2014a).

Uma alteração na cavidade oral pode ter um profundo efeito sobre a saúde geral estando várias doenças orais relacionados com doenças crónicas, isto porque apresentam vários fatores de risco comuns (Petersen, Kandelman, Arpin, & Ogawa, 2010).

A doença oral constitui a quarta doença com tratamento mais dispendioso em todo o mundo, ainda que seja uma das mais fáceis de ser prevenidas (WHO, 2007). Em situação de crise social e económica, os serviços de saúde ganham maior relevância (Pereira & Furtado, 2010). O número de consultas dentárias realizadas entre 2008 e 2014 diminuiu em

cerca de 30%, em cerca de 31 concelhos não existem médicos dentistas registados e a razão médico dentista/população de 1 para 1155 habitantes (OMD, 2014b).

De acordo com a OMD (2014a) e a OMS (2007), as doenças orais mais comuns, a nível mundial, são a cárie dentária e a doença periodontal crónicas, bem como cerca de 60 a 90% de crianças em idade escolar e quase 100% dos adultos apresentam cáries dentárias. A doença periodontal severa é encontrada em 15 a 20% dos adultos com idades compreendidas entre os 35 e 44 anos, sendo esta principal causa de perda de dentes nos adultos, destacando-se, ainda, que cerca de 30% das pessoas com idades entre 65 e 74 anos não têm dentes naturais.

No estudo Eurobarómetro, em 2009, na União Europeia, publicado pela OMD (2010) foi analisado o estado geral da saúde oral dos europeus, hábitos alimentares e consultas de diagnóstico e tratamento dentários. Os resultados demonstram que os holandeses são os europeus que mais visitaram o médico dentista, cerca de 63%, no último ano. A média da União Europeia situa-se nos 57% e em Portugal esta frequência é de apenas 46%. Acrescenta-se ainda que 15% dos europeus inquiridos enfrentaram dificuldades nos últimos 12 meses, a mastigar, morder ou ingerir alimentos devido a problemas dentários; 16% sentiram dor com origem dentária, gengivas dolorosas ou aftas; cerca de 7% sentiram-se desconfortáveis com a aparência dos seus dentes ou próteses dentárias e 57% consultaram um médico dentista, para tratamento de dentes, gengivas ou ajuste de próteses dentárias, há menos de um ano. A nível europeu, apenas 2% nunca consultaram um médico dentista, identificando três principais razões para não irem ao médico dentista nos últimos dois anos: os problemas dentários não foram percecionados como suficientemente graves; a população desdentada ou com prótese total entende não necessitar de acompanhamento médico-dentário; e o elevado custo das consultas de diagnóstico e tratamento (15%). Apenas 10% das respostas referem como principal razão recear ou não gostar do médico dentista.

As primeiras iniciativas surgem a partir da década de 80 com o programa “Saúde para Todos” e em 1999 é aprovado o Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes (PPSOCA) com o objetivo de prevenir as doenças orais através da contratualização de clínicas/consultórios privados, iniciando a prestação de cuidados dentários nas crianças e adolescentes em 2000 (OMD, 2010).

Face à evidência científica sobre a eficácia dos fluoretos na prevenção da cárie dentária e à necessidade de trabalhar os determinantes da saúde globalmente, foi aprovado, em 2005, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – PNPSO- incluído no Plano

Nacional de Saúde 2004-2010 (OMD, 2010). Este programa tinha como objetivos a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças orais que se desenvolvem ao longo do ciclo vital e tendo em consideração os ambientes onde as crianças e adolescentes vivem e estudam (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2006).

Para além disso, foram desenvolvidos dois estudos a nível nacional pela DGS com o intuito de uma avaliação mais ampla a nível nacional do estado de saúde oral: Estudo nacional de prevalência de cárie dentária na população escolarizada -1999/2000 e Estudo nacional da prevalência das doenças orais – 2005/2006 (DGS, 2008).

Em Portugal, a prevalência de cárie dentária tem vindo a diminuir nas crianças e adolescentes, nos últimos anos, contudo, as doenças orais continuam a possuir uma elevada prevalência, constituindo, assim, um importante problema de saúde pública (DGS, 2008). Com a alteração estratégica por parte do Ministério da Saúde e da DGS, foi criado um Gabinete de Saúde Oral e reestruturado o PNPSO, em 2008, para além do Sistema de Informação para a Saúde Oral que permite a gestão do programa a nível nacional, regional e local. Incluíram estratégias preventivas e curativas para grávidas acompanhadas no Sistema Nacional de Saúde e idosos beneficiários do complemento solidário no sentido da satisfação de necessidades de saúde que influenciam os níveis de bem-estar e QdV ao longo do ciclo vital (OMD, 2010). Para alcançar estes objetivos houve um investimento na melhoria de conhecimentos e de comportamentos sobre saúde oral e da promoção da equidade na prestação de cuidados de saúde oral a crianças e jovens com necessidades de saúde especiais garantidos através da atribuição de cheques dentista (DGS, 2005; DGS, 2008). No contexto atual de contenção e de austeridade por que praticamente todos os setores passaram de forma transversal, é necessário prestar particular atenção ao da saúde. Dada a atual conjuntura económico-financeira do país o valor do cheque dentista foi diminuído, contudo, foi reforçada a intervenção comunitária nas crianças e jovens em meio escolar até aos 16 anos, pelo que mais de 250 mil crianças terão acesso ao cheque dentista (OMD, 2014).

O PNPSO foi alargado, em 2009, a todas as crianças de 7, 10 e 13 anos que frequentam as escolas públicas e IPSS e para crianças com 8, 11 e 14 anos que possuam um elevado risco para cárie dentária e, a partir de 2010, abrange portadores de VIH/SIDA (OMD, 2010). Neste momento, beneficiam crianças dos 3 aos 16 anos, as grávidas seguidas no SNS, os beneficiários do complemento solidário para idosos e os utentes infetados com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e este ano, o programa foi alargado à intervenção precoce no cancro oral (OMD, 2014). Apenas em 2012 foram

emitidos cheques dentista que abrangeram cerca de 400 mil utentes, dos quais 300 mil correspondem a crianças em idade escolar e 100 mil a grávidas, idosos com complemento solidário e doentes com HIV/SIDA. No primeiro mês do corrente ano foram distribuídos cheques dentista a mais de 146 mil utentes do Serviço Nacional de Saúde (OMD, 2014).

Este alargamento surge como uma decisão importante tendo em conta que Portugal possui um programa de combate à cárie dentária já consolidado contudo apresenta taxas de incidência de cancro oral associadas a baixos níveis de sobrevivência por diagnósticos tardios, sendo que está comprovada a elevada vulnerabilidade do cancro oral à intervenção precoce, permitindo uma diminuição da taxa de incidência e o aumento das taxas de cura e de sobrevivência (OMD, 2013).

De acordo com os dados do Registo Oncológico da Região Norte (RORENO) de 1995, os tumores de cabeça e pescoço representavam 6,7% de todos os casos de cancro, sendo 76,7% do sexo masculino e 23,2% do feminino. Entre 2000 e 2006, na Região Norte de Portugal, foram diagnosticados 580 casos de tumores da cavidade oral com uma sobrevivência relativa global a cinco anos de 39,9% (ajustada para a idade) enquanto a média europeia (EUROCARE-4) foi de 46,2% (RORENO, 2011).

Dados de 2005 referem que a taxa de incidência do cancro oral no homem, com mais de 40 anos, fumador e com hábitos alcoólicos, é 4 vezes superior à observada na mulher (12,7 para 3,1 por 100.000 habitantes), com cerca 500 óbitos por ano (DGS, 2014). Com mais de mil novos casos por ano, a nível nacional, e prevendo a necessidade de realizar cerca de 5000 biópsias anuais, este cancro é o oitavo tumor maligno mais comum nos homens em Portugal e, dos doentes que afeta, apenas 40% sobrevive à doença mais do que 5 anos e no caso específico dos homens esse valor desce para 36% (DGS, 2014).

O Programa de Intervenção Precoce de Cancro Oral (PIPICO) encontra-se já em vigor desde o mês de março deste ano, permitindo a atribuição de cheques biópsia e o devido encaminhamento para os serviços adequados para diagnóstico e acompanhamento dos casos (OMD, 2014).

A nível europeu, o cancro da cavidade oral e lábio é o 12º cancro mais comum nos homens, sendo diagnosticados cerca de 132 000 casos que resultaram em 62 800 mortes, em 2008. Os níveis de maior mortalidade são encontrados na Eslováquia e na Hungria e os de menor em Chipre e Islândia, constatando-se um aumento de incidência em jovens adultos e nas mulheres (Patel, 2012). Os doentes oncológicos têm prognóstico reservado no que respeita à sobrevivência e apresentam frequentemente deterioração de funções básicas e um consequente impacto elevadamente negativo na sua QdV (Silveira et al., 2012).

A cavidade oral constitui a parte do corpo cujo tratamento é mais dispendioso, pelo que as despesas podem exceder as do tratamento de cancro, doenças cardíacas, enfartes ou demência. Na União Europeia, foram gastos aproximadamente 79 mil milhões de euros em 2009 em prevenção e tratamentos em saúde oral e, se o cenário atual se mantiver, poderá atingir 93 mil milhões de euros em 2020 (Patel, 2012). Contudo, continuam a prevalecer fortes assimetrias socioeconómicas que refletem as disparidades entre regiões e países e o o desenvolvimento económico destes (Patel, 2012). Os benefícios da prevenção da perda de dentes ultrapassam os custos do tratamento, destacando-se a Dinamarca e Suécia que investiram na prevenção com uma redução significativa da prevalência da doença oral (Patel, 2012).

A World Oral Health Report destaca o fardo das doenças orais e os princípios para o controlo destas doenças e a promoção da saúde no século XXI, sobretudo em grupos populacionais mais pobres e desfavorecidos, pelo que é dado particular ênfase à relação entre saúde geral, saúde oral e QdV (Petersen et al., 2010). De acordo com a OMS, a saúde oral consiste em estar livre de dor crónica orofacial, cancro oral ou orofaríngeo, úlceras orais, malformações congénitas, doença gengival, cáries e perdas de dentes e outros doenças ou distúrbios que afetam a cavidade oral (WHO, 2007).

No nosso ponto de vista, não deveria haver uma divisão da saúde em compartimentos pelo que a QdVRSO deveria integrar a QdVRS, porém a primeira designação será mantida na presente dissertação de forma a manter a coerência dos estudos universalmente apresentados. Dado o profundo impacto das doenças orais na condição física e psicológica dos indivíduos compreende-se a importância de demonstrar que a saúde geral integra a saúde oral e, portanto, a necessidade de ter em consideração indicadores da perceção do indivíduo e QdVRSO (Allen, 2003; Locker, 1997; Slade & Spencer 1994; Tesch, Oliveira, & Leão, 2007). A distinção entre saúde geral e saúde oral não tem nenhum fundamento biológico, até porque não se condiciona o conceito de saúde a nenhuma outra parte do corpo a não ser à cavidade oral (Slade, Strauss, Atchison, Kressin, Locker, & Reisine, 1998). A saúde oral é parte integrante da saúde em geral pelo que é considerada importante para a sua QdV (Petersen et al., 2010).

Têm sido identificadas várias doenças sistémicas que afetam estruturas e componentes da cavidade oral, bem como o inverso, verifica-se que problemas na cavidade oral constituem um fator de risco para a saúde geral. Assim, para que o indivíduo tenha saúde é necessário que se alimente de modo adequado e, para tal, necessita de um aparelho estomatognático que garanta as funções de mastigação, deglutição e digestão (Kandelman,

Petersen, & Ueda, 2008). Portanto, a saúde oral não só é parte integrante como essencial à saúde geral, saúde oral e geral influenciam-se mutuamente e saúde oral é um fator determinante da QdV.

Alguns estudos demonstram que a dor na cavidade oral, a dificuldade em comer, mastigar, sorrir e comunicar e ainda alterações no sono e no descanso devido a problemas orais são as principais causas de absentismo laboral (Allen, 2003; DGS, 2008; Petersen, Bourgeois, Ogawa, Estupinan-Day, & Ndiaye, 2005; Sheinam, 2005; Steele, Ayatollahi, Walls, & Murray, 1997).

Peterson e Ueda (2006) reforçam que as alterações na cavidade oral como perda de dentes, cáries, doenças periodontais, xerostomia e cancro oral são mais prováveis de se manifestar, sobretudo tendo em consideração o aumento da esperança da vida e, portanto, ao aumento da população envelhecida. Assim, destacam que as relações entre saúde geral, saúde oral e QdV são bastantes pronunciadas sobretudo na população adulta idosa.

Ingram et al. (2005) descrevem os efeitos a longo prazo de problemas orais na QdV, funcionalidade, dor e saúde geral em indivíduos do sexo masculino. Os resultados do seu estudo mostraram que os pacientes oncológicos idosos com problemas na boca ou nos dentes que lhes dificultava o ato de comer tinham mais probabilidade de ter uma QdV diminuída, uma saúde emocional mais pobre, níveis baixos de funcionamento físico e mais dor do que pacientes sem problemas orais. Ikebe et al. (2007) identificaram a associação entre hipossalivação e a percepção de boca seca e QdV em idosos independentes, sugerindo que estes problemas constituem importantes fatores que influenciam a QdV em idosos relativamente saudáveis.

A má oclusão resulta em diversos problemas nos indivíduos afetados desde a falta de satisfação com a aparência facial a problemas relacionados com a função do sistema responsável pela mastigação, disfunção da articulação temporomandibular, problemas na deglutição e na comunicação, maior suscetibilidade a lesões traumáticas faciais e ao desenvolvimento de cáries e de problemas periodontais (Zanatta, Ardenghi, Antoniazzi, Pinto, & Rösing, 2012).

O traumatismo dentário pode provocar perdas dentárias irreparáveis em alguns casos, tanto no momento do acidente como do decorrer do tratamento ou até mesmo anos após o acontecimento. Assim sendo, esta condição pode criar danos estéticos, psicológicos e sociais graves, para além de que pode implicar custos muito significativos para a vítima do traumatismo. O traumatismo dentário, o cancro oral e a presença de dentes cariados são

os principais problemas de saúde pública em todo o mundo, pelo que constituem os causadores de maior impacto negativo na QdV (Antunes, Leão, & Maia, 2012).

A cavidade oral é afetada por uma diversidade de patologias de origem oral e/ou sistêmica que podem comprometer a saúde geral (Sheinam, 2005). O peso das doenças orais e fatores de risco estão relacionados com estilos de vida e com a implementação de medidas preventivas, pelo que a importância da vida social, comportamental e os fatores ambientais na doença oral e a saúde tem sido demonstrada em diversos estudos epidemiológicos (Petersen et al., 2010). Para além das condições de vida precárias, os principais fatores de risco relacionados com estilos de vida insalubres sobretudo na alimentação (rica em açúcares e gorduras), higiene oral e consumo excessivo de tabaco (trio designado por *diet, dirt, tobacco - DDT*) e álcool são apontados como as principais causas de deterioração da saúde geral, que abarca alterações ao nível da cavidade oral, acrescendo a limitada disponibilidade e acessibilidade aos serviços de saúde oral (Petersen, 2003b; Petersen, et al., 2005; Reibel, 2003). Quase um quinto dos inquiridos no Eurobarómetro refere consumir refrigerantes “frequentemente” ou come bolos, contudo, apenas uma minoria dos inquiridos afirma que ingerem regularmente rebuçados e mascam pastilha elástica (OMD, 2010).

Os níveis da saúde oral têm sido medidos por indicadores específicos, meramente clínicos (objetivos) com base em critérios orientadores sugeridos pela WHO (1997). Estes baseiam-se, sobretudo, no modelo médico e enfatizam o processo biológico e patológico da doença (WHO, 1997). Contudo, o recurso a indicadores meramente clínicos na avaliação das condições orais tem demonstrado ser muito pobre e simplista, por centrar-se apenas em indicadores meramente objetivos, centrados no funcionamento e na biologia (Tesch, Oliveira, & Leão, 2007). Neste sentido, é preconizada a associação de medidas clínicas da condição oral, da perceção de bem-estar geral e oral, e dos relatos de funcionamento físico, social e psicológico (Gift & Atchinson, 1995). Esta abordagem apoia os profissionais clínicos na seleção de tratamentos e na monitorização dos resultados dos pacientes, os investigadores na identificação de fatores determinantes de saúde e de risco para a saúde e ainda na determinação dos serviços necessários a providenciar às populações, e por fim, auxilia os políticos na elaboração de programas e prioridades institucionais na promoção de uma boa condição oral e de cuidados preventivos, bem como nas decisões políticas e de financiamento (Bennadi & Reddy, 2013; Gift & Atchinson, 1995). Através da avaliação por rotina da QdVRS é possível obter resultados clínicos que permitam suportar as decisões clínicas, identificar necessidades e identificar grupos de

risco. Estes contributos são decisivos para a obtenção de ganhos em saúde e para o desenvolvimento de estratégias que otimizem a QdV.

Todas as evidências descritas anteriormente salientam a premência em aumentar a investigação nesta área no sentido de desenvolverem instrumentos de avaliação que permitam detetar as necessidades e, deste modo, orientar a criação e desenvolvimento de políticas e de programa de prevenção e de intervenção. A autoperceção da saúde oral é uma medida multidimensional que reflete a experiência subjetiva do indivíduo quanto ao seu bem-estar físico e psicossocial e que determina a procura por tratamento dentário (Jokovic & Locker, 1997; Sicho & Broder, 2011). Tendo em consideração a importância de fatores comportamentais, sociais e ambientais na saúde oral, sublinha-se a necessidade da convergência das Ciências da Saúde com as Ciências Sociais e Humanas (Silva, Meneses, & Silveira, 2009). Deste modo, será possível desenvolver estudos e instrumentos válidos que sustentem a emergência de novas políticas de saúde e de programas de prevenção e de intervenção.

A presente dissertação apresenta uma estrutura diferente do tradicional e é constituída por uma introdução seguida de três capítulos, em que são apresentados artigos científicos e, por fim, uma conclusão. Na introdução que aqui apresentamos pretendeu-se realizar um breve enquadramento teórico relativo à saúde oral, salientando-se a realidade portuguesa e a importância de serem desenvolvidos estudos nesta área. Apresenta-se, de seguida, o primeiro artigo que consiste numa revisão integrativa da literatura que tem como objetivo a identificação e análise reflexiva dos instrumentos de avaliação de QdVRSO associada a condições clínicas orais disponíveis na literatura. O segundo artigo científico apresentado constitui uma revisão integrativa da literatura que visa identificar e analisar, de forma crítica e reflexiva, a evidência científica produzida relativa às variáveis que se associam na QdVRSO avaliada através do instrumento Oral Health Impact Profile- 14 itens (OHIP-14). O terceiro artigo é referente ao estudo empírico de adaptação linguística e cultural do instrumento OHIP-14, apresentando-se a análise da sua validade, fidelidade e sensibilidade. Por fim, na Conclusão, procuraremos discutir as implicações dos resultados encontrados do ponto de vista teórico e prático, a sua utilidade e pertinência, referindo limitações do estudo e sugerindo pistas para o desenvolvimento de novas linhas de investigação no futuro.

## **Artigo 1**

### **Instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em adultos: revisão integrativa**

## **Instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em adultos: revisão integrativa**

### **Resumo**

As alterações na cavidade oral podem afetar a alimentação, a comunicação, a interação social, o desempenho intelectual e o descanso. Ao avaliar as experiências subjetivas relacionadas com o impacto das condições orais - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QdVRSO) - é possível recolher informações valiosas no sentido de melhorá-la. Esta revisão integrativa visa reunir informações consistentes sobre QdVRSO com foco nos instrumentos de avaliação para adultos. As bases de dados eletrónicas consultadas foram PubMed, SciELO e B-ON com o uso dos descritores “oral health-related quality of life”, “questionnaires”, “adults”. Foram adotadas as recomendações propostas no guia PRISMA. As 19 publicações analisadas consistem em estudos observacionais, publicados entre 2005 e 2014, que apontam para uma diversidade de instrumentos validados empiricamente, com abordagem genérica de saúde oral (OHIP-14, OIDP, GOHAI, OHQOL) e abordagem específica (PIDAQ). Globalmente, os instrumentos revelam boa sensibilidade e validade de construto, distinguindo-se pela diversidade de domínios e de itens, que se focalizam no funcionamento físico, emocional e social. Os instrumentos são breves, de fácil compreensão e rápida administração. Centram-se no impacto negativo das condições na QdV e apenas dois instrumentos (GOHAI, PIDAQ) integram simultaneamente os dois tipos de impacto. Comparativamente aos restantes instrumentos, o OHIP-14 apresenta mais versões culturais, maior versatilidade por incluir mais domínios e permite aceder a informação relativa à gravidade, extensão e prevalência dos impactos negativos percebidos, sugerindo que pode ser o mais adequado para contextos de intervenção clínica e investigação intercultural.

*Palavras-chave:* saúde oral, qualidade de vida, instrumentos, avaliação, adultos.

A saúde oral afeta a saúde em geral ao interferir e limitar nas atividades diárias, destacando-se os impactos das suas alterações nos domínios funcionais, psicológicos e sociais (Sischo & Broder, 2011; Slade, 2002; Slade & Spencer, 1994; Steele, Ayatollahi, Walls, & Murray, 1997). Dado que partilham fatores de risco comuns, sobretudo em termos de estilos de vida, as doenças orais podem ter um impacto sobre muitos aspetos da saúde geral verificando-se uma reciprocidade causal como em doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, aterosclerose, diabetes e prematuridade (Gibson, Yumoto, Takahashi,

Chou, & Genco, 2006; Griffin, Jones, Brunson, Griffin, & Bailey, 2012; Ordem dos Médicos Dentistas [OMD], 2013). Para além disso, constituem, muitas vezes, a evidência primária de doenças sistémicas, nomeadamente em casos de diabetes ou HIV/SIDA (Griffin et al., 2012; Petersen et al., 2005).

Melhores cuidados de higiene oral parecem prevenir infeções respiratórias e morte por pneumonia em idosos nos hospitais e lares (Sjögren, Nilsson, Forsell, Johansson, & Hoogstraate, 2008) e ainda a escovagem frequente de dentes pode estar associada a níveis baixos de doença cardiovascular (Oliveira, Watt, & Hamer, 2010).

A cárie e as doenças de gengivas afetam cerca de 90% da população mundial e a dor, a dificuldade em comer, mastigar, sorrir e comunicar devido a dentes descoloridos, danificados ou mesmo ausentes, alterações no sono e no descanso, na interação social e na capacidade intelectual são os problemas mais frequentemente referidos e algumas das principais causas referidas de absentismo laboral (Allen, 2003; OMD, 2013; Petersen et al., 2005; Sheinam, 2005; Steele et al., 1997). O número e distribuição de dentes, a utilização de prótese dentária e a presença de doença estão associados a problemas alimentares, para além de que a existência de espaços anteriores não preenchidos, presença de cáries generalizadas e doença encontram-se associadas à insatisfação estética (Steele et al., 1997).

É cada vez mais preconizada a associação de medidas clínicas da condição oral com os relatos de perceção de bem-estar geral e oral e de funcionamento físico, social e psicológico (Gift & Atchinson, 1995). Esta abordagem permite centrar, não na doença, mas no indivíduo e nas suas avaliações subjetivas do impacto da doença.

As políticas de orçamento do Ministério da Saúde para a Saúde Oral em Portugal conduzem a uma das taxas de tratamento dentário mais baixas da Europa, daí a importância de estudos que permitam recolher informações de modo a melhorar o bem-estar dos pacientes como resultado do tratamento dentário (OMD, 2010).

É imperativo demonstrar a importância que as alterações orais têm na saúde física e psicológica dos indivíduos e isso só é possível através da avaliação da QdVRSO (Allen, 2003; Locker, 1997; Sischo & Broder, 2011; Slade & Spencer 1994). As questões de QdV tornam-se cruciais em qualquer política de saúde pública na medida em que apoia os profissionais clínicos na seleção de tratamentos e na monitorização dos resultados dos pacientes, os investigadores na identificação de fatores determinantes de saúde e de risco para a saúde, na determinação dos serviços necessários a providenciar às populações, para além de que auxilia os políticos na elaboração de programas e prioridades institucionais, bem como nas decisões políticas e de financiamento (Bennadi & Reddy, 2013; Gift &

Atchinson, 1995; Slade, 2012). As evidências destacam a necessidade de aumentar a investigação nesta área bem como a importância da convergência das Ciências da Saúde com as Ciências Sociais e Humanas, pois só assim será possível desenvolver estudos e instrumentos válidos que sustentem novas políticas de saúde e de programas de prevenção e de intervenção (Silva, Meneses, & Silveira, 2009).

A presente revisão integrativa tem como objetivo a recolha de evidência científica que permita sintetizar o conhecimento atual sobre os instrumentos de avaliação de QdVRSO devidamente validados para indivíduos adultos e que permitam avaliar a QdVRSO enquanto percepção do impacto psicossocial das condições orais. Como objetivos específicos esta revisão visa caracterizar e analisar, de forma crítica e reflexiva, cada instrumento relativamente aos domínios/dimensões avaliadas, ao modelo conceptual de base, ao número de itens, às qualidades psicométricas (fidelidade, validade e sensibilidade) e qualidades clinimétricas.

### **Método**

Na linha da Prática Baseada na Evidência há necessidade de produzir métodos de revisão de literatura que permitam a pesquisa, a avaliação crítica e a síntese de evidências disponíveis relativamente a um tema de investigação, destacando-se dois métodos: revisão sistemática e revisão integrativa (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008). Este artigo científico consiste numa revisão integrativa da literatura que visa reunir e analisar resultados de pesquisas relativos aos instrumentos de avaliação de QdVRSO, de forma sistemática e ordenada, possibilitando a formulação de conclusões gerais e, assim, contribuir para o aprofundamento do conhecimento do tema (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008). A revisão integrativa apresenta a mesma linha de orientação da revisão sistemática, contudo permite a inclusão simultânea de estudos experimentais, quasi-experimentais e não experimentais, proporcionando uma compreensão mais completa do tema de interesse (Mendes et al., 2008). Nesse sentido, foram adotadas as recomendações propostas no guia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) e seguidas as etapas: estabelecimento da questão ou objetivos da revisão; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); categorização dos estudos; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados; e a última etapa constitui-se na apresentação da revisão (Mendes et al., 2008).

O período da recolha de dados decorreu entre 10 de março e 30 de maio de 2014.

No sentido de descrever todos os componentes relacionados com o problema identificado foi estruturada a seguinte questão de investigação: Quais os instrumentos existentes na literatura que permitem avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral em adultos com alteração do estado de saúde oral?

### **Critérios de inclusão e de exclusão**

A definição de critérios de elegibilidade (inclusão e exclusão) tem como finalidade orientar a pesquisa e a seleção dos estudos primários, de modo a aumentar a precisão dos resultados face à questão de investigação e aos objetivos do estudo. Com a leitura do texto completo, os artigos foram selecionados segundo os critérios de inclusão: publicações de texto integral e referentes a estudos primários; publicações nos idiomas Português, Espanhol ou Inglês; estudos que utilizassem variáveis clínicas em conjunto com a avaliação da QdVRSO, em indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos e que avaliassem a autoperceção. Ao associar como critério de inclusão estudos que utilizassem medidas clínicas associadas à avaliação da QdVRSO pretende-se aumentar a probabilidade de obter estudos com instrumentos de abordagem genérica de saúde oral e/ou específica para alterações da condição oral. Tendo em consideração as características do construto de QdVRSO de subjetividade e multidimensionalidade preconizam-se as auto-avaliações (Ribeiro, 2002). Foram excluídos estudos que não cumprissem os critérios anteriores e ainda revisões de literatura, comentários, sumários de conferências e dissertações. A acrescentar como critérios de exclusão: estudos que incluíssem participantes submetidos a tratamentos que pudessem alterar a cavidade oral (como quimioterapia e/ou radioterapia) e/ou apresentassem patologias que alteram as condições da cavidade oral bem como indivíduos portadores de doenças que manifestassem, em simultâneo, sintomas orais e sistémicos (como HIV/SIDA, doença de Behçet, cancro), visto que fatores não relacionados com a condição oral podem afetar a QdVRSO.

Não foram definidos limites temporais.

Dada a heterogeneidade dos dados (desenhos de estudo, instrumentos de avaliação, variáveis associadas) não foi conduzida meta-análise.

### **Estratégia de pesquisa**

A procura da evidência tem início com a definição de termos ou palavras-chave, das bases de dados e de outras fontes de informação a serem pesquisadas. Uma pesquisa adequada nas bases de dados eletrónicas é uma habilidade importante na realização de uma

revisão sistemática, pois permite maximizar a possibilidade de encontrar artigos relevantes num tempo reduzido (Sampaio & Mancini, 2007). Neste sentido, foram identificadas as bases de dados relevantes a serem consultadas mediante a temática em estudo e definidas palavras-chave ou descritores que representassem os termos da questão de investigação.

Na pesquisa de artigos publicados foram consultadas as bases eletrónicas PubMed (National Library of Medicine), a B-ON (Biblioteca do Conhecimento Online) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Os descritores para pesquisa circunscreveram-se às variáveis que decorrem da pergunta de investigação, não sendo utilizados descritores referentes a variáveis clínicas de forma a obter uma maior diversidade de artigos, pelo que procedeu-se à leitura completa de cada publicação para confirmar a presença de variáveis clínicas associadas.

Na base eletrónica PubMed, o termo “Oral Health-Related Quality of Life” não é um Medical Subject Heading (MeSH). De modo a evitar a perda de artigos, foram utilizados os termos “oral health-related quality of life”, “questionnaires”, “adults” e o operador “AND” que permitiu que, na pesquisa avançada, apenas fossem incluídos os estudos com todos os termos de busca. Para além disso foram selecionados os filtros “full text available” e “free full text available” resultando em: (((("mouth"[MeSH Terms] OR "mouth"[All Fields] OR "oral"[All Fields]) AND health-related[All Fields] AND ("quality of life"[MeSH Terms] OR ("quality"[All Fields] AND "life"[All Fields]) OR "quality of life"[All Fields])) AND ("questionnaires"[MeSH Terms] OR "questionnaires"[All Fields])) AND ("adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields] OR "adults"[All Fields]) AND ("loattrfull text"[sb] AND "loattrfree full text"[sb])), obtendo-se um total de 90 artigos.

Na base eletrónica B-ON foi utilizada a frase *booleana* “oral health-related quality of life and questionnaires and adults” resultando em 2 940 artigos, pelo que a pesquisa foi refinada através de: tópicos: Questionnaires, Oral Health-related Quality Of Life, Adults; idioma: Inglês; (novamente) tópicos: Oral Health, Health-related Quality Of Life; tipo de recurso: eliminando publicações referentes a comentários. Desta pesquisa resultaram 24 publicações das seguintes bases: Wiley Online Library (3 artigos), SpringerLink (3 artigos), SciVerse ScienceDirect – Elsevier (10 artigos), SciELO Brazil - Scientific Electronic Library Online (1 artigo), PMC - PubMed Central (5 artigos), OneFile - GALE (12 artigos), MEDLINE - National Library of Medicine - NLM (16 artigos), JSTOR (1 artigo), Health Reference Center Academic (Gale) (11 artigos), Directory of Open Access Journals – DOAJ (5 artigos) e BioMed Central (4 artigos).

Na base eletrônica SciELO (Scientific Electronic Library Online) foi utilizada a frase *booleana* “oral health-related quality of life and questionnaires and adults”, opção “All indexes” e “Public Health”, obtendo-se duas publicações.

### **Procedimento de seleção dos estudos**

O procedimento de seleção dos estudos permite diminuir enviesamentos e possíveis erros humanos, fazendo com que todos os artigos sejam selecionados da mesma forma e assegurando a validade e a veracidade dos resultados (Liberati et al., 2009). Na primeira fase de seleção, foram selecionadas publicações com título, resumo ou corpo do texto relacionado com o tema do presente estudo sendo eliminadas cinco publicações: três duplicadas, uma apresentar idioma diferente do definido nos critérios de inclusão e uma por não permitir aceder ao texto completo. De seguida, foi realizada a leitura de cada publicação, sendo eliminadas 91 publicações segundo critérios de elegibilidade PRISMA descritos. Desta análise foram selecionadas 19 publicações.

Os principais motivos de exclusão foram não avaliar a QdVRSO, não associarem a avaliação de variáveis clínicas, não utilizar instrumento de avaliação devidamente validado para o contexto cultural do estudo, estudos com indivíduos que apresentam doenças sistémicas que alterem a condição oral, com participantes com idade inferior a 18 anos ou sem referência à sua idade e revisões de literatura. Foram considerados como instrumentos bem validados aqueles que avaliam a autoperceção de QdV pelo indivíduo, com qualidades psicométricas de validade, fidelidade e sensibilidade consideradas pelo menos satisfatórias e que incluam a avaliação da função física, estado mental e interação social.

Na análise de cada estudo foram recolhidas informações relativas a cada um dos instrumentos seguindo os seguintes critérios: objetivo e população; construto avaliado e base conceptual; tipo de validação: empírica, teórica ou mista; descrição do instrumento: número e tipo de itens (um item é construído pela positiva, no sentido em que afirma a presença de determinadas características ao invés da ausência de outras, sendo nesse caso, construído pela negativa); pontuação total (como é obtida e como é interpretada) e características do instrumento relativamente às qualidades psicométricas e clinimétricas (Ribeiro, 2007). Na análise das qualidades psicométricas foram considerados os valores de referência propostos por sugeridos por Pestana e Gageiro (2008) e as qualidades clinimétricas tal como definidas por Ribeiro (1999).

Na figura 1 é apresentado o fluxograma que descreve as fases do processo de seleção segundo o método PRISMA (Liberati et al., 2009).

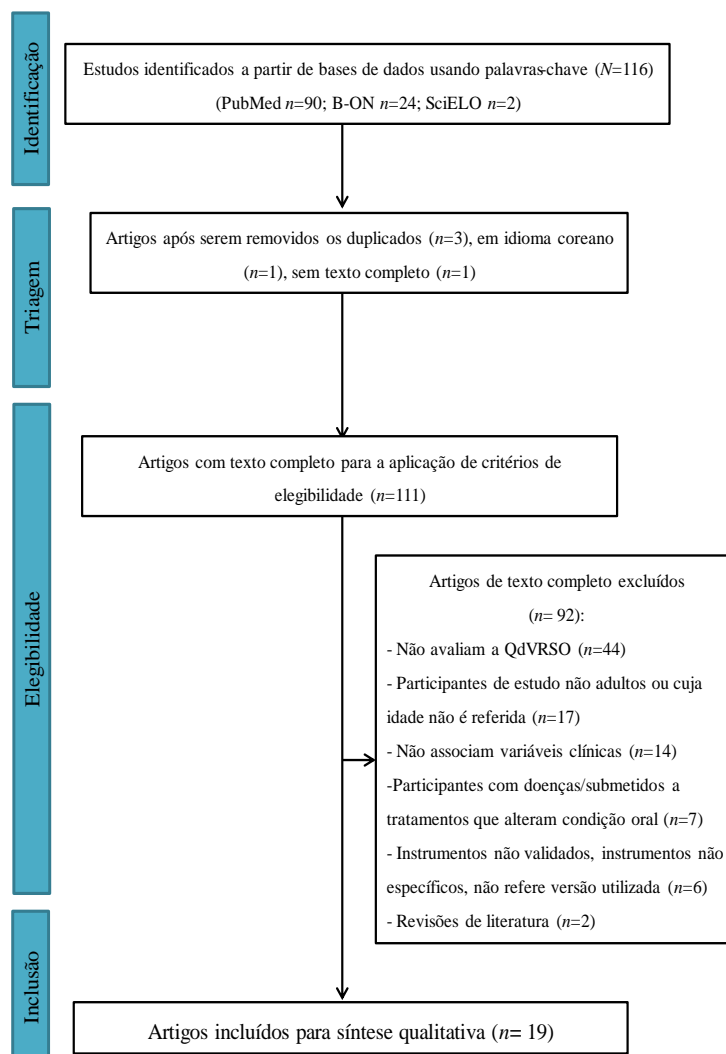


Figura 1. Processo de seleção dos estudos

Com o intuito de facilitar a organização das respostas, padronizar este processo e reforçar a validade dos resultados foi criado um quadro de extração dos dados dos artigos que cumprem os critérios de elegibilidade descritos anteriormente (Anexo A). Em anexo encontra-se ainda o quadro referente processo de seleção completo (Anexo A).

## Resultados

Os 19 artigos incluídos nesta revisão foram publicados entre os anos de 2005 e 2014. Identifica-se uma publicação em 2005 e uma em 2006, entre 2008 e 2011 foram encontradas nove publicações (duas em 2008, três em 2009, uma em 2010, três em 2011), quatro em 2012, três em 2013 e apenas uma em 2014. De modo a facilitar a referência aos estudos, será apenas referido o apelido do primeiro autor. Os estudos são,

maioritariamente, de desenho observacional transversal, identificando-se dois estudos de desenho observacional longitudinal (Silvola et al., 2012; Wright et al., 2009). É apresentado o resumo do método dos estudos selecionados (Quadro 1).

Houve uma grande variação quanto ao tamanho das amostras dos estudos, sendo a menor relativa ao estudo brasileiro de Pereira et al. (2009) com 33 participantes e a maior referente ao estudo de Thomson et al. (2006), na Nova Zelândia, com 923 participantes.

O OHIP é o instrumento mais frequentemente identificado nesta revisão integrativa e com maior número de versões adaptadas a línguas e culturas. Surge como instrumento único de avaliação em 13 estudos: na Jordânia (Al Habashneh et al., 2012); no Brasil (Pereira et al., 2009); Japão (Inukai et al., 2010); na China (Zheng et al., 2011); no Irão (Motalebnejad et al., 2011); Finlândia (Miettinen et al., 2012; Rusanen et al., 2012; Silvola et al., 2012); Espanha (Gil-Montoya et al., 2013; Montero et al., 2009; Perea et al., 2013); Nova Zelândia (Thomson et al., 2006) e com indivíduos croatas e eslovenos (Rener – Sitar et al., 2008). É utilizado em simultâneo com outro instrumento num estudo desenvolvido no Canadá por Locker e Gibson (2005).

Os estudos analisados são muito heterogêneos no que diz respeito às condições clínicas/alterações da cavidade oral abordadas bem como aos objetivos pretendidos, traduzindo-se na utilização de diferentes medidas de avaliação. Destaca-se a utilização da variável referente à presença ou número de dentes naturais presente em 10 estudos (Gil-Montoya et al., 2013; Hsu et al., 2014; Inukai et al., 2010; Locker & Gibson, 2005; Montero et al., 2008; Motalebnejad et al., 2011; Perea et al., 2013; Pistorius et al., 2013; Wright, 2009; Thomson et al., 2006); a presença de dentes deteriorados (cariados), perdidos ou obturados e doenças periodontais em 4 estudos (Montero et al., 2008; Montero et al., 2009; Motalebnejad et al., 2011; Thomson et al., 2006); a má oclusão avaliada em 4 estudos (Hsu et al., 2014; Rusanen et al., 2012; Sardenberg et al., 2011; Silvola et al., 2012).

## Quadro 1

## Resumo do método dos estudos selecionados

<b>Autor, ano, país e tipo de estudo</b>	<b>Amostra</b> (número de participantes, idade - média e desvio padrão)	<b>Instrumento</b>	<b>Acrônimo</b>	<b>Variáveis clínicas</b>
Pistorius et al. (2013), Alemanha O. T.	N=243 M=63,1 (DP=11,6)	Geriatric (General) Oral Health Assessment Index	<b>GOHAI</b>	CPOD, índice de placa, prótese dentária
Perea et al. (2013), Espanha O.T.	N= 51 (50-90anos)	Oral Health Impact Profile- 14sp (Nota: sp=espanhola)	<b>OHIP-14sp</b>	Prótese dentária, estomatite, xerostomia
Al Habashneh et al. (2012), Jordânia O. T.	N= 400 M=36,7 (DP=11,9)	Oral Health Impact Profile- 14	<b>OHIP-14</b>	Gengivite e periodontite
Miettinen et al. (2012), Finlândia O. T.	N=140 M= 43,5 (DP=13,1)	Oral Health Impact Profile- 14	<b>OHIP-14</b>	Disfunções temporomandibulares
Motallebnejad et al. (2011), Irão, O. T.	N= 160 M= 67,5 (DP=11)	Oral Health Impact Profile- 14	<b>OHIP-14</b>	Falta de dentes; doenças periodontais
Rusanen et al. (2012), Finlândia O. T.	N= 94 M= 38 (DP=12)	Oral Health Impact Profile- 14	<b>OHIP-14</b>	Disfunções temporomandibulares, má oclusão, dor facial
Silvola et al. (2012), Finlândia O. L.	N= 51 M=36,4 anos	Oral Health Impact Profile- 14	<b>OHIP-14</b>	Má oclusão
Inukai et al. (2010), Japão, O. T.	N= 489 M= 63,0 (DP=11,5)	Oral Health Impact Profile-J14 (Nota: J=japonês)	<b>OHIP-J14</b>	Falta de dentes naturais
Sardenberg et al. (2011), Brasil O. T.	N= 245 M=24 (DP=0,1)	Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire	<b>PIDAQ</b>	Má oclusão
Pereira et al. (2009), Brasil O. T.	N=33 M=25,61; (20-40 anos)	Oral Health Impact Profile- 14	<b>OHIP-14</b>	Disfunções temporomandibulares
Montero et al. (2009), Espanha O. T.	N= 270 M= 45,2 (DP= 9,5)	Oral Health Impact Profile- 14	<b>OHIP-14</b>	Cáries, doenças periodontais e próteses dentárias
Wright et al. (2009), EUA, O. L.	N= 63 M= 43 (DP=15)	Oral Health Quality Of Life	<b>OQOL</b>	Número de dentes Próteses dentárias
Montero et al. (2008), Espanha O. T.	N=253 M= 55,9 (DP=16)	Oral Impact on Daily Performances	<b>OIDP</b>	Cáries, doença periodontal, prótese dentária
Thomson et al. (2006), Nova Zelândia, O. T.	N=923 (0-32anos)	Oral Health Impact Profile- 14	<b>OHIP-14</b>	CPOD Xerostomia

Legenda: O. T.= Observacional Transversal; O. L.= Observacional Longitudinal; CPOD= dentes, cariados perdidos ou obturados

(continuação)

## Quadro 1

*Resumo do método dos estudos selecionados (continuação)*

<b>Autor, ano, país, tipo de estudo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Acrónimo</b>	<b>Variáveis clínicas</b>
Hsu et al. (2014), Ilha Formosa O. T.	N= 332 M= 76,0 (DP=0,4)	Geriatric (General) Oral Health Assessment Index	<b>GOHAI</b>	Dentes naturais, oclusão unidades funcionais
Zheng et al. (2011), China O. T.	N=200 M=54,6 (DP=8,2)	Oral Health Impact Profile- 14	<b>OHIP-14</b>	Dor facial oral
Gil-Montoya et al. (2013), Espanha O. T.	N=250; > 65anos M= 82,7 (DP=8,2)	Oral Health Impact Profile- 14sp	<b>OHIP-14sp</b> (nota: sp=espanhola)	Número de dentes naturais
Locker & Gibson (2005), Canadá O. T.	N=766; > 50 anos	Geriatric (General) Oral Health Assessment Index <b>e</b> Oral Health Impact Profile- 14	<b>GOHAI</b> <b>OHIP-14</b>	Perda dentes naturais
Renner-Sitar et al. (2008), Croácia, Eslovénia O. T.	N= 729 (18-81 anos)	Oral Health Impact Profile- 14	<b>OHIP-14</b> CRO; SVN Nota: CRO= croata; SVN=esloveno)	Dor de dentes

Legenda: O. T.= Observacional Transversal; O. L.= Observacional Longitudinal; CPOD= dentes cariados, perdidos ou obturados

E ainda utilização de próteses dentárias em 3 estudos (Montero et al., 2008; Perea et al., 2013; Pistorius et al., 2013; Wright et al., 2009); a xerostomia em 2 estudos (Perea et al., 2013; Thomson et al., 2006); a dor facial em 2 estudos (Rusanen et al., 2012; Zheng et al., 2011); as disfunções temporomandibulares em 3 estudos (Miettinen et al., 2012; Pereira et al., 2009; Rusanen et al., 2012) e a dor de dentes em apenas 1 estudo (Renner-Sitar et al., 2008).

No quadro seguinte é apresentado um resumo dos resultados obtidos nos artigos selecionados (Quadro 2).

Quadro 2

Resumo dos resultados dos artigos selecionados

Instrumento	Modelo teórico subjacente/ Abordagem	Domínios/ Dimensões	N.º e tipo de itens	Opções de resposta	Cálculo e interpretação da pontuação
Geriatric (General) Oral Health Assessment Index (GOHAI) Versão americana (original) e alemã	Aspetos funcionais e psicossociais, percepção de saúde dentária e capacidade em participar em atividades diárias	3 dimensões: - física - psicossocial - dor ou desconforto	12  (+)/(-)	Escala de Likert de 6 pontos (1-6) Escala de frequência	Método aditivo → entre 12 e 72 Quanto maior o valor numérico, melhor a QdVRSO.
Geriatric (General) Oral Health Assessment Index (GOHAI-T) Versão chinesa para Ilha Formosa	Para avaliar o estado de saúde e o resultado do tratamento é necessário considerar o impacto quer da doença quer do tratamento na QdV			Escala de Likert de 5 pontos (1-5) Escala de frequência	Método aditivo → entre 12 e 60 Quanto maior o valor numérico, melhor a QdVRSO.
Oral Health Impact Profile (OHIP-14) Versões: original, árabe, finlandesa, japonesa, chinesa, espanhola e brasileira	Modelo de Locker/ Abordagem genérica de saúde oral	7 dimensões: - Limitação funcional - Dor física - Desconforto psicológico - Incapacidade física - Incapacidade psicológica - Incapacidade social - Desvantagem	14  (-)	Escala de Likert de 5 pontos (0-4) Escala de frequência e gravidade	Método aditivo (0-56) Presença de impacto quando as opções “ <i>occasionally</i> ”, “ <i>fairly often</i> ” ou “ <i>very often</i> ” encontram-se em número ≥2. Prevalência=percentagem dos indivíduos com pelo menos um impacto.
Oral Health Impact Profile (OHIP-14) Versão iraniana				Escala de Likert de 5 pontos (1-5) Escala de frequência e gravidade	Pontuações de cada subescala Método aditivo: entre 14 e 70 Método de contagem simples: entre 0 e 14 (contagem de respostas “ <i>very often</i> ” e “ <i>fairly often</i> ”) Maior o valor numérico total, pior a QdVRSO

Legenda: (+) construção de itens pela positiva; (-) construção de itens pela negativa.

(continuação)

Quadro 2

Resumo dos resultados dos artigos selecionados (continuação)

<b>Instrumento</b>	<b>Modelo teórico subjacente/ Abordagem</b>	<b>Dimensões/ Domínios</b>	<b>N.º / tipo de itens</b>	<b>Opções de resposta</b>	<b>Cálculo e interpretação da pontuação</b>
Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire (PIDAQ) Versão brasileira	Modelo de Locker/ Abordagem específica	4 dimensões: - preocupação com a estética; - impacto psicológico; - impacto social; - autoconfiança dentária	23 (+ / -)	Escala de Likert de 5 pontos (0-4) Escala de intensidade	Inverter a pontuação Método aditivo: entre 0-92 Quanto maior a pontuação, pior QdVRSO
Oral Impact on Daily Performances (OIDP) Versão espanhola	Modelo de Locker/ Abordagem genérica (saúde oral)	Um domínio: incapacidade nos desempenhos diários (aspectos físicos, psicológicos e sociais)	8 (omisso)	Escala de Likert de 6 pontos (0-5) Escala de Gravidade  Escala de Likert de 5 pontos (1-5) Escala de Frequência	Método aditivo Frequência x Gravidade Converter para percentagem Consideram ponto de corte: impacto moderado ou nível grave (>3)
Oral Quality Of Life (OQOL) Original: norte- americano	Modelo de Patrick e Erickson, aplicado à saúde oral por Gift & Atchinson, (1995) / Abordagem genérica (saúde oral)	5 dimensões - Oportunidade - Percepções - Estados funcionais (físico, social e psicológico) - Deficiência - Sobrevivência	6 (-) 12 (-)	Escala de Likert de 5 pontos (1-5) Escala de Qualidade	Método aditivo das médias de subescalas Quanto maior a pontuação, pior a QdVRSO

Legenda: (+) construção de itens pela positiva; (-) construção de itens pela negativa.

## 1) Geriatric (General) Oral Health Impact (GOHAI)

### **Objetivo do instrumento e população a que se destina:**

Avaliar o impacto psicossocial das condições orais, em termos de preocupação ou insatisfação com a aparência e relações pessoais, e avaliar a eficácia do tratamento dentário, na população idosa (Hsu et al., 2014; Locker & Gibson, 2005; Pistorius et al., 2013).

### **Construto avaliado/ base conceptual**

Na versão original, americana, consideram saúde oral enquanto ausência de dor e infecção e que consiste numa dentição confortável e funcional, natural ou com utilização de prótese, que permite ao indivíduo exercer o seu papel na sociedade (Locker & Gibson, 2005). Os itens focam problemas que afetam as funções físicas, funcionais e estéticas, reduzem a capacidade do indivíduo em participar em atividades diárias ficando em desvantagem e comprometendo a QdV (Hsu et al., 2014; Locker & Gibson, 2005; Pistorius et al., 2013). Consiste num instrumento de abordagem genérica de saúde oral.

### **Tipo de validação- Empírica**

### **Descrição do instrumento**

A versão original, americana, de Atchinson e Dolan (1990), é utilizada estudo de Locker e Gibson (2005); a versão para Ilha Formosa GOHAI-T de Ku (2007) no estudo de Hsu (2010); e a versão alemã de Hassel et al. (2008) no estudo de Pistorius (2013).

Avalia três dimensões: 1) função física (alimentação, fala e deglutição); 2) função psicossocial (preocupação ou cuidado com a própria saúde oral insatisfação com a aparência, autoconsciência em relação à saúde oral e evitar contatos sociais devido a problemas odontológicos); 3) dor e desconforto (uso de medicamentos para aliviar as sensações de dor e/ou desconforto devido a problemas orais).

- Avalia frequência

- 12 itens construídos pela positiva e negativa.

- Pontuação total: escala de Likert de seis opções que varia entre 1 (“*always*”), 2 (“*very often*”), 3 (“*often*”), 4 (“*sometimes*”), 5 (“*rarely*”) e 6 (“*never*”). Pontuação total é obtida através do método aditivo e varia entre 12 e 72; quanto maior a pontuação total, melhor a QdVRSO.

### **Caraterísticas do instrumento (GOHAI)**

A versão do instrumento em chinês (dialeto) de Ilha Formosa alfa de Cronbach de 0,78 e teste-reteste com coeficiente de correlação de Spearman de 0,80 ( $p < 0,0001$ ). O coeficiente de relação entre pontuações obtidas no GOHAI-T e a auto-avaliação de saúde

oral é de 0,35 ( $p < 0,0001$ ). Não se encontraram associações com fatores como número de dentes perdidos/obturados (Hsu et al., 2014). No estudo de Pistorius et al. (2013), não há informação quanto à fidelidade nem validade, verificando que indivíduos mais velhos, com rendimento mensal elevado, viúvos e casados, com mais de 10 dentes, revelam boa satisfação da prótese dentária, com consultas regulares no dentista e não fumadores, apresentam valores totais superiores no GOHAI. Não são referidos valores de corte. Não relatam dificuldades ou desistências por não compreensão dos itens ou pela extensão.

## **2) Oral Health Impact Profile**

### **Objetivo do instrumento e população a que se destina**

Avalia a QdVRSO considerando o impacto psicossocial das consequências da doença oral hierarquicamente relacionados com níveis biológicos (deficiência), comportamentais (limitação funcional, desconforto e incapacidade) e sociais (desvantagem).

### **Construto avaliado/ base conceptual**

Baseado no “International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps” (ICIDH) desenvolvido pela WHO (1980) e adaptado para a saúde oral por Locker, permite a ligação das diversas dimensões entre saúde e saúde oral, nomeadamente o desconforto, limitação funcional ou insatisfação com aparência que é percecionada com afetando o desempenho físico, psicológico e social. Consiste numa abordagem genérica de saúde oral.

### **Tipo de validação- Empírica**

#### **Descrição do instrumento**

- Avalia frequência e gravidade
- Avalia sete domínios: Limitação Funcional, Dor Física, Desconforto Psicológico, Incapacidade Física, Incapacidade Psicológica, Incapacidade Social e Desvantagem
- 14 itens, construídos pela negativa
- Versões: original, árabe, finlandesa, japonesa, chinesa, brasileira e espanhola: pontuação de cada item varia entre 0 e 4
- Versão iraniana/ persa: pontuação de cada item varia entre 1 (“*never*”) e 5 (“*very often*”)
- A pontuação final pode ser obtida por três métodos: 1) aditivo, designado por OHIP-ADD, em que se procede à soma da pontuação obtida em cada item e níveis elevados indicam QdVRSO pobre, permite avaliar a gravidade; 2) de contagem simples

(OHIP-SC) cujos valores variam entre 0 e 14, sendo contados os impactos negativos (respostas de “*very often*”, “*fairly often*”), permite avaliar a frequência; 3) por subescalas, permitindo avaliar a gravidade, ainda que não tenham sido utilizados os pesos de cada subescala como sugerido pelo autor original.

- A versão espanhola apresenta ponto de corte ao considerar a presença de impacto quando as opções “*occasionally*” ou maior encontram-se em número  $\geq 2$ .

- A finlandesa apresenta dois pontos de corte “*fairly often*” e “*very often*” ou “*often*”, “*fairly often*” e “*very often*”.

### **Caraterísticas do instrumento (OHIP-14)**

Locker e Gibson (2005) e Thomson et al. (2008) utilizaram a versão original, de Slade e Spencer (1994), não referindo informações quanto à fidelidade ou validade. No estudo de Thomson et al. (2008) verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre a QdVRSO nas mulheres e nos homens quanto à gravidade da doença periodontal e indivíduos com piores percepções quanto à saúde oral referem impactos negativos com maior frequência.

A versão árabe de Al Habashneh et al. (2012) apresenta alfa de Cronbach de 0,89, com correlação entre subescalas entre 0,64 e 0,77; fidelidade teste-reteste com coeficiente de correlação a variar entre 0,81 e 0,97 para itens individuais e entre 0,85 e 0,97 para pontuações de subescalas. Verifica-se uma associação estatisticamente significativa entre a gravidade da doença periodontal e os valores obtidos no OHIP ( $p < 0,05$ ) com maior impacto negativo nas dimensões Dor física e Incapacidade física. Não são referidas qualidades clinimétricas.

A versão iraniana/ persa de (Motallebnejad et al., 2011) apresenta alfa de Cronbach de 0,95. A validade de critério foi avaliada através da avaliação da necessidade de tratamento, verificando que indivíduos com necessidade de tratamento e com sentimentos negativos quanto à sua condição oral apresentam pontuações totais mais elevadas no OHIP ( $p < 0,05$ ) e indivíduos com maior nível de escolaridade apresentam melhores níveis de QdVRSO. Referem que não foram colocadas questões quanto aos itens.

A versão japonesa (OHIP-J14) de Yamazaki et al. (2007) apresenta alfa de Cronbach de 0,94 e teste-reteste com coeficiente de correlação intraclasses de 0,73 (Inukai et al., 2010). Verificaram que a percepção da habilidade em mastigar encontra-se relacionada com a QdVRSO pelo que quanto maior a habilidade em mastigar, menor os valores obtidos no OHIP-J14. Não são referidas qualidades clinimétricas.

A versão espanhola (OHIP-14sp) de Montero et al. (2009) apresenta alfa de Cronbach de 0,89, sendo detetadas pontuações de OHIP mais baixas em indivíduos sem alterações da cavidade oral e mais elevadas em indivíduos com cáries, em tratamento endodôntico ou com dentes que necessitam de ser extraídos. Não são referidas qualidades clinimétricas.

A versão chinesa traduzida e validada por Wong e McMillan (2002) e foi utilizada no estudo de Zheng et al. (2011) não são apresentados valores relativos à fidelidade ou validade. Verificaram uma associação estatisticamente significativa entre variáveis como dor elevada no último mês, atendimento dentário mais frequente e dor mais severa e pontuações elevadas de OHIP-14. Não são referidas qualidades clinimétricas.

A versão brasileira, traduzida e validada por Oliveira e Nadanovsky (2005), foi utilizada no estudo de Pereira et al. (2009), não sendo apresentados valores relativos à fidelidade. Verificaram uma associação estatisticamente significativa entre alterações temporomandibulares e a QdV nas dimensões Limitação funcional e física, Dor psicológica e física, Desconforto e Incapacidade física. Não são referidas qualidades clinimétricas.

A versão finlandesa, traduzida e validada por Lahti et al. (2008), foi utilizada nos estudos de Rusanen et al. (2012) e Silvola et al. (2012). As mulheres referem QdVRSO mais pobre, níveis de dor mais elevados e disfunções temporomandibulares severas do que os homens. Não são referidas qualidades clinimétricas.

### **3) Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire (PIDAQ)**

#### **Objetivo do instrumento e população a que se destina**

Avalia o impacto psicossocial da estética dentária, e conseqüentemente, a QdVRSO em adultos (Sardenberg et al., 2011).

#### **Construto avaliado/ base conceptual**

Desenvolvido originalmente por Klages et al. (2006), na Alemanha e Holanda, sustenta-se no modelo de saúde oral de Locker também utilizado por Slade e Spencer na construção do OHIP, que se baseia no ICIDH desenvolvido pela WHO em 1980 e permite a ligação das diversas dimensões entre saúde e saúde oral, nomeadamente o desconforto, limitação funcional ou insatisfação com aparência que é percebida com afetando o desempenho físico, psicológico e social (Sardenberg et al., 2011). Consiste num instrumento de abordagem específica de condição oral (ortodontia).

### **Tipo de validação- Empírica**

#### **Descrição do instrumento (PIDAQ)**

O estudo é referente à versão brasileira desenvolvida por Sardenberg et al. (2011). Apresenta três domínios negativos e um positivo: preocupação com a estética (3 itens, “*Aesthetic Concern*”- AC); impacto psicológico (6 itens, “*Psychological Impact*” - PI); impacto social (8 itens, “*Social Impact*” - SI); autoconfiança dentária (6itens pela positiva, “*Dental Self-Confidence*” - DSC) (Sardenberg et al., 2011).

- 23 itens de construção mista (itens positivos e negativos)
- As opções de resposta variam entre 0 (“*not at all*”), 1 (“*a little*”), 2 (“*somewhat*”), 3 (“*strongly*”) e 4 (“*very strongly*”).
- Avalia a gravidade do impacto.
- O valor total é obtido pelo método aditivo e varia entre 0 e 92, quanto maior a pontuação pior a QdVRSO. Para garantir o mesmo sentido de pontuação em todos os itens, alguns domínios tiveram pontuação invertida (Sardenberg et al., 2011).

#### **Caraterísticas do instrumento (PIDAQ)**

A versão brasileira apresenta alfa de Cronbach de subescalas entre 0,75 (AC) e 0,91 (DSC) e teste-reteste com coeficiente de correlação entre itens entre 0,89 (DSC) e 0,99 (SI). Indivíduos sem má oclusão apresentam pontuações de PIDAQ mais baixas do que aqueles que apresentam má oclusão (Sardenberg et al., 2011).

### **4) Oral Impacts on Daily Performance (OIDP)**

#### **Objetivo do instrumento e população a que se destina**

Avalia a incapacidade em termos de aspetos físicos, psicológicos e sociais dos desempenhos diários devido a alterações da cavidade oral em adultos.

#### **Construto avaliado/ base conceptual**

Foi originalmente desenvolvido por Adulyanon e Sheiham (1997) que o designam por indicador sociodental, e baseia-se no modelo desenvolvido pela WHO e adaptado por Locker à saúde oral. Porém, considera uma divisão das consequências das condições orais distinta, em: deficiências (distúrbio estrutural ou funcional do sistema); impactos intermédios (como dor, desconforto, limitação funcional e insatisfação com a aparência) e impactos finais (*ultimate*) relacionam-se com as dimensões Incapacidade e Desvantagem do modelo da WHO) (Montero et al., 2008). O primeiro nível relaciona-se com os resultados biofisiológicos imediatos da doença, enquanto os impactos intermédios e finais

só podem ser avaliados pelos próprios indivíduos. É um instrumento de abordagem genérica de saúde oral.

### **Tipo de validação (OIDP)- Empírica**

#### **Descrição do instrumento**

- Avalia a frequência do impacto das condições orais nas habilidades de desempenho em 8 atividades, variando entre 1 e 5 pontos: menos de uma vez/mês (1); 1 a 2 vezes/mês (2); 1 a 2 vezes/semana (3); 3-4 vezes/semana (4); todos/quase todos dias (5).

- Avalia a gravidade do impacto das condições orais nas habilidades de desempenho em 8 atividades, variando entre 0 e 5 pontos: sem efeito (0); um efeito mínimo (1); algum efeito (2); efeito moderado (3); efeito severo (4) e efeito muito severo (5) (Montero et al., 2008). As questões abrangem o desempenho físico, psicológico e social nomeadamente: comer e saborear a comida, falar e pronunciar com clareza, limpeza dos dentes, dor e relaxar, sorrir, rir e mostrar os dentes sem embaraço, manter o estado emocional sem estar irritado, desempenhar um papel/cargo social importante, gostar de contactar com as pessoas) (Montero et al., 2008). É considerado impacto quando se obtêm respostas “moderado” ou nível superior em  $\geq 3$  na escala Likert (ponto de corte).

- oito itens, sendo tipo de construção omissivo.

- Os impactos no OIDP são quantificados através da multiplicação da frequência e gravidade para obter a pontuação de desempenho para cada uma das 8 dimensões. A pontuação total é dividida pela pontuação máxima possível (200) e multiplicada por 100, para obter pontuação em percentagem.

#### **Caraterísticas do instrumento**

A versão espanhola apresenta alfa de Cronbach 0,79 e teste-reteste com coeficiente de correlação intraclasse 0,90 ( $p < 0,001$ ). Os valores de OIDP foram mais baixos no grupo de indivíduos satisfeitos com a saúde oral percebida do que no grupo de indivíduos não satisfeitos. Referem ainda que nenhum participante revelou má compreensão de itens. Apenas 3 indivíduos (5,5%) referiram a falta de uma dimensão na função oral (todos referiram a função sexual). Verificaram uma associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre os valores obtidos no OIDP e as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas: as mulheres apresentam níveis de impacto mais elevados; verifica-se que indivíduos que tiveram consulta no dentista há mais tempo apresentam

maior número de impactos; verifica-se uma associação estatisticamente significativa entre número de cáries dentárias e níveis de impacto mais elevados (Montero et al., 2008).

## **5) Oral Quality Of Life (OQOL)**

### **Objetivo do instrumento e população a que se destina**

Avaliar o impacto do tratamento de condições dentárias.

### **Construto avaliado/ base conceptual**

Baseia-se no modelo de Patrick e Erickson (1993) aplicado à saúde oral por Gift e Atchinson, (1995) que consideram a autoperceção da saúde oral enquanto função de múltiplos fatores (idade, escolaridade e rendimento) segundo cinco conceitos de QdVRS: 1) Oportunidade (impacto na habilidade em funcionar em papéis sociais e de trabalho); 2) Perceções (satisfação com a auto-avaliação de saúde e necessidade percebida de tratamento); 3) Três estados funcionais: físico dos dentes (como habilidade em comer, mastigar, falar ou dormir sem desconforto), social (papéis como falar, sorrir, comer em público e ser capaz de cumprir obrigações e responsabilidades familiares e laborais) e psicológico (satisfação com a estética dos dentes, conforto com as relações interpessoais, preocupação, vergonha ou falta de confiança); 4) Deficiências (sintomas auto-relatados ou outra indicação de desconforto ou dor); 5) Sobrevivência (medido pela perda de dentes ou mortalidade por cancro oral). É um instrumento de abordagem genérica de saúde oral.

### **Tipo de validação- Empírica**

### **Descrição do instrumento**

O instrumento foi desenvolvido originalmente por Kressin, Jones, Orner e Spiro (2008) através da integração de 3 instrumentos: Oral Health Quality of Life Instrument (OQOL de Kressin, Spiro, Bosse, Garcia, & Kazis, 1996); General Oral Health Assessment Index (GOHAI de Atchinson & Dolan, 1990) e OHIP (Slade & Spencer, 1994).

- Duas versões: seis e 12 itens; construção pela negativa.

- O instrumento de seis itens sem subescalas, avaliando *distress*, preocupação, funcionamento social, funcionamento físico, prótese e dor.

- O instrumento de 12 itens apresenta subescalas de três itens para três escalas: *distress*, preocupação e função social (papel) e itens isolados (sem escala) para avaliar a função física, prótese e dor.

- As pontuações totais são convertidas, quanto maior a pontuação final pior a QdVRSO; a pontuação total obtém-se somando as médias das subescalas.

### **Caraterísticas do instrumento**

As versões - seis e 12 itens - apresentam alfa de Cronbach de 0,90 no instrumento com 12 itens e 0,80 no instrumento com 6 itens, com coeficientes de correlação interclasses variando entre 0,78 e 0,92. Foi identificada uma associação estatisticamente significativa entre os dois instrumentos e variáveis clínicas como número de dentes, estado periodontal e cáries dentárias.

### **Discussão**

Com esta revisão foram reunidos, de forma consistente, instrumentos com caraterísticas que permitem associar informações de caráter subjetivo (de autoperceção) a medidas objetivas (clínicas), tornando possível uma visão mais ampla das caraterísticas dos indivíduos e das suas necessidades, no que respeita a sua QdVRSO.

O modelo de saúde oral de Locker sustenta, teoricamente, os instrumentos OHIP, OIDP e PIDAQ e surge enquanto forma adaptada da classificação internacional ICIDH da OMS (WHO, 1980), que considera que as doenças consistem em processos patológicos que afetam a integridade biológica e funcional e podem provocam incapacidades (como falta de dentes, índice CPOD, má-oclusões e doenças periodontais) e limitações funcionais (como limitação da mobilidade da mandíbula nas disfunções temporomandibulares), tornando o indivíduo incapacitado. Neste sentido, podem comprometer o desempenho do indivíduo nas atividades de vida diária ficando em desvantagem na sociedade, por não responder às suas expectativas, e, assim, conduzir ao isolamento ou embaraço. Compreende-se que o foco não é na cavidade oral mas no indivíduo e no modo como as alterações ou doenças orais ameaçam as dimensões da sua vida, reforçando a não divisão da saúde segundo a estrutura anatómica acometida. Este modelo, apesar de manter uma perspetiva negativa de deficiência e incapacidade, distancia-se da definição de saúde oral da OMS (2007), ao considerar que esta é mais do que a ausência de dor crónica facial e na boca, de perda de dentes e outras doenças e perturbações orais que afetam a cavidade oral e a boca. Ainda que, em 2001, a ICIDH tenha sido substituída pela “International Classification of Functioning, Disability and Health” (ICF), modificando os termos

Deficiência, Incapacidade e Desvantagem por Atividades e Participação (Slade & Anders, 2003), os instrumentos mantêm a perspectiva de incapacidade e deficiência.

Na maioria dos estudos, os autores utilizam o termo “saúde oral” para se referirem tanto à presença como ausência de problemas/doenças orais, uma vez que, segundo a perspectiva de Locker (1997), os conceitos de saúde e doença não são variáveis absolutas mas dinâmicas e contínuas, que oscilam entre diferentes graus e variam entre o estado ótimo, num extremo, e a morte, no outro. Isto é, saúde é definida, enquanto experiência subjectiva da pessoa em relação ao seu bem-estar físico, social e psicológico, em que saúde e doença podem sobrepor-se.

Os estudos de Zheng et al. (2011) e Rusanen et al. (2012) não definem QdV nem saúde oral, contudo, uma vez que utilizam o instrumento OHIP-14 deduz-se que o estudo se sustenta no modelo concetual de saúde oral de Locker, subjacente à construção deste instrumento, considerando as consequências biológicas, comportamentais e psicossociais das doenças orais.

O instrumento desenvolvido por Wright et al. (2009) baseia-se no modelo de Patrick e Erickson aplicado à saúde oral por Gift e Atchinson (1995) que considera cinco conceitos de QdVRS descritos anteriormente e integra uma dimensão relevante (a sobrevivência) tendo em consideração a incidência de patologias como cancro da cavidade oral. A saúde oral é, portanto, considerado como um conceito multidimensional que pode envolver a combinação de deficiência, perda de oportunidade, privação material e social e insatisfação (Gift & Atchinson, 1995). Portanto, tal como no modelo anterior, estes autores consideram que a saúde oral tem apenas impacto negativo na QdV, pelo que incluem apenas dimensões relacionadas com a perda.

Ainda que os conceitos de saúde e QdVRS sejam específicos e partes integrantes do construto genérico que é a QdV, nos artigos analisados são utilizados como sinónimos, confirmando a ambiguidade e confusão dos conceitos que necessitam de ser clarificados pelos autores dos estudos (Meneses, 2005; Ribeiro, 2005).

Apesar de considerarmos que os conceitos saúde e doença são distintos, para seguir a coerência dos estudos até aqui analisados, foi mantida a utilização da terminologia “saúde oral”. No nosso ponto de vista, os modelos de saúde oral de Locker e de Gift e Atchinson consideram os conceitos de saúde, doença e QdVRS como sinónimos, ainda que consideremos ter sentido a sua distinção. A definição de QdV varia consoante aquele que utiliza o conceito, da compreensão e posição que assume acerca deste. A rápida expansão do campo da QdV parece ter conduzido a uma vulgarização do termo resultando no

desenvolvimento de uma variedade de perspectivas teóricas e definições, pelo que cada definição espelha o contexto e época em que o conceito é estudado (Silva, 2003). Para uma perspectiva histórica, consultar (Ribeiro, 2005). A WHO define QdV como sendo a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da sua cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1995). Em 1998, o Grupo WHOQOL, acrescenta a presença de dimensões positivas e negativas, isto é, que é necessária a presença de elementos, como a mobilidade, e a ausência de outros, por exemplo, de dor. E em conformidade com as considerações de Ribeiro (2002), quando nos referimos a QdVRS centramo-nos mais na doença, nas suas representações, que incluem crenças sobre causas e consequências da doença, dos preconceitos, da auto-apreciação do indivíduo doente, dos juízos que os outros fazem sobre a doença, das emoções desencadeadas e dos tratamentos. Os conceitos de QdV, QdV Relacionada com a Saúde (QdVRS) e saúde estão interligados, no entanto o primeiro tem um sentido mais amplo, abrangendo a QdVRS e no seu centro a saúde, e aplica-se a todas as pessoas saudáveis ou não, enquanto o segundo refere-se aos aspetos diretamente relacionados com os sintomas e impacto da doença e com o seu tratamento (Ribeiro, 2002).

Constata-se que os instrumentos identificados nesta revisão integrativa consideram apenas o impacto negativo dos problemas orais na QdV, centrados nas incapacidades, ainda que seja identificado um domínio positivo no PIDAQ e um item no GOHAI. As principais limitações dos modelos que sustentam os instrumentos identificados na presente revisão integrativa prendem-se com o fato de não considerarem que o impacto da condição oral na QdV possa ser, simultaneamente, positivo e negativo, polaridade implícita na definição de QdV, centrando-se apenas no seu impacto negativo. No estudo de McGrath e Bedi (2004) verificaram que 53% dos inquiridos identificaram a importância da percepção da condição oral na QdV no sentido positivo, isto é, enquanto forma de melhorar a QdV (como alinhamento ou cor dos dentes), e 47% identificam a importância no sentido negativo (como presença de doenças orais, estética oral desfavorável), ou seja, como um fardo. Identificaram como relevantes, ainda que em menos de 1%, questões financeiras, relações românticas e personalidade, que não são considerados em nenhum dos artigos analisados nesta revisão.

Na sua maioria, os instrumentos identificados são de abordagem genérica de saúde oral e apenas um (PIDAQ) é de abordagem específica para alterações orais (ortodontia). A maior vantagem de instrumentos de abordagem genérica é permitir recolher maior número

e qualidade de informação, comparar dentro de uma variedade de condições médicas e entre populações, no sentido de examinar o impacto dos programas de cuidados de saúde na QdV, fornecendo uma visão ampla (Silva, 2003). Os instrumentos de abordagem específica tornam-se úteis sobre por permitir a aplicação em determinadas intervenções, doenças ou grupos de indivíduos, e fornecer informações mais detalhadas sobre determinada condição, para além de diminuir a sobrecarga e aumentarem a aceitabilidade (Silva, 2003).

Todos os instrumentos contêm itens direcionados para as limitações funcionais, dor e desconforto oral e impactos psicológicos e comportamentais das condições orais, o que confirma a multidimensional do construto. Apenas o instrumento OIDP sustenta uma estrutura unidimensional, visto centrar-se no terceiro nível do modelo de Locker que centra-se nos impactos finais (Adulyanon & Sheiham, 1997). Deste modo, circunscreve todas as consequências dos impactos do nível dois no desempenho de atividades diárias, permite evitar ou reduzir a repetição dos impactos de cada um dos três níveis e apenas os impactos significativos são reconhecidos, ao eliminar condições menores que não afetam no desempenho diários. Do mesmo modo, os autores consideram que é mais fácil medir os impactos do comportamento, em termos de desempenho das atividades diárias (por exemplo, comer, falar), do que sentimentos/estados (por exemplo, desconforto, preocupação) (Adulyanon & Sheiham, 1997).

Para além de abrangerem impactos psicológicos e comportamentais, o GOHAI e o OHIP-14 contêm itens sobre limitações funcionais, dor e desconforto. Porém, o GOHAI salienta as limitações funcionais ou dor e desconforto, enquanto o OHIP-14 enfatiza os aspetos psicológicos e comportamentais. Constata-se, ainda, que na dimensão Limitações funcionais, o GOHAI possui itens referentes a problemas ao trincar, mastigar, engolir e falar, enquanto o OHIP-14 refere problemas com pronunciar palavras e saborear alimentos. Infere-se, assim, que o GOHAI permite identificar impactos relativos à disfunção e dor enquanto o OHIP-14 deteta, com maior facilidade, impactos psicológicos (Locker et al., 2001).

As opções de resposta consistem todas em escalas de Likert, sobretudo de frequência (GOHAI, OHIP, OIDP). O instrumento PIDAQ é o único com escala de intensidade e o OQOL o único com escala de qualidade, contudo o uso de adjetivos nas opções de resposta tornam o instrumento mais difícil de interpretar pela sua subjetividade (Moreira, 2004). Nenhum instrumento apresenta uma alternativa no sentido de ultrapassar a limitação das opções de resposta fechadas. Nos estudos relativos à validação linguística e

cultural, destaca-se o estudo de Montero et al. (2008) de validação do OIDP para a versão linguística e cultural espanhola, em que os participantes identificam a necessidade de integrar uma dimensão na função oral direcionada para a função sexual.

O instrumento GOHAI-T adaptado para a Ilha Formosa apresenta boas qualidades psicométricas, nomeadamente boa fidelidade e validade convergente, e uma estabilidade temporal aceitável. É muito utilizada em estudos longitudinais para avaliar mudanças na cavidade oral percebidas em idosos. Não são relatadas informações quanto à sensibilidade. As principais vantagens prendem-se com o fato de ser um instrumento breve, de rápida administração e cotação. Uma vez que foi testado, segundo Atchinson (1997), com indivíduos com diferentes idades, o termo *Geriatric* foi alterado para *General*. Como desvantagem salienta-se o fato de integrar apenas um item positivo, identificando-se a necessidade de aumentar o número itens referentes à QdV, resiliência e oportunidade e ainda de verificar de que modo a percepção de saúde muda com o envelhecimento (Atchinson, 1997). De todos os instrumentos identificados, este é o único que se encontra validado para a língua e contexto cultural português, de Portugal, por Carvalho, Manso, Escoval, Salvado e Nunes (2013).

O OHIP-14 é o instrumento mais identificado nesta revisão integrativa, com 7 versões linguísticas e culturais, apresentando como principais vantagens: diversos domínios, instrumento breve, de rápida administração e cotação, apresenta valores de corte, permitindo avaliar a gravidade, extensão e prevalência dos impactos negativos numa única administração. Acrescenta-se ainda que os itens resultam do contributo de pacientes, e não somente de investigadores, aumentando a probabilidade de conseguir explorar as consequências consideradas como importantes pelos pacientes (Allen, 2003; Slade, 1997). Este é um dos aspetos que McGrath e Bedi (2004) salientam como principal limitação da maioria dos instrumentos de avaliação da QdVRSO, na medida em que os profissionais de saúde não devem assumir que conhecem as perspetivas e/ou importância do estado de saúde para a QdV, para além de que as experiências de pessoas com alterações da cavidade oral são bem distintas das perspetivas e experiências das pessoas saudáveis, diferindo ainda de acordo com o tipo de alterações. Como desvantagem salienta-se o fato de não integrar domínios/itens positivos.

Em relação às versões culturais identificadas, a versão original apresenta boa sensibilidade a variáveis clínicas e permite avaliar em termos de frequência e de gravidade; a versão árabe apresenta boa consistência interna e elevada estabilidade temporal, indicando que são reproduzíveis em diferentes situações; a versão iraniana apresenta

fidelidade elevada e boa validade de construto; a versão japonesa (OHIP-J14) apresenta fidelidade elevada, estabilidade aceitável e boa sensibilidade a variáveis clínicas; a versão espanhola (OHIP-14sp) fidelidade elevada, boa sensibilidade a variáveis clínicas e boa validade de construto e refere ponto de corte; a versão chinesa apresenta boa sensibilidade a variáveis clínicas e boa validade, não sendo apresentados valores relativos à fidelidade; a versão brasileira apresenta boa sensibilidade a variáveis clínicas não sendo apresentados valores relativos à fidelidade; a versão finlandesa apresenta boa sensibilidade, refere valor de corte, não sendo referidas informações quanto à validade e fidelidade do instrumento.

Globalmente identifica-se como mais frequentemente utilizado o método aditivo na obtenção da pontuação final no OHIP-14, por permitir aferir a gravidade do impacto (Slade, 1997).

A versão brasileira do instrumento PIDAQ apresenta boa fidelidade, estabilidade temporal e sensibilidade. Salienta-se o fato de ser um instrumento breve, de rápida administração e cotação, de ser específico para a condição clínica má oclusão e integrar domínios negativos e positivos. Contudo, sendo um instrumento específico para a ortodontia pode ser necessário associar outros instrumentos para aceder a uma maior diversidade de informação.

A versão espanhola do ODP apresenta boa fidelidade, boa estabilidade temporal e boa validade de construto e de critérios. As principais vantagens prendem-se com o fato de permitir, com uma única administração, obter em simultâneo informação relativa à frequência e gravidade dos impactos que afetam o desempenho diário dos indivíduos e de ser um instrumento breve, de rápida administração, cotação e interpretação dos valores de modo mais intuitivo, pela conversão da pontuação obtida em percentagem e por apresentar ponto de corte, diminuindo a subjetividade. Como desvantagem salienta-se o fato de não integrar domínios/itens positivos e de considerar apenas um domínio.

Os instrumentos de seis e de 12 itens do OQOL apresentam boa fidelidade, boa estabilidade temporal e boa sensibilidade em relação a variáveis clínicas. De acordo com as diferenças obtidas nos valores de consistência interna na construção do instrumento por Kressin, Jones, Orner e Spiro (2008), o instrumento de seis itens revelou ser adequado para comparar grupos dada a sua brevidade e rapidez de administração permitindo uma rápida comparação entre grupos. Contrariamente ao instrumento de 12 itens que revelou ser ideal para avaliar individualmente. Este instrumento surge como inovador e útil ao integrar o domínio da sobrevivência se considerarmos os dados de mortalidade por cancro oral. A nível europeu, o cancro da cavidade oral e do lábio é o 12º cancro mais comum nos

homens, sendo diagnosticados cerca de 132 000 casos que resultaram em 62 800 mortes, em 2008 (Patel, 2012). Integra, ainda, o domínio Oportunidade que constitui um dos cinco domínios principais da QdVRS designadamente a oportunidade/resiliência, percepção de saúde, estados funcionais, deficiências/doenças e duração de vida (Gift & Atchinson, 1995). Por ser um instrumento de abordagem específica (de condição oral), salienta aspetos como preocupação com estética e autoconfiança, fundamentais em indivíduos que se encontram sob tratamento ortodôntico.

No que diz respeito às qualidades clinimétricas, todos os instrumentos identificados são constituídos por diversos itens, permitindo captar uma maior variabilidade estatística e maior riqueza de informação. Os instrumentos variam entre 6 itens (OQOL) e o máximo de 23 itens (PIDAQ), sendo que o recomendável é 20 itens por instrumento, construídos, na sua maioria, pela negativa, são breves e de rápida resposta, não havendo referência a desistências dos estudos por sobrecarga (*burden*) ou dificuldade na compreensão dos itens (Ribeiro, 1999). Os instrumentos GOHAI e PIDAQ por incluírem itens construídos pela negativa e pela positiva permitem reduzir a tendência para respostas aleatórias e aproximam-se mais da polaridade de domínios que caracteriza a QdV. Em termos de interpretação da pontuação final, o ODP é o único que permite uma leitura rápida da pontuação total na medida em que há conversão do valor em percentagem, facilitando a sua interpretação, e diminui a subjetividade, por apresentar ponto de corte.

Na maioria dos estudos analisados nesta revisão não foram identificadas as versões originais mas sim versões adaptadas linguística e culturalmente a diferentes países, pelo que seria relevante, em estudos futuros, analisar o processo utilizado na respetiva validação. Apenas dois estudos analisados utilizam o instrumento na sua versão original, nomeadamente o estudo de Locker e Gibson (2005) que utiliza o instrumento GOHAI e o estudo de Wright et al. (2009) que utiliza o instrumento OQOL. Destaca-se ainda que, para além da ausência de definições claras e de modelos teóricos subjacentes aos instrumentos, os estudos nem sempre apresentam as qualidades psicométricas da versão cultural dos instrumentos. Contudo, verifica-se que todos apresentam boa sensibilidade em relação a variáveis clínicas, o que pode sugerir uma boa validade de construto. Uma limitação desta revisão integrativa foi a heterogeneidade e o elevado número de estudos primários sobre esta temática, pelo que seria pertinente alargar a pesquisa a outras bases eletrónicas.

A avaliação da QdVRSO em simultâneo com medidas clínicas facilita a obtenção de conhecimento necessário para o desenvolvimento, planeamento e implementação de programas de intervenção adequados às necessidades e aos contextos socioeconómicos e

culturais. A sua definição condiciona a técnica de avaliação a utilizar pelo que os instrumentos devem consistir numa série de dimensões alargadas da QdV e em elementos específicos no domínio da saúde oral, porém na maioria dos estudos essa posição teórica não é clara. Foram identificados cinco instrumentos de avaliação de QdVRSO que revelam boa fidelidade e sensibilidade, com uma diversidade de domínios e de itens, que se centram, de forma geral, no funcionamento físico, emocional e social, em conformidade com a sua complexidade multidimensional e subjetividade. Consistem em instrumentos breves, de fácil compreensão e de rápida administração, construídos, na sua maioria, pela negativa.

Na sua maioria, os instrumentos apresentam vários domínios, porém, não integram itens referentes ao impacto positivo da condição oral na QdV ou questões consideradas como importantes como financeiras, relações românticas ou personalidade. O OHIP-14 surge como o instrumento mais identificado nesta revisão e com mais versões culturais e linguísticas, para além de que apresenta boas qualidades psicométricas e clinimétricas, com itens que derivam de declarações de pacientes e relativos a sete domínios, permite numa única administração recolher informações relativas à frequência e gravidade dos impactos na QdVRSO, sugerindo que este instrumento pode ser o mais adequado para contextos de intervenção clínica e de investigação.

Na realização da presente revisão integrativa foram encontradas apenas duas revisões de literatura, uma sobre QdV enquanto indicador de saúde oral em idosos e outra relativa à importância da QdVRSO nas populações, pelo que se torna oportuna a reunião consistente de conhecimentos relativos a esta temática. Não foi encontrada evidência científica que recomende o uso isolado destes instrumentos, pelo contrário, a sua utilização deve ser complementar à informação fornecida pelos dados clínicos. É unânime na literatura que o uso de indicadores de QdV é um componente essencial nas pesquisas e estudos odontológicos, especialmente aqueles que avaliam em termos de prevenção e de opções terapêuticas que visam melhorar o estado de saúde do indivíduo.

## Referências

- Al Habashneh, R., Khader, Y.S., & Salameh, S. (2012). Use of the Arabic version of Oral Health Impact Profile-14 to evaluate the impact of periodontal disease on oral health-related quality of life among Jordanian adults. *Journal of Oral Science*, 54, 113-120. <http://dx.doi.org/10.2334/josnusd.54.11>.

- Allen, P. F. (2003). Assessment of oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes, 1*, 1-8. doi:10.1186/1477-7525-1-40.
- Atchinson, K, (1997). General Oral Health Assessment Index. In G. Slade (Ed.), *Measuring oral health and quality of life* (pp. 71-80). Recuperado de: <http://www.adelaide.edu.au/arcpoh/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuring-oral-health-and-quality-of-life.pdf>.
- Bennadi, D., & Reddy, C. (2013). Oral health related quality of life. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry, 3*, 1-6. doi: 10.4103/2231-0762.115700.
- Carvalho, C. Manso, A. C., Escoval, A., Salvado, F., & Nunes, C. (2013). Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Revista portuguesa de saúde pública, 31*, 166-172. doi: 10.1016/j.rpsp.2013.10.002.
- Gibson, F.C., Yumoto, H., Takahashi, Y., Chou, H-H., & Genco, C. A. (2006). Innate immune signaling and porphyromonas gingivalis-accelerated atherosclerosis. *Journal of Dental Research, 85*, 106. doi: 10.1177/154405910608500202.
- Gift, H.C., & Atchison, K.A. (1995). Oral health, health, and health-related quality of life. *Medical Care, 33*, 57-77. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7475433>.
- Gil-Montoya, J. A., Ponce, G., Sánchez, L., Barrios, R., Llodra, J. C., & Bravo, M. (2013). Association of the oral health impact profile with malnutrition risk in Spanish elders. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 57*, 398-402. doi: 10.1016/j.archger.2013.05.002.
- Griffin, S. O., Jones, J. A., Brunson, D., Griffin, P. M., & Bailey, W. D. (2012). Burden of oral disease among older adults and implications for public health priorities. *American Journal of Public Health, 102*, 411-8. doi: 10.2105/AJPH.2011.300362.
- Hsu, K., Lee, H., Wu, Y., Lan, S., Huang, S., & Yen, Y. (2014). Masticatory factors as predictors of oral health-related quality of life among elderly people in Kaohsiung City, Taiwan. *Quality of Life Research, 23*, 1385-1405. doi: 10.1007/s11136-013-0574-7.
- Inukai, M., John, M. T., Igarashi, Y., & Baba, K. (2010). Association between perceived chewing ability and oral health-related quality of life in partially dentate patients. *Health and Quality of Life Outcomes, 8*, 1-6. Recuperado de: <http://www.hqlo.com/content/8/1/118>.

- Liberati, A., Altman, D., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P., Ioannidis, J., Clarke, M., ... Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic review and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Medicine*, *6*, e1000100. doi:10.1371/journal.pmed.1000100.
- Locker, D. (1997). Concepts of oral health, disease and quality of life. In G. D. Slade (Ed.), *Measuring oral health and quality of life* (pp.11-23). Recuperado de: <http://www.adelaide.edu.au/arc poh/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuring-oral-health-and-quality-of-life.pdf>.
- Locker, D., & Gibson, B. (2005). Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *33*, 280-288. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.2005.00209.x/pdf>.
- Locker, D., Matear, D., Stephens, M., Lawrence, H., & Payne, B. (2001). Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *29*, 373-81. doi: 10.1111/j.1600-0528.2001.290507.x.
- McGrath, C., & Bedi, R. (2004). A national study of the importance of oral health to life quality to inform scales of oral health related quality of life. *Quality of Life Research*, *13*, 813-818. Recuperado de: [http://download.springer.com/static/pdf/250/art%253A10.1023%252FB%253AQU RE.0000021696.05528.4c.pdf?auth66=1404824496\\_cd560b1353ac198b4cfe1c5aa5038774&ext=.pdf](http://download.springer.com/static/pdf/250/art%253A10.1023%252FB%253AQU RE.0000021696.05528.4c.pdf?auth66=1404824496_cd560b1353ac198b4cfe1c5aa5038774&ext=.pdf).
- Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, *17*, 758-764. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
- Meneses, R. (2005). *Promoção da qualidade de vida de doentes crônicos. Contributos no contexto das epilepsias focais*. Porto: edições UFP.
- Miettinen, O., Lahti, S., & Sipilä, K. (2012). Psychosocial aspects of temporomandibular disorders and oral health-related quality-of-life. *Acta Odontologica Scandinavica* *70*, 331-6. doi: 10.3109/00016357.2011.654241.
- Montero, J., Bravo, M., & Albaladejo, A. (2008). Validation of two complementary oral-health related quality of life indicators (OIDP and OSS 0-10) in two qualitatively distinct samples of the Spanish population. *Health and Quality of Life Outcomes*, *18*, 1-14. doi: 10.1186/1477-7525-6-101.

- Montero, J., Bravo, M., Albaladejo, A., Hernández, L.A., & Rosel, E.M. (2009). Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 14, E44-50. Recuperado de: [http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv14\\_i1\\_p44.pdf](http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv14_i1_p44.pdf).
- Moreira, J. M. (2004). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Motallebnejad, M., Hadian, H., Mehdizadeh, S., & Hajiahmadi, M. (2011). Validity and reliability of the Persian version of the oral health impact profile (OHIP)-14. *Caspian Journal of Internal Medicine*, 2, 314-320. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3895829/pdf/cjim-2-314.pdf>.
- Oliveira, C., Watt, R., & Hamer, M. (2010). Toothbrushing, inflammation, and risk of cardiovascular disease: Results from Scottish Health Survey. *British Medical Journal*, 340, 1-6. doi:10.1136/bmj.c2451.
- Ordem dos Médicos Dentistas (2013). *Observatório da saúde oral – Números da Ordem 2013*. Recuperado de: <http://www.ond.pt/numeros/2013>.
- Ordem dos Médicos Dentistas (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 Estratégia de saúde oral em Portugal – Um conceito de transversalidade que urge implementar (proposta conceptual)*. Recuperado de: <http://pns.dgs.pt/files/2010/06/ond.pdf>.
- Patel, R. (2012). *The state of oral health in Europe. Report commissioned by the Platform for better oral health in Europe*. Recuperado de: <http://www.oralhealthplatform.eu/state-oral-health-europe>.
- Perea, C., Suárez-García, M.J., Del Río, J., Torres-Lagares, D., Montero, J., & Castillo-Oyagüe R. (2013). Oral health-related quality of life in complete denture wearers depending on their socio-demographic background, prosthetic-related factors and clinical condition. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 18, e371–e380. doi: 10.4317/medoral.18648.
- Pereira, T.C., Brasolotto, A.G., Conti, P.C., & Berretin-Felix, G. (2009). Temporomandibular disorders, voice and oral quality of life in women. *Journal of Applied Oral Science*, 17, 50-56. <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-77572009000700009>.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Petersen, P.E. (2003). The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century -The approach of the WHO Global Oral Health

- Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31, 3-24. Recuperado de: [http://www.who.int/oral\\_health/media/en/orh\\_report03\\_en.pdf](http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf).
- Petersen, P. E., & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: The approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33, 81-92. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.2004.00219.x/pdf>.
- Petersen, P. E., Bourgeois, D., Bratthall, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S., & Ndiaye, C. (2005). Oral health information systems - Towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 686-693. Recuperado do website de World Health Organization: <http://www.icd.org/content/publications/WHO-Oral-Health-Surveys-Basic-Methods-5th-Edition-2013.pdf>.
- Pistorius, J., Horn, J.G., Pistorius, A. & Kraft, J. (2013). Oral health-related quality of life in patients with removable dentures. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*, 123, 964-971. Recuperado de: [http://www.sso.ch/doc/doc\\_download.cfm?uuid=0EF3EAA4DA4B153C1B1513561D33EB17](http://www.sso.ch/doc/doc_download.cfm?uuid=0EF3EAA4DA4B153C1B1513561D33EB17).
- Rener-Sitar, K., Petricevic, N., Celebic, A. & Marion, L. (2008). Psychometric properties of Croatian and Slovenian short form of Oral Health Impact Profile Questionnaire. *Croatian Medical Journal*, 49, 536-544. doi: 10.3325/cmj.2008.4.536.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em Português*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J. L. P. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In M.R Dias & E. Dura, *Territórios da psicologia oncológica* (pp.75-98). Lisboa: Climepsi.
- Rusanen, J., Silvola, A., Tolvanen, M., Pirttiniemi, P., Lahti, S., & Sipilä, K. (2012). Pathways between temporomandibular disorders, occlusal characteristics, facial pain, and oral health-related quality of life among patients with severe malocclusion. *European Journal of Orthodontics*, 34, 512-517. doi: 10.1093/ejo/cjr071.
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11, 83-89. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>.

- Sardenberg, F., Oliveira, A.C., Paiva, S.M., Auad, S.M., & Vale, M.P. (2011). Validity and reliability of the Brazilian version of the Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire. *European Journal of Orthodontics*, 33, 270-275. doi: 10.1093/ejo/cjq066.
- Sheiham, A. (2005). Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*, 83. Recuperado do website de World Health Organization: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/644.pdf>.
- Silva, I. (2003). *Qualidade de vida e variáveis psicológicas associadas a sequelas de diabetes e sua evolução ao longo do tempo* (Tese de Doutorado) apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto. Recuperado de Repositório Aberto da Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. <http://hdl.handle.net/10216/22933>.
- Silva, I., Meneses, R. F. & Silveira, A. (2007). Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 4, 264-274. Recuperado de: [bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/452/2/264-274%20FCHS04-18.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/452/2/264-274%20FCHS04-18.pdf).
- Silvola, A.S., Rusanen, J., Tolvanen, M., Pirttiniemi, P., & Lahti, S. (2012). Occlusal characteristics and quality of life before and after treatment of severe malocclusion. *European Journal of Orthodontics*, 4, 704-709. doi: 10.1093/ejo/cjr085.
- Sischo, L., & Broder, H. L. (2011). Oral health-related quality of life: What, why, how, and future implications. *Journal of Dental Research*, 90, 1264-1270. doi: 10.1177/0022034511399918.
- Sjögren, P., Nilsson, E., Forsell, M., Johansson, O., & Hoogstraate, J. (2008). A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: Effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 2124-2130. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18795989>.
- Slade, G. D. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry Oral Epidemiology*, 25, 284-90. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9332805>.
- Slade, G. (2012). Oral health-related quality of life is important for patients, but what about populations? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 40, 39-43. doi: 10.1111/j.1600-0528.2012.00718.x.

- Slade, G., & Anders, A. (2003). The ICF and oral health. In R. Madden (Ed.), *ICF Australian User Guide - Version 1.0* (pp.113-121). Australian Institute of Health and Welfare. Recuperado de: <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442455755>.
- Slade, G. D., & Spencer, A. J. (1994). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dentistry and Oral Health Epidemiology*, *11*, 3-11. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8193981>.
- Steele, J. Ayatollahi, S., Walls, A. & Murray, J. (1997). Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *25*, 143-149. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9181288>.
- Thomson, W.M., Lawrence, H.P., Broadbent, J.M., & Poulton, R. (2006).The impact of xerostomia on oral-health-related quality of life among younger adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, *4*, 86. doi:10.1186/1477-7525-4-86.
- World Health Organization (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Recuperado de: [http://whqlibdoc.who.int/publications/1980/9241541261\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/1980/9241541261_eng.pdf).
- World Health Organization (1998). WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB) - Programme on Mental Health. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.391.5638&rep=rep1&type=pdf>.
- Wright, W., Jones, J., Spiro, A., Rich, S. & Kressin N. (2009). Use of patient self-report oral health outcome measures in assessment of dental treatment outcomes. *Journal of Public Health Dentistry*, *69*, 95-103. doi: 10.1111/j.1752-7325.2008.00106.x.
- Zheng, J., Wong, M., & Lam, C. (2011). Key factors associated with oral health-related quality of life (OHRQOL) in Hong Kong Chinese adults with orofacial pain. *Journal of Dentistry*, *39*, 564-571. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2011.06.002>.

## **Artigo 2**

**Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em adultos avaliada através de OHIP-14 e variáveis associadas: revisão integrativa**

## **Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em adultos avaliada através de OHIP-14 e variáveis associadas: revisão integrativa**

### **Resumo**

A saúde oral, enquanto parte integrante da saúde geral, influencia e é influenciada por vários fatores, constituindo um dos problemas de saúde pública mais desafiantes pela sua multidimensionalidade e impacto individual e social. Esta revisão integrativa da literatura visa reunir e analisar publicações originais de texto integral livre, no sentido de investigar a associação entre variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas, e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QdVRSO), avaliada através do Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14). Foram cumpridas as recomendações propostas no guia PRISMA. Foram utilizadas as bases de dados eletrônicas PubMed/National Library of Medicine, SciELO e B-ON com o uso dos descritores “oral health-related quality of life”, “OHIP-14”, “adults”. As 17 publicações incluídas nesta revisão integrativa consistem em estudos observacionais e num estudo quasi-experimental, publicados entre 2006 e 2013. Os estudos analisados sugerem que a QdVRSO encontra-se associada a variáveis clínicas, como número de dentes cariados ou perdidos, utilização de prótese dentária, xerostomia e gravidade de doenças periodontais. Fatores sociodemográficos, como maior idade, menor escolaridade e estado civil solteiro ou viúvo, e variáveis comportamentais, como hábitos alimentares e de higiene oral, hábitos nocivos e acesso a serviços de saúde, surgem como variáveis moderadoras, afetando a intensidade da relação entre variáveis clínicas e QdVRSO. Os resultados apontam uma relação direta entre autopercepção de saúde geral ou oral, necessidade de utilizar/ substituir prótese dentária, em que os indivíduos com percepção negativa apresentam indicadores clínicos de maior gravidade.

*Palavras-chave:* saúde oral, qualidade de vida, adultos, OHIP-14, variáveis.

As alterações na cavidade oral, para além de constituírem um problema de saúde importante, têm forte impacto económico para os indivíduos e para os sistemas de saúde, pelo que, ao subestimar os verdadeiros custos dos cuidados de saúde, tanto a avaliação do impacto de medidas de saúde pública como o investimento em iniciativas ficam comprometidos (Patel, 2012).

As relações entre variáveis clínicas e os resultados em QdVRSO não são diretas, porém moderadas por uma diversidade de variáveis, nomeadamente por variáveis individuais/pessoais, sociais ou ambientais. A percepção da condição oral pode ser

influenciada por fatores como sexo, idade, rendimento e classe social, para além de que problemas funcionais ou psicológicos podem ser causados por doenças orais (Slade & Spencer, 1994; Steele, Ayatollahi, Walls, & Murray, 1997; Yee & Sheiham, 2002). Na avaliação da cavidade oral, é importante ter em consideração as interferências no funcionamento físico, psicológico e social, na medida em que os indicadores clínicos epidemiológicos tradicionais não oferecem uma visão sobre as habilidades do indivíduo no desempenho dos papéis e atividades (Yee & Sheiham, 2002).

A Ordem dos Médicos Dentistas enfatiza ainda que a cárie e as doenças da gengiva afetam cerca de 90% da população mundial pelo que a prevenção dirigida à cavidade oral é fundamental para garantir a saúde geral (OMD, 2014). As doenças orais como a cárie dentária, doença periodontal, perda de dentes, lesões da mucosa oral, cancro da orofaringe e trauma ortodentário constituem grandes problemas de saúde pública, pelo que as características da cavidade oral têm um efeito profundo sobre a saúde geral e a qualidade de vida (QdV) (Petersen & Yamamoto, 2005). As características da cavidade oral apresentam um forte efeito sobre outras doenças crónicas, nomeadamente a doença periodontal que se encontra associada a doenças sistémicas como a diabetes ou ainda a alterações cardiovasculares e cerebrovasculares (Gibson, Yumoto, Takahashi, Chou & Genco, 2006). No entanto, também as alterações da condição oral constituem, muitas vezes, a evidência primária de doenças sistémicas, pelo que ambas as situações geram consequências importantes nas atividades diárias (Petersen, Bourgeois, Ogawa, Estupinan-Day, & Ndiaye, 2005; Yee & Sheiham, 2002). O risco de condições crónicas aumenta com a idade, pelo que é importante deslindar a interação destas doenças com a doença oral bem como o seu impacto combinado na saúde geral (Griffin, Jones, Brunson, Griffin, & Bailey, 2012; Ordem dos Médicos Dentistas [OMD], 2014; Petersen, 2003).

O OHIP-14 encontra-se traduzido e adaptado para inúmeras línguas e culturas pelo que é, atualmente, o instrumento de avaliação de QdVRSO mais utilizado. Na revisão integrativa que realizámos anteriormente, foram identificadas e analisadas sete versões linguísticas e culturais (árabe, iraniana, japonesa, espanhola, chinesa, brasileira e finlandesa). A sua versão reduzida permite detetar associações entre o impacto social e a necessidade percebida de tratamento e quantificar os níveis de impacto com boa fidelidade, validade e precisão (Miotto et al., 2012; Slade, Spencer, Locker, Hunt, Strauss, & Beck, 1996). Apresenta ainda uma diversidade de domínios, é de rápida administração e cotação, apresenta valores de corte, permite avaliar a gravidade, extensão e prevalência dos impactos negativos numa única administração. Para além disso, deriva da versão de 49

itens que resultam do contributo de pacientes, e não somente de investigadores, pelo que aumenta a probabilidade de explorar as consequências consideradas como de maior importância pelos pacientes (Allen, 2003; Slade, 1997).

A presente revisão integrativa da literatura tem como objetivos reunir e analisar a evidência científica disponível com o intuito de identificar quais as variáveis clínicas, sociodemográficas e comportamentais associadas à QdVRSO e analisar o tipo de associação que se estabelece entre as variáveis identificadas e a QdVRSO, em indivíduos adultos, através do OHIP-14.

### **Método**

O presente estudo consiste numa revisão integrativa da literatura e visa reunir e sintetizar resultados de pesquisas relativos a um tema ou questão, de forma sistemática e ordenada, possibilitando a formulação de conclusões gerais e, assim, contribuir para o aprofundamento do conhecimento do tema (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008). A revisão integrativa apresenta a mesma linha de orientação da revisão sistemática, contudo permite a inclusão simultânea de estudos experimentais, quasi-experimentais e não experimentais, pelo que proporciona uma compreensão mais completa do tema de interesse (Mendes et al., 2008).

Nesse sentido, foram adotadas as recomendações propostas no guia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) e seguidas as etapas: estabelecimento da questão ou objetivos da revisão; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); categorização dos estudos; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados; e a última etapa constitui-se na apresentação da revisão (Mendes et al., 2008).

O período da recolha de dados decorreu entre 30 de maio e 01 de julho de 2014.

No sentido de descrever todos os componentes relacionados com o problema identificado foi estruturada a seguinte questão de investigação: Quais as variáveis associadas à QdVRSO avaliada pelo Oral Health Impact Profile-14 em adultos?

#### **Crítérios de inclusão e exclusão**

A definição dos critérios de elegibilidade, isto é de inclusão e exclusão, permite orientar a pesquisa e a seleção dos estudos primários e, deste modo, aumentar a precisão dos resultados face à questão de investigação e aos objetivos do estudo. Na revisão do

texto completo foram considerados os seguintes critérios de inclusão: publicações de texto integral e referentes a estudos primários; publicações nos idiomas Português, Espanhol ou Inglês; estudos que utilizassem o instrumento OHIP-14 na avaliação de QdVRSO; participantes com idade igual ou superior a 18 anos. Foram lidos e analisados artigos que abordassem a associação de variáveis: clínicas (como utilização de prótese dentária por falta de dentes naturais, utilização de aparelho dentário, presença de cáries, doenças periodontais), socioeconómicas (como rendimento mensal ou escolaridade), sociodemográficas (como idade, sexo, escolaridade, profissão, local de residência), e comportamentais (consumo de tabaco /ou álcool, hábitos de higiene oral, procura de cuidados odontológicos). Foram excluídos estudos de validação do OHIP-14; revisões de literatura; comentários; sumários de conferências e dissertações bem como estudos que não cumprissem os critérios anteriores. Não foram definidos limites temporais.

Dada a heterogeneidade de variáveis associadas não foi conduzida meta-análise.

### **Estratégia de pesquisa**

A procura da evidência tem início com a definição de termos ou palavras-chave, das bases de dados e de outras fontes de informação a serem pesquisadas. Uma pesquisa adequada nas bases de dados eletrónicas é uma habilidade importante na realização de uma revisão sistemática, na medida em que permite maximizar a possibilidade de encontrar artigos relevantes num tempo reduzido (Sampaio & Mancini, 2007). Neste sentido, a primeira fase deste processo consistiu na identificação das bases de dados relevantes a serem consultadas mediante a temática em estudo e na definição de descritores que representassem os termos da questão de investigação.

Na pesquisa de artigos publicados foram consultadas as bases eletrónicas PubMed (National Library of Medicine), a B-ON (Biblioteca do Conhecimento Online) e SciELO (Scientific Eletronic Library Online). Os descritores para pesquisa circunscreveram-se às variáveis que decorrem da pergunta de investigação, não sendo utilizados descritores referentes a variáveis de forma a obter uma maior diversidade de artigos.

Na base eletrónica PubMed como “Oral Health-Related Quality of Life” não é um Medical Subject Heading (MeSH) e de modo a evitar a perda de artigos foram utilizados os termos “oral health-related quality of life”, “OHIP-14”, “adults”, recorrendo ao operador “AND” que permitiu que, na pesquisa avançada, apenas fossem incluídos os estudos com todos os termos de busca. Resultaram 149 artigos pelo que foram selecionados os filtros “full text available” e “free full text available” resultando em: (((“mouth”[MeSH Terms]

OR "mouth"[All Fields] OR "oral"[All Fields]) AND health-related[All Fields] AND ("quality of life"[MeSH Terms] OR ("quality"[All Fields] AND "life"[All Fields]) OR "quality of life"[All Fields])) AND OHIP-14[All Fields]) AND ("adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields] OR "adults"[All Fields]) AND ("loattrfull text"[sb] AND "loattrfree full text"[sb]), obtendo-se um total de 28 artigos para leitura completa.

Na base eletrônica B-ON foi utilizada a frase *booleana* “oral health-related quality of life and OHIP-14 and adults” resultando em 567 artigos, pelo que a pesquisa foi refinada através de: tópico: Oral Health-Related Quality of Life; Oral Health Impact Profile; Adults; idioma (Português e Inglês, eliminando Alemão). Desta pesquisa resultaram 17 publicações das seguintes bases: MEDLINE (NLM) (11); OneFile (GALE) (11); Health Reference Center Academic (Gale) (9) Wiley Online Library (4); SciVerse ScienceDirect (Elsevier) (8); BioMed Central (1); Directory of Open Access Journals (DOAJ) (1); PMC (PubMed Central) (1) e Medknow Publications (1).

Na base eletrônica SciELO (Scientific Electronic Library Online) foi utilizada a frase *booleana* “oral health-related quality of life and adults and OHIP-14”, opção All indexes e Regional, obtendo-se cinco publicações.

### **Procedimento de seleção dos estudos**

Na primeira fase de seleção dos 50 estudos foram selecionados aqueles que apresentavam título, resumo ou corpo do texto relacionado com o tema do presente estudo, e eliminados seis artigos, dos quais três eram duplicados e três não permitiram aceder ao texto completo.

Procedeu-se à leitura de cada artigo e, de acordo com os critérios de elegibilidade PRISMA descritos no sentido de dar resposta à questão de investigação, foram eliminados 27 artigos e selecionados 17 artigos sobre saúde oral e variáveis associadas com o impacto na QdVRSO, com foco no instrumento OHIP-14. Destacam-se como principais motivos de exclusão: não avaliar a QdVRSO; não utilizar o OHIP-14; não identificar a versão utilizada de OHIP-14 ou utilizar versão não validada; não associar variáveis na avaliação da QdVRSO; participantes de estudo com idade inferior a 18 anos ou não referir idade; não associar as variáveis indicadas como critérios de inclusão e estudos de validação de instrumentos. Na figura 1 é apresentado o fluxograma que descreve as fases do processo de seleção segundo o método PRISMA.

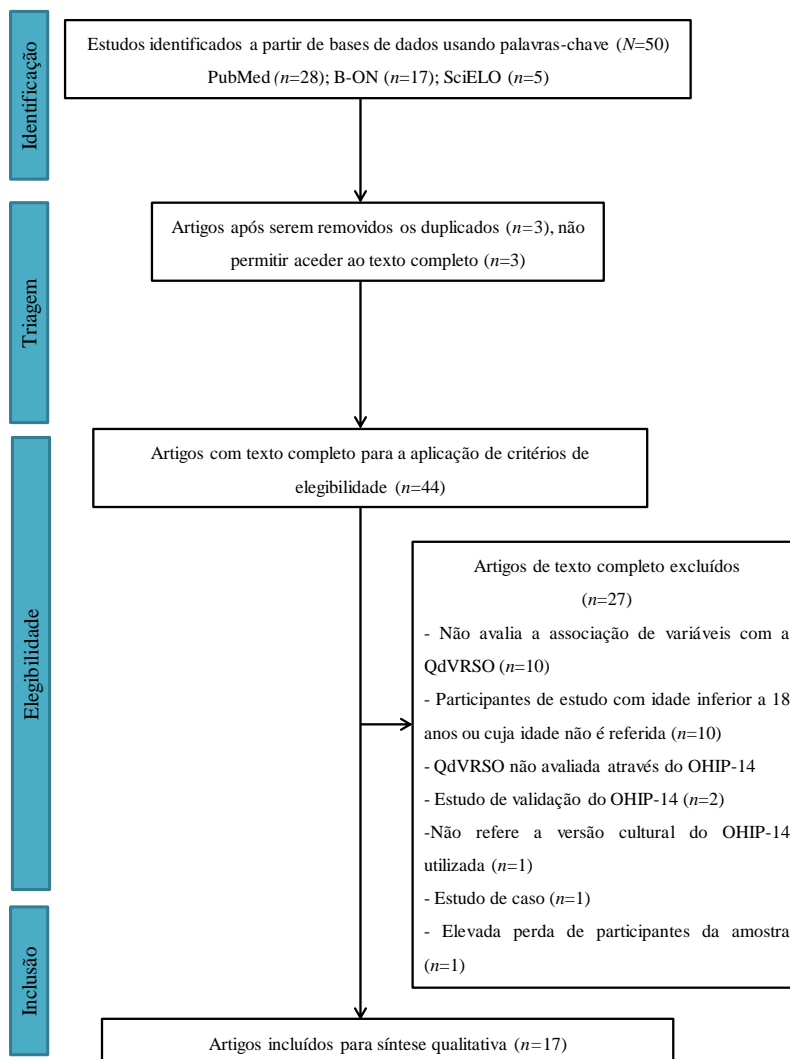


Figura 1. Processo de seleção dos estudos

Com o intuito de facilitar a organização das respostas, padronizar este processo e reforçar a validade dos resultados foi criado um quadro de extração dos dados abrangendo os critérios de elegibilidade descritos anteriormente (Anexo B). Em anexo encontra-se ainda o quadro referente processo de seleção completo (Anexo B).

## Resultados

Foram identificados 50 artigos nas bases eletrónicas consultadas e após a exclusão dos artigos em duplicado permaneceram 44 estudos. Na etapa da elegibilidade, foram excluídos 27 estudos, resultando numa amostra final de 17 artigos (Quadro 1), publicados entre 2006 e 2013, identificando-se um menor número em 2006, com apenas uma

publicação, e maior número em 2012, com seis. De modo a facilitar a referência dos estudos, será referido apenas o apelido do primeiro autor.

Quadro 1

*Resumo dos estudos analisados*

<b>Autor, ano, país, tipo de estudo</b>	<b>Amostra</b> (n.º de participantes, <i>M</i> e <i>DP</i> de idade)	<b>Variável</b>	<b>Método de trabalho do OHIP</b>
Palma et al. (2013), Brasil O. T.	<i>N</i> =150 <i>M</i> =47 <i>DP</i> =13,5	Sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão, raça, doença periodontal, autoperceção de saúde oral, necessidade de usar/substituir prótese dentária	Adição
Kotzer et al. (2012), Canadá O. T.	<i>N</i> =1461 (45-64 anos; +65anos)	Sexo, idade, escolaridade, rendimento, residência, consumo de tabaco, autoperceção de saúde oral	Adição Prevalência Extensão
Habashneh et al. (2012), Jordânia O. T.	<i>N</i> =400 <i>M</i> =36,7 <i>DP</i> =11,9	Idade, estado periodontal, higiene oral, grau de gengivite e/ou periodontite	Adição Prevalência
Miettinen et al. (2012), Finlândia O. T.	<i>N</i> =149 <i>M</i> =43,5 <i>DP</i> =13,1	Sexo, perturbações temporomandibulares, grau de dor, depressão, somatização	Adição Prevalência
Papaoannou et al. (2011), Grécia O. T.	<i>N</i> =500 <i>M</i> =39,1 <i>DP</i> =3,5	Sexo, escolaridade, profissão, localidade, autoperceção de saúde geral e oral	Adição
Rusanen et al. (2012), Finlândia O. L.	<i>N</i> =94 <i>M</i> =38 <i>DP</i> =12	Sexo Má oclusão, dor facial	Adição
Silvola et al. (2012), Finlândia O. L.	<i>N</i> =51 <i>M</i> =36,4	Tipo de tratamento: ortodôntico (convencional) <i>versus</i> ortodôntico-cirúrgico	Adição Prevalência Extensão
Montero et al. (2011), Espanha O. T.	<i>N</i> =200 <i>M</i> =44,5 <i>DP</i> =13,4	Sexo, idade, residência, classe social, cáries, perda de dentes, estado periodontal, hábitos de higiene oral, frequência e principal motivo para consulta no dentista, satisfação com estética dentária e mastigação	Adição Prevalência
Caglayan et al. (2009), Turquia O. L.	<i>N</i> = 1090 <i>M</i> =29,61 <i>DP</i> = 11, 03	Sexo, escolaridade, consumo de álcool e tabaco, cáries, doença periodontal, falta de dentes, dor de dentes, estética	Adição
Pereira et al. (2009), Brasil O. T.	<i>N</i> = 33 <i>M</i> =25,61	Perturbações temporomandibulares	Adição
Lawrence et al. (2008), Nova Zelândia O. T.	<i>N</i> =924 32 anos	Sexo, nível socioeconómico, procura de cuidados médicos, cáries, perda de dentes e perda óssea periodontal	Adição Extensão Prevalência
Thomson et al. (2006), Nova Zelândia, O. T.	<i>N</i> =923 32 anos	Número de dentes deteriorados, perdidos, presença de cáries, hábitos tabágicos, traços de personalidade (estilo comportamental e emocional)	Adição Extensão Prevalência

Legenda: O. T.= observacional transversal; O. L.= Observacional Longitudinal; CPOD=dentes definitivos cariados, perdidos ou obturados (continuação)

## Quadro 1

*Resumo dos estudos analisados (continuação)*

<b>Autor, ano, país, tipo de estudo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Tipo de variável</b>	<b>Método de trabalho</b>
Montero et al. (2013), Espanha O. L.	N= 153 M=64,9 DP=10,7	Sexo, idade, utilização de prótese dentária, tipos de prótese, satisfação com estado da cavidade oral, com a estética e satisfação global, habilidade em mastigar	Adição Extensão Post-OHIP
Wöstmann et al. (2008), Alemanha Quasi-experimental	N= 100 M=72,6 DP=6,7	Prótese dentária, capacidade de mastigação, estado nutricional, hábitos alimentares, nível socioeconómico	Adição Extensão Prevalência
Sahmadhavi et al. (2013), Índia O.T.	N=302 +20 anos M <sub>crónico</sub> =36,73 M <sub>agudo</sub> =37,88	Sexo, idade, doenças orais crónicas e agudas	Adição
Duque-Duque et al. (2013), Colombia O. T.	N=100 adultos +65anos	Sexo, idade, nível socioeconómico, escolaridade, estado civil, autoperceção de saúde geral, saúde oral, de problemas dentários, satisfação com a aparência	Adição Extensão Prevalência
Miotto et al. (2012), Brasil O. T.	N=237 (18-70 anos)	Idade, motivo de utilização de serviço odontológico, autoperceção: necessidade de prótese dentária (parcial ou total removível)	Prevalência

Legenda: O. T.= observacional transversal; O. L.= Observacional Longitudinal; C. G.= comparação entre grupos; CPOD=dentes definitivos cariados, perdidos ou obturados

Na sua maioria, nesta revisão integrativa estão incluídos estudos de desenho observacional, sendo 12 do tipo transversal e quatro de tipo longitudinal, e apenas um quasi-experimental. De modo a facilitar a referência aos estudos, será apenas referido o apelido do primeiro autor. Os estudos selecionados são muito heterogéneos no que se refere às variáveis associadas bem como aos objetivos pretendidos e apontam para a administração do OHIP-14 em países de todos os continentes, com variação quanto ao tamanho das amostras, de 33 indivíduos no estudo de Pereira et al. (2009), no Brasil, e de 1461 indivíduos no estudo de Kotzer et al. (2012), no Canadá. A média de idade, ainda que em alguns estudos seja omissa, varia entre 25,61 e 72,6 anos.

Os métodos de trabalho com o OHIP-14 mais utilizados foram, a adição (OHIP-ADD), e os métodos de adição, prevalência e de contagem simples (OHIP-SC) utilizados, em simultâneo, cada um identificado em 6 artigos. Identifica-se ainda que o método de adição e de prevalência surgem em simultâneo em três estudos e o de prevalência em apenas um estudo, tal como o método de adição em simultâneo com o de extensão. Para calcular a extensão e prevalência, foram definidos pontos de corte: “com impacto”, a soma de número de respostas “*fairly often*” ou “*very often*”  $\geq 2$  (Montero et al., 2011) ou  $\geq 3$

(Habashneh et al., 2012), e, “sem impacto”, a soma das restantes opções. Na maioria dos estudos, as opções de resposta consistem numa escala de Likert de 4 pontos (1-4) apenas o estudo de Salmadhavi et al. (2013) utiliza uma escala de 3 pontos (0-3). Na avaliação de *follow-up* (Post-OHIP), no estudo de Montero et al. (2013), as respostas variam entre “better”(1), “equal/same”(0), “worse”(-1), com um total entre -14 e 14.

No quadro seguinte (Quadro 2) são apresentadas as associações entre as variáveis consideradas desfavoráveis, isto é, em que se obtiveram os piores resultados de auto percepção de saúde oral avaliados pelo OHIP-14.

Quadro 2

*Associação entre as variáveis e a QdvRSO avaliada através do OHIP-14*

<b>Autor, ano</b>	<b>Análise estatística</b>	<b>Associação entre variáveis e QdV</b>
Palma et al. (2013)	Mann Whitney Kruskal-Wallis Análise multivariada Regressão linear múltipla	Ausente: idade, estado civil, escolaridade e profissão Presente: sexo feminino (Dor Física); rendimento (e Incapacidade Social); cor de pele (caucasiana e incapacidade social); estado de dentição (Limitação Funcional e Desvantagem); doença periodontal (Desconforto Psicológico e Incapacidade Física); auto percepção de saúde geral e oral, necessidade de utilização/substituição da prótese dentária em todas as dimensões de QdV.
Kotzer et al. (2012)	Mann Whitney Qui-quadrado Regressão logística	Presente: sexo (feminino); entre 45 e 64 anos que vivem na comunidade, fumadores habituais e que recorrem a consulta menos de 1 vez/ano; idade $\geq 65$ anos que vivem em unidades de cuidados continuados; escolaridade e rendimento (baixos); auto percepção de saúde geral e oral pobre.
Habashneh et al. (2012)	Qui-quadrado Regressão logística	Presente: idade; doença periodontal (gravidade da doença).
Miettinen et al. (2012)	One-way ANOVA Qui-quadrado Regressão logística	Presente: sexo (feminino: maior gravidade, dor, somatização e depressão; masculino: prevalência associada a gravidade e somatização com e sem dor); alterações temporomandibulares
Papaioannou et al. (2011)	Correlação de Spearman	Ausente: sexo; residência; consumo de tabaco Presente: escolaridade (baixa); auto percepção de saúde geral e oral
Rusanen et al. (2012)	Teste de <i>t</i> - student Qui-quadrado Análise multivariada	Presente: alterações temporomandibulares, características de oclusão e dor facial (QdVRSO comprometida). Nos homens a associação entre alteração temporomandibular e QdVRSO é direta (nas mulheres ausente)
Silvola et al. (2012)	Teste de <i>t</i> -student Mann Whitney Correlação de Pearson e Spearman	Ausente: após <i>follow-up</i> Presente: grupo cirúrgico (melhoria mais importante) e não-cirúrgico
Montero et al. (2011)	ANOVA Teste de <i>t</i> - student Correlação de Pearson e Spearman	Ausente: sexo Presente: idade $\geq 45$ anos; classe social elevada, viver em áreas rurais, consulta por problemas dentários; hábitos de higiene oral ( $< 2x/dia$ ), motivo de consulta (por dor)

(continuação)

## Quadro 2

Associação entre as variáveis e a QdVRSO avaliada através do OHIP-14 (continuação)

Autor, ano	Análise estatística	Associação entre variáveis e QdV
Caglayan et al. (2009)	Mann Whitney Kruskal-Wallis	Presente: sexo (feminino); escolaridade e ausência de hábitos nocivos (associação inversa); cáries e dor de dentes
Pereira et al. (2009)	Correlação de Spearman	Presente: gravidade de alterações temporomandibulares
Lawrence et al. (2008)	Regressão de Poisson (análise multivariada)	Presente: sexo (feminino), baixo nível socioeconómico, cáries e doença periodontal; procuram pontualmente consulta no dentista.
Thomson et al. (2006)	Regressão de Poisson	Ausente: sexo Presente: xerostomia, falta de dentes, fumadores habituais, fator emocionalidade negativa
Montero et al. (2013)	Teste de <i>t</i> - student Regressão de Poisson	Ausente: sexo; idade; tipos de próteses dentárias (antes do tratamento). Presente antes do tratamento: insatisfeitos com o estado de saúde oral e com a estética. Presente na consulta de acompanhamento: homens; satisfação com o estado de saúde oral
Wöstmann et al. (2008)	Teste de <i>t</i> - student Tukey Wilcoxon	Presente após tratamento: capacidade de mastigação; conforto oral enquanto comem.
Sahmadhavi et al. (2013)	ANOVA Qui-Quadrado	Ausente: sexo Presente: doença crónica ( <i>pemphigus</i> ) nas dimensões Dor física e Incapacidade física; idade $\leq 35$ anos e Desvantagem; doenças agudas (úlceras agudas) e dimensões Limitação funcional Desconforto Psicológico, Incapacidade Psicológica e Desvantagem.
Duque-Duque et al. (2013)	Qui-quadrado Teste de <i>t</i> - student Regressão logística ( <i>odds ratio</i> )	Presente: indicadores de auto percepção de saúde; idade superior a 65 anos; solteiros, baixo nível socioeconómico e baixa escolaridade; sexo feminino e insatisfação com a cavidade oral.
Miotto et al. (2012)	Qui-quadrado Teste de Fisher <i>Odds Ratio</i> (OR) Mantel-Haenszel	Presente: idade (20-39 anos) e as dimensões Limitação funcional, Incapacidade física e social; percepção de necessidade de prótese (parcial removível: Limitação funcional, Desconforto psicológico, Incapacidade física e social e Desvantagem; total removível: Limitação funcional e Incapacidade física); motivo de recorrer a consulta no dentista: por motivo de urgência e Dor física.

Em todos artigos foram utilizados testes paramétricos e/ou não-paramétricos e em nove foram utilizados como método de análise estatística a regressão logística, com abordagens diversificadas.

O quadro 3 resume as variáveis identificadas nos artigos analisados e a presença/ausência de associação entre estas e a QdVRSO avaliada pelo OHIP-14.

## Quadro 3

*Associação entre variáveis e a QdVRSO*

<b>Categoria</b>	<b>Tipos de variáveis</b>	<b>Associação e estudo</b>
<b>Sociodemográficas e socioeconómicas</b>	Sexo	Ausente: Montero et al (2011), Montero et al. (2013), Papaioannou et al. (2011), Thomson (2006) Presente: Caglayan et al. (2009), Duque-Duque et al. (2013), Lawrence et al. (2008), Miettinen et al. (2012), Montero et al. (2011), Palma et al. (2013), Papaioannou et al. (2011), Rusanen et al. (2012), Thomson et al. (2006)
	Idade	Ausente: Montero et al (2013), Palma et al. (2013) Presente: Al Habashneh et al. (2012), Duque-Duque et al. (2013), Kotzer et al. (2012), Lawrence et al. (2008), Miotto et al. (2012), Montero et al. (2011), Sahmadhavi et al. (2013)
	Estado civil	Ausente: Palma et al. (2013) Presente: Duque-Duque et al. (2013)
	Escolaridade	Ausente: Palma et al. (2013), Papaioannou et al. (2011) Presente: Caglayan et al. (2009), Duque-Duque et al. (2013)
	Profissão	Ausente: Palma et al. (2013), Papaioannou et al. (2011)
	Local de residência	Ausente: Papaioannou et al. (2011) Presente: Kotzer et al., 2012; Montero et al. (2011)
	Cor da pele	Presente: Palma et al. (2013)
<b>Clínicas</b>	Rendimento mensal/anual	Presente: Duque-Duque et al. (2013), Lawrence et al. (2008), Montero et al. (2011), Palma et al. (2013)
	Doença periodontal, dor facial, alterações temporomandibulares, características de oclusão, submetidos a tratamento, xerostomia, doenças crónicas ou agudas	Ausente: Montero et al. (2013), Silvola et al. (2012), Presente: Al Habashneh et al. (2012), Caglayan et al. (2009), Miettinen et al. (2012), Miotto et al. (2012), Palma et al. (2013), Pereira et al. (2009), Rusanen et al. (2012), Sahmadhavi et al. (2013), Thomson et al. (2006), Wöstmann et al. (2008)
<b>Comportamentais</b>	Hábitos de higiene oral, procura de cuidados/consulta no médico dentista, consumo de tabaco, consumo de álcool	Presente: Caglayan et al. (2009), Lawrence et al. (2008), Miotto et al. (2012), Montero et al. (2011), Thomson et al. (2006)
<b>Psicossociais</b>	Traços de personalidade (fator emocionalidade), depressão, autoperceção de saúde geral ou oral, necessidade de prótese	Presente: Miettinen et al. (2012), Thomson et al. (2006), Duque-Duque et al. (2013), Palma et al. (2013), Wöstmann et al. (2008)

## Discussão

Em sintonia com Locker e Quiñonez (2009), os estudos analisados utilizam o OHIP-14, na sua globalidade, para obter três variáveis que resumem as consequências funcionais e psicológicas associadas aos problemas orais: 1) gravidade: a soma de todas as respostas e varia num intervalo entre 0-56; 2) extensão: o número de itens referido como "frequentemente" ou "sempre"; 3) prevalência: percentagem de indivíduos que refere um ou mais itens "frequentemente" ou "sempre".

Todos os estudos evidenciam, exclusivamente, o impacto negativo dos problemas orais na QdV, em conformidade com o modelo conceptual “International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps” (ICIDH) da OMS, adaptado por Locker para a saúde oral, e que se encontra subjacente à criação do OHIP-14 (Slade & Spencer, 1994). Segundo este modelo, os problemas orais podem conduzir a sete possíveis consequências como a Limitação funcional, Dor física, Desconforto psicológico, Incapacidade física, psicológica e social e a Desvantagem (Slade & Spencer, 1994). Os sinais clínicos da doença representam apenas um aspeto da saúde global pelo que há cada vez maior preocupação de incluir avaliações subjetivas de função e de bem-estar nas investigações da saúde dos indivíduos ou populações (Gift, Atchison, & Dayton, 1997; Slade & Spencer, 1994). A reforçar esta ideia, Miotto et al. (2012) referem ainda que os indivíduos avaliam o seu estado oral com critérios diferentes do profissional de saúde, sobretudo em termos de dor ou desconforto/incómodo e fatores estéticos. O modelo de saúde oral de Locker considera saúde e doença enquanto variáveis contínuas suscetíveis de provocar incapacidades (e.g., falta de dentes) e limitações funcionais ao nível do órgão (e.g.: limitação da mobilidade da mandíbula), que tornam o indivíduo incapaz de desempenhar atividades no dia a dia podendo colocá-lo em desvantagem na sociedade ou conduzir ao seu isolamento. O foco é no indivíduo e no modo como as alterações ou doenças orais ameaçam as dimensões da vida do indivíduo, definindo saúde oral enquanto experiência subjetiva em relação ao bem estar físico, social e psicológico (Locker & Gibson, 2005). Por um lado, esta definição reforça a não divisão da saúde segundo a estrutura anatómica acometida, com a qual estamos de acordo, por outro, consideramos que este modelo utiliza os conceitos de saúde, doença e QdVRS enquanto sinónimos, apesar de salientarmos a sua distinção.

A OMS define saúde oral enquanto ausência de dor crónica facial e na boca, de perda de dentes e outras doenças e perturbações orais que afetam a cavidade oral e a boca e

define saúde como estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (WHO, 1998). Apesar de Locker aproximar-se da definição de saúde geral, dada a sua posição em não separar saúde segundo a área do corpo acometida, ambas centram-se numa perspetiva negativa de deficiência e incapacidade, para além de que utiliza saúde enquanto sinónimo de QdV. A WHO define QdV como sendo a perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da sua cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1995). Em 1998, o Grupo WHOQOL, acrescenta a presença de dimensões positivas e negativas, isto é, que é necessária a presença de elementos, como a mobilidade, e a ausência de outros, por exemplo, de dor. Ainda que os conceitos de QdV, QdV Relacionada com a Saúde (QdVRS) e saúde estejam interligados, este último encontra-se no centro, abrangido pela QdVRS, tendo a QdV um sentido mais amplo e que aplica-se a todas as pessoas saudáveis ou não (Ribeiro, 2002). Na nossa perspetiva, este modelo torna-se inovador e útil por incluir uma abordagem comportamental e psicossocial, contudo considera o conceito de saúde e de QdV enquanto sinónimos, pelo que não considera que o impacto das condições orais na QdV possa ser, simultaneamente, positivo e negativo, implícitos na definição de QdV. No estudo de McGrath e Bedi (2004) 53% dos participantes referem a importância da perceção do estado da cavidade oral na QdV no sentido positivo (e.g., alinhamento ou cor dos dentes), ou seja, como forma de melhorar a QdV e 47% identificam a sua importância no sentido negativo (e.g., estética oral desfavorável), isto é, enquanto um fardo nas suas vidas.

As variáveis foram agrupadas em sociodemográficas (sexo, idade, raça, estado civil, escolaridade, profissão, local de residência, nível socioeconómico); comportamentais (hábitos de higiene, procura de consulta no médico dentista, consumo de tabaco, consumo de álcool) e clínicas (doença periodontal, perturbações temporomandibulares, características de oclusão, dor facial, submetidos a tratamento, xerostomia (secura crónica da boca), doenças crónicas ou agudas). Identificam-se, ainda, em cinco estudos, variáveis psicossociais (4 referentes a depressão e traços de personalidade, nomeadamente fator emocionalidade negativa e em apenas um estudo de autoperceção de saúde geral, de saúde oral, de necessidade de utilização ou substituição de prótese).

### **Variáveis sociodemográficas**

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto às pontuações obtidas no OHIP-14, sendo que em oito estudos as mulheres

apresentam níveis mais elevados, sobretudo nas dimensões Dor física e Incapacidade psicológica (Palma et al., 2013). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto às pontuações obtidas tendo como variáveis moderadoras a somatização com dor e depressão, com níveis mais elevados nos homens com somatização com e sem dor (Miettinen et al., 2012). As diferenças e as desigualdades entre homens e mulheres podem ser explicadas a partir de uma perspectiva de género e da percepção do impacto negativo na QdV dado que problemas orais decorrerem de contextos sociais, económicos, culturais e históricos específicos (Miettinen et al., 2012). De acordo com Borrell e Artazcoz (2008), durante várias gerações, as mulheres desempenharam um papel cultural de responsabilidade de cuidar da família, pelo que podem estar mais atentas e são mais preocupadas com a sua saúde oral, ao mesmo tempo que sentem maior necessidade de consultar o médico antes de qualquer alteração e, deste modo, impedir a sua progressão. Por sua vez, os homens parecem ser mais afetados na dimensão psicológica pelo que podem somatizar essa emoção manifestando-se como deficiência física. As mulheres relatam níveis mais elevados de preocupação, dor e outros sintomas subjetivos, enquanto os homens parecem menos preocupados com o impacto que a sua condição oral pode ter na QdV, a tal ponto que quando ele é relatado, a sua condição é já tão avançada, que é frequentemente associada a alterações no nível de dor, tornando-se mais significativa (Borrel & Artazcoz, 2008; Miettinen et al., 2012).

A idade surge como um dos principais moderadores da autopercepção de saúde oral, em sete dos estudos, verificando-se que indivíduos mais velhos apresentam valores médios obtidos no OHIP-14 mais elevados, logo pior QdVRSO. Duque-Duque et al. (2013) sugerem à medida que a idade avança, é desenvolvida a percepção de que há uma deterioração progressiva da QdV e que é influenciada por fatores sistémicos, psicológicos, sociais e económicos que afetam as suas vidas diárias. Considerando ainda os indivíduos mais velhos, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes estados civis, quanto aos níveis obtidos no OHIP-14 verificando-se que solteiros e viúvos apresentaram valores mais elevados. Uma possível explicação deve-se ao fato de que o casal é percebido como apoio social, sendo o cônjuge o principal cuidador, sobretudo dos idosos (Duque-Duque et al., 2013). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos entre os 45 e 64 anos que vivem na comunidade e indivíduos com mais de 65 anos, em que os primeiros apresentaram pontuações mais elevadas no OHIP-14 do que restantes, apesar dos indivíduos entre os 45 e 64 anos apresentarem melhores condições orais (objetivas) do que os idosos (Kotzer et al., 2012).

Isso reforça a noção que as expectativas individuais e experiências podem ter um grande impacto na satisfação ou insatisfação com sua saúde oral, na medida em que algumas pessoas que têm, ou consideram ter, uma saúde oral pobre, podem estar satisfeitas com a mesma (Locker & Gibson, 2005). À medida que os indivíduos envelhecem, tornam-se mais propensos a considerar os problemas orais, mesmo os mais graves, como insignificantes por aceitarem que a sua saúde está a deteriorar-se, os problemas orais assumem um papel secundário quando comparados com os problemas de saúde geral. (Locker & Gibson, 2005). Para Peterson e Yamamoto (2005), o acesso aos serviços de saúde oral por parte das pessoas idosas pode ser dificultado devido a dificuldades de mobilidade, dificuldades financeiras, a ausência de tradição no cuidado oral, bem como as atitudes negativas em relação à saúde oral. Apesar de não existir associação significativa entre idade e o valor total obtido no OHIP-14 no estudo de Sahmadahavi et al. (2013) verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos etários quanto à pontuação obtida na dimensão Desvantagem do OHIP-14, verificando-se valores totais mais elevados, portanto, QdVRSO pobre, no grupo mais jovem com idade igual ou inferior a 35 anos. Os autores avançam como hipóteses justificativas o estilo de vida, os hábitos alimentares e a falta de tempo para estes se focalizarem nas necessidades relacionados com a cavidade oral.

Em três estudos foi avaliada a associação entre a escolaridade e a QdVRSO, (Caglayan et al., 2009; Duque-Duque et al., 2013; Papaioannou et al., 2011), isto é, indivíduos com menor escolaridade (ou ausente) apresentam pontuações totais mais elevadas no OHIP-14, logo, QdVRSO mais pobre. E ainda que, à medida que aumenta a escolaridade, diminuem as pontuações obtidas na Incapacidade social e Desvantagem (Papaioannou et al., 2011). Estes resultados encontram-se em conformidade com Baldani, Narvai e Antunes (2002), que referem que indivíduos com um nível de educação superior têm tendência para realizar uma escovagem dentária mais frequente, uma hipótese para justificar é o facto de apresentarem mais conhecimentos quanto às doenças orais e portanto, apresentam maior preocupação. O acesso adequado é um dos determinantes da saúde potenciador da redução das desigualdades, destacando-se os grupos de nível socioeconómico mais elevado e com maior escolaridade como tendo melhor acesso a consultas de especialidade, nomeadamente medicina dentária e cardiologia (Pereira & Furtado, 2010). Portanto, associado a uma maior escolaridade pode verificar-se uma melhor remuneração que favorece a procura de cuidados de saúde, nomeadamente preventivos, no campo da saúde oral.

Indivíduos saudáveis, a viver na comunidade, apresentaram valores totais mais elevados de prevalência, extensão e de gravidade, portanto, melhor QdVRSO do que indivíduos doentes em unidades de cuidados continuados (Kotzer et al., 2012).

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos que vivem na área rural e na área urbana quanto à QdVRSO. Os resultados indicam que indivíduos que vivem na área rural apresentam um maior comprometimento da QdVRSO, sugerindo que a diminuição do acesso aos cuidados de saúde dentária pode afetar a QdVRSO (Montero et al., 2011). Contrariamente, no estudo de Papaioannou et al. (2011) em que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos que vivem na região urbana ou rural quanto à QdVRSO.

### **Variáveis comportamentais**

Para além das condições de vida precárias, os principais fatores de risco relacionados com estilos de vida insalubres sobretudo na alimentação (rica em açúcares), higiene oral e pelo consumo excessivo de tabaco, trio designado por *Diet, Dirt, Tobacco – DDT*, e álcool são apontadas como as principais causas de deterioração da saúde geral, que abarca alterações ao nível da cavidade oral, acrescendo a limitada disponibilidade e acessibilidade aos serviços de saúde oral (Petersen, 2003; Petersen et al., 2005; Reibel, 2003).

Os fatores de risco e a gravidade das doenças orais relacionam-se com os estilos de vida destacando-se as quantidades excessivas e consumo frequente de açúcares enquanto principais causas de cárie dentária, o uso de tabaco enquanto fator de risco para a doença periodontal e de cancro oral, sobretudo utilizado em combinação com álcool (Petersen, 2003; Petersen et al., 2005; Reibel, 2003). Os estudos analisados revelam que indivíduos com hábitos de consumo de álcool e de tabaco apresentam pontuações obtidas no OHIP-14 piores do que indivíduos que não apresentam estes hábitos (Caglayan et al., 2009; Kotzer et al., 2012). Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre indivíduos com e sem xerostomia quanto à QdVRSO em que, realizando uma análise de regressão (de Poisson) no sentido de controlar as características clínicas (falta de dentes, doença periodontal, dentes cariados), sexo, hábitos tabágicos e características de personalidade (traços de emocionalidade positiva/negativa), as diferenças persistiram, revelando que indivíduos com xerostomia apresentam uma QdVRSO mais pobre (Thomson et al., 2006). Uma possível explicação é devido aos efeitos nocivos do tabaco nos tecidos orais, sobretudo utilizado em combinação com álcool (Petersen et al., 2005; Reibel, 2003).

De acordo com o estudo de Baldani, Narvai e Antunes (2002), 40,24% dos participantes referiu escovar os dentes menos de duas vezes por dia e 61,8% afirmou não utilizar qualquer meio auxiliar de higiene oral, dados que sugerem um baixo nível de motivação e de informação sobre saúde oral na população. Os estudos analisados na presente revisão revelam que os indivíduos que nunca recorreram a uma consulta no médico dentista ou recorreram há mais 3 anos, e ainda quando o motivo referido para procura de consulta por uma situação de urgência, como dor ou por questões relacionadas com a prótese, apresentam pontuações totais mais elevadas no OHIP-14, sugerindo uma QdVRSO pobre. Tanto no estudo de Slade, Spencer, Locker, Hunt, Strauss e Beck (1996) como no estudo de McGrath e Bedi (2001) constatou-se um forte impacto social e pior QdV quando a procura de cuidados dentários era motivada por existência de algum problema oral, pelo que os indivíduos que recorriam regularmente a consultas apresentaram pontuações totais mais baixas. Estes resultados consolidam a importância dos cuidados regulares de medicina dentária na melhoria da QdV dos indivíduos.

Segundo Yee e Sheiham (2002), o tratamento tradicional da doença oral é extremamente caro, sendo considerada a quarta doença mais cara para o tratamento. Estes autores referem ainda que, na maioria dos países em desenvolvimento, o investimento em cuidados de saúde oral é baixo, pelo que os recursos são sobretudo para alívio da dor.

### **Variáveis clínicas**

Em 10 dos 17 estudos analisados, verificou-se que as condições clínicas da cavidade oral podem comprometer a QdV, sendo de salientar como consequências a dor, mudanças no paladar, dificuldades em mastigar, engolir ou falar, alterações na alimentação, na auto-imagem e nas relações sociais, em sintonia com outros estudos (Ikebe, Morii, Kashiwagi, Nokubi, & Ettinger, 2005; Ingram et al., 2005; Sheinam, 2005).

Apesar de nas últimas décadas verificar-se uma diminuição da incidência da cárie dentária em crianças e adolescentes na maioria dos países industrializados, esta é considerada como um problema de saúde pública grave, sobretudo nos idosos, tendo em conta a evolução demográfica e o aumento crescente de indivíduos idosos que mantêm os dentes naturais (OMD, 2014). Na revisão sistemática de literatura de Sjögren, Nilsson, Forsell, Johansson e Hoogstraate (2008), estes autores verificaram que melhores cuidados de higiene oral podem prevenir infeções respiratórias e morte por pneumonia em idosos nos hospitais e lares. Oliveira, Watt e Hamer (2010) demonstrou ainda que a escovagem frequente de dentes pode estar associada a níveis baixos de doença cardiovascular. Slade,

Nuttall, Sanders, Steele, Allen e Lahti (2005) e Slade e Spencer (1994) verificaram que os indivíduos sem dentes apresentam uma QdVRSO mais pobre do que indivíduos com dentes. No que diz respeito ao número de dentes, variável presente na maioria dos estudos em relação à qual foi identificada uma associação estatisticamente significativa com a QdVRSO, estes resultados encontram-se em conformidade com Ikebe et al. (2007), Ingram et al. (2005) e Peterson e Ueda (2006), que descrevem os efeitos a longo prazo em termos de função, dor e de saúde emocional e geral mais pobre, salientando o desenvolvimento de xerostomia e dificuldade na mastigação, que podem conduzir a uma alteração da seleção de alimentos aumentando o risco de má nutrição. No estudo de Wöstmann et al. (2008), não foram encontradas alterações no estado nutricional, pelo que este estado não parece depender apenas desta capacidade/função de mastigação, mas sim de fatores como paladar, costumes e hábitos culturais, aspetos financeiros e organizacionais. O impacto da necessidade de prótese em idosos não é medido em estudos em países desenvolvidos, o que sugere que esta faixa etária exige mais atenção (Palma et al., 2013).

A maioria dos estudos concluiu que doenças periodontais estão associadas com uma QdVRSO comprometida, e que esse impacto aumenta com a gravidade da doença (Al Habashneh et al., 2012; Palma et al., 2013; Rusanen et al., 2012).

A má oclusão resulta em diversos problemas nos indivíduos afetados desde a falta de satisfação com a aparência facial, a problemas relacionados com a função do sistema responsável pela mastigação, disfunção da articulação temporomandibular, problemas na deglutição e na comunicação, maior suscetibilidade a lesões traumáticas faciais e ao desenvolvimento de cáries e de problemas periodontais (Zanatta, Ardenghi, Antoniazzi, Pinto, & Rösing, 2012).

A dor de dentes é uma das causas de absentismo escolar nos EUA, onde a prevalência da cárie dentária é bastante baixa, mesmo assim, cerca de 117 000 horas de aulas foram perdidas devido a problemas orais (Sheinam, 2005). A dor e a QdVRSO pobre são as principais razões de procura de tratamento das disfunções temporomandibulares ou de tratamento ortodôntico nas mulheres (Rusanen et al., 2012).

### **Outras variáveis associadas à QdVRSO**

Os resultados indicam a presença de outras variáveis associadas à QdVRSO nomeadamente as psicossociais. É a necessidade percebida que é transformada em ação, pelo que surge como um importante preditor da utilização dos serviços odontológicos (Miotto, Barcellos, & Velten, 2012).

Os artigos analisados sugerem que as alterações/perturbações temporomandibulares comprometem a QdVRSO sobretudo devido à dor, depressão e somatização, contudo, depois de controlar variáveis como idade e sexo, a associação entre alterações temporomandibulares e QdVRSO não foi significativa, sugerindo a existência de variáveis moderadas, isto é, afetam a intensidade da correlação entre condição clínica e QdVRSO (Miettinen et al., 2012). As diferenças nos mecanismos de dor entre os sexos têm sido explicadas não apenas por vários fatores biológicos e hormonais como também psicossociais (Miettinen et al., 2012; Rusanen et al., 2012). No estudo de Duque-Duque et al. (2013), não foram identificadas associações entre a presença de condições clínicas e a QdVRSO dos indivíduos, sugerindo a influência de outras variáveis. Ainda nesta linha, no estudo de Palma et al. (2013) apenas 27% do impacto das condições de saúde oral na QdV pode ser explicado por doença periodontal, autopercepção de saúde oral e a necessidade de utilizar ou substituir a prótese dentária, sugerindo a presença de outras variáveis associadas que não foram exploradas.

Montero et al. (2011) e Papaioannou et al. (2011) obtiveram resultados que sugerem que os indivíduos satisfeitos com a saúde oral apresentaram um baixo impacto sobre QdV e aqueles que não estavam satisfeitos com a sua saúde oral apresentaram uma QdVRSO pior.

Na globalidade das publicações analisadas destacam-se fatores como a idade, implementação de tratamento odontológico, aparência física (estética), conforto (ausência de dor), número de dentes presentes, capacidade de mastigação, e que encontram-se em conformidade com outros estudos (Gift, Atchinson, & Dayton, 1997; Patrick & Erickson, 1993; Wilson & Cleary, 1995). Contudo, na análise dos fatores socioeconômicos é necessário considerar a etiologia das desigualdades sociais quanto à distribuição do rendimento, a falta de participação na riqueza nacional, o desemprego, o atraso tecnológico em alguns setores e os elevados índices de analfabetismo, dificuldades de acesso aos serviços odontológicos e ainda diferenças acentuadas quanto ao rendimento (Baldani, Narvai & Antunes, 2002; Pereira & Furtado, 2010). Kotzer et al., (2012) salientam ainda a literacia em saúde enquanto determinante social relevante. Os maiores impactos sobre a saúde oral implicam a compreensão do sistema de saúde como um condicionante que pode limitar o acesso aos cuidados odontológicos, reforçando-se a importância da literacia em saúde oral. Estes autores apontam ainda que um aumento de recursos educacionais e de treino por dentistas e higienistas orais podem ser essenciais para o desenvolvimento de habilidades de cuidados de saúde oral adequados e rotinas. A literacia em saúde inclui as

aptidões necessárias para que as pessoas entendam as causas da má saúde oral, para aprenderem e adotarem comportamentos positivos de autocuidado oral, para comunicarem com os prestadores de cuidados de saúde oral e manterem consultas de acompanhamento regulares (Kotzer et al., 2012). A educação é, deste modo, necessária para que sejam prestados cuidados de forma produtiva, oportuna e rentável (Kotzer et al., 2012; Pereira & Furtado, 2010). Torna-se, assim, urgente o desenvolvimento de estudos no sentido de reconhecer percursos de aprendizagem que aumentem as competências de literacia de saúde em geral e no campo da saúde oral, em particular.

Os resultados da presente revisão podem ser úteis para o planeamento de futuros trabalhos para a melhoria e maior desenvolvimento de políticas públicas na área, bem como a melhoria ações para a promoção da saúde e consciencialização da importância de hábitos adequados de higiene oral, para conseguir um melhor controlo da saúde oral. Para Sheiham (2005) deve ser dada prioridade às doenças associadas ao estilo de vida comum, com fatores de risco evitáveis nomeadamente, dieta pouco saudável, o consumo de tabaco ou de tabaco, incluindo a higiene oral, pelo que o risco elevado de desenvolver doença oral relaciona-se com os determinantes socioculturais como más condições de vida, baixa escolaridade, falta de uma cultura de apoio à saúde oral. Uma das fragilidades desta revisão integrativa da literatura foi o elevado número de estudos primários sobre esta temática, bem como a sua heterogeneidade, ainda que saliente a importância da sua investigação.

Na presente revisão integrativa destaca-se a multicausalidade associada à QdVRSO, identificando-se variáveis sociodemográficas, clínicas, comportamentais e psicossociais. Os fatores sociodemográficos como idade, sexo, estado civil e escolaridade podem influenciar características clínicas na medida em que estes determinam, pelo menos em parte, o estilo de vida, as condições de higiene oral, acesso a produtos e serviços de saúde. Pessoas com mais idade, com menor escolaridade e estado civil solteiro ou viúvo revelam uma QdVRSO mais pobre. As alterações na cavidade oral como perda de dentes, cáries, doenças periodontais e xerostomia são mais prováveis de se manifestar, sobretudo em pessoas idosas, aspeto a ter em consideração dado o aumento da esperança da vida e, portanto, ao aumento da população envelhecida. Os comportamentos e hábitos alimentares, de higiene oral e de recorrência aos cuidados médicos de saúde oral são, igualmente, indicadores de risco para a doença, sendo, deste modo, fundamental que se analisem estes fatores e a sua influência na cárie dentária. As avaliações de QdVRSO complementam os indicadores clínicos, permitindo refinar diagnósticos e identificar indivíduos ou grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, em necessidade de intervenções complexas

e, sobretudo, personalizadas. O instrumento OHIP-14 consiste num importante auxiliar na exploração das necessidades em saúde oral e na elaboração de estratégias que permitam reduzir o desenvolvimento de doenças e promover a saúde oral com impacto positivo na QdV. Através da análise dos artigos reunidos na presente revisão integrativa, é possível inferir quanto à importância de ter em consideração uma diversidade de influências importantes na autopercepção da saúde oral e do seu impacto na QdV.

### Referências

- Al Habashneh, R., Khader, Y.S., & Salameh, S. (2012). Use of the Arabic version of Oral Health Impact Profile-14 to evaluate the impact of periodontal disease on oral health-related quality of life among Jordanian adults. *Journal of Oral Science*, *54*, 113-120. <http://dx.doi.org/10.2334/josnusd.54.113>.
- Baldani, M. H., Narvai, P. C., & Antunes, J. L. (2002). Cárie dentária e condições sócio-econômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. *Caderno de Saúde Pública*, *18*, 755-763. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n3/9303.pdf>.
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Inequalities gender on health: challenges for the future. *Revista Espanola de Salud Pública*, *82*, 245-249. <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272008000300001>
- Caglayan, F., Altun, O., Miloglu, O., Kaya, M. D., & Yilmaz, A. B. (2009). Correlation between oral health-related quality of life (OHQoL) and oral disorders in a Turkish patient population. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, *14*, 573-578. doi:10.4317/medoral.14.e573.
- Duque-Duque, V., Tamayo-Castrillón, J., Echeverri-Cadavid, P., Gutiérrez-Osorio, A. Y., Sepúlveda-Correa, D., Giraldo-Ramírez, O., & Agudelo-Suárez, A. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. *CES Odontologia*, *26*, 10-23. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v26n1/v26n1a02.pdf>.
- Gift, H. C., Atchison, K. A., & Dayton, C. M. (1997). Conceptualizing oral health and oral health related quality of life. *Social Science Medicine*, *44*, 601-608. DOI: 10.1016/S0277-9536(96)00211-0.
- Ikebe, K., Morii, K., Kashiwagi, J., Nokubi, T., & Ettinger, R. L. (2005). Impact of dry mouth on oral symptoms and function in removable denture wearers in Japan. *Oral*

- Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, 99,704-710. doi:10.1016/j.tripleo.2004.09.008.
- Ingram, S. S., Seo, P. H., Sloane, R., Francis, T., Clipp, E. C., Doyle, M. E., Montana, G. S. & Cohen, H. J. (2005). The association between oral health and general health and quality of life in older male cancer patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 1504-1509.
- Kotzer, R. D., Lawrence, H. P., Clovis, J. B., & Matthews, D. C. (2012). Oral health-related quality of life in an aging Canadian population. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 1-12. doi: 10.1186/1477-7525-10-50.
- Lawrence, H. P., Thomson, W. M., Broadbent, J. M., & Poulton, R. (2008). Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36, 305-316. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2288569/pdf/nihms40219.pdf>.
- Locker, D., & Gibson, B. (2005). Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older populations. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33, 280–288. doi: 10.1111/j.1600-0528.2005.00209.x
- Locker, D., & Quiñonez, C. (2009). Functional and psychosocial impacts of oral disorders in Canadian adults: a national population survey. *Journal of the Canadian Dental Association*, 75, 521a-521e. Recuperado de: <http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-7/521.pdf>.
- McGrath, C., & Bedi, R. (2001). Can dental attendance improve quality of life? *British Dental Journal*, 190, 262-265. doi:10.1038/sj.bdj.4800944.
- Miettinen, O., Lahti, S., & Sipilä, K. (2012). Psychosocial aspects of temporomandibular disorders and oral health-related quality-of-life. *Acta Odontologica Scandinavica*, 70, 331-336. doi: 10.3109/00016357.2011.654241.
- Miotto, M. H., Barcellos, L. A., & Velten, D. B. (2012). Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 397-405. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a14v17n2.pdf>.
- Montero, J., Castillo-Oyagüe, R., Lynch, C. D., Albaladejo, A., Castaño, A. (2013). Self-perceived changes in oral health-related quality of life after receiving different types of conventional prosthetic treatments: A cohort follow-up study. *Journal of dentistry*, 41, 493-503. doi: 10.1016/j.jdent.2013.01.006.

- Montero, J., Yarte, J. M., Bravo, M., & López-Valverde, A. (2011). Oral health-related quality of life of a consecutive sample of Spanish dental patients. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, *16*, 810-815. doi:10.4317/medoral.16790.
- Ordem dos Médicos Dentistas (2014). *Os números da Ordem. Estatísticas 2013*. Recuperado de: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Asus/Os%20meus%20documentos/Downloads/no2013pt%20.pdf>.
- Palma, P. V., Caetano, P. L., & Leite, I. C. (2013). Impact of periodontal diseases on health-related quality of life of users of the brazilian unified health system. *International Journal of Dentistry*, 1-6. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/150357>.
- Papaioannou, W., Oulis, C., Latsou, D., & Yfantopoulos, J. (2011). Oral health-related quality of life of greek adults: a cross-sectional study. *International Journal of Dentistry*, *360292*, 1-7. doi: 10.1155/2011/360292.
- Patrick, D., & Erickson P. (1993). *Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation*. New York: Oxford University Press.
- Patel, R. (2012). *The state of oral health in Europe: Report commissioned by the platform for better oral health in Europe*. Recuperado de: <http://www.oralhealthplatform.eu/sites/default/files/field/document/Report%20-%20the%20State%20of%20Oral%20Health%20in%20Europe.pdf>
- Pereira, J., & Furtado, C. (2010). Equidade e acesso aos Cuidados de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2011-2016. *Alto Comissariado da Saúde: Lisboa*. Recuperado de: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/EA1.pdf>.
- Pereira, T. C., Brasolotto, A.G., Conti, P.C., & Berretin-Felix, G. (2009). Temporomandibular disorders, voice and oral quality of life in women. *Journal of Applied Oral Science*, *17*, 50-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-77572009000700009>.
- Petersen, P.E. (2003). Tobacco and oral health: The role of the World Health Organization. *Oral Health & Preventive Dentistry*, *1*, 309-315. Recuperado de: [http://www.who.int/oral\\_health/media/en/orh\\_tobacco\\_whorole.pdf](http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_tobacco_whorole.pdf).
- Petersen, P. E., & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO global oral health programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *33*, 81-92. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.2004.00219.x/pdf>.

- Petersen, P. E., Bourgeois, D., Bratthall, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S., & Ndiaye, C. (2005). Oral health information systems - Towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 686-93. Recuperado do website de World Health Organization: <http://www.icd.org/content/publications/WHO-Oral-Health-Surveys-Basic-Methods-5th-Edition-2013.pdf>.
- Reibel J. (2003). Tobacco and oral diseases: an update of the evidence, with recommendations. *Medical Principles and Practice*, 12, 22-32. doi: 10.1159/000069845.
- Rusanen, J., Silvola, A., Tolvanen, M., Pirttiniemi, P., Lahti, S. & Sipilä, K. (2012). Pathways between temporomandibular disorders, occlusal characteristics, facial pain, and oral health-related quality of life among patients with severe malocclusion. *European Journal of Orthodontics*, 34, 512-517. doi: 10.1093/ejo/cjr071.
- Sahmadhavi, N., Raju, M. A., Reddy, R., Ramesh, T., Tabassum, D., & Ramya, K. (2013). Impact of oral diseases on quality of life in subjects attending out-patient department of a dental hospital, India. *Journal of Orofacial Sciences*, 5, 27-31. DOI: 10.4103/0975-8844.113690.
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11, 83-89. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rbfts/v11n1/12.pdf>.
- Sheiham, A. (2005). Strategies for oral health care. Newsletter of the european observatory on health systems and policies, London. Recuperado: <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/euroObserver/Obsvol7no3.pdf>
- Silvola, A.S., Rusanen, J., Tolvanen, M., Pirttiniemi, P., & Lahti, S. (2012). Occlusal characteristics and quality of life before and after treatment of severe malocclusion. *European Journal of Orthodontis*, 4, 704-709. doi: 10.1093/ejo/cjr085.
- Slade, G. D., Nuttall, N., Sanders, A. E., Steele, J. G., Allen, P. F., & Lahti, S. (2005). Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *British Dental Journal*, 198, 489-493. doi:10.1038/sj.bdj.4812252.
- Slade, G. D., & Spencer, A. J. (1994). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dentistry and Oral Health Epidemiology*, 11, 3-11. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8193981>.

- Slade, G. D., Spencer, A. J., Locker, D., Hunt, R. J., Strauss, R. P., & Beck, J. D. (1996). Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario, and North Carolina. *Journal of Dental Research*, *75*, 1439-1450. doi: 10.1177/00220345960750070301.
- Steele, J., Ayatollahi, S., Walls, A. & Murray, J. (1997). Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *25*, 143-149. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9181288>.
- Thomson, W.M., Lawrence, H.P., Broadbent, J.M., & Poulton, R. (2006). The impact of xerostomia on oral-health-related quality of life among younger adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, *4*, 1-7. doi:10.1186/1477-7525-4-86.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes [Abstract]. *Jama*, *273*, 59-65. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7996652>.
- Wöstmann, B., Michel, K., Brinkert, B., Melchheier-Weskott, A., Rehmann, P., & Balkenhol, M. (2008). Influence of denture improvement on the nutritional status and quality of life of geriatric patients. *Journal of Dentistry*, *36*, 816-821. doi: 10.1016/j.jdent.2008.05.017.
- Yee, R., & Sheiham, A. (2002). The burden of restorative dental treatment for children in third world countries. *International Dental Journal*, *52*, 1-9. Recuperado de: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Asus/Os%20meus%20documentos/Downloads/YeeThe%20burden%20of%20restorative%20dental%20treatment%20for%20children%20in%20Third%20World%20countries%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Asus/Os%20meus%20documentos/Downloads/YeeThe%20burden%20of%20restorative%20dental%20treatment%20for%20children%20in%20Third%20World%20countries%20(1).pdf).
- Zanatta, F. B., Ardenghi, T. M., Antoniazzi, R. P., Pinto, T. M., & Rösing, C. K. (2012). Association between gingival bleeding and gingival enlargement and oral health-related quality of life (OHRQoL) of subjects under fixed orthodontic treatment: A cross-sectional study. *BMC Oral Health*, *27*, 1-9. doi: 10.1186/1472-6831-12-53.

### **Artigo 3**

**Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral: Adaptação linguística e cultural portuguesa do OHIP-14**

## **Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral: Adaptação linguística e cultural portuguesa do OHIP-14**

### **Resumo**

Este estudo teve como objetivo adaptar a versão breve do Oral Health Impact Profile (OHIP-14) para a língua e cultura portuguesa e avaliar as qualidades psicométricas. Foi realizado um estudo observacional transversal, com uma amostra de conveniência de 180 indivíduos, com idades entre 18 e 93 anos ( $M=40,93$ ;  $DP=16,27$ ). Verificou-se uma pontuação média total de 11,84 ( $DP=11,14$ ) com maior impacto nas dimensões Dor Física e Desconforto Psicológico. A análise da fidelidade do instrumento através do alfa de Cronbach ( $\alpha=0,93$ ) e teste-reteste, com 31 participantes, revelou ser muito boa, com correlações significativas positivas, moderadas a elevadas. Para avaliar a validade de construto foi realizada a análise fatorial pelo método de componentes principais, tendo-se verificado tratar-se de um instrumento unidimensional. A boa validade de construto foi confirmada através da relação entre autoperceção de saúde oral e pontuações obtidas no OHIP-14. Revela ainda uma validade concorrente-discriminante aceitável, confirmadas pelas correlações negativas fracas a moderadas entre as dimensões do OHIP-14 e as dimensões e componentes física e mental do MOS SF-12. Este instrumento revelou ser sensível a fatores sociodemográficos (idade, escolaridade) e variáveis clínicas (utilização de prótese dentária, sensação de boca seca e falta de dentes naturais) ( $p<0,05$ , Mann-Whitney e Kruskal-Wallis). Os resultados revelaram que a versão desenvolvida, no formato papel e lápis e eletrónico, possui uma consistência interna, validade e sensibilidade aceitáveis, para além de ser um instrumento bem aceite pelos indivíduos, de fácil e rápida resposta. Sugere-se a realização de estudos longitudinais no sentido de avaliar mudanças da QdVRSO ao longo do tempo.

*Palavras-chave:* qualidade de vida; saúde oral; OHIP-14; MOS SF-12; psicometria.

A doença oral, como cáries dentárias, doenças periodontais ou cancro oral, constitui a quarta doença com tratamento mais dispendioso em todo o mundo, ainda que seja uma das mais fáceis de ser prevenidas (World Health Organization [WHO], 2007). As políticas de orçamento do Ministério da Saúde para a saúde oral em Portugal conduzem a uma das taxas de tratamento dentário mais baixas da Europa, daí a importância de estudos neste domínio no sentido de recolher informações que permitam caracterizar a saúde oral e

melhorar não só os resultados do tratamento dentário como atuar ao nível da prevenção (Ordem dos Médicos Dentistas [OMD], 2010).

A necessidade de compreender as limitações e o sofrimento dos indivíduos com alterações da saúde oral constitui, por si só, uma forte motivação para a avaliação da sua Qualidade de Vida (QdV). A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QdVRS) refere-se particularmente à QdV dos indivíduos que, por qualquer razão, neste caso, por causa do estado de saúde oral, estão associadas ao sistema de cuidados de saúde, sendo o seu elemento central a saúde (Ribeiro, 2005). A avaliação da QdVRS visa, assim, compreender de que forma os diferentes domínios são influenciados pelas características das alterações (doenças) que afetam o indivíduo. A utilização de recursos clínicos na avaliação das condições orais tem demonstrado ser muito redutora pelo que se torna fundamental demonstrar a importância que as doenças orais têm no bem-estar físico e psicológico dos indivíduos e, logo, na Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (Allen, 2003; Locker, 1997; Slade & Spencer 1994). Ao avaliar as experiências subjetivas dos indivíduos para determinar o impacto das condições de saúde oral no bem-estar e auto-estima é possível melhorar as intervenções clínicas e assim, a QdV.

Um dos indicadores mais internacionalmente utilizados é o Perfil de Impacto da Saúde Oral (Oral Health Impact Profile – OHIP) tendo em conta as boas qualidades psicométricas e por permitir medir a auto percepção das consequências inerentes às condições orais (Allen, 2003; Slade, 1997; Slade & Spencer, 1994).

O questionário original, construído por Slade e Spencer (1994), consiste em 49 declarações que resultam de entrevistas realizadas com pacientes de Medicina Dentária no sentido de identificar declarações sobre os impactos adversos das condições orais e destas foram categorizadas, hierarquicamente, em sete dimensões: Limitação Funcional, Dor Física, Desconforto Psicológico, Incapacidade Física, Incapacidade Psicológica, Incapacidade Social e Desvantagem. Salienta-se que os itens do instrumento original de 49 itens resultam do contributo de pacientes, e não somente de investigadores, aumentando a probabilidade de conseguir explorar as consequências consideradas como importantes pelos pacientes (Allen, 2003; Slade, 1997).

Numa revisão integrativa da literatura foram identificadas sete versões culturais e linguísticas deste instrumento, nomeadamente árabe, iraniana, japonesa, espanhola, chinesa, brasileira e finlandesa (Afonso & Silva, submitted). O OHIP-14 permite numa única administração, recolher informações relativas à gravidade, extensão e prevalência dos impactos negativos na QdVRSO, sugerindo, a investigação, que este instrumento

poderá ser o mais adequado para contextos de intervenção clínica e de investigação. Baseia-se no “International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps” (ICIDH) desenvolvido pela WHO (1980) adaptado para a saúde oral por Locker.

O presente estudo observacional transversal teve como objetivos contribuir para a adaptação do OHIP-14 para a população portuguesa e para a sua análise em termos de qualidades psicométricas (fidelidade, validade e sensibilidade) e qualidades clinimétricas (sobrecarga, economia, apropriabilidade, interpretabilidade e adequabilidade).

## **Método**

### **Participantes**

Foi estudada uma amostra não-probabilística, de conveniência, constituída por 180 indivíduos, dos quais 65,0% ( $n=117$ ) do sexo feminino; 40,6% ( $n=73$ ) solteiros; 46,7% ( $n=84$ ) casados/a viver em união de facto; 8,9% ( $n=16$ ) divorciados/separados; 3,9% ( $n=7$ ) viúvos, com idades entre os 18 e os 93 anos ( $M=40,93$ ;  $DP=16,27$ ); com uma escolaridade que varia entre os 0 e os 22 anos ( $M=12,32$ ;  $DP=4,96$ ).

Cerca de 24,4% ( $n=44$ ) refere problemas gerais de saúde geral em que 6,1% ( $n=11$ ) dos indivíduos refere hipertensão arterial (HTA), 2,2% ( $n=4$ ) diabetes, 1,1% ( $n=2$ ) apresenta HTA e diabetes, Parkinson referido por 1,7% ( $n=3$ ) e apenas 0,6% ( $n=1$ ) menciona vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Em relação às variáveis clínicas, a maioria da amostra refere falta de dentes naturais (56,1%); 38,3% relata problemas com os dentes e 17,8% problemas com gengivas, 29,4% utiliza prótese dentária e apenas 6,7% utiliza aparelho ortodôntico.

Relativamente a variáveis comportamentais, 96,1% dos indivíduos refere lavar os dentes, variando entre 1 e 4 vezes ( $M=2,38$ ;  $DP=0,685$ ) apenas 3,9% refere não ter hábitos de higiene. Todos os indivíduos referem ter consultado, pelo menos uma vez, o médico dentista. Verifica-se que apenas 1,7% ( $n=3$ ) refere nunca marcar consulta no médico dentista, 15,6% ( $n=28$ ) recorre por dor dentes e a maioria, 57,8% ( $n=104$ ) marca consulta por rotina.

### **Material**

#### **a) Questionário sociodemográfico**

Foi construído um questionário de auto-resposta no sentido de recolher informações relativas ao sexo, idade (expressa em anos), estado civil, escolaridade (expressa em anos),

variáveis clínicas (falta de dentes naturais, utilização de aparelho dentário ou prótese dentária), hábitos de higiene oral e procura de cuidados médicos. Este questionário integra ainda duas questões de autoperceção de saúde oral (“Em geral, como diria que a saúde da boca é?” que varia entre 1-“Ótima” e 5-“Fracas”; “Comparando com o que acontecia há 1 ano, como descreve o seu estado de saúde da boca atual” que varia entre 1-“Muito melhor” e 5-“Muito pior”), adaptadas para a saúde oral, a partir do SF-36, instrumento de avaliação genérico do estado de saúde (Ribeiro, 2005), assumindo a mesma natureza do ponto de vista da escala de medida – variável de razão (cf. Anexo E).

### **b) Questionário de percepção do estado de saúde: MOS SF-12**

O *Short Form Health Survey* de 36 itens (SF-36) foi desenvolvido por Ware, Snow, Kosinski e Gandek (1993), tendo este grupo posteriormente desenvolvido duas versões mais reduzidas, o SF-12 e o SF-8. O questionário MOS SF-12 (cf. Anexo E) consiste numa forma reduzida do SF-36 e foi validada para a língua e cultura portuguesa por Ribeiro (2005) e inclui um ou dois itens de cada uma das oito dimensões do SF-36, nomeadamente Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental. O questionário utilizado inclui 12 itens que definem dois componentes, um componente físico e um componente mental, com seis itens cada. Cada componente fornece uma nota entre “0” e “100”, em que 100 expressa melhor percepção de saúde, sendo necessário proceder ao cálculo dos valores de cada componente da seguinte forma (Ribeiro, 2005):

$$\text{- Componente Físico: Nota final} = \frac{[(\text{soma dos itens: } 1,2a,2b,3a,3b,5) - 6]}{15} \times 100 \quad \text{- Componente Mental: Nota final} = \frac{[(\text{soma dos itens: } 4a,4b,6a,6b,6c,7) - 6]}{21} \times 100$$

No presente estudo este instrumento revelou uma boa consistência interna (alfa de Cronbach=0,90). O alfa de Cronbach obtido na Componente Física ( $\alpha=0,85$ ) indica existir, igualmente, uma boa consistência interna enquanto na Componente Mental uma consistência interna razoável ( $\alpha=0,79$ ).

### **c) Perfil de Impacto da Saúde Oral – OHIP**

O questionário (OHIP), traduzido para o português como “Perfil do Impacto da Saúde Oral”, constitui um indicador subjetivo que visa fornecer uma medida da incapacidade (*Disability*), desconforto e desvantagem (*Handicap*) atribuída à condição oral, através da auto-avaliação. Baseia-se no modelo de saúde oral de Locker que considera

que as doenças provocam deficiências (*Impairment*) e limitações funcionais ao nível do órgão e conseqüentemente, o indivíduo pode ficar incapacitado (*Disability*) ou pode ficar com uma desvantagem na sociedade (*Handicap*) (Locker, 1997). Uma versão reduzida do OHIP-49 contendo apenas 14 itens, designada de OHIP-14, foi descrita por Slade em 1997, desenvolvida através de uma análise de regressão do índice original, com uma amostra de pessoas com mais de 60 anos de idade. Esta versão integra apenas duas perguntas para cada uma das sete dimensões (Quadro 1). De acordo com o modelo de saúde oral de Locker (1997), os conceitos de saúde e doença não são absolutos mas sim variáveis dinâmicas e contínuas, que oscilam entre diferentes graus e variam entre o estado óptimo, num extremo, e a morte, no outro.

#### Quadro 1

*Descrição dos aspetos avaliados em cada dimensão pelo OHIP-14*

Dimensão	Item (aspetos a avaliar)
Limitação funcional	1. Dificuldade em pronunciar palavras/frases 2. Diminuição da sensibilidade do paladar
Dor física	3. Sensação de dor 4. Sensação de desconforto no ato de comer
Desconforto psicológico	5. Pouco à vontade 6. Tensão provocada pela condição oral
Incapacidade física	7. Possível prejuízo na alimentação (deixar de comer) 8. Necessidade de interromper as refeições
Incapacidade psicológica	9. Dificuldade em relaxar 10. Vergonha pela condição oral
Incapacidade social	11. Impacto na interação com os outros (menos tolerante) 12. Dificuldade em realizar atividades habituais
Desvantagem	13. Menor satisfação com a vida em geral 14. Perceção de incapacidade em desenvolver as suas atividades

As questões estão organizadas de modo a que os participantes indiquem, segundo uma escala tipo de Likert com cinco categorias de resposta, com que frequência experienciam cada um dos problemas, dentro de um período de referência, de 12 meses. As categorias de resposta e respetivas cotações são: “*Very often*” (Quase sempre)= 4; “*Fairly Often*” (Algumas vezes)= 3; “*Occasionally*” (Poucas vezes)= 2; “*Hardly ever*” (Raramente)= 1; “*Never*” (Nunca)= 0.

A pontuação total pode ser obtida de 2 formas: contar, para cada indivíduo, o número de impactos considerando as respostas Quase sempre e Algumas vezes (método de contagem simples); obter pontuações padronizadas para cada subescala e proceder à sua

soma. Quanto mais elevado o resultado, maior o impacto dos problemas orais na QdVRSO, e portanto, pior QdVRSO (Locker & Slade, 1993; Slade, 1997).

O OHIP-14 permite obter três variáveis que resumem as consequências funcionais e psicológicas associadas aos problemas de saúde oral (Locker & Quiñonez, 2009): 1) gravidade: através do método de adição, isto é, da soma de todas as respostas e que varia num intervalo entre 0-56; 2) extensão: através do método de contagem simples cujos valores variam entre 0 e 14, sendo contados os impactos negativos (respostas de "Algumas vezes" e de "Quase sempre"), permite avaliar a frequência; 3) prevalência: percentagem de indivíduos que refere um ou mais itens "Algumas vezes" e "Quase sempre"). Globalmente identifica-se como mais frequentemente utilizado o método aditivo na obtenção da pontuação final no OHIP-14, por permitir aferir a gravidade do impacto (Slade, 1997). Neste estudo, as pontuações do OHIP-14 foram calculadas pelo método aditivo, sendo que maiores pontuações indicam uma QdVRSO mais pobre. Este método foi escolhido por apresentar melhor desempenho do que o método de contagem simples dado que impactos raros podem ser relatados incorretamente no ponto de corte ("*occasional*"), contribuindo para falsos-positivos (Montero-Martin et al., 2009; Slade, 1997). A acrescentar, para Allen e Locker (1997) o método de contagem simples não melhora o desempenho do OHIP-14.

A fidelidade interna da versão original do OHIP-14 revelou ser elevada, com coeficiente alfa de Cronbach de 0,88 (Slade, 1997). Na análise multivariada, oito variáveis de condição oral e variáveis sociodemográficas revelaram estar associadas, quer no OHIP-49 quer no OHIP-14 ( $p < 0,05$ ), sugerindo boa validade de construto (Slade, 1997).

No presente estudo é analisada a versão portuguesa deste instrumento e que encontra-se em anexo (Anexo E), a par da sua versão original (Anexo F).

### **Procedimento**

A equipa responsável pela adaptação do OHIP-14 para a população portuguesa solicitou a autorização do autor da versão original do instrumento OHIP-14, Gary D. Slade. O processo de desenvolvimento da versão portuguesa do instrumento exigiu o cumprimento de critérios apresentados nomeadamente: tradução para o idioma falado e escrito, realizado por três tradutores com língua mãe portuguesa e com domínio de língua inglesa; comparação das três versões independentes tendo em conta a definição do construto alvo de avaliação, e ainda, a construção de uma versão final de consenso.

Relativamente ao MOS SF-12, a RAND Corporation que possui os direitos de autoria deste instrumento, concede a autorização, em livre acesso, aos investigadores que o pretendam utilizar nos seus estudos ([http://www.rand.org/health/surveys\\_tools.html](http://www.rand.org/health/surveys_tools.html)).

O plano de investigação foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa que emitiu um parecer favorável.

No que diz respeito à amostra, foram considerados como critérios de inclusão dos participantes: concordar em participar no estudo, capacidade em compreender e assinar o consentimento informado, com idade igual ou superior a 18 anos e de nacionalidade portuguesa. A participação foi voluntária, gratuita e não remunerada e a todos os indivíduos foi solicitado o seu consentimento informado previamente à sua participação.

Os dados para a avaliação das qualidades psicométricas foram recolhidos em formato presencial (papel e lápis) e através de formulário *online*. No preenchimento presencial (versão papel e lápis) os participantes ( $n=67$ ) que aceitaram participar no estudo assinaram o formulário de consentimento informado que integra estas informações (Anexo E) e procedeu-se à separação dos formulários de consentimento informado em envelopes distintos dos restantes documentos de modo a garantir a confidencialidade. O instrumento é de autopreenchimento contudo foi fornecida ajuda na leitura das questões e/ou registo escrito das respostas, quando necessário (preenchimento presencial assistido), reportando ao último mês. Para o preenchimento *online* foi criado um formulário através do Google Docs e partilhado com base numa técnica do tipo “bola de neve”, sendo solicitado a cada participante para que, após o preenchimento, partilhasse o endereço eletrónico do formulário via *email*, obtendo-se um total de 113 participantes. O formulário continha uma breve explicação do estudo e seus objetivos, com informação semelhante ao consentimento informado (Anexo E). Foi integrado um primeiro item de resposta obrigatória, em como aceitava colaborar, e disponibilizado contacto para partilha de sugestões e/ou dúvidas.

Para testar a estabilidade do instrumento (teste-reteste), cerca de 15 dias após o primeiro preenchimento foi solicitada nova participação de um grupo de 31 participantes que tivessem respondido anteriormente. Para tal, foi construída uma grelha de emparelhamento (cf. Anexo E). Após a recolha dos dados, os questionários foram cotados de acordo com as indicações do autor, descritas nos seus artigos. Para a realização da análise estatística dos dados, foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Aas grelhas de emparelhamento foram igualmente eliminadas no sentido de assegurar o anonimato e confidencialidade, e deste modo salvaguardar a identidade dos participantes.

Na análise dos dados e com o intuito de alcançar cada um dos objetivos propostos serão descritos os procedimentos estatísticos adotados. Para avaliação da fidelidade do OHIP-14 foi utilizado o coeficiente de alfa Cronbach, o impacto sobre o coeficiente de alfa pela remoção de cada item do OHIP-14, correlação de Pearson inter-item e item-total (consistência interna) e correlações inter-item obtidos na primeira e na segunda administração, após 14 dias (estabilidade). Para o estudo da validade do instrumento e, mais especificamente, da sua estrutura interna, foram realizados procedimentos de análise em componentes principais. A validade concorrente do OHIP-14 foi avaliada por meio da análise da relação entre a autopercepção de estado de saúde oral e a pontuação total e de cada dimensão do OHIP-14 e ainda a relação estatisticamente significativa entre a pontuação obtida no OHIP-14 e no MOS SF-12. Para testar a validade convergente-discriminante, foi ainda avaliada a correlação item/dimensão do OHIP-14.

Para avaliar sensibilidade foi analisada a existência de uma relação estatisticamente significativa entre: a idade (expressa em anos) e a QdVRSO; a escolaridade (expressa em anos) e a QdVRSO; a frequência com que lava os dentes (número de vezes por dia) e a QdVRSO; período decorrido desde a última consulta no Médico Dentista (em meses) e a QdVRSO.

Foi avaliada a normalidade das distribuições, através do teste de Kolmogorov-Smirnov e correção de significância de Lilliefors, rejeitando-se a hipótese nula de normalidade das distribuições, pelo que foram adoptados testes não paramétricos na análise de diferenças estatisticamente significativas: entre homens e mulheres quanto à QdVRSO (Mann-Whitney - alternativa não paramétrica do teste de *t-student*); entre indivíduos com e sem alterações orais (sensação de boca seca; falta de dentes naturais, utilização de aparelho ortodôntico; utilização de prótese dentária) quanto à QdVRSO (Mann-Whitney); entre indivíduos que recorrem a consulta no médico dentista por diferentes motivos quanto à QdVRSO (Kruskal-Wallis - alternativa não paramétrica do teste One Way ANOVA).

Por fim, no sentido de validar o procedimento, foram avaliadas, diferencialmente, as qualidades psicométricas da versão papel e lápis e da versão eletrônica, recorrendo aos mesmos procedimentos estatísticos descritos anteriormente.

## Resultados

Obteve-se uma pontuação média total de 11,84 ( $DP=11,14$ ), sendo mais afetadas as dimensões Dor Física e Desconforto Psicológico (Quadro 2). Identificam-se como dimensões menos afetadas a Incapacidade Social e Desvantagem.

Quadro 2

*Distribuição de pontuações nas dimensões do OHIP-14 (N=174)*

Dimensões (OHIP-14)	M	DP	Mínimo	Máximo
Limitação funcional	1,45	1,87	0	8
Dor física	2,62	1,93	0	7
Desconforto psicológico	2,04	2,18	0	8
Incapacidade física	1,94	2,17	0	8
Incapacidade psicológica	1,76	2,04	0	8
Incapacidade social	0,97	1,54	0	8
Desvantagem	1,06	1,70	0	8

Para o primeiro momento da avaliação, obteve-se um coeficiente de alfa de Cronbach de 0,93, representando uma consistência interna muito boa (superior a 0,90), sendo que as dimensões apresentam, genericamente, uma fidelidade aceitável, com exceção das dimensões Dor Física e Incapacidade Social (Quadro 3). No entanto, verificou-se que, no segundo momento de avaliação, todos os coeficientes de alfa de Cronbach são aceitáveis (Quadro 3).

Quadro 3

*Análise da fidelidade de OHIP-14 total de 7 dimensões segundo coeficiente de alfa de Cronbach*

	Alfa de Cronbach 1ª administração (N=174)	Alfa de Cronbach (após 15 dias) (N=31)
1. Limitação funcional	0,69	0,71
2. Dor física	0,57	0,71
3. Desconforto psicológico	0,83	0,88
4. Incapacidade física	0,87	0,86
5. Incapacidade psicológica	0,77	0,88
6. Incapacidade social	0,58	0,77
7. Desvantagem	0,60	0,66
OHIP-14 total	0,93	0,95

Para avaliar a estabilidade do instrumento, foi realizada a correlação teste-reteste para as dimensões e escala total, verificando-se correlações positivas moderadas a elevadas (entre 0,75 e 0,95).

Da análise da correlação item-escala total corrigida para sobreposição verificou-se que todos os itens apresentam uma correlação positiva e moderada a elevada e ainda que a consistência interna mantém-se muito boa, pelo que os ganhos aquando a eliminação de um dos itens, são pouco expressivos, com coeficiente de alfa de Cronbach a variar entre 0,92 e 0,93 (Quadro 4).

Quadro 4

*Análise da fidelidade segundo correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente de alfa de Cronbach quando item eliminado (N=174)*

Itens (OHIP-14)	Correlação item-escala total (corrigida para sobreposição)	Alfa de Cronbach se item excluído
1. Dificuldade em pronunciar palavras/frases	0,56	0,93
2. Paladar piorou	0,65	0,93
3. Dores na boca	0,46	0,93
4. Desconforto a comer	0,65	0,93
5. Pouco à vontade	0,79	0,92
6. Tensão	0,77	0,92
7. Deixou de comer	0,74	0,92
8. Interrompeu refeições	0,78	0,92
9. Dificuldade em relaxar	0,75	0,92
10. Vergonha	0,80	0,92
11. Menos tolerante ou paciente	0,54	0,93
12. Dificuldade em realizar atividades habituais	0,71	0,92
13. Menos satisfeito com a vida em geral	0,72	0,92
14. Incapacidade de funcionar	0,51	0,93

A validade de construto foi avaliada através da organização fatorial dos itens, no sentido de conhecer a forma como os itens se organizam. Procedeu-se à análise exploratória de componentes principais com a seleção dos itens com carga fatorial igual ou superior a 0,30, seguindo-se a orientação proposta por Almeida e Freire (2007).

Primeiramente foi avaliado o valor Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0,922) que indica uma adequação óptima do tamanho da amostra para uma análise fatorial. O teste de esfericidade de Bartlett ( $\chi^2(91)=1552,627$ ,  $p \leq 0,0001$ ) confirma que os indivíduos que participaram na resposta ao instrumento fizeram-no de forma consistente e indica, ainda, que a matriz de correlação não consiste numa matriz de identidade, portanto, existem relações entre as variáveis. Estes valores foram considerados adequados, permitindo-nos prosseguir para a análise fatorial.

Para identificar as dimensões foi utilizada a análise de componentes principais, sem qualquer rotação, obtendo-se de dois componentes (*Eigenvalues* ou valores próprios  $\geq 1$ )

confirmados ainda pela análise do gráfico do *scree plot* (ponto de inflexão ou cotovelo). O valor obtido da variância explicada foi de 61,5%, sendo o componente 1 aquele que melhor explica a variância da escala com 53,4%. Verifica-se que todos os itens apresentam carga fatorial elevada (superior a 0,50) sem que ultrapasse o limite sugestivo de eliminação por ser redundante, apesar de que revelam associar-se a apenas um componente (Quadro 5). Ainda que a análise fatorial sugira que o instrumento é unidimensional, mantivemos a coerência teórica do OHIP-14, de sete dimensões, dada a utilidade clínica da informação.

#### Quadro 5

*Análise fatorial exploratória do OHIP-14 (N=174)*

	Matriz de componente <sup>a</sup>	
	Componente	
	1	2
1. Pronunciar	0,615	0,381
2. Paladar piorou	0,694	0,274
3. Dores na boca	0,515	0,408
4. Desconforto a comer algum alimento	0,698	0,376
5. Pouco à vontade	0,837	-0,138
6. Tenso	0,813	-0,084
7. Deixou de comer algum alimento	0,789	0,252
8. Interromper refeições	0,820	0,191
9. Dificuldade em relaxar	0,801	-0,041
10. Vergonha	0,846	-0,290
11. Menos tolerante ou paciente	0,592	-0,135
12. Dificuldade em realizar as suas atividades habituais	0,759	-0,244
13. Menos satisfeito com a vida em geral	0,774	-0,356
14. Incapacidade de funcionar	0,568	-0,443

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

a. 2 componentes extraídos.

A validade convergente-discriminante dos itens foi avaliada pela comparação da correlação do item com a dimensão a que pertence (corrigida para sobreposição) com as correlações com as dimensões a que não pertence (Quadro 6). Verificou-se uma boa convergência visto que os valores de correlação item escala a que pertence são acima de 0,40. Contudo, apenas o item 14 satisfaz o critério de maior valor da convergência *versus* discriminação, com uma correlação abaixo de 0,30 com as dimensões a que não pertence. Verificou-se uma sobreposição que sustenta os resultados obtidos na análise fatorial e ainda, uma correlação elevada entre cada item com a nota total, indicando que o item mede o mesmo construto que a nota total do teste.

## Quadro 6

Correlação entre o item e as dimensões (com a dimensão a que pertence, com a correlação corrigida para sobreposição (N=174))

	LF	DF	DP	IF	IP	IS	D	Correlação item- escala total corrigida
1	<b>0,88</b> **	0,45**	0,42**	0,53**	0,45**	0,51**	0,37**	0,77
2	<b>0,87</b> **	0,51**	0,54**	0,55**	0,51**	0,56**	0,47**	0,77
3	0,42**	<b>0,83</b> **	0,36**	0,40**	0,38**	0,35**	0,30**	0,69
4	0,50**	<b>0,84</b> **	0,64**	0,68**	0,53**	0,39**	0,40**	0,71
5	0,53**	0,55**	<b>0,93</b> **	0,64**	0,78**	0,65**	0,64**	0,88
6	0,49**	0,55**	<b>0,92</b> **	0,64**	0,77**	0,53**	0,65**	0,86
7	0,53**	0,64**	0,67**	<b>0,95</b> **	0,63**	0,53**	0,48**	0,90
8	0,63**	0,58**	0,63**	<b>0,94</b> **	0,67**	0,60**	0,58**	0,89
9	0,51**	0,51**	0,71**	0,68**	<b>0,88</b> **	0,59**	0,60**	0,81
10	0,49**	0,49**	0,80**	0,61**	<b>0,93</b> **	0,75**	0,74**	0,86
11	0,44**	0,34**	0,47**	0,40**	0,57**	<b>0,81</b> **	0,44**	0,67
12	0,58**	0,40**	0,59**	0,59**	0,68**	<b>0,87</b> **	0,70**	0,74
13	0,49**	0,40**	0,67**	0,54**	0,75**	0,68**	<b>0,93</b> **	0,84
14	0,29**	0,29**	0,50**	0,41**	0,49**	0,47**	<b>0,78</b> **	0,67

\*\*  $p < 0,01$

Nota: A negrito apresentam-se as correlações com a escala a que pertence.

Legenda: LF=Limitação Funcional; DF=Dor Física; DP=Desconforto Psicológico; IF=Incapacidade física; IP=Incapacidade Psicológica; IS=Incapacidade Social; D=Desvantagem

Para avaliar a validade concorrente foi analisada a relação entre as respostas obtidas nas questões de auto percepção de saúde oral (Quadro 7).

## Quadro 7

Validade concorrente - relação entre auto percepção de saúde oral e pontuações médias obtidas no OHIP-14

Variável (N=180)	OHIP-14 total (N=174)			
	M	DP	r	p
Auto percepção de saúde oral atual	3,10	0,89	0,556	0,0001
Comparando com há um ano: estado de saúde oral	2,57	0,82	- 0,016	0,830

Verifica-se uma relação estatisticamente significativa positiva e moderada entre auto percepção de saúde oral atual e a QdVRSO, pelo que à medida que a auto percepção piora, aumentam os valores médios totais de OHIP-14, sugerindo pior QdVRSO. Contudo, verifica-se não existir uma relação estatisticamente significativa entre a percepção de transição no que respeita à saúde oral.

Ainda relativamente à análise concorrente, procedeu-se à análise da relação entre o OHIP-14 e os MOS SF-12 (Quadro 8). O OHIP-14 demonstrou correlacionar-se de forma

estatisticamente significativa com as componentes física e mental do MOS SF-12. As correlações entre todos os diferentes componentes do OHIP-14 e as dimensões do SF-12 demonstraram ser estatisticamente significativas e negativas, fracas a moderadas.

#### Quadro 8

##### *Validade concorrente - correlação entre dimensões do OHIP-14 e dimensões do MOS SF-12*

MOS SF-12	OHIP-14							
	LF	DF	DP	IF	IP	IS	D	Total
FF	-0,376**	-0,289**	-0,291**	-0,329**	-0,342**	-0,288**	-0,332**	-0,382**
DF	-0,239**	-0,237**	-0,251**	-0,288**	-0,285**	-0,222**	-0,237**	-0,295**
DC	-0,370**	-0,292**	-0,364**	-0,377**	-0,354**	-0,286**	-0,390**	-0,418**
SG	-0,437**	-0,310**	-0,361**	-0,409**	-0,387**	-0,323**	-0,287**	-0,441**
V	-0,318**	-0,248**	-0,314**	-0,263**	-0,266**	-0,248**	-0,305**	-0,329**
FS	-0,474**	-0,306**	-0,277**	-0,340**	-0,289**	-0,318**	-0,291**	-0,400**
DE	-0,223**	-0,162*	-0,211**	-0,294**	-0,202**	-0,167*	-0,247**	-0,255**
SM	-0,415**	-0,341**	-0,345**	-0,361**	-0,336**	-0,345**	-0,336**	-0,456**
C. Física	-0,426**	-0,334**	-0,375**	-0,415**	-0,405**	-0,332**	-0,370**	-0,456**
C. Mental	-0,452**	-0,345**	-0,372**	-0,392**	-0,353**	-0,348**	-0,374**	-0,460**

\*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$

Legenda: MOS SF-12: FF=Funcionamento Físico; DF= Desempenho Físico; DC=Dor Corporal; SF=Saúde Geral; V=Vitalidade; FS=Funcionamento Social; DE=Desempenho Emocional; SM=Saúde Mental; C. Física= Componente Física; C. Mental=Componente Mental; OHIP-14: LF=Limitação Funcional; DF=Dor Física; DP=Desconforto Psicológico; IF=Incapacidade física; IP=Incapacidade Psicológica; IS=Incapacidade Social; D=Desvantagem

A sensibilidade foi estudada através da análise das diferenças nas pontuações obtidas no OHIP-14 em função de variáveis sociodemográficas (sexo), variáveis clínicas (falta de dentes naturais, utilização de aparelho ortodôntico, utilização de prótese dentária, sensação de boca seca) e de variáveis comportamentais (hábitos de higiene, procura de cuidados médicos, última consulta no médico dentista). Foi analisada a relação entre idade e QdVRSO e entre escolaridade e QdVRSO.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas pontuações médias totais obtidas no OHIP-14 entre homens e mulheres (Quadro 9).

#### Quadro 9

##### *Sensibilidade – diferenças nas pontuações totais no OHIP-14 em função do sexo (N=180)*

	OHIP-14 total (N=174)			
	M	DP	U	p
Feminino (n= 117; 65,0%)	11,40	11,13	3 637,00	0,603
Masculino (n=63; 35,0%)	12,63	11,20		

Verificou-se uma relação estatisticamente significativa positiva, embora fraca, entre a idade e as pontuações médias obtidas no OHIP-14, isto é, quanto maior a idade, maior é o impacto dos problemas orais na QdV (Quadro 10). Os resultados permitem ainda inferir

uma relação estatisticamente significativa negativa, embora fraca, entre a escolaridade e a QdVRSO, portanto, quanto maior a escolaridade menor o impacto dos problemas orais na QdV (Quadro 10).

Quadro 10

*Sensibilidade - relação entre idade e OHIP-14 e relação entre escolaridade e OHIP-14 (N=180)*

Variável	OHIP-14 total (N=174)			
	M	DP	r	p
Idade (em anos)	40,93	16,27	0,363	0,0001
Escolaridade (em anos)	12,32	11,14	- 0,291	0,0001

Os resultados, obtidos através do teste de Mann-Whitney, permitem inferir que existem diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos que referem apresentar problemas de saúde geral e aqueles que não referem problemas de saúde geral quanto à QdVRSO (Quadro 11). Indivíduos com problemas de saúde geral revelam pior QdVRSO.

Quadro 11

*Sensibilidade – diferenças nas pontuações totais no OHIP-14 em função de apresentar problemas de saúde geral (N=180)*

Variável	OHIP-14 total (N=174)			
	M	DP	U	p
Problemas de saúde geral				
Sim (n=44; 24,4%)	17,19	12,37	1749,500	0,001
Não (n=136; 75,6%)	10,14	10,19		

Nos quadros seguintes são apresentados os resultados da avaliação da sensibilidade em função de variáveis clínicas (Quadro 12 e Quadro 13).

A maioria dos indivíduos refere não utilizar aparelho ortodôntico (93,3%) e não utilizar prótese dentária (70,6%). Verificou-se que os dois grupos estudados apenas se diferenciam de forma estatisticamente significativa no que respeita à dimensão Dor Física, sendo que os que não utilizam apresentam melhor QdVRSO nesta dimensão. Os indivíduos que utilizam aparelho ortodôntico apresentam uma pontuação média mais elevada no item três (Dores na boca) ( $M=2,45$ ;  $DP=0,82$ ) do que indivíduos que não utilizam ( $M=0,93$ ;  $DP=1,10$ ),  $U=428,50$ ,  $p<0,05$ .

Quadro 12

*Sensibilidade – diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com alterações na cavidade oral quanto às pontuações médias obtidas no OHIP-14*

Item/ Dimensão do OHIP-14	Utiliza aparelho ortodôntico				Teste		Utiliza prótese dentária				Teste	
	Não		Sim		Mann-Whitney		Não		Sim		Mann-Whitney	
	(n=168; 93,3%)		(n=12; 6,7%)		U	p	(n=127; 70,6%)		(n=53; 29,4%)		U	p
	M	DP	M	DP			M	DP	M	DP		
1	0,61	1,03	0,91	1,45	882,00	0,39	0,28	0,73	1,46	1,24	1449,50	0,0001*
2	0,82	1,09	0,36	0,67	755,50	0,12	0,42	0,81	1,67	1,10	1147,50	0,0001*
3	0,93	1,10	2,45	0,82	428,50	0,001*	1,06	1,09	1,50	1,18	2654,50	0,020*
4	1,37	1,17	2,00	1,34	726,50	0,10	1,16	1,12	1,98	1,13	2044,00	0,0001*
5	1,10	1,26	0,82	1,08	849,00	0,33	0,70	1,07	1,98	1,18	1367,00	0,0001*
6	0,98	1,15	0,82	0,75	967,00	0,80	0,70	1,01	1,60	1,16	1781,50	0,0001*
7	1,06	1,21	1,18	1,25	898,50	0,50	0,71	1,06	1,90	1,12	1451,00	0,0001*
8	0,85	1,11	0,26	1,10	842,50	0,32	0,52	0,85	1,67	1,22	1462,00	0,0001*
9	0,08	0,69	0,80	1,02	954,00	0,74	0,52	0,85	1,40	1,07	1644,50	0,0001*
10	1,04	1,29	0,45	0,93	741,50	0,10	0,58	1,04	1,98	1,26	1330,50	0,0001*
11	0,40	0,84	0,36	0,81	946,00	0,66	0,21	0,55	0,85	1,18	2369,50	0,0001*
12	0,60	1,02	0,18	0,60	756,50	0,08	1,19	0,54	1,48	1,23	1234,00	0,0001*
13	0,87	1,25	0,36	0,92	779,00	0,13	0,40	0,92	1,87	1,28	1256,50	0,0001*
14	---	---	0,26	0,74	797,50	0,20	0,16	0,57	0,42	0,98	3013,50	0,142
Total	11,87	11,32	11,45	8,45	821,00	0,64	7,61	8,39	21,77	10,51	957,00	0,0001*
LF	1,44	1,87	1,27	1,95	959,00	0,82	0,70	1,23	3,13	2,01	939,00	0,0001*
DF	2,47	1,88	4,45	1,81	506,50	0,004*	2,22	1,84	3,48	1,86	2109,00	0,0001*
DP	2,07	2,24	1,64	1,57	919,50	0,60	1,39	1,95	3,58	2,02	1406,00	0,0001*
IF	1,91	2,18	2,18	2,14	846,50	0,35	1,23	1,74	3,58	2,19	1284,00	0,0001*
IP	1,83	2,10	1,00	1,41	829,00	0,28	1,10	1,71	3,38	1,98	1255,00	0,0001*
IS	1,01	1,56	0,55	1,29	803,00	0,18	0,40	0,91	2,33	1,87	1248,00	0,0001*
D	1,13	1,74	0,36	0,92	714,50	0,15	0,57	1,35	2,29	1,87	1323,00	0,0001*

\*  $p < 0,05$

Legenda: LF=Limitação Funcional; DF=Dor Física; DP=Desconforto Psicológico; IF=Incapacidade física; IP=Incapacidade Psicológica; IS=Incapacidade Social; D=Desvantagem

Verificou-se existir diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que utilizam prótese dentária e aqueles que não utilizam quanto à QdVRSO, em que aqueles que utilizam apresentam pontuações médias mais elevadas, logo pior QdVRSO, em todas as dimensões, pontuação total e em todos os itens excepto o item 14 (Incapacidade de funcionar), quando considerados individualmente (Quadro 12).

Verificou-se existir diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que referiram ter falta de dentes naturais e aqueles que não referiram esta alteração quanto à pontuação total e em todas as dimensões obtidas no OHIP-14. Os indivíduos que referiram não ter falta de dentes naturais apresentam pontuações médias mais baixas, logo, uma melhor QdVRSO (Quadro 13).

Verificou-se existir ainda diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos que referiram apresentar sensação de boa seca e aqueles que referiram não apresentar quanto às pontuações médias obtidas. Os indivíduos que referiram sensação de boca seca apresentaram pontuações médias mais elevadas na pontuação total e nas dimensões Limitação Funcional, Dor Física, Desconforto Psicológico, Incapacidade Física e Incapacidade Social, bem como nos itens dois (Paladar piorou), cinco (Pouco à vontade), seis (Tensão), sete (Deixou de comer), 10 (Vergonha), 11 (Menos tolerante), quando individualmente considerados (Quadro 13).

Quadro 13

*Sensibilidade – diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com alterações na cavidade oral quanto às pontuações médias obtidas no OHIP-14*

Item/ Dimensões OHIP-14	Falta de dentes naturais				Teste		Sensação de boca seca				Teste	
	Não (n=79;43,9%)		Sim (n=101; 56,1%)		Mann-Whitney		Não (n=146;81,1%)		Sim (n=34;18,9%)		Mann-Whitney	
	M	DP	M	DP	U	p	M	DP	M	DP	U	p
1	0,32	0,80	0,89	1,18	2835,50	0,0001*	0,59	1,02	0,79	1,20	2306,00	0,44
2	0,42	0,80	1,09	1,17	2569,50	0,0001*	0,70	1,05	1,18	1,09	1765,50	0,01*
3	0,96	1,04	1,38	1,17	3241,00	0,02*	1,21	1,12	1,09	1,16	2279,50	0,44
4	1,06	1,16	1,69	1,14	2788,50	0,0001*	1,35	1,20	1,65	1,10	2118,50	0,17
5	0,68	1,08	1,41	1,29	2608,50	0,0001*	0,96	1,19	1,59	1,35	1771,00	0,006*
6	0,58	0,86	1,28	1,23	2632,0	0,0001*	0,81	1,02	1,59	1,35	1647,50	0,001*
7	0,60	0,97	1,45	1,25	2375,00	0,0001*	0,97	1,15	1,47	1,35	1967,00	0,05*
8	0,42	0,75	1,22	1,22	2361,50	0,0001*	0,79	1,06	1,15	1,23	2025,50	0,08
9	0,42	0,78	1,07	1,08	2475,50	0,0001*	0,74	0,99	0,94	1,04	2174,00	0,22
10	0,42	0,88	1,47	1,36	2289,50	0,0001*	0,91	1,24	1,35	1,39	1983,50	0,05*
11	0,12	0,39	0,64	1,02	2918,00	0,0001*	0,34	0,78	0,68	1,01	1931,50	0,01*
12	0,17	0,57	0,91	1,14	2456,00	0,0001*	0,53	0,96	0,76	1,16	2199,00	0,21
13	0,29	0,79	1,28	1,36	2353,00	0,0001*	0,78	1,19	1,09	1,40	2149,50	0,16
14	0,09	0,49	0,36	0,85	3390,00	0,008*	0,21	0,64	0,35	0,98	2364,50	0,59
Total	6,56	7,47	16,13	11,80	1954,50	0,0001*	10,91	10,92	15,68	11,37	1762,00	0,02*
LF	0,74	1,25	1,98	2,10	2510,00	0,0001*	1,29	1,82	1,97	1,99	1924,50	0,04*
DF	2,03	1,90	3,06	1,84	2745,50	0,0001*	2,56	1,95	2,74	1,88	2364,00	0,66
DP	1,26	1,86	2,69	2,27	2469,50	0,0001*	1,77	2,07	3,18	2,43	1643,50	0,001*
IF	1,03	1,63	2,67	2,27	2182,00	0,0001*	1,76	2,11	2,62	2,30	1895,50	0,03*
IP	0,85	1,43	2,54	2,21	2187,50	0,0001*	1,66	2,05	2,29	2,11	1988,00	0,06*
IS	0,28	0,80	1,54	1,78	2269,00	0,0001*	0,86	1,49	1,44	1,71	1943,50	0,03*
D	0,38	1,17	1,65	1,88	2292,00	0,0001*	0,99	1,61	1,44	2,08	2141,00	0,19

\*  $p \leq 0,05$

Legenda: LF=Limitação Funcional; DF=Dor Física; DP=Desconforto Psicológico; IF=Incapacidade física; IP=Incapacidade Psicológica; IS=Incapacidade Social; D=Desvantagem

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos que referiram lavar os dentes e aqueles que referiram não lavar quanto às pontuações obtidas nas dimensões Limitação funcional e Incapacidade física (Quadro 14). Ainda que apenas 3,9% ( $n=7$ ) dos participantes tenha referido não lavar os dentes, estes apresentaram pontuações mais elevadas ( $p<0,05$ ) nas dimensões referidas, bem como nos itens dois (Piorou paladar), sete (Deixou de comer), oito (Interrompeu refeição), nove (Dificuldade em relaxar), 11 (Menos tolerante/paciente) e 14 (Incapacidade em funcionar) (Quadro 14).

Quadro 14

*Sensibilidade - diferenças estatisticamente significativas nas pontuações totais no OHIP-14 em função da variável comportamental “Lava os dentes”*

Item/ Dimensão ( $N=174$ )	Lava os dentes ( $N=180$ )				Teste	
	Não ( $n=7;3,9\%$ )		Sim ( $n=173;96,1\%$ )		Mann-Whitney	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
1	1,83	2,04	0,59	0,99	376,50	0,043
2	2,00	1,10	0,75	1,05	245,50	0,003*
3	1,50	1,38	1,18	1,12	540,00	0,613
4	2,33	1,51	1,38	1,16	471,50	0,305
5	1,83	1,47	1,05	1,24	412,50	0,129
6	1,67	1,51	0,94	1,11	416,50	0,135
7	2,83	1,47	1,01	1,15	317,00	0,023*
8	2,33	1,51	0,81	1,06	350,00	0,042*
9	1,83	1,47	0,74	0,97	327,50	0,025*
10	1,50	1,05	0,98	1,28	413,00	0,120
11	0,83	0,75	0,39	0,84	308,50	0,022*
12	1,17	1,17	0,55	0,99	371,00	0,036
13	1,00	1,10	0,83	1,25	463,00	0,222
14	0,83	1,17	0,22	0,70	413,50	0,015*
Total	23,50	15,76	11,42	10,77	269,00	0,052
LM	3,83	2,64	1,34	1,79	243,50	0,005*
DF	3,83	2,64	2,56	1,90	491,50	0,392
DP	3,50	2,95	1,99	2,17	427,00	0,169
IF	5,17	2,86	1,82	2,06	324,50	0,031*
IP	3,33	2,42	1,73	2,05	368,50	0,066
IS	2,00	1,79	0,94	1,53	332,00	0,081
D	1,83	2,23	1,05	1,69	430,00	0,145

\* $p\leq 0,05$

Legenda: LF=Limitação Funcional; DF=Dor Física; DP=Desconforto Psicológico; IF=Incapacidade física; IP=Incapacidade Psicológica; IS=Incapacidade Social; D=Desvantagem

Verificou-se não existir uma relação estatisticamente significativa entre a frequência com que o indivíduo lava os dentes e a QdVRSO, tal como se verificou não existir uma relação estatisticamente significativa entre o tempo decorrido desde a última consulta no médico dentista e a QdVRSO (Quadro 15).

Quadro 15

*Sensibilidade - relação entre a frequência com que lava os dentes a QdVRSO e relação entre a última consulta no Médico dentista e a QdVRSO (N=180)*

Variável	OHIP-14 total (N=174)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Frequência com que lava os dentes (Mín.=1; Máx.=4)	2,38	0,69	0,04	0,65
Última consulta no Médico Dentista (Mín.=0,03; Máx.=240)	9,25	21,47	0,01	0,92

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que procuraram consulta no médico dentista por diferentes motivos quanto à QdVRSO (Quadro 16). Verificou-se que aqueles que recorreram a consulta no Médico Dentista por utilizar prótese dentária são aqueles que apresentam pontuações médias totais mais elevadas (pior QdVRSO), seguidos pelos participantes que referiram como motivo a dor de gengivas e, finalmente, por aqueles que recorrem por rotina apresentam pontuações médias mais baixas, logo, melhor QdVRSO, considerado o valor total, as dimensões e os itens individualmente.

Quadro 16

*Sensibilidade – diferenças entre indivíduos que recorrem a consulta no médico dentista quanto às pontuações totais no OHIP-14 (N=180)*

Itens OHIP 14	Motivo de consulta no médico dentista					Teste Kruskal-Wallis		
	Dor de gengivas (n=7)	Dor de dentes (n=28)	Aparelho ortodôntico (n=8)	Prótese dentária (n=30)	Por rotina (n=104)	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>M</i> ( <i>DP</i> )			
1	1,00 (0,58)	0,33 (0,73)	1,29 (1,70)	1,62 (1,37)	0,38 (0,81)	39,66	5	0,0001
2	1,71 (1,25)	0,74 (0,90)	0,57 (0,79)	1,79 (1,08)	0,50 (0,92)	46,05	5	0,0001
3	0,55 (1,25)	1,04 (1,02)	2,71 (0,76)	1,41 (1,24)	1,06 (1,06)	17,30	5	0,004
4	2,00 (1,29)	1,70 (1,10)	2,29 (1,38)	2,21 (1,18)	1,04 (1,01)	34,65	5	0,0001
5	2,43 (1,13)	1,30 (1,35)	0,86 (1,22)	1,97 (1,18)	0,72 (1,06)	38,95	5	0,0001
6	1,29 (1,25)	1,26 (1,13)	1,14 (0,69)	1,83 (1,20)	0,63 (0,99)	34,57	5	0,0001

Legenda: LF=Limitação Funcional; DF=Dor Física; DP=Desconforto Psicológico; IF=Incapacidade física; IP=Incapacidade Psicológica; IS=Incapacidade Social; D=Desvantagem

(continuação)

Quadro 16

*Sensibilidade – diferenças entre indivíduos que recorrem a consulta no médico dentista quanto às pontuações totais no OHIP-14 (continuação)*

Itens OHIP 14 (cont.)	Motivo de consulta no médico dentista					Teste Kruskal-Wallis		
	Dor de gengivas (n=7) <i>M</i> ( <i>DP</i> )	Dor de dentes (n=28) <i>M</i> ( <i>DP</i> )	Aparelho ortodôntico (n=8) <i>M</i> ( <i>DP</i> )	Prótese dentária (n=30) <i>M</i> ( <i>DP</i> )	Por rotina (n=104) <i>M</i> ( <i>DP</i> )	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>
7	2,00 (1,29)	1,15 (1,29)	1,71 (1,25)	2,21 (1,05)	0,46 (0,94)	49,85	5	0,0001
8	1,86 (1,46)	0,89 (0,93)	1,29 (1,25)	1,90 (1,32)	0,49 (0,78)	43,01	5	0,0001
9	1,43 (1,13)	0,78 (0,97)	0,86 (0,69)	1,52 (1,12)	0,54 (0,88)	32,53	5	0,0001
10	2,29 (1,25)	1,04 (1,26)	0,71 (1,11)	1,90 (1,29)	0,69 (1,14)	32,02	5	0,0001
11	0,86 (1,46)	0,37 (0,74)	0,57 (0,98)	0,83 (1,07)	0,26 (0,69)	14,50	5	0,013
12	1,71 (1,25)	0,41 (0,84)	0,29 (0,76)	1,48 (1,27)	0,32 (0,73)	43,56	5	0,0001
13	2,29 (1,25)	0,59 (1,08)	0,57 (1,13)	1,97 (1,32)	0,52 (1,02)	44,69	5	0,0001
14	0,43 (1,13)	0,41 (1,01)	---	0,55 (1,06)	0,12 (0,43)	8,04	5	0,0001
Total	23,00 (11,43)	12,00 (9,47)	14,86 (8,71)	23,17 (10,95)	7,91 (8,88)	49,28	5	0,0001
LF	2,71 (1,70)	1,07 (1,21)	1,86 (2,27)	3,41 (2,23)	0,87 (1,45)	47,13	5	0,0001
DF	3,71 (1,80)	2,74 (1,83)	5,00 (1,63)	3,62 (1,94)	2,10 (1,71)	31,52	5	0,0001
DP	3,71 (2,06)	2,56 (2,41)	2,00 (1,63)	3,79 (2,01)	1,36 (1,90)	40,19	5	0,0001
IF	1,44 (2,61)	2,04 (2,10)	3,00 (2,24)	4,10 (2,16)	1,13 (1,57)	54,30	5	0,0001
IP	3,71 (2,14)	1,81 (1,96)	1,57 (1,51)	3,41 (2,10)	0,88 (1,83)	37,15	5	0,0001
IS	2,57 (2,07)	0,78 (1,12)	0,86 (1,57)	2,31 (1,78)	0,57 (1,27)	43,63	5	0,0001
D	2,71 (1,89)	1,00 (2,02)	0,57 (1,13)	2,52 (1,98)	0,64 (1,26)	41,06	5	0,0001

Legenda: LF=Limitação Funcional; DF=Dor Física; DP=Desconforto Psicológico; IF=Incapacidade física; IP=Incapacidade Psicológica; IS=Incapacidade Social; D=Desvantagem

Por fim, procedeu-se ao estudo comparativo entre os resultados obtidos segundo cada procedimento distinto de resposta ao OHIP-14: papel e lápis *versus* eletrónico.

Para avaliar a validade procedeu-se à análise fatorial, recorrendo à análise exploratória de componentes principais, sem qualquer rotação (Quadro 17).

Quadro 17

*Análise fatorial: papel e lápis versus formulário eletrónico*

Itens OHIP-14	Matriz de componente <sup>a</sup>		Matriz de componente <sup>b</sup>		
	Papel e lápis (n=67;37,2%)		Formulário electrónico (n=113; 62,8%)		
	Componente		Componente		
	1	2	1	2	3
1	0,621	0,463	0,444	0,490	0,459
2	0,626	0,444	0,650	0,307	0,199
3	0,504	0,359	0,516	0,335	-0,143
4	0,802	-0,251	0,640	0,372	-0,188
5	0,878	-0,047	0,798	-0,187	-0,260
6	0,711	-0,273	0,904	-0,007	-0,068
7	0,818	-0,388	0,716	0,345	0,021
8	0,809	-0,286	0,768	0,343	0,285
9	0,783	-0,191	0,783	0,105	-0,160
10	0,821	0,155	0,840	-0,309	-0,283
11	0,465	0,382	0,644	-0,092	-0,424
12	0,780	0,175	0,649	-0,493	0,390
13	0,754	0,176	0,723	-0,391	0,047
14	0,563	-0,331	0,616	-0,556	0,397

Método de Extração: Análise de Componente Principal, sem rotação.

a. 2 componentes extraídos.

b. 3 componentes extraídos

Nos dados obtidos através do procedimento com papel e lápis foi obtido apenas um componente que melhor explica a variância da escala (52%; valor próprio=7,27). A confirmar esta estrutura unidimensional, verificou-se que os itens apresentaram cargas fatoriais elevadas. Ainda que o item 1, no formulário electrónico, sature mais na componente 2, a diferença é de 0,05, pelo que assumimos uma organização unidimensional.

Nos dados obtidos através do formulário electrónico, também se obteve apenas um componente que melhor explica a escala (49,4%; valor próprio=6,91), confirmado pelas cargas fatoriais mais elevadas que se associam a um único componente.

Para testar a fidelidade foi calculado o coeficiente de alfa de Cronbach verificando-se que, nos dois procedimentos, uma consistência interna muito boa (superior a 0,90). As dimensões apresentam, genericamente, uma fidelidade aceitável, com exceção, na versão papel e lápis, da Dor Física, Incapacidade Social e Desvantagem, e na versão electrónica das dimensões Limitação Funcional e Incapacidade Social (inferior a 0,60) (Quadro 18).

Para avaliar a validade convergente-discriminante procedeu-se à análise das correlações entre cada item e cada dimensão e entre cada item e total do OHIP-14. Verificaram-se correlações moderadas a elevadas entre itens e a respetiva dimensão a que pertencem e correlações fracas a moderadas entre itens e dimensão a que não pertencem e ainda correlações moderadas a elevadas entre cada item e o total (Quadro 18).

## Quadro 18

*Análise da fidelidade (Alfa de Cronbach) e da validade (correlação corrigida para sobreposição):  
papel e lápis versus formulário electrónico*

OHIP-14 Dimensões/ N.º de itens	Fidelidade		Correlações			
	Papel e lápiz	Eletrónico	Papel e lápis		Eletrónico	
	Alfa Cronbach		Entre item e dimensão a que pertence	Entre item e dimensão a que não pertence	Entre item e dimensão a que pertence	Entre item e dimensão a que não pertence
LF (2)	0,71	0,50	0,87-0,90	0,26-0,58	0,79-0,85	0,30-0,72
DF (2)	0,49	0,61	0,80-0,84	0,29-0,74	0,85	0,21-0,56
DP (2)	0,72	0,88	0,87-0,90	0,36-0,76	0,94-0,95	0,33-0,83
IF (2)	0,91	0,77	0,96	0,24-0,74	0,88-0,93	0,36-0,72
IP (2)	0,72	0,77	0,86-0,92	0,39-0,76	0,88-0,93	0,27-0,83
IS (2)	0,44	0,49	0,78-0,83	0,37-0,76	0,78-0,85	0,17-0,73
D (2)	0,50	0,72	0,73-0,91	0,34-0,71	0,85-0,95	0,23-0,73
Total	0,93	0,91	0,55-0,87		0,47-0,90	

Legenda: LF=Limitação Funcional; DF=Dor Física; DP=Desconforto Psicológico; IF=Incapacidade física; IP=Incapacidade Psicológica; IS=Incapacidade Social; D=Desvantagem

No quadro seguinte são apresentadas as correlações obtidas considerando os itens isoladamente (Quadro 19).

Verificou-se uma boa convergência visto que os valores de correlação item escala a que pertence são acima de 0,40. Em ambos os procedimentos, apenas o item 14 satisfaz o critério de maior valor da convergência *versus* discriminação, com uma correlação abaixo de 0,30 com as dimensões a que não pertence. Verificou-se uma sobreposição que sustenta os resultados obtidos na análise fatorial e ainda, uma correlação elevada entre cada item com a nota total, indicando que o item mede o mesmo construto que a nota total do teste.

## Quadro 19

Correlação item-dimensão do OHIP-14 para análise da validade convergente-discriminante: versão papel e lápis

Papel e lápis (n=67; 37,2%)								
Item/Dimensão	LF	DF	DP	IF	IP	IS	D	Total
1	<b>0,90**</b>	0,59**	0,42**	0,40**	0,46**	0,51**	0,38**	0,65**
2	<b>0,87**</b>	0,48**	0,54**	0,33**	0,46**	0,50**	0,46**	0,64**
3	0,46**	<b>0,80**</b>	0,36**	0,36**	0,39**	0,41**	0,34**	0,54**
4	0,54**	<b>0,84**</b>	0,76**	0,83**	0,57**	0,44**	0,51**	0,79**
5	0,58**	0,67**	<b>0,90**</b>	0,74**	0,76**	0,68**	0,67**	0,87**
6	0,36**	0,57**	<b>0,87**</b>	0,52**	0,65**	0,46**	0,56**	0,70**
7	0,38**	0,74**	0,73**	<b>0,96**</b>	0,66**	0,49**	0,54**	0,80**
8	0,42**	0,68**	0,63**	<b>0,96**</b>	0,66**	0,52**	0,62**	0,79**
9	0,42**	0,53**	0,70**	0,66**	<b>0,86**</b>	0,59**	0,63**	0,77**
10	0,50**	0,52**	0,72**	0,58**	<b>0,92**</b>	0,76**	0,71**	0,82**
11	0,37**	0,29*	0,39**	0,24*	0,46**	<b>0,78**</b>	0,38**	0,49**
12	0,53**	0,54**	0,64**	0,58**	0,75**	<b>0,83**</b>	0,66**	0,78**
13	0,47**	0,48**	0,62**	0,51**	0,74**	0,66**	<b>0,91**</b>	0,76**
14	0,26*	0,37**	0,54**	0,46**	0,48**	0,37**	<b>0,73**</b>	0,55**
Formulário eletrónico (n=113; 62,8%)								
	LF	DF	DP	IF	IP	IS	D	Total
1	<b>0,79**</b>	0,31**	0,34**	0,52**	0,27**	0,17	0,20*	0,47**
2	<b>0,85**</b>	0,52**	0,47**	0,62**	0,44**	0,45**	0,35**	0,66**
3	0,40**	<b>0,85**</b>	0,33**	0,43**	0,36**	0,30**	0,23*	0,56**
4	0,48**	<b>0,85**</b>	0,55**	0,57**	0,49**	0,34**	0,28**	0,68**
5	0,39**	0,46**	<b>0,95**</b>	0,51**	0,77**	0,63**	0,57**	0,79**
6	0,57**	0,52**	<b>0,94**</b>	0,72**	0,83**	0,62**	0,68**	0,90**
7	0,54**	0,56**	0,59**	<b>0,93**</b>	0,53**	0,43**	0,33**	0,73**
8	0,72**	0,51**	0,58**	<b>0,88**</b>	0,60**	0,50**	0,45**	0,77**
9	0,49**	0,47**	0,69**	0,63**	<b>0,88**</b>	0,53**	0,52**	0,78**
10	0,33**	0,45**	0,83**	0,53**	<b>0,93**</b>	0,74**	0,73**	0,82**
11	0,32**	0,39**	0,55**	0,44**	0,65**	<b>0,78**</b>	0,40**	0,62**
12	0,32**	0,24*	0,54**	0,41**	0,53**	<b>0,85**</b>	0,73**	0,61**
13	0,31**	0,32**	0,67**	0,41**	0,70**	0,57**	<b>0,94**</b>	0,71**
14	0,30**	0,21*	0,47**	0,36**	0,49**	0,73**	<b>0,85**</b>	0,58**

Nota: A negrito apresentam-se as correlações com a escala a que pertence.

Legenda: LF=Limitação Funcional; DF=Dor Física; DP=Desconforto Psicológico; IF=Incapacidade física; IP=Incapacidade Psicológica; IS=Incapacidade Social; D=Desvantagem

Para testar a sensibilidade da versão desenvolvida do OHIP-14, quer no formato papel e lápis quer no formulário eletrónico, procedeu-se à análise das diferenças obtidas nas pontuações em função de variáveis clínicas (falta de dentes naturais e utilização de prótese dentária).

Na versão papel e lápis, verificou-se que os indivíduos que referem falta de dentes naturais apresentam uma pontuação média total mais elevada ( $M=21,87$ ;  $DP=9,85$ ) do que aqueles que referem não ter falta de dentes ( $M=5,82$ ;  $DP=8,90$ ),  $U=94,50$ ,  $p<0,05$ . Os indivíduos que utilizam prótese dentária apresentam uma pontuação média mais elevada

( $M=24,26$ ;  $DP=8,74$ ) do que indivíduos que não utilizam prótese dentária ( $M=7,24$ ;  $DP=8,24$ ),  $U=75,00$ ,  $p<0,05$  ( $p=0,0001$ ). Os dois grupos estudados diferenciam-se de forma estatisticamente significativa, sendo que aqueles que referem não ter falta de dentes naturais e que não utilizam prótese dentária apresentam melhor QdVRSO.

Na versão eletrônica, verificou-se que os indivíduos que utilizam prótese dentária apresentam uma pontuação média mais elevada ( $M=14,31$ ;  $DP=12,11$ ) do que indivíduos que não utilizam prótese dentária ( $M=7,70$ ;  $DP=8,46$ ),  $U=405,00$ ,  $p<0,05$  ( $p=0,036$ ). Verificou-se ainda que não existe uma diferença estatisticamente significativa entre os indivíduos que referem falta de dentes naturais e aqueles que referem não ter falta de dentes,  $U=1263,50$ ,  $p>0,05$  ( $p=0,163$ ).

### Discussão

É consensual na literatura de que a QdVRSO consiste num construto multidimensional que se refere à extensão de impacto dos problemas orais no funcionamento normal do indivíduo, pelo que inclui dimensões física, psicológica e social (Sischo & Broder, 2011).

No presente estudo, a análise fatorial exploratória sugere que o OHIP-14 apresenta apenas um componente principal e, portanto, ainda que a QdVRSO seja um construto multidimensional, os resultados permitem inferir que o OHIP-14 consiste num instrumento unidimensional. A corroborar esta estrutura, verificou-se uma sobreposição nas correlações entre itens e as diferentes dimensões do OHIP-14 e ainda que as dimensões físicas e psicossociais do OHIP-14 correlacionam-se tanto com a Componente Física como com a Componente Mental do MOS SF-12.

Também, no estudo de desenvolvimento da versão breve original do OHIP-14 de Slade (1997), a análise fatorial exploratória revelou que 69,2% da variância era explicada por apenas um fator subjacente (valor próprio=15,1), contrariando a estrutura teórica de sete dimensões descritas no OHIP-49. Segundo Slade (1997), a elevada correlação entre os itens demonstra a existência de um componente principal a dominar a análise fatorial e indica que um único construto subjacente poderia representar a saúde-doença oral. De acordo com Santos, Oliveira, Nadanovsky, Celeste e Hugo (2013), cerca de 80% dos estudos utilizam apenas a pontuação total de OHIP-14, sugerindo que os autores desses estudos consideraram, igualmente, apenas uma dimensão. Estes autores analisaram dois estudos brasileiros no sentido de investigar a estrutura dimensão do OHIP-14 e, através da

análise fatorial exploratória (com rotação oblíqua geomin), obtiveram apenas um fator subjacente ao instrumento (Rio de Janeiro: valores próprios=9,20 que explica 65,6% da variância total; Carlos Barbosa: valores próprios=7,90 que explica 56,6% da variância total). Contrariamente a estes resultados, Brennan e Spencer (2004) encontraram uma estrutura de dois fatores e Montero, Bravo, Vicente, Galindo, López e Albaladejo (2010), recorrendo à análise fatorial exploratória com rotação varimax, identificaram 3 fatores subjacentes (desempenho/funções orais, dor-desconforto e impacto psicossocial), com valores próprios a variar entre 1,6 e 3,8 que explicam 58,1% da variância dos itens.

As pontuações médias obtidas utilizando a versão portuguesa desenvolvida do OHIP-14 revelam ser próximas do estudo de Papagiannopoulou, Oulis, Papaioannou, Antonogeorgos e Yfantopoulo (2012), realizado na Grécia, nomeadamente nas dimensões Dor Física, Desvantagem e Incapacidade Física. Contudo, verifica-se que o valor médio total obtido é mais baixo comparativamente com o obtido por Papagiannopoulou et al. (2012) ( $M=14,9$ ) ou ainda no estudo de Cohen-Carneiro, Rebelo, Souza-Santos, Ambrosano, Salino e Pontes (2010), em Lauro Sodré, Brasil ( $M=14,03$ ). A pontuação média total revelou ser mais elevada do que no obtido por Montero-Martín, Bravo-Pérez, Albaladejo-Martínez, Hernández-Martín e Rosel-Gallardo (2009), em Espanha ( $M=8,7$ ) ou em Isidoro, Brasil ( $M=10,92$ ), no estudo de Cohen-Carneiro et al. (2010). No entanto, é notável que a maioria dos indivíduos refere não apresentar sensação de boca seca, problemas com os dentes ou de gengiva, que pode ser devido ao facto da maioria dos indivíduos recorrer a consulta no médico dentista por rotina, reforçando a importância da prevenção.

No presente estudo foi adoptado o método de adição para a obtenção dos resultados da versão portuguesa do OHIP-14. Montero-Martin et al. (2009) utilizaram para avaliar a prevalência (impacto; ausência de impacto) o ponto de corte “*occasional*” (pontuação=2) contudo apontam para um possível contributo para “falsos-positivos”, uma vez que impactos raros podem ser relatados incorretamente considerando este ponto de corte. Outro aspeto a referir é a referência temporal que no presente estudo foi considerado um mês, contudo Montero-Martin et al. (2009) consideraram um ano, o que pode conduzir, igualmente, a uma sobrestimação dos episódios raros de impacto (falsos-positivos).

Os resultados encontrados sugerem que a versão portuguesa, para Portugal, apresenta uma fidelidade muito boa, com um coeficiente de alfa de Cronbach muito acima do recomendado, de acordo com os critérios propostos por Pestana e Gageiro (2005) e por Ribeiro (1999). Acrescenta-se ainda que o coeficiente de alfa de Cronbach obtido no

presente estudo é muito próximo ao obtido na versão brasileira (Oliveira & Nadanovsky, 2005) e superior ao obtido na versão original de Slade, na versão espanhola de Montero-Martín, et al. (2009) e no estudo brasileiro de Cohen-Carneiro et al. (2010). Ao mesmo tempo, verifica-se que o valor de alfa diminui quando cada item é eliminado e as correlações entre itens e item-total reforçam estes resultados, sobretudo pelas correlações positivas entre itens, em que nenhuma é suficiente elevada para considerar o item como redundante. Em relação aos coeficientes obtidos nas sete dimensões, verifica-se que variam entre 0,57 (Dor Física) e 0,87 (Incapacidade Física), com valores abaixo do aceitável nas dimensões Dor Física e Incapacidade Social. No estudo brasileiro de Cohen-Carneiro et al. (2010), a dimensão Limitação Funcional apresentou o coeficiente mais elevado e a dimensão Incapacidade Psicológica o mais baixo (0,23).

Verificou-se uma relação estatisticamente significativa e moderada entre a autopercepção de saúde oral atual e a QdVRSO sugerindo que, à medida que a autopercepção piora, aumentam as pontuações obtidas no OHIP-14 e, portanto, pior QdVRSO. E ainda, tal como esperado, o OHIP-14 demonstrou correlacionar-se de forma estatisticamente significativa com as componentes física e mental do MOS SF-12 (medida genérica de percepção de estado de saúde). A correlação foi significativa, negativa, fraca a moderada, e de facto, quanto maiores as pontuações obtidas no OHIP-14 maior o impacto dos problemas orais na QdV, logo pior QdVRSO, e por sua vez, no MOS SF-12 quanto maiores as pontuações obtidas, melhor a QdV. Estes resultados corroboram os resultados encontrados noutros estudos, apesar de utilizarem outros instrumentos genéricos de avaliação de QdV, e reforçam a validade de construto do instrumento (McGrath & Bedi, 2004; Montero-Martin et al., 2009; Oliveira & Nadanovsky, 2005; Papagiannopoulou et al., 2012).

Os resultados relativos à idade confirmam outros resultados que sugerem que, com o envelhecimento, são relatados mais impactos negativos associados a uma deterioração progressiva da QdV por fatores sistémicos, psicológicos, sociais e económicos (Duque-Duque et al., 2013). Para além disso, pode ser explicado pelo agravamento de alterações ou patologia oral (cárie dentária e doença periodontal) (Montero et al., 2011)

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres em conformidade com Papaioannou, Oulis, Latsou e Yfantopoulos (2011) e contrariando o encontrado por Duque-Duque et al. (2013), o que sugere que o instrumento pode ser utilizado com estes dois grupos.

Indivíduos com maior nível de escolaridade apresentaram melhor QdVRSO, ainda que a relação seja fraca, provavelmente pela homogeneidade da amostra que apresenta uma média de escolaridade elevada.

Verificou-se não existir uma relação estatisticamente significativa entre a frequência com que o indivíduo lava os dentes e a QdVRSO, tendo em conta a média de lavagem referida pelos participantes ser a referida pela literatura como a indicada para uma boa higiene oral (Papagiannopoulou et al., 2012). Também não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre o tempo decorrido desde a última consulta com o médico dentista e as pontuações médias obtidas no OHIP-14, se tivermos em conta que a maioria recorreu, em média, há menos de um ano. Estes resultados estão igualmente, em sintonia com Caglayan et al. (2009) e Montero et al. (2011), que sugerem que indivíduos com maior escolaridade revelam melhores estratégias comportamentais (higiene oral e visitas regulares), aliadas a uma maior sensibilização para cuidados preventivos em saúde.

Como teoricamente proposto, quando existem alterações/problemas orais, verificam-se pontuações médias mais elevadas no OHIP-14. Constata-se que indivíduos que referem apresentar sensação de boca seca, falta de dentes naturais, que utilizam aparelho dentário ou prótese dentária apresentam pontuações médias mais elevadas no OHIP-14, revelando pior QdV, em sintonia com outros estudos (Oliveira & Nadanovsky, 2005; Montero-Martín et al., 2009; Papagiannopoulou et al., 2012).

Verificou-se ainda que os indivíduos que recorreram a consulta com o médico dentista por rotina apresentaram as pontuações médias totais no OHIP-14 mais baixas, logo melhor QdVRSO, comparativamente com aqueles que recorreram por utilizarem prótese dentária seguido por dor de gengivas, em conformidade com outros estudos que indicam que a dor constitui a principal ameaça (Caglayan et al., 2009; Montero et al., 2011).

Estes resultados confirmam ainda que o OHIP-14 apresenta boas capacidades de distinguir grupos com alterações do estado oral, portanto boa sensibilidade, ainda que estes dados não resultem de um exame clínico objetivo, mas sim de auto-respostas, confirmando, uma vez mais, também a validade de construto do instrumento.

Em relação às qualidades psicométricas ou clinimétricas descritas por Ribeiro (2010): os participantes, no formato presencial, demoraram entre 5 a 10 minutos, pelo que o instrumento demonstrou ser breve e de baixa sobrecarga (*burden*), para além de que com apenas 14 itens permite avaliar a gravidade, extensão e prevalência dos impactos da saúde oral na QdV (economia) segundo uma diversidade de dimensões. Os benefícios esperados parecem exceder as eventuais consequências negativas (apropriabilidade) e demonstrou ser

adequado à saúde oral (utilidade tendo em conta a diversidade das temáticas dos itens - adequabilidade. O instrumento foi recebido sem desconfiança (boa aceitabilidade). Alguns participantes ( $n=8$ ) referiram dificuldade em distinguir entre as opções de resposta (subjetividade entre Poucas/Algumas vezes) e três indivíduos referiram dificuldades em distinguir itens referentes a “Sentir-se pouco à vontade/ sentir-se tenso/ envergonhado (a)” (interpretabilidade), podendo ser explicadas pelas diferenças de escolaridade ou de idade.

Os resultados obtidos, tanto na versão papel e lápis como através do formulário eletrónico, revelaram boas qualidades psicométricas, nomeadamente de fidelidade, validade e sensibilidade. Sugerem ainda que a sua utilização na prática clínica diária pode constituir um aspeto facilitador em termos de rapidez na avaliação e na obtenção de resultados (imediatos). Seria interessante o desenvolvimento de um programa alternativo que permita uma avaliação eletrónica regular da QdVRSO nos gabinetes dos profissionais de saúde, à semelhança da versão eletrónica do SF-36v2 desenvolvida, em Portugal, por Ribeiro, Moreira, Silveira, Silva, Gestal e Vasconcelos (2010), que poderá facilitar a integração da avaliação da QdVRSO na prática clínica regular.

Para Pouwer, Snoek, van der Ploeg, Heine e Brand (1998), o desenvolvimento de computadores pessoais é uma das alternativas mais eficientes método de recolha de dados. Os indivíduos podem ser instruídos para utilizarem o computador, reduz-se o número de dados em falta bem como o tempo e o número de falhas, nomeadamente, no cálculo manual das notas de soma, que constituem das principais desvantagens dos questionários de papel e lápis. Contudo, estes autores questionam até que ponto a versão papel e lápis e a versão eletrónica serão equivalentes e apontam fatores, como a experiência do indivíduo com computadores ou ainda a sua atitude em relação computadores, como possíveis de influenciar as respostas. Os nossos resultados revelaram boas qualidades psicométricas na versão eletrónica, confirmando a equivalência dos dois formatos. Para além disso, para Lofland, Shaffer e Goldfarb (2000), a principal vantagem dos questionários eletrónicos prende-se com a facilidade na compilação dos dados que ficam disponíveis para um acesso rápido em qualquer contexto, seja de intervenção ou de investigação, facilitando a monitorização contínua da QdV. Estes autores apontam, ainda, para recursos de baixos custos (tempo, recursos materiais e humanos).

Destaca-se ainda que os indivíduos que responderam através do formato papel e lápis revelaram piores pontuações no OHIP-14, portanto pior QdVRSO, verificando-se que apresentam características que justificam estes resultados, nomeadamente alterações orais recentes (utilização de prótese dentária e/ou aparelho ortodôntico).

Ainda que consideremos os conceitos saúde e doença enquanto distintos, para seguir a coerência dos estudos até aqui analisados, foi mantida a utilização da terminologia “saúde oral”. A maioria dos estudos desenvolvidos neste domínio evidencia uma ambiguidade nas definições dos conceitos saúde e QdV para além de que focam, exclusivamente, o impacto negativo dos problemas orais na QdV em conformidade com o modelo conceptual “International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps” (ICIDH) da OMS, adaptado por Locker para a saúde oral, subjacente à criação do OHIP-14 (Slade & Spencer, 1994). Apesar de privilegiar a perceção quanto ao impacto pessoal e psicossocial das características da cavidade oral, este modelo mantém uma perspectiva negativa de deficiência e incapacidade. Consideramos que o modelo de Locker utiliza os conceitos de saúde, doença e QdVRSO enquanto sinónimos, apesar de reconhecermos a sua distinção. Ainda que seja considerado um instrumento de avaliação da QdV, o seu modelo subjacente é relativo à saúde oral, que é definido por Locker como sendo uma experiência subjetiva em relação ao bem-estar físico, social e psicológico (Locker, 1997). Apesar de ser inovador e útil por incluir dimensões do nível comportamental e psicossocial, o OHIP-14 não considera que o impacto das características da cavidade oral possa ser, simultaneamente, positivo (como forma de melhorar a QdV) e negativo (como fardo), polaridade implícita na definição de QdV proposta pela WHO (2007).

Os resultados sugerem que a versão portuguesa desenvolvida do OHIP-14, quer no formato papel e lápis, quer em formulário eletrónico, constitui um instrumento fiável, válido e com boa capacidade de discriminar entre grupos, para a utilização em estudos centrados na QdVRSO em adultos portugueses.

Identificaram-se como fragilidades as características da amostra que, por ser de conveniência, apresenta uma média de idade e escolaridade que podem ser pouco representativas da população portuguesa. A utilização da versão breve, de apenas 14 itens, com dois itens por dimensão, pode conduzir a uma subestimação dos resultados, pelo que seria interessante proceder à validação da versão original de 49 itens. Para além disso, é difícil determinar a partir de que pontuação a QdVRSO é baixa ou elevada e dada a utilidade clínica desta leitura são necessários maiores investimentos neste sentido bem como no estudo mais aprofundado quanto à estrutura do instrumento.

Para investigações futuras sugere-se, ainda, a realização de estudos longitudinais no sentido de explorar fatores relacionados com queixas e/ou preocupações dos indivíduos. Deste modo, seria possível averiguar a sensibilidade clínica do instrumento bem como a

sensibilidade e especificidade do instrumento em função das mudanças das características da cavidade oral ao longo do tempo e dos distintos tratamentos clínicos realizados na consulta dentária. No sentido de facilitar a interpretação dos valores e a diminuir a subjetividade, sugere-se a realização de novos estudos que integrem a conversão da pontuação obtida no OHIP-14, em percentagem, e a definição de pontos de corte, tal como em outros instrumentos de avaliação de QdVRSO.

### Referências

- Allen, P. F. (2003). Assessment of oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes, 1*, 1-8. doi:10.1186/1477-7525-1-40.
- Allen, P. F., & Locker, D. (1997). Do item weights matter? An assessment using the Oral Health Impact Profile [Abstract]. *Community Dental Health, 14*, 133–138. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9332036>.
- Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Brennan, D. S., & Spencer, A. J. (2004). Dimensions of oral health related quality of life measured by EQ-5D+ and OHIP-14. *Health and Quality of Life Outcomes, 2*, 1-9. doi:10.1186/1477-7525-2-35.
- Cohen-Carneiro, F., Rebelo, M. A., Souza-Santos, R., Ambrosano, G., Salino, G. M., & Pontes, D. G. (2010). Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brasil. *Caderno de Saúde Pública, 26*, 1122-1130. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600006>.
- Duque-Duque, V., Tamayo-Castrillón, J., Echeverri-Cadavid, P., Gutiérrez-Osorio, A. Y., Sepúlveda-Correa, D., Giraldo-Ramírez, O., & Agudelo-Suárez, A. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. *CES Odontologia, 26*, 10-23. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v26n1/v26n1a02.pdf>.
- Gibson, F.C., Yumoto, H., Takahashi, Y., Chou, H-H., & Genco, C. A. (2006). Innate immune signaling and porphyromonas gingivalis-accelerated atherosclerosis [Abstract]. *Journal of Dental Research, 85*, 106. doi: 10.1177/154405910608500202.

- Griffin, S. O., Jones, J. A., Brunson, D., Griffin, P. M., & Bailey, W. D. (2012). Burden of oral disease among older adults and implications for public health priorities. *American Journal of Public Health, 102*, 411-8. doi: 10.2105/AJPH.2011.300362.
- Locker, D. (1997). Concepts of oral health, disease and quality of life. In G. D. Slade (Ed.), *Measuring oral health and quality of life* (pp.11-23). Recuperado de: <http://www.adelaide.edu.au/arcpoh/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuring-oral-health-and-quality-of-life.pdf>.
- Lofland, J. H., Shaffer, M., & Goldfarb, N. (2000). Evaluating health-related quality of life: cost comparison of computerized touch-screen technology and traditional paper system. *Pharmacotherapy, 20*, 1390-1395. doi: 10.1592/phco.20.17.1390.34887.
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- McGrath, C., & Bedi, R. (2004). A national study of the importance of oral health to life quality to inform scales of oral health related quality of life. *Quality of Life Research, 13*, 813-818. Recuperado de: [http://download.springer.com/static/pdf/250/art%253A10.1023%252FB%253AQURE.0000021696.05528.4c.pdf?auth66=1404824496\\_cd560b1353ac198b4cfe1c5aa5038774&ext=.pdf](http://download.springer.com/static/pdf/250/art%253A10.1023%252FB%253AQURE.0000021696.05528.4c.pdf?auth66=1404824496_cd560b1353ac198b4cfe1c5aa5038774&ext=.pdf).
- Montero, J., Bravo, M., Vicente, M. P., Galindo, M. P., López, J. F., & Albaladejo, A. (2010). Dimensional structure of the oral health-related quality of life in healthy Spanish workers. *Health and Quality of Life Outcomes, 8*, 1-9 . doi: 10.1186/1477-7525-8-24.
- Montero-Martín, J., Bravo-Pérez, M., Albaladejo-Martínez, A., Hernández-Martín, L. A., & Rosel-Gallardo, E. M (2009). Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal, 14*, E44-50. Recuperado de: [http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv14\\_i1\\_p44.pdf](http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv14_i1_p44.pdf).
- Moreira, J. M. (2004). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Motallebnejad, M., Hadian, H., Mehdizadeh, S., & Hajiahmadi, M. (2011). Validity and reliability of the Persian version of the oral health impact profile (OHIP)-14. *Caspian Journal of Internal Medicine, 2*, 314-320. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3895829/pdf/cjim-2-314.pdf>.
- Oliveira, B. H., & Nadanovsky, P. (2005). Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile- short form. *Community Dentistry and Oral Epidemiology, 33*, 307-314. doi: 10.1111/j.1600-0528.2005.00225.x.

- Ordem dos Médicos Dentistas (2010). *Eurobarómetro sobre saúde oral*. Recuperado de: <http://www.ond.pt/noticias/2010/03/eurobarometro-saude-oral>.
- Ordem dos Médicos Dentistas (2013). *Observatório da Saúde Oral – Números da Ordem 2013*. Recuperado de: <http://www.ond.pt/numeros/2013>.
- Ordem dos Médicos Dentistas (2014). *Federação Dentária Internacional Visão 2020. Uma reflexão sobre o futuro da saúde oral*. Recuperado de: <http://www.ond.pt/noticias/2014/05/fdivisao2020pt.pdf>.
- Papaoannou, W., Oulis, C., Latsou, D., & Yfantopoulos, J. (2011). Oral health-related quality of life of greek adults: A cross-sectional study. *International Journal of Dentistry*, 360292, 1-7. doi: 10.1155/2011/360292.
- Papagiannopoulou, V., Oulis, C. J., Papaoannou, W., Antonogeorgos, G., & Yfantopoulo, J. (2012). Validation of a Greek version of the oral health impact profile (OHIP-14) for use among adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 1-10. doi:10.1186/1477-7525-10-7.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N (2008). *Análise de dados para ciências sociais – A complementariedade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Petersen, P. E., Bourgeois, D., Bratthall, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S., & Ndiaye, C. (2005). Oral health information systems - Towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 686-93. Recuperado do website de World Health Organization: <http://www.icd.org/content/publications/WHO-Oral-Health-Surveys-Basic-Methods-5th-Edition-2013.pdf>.
- Pouwer, F., Snoek, F. J., van der Ploeg, H. M., Heine, R. J., & Brand, A. N. (1998). A comparison of the standard and the computerized versions of the Well-being Questionnaire (WBQ) and the Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DTSQ). *Quality of Life Research*, 7, 33-38. Recuperado de: <http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1008832821181>.
- Ribeiro, C., Moreira, L., Silveira, A., Silva, I., Gestal, & Vasconcelos, C. (2010). Development and use of touch-screen computer-assisted self interviewing in portuguese patients with chronic immune diseases: evaluation of an electronic version of SF-32v2. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 35, 208-214. Recuperado de: [http://www.actareumatologica.pt/oldsite/conteudo/pdfs/ARP\\_2010\\_2\\_208\\_15\\_\\_A\\_O\\_-\\_Touch\\_screen\\_ARP2010\\_24AO.pdf](http://www.actareumatologica.pt/oldsite/conteudo/pdfs/ARP_2010_2_208_15__A_O_-_Touch_screen_ARP2010_24AO.pdf).

- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *O importante é a Saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde – SF-36*. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Ribeiro, J. L. O. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Livpsi.
- Santos, C. M., Oliveira, B. H., Hilgert, J. B., Celeste, R. K., & Hugo, F. N. (2013). The Oral Health Impact Profile-14: Aunidimensional scale? *Caderno de Saúde Pública*, 29, 749-757. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000800012>.
- Sheiham, A. (2005). Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*, 83. Recuperado de: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/644.pdf>.
- Sischo, L., & Broder, H. L. (2011). Oral health-related quality of life: What, why, how, and future implications. *Journal of Dental Research*, 90, 1264-1270. doi: 10.1177/0022034511399918.
- Slade, G. D. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry Oral Epidemiology*, 25, 284-90. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9332805>.
- Slade, G. D., & Spencer, A. J. (1994). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dentistry and Oral Health Epidemiology*, 11, 3-11. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8193981>.
- World Health Organization (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Recuperado de: [http://whqlibdoc.who.int/publications/1980/9241541261\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/1980/9241541261_eng.pdf).
- World Health Organization (2007). *Oral health fact sheet N. ° 318*. Recuperado de: [http://whqlibdoc.who.int/fact\\_sheet/2007/FS\\_318.pdf](http://whqlibdoc.who.int/fact_sheet/2007/FS_318.pdf).

## Conclusão Geral

A implementação de programas tem proporcionado, ao longo dos anos, o acesso a cuidados de saúde oral a diversos grupos alvo. Tendo presente que as políticas de orçamento do Ministério da Saúde para a Saúde Oral em Portugal conduzem a uma das taxas de tratamento dentário mais baixas da Europa (Patel, 2012), esta investigação surge como um pequeno contributo para a compreensão da QdVRSO nos portugueses.

Para além das consequências diretas da saúde oral na saúde geral e da sua repercussão na QdV da população, esta realidade tem um preço considerável para o país (Patel, 2012). Por um lado, origina elevados custos no tratamento de situações relacionadas com a falta de prevenção nesta área e por outro contribui para o aumento do grau de perigosidade de patologias que têm origem ou são agravadas por baixos níveis de higiene oral, sendo algumas de foco cardíaco (Oliveira, Watt, & Hamer, 2010; Petersen et al., 2005).

É premente o reconhecimento de que as doenças orais partilham fatores de risco com doenças crónicas como cancro, diabetes, doenças cardiovasculares e respiratórias, daí a necessidade de ser desenvolvido um plano de ação comum e que deverá incluir o rastreio oral (OMD, 2014a; WHO, 2013). Por partilharem fatores de risco comuns, em termos de estilos de vida, as doenças orais podem ter um impacto sobre muitos aspetos da saúde geral com uma reciprocidade causal em doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, aterosclerose, diabetes e ainda casos de prematuridade (Gibson et al., 2006; Griffin et al., 2012). Em futuras investigações devem ser realizados esforços no sentido de abordar a interação de doenças crónicas, nomeadamente da asma, HTA e diabetes, com a doença oral bem como o seu impacto combinado na saúde geral.

A saúde oral influencia e é influenciada por vários fatores, e neste sentido foram identificadas e analisadas as associações entre variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade), comportamentais (hábitos de higiene oral, consultas regulares no médico dentista) e clínicas (cáries, falta de dentes naturais, doenças periodontais) e a QdVRSO avaliada através do OHIP-14. Destacam-se as alterações orais enquanto fatores mediadores, ou seja, fatores que explicam a correlação entre variáveis clínicas e a QdVRSO, e as restantes como fatores moderadores, isto é, afetando a direção ou intensidade da correlação entre as variáveis clínicas e a QdVRSO, nomeadamente com a idade, em que com o envelhecimento verifica-se pior QdVRSO e a escolaridade, em que se

verificou, na maioria dos estudos, que à medida que esta aumenta, melhor a QdVRSO, provavelmente associada a melhores remunerações, ao rápido acesso a serviços de cuidados de saúde ou maior sensibilização para a prevenção.

Pretendia-se a adaptação para a língua e cultura portuguesa do OHIP-14 bem como o estudo psicométrico (validade, fidelidade e sensibilidade), pelo que foi desenvolvido um estudo observacional transversal. Ainda que o processo de validação de um instrumento seja contínuo, a versão portuguesa desenvolvida revelou boas qualidades psicométricas de fidelidade, validade e sensibilidade, ainda que os resultados sejam limitados pelas características da amostra, quer na versão papel e lápis quer através de formulário construído *online*. Contudo, seria interessante desenvolver um programa eletrónico, nomeadamente no formato *touchscreen* como a versão eletrónica do SF-36v2 desenvolvida por Ribeiro et al. (2010), no sentido de facilitar a sua administração e acesso aos resultados nos diferentes contextos. E ainda, de forma a facilitar a interpretação dos valores e a diminuir a subjetividade, sugere-se a conversão da pontuação obtida no OHIP-14 em percentagem bem como a definição de pontos de corte através, por exemplo, de um sistema de cores.

Como em qualquer investigação, surgem obstáculos e fragilidades, nem sempre passíveis de serem controlados pelo investigador. Na realização das revisões integrativas da literatura sugere-se alargar a pesquisa a outras bases eletrónicas no sentido de conseguir abranger uma maior diversidade de estudos relativamente ao tipo de desenho de estudo, às características sociodemográficas, clínicas e comportamentais dos participantes, e ainda quanto aos instrumentos disponíveis para avaliar a QdVRSO. No que diz respeito ainda ao estudo empírico, os resultados baseiam-se nas características da amostra que, tendo em conta média de idade e de escolaridade, podem ser pouco representativos da população portuguesa, porém constituída através da técnica “bola de neve” e por indivíduos que se disponibilizaram a colaborar.

A construção da presente dissertação permitiu aceder a informação que reconhece e reforça a evidência científica crescente de que a perceção da condição oral desempenha um papel determinante na QdV, e que foi analisada de forma reflexiva e crítica na elaboração de duas revisões integrativas de literatura e no desenvolvimento de um estudo empírico. É cada vez mais consensual que as mudanças de comportamento requerem ações integradas de promoção da saúde e prevenção das doenças crónicas, entre as quais se incluem as doenças orais (Patel, 2012). Ainda assim, e apesar de serem desenvolvidos estudos sobre

determinadas doenças, muito pouco tem sido explorado em relação ao modo como problemas orais comuns afetam a QdV dos indivíduos (Bennadi & Reddy, 2013).

O presente estudo pretende, assim, constituir um contributo para o reconhecimento da relevância desta área de crescente preocupação no âmbito da saúde pública, embora apresente algumas fragilidades. A saúde oral é muito importante para a aparência, conforto e alimentação, influenciando a autoconfiança, a vida social e as relações amorosas. A QdvRSO constitui-se, deste modo, como um domínio importante de interesse para os profissionais, sobretudo no sentido de serem desenvolvidas colaborações entre Ciências da Saúde e Ciências Sociais para a construção de uma visão ampla e personalizada.

Os resultados obtidos corroboram a importância do delineamento de uma prática que combine a utilização de métodos de avaliação da autoperceção de saúde oral como complemento dos métodos tradicionais de avaliação do tratamento e dos seus resultados. Estes contributos são decisivos na identificação de fatores determinantes de saúde e de risco para a saúde, para o planeamento de políticas de saúde pública adaptadas às necessidades específicas, para a obtenção de ganhos em saúde e para o desenvolvimento de estratégias que otimizem a QdV.

Torna-se relevante dar continuidade à investigação, nomeadamente no sentido de integrar indivíduos com diferentes características e analisar de que forma essas variáveis são determinantes (preditoras, moderadoras ou mediadoras) na QdVRSO, e incluir consequências positivas e negativas da condição oral. As perceções de saúde, doença e/ou incapacidade são influenciadas pelo contexto social, cultural e político onde são avaliadas, pelo que o desenvolvimento de estudos longitudinais podem permitir aceder, por um lado, a diferentes contextos, e por outro, a uma avaliação dinâmica da QdVRSO. Ao mesmo tempo, devem ser realizados esforços no sentido de explorar problemas orais comuns, como problemas de dentes ou de gengiva, de forma a averiguar a sensibilidade clínica do instrumento bem como testar a especificidade em função das mudanças das características da cavidade oral ao longo do tempo.

## Referências

- Allen, P. F. (2003). Assessment of oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 1-8. doi:10.1186/1477-7525-1-40.
- Antunes, L. A., Leão, A. T., & Maia, L. C. (2012). The impact of dental trauma on quality of life of children and adolescents: A critical review and measurement instruments. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 3417-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001200026>.
- Bennadi, D., & Reddy, C. (2013). Oral health related quality of life. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 3, 1-6. doi: 10.4103/2231-0762.115700.
- Gift, H. C., & Atchison, K. A. (1995). Oral health, health, and health-related quality of life. *Medical Care*, 33, 57-77. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7475433>.
- Ikebe, K., Morii, K., Kashiwagi, J., Nokubi, T., & Ettinger, R. L. (2005). Impact of dry mouth on oral symptoms and function in removable denture wearers in Japan. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, 99, 704-10. doi:10.1016/j.tripleo.2004.09.008.
- Ingram, S. S., Seo, P. H., Sloane, R., Francis, T., Clipp, E. C., Doyle, M. E., Montana, G. S., & Cohen, H. J. (2005). The association between oral health and general health and quality of life in older male cancer patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 1504-1509. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53452.x
- Jokovic, A., & Locker, D. (1997). Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. *Journal of Public Health Dentistry*, 57, 40-47. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9150062>.
- Kandelman, D., Petersen, P., Ueda, H. (2008). Oral health, general health, and quality of life in older people. *Special Care in Dentistry* 28, 224-236. doi: 10.1111/j.1754-4505.2008.00045.x.
- Locker, D. (1997). Concepts of oral health, disease and quality of life. In G. D. Slade (Ed.), *Measuring oral health and quality of life* (pp.11-23). Recuperado de: <http://www.adelaide.edu.au/arcposh/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuring-oral-health-and-quality-of-life.pdf>.

- Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2005). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Circular Normativa n.º 01/DSE de 18/01/05*. Lisboa: DGS.
- Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral Crianças e Jovens que frequentam escolas públicas e IPSS: Normalização de procedimentos. Circular Normativa N.º 9/DSE de 19/07/2006*. Lisboa: DGS.
- Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2008). *Estudo nacional de prevalência das doenças orais*. Lisboa: DGS. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-nacional-de-prevalencia-das-doencas-orais.aspx>.
- Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2014). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral -Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral. Norma n.º 002/2014 de 25/02/2014*. Lisboa: DGS. Recuperado de: [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/B2B3F56D-5FAE-4EEC-BBED-9058A24FE99C/0/NormaN002\\_2014DGS.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/B2B3F56D-5FAE-4EEC-BBED-9058A24FE99C/0/NormaN002_2014DGS.pdf).
- Oliveira, C., Watt, R., & Hamer, M. (2010). Toothbrushing, inflammation, and risk of cardiovascular disease: Results from Scottish Health Survey. *British Medical Journal*, 340, 1-6. doi:10.1136/bmj.c2451.
- Ordem dos Médicos Dentistas (2010). *Eurobarómetro sobre saúde oral*. Recuperado de: <http://www.ond.pt/noticias/2010/03/eurobarometro-saude-oral>.
- Ordem dos Médicos Dentistas (2013). *Observatório da Saúde Oral – Números da Ordem 2013*. Recuperado de: <http://www.ond.pt/numeros/2013>.
- Ordem dos Médicos Dentistas (2014a). *FDI Visão 2020. Uma reflexão sobre o futuro da saúde oral*. Recuperado de: <http://www.ond.pt/noticias/2014/05/fdivisao2020pt.pdf>.
- Ordem dos Médicos Dentistas (2014b). *Os números da Ordem. Estatísticas 2013*. Recuperado: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Asus/Os%20meus%20documentos/Downloads/no2013pt%20.pdf>.
- Patel, R. (2012). The state of oral health in Europe. *Report commissioned by the platform for better oral health in Europe*. Recuperado de: <http://www.oralhealthplatform.eu/state-oral-health-europe>.
- Pereira, J., & Furtado, C. (2010). Equidade e acesso aos cuidados de saúde. Alto Comissariado da Saúde. *Escola Nacional de Saúde Pública: Universidade Nova de*

- Lisboa. Recuperado de: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/EA1.pdf>.
- Petersen, P. E., Bourgeois, D., Bratthall, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S., & Ndiaye, C. (2005). Oral health information systems - Towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 686-93. Recuperado do website de World Health Organization: <http://www.icd.org/content/publications/WHO-Oral-Health-Surveys-Basic-Methods-5th-Edition-2013.pdf>.
- Petersen, P.E., Kandelman, D., Arpin, S., & Ogawa, H. (2010). Global oral health of older people – Call for public health action. *Community Dental Health*, 27, 257–268. doi:10.1922/CDH\_2711Petersen11.
- Registo Oncológico Regional do Norte (2011). *Folha informativa – Sobrevivência de doentes oncológicos diagnosticados entre 2000 e 2006. Região Norte de Portugal*. Porto: Instituto Português de Oncologia. Recuperado de: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Asus/Os%20meus%20documentos/Downloads/sobrev\\_cavoral\\_2000-06.pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Asus/Os%20meus%20documentos/Downloads/sobrev_cavoral_2000-06.pdf).
- Ribeiro, C., Moreira, L., Silveira, A., Silva, I., Gestal, & Vasconcelos, C. (2010). Development and use of touch-screen computer-assisted self interviewing in portuguese patients with chronic immune diseases: Evaluation of an electronic version of SF-32v2. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 35, 208-214. Recuperado de: [http://www.actareumatologica.pt/oldsite/conteudo/pdfs/ARP\\_2010\\_2\\_208\\_15\\_\\_A\\_O\\_-\\_Touch\\_screen\\_ARP2010\\_24AO.pdf](http://www.actareumatologica.pt/oldsite/conteudo/pdfs/ARP_2010_2_208_15__A_O_-_Touch_screen_ARP2010_24AO.pdf).
- Sheiham, A. (2005). Strategies for oral health care. *Euro Observer*, 7, 1-8. Recuperado: <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/euroObserver/Obsvol7no3.pdf>
- Silva, I., Meneses, R. F., & Silveira, A. (2007). Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 4, 264-274. Recuperado de: <bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/452/2/264-274%20FCHS04-18.pdf>.
- Sischo, L., & Broder, H. L. (2011). Oral health-related quality of life: What, why, how, and future implications. *Journal of Dental Research*, 90, 1264-1270. doi: 10.1177/0022034511399918.
- Slade, G. D., & Spencer, A. J. (1994). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dentistry and Oral Health Epidemiology*, 11, 3-11. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8193981>.

- Slade, G. D., Spencer, A. J., Locker, D., Hunt, R. J., Strauss, R. P., & Beck, J. D. (1996). Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario, and North Carolina. *Journal of Dental Research*, 75, 1439-1450. doi: 10.1177/00220345960750070301.
- Steele, J. Ayatollahi, S., Walls, A., & Murray, J. (1997). Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25, 143-149. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9181288>.
- Tesch, F. C., Oliveira, B. H., & Leão, A. (2008). Equivalência semântica da versão em português do instrumento Early Childhood Oral Health Impact Scale. *Caderno de Saúde Pública*, 24, 1897-909. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/18.pdf>
- World Health Organization (1997). *Oral health surveys — basic methods. 4th edition*. Recuperado de: [http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH\\_st\\_Esurv.pdf](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_st_Esurv.pdf).
- World Health Organization (2007). *Oral health Fact sheet N.º 318*. Recuperado de: [http://whqlibdoc.who.int/fact\\_sheet/2007/FS\\_318.pdf](http://whqlibdoc.who.int/fact_sheet/2007/FS_318.pdf).
- World Health Organization (2013). *Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. Recuperado de: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R10-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf).
- Zanatta, F. B., Ardenghi, T. M., Antoniazzi, R. P., Pinto, T. M., & Rösing, C. K. (2012). Association between gingival bleeding and gingival enlargement and oral health-related quality of life (OHRQoL) of subjects under fixed orthodontic treatment: A cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 27, 1-9. doi: 10.1186/1472-6831-12-53.

# **Anexos**

## **Anexo A**

Quadro 1.

*Processo completo de seleção das 118 publicações obtidas na pesquisa eletrônica*

Número	Artigo - Título	Resumo	Texto integral	Motivo de exclusão
1	Brennan, D. S., & Spencer, A. J. (2014). Health-related quality of life and income-related social mobility in young adults.	√	√	Participantes (<18 anos)
2	Pistorius J., Horn, J. G., Pistorius, A., & Kraft, J. (2013). Oral health-related quality of life in patients with removable dentures.	√	√	Não refere instrumento validado
3	Santos, C. M., Hugo, F. N., Leal, A. F., & Hilgert, J. B. (2013). Comparison of two assessment instruments of quality of life in older adults.	√	√	Não associa variáveis clínicas
4	Monsarrat, P., Vergnes, J. N., Cantagrel, A., Algans, N., Cousty, S., Kémoun, P., Bertrand, C., ...& Sixou, M. (2013). Effect of periodontal treatment on the clinical parameters of patients with rheumatoid arthritis: study protocol of the randomized, controlled ESPERA trial.	√	√	Não avalia a QdVRSO
5	Quirke, M., Wakai, A., Gilligan, P., & O'Sullivan, R. (2013). Oral flucloxacillin and phenoxymethylpenicillin versus flucloxacillin alone for the emergency department outpatient treatment of cellulitis: study protocol for a randomised controlled trial.	√	√	Não avalia a QdVRSO
6	Waimann, C. A., Marengo, M. F., de Achaval, S., Cox, V. L., Garcia-Gonzalez, A., Reveille, J. D., Richardson, M. N., & Suarez-Almazor, M. E. (2013). Electronic monitoring of oral therapies in ethnically diverse and economically disadvantaged patients with rheumatoid arthritis: consequences of low adherence.	√	√	Não avalia a QdVRSO
7	Strand, V., Fiorentino, D., Hu, C., Day, R. M., Stevens, R. M., & Papp, K. A. (2013). Improvements in patient-reported outcomes with apremilast, an oral phosphodiesterase 4 inhibitor, in the treatment of moderate to severe psoriasis: results from a phase IIb randomized, controlled study.	√	√	Não avalia a QdVRSO
8	Jamieson, L. M., Divaris, K., Parker, E. J., & Lee, J. Y. (2013). Oral health literacy comparisons between Indigenous Australians and American Indians.	√	√	Não avalia a QdVRSO
9	Ruiz, G. F., Zapata, J. T., & Garavito, B. L. (2013). Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003-2008.	√	√	Não avalia a QdVRSO
10	Masood, Y., Masood, M., Zainul, N. N., Araby, N. B., Hussain S. F., & Newton, T. (2013). Impact of malocclusion on oral health related quality of life in young people.	√	√	Participantes (<18anos)

(continuação)

<b>Número</b>	<b>Artigo - Título</b>	<b>Resumo</b>	<b>Texto integral</b>	<b>Motivo de exclusão</b>
11	Perea, C., Suárez-García, M.J., Del Río, J., Torres-Lagares, D., Montero, J., & Castillo-Oyagüe, R. (2013). Oral health-related quality of life in complete denture wearers depending on their socio-demographic background, prosthetic-related factors and clinical condition.	√	√	-----
12	Reissmann, D. R., Sierwald, I., Heydecke, G., & John, M.T. (2013). Interpreting one oral health impact profile point.	√	√	Não avalia a QdVRSO
13	Heiberg, T., Nordby, T., Kvien, T. K., & Buanes, T. (2013). Development and preliminary validation of the pancreatic cancer disease impact score.	√	√	Não avalia a QdVRSO
14	Musurlieva, N., Stoykova, M., & Boyadjiev, D. (2012). Validation of a scale assessing the impact of periodontal diseases on patients'quality of life in Bulgaria (pilot research).	√	√	Não é um instrumento validado
15	Freemantle, N., Meneghini, L., Christensen, T., Wolden, M. L., Jendle, J., & Ratner, R. (2013). Insulin degludec improves health-related quality of life (SF-36®) compared with insulin glargine in people with Type 2 diabetes starting on basal insulin: a meta-analysis of phase 3a trials.	√	√	Não avalia a QdVRSO
16	Zanatta, F. B., Ardenghi, T. M., Antoniazzi, R. P., Pinto, T. M., & Rösing, C. K. (2012). Association between gingival bleeding and gingival enlargement and oral health-related quality of life (OHRQoL) of subjects under fixed orthodontic treatment: a cross-sectional study.	√	√	Participantes (<18 anos; inclui a partir dos 15 anos)
17	Zhang, X. W., Liu, Z. H., Hu, X. W., Yuan, Y. Q., Bai, W. J., Wang, X. F., Shen, H., & Zhao Y. P. (2012). Androgen replacement therapy improves psychological distress and health-relatedquality of life in late onset hypogonadism patients in Chinese population.	√	√	Não avalia a QdVRSO
18	Spalj, S., Peric, D., Zrinski, M., Bulj, M., & Plancak, D. (2012). Predictive value of dental readiness and psychological dimensions for oral health-related quality of life in Croatian soldiers: a cross-sectional study.	√	√	Não associa variáveis clínicas
19	Khan, S. A., Moorthy, J., Omar, H., & Hasan, S. S. (2012). People living with HIV/AIDS (PLWHA) and HIV/AIDS associated oral lesions; a study in Malaysia.	√	√	Doença sistêmica que afeta a saúde oral (HIV)
20	Slade, G.D. (2012). Oral health-related quality of life is important for patients, but what about populations?	√	√	Revisão de literatura
21	Fukai, K., Yoshino, K., Ohyama, A., & Takaesu, Y. (2012). Dental patient preferences and choice in clinical decision-making.	√	√	Não avalia a QdVRSO

(continuação)

<b>Número</b>	<b>Artigo - Título</b>	<b>Resumo</b>	<b>Texto integral</b>	<b>Motivo de exclusão</b>
22	Boman, U. W., Wennström, A., Stenman, U., & Hakeberg, M. (2012). Oral health-related quality of life, sense of coherence and dental anxiety: an epidemiological cross-sectional study of middle-aged women	√	√	Não associa variáveis clínicas
23	Kotzer, R.D., Lawrence, H.P., Clovis, J.B., & Matthews, D.C. (2012). Oral health-related quality of life in an aging Canadian population.	√	√	Não associa variáveis clínicas
24	Takemae, R., Uemura, T., Okamoto, H., Matsui, T., Yoshida, M., Fukazawa, S., Tsuchida, K., Teruya, K., & Tsunoda, T. (2012). Changes in mental health and quality of life with dental implants as evaluated by General Health Questionnaire (GHQ) and Health Utilities Index (HUI).	√	√	Não avalia a QdVRSO
25	Cinar, N., Harmanci, A., Demir, B., & Yildiz, B.O. (2012). Effect of an oral contraceptive on emotional distress, anxiety and depression of women with polycystic ovary syndrome: a prospective study.	√	√	Não avalia a QdVRSO
26	Ferreira, M. C., Goursand, D., Bendo, C. B., Ramos-Jorge, M. L., Pordeus, I. A., & Paiva, S. M (2012). Agreement between adolescents' and their mothers' reports of oral health-related quality of life.	√	√	Participantes (<18anos; adolescentes)
27	Al Habashneh, R., Khader, Y.S., & Salameh, S. (2012). Use of the Arabic version of Oral Health Impact Profile-14 to evaluate the impact of periodontal disease on oral health-related quality of life among Jordanian adults.	√	√	-----
28	Botello-Harbaum, M. T., Matthews, A. G., Collie, D., Vena, D. A., Craig, R. G., Curro, F. A., Thompson, V. P., & Broder, H. L (2012). Level of oral health impacts among patients participating in PEARL: a dental practice-based research network. PEARL Network.	√	√	Não associa variáveis clínicas
29	Miettinen, O., Lahti, S., & Sipilä, K. (2012). Psychosocial aspects of temporomandibular disorders and oral health-related quality-of-life.	√	√	-----
30	De Boer, S., & Wilsher, M.L. (2012). Validation of the Sarcoidosis Health Questionnaire in a non-US population.	√	√	Não avalia a QdVRSO
31	Frick, K. D., Drye, L. T., Kempen, J. H., Dunn, J. P., Holland, G. N., Latkany, P., ... & Holbrook J. T. (2012). Associations among visual acuity and vision- and health-related quality of life among patients in the multicenter uveitis steroid treatment trial.	√	√	Não avalia a QdVRSO
32	Liu, L.J., Xiao, W., He, Q.B. & Jiang, W.W. (2012). Generic and oral quality of life is affected by oral mucosal diseases.	√	√	Participantes (<18anos; inclui a partir dos 14 anos)

(continuação)

<b>Número</b>	<b>Artigo - Título</b>	<b>Resumo</b>	<b>Texto integral</b>	<b>Motivo de exclusão</b>
33	Divaris, K., Lee, J. Y., Baker, A. D., & Vann, W. F. (2011). The relationship of oral health literacy with oral health-related quality of life in a multi-racial sample of low-income female caregivers.	√	√	Não associa variáveis clínicas
34	Almeida, G. Q., Noblat, L. A., Passos, L. C., & Nascimento, H. F. (2011). Quality of life analysis of patients in chronic use of oral anticoagulant: an observational study.	√	√	Não avalia a QdVRSO
35	Cinar, N., Kizilarslanoglu, M. C., Harmanci, A., Aksoy, D. Y., Bozdog, G., Demir, B., & Yildiz, B. O. (2011). Depression, anxiety and cardiometabolic risk in polycystic ovary syndrome.	√	√	Não avalia a QdVRSO
36	Motallebnejad, M., Hadian, H., Mehdizadeh, S., & Hajiahmadi, M. (2011). Validity and reliability of the Persian version of the oral health impact profile (OHIP)-14.	√	√	-----
37	Chua, S. L., Maurer, T., & Chren, M.M. (2011). Adaptation of a Runyankore version of Skindex-16 for oral administration in Mbarara, Uganda.	√	√	Não avalia a QdVRSO
38	Souza, F.T., Santos, T.P., Bernardes, V.F., Teixeira, A.L., Kümmer, A.M., Silva, T.A., & Abreu, M.H. (2011). The impact of burning mouth syndrome on health-related quality of life.	√	√	Não indica instrumento validado
39	Rusanen, J., Silvola, A. S., Tolvanen, M., Pirttiniemi, P., Lahti, S., & Sipilä, K. (2012). Pathways between temporomandibular disorders, occlusal characteristics, facial pain, and oral health-related quality of life among patients with severe malocclusion.	√	√	-----
40	Shalish, M., Cooper-Kazaz, R., Ivgi, I., Canetti, L., Tsur, B., Bachar, E., & Chaushu, S. (2012). Adult patients' adjustability to orthodontic appliances. Part I: a comparison between Labial, Lingual, and Invisalign™.	√	√	Não avalia a QdVRSO
41	Silvola, A. S., Rusanen, J., Tolvanen, M., Pirttiniemi, P., & Lahti, S. (2012). Occlusal characteristics and quality of life before and after treatment of severe malocclusion.	√	√	-----
42	Yiengprugsawan, V., Somkotra, T., Seubsman, S.A. & Sleight, A.C. (2011). Oral Health-Related Quality of Life among a large national cohort of 87,134 Thai adults.	√	√	Participantes (<18 anos)
43	Wan, L. S., Lee, T.F., Chien, C.Y., Chao, P.J., Tsai, W.L., & Fang, F.M. (2011). Health-related quality of life in 640 head and neck cancer survivors after radiotherapy using EORTC QLQ-C30 and QLQ-H&N35 questionnaires.	√	√	Participantes (submetidos a radioterapia)

(continuação)

Número	Artigo - Título	Resumo	Texto integral	Motivo de exclusão
44	Makhija, S. K., Gilbert, G. H., Clay, O. J., Matthews, J. C., Sawyer, P., & Allman, R. M. (2011). Oral health-related quality of life and life-space mobility in community-dwelling older adults.	√	√	Não associa variáveis clínicas
45	Silveira, A. P., Gonçalves, J., Sequeira, T., Ribeiro, C., Lopes, C., Monteiro, E., & Pimentel, F. L. (2011). Geriatric oncology: comparing health related quality of life in head and neck cancer patients.	√	√	Participantes (cancro cabeça e pescoço)
46	Park, M. S., & Ryu, S. A. (2010). [Degree of dry mouth and factors influencing oral health-related quality of life for community-dwelling elders].	√	√	Idioma: coreano
47	Silveira, A. P., Gonçalves, J., Sequeira, T., Ribeiro, C., Lopes, C., Monteiro, E., & Pimentel, F. L. (2010). Patient reported outcomes in head and neck cancer: selecting instruments for quality of life integration in clinical protocols.	√	√	Participantes (cancro cabeça e pescoço)
48	Inukai, M., John, M.T., Igarashi, Y., & Baba, K. (2010). Association between perceived chewing ability and oral health-related quality of life in partially dentate patients.	√	√	-----
49	Hermanns, N., Mahr, M., Kulzer, B., Skovlund, S. E., & Haak, T. (2010). Barriers towards insulin therapy in type 2 diabetic patients: results of an observational longitudinal study.	√	√	Não avalia a QdVRSO
50	Kleefstra, N., Hortensius, J., Logtenberg, S. J., Slingerland, R. J., Groenier, K. H., ... & Bilo, H. J. (2010). Self-monitoring of blood glucose in tablet-treated type 2 diabetic patients (ZODIAC).	√	√	Não avalia a QdVRSO
51	Sardenberg, F., Oliveira, A. C., Paiva, S. M., Auad, S. M., & Vale, M. P. (2011). Validity and reliability of the Brazilian version of the psychosocial impact of dental aesthetics questionnaire	√	√	-----
52	Bernabé, E., Marcenes, W., Mather, J., Phillips, C., & Fortune, F. (2010). Impact of Behçet's syndrome on health-related quality of life: influence of the type and number of symptoms.	√	√	Participantes (doença de Behçet)
53	Tjakkes, G. H., Reinders, J. J., Tenvergert, E. M. & Stegenga, B. (2010). TMD pain: the effect on health related quality of life and the influence of pain duration.	√	√	Não associa variáveis clínicas
54	Parker, E. J., & Jamieson, L. M. (2010). Associations between indigenous Australian oral health literacy and self-reported oral health outcomes	√	√	Não associa variáveis clínicas
55	Montero, J., Bravo, M., Vicente, M. P., Galindo, M. P., López, J. F., & Albaladejo, A. (2010). Dimensional structure of the oral health-related quality of life in healthy Spanish workers.	√	√	Não avalia a QdVRSO

(continuação)

<b>Número</b>	<b>Artigo - Título</b>	<b>Resumo</b>	<b>Texto integral</b>	<b>Motivo de exclusão</b>
56	Baghianimoghadam, M. H., Afkhami, A. M., & Baghianimoghadam, B. (2009). Effect of education on improvement of quality of life by SF-20 in type 2 diabetic patients.	√	√	Não avalia a QdVRSO
57	Cella, D., Michaelson, M. D., Bushmakin, A. G., Cappelleri, J. C., Charbonneau, C., Kim, S.T., Li, J.Z., Motzer, R.J. (2010). Health-related quality of life in patients with metastatic renal cell carcinoma treated with sunitinib vs interferon-alpha in a phase III trial: final results and geographical analysis.	√	√	Não avalia a QdVRSO
58	Tsunoda, A., Nakao, K., Watanabe, M., Matsui, N., & Tsunoda, Y. (2010). Health-related quality of life in patients with colorectal cancer who receive oraluracil and tegafur plus leucovorin.	√	√	Não avalia a QdVRSO
59	Gunasekaran, T., Tolia, V., Colletti, R.B., Gold, B.D., Traxler, B., Illueca, M., & Crawley, J.A. (2009). Effects of esomeprazole treatment for gastroesophageal reflux disease on quality of life in 12- to 17-year-old adolescents: an international health outcomes study.	√	√	Não avalia a QdVRSO
60	Khdour, M.R., Kidney, J.C., Smyth, B. M., & McElnay, J. C. (2009). Clinical pharmacy-led disease and medicine management programme for patients with COPD.	√	√	Não avalia a QdVRSO
61	López-Jornet, P., Camacho-Alonso, F., & Berdugo, M. (2009). Measuring the impact of oral mucosa disease on quality of life	√	X	Não permite aceder ao texto completo
62	Kumar, S., Bhargav, P., Patel, A., Bhati, M., Balasubramanyam, G., Duraiswamy, P., & Kulkarni, S. (2009). Does dental anxiety influence oral health-related quality of life? Observations from a cross-sectional study among adults in Udaipur district, India.	√	√	Participantes (<18 anos; inclui a partir dos 15anos)
63	Al-Bitar ZB, Al-Omari IK, Al-Ahmad HT, El Maaytah MA, Cunningham SJ. (2009). A comparison of health-related quality of life between Jordanian and British orthognathic patients.	√	√	Participantes (<18 anos; inclui a partir dos 16 anos)
64	Wyndaele, J. J., Goldfischer, E. R., Morrow, J. D., Gong, J., Tseng, L. J., Guan, Z., & Choo, M. S. (2009). Effects of flexible-dose fesoterodine on overactive bladder symptoms and treatment satisfaction: an open-label study.	√	√	Não avalia a QdVRSO
65	Pereira, T. C., Brasolotto, A. G., Conti, P. C., & Berretin-Felix, G. (2009). Temporomandibular disorders, voice and oral quality of life in women.	√	√	-----

(continuação)

<b>Número</b>	<b>Artigo - Título</b>	<b>Resumo</b>	<b>Texto integral</b>	<b>Motivo de exclusão</b>
66	Montero, J., Bravo-Pérez, M., Albaladejo-Martínez, A., Hernández-Martín, L.A., & Rosel-Gallardo, E.M. (2009). Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain.	√	√	-----
67	Wright, W. G., Jones, J. A., Spiro, A., Rich, S. E., Kressin, N. R. (2009). Use of patient self-report oral health outcome measures in assessment of dental treatment outcomes.	√	√	-----
68	Montero, J., Bravo, M., & Albaladejo, A. (2008). Validation of two complementary oral-health related quality of life indicators (OIDP and OSS 0-10) in two qualitatively distinct samples of the Spanish population.	√	√	-----
69	Skough, K., Krossén, C., Heiwe, S., Theorell, H., & Borg, K. (2008). Effects of resistance training in combination with coenzyme Q10 supplementation in patients with post-polio: a pilot study.	√	√	Não avalia a QdVRSO
70	MacEntee, M. I., & Prosth, D. (2007). Quality of life as an indicator of oral health in older people.	√	√	Revisão de literatura
71	Jung, S.H., Ryu, J.I., Tsakos, G., & Sheiham, A. (2008). A Korean version of the Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) scale in elderly populations: validity, reliability and prevalence.	√	√	Não associa variáveis clínicas
72	Azuma, S., Kohzuki, M., Saeki, S., Tajima, M., Igarashi, K. & Sugawara, J. (2008). Beneficial effects of orthodontic treatment on quality of life in patients with malocclusion.	√	√	Participantes (< 18 anos)
73	Naito, M., Suzukamo, Y., Ito, H.O. & Nakayama, T. (2007). Development of a Japanese version of the Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) scale: a pilot study.	√	√	Não associa variáveis clínicas
74	Tajima, M., Kohzuki, M., Azuma, S., Saeki, S., Meguro, M., & Sugawara, J. (2007). Difference in quality of life according to the severity of malocclusion in Japanese orthodontic patients.	√	√	Participantes (<18 anos)
75	Borggreven, P.A., Verdonck-de, L., Muller, M. J., Heiligers, M. L., de Bree, R., Aaronson, N. K. & Leemans, C.R. (2007). Quality of life and functional status in patients with cancer of the oral cavity and oropharynx: pretreatment values of a prospective study.	√	√	Participantes (cancro da cavidade oral e orofaringe)
76	Lucena, L. B., Kosminsky, M., Costa, L. J., & Góes, P. S. (2006). Validation of the Portuguese version of the RDC/TMD Axis II questionnaire.	√	√	Não avalia a QdVRSO
77	Andrade, F. P., Antunes, J. L., & Durazzo, M.D. (2006). Evaluation of the quality of life of patients with oral cancer in Brazil.	√	√	Condição clínica (cancro)

(continuação)

<b>Número</b>	<b>Artigo - Título</b>	<b>Resumo</b>	<b>Texto integral</b>	<b>Motivo de exclusão</b>
78	Thomson, W. M., Lawrence, H. P., Broadbent, J. M., & Poulton, R. (2006). The impact of xerostomia on oral-health-related quality of life among younger adults	√	√	-----
79	Dinç, G., Eser, E., Saatli, G.L., Cihan, U. A., Oral, A., Baydur, H., & Ozcan, C. (2006). The relationship between obesity and health related quality of life of women in a Turkish city with a high prevalence of obesity.	√	√	Não avalia a QdVRSO
80	Brennan, D. S., Singh, K. A., Spencer, A.J., & Roberts-Thomson, K.F. (2006). Positive and negative affect and oral health-related quality of life.	√	√	Não avalia a QdVRSO
81	Brennan, D. S., & Spencer A. J. (2006). Mapping oral health related quality of life to generic health state values.	√	√	Participantes (não referem idade)
82	Hyde, S., Satariano, W. A., & Weintraub, J. A. (2006). Welfare dental intervention improves employment and quality of life.	√	√	N=377 → 173 elevada perda de participantes
83	Morin, N. M., Dye, B. A., & Hooper, T. I. (2005). Influence of cigarette smoking on the overall perception of dental health among adults aged 20-79 years, United States, 1988-1994.	√	√	Não utilizam instrumentos validados
84	Khanna, D., Clements, P. J., Furst, D. E., Chon, Y., Elashoff, R., Roth, M. D., ... Tashkin, D. P. (2005). Correlation of the degree of dyspnea with health-related quality of life, functional abilities, and diffusing capacity for carbon monoxide in patients with systemic sclerosis and active alveolitis: results from the Scleroderma Lung Study.	√	√	Não avalia a QdVRSO
85	Fang, F. M., Tsai, W. L., Chien, C. Y., Chiu, H. C., & Wang, C.J. (2004). Health-related quality of life outcome for oral cancer survivors after surgery and postoperative radiotherapy.	√	√	Não avalia a QdVRSO
86	Vitale, S., Goodman, L. A., Reed, G. F., & Smith, J.A. (2004). Comparison of the NEI-VFQ and OSDI questionnaires in patients with Sjögren's syndrome-related dry eye.	√	√	Não avalia a QdVRSO
87	Maddigan, S. L., Majumdar, S. R., Toth, E. L., Feeny, D. H., & Johnson J. A. (2003). Health-related quality of life deficits associated with varying degrees of disease severity in type 2 diabetes.	√	√	Não avalia a QdVRSO
88	de La Fuente, C. R., de La Iglesia, M. F., Ramos, P. V., Pellicer, V. C., Nicolás, M. R., & Diz-Lois, M. F. (2001). Factor analysis of the health related quality of life of patients with stable chronic obstructive pulmonary disease.	√	√	Não avalia a QdVRSO
89	Hammerlid, E., & Taft, C. (2001). Health-related quality of life in long-term head and neck cancer survivors: a comparison with general population norms.	√	√	Não avalia a QdVRSO

(continuação)

<b>Número</b>	<b>Artigo - Título</b>	<b>Resumo</b>	<b>Texto integral</b>	<b>Motivo de exclusão</b>
90	Dyer, C. A., Hill, S. L., Stockley, R. A., & Sinclair, A.J. (1999). Quality of life in elderly subjects with a diagnostic label of asthma from general practice registers.	√	√	Não avalia a QdVRSO
91 B-ON (24)	Maida, C., Marcus, M. Spolsky, Wang, Y., & Liu, H. (2012). Socio-behavioral predictors of self-reported oral health-related quality of life.	√	√	Não associa variáveis clínicas
92	Hsu, K., Lee, H., Wu, Y., Lan, S., Huang, S., & Yen, Y. (2014). Masticatory factors as predictors of oral health-related quality of life among elderly people in Kaohsiung City, Taiwan.	√	√	-----
93	Østertun, G. A., Øverland, B., Heimdal, K., Storhaug, K., Asten, P., & Akre, H. (2013). Association between obstructive sleep apnea and health-related quality of life in individuals affected with Treacher Collins syndrome.	√	√	Não avalia QdVRSO
94	Yiengprugsawan, V., Somkotra, T., Seubsman, S. A., & Sleigh, A. C. (2011). Oral Health-Related Quality of Life among a large national cohort of 87,134 Thai adults.	√	√	Participantes (<18 anos)
95	Yiengprugsawan, V., Somkotra, T., Seubsman, S.A. & Sleigh, A. C. (2011). Oral Health-Related Quality of Life among a large national cohort of 87,134 Thai adults.	√	√	Duplicado do anterior
96	Zheng, J., Wong, M., & Lam, C. (2011). Key factors associated with oral health-related quality of life in Hong Kong Chinese adults with orofacial pain.	√	√	-----
97	Montero, J., Bravo, M., Vicente, M. P., Galindo, M. P., López, J. F., & Albaladejo, A. (2010). Dimensional structure of the oral health-related quality of life in healthy Spanish workers.	√	√	Duplicado (35 da PubMed)
98	Barbosa, T. S, Tureli, M. C., Nobre-dos-Santos, M., Puppim-Rontani, R. M., & Gavião, M. B. (2013). The relationship between oral conditions, masticatory performance and oralhealth-related quality of life in children	√	√	Participantes (< 18 anos)
99	Munz, S. M., Edwards, S. P., & Inglehart, M. R. (2011). Oral health-related quality of life, and satisfaction with treatment and treatment outcomes of adolescents/young adults with cleft lip/palate: an exploration.	√	√	Participantes (< 18 anos; crianças)
100	Huang, I. C., Hwang, C. C., Wu, M. Y., Lin, W., Leite, W., & Wu, A. W. (2008). Diabetes-Specific or Generic Measures for Health-Related Quality of Life? Evidence from Psychometric Validation of the D-39 and SF-36.	√	√	Não avalia QdVRSO
101	Luscombe, F. A. (2000). Health-Related Quality of Life Measurement in Type 2 Diabetes.	√	√	Não avalia QdVRSO

(continuação)

<b>Número</b>	<b>Artigo - Título</b>	<b>Resumo</b>	<b>Texto integral</b>	<b>Motivo de exclusão</b>
102	Juniper, E. F., Guyatt, G. H., Feeny, D. H., Ferrie, P. J., Griffith, L. E., & Townsend, M. (1996). Measuring quality of life in children with asthma.	√	√	Não avalia QdVRSO
103	Gil-Montoya, J. A., Ponce, G., Sánchez, L., Barrios, R., Llodra, J. C., & Bravo, M. (2013). Association of the oral health impact profile with malnutrition risk in Spanish elders.	√	√	-----
104	Frejman, M., Vargas, I., Rösing, C., & Closs, L. (2013). Dentofacial Deformities Are Associated With Lower Degrees of Self-Esteem and Higher Impact on Oral Health-Related Quality of Life: Results From an Observational Study Involving Adults.	√	√	Não refere a versão utilizada
105	Goyal, A., Sharma, A., Gaur, T., Singh, J., Pachori, Y., Chhabra, K. G., & Chhabra, C. (2014). Impact of dental fear on oral health-related quality of life among school going and non-school going children in Udaipur city: A cross-sectional study.	√	√	Participantes (< 18 anos; crianças)
106	Montero, J., Bravo, M., & Albaladejo, A. (2008). Validation of two complementary oral-health related quality of life indicators (OIDP and OSS 0-10) in two qualitatively distinct samples of the Spanish population.	√	√	Duplicado (artigo 68 PubMed)
107	Locker, D., & Gibson, B. (2005). Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations.	√	√	-----
108	Hjermstad, M. J., Bergenmar, M., Fisher, S. E., Montel, S., Nicolatou-Galitis, O., Raber-Durlacher, J., ... Herlofson, B. B. (2012). The EORTC QLQ-OH17: A supplementary module to the EORTC QLQ-C30 for assessment of oral health and quality of life in cancer patients.	√	√	Não avalia a QdVRSO
109	Gee, L., Abbott, J., Hart, A., Conway, S. P., Etherington, C., & Webb, A. K. (2005). Associations between clinical variables and quality of life in adults with cystic fibrosis.	√	√	Não avalia a QdVRSO
110	Klijin, P. H., van Stel, H. F., Quittner, A. L., van der, Net, J., Doeleman, W., van der Schans, C. P., & van der Ent, C. K. (2004). Validation of the Dutch cystic fibrosis questionnaire (CFQ) in adolescents and adults.	√	√	Não avalia a QdVRSO
111	Page, L., Thomson, W. M., Mohamed, A. R., & Traebert, J. (2011). Performance and cross-cultural comparison of the short-form version of the CPQ11-14 in New Zealand, Brunei and Brazil	√	√	Participantes (< 18 anos; crianças)
112	Pahel, B. T., Rozier, R. G., & Slade, G. D. (2007). Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health mpact Scale (ECOHIS).	√	√	Participantes (< 18 anos; crianças)

(continuação)

Número	Artigo - Título	Resumo	Texto integral	Motivo de exclusão
113	Renner - Sitar, K., Petricevic, N., Celebic, A., & Marion, L. (2008). Psychometric Properties of Croatian and Slovenian Short Form of Oral Health Impact Profile Questionnaires	√	√	-----
114	De Sousa, P., Mendes, F., Imparato, J., & Ardenghi, T. (2009). Differences in responses to the Oral Health Impact Profile (OHIP14) used as a questionnaire or in an interview.	√	√	Não refere que instrumento (versão) foi utilizado
115 SciELO (2)	Miotto, M H., Barcellos, L. A., & Velten, D. B. (2012). Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste	√	√	Não associa variáveis clínicas
116	Santos, C. M. Hugo, F., Leal, A., & Hilgert, J. (2013). Comparison of two assessment instruments of quality of life in older adults	√	√	Não associa variáveis clínicas

Nota: Nesta fase de seleção, o estudo foi automaticamente eliminado desde que um dos critérios de inclusão não fosse contemplado.

Quadro 2.

*Primeira fase de seleção de publicações*

Duplicado	Idioma que não Inglês, Espanhol ou Português	Sem texto completo
95, 97, 106	46 (coreano)	61
3	1	1
Total (1ª fase): 5 eliminados		

Quadro 3.

*Segunda fase de seleção de publicações*

<b>Não avalia QDVRSO</b>	<b>Não associa variáveis clínicas</b>	<b>Participantes &lt;18anos ou não refere idade</b>	<b>Doenças/ tratamentos com sintomas sistêmicos e orais</b>	<b>Instrumentos não validados ou versão usada</b>	<b>Revisão de literatura</b>
4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 17, 21, 24, 25, 30, 31, 34, 35, 37, 40, 49, 50, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 64, 69, 76, 79, 80, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 100, 101, 102, 108, 109, 110	3, 18, 22, 23, 28, 33, 44, 53, 54, 71, 73, 91, 115, 116	1, 10, 16, 26, 32, 42, 62, 63, 72, 74, 81, 94, 98, 99, 105, 111, 112	19, 43, 45, 47, 52, 75, 77	2, 14, 38, 83, 104, 114	20, 70
46	14	17	7	6	2
<b>92 eliminados</b>					

**Publicações selecionadas para análise final: 19**

2 (Pistorius et al.); 11 (Perea et al.); 27 (Al Habashneh et al.); 29 (Miettinen et al.); 36 (Motallebnejad et al.); 39 (Rusanen et al.); 41 (Silvola et al.); 48 (Inukai et al.); 51 (Sardenberg et al.); 65 (Pereira et al.); 66 (Montero et al., 2009); 67 (Wright et al.); 68 (Montero et al., 2008); 78 (Thomson et al.); 92 (Hsu et al.); 96 (Zheng et al.); 103 (Gil et al.); 107 (Locker et al.); 113 (Rener et al.)

## **Anexo B**

**Estudo 1:** Pistorius, J., Horn, J.G., Pistorius, A. & Kraft, J. (2013). Oral health-related quality of life in patients with removable dentures. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*, 123. Research and Science. Recuperado de: [http://www.sso.ch/doc/doc\\_download.cfm?uuid=0EF3EAA4DA4B153C1B1513561D33EB17](http://www.sso.ch/doc/doc_download.cfm?uuid=0EF3EAA4DA4B153C1B1513561D33EB17).

Desenho do estudo e amostra	Objetivo e instrumento utilizado	Modelo conceitual, domínios avaliados e número de itens	Outras variáveis em estudo
Observacional Transversal  Alemanha N=243 M=63 DP=11,6 (22-92 anos)	Determinar os fatores relacionados com QdVRSO em indivíduos com prótese dentária removível) através do GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index de Atchinson & Dolan, 1990) na versão alemã de Hassel et al. (2006)	12 questões Escala tipo Likert de frequência (1-6) 6 opções de resposta (“ <i>always</i> ”, “ <i>very often</i> ”, “ <i>often</i> ”, “ <i>sometimes</i> ”, “ <i>rarely</i> , <i>never</i> ”) Pontuação total: por soma, variando entre 12 e 72. Quanto maior o valor numérico, melhor a QdVRSO.  A QdV pode diminuir por desvantagens funcionais ou estéticas (pelo uso de prótese dentária), reduzindo a capacidade em participar em atividades diárias. Estas atividades são influenciadas pelo ambiente social em que está envolvida, pelo seu nível económico, suas responsabilidades e constituição biológica.	-Sociodemográficas (idade, sexo, rendimento, estado civil, localidade de residência)  - Clínicas: número de dentes, qualidade de restauração protética, satisfação com a prótese dentária; Approximal Plaque Index (API), the Sulcular Bleeding Index (SBI) and the Decayed, Missing, Filled Teeth (DMFT)  - Comportamentais: frequência de visitas ao dentista, consumo de tabaco

#### Resultados/conclusões

Não apresenta valores de alfa de Cronbach (fidelidade)  
Verificam-se melhores pontuações obtidas no GOHAI (logo, melhor QdVRSO): viver em uma área rural, um maior número de dentes, a qualidade da restauração protética, a satisfação com as próteses dentárias, maior idade, rendimento elevado, maior frequência de visitas ao dentista; ausência de uso do tabaco.  
O estado civil teve um impacto sobre QdVRSO (viúvos e casados apresentaram os valores mais altos enquanto que indivíduos solteiros apresentaram os valores mais baixos)  
Indivíduos que apresentam mais de 10 dentes possuem uma melhor QdVRSO do que aqueles que apresentam menos de 10 dentes  
O motivo mais frequente para a insatisfação com as próteses foi a estética, apesar de que, com o aumento da idade, os aspetos funcionais substituíam a importância dos aspetos estéticos bem como a insatisfação.  
Os indivíduos da área rural tiveram, em média, melhores valores no GOHAI, provavelmente pela menor exigência em ter uma prótese removível ou por apresentarem melhores estratégias de resolução de problemas ou por um melhor sistema de apoio social.

**Estudo 2:** Perea, C., Suárez-García, M.J., Del Río, J., Torres-Lagares, D., Montero, J., & Castillo-Oyagüe R. (2013). Oral health-related quality of life in complete denture wearers depending on their socio-demographic background, prosthetic-related factors and clinical condition. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 18, e371–e380. doi: 10.4317/medoral.18648.

<b>Desenho do estudo e amostra</b>	<b>Objetivo e instrumento utilizado</b>	<b>Modelo conceptual, domínios avaliados e número de itens</b>	<b>Outras variáveis em estudo</b>
Observacional transversal Espanha  N=51 (50-90 anos)	Investigar as diferenças do impacto na QdVRSO entre indivíduos com próteses dentárias de acordo com as características sociodemográficas, fatores relacionados com prótese dentária e com estado oral através do OHIP-14 validado para espanhol por Montero-Martín, Bravo-Pérez, Albaladejo-Martínez, Hernández-Martin e Gallardo (2009)	14 itens (método aditivo)  7 dimensões com base no modelo de saúde oral de Locker	Caraterísticas sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade)  Fatores comportamentais (consumo de bebidas e de tabaco), Fatores relacionados com a prótese (data de colocação, localização e tipo de prótese) e estado oral (realizado pelo mesmo profissional: tempo de edentulismo, mobilidade da mucosa. Presença de estomatite protética, sensação de boca seca e necessidade de tratamento)

#### **Resultados/conclusões**

A média de tempo de edentulismo foi de 15,5 ( $DP= 13,1$ ) anos.

Estomatite por prótese foi encontrada em 5,9% dos indivíduos, 21,6% refere sensação de boca seca, 80,4% não exige tratamento relacionado com prótese, 13,7% necessidade de reparar ou mudar as suas próteses, 5,9% exige controlo médico para as suas lesões orais, 23,5% relatam pelo menos um impacto de forma ocasional ou mais frequente, durante o último mês.

Tendo em conta o limiar > ou igual a 2, que refere presença de impacto, verificaram-se como afetadas as seguintes dimensões: limitação funcional (23,5% de prevalência), dor física (15,7%), incapacidade física (11,7%).

O uso de próteses totais convencionais gera impactos negativos na QdVRSO de indivíduos idosos, principalmente no caso de próteses da mandíbula que exigem reparação ou substituição, em contraste com o que acontece com próteses totais removíveis.

A estomatite protética foi sempre associada a outras doenças graves que podem ter influenciado perceção de desconforto com as próteses, pelo que os indivíduos necessitaram de ser medicados com analgésicos diariamente..

A incapacidade física foi o terceiro domínio mais afetado, revelando insatisfação acentuada com a dieta e interrupção das refeições. A alteração do paladar e o medo de perder a prótese enquanto come ou fala são consequências das limitações intrínsecas do tratamento completo com prótese, como baixo desempenho mastigatório, retenção e estabilidade comprometida.

Nenhum participante referiu sentir-se nervoso durante as suas reabilitações.

Verifica-se que a maior incidência do domínio social corresponde a estar preocupado, interrupção do sono e dificuldade em trabalhar.

Não se identificaram diferenças entre o sexo masculino e feminino, no entanto parece haver uma maior tendência para os homens experienciarem maior impacto e menor satisfação.

Não foram encontradas diferenças significativas entre os diferentes estados civis.

Apresentar edentulismo e utilizar prótese há menos de 5anos → maior impacto (hipótese: pouco tempo de adaptação)

**Estudo 3:** Al Habashneh, R., Khader, Y.S., & Salameh, S. (2012). Use of the Arabic version of Oral Health Impact Profile-14 to evaluate the impact of periodontal disease on oral health-related quality of life among Jordanian adults. *Journal of Oral Science*, 54, 113-120. <http://dx.doi.org/10.2334/josnusd.54.11>.

<b>Desenho do estudo e amostra</b>	<b>Objetivo e instrumento utilizado</b>	<b>Modelo conceptual, domínios avaliados e número de itens</b>	<b>Outras variáveis em estudo</b>
Observacional transversal N= 400 entre 18 e 60 anos (M= 36,7; DP=11,9)	avaliar o impacto das doenças periodontais na QdVRSO através do OHIP-14	14 itens 7dimensões Escala Likert 5 pontos Método aditivo Pontuação varia entre 0 e 56  Alfa de Cronbach=0,89 (elevada consistência interna) Correlação entre subescalas e valor toral variou entre 0,64 e 0,77. Fidelidade teste-reteste variou entre 0,81 e 0,97 para itens individuais e entre 0,85 e 0,97 para pontuações de subescalas, indicando que são reproduzíveis em diferentes situações→40 indivíduos responderam em 2 ocasiões distintas (7dias). A validade de itens foi considerada satisfatória quando correlações entre itens é superior a 0,40 e quando a correlação entre itens e escala hipotética (correção por sobreposição) era superior do que a correlação entre itens e outras escalas (validade discriminante). Alfa de Cronbach foi considerado aceitável (maior ou igual a 0,70)	41,8% gengivite crónica  19,8% periodontite ligeira 23,3% periodontite moderada 15,3% periodontite severa

**Resultados/conclusões**

Verifica-se uma associação estatisticamente significativa entre a gravidade da doença periodontal e os valores obtidos no OHIP ( $p<0,05$ ).  
A periodontite severa crónica apresenta um impacto negativo elevado na QdV sobretudo nas dimensões Dor física e Incapacidade (*disability*) física.

<b>Estudo 4:</b> Miettinen, O., Lahti, S., & Sipilä, K. (2012). Psychosocial aspects of temporomandibular disorders and oral health-related quality-of-life. <i>Acta Odontologica Scandinavica</i> 70, 331-6. doi: 10.3109/00016357.2011.654241.			
<b>Desenho do estudo e amostra</b>	<b>Objetivo e instrumento utilizado</b>	<b>Modelo conceptual, domínios avaliados e número de itens</b>	<b>Outras variáveis em estudo</b>
Observacional transversal  Finlândia  N=149 (M=43,5; DP=13,1 anos) n=79 com disfunções temporomandibulares n=70 sem disfunções temporomandibulares	Avaliar a associação entre aspetos psicossociais das disfunções/distúrbios temporomandibulares e a QdVRSO; investigar diferenças de género nessas associações, utilizando grupo de indivíduos e de não-indivíduos  OHIP-14 (versão finlandesa de Lahti et al. 2008)	Modelo de saúde oral de Locker, 1988 14 itens 7 dimensões	Os critérios para o diagnóstico de disfunções temporomandibular (TMD) através de 2 eixos: - um que reconhece os sintomas físicos (eixo I) e outro que reconhece os fatores psicossociais (eixo II - escala de dor crónica, depressão e somatização)
<b>Resultados/conclusões</b>			
Disfunções temporomandibulares (TMD) estão associadas à QdVRSO sobretudo com somatização e depressão, enfatizando a importância de um tratamento precoce e efetivo da TMD			

<b>Estudo 5:</b> Motalebnejad, M., Hadian, H., Mehdizadeh, S., & Hajiahmadi, M. (2011). Validity and reliability of the Persian version of the oral health impact profile (OHIP)-14. <i>Caspian Journal of Internal Medicine</i> , 2, 314-320. Recuperado de: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3895829/pdf/cjim-2-314.pdf">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3895829/pdf/cjim-2-314.pdf</a> .			
<b>Desenho do estudo Amostra</b>	<b>Objetivo e instrumento utilizado</b>	<b>Modelo conceptual, domínios avaliados e número de itens</b>	<b>Outras variáveis em estudo</b>
Observacional transversal  Sari e Babol, Irão  N=160 > 50 anos (M=67,5; DP=11)	Desenvolver a versão persa/iraniana do OHIP-14, avaliar a fidelidade e validade do instrumento	14 itens Respostas (1="never" e 5="very often") Método aditivo entre 14 e 70  Fidelidade; alfa de Cronbach=0,954.	Média de dentes naturais Última consulta no dentista Perda de dente posterior e/ou anterior Uso de prótese Necessidade de tratamento (endodôntico; cirúrgico; periodontal; restauração; protético)
<b>Resultados/conclusões</b>			
Validade de constructo foi sustentado pelos critérios subjetivos ( $p < 0,05$ ) Salientam a versatilidade do instrumento por apresentar 7 dimensões e que não foram colocadas questões quanto aos itens do instrumento, pelo que demonstra a sua boa compreensão e brevidade na resposta. Indivíduos com necessidade de tratamento cirúrgico apresentam níveis mais elevados de OHIP; o impacto não foi identificado na necessidade de tratamento periodontal, talvez pela falta de sintomas mais severos na fase inicial da doença. Indivíduos com maiores sentimentos/percepção de má saúde oral apresentam resultados de OHIP mais elevados. A falta de dentes anteriores ou anteriores não teve impacto na QdV. Verifica-se uma associação entre nível académico e QdVRSO (aumento da QdVRSO com o elevado nível académico)			

<b>Estudo 6:</b> Rusanen, J., Silvola, A., Tolvanen, M., Pirttiniemi, P., Lahti, S. & Sipilä, K. (2012). Pathways between temporomandibular disorders, occlusal characteristics, facial pain, and oral health-related quality of life among patients with severe malocclusion. <i>European Journal of Orthodontics</i> , 34, 512-517. doi: 10.1093/ejo/cjr071.			
<b>Desenho do estudo Amostra</b>	<b>Objetivo e instrumentos utilizados</b>	<b>Modelo conceptual, domínios avaliados e número de itens</b>	<b>Outras variáveis em estudo</b>
Observacional Transversal Finlândia N=94  (M=38; DP=12) (18-64 anos)	Avaliar a relação entre disfunções/distúrbios temporomandibulares, características de oclusão, dor fácil e a QdVRSO em indivíduos com má oclusão grave.  OHIP-14 Visual Analogue Scale (VAS)	Versão finlandesa de Lahti et al., 2008 Baseado no modelo conceptual de Locker Codificação das respostas: 0 “never”, 1 “hardly ever”, 2 “occasionally”, 3 “fairly often” e 4 “very often”  Pontuação obtida pela soma: varia entre 0 e 56	Disfunções/alterações temporomandibulares (TMD), características de oclusão, dor facial
<b>Resultados/conclusões</b>			
Nos homens, as características da oclusão foram associadas com a QdVRSO. Indivíduos com má oclusão grave, com TDM grave e dor facial intensa apresentam QdVRSO comprometida com maior frequência. As mulheres referem QdVRSO pobre, níveis de dor mais elevados e TDM mais severa do que os homens, contudo a diferença foi estatisticamente significativa apenas na dor e TMD.			

<b>Estudo 7:</b> Silvola, A.S., Rusanen, J., Tolvanen, M., Pirttiniemi, P., & Lahti, S. (2012). Occlusal characteristics and quality of life before and after treatment of severe malocclusion. <i>European Journal of Orthodontics</i> , 4, 704-709. doi: 10.1093/ejo/cjr085.			
<b>Desenho do estudo e amostra</b>	<b>Objetivo e instrumentos utilizados</b>	<b>Modelo conceptual, domínios avaliados e número de itens</b>	<b>Outras variáveis em estudo</b>
Observacional Longitudinal Finlândia N= 51 indivíduos Mínimo idade 18,2; máximo 61,6  M=36,4anos  n=36 submetidos a tratamento combinado cirurgia e ortodontia n= 15 apenas a tratamento ortodôntico	Avaliar a relação entre características de oclusão e QdVRSO em indivíduos que foram submetidos a tratamento (ortodôntico convencional; ortodôntico-cirúrgico)  OHIP-14	14 itens Modelo de Locker 1988 7 dimensões Codificação das respostas: 0 ( <i>never</i> ) e 4 ( <i>very often</i> ) avaliação da gravidade: Método aditivo → pontuação total varia entre 0 e 56.	Caraterísticas de má oclusão
<b>Resultados/conclusões</b>			
A QdVRSO é um conceito multidimensional que inclui a avaliação subjetiva dos aspetos físicos, psicológicos e sociais de saúde oral percebidos e ainda não foi desenvolvida uma medida que capte este conceito na sua totalidade Com o tratamento de má oclusão grave verificou-se que as pontuações médias obtidas no OHIP-14 foram menores, sobretudo em termos funcionais e estéticos (melhoria na QdVRSO).			

<p><b>Estudo 8:</b> Inukai, M., John, M. T., Igarashi, Y., &amp; Baba, K. (2010). Association between perceived chewing ability and oral health-related quality of life in partially dentate patients. <i>Health and Quality of Life Outcomes</i>, 8, 118. Recuperado de: <a href="http://www.hqlo.com/content/8/1/118">http://www.hqlo.com/content/8/1/118</a>.</p>			
<b>Desenho do estudo e amostra</b>	<b>Objetivo e instrumentos utilizados</b>	<b>Modelo conceptual, domínios avaliados e número de itens</b>	<b>Outras variáveis em estudo</b>
<p>Observacional transversal Tóquio N= 489 M=63 DP= 11,5 anos</p>	<p>Avaliar a associação entre a percepção de habilidade de mastigar e a QdVRSO em indivíduos com prótese dentária parcial</p> <p>Oral Health Impact Profile-<i>Japanese version</i> validada por Yamazaki, Inukai, Baba e John (2007)</p>	<p>Codificação: <i>never</i> (0), <i>hardly ever</i> (1), <i>sometimes</i> (2), <i>fairly often</i> (3), <i>very often</i> (4) Total: entre 0 e 56</p>	<p>Utilização de prótese dentária parcial</p>
<p><b>Resultados/conclusões</b></p>			
<p>Procuram avaliar de que forma o comprometimento da habilidade em mastigar, por falta de dentes naturais e/ou uso de próteses dentárias, relaciona-se com a QdVRSO, considerando a percepção de saúde oral enquanto medida pela QdVRSO. Consistência interna (alfa de Cronbach)=0,94 Coeficiente de correlação intraclassas=0,73 (95% CI:0,57-0,88) A percepção da habilidade em mastigar encontra-se relacionada com a QdVRSO indicando que quanto maior a habilidade em mastigar menor os valores obtidos no OHIP-J14, logo melhor QdVRSO.</p>			

<b>Estudo 9:</b> Sardenberg, F., Oliveira, A.C., Paiva, S.M., Auad, S.M., & Vale, M.P. (2011). Validity and reliability of the Brazilian version of the Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire. <i>European Journal of Orthodontics</i> , 33, 270-275. doi: 10.1093/ejo/cjq066.			
<b>Desenho do estudo Amostra</b>	<b>Objetivo e instrumentos</b>	<b>Modelo conceitual, domínios avaliados e número de itens</b>	<b>Outras variáveis em estudo</b>
Observacional Transversal Brasil N= 245 Idades entre 18 e 30 anos  (M=24; DP=0,1)	Avaliar a fidelidade, validade e aplicabilidade do instrumento em adultos jovens brasileiros  Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire (PIDAQ)  DAI (dental aesthetic Índex)- índice ortodôntico baseado nos aspetos estéticos da oclusão com potencial para causar disfunção social ou psicológica), adotado pela WHO para avaliar a necessidade de tratamento ortodôntico (WHO, 1997).	Originalmente desenvolvido por Klages et al. (2006) (Alemanha-Holanda)  É um instrumento de QdVRSO que avalia o impacto psicossocial da estética dentária  Abordagem específica (má oclusão → ortodontia)  Autopreenchimento Composto por 23 itens, com itens construídos pela + e pela negativa. Divide-se em 3 domínios negativos e 1 positivo. Apresenta então 4 subescalas: preocupação com a estética (3 itens, aesthetic concern- AC); psychological impact (PI- 6 itens); social impact (SI- 8itens); dental self-confidence (DSC-6itens). As opções de resposta variam entre 0 ( <i>not at all</i> ), 1 ( <i>a little</i> ), 2 ( <i>somewhat</i> ), 3 ( <i>strongly</i> ), 4 ( <i>very strongly</i> ). Original de Klages et al. (2006) com base no modelo utilizado por Slade e Spencer na construção do OHIP (modelo de saúde oral de Locker)	Má oclusão
<b>Resultados/conclusões</b>			
Fidelidade (consistência interna): Alfa de Cronbach de subescalas variou entre 0,75 (AC) e 0,91 (DSC). Teste-reteste através de coeficiente de correlação entre itens variou entre 0,89 e 0,99. Validade discriminante: indivíduos sem má oclusão apresentam pontuações de PIDAQ diferentes daqueles que apresentam má oclusão. O valor total é obtido pelo Método aditivo de todos os domínios. Para garantir o mesmo sentido de pontuação em todos os itens, alguns domínios tiveram pontuação invertida. A pontuação varia entre 0 e 92 → quanto maior o valor, pior QdV. A má oclusão severa encontra-se associada sobretudo a impactos funcionais e estéticos			

<b>Estudo 10:</b> Pereira, T.C., Brasolotto, A.G., Conti, P.C., & Berretin-Felix, G. (2009). Temporomandibular disorders, voice and oral quality of life in women. <i>Journal of Applied Oral Science</i> , 17, 50-6. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1678-77572009000700009">http://dx.doi.org/10.1590/S1678-77572009000700009</a> .			
<b>Desenho do estudo e amostra</b>	<b>Objetivo e instrumentos utilizados</b>	<b>Modelo conceptual, domínios avaliados e número de itens</b>	<b>Outras variáveis em estudo</b>
Observacional transversal Brasil  N=33 mulheres (20-40anos)	Analisar a associação entre a gravidade da autopercepção de disfunções temporomandibulares e de autopercepção de voz e de QdVRSO  Oral Health Impact Profile -14 (OHIP-14)  Voice-Related Quality of Life (V-RQOL)	14 itens Modelo de Locker Validado para Brasil por Oliveira & Nadanovsky (2005)  Escala de 5 pontos (never=0; almost never=1; sometimes=2; almost always=3; always=4). 7 dimensões Calculado valor media de 2 questões de cada categoria  O valor final foi calculado através do Método aditivo dos valores médios → máximo 56	Perturbações/alterações temporomandibulares (temporomandibular disorders) → função anormal dos musculos responsáveis pela mastigação e da articulação temporomandibular. É uma manifestação multifatorial e pode estar relacionar com hábitos parafuncionais com bruxismo, traumatismo da cabeça e pescoço, <i>unstable bite</i> ), problemas posturais e stress emocional. Normalmente apresentam cefaleias ou dor no pescoço, estalidos/crepitação nos ouvidos aquando a abertura da boca, limitando a mastigação e a sua abertura, disfonia.
<b>Resultados/conclusões</b>			
Verificaram-se diferenças estatisticamente significativa entre indivíduos com alterações temporomandibulares quanto às pontuações obtidas no OHIP-14 nas dimensões dor física, desconforto psicológico, incapacidade física e incapacidade psicológica (p<0,05). Verificaram-se diferenças entre indivíduos com alterações temporomandibulares (gravidade) quanto à QdV relacionada com a voz e QdVRSO, constatando-se que indivíduos com alterações mais graves apresentam valores médios totais de OHIP-14 mais elevados, logo pior QdVRSO.			

<p><b>Estudo 11:</b> Montero, J., Bravo, M., Albaladejo, A., Hernández, L.A., &amp; Rosel, E.M. (2009). Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. <i>Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal</i>, 14, E44-50. Recuperado de: <a href="http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv14_i1_p44.pdf">http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv14_i1_p44.pdf</a>.</p>			
<b>Desenho do estudo e amostra</b>	<b>Objetivo e instrumentos utilizados</b>	<b>Modelo conceptual, domínios avaliados e número de itens</b>	<b>Outras variáveis em estudo</b>
<p>Observacional transversal Espanha N=270 M= 45,2 DP= 9,5</p>	<p>Validar o instrumento para contexto cultural espanhol  OHIP-14sp</p>	<p>Modelo teórico desenvolvido pela WHO (1980) e adaptado à saúde oral por Locker Que considera que as consequências da doença oral estão hierarquicamente relacionadas com níveis biológicos (<i>impairment/deficiência</i>), comportamentais (limitação funcional, desconforto e incapacidade) e sociais (desvantagem/handicap) 2 Métodos de pontuação: aditivo e contagem simples  <i>never</i> (0), <i>hardly ever</i> (1), <i>occasionally</i> (2), <i>fairly often</i> (3) e <i>very often</i> (4)  Alfa de Cronbach=0,89 (recomendado é 0,70), não aumentando quando eliminado qualquer item</p>	<p>Variáveis comportamentais: frequência com que escova dentes; visita ao dentista  Presença de cáries, doenças periodontais e próteses (critérios da WHO de 1987)  Necessidade de tratamento dentário percebido, queixas relacionadas com a boca e auto-relato de satisfação oral</p>
<p><b>Resultados/conclusões</b></p>			
<p>Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com distintas percepções de necessidade de tratamento dentário, queixas relacionadas com a boca e auto-relato de satisfação oral quanto à QdVRSO, em que indivíduos que necessitam de tratamento, referem mais queixas e relatam baixa satisfação apresentam pior QdVRSO. Verificaram-se valores totais obtidos no OHIP-14 mais elevados em indivíduos com cáries, com maior número de dentes que necessitam de ser extraídos e número de dentes deteriorados entre premolares visíveis. A dimensão com pontuação total mais elevada foi o Desconforto psicológico, seguido da Limitação funcional e Dor física.</p>			

<b>Estudo 12:</b> Wright, W., Jones, J., Spiro, A., Rich, S. & Kressin N. (2009). Use of patient self-report oral health outcome measures in assessment of dental treatment outcomes. <i>Journal of Public Health Dentistry</i> 69 (2). doi: 10.1111/j.1752-7325.2008.00106.x.			
<b>Desenho do estudo</b> <b>Amostra</b>	<b>Objetivo e instrumentos</b>	<b>Modelo conceptual, domínios avaliados e número de itens</b>	<b>Outras variáveis em estudo</b>
Observacional Longitudinal Boston, USA  N=63 M= 43 (DP=15) anos 48% masculino 55% ensino superior	Avaliar a sensibilidade do novo instrumento OQOL  O instrumento foi desenvolvido originalmente por Kressin, Jones, Orner e Spiro (2008) através da integração de 3 instrumentos: Oral Health Quality of Life Instrument (OQOL de Kressin, Spiro, Bosse, Garcia, & Kazis, 1996); General Oral Health Assessment Index (GOHAI de Atchinson, & Dolan, 1990) e Oral Health Impact Profile (Slade & Spencer, 1994).	OQOL apresenta 6 itens é adequado para comparar grupos → inclui itens que avaliam: distress, preocupação, função social, função física, prótese e dor.  12 itens ideal para avaliar individualmente → subescalas de 3 itens para 3 escalas: <i>distress</i> , preocupação e função social (papel) e itens a avaliar a função física, prótese e dor.  Escala de Likert (1-5) de qualidade. Pontuação varia entre 1 (excelente) e 5 (pobre).  Método aditivo das médias de subescalas  Modelo de Patrick & Erickson (1993) e aplicado à saúde oral por Gift & Atchinson, (1995) → 5 conceitos de QdVRS: a) oportunidade (impacto na habilidade em funcionar em papéis sociais e de trabalho), b) percepções (satisfação com a auto-avaliação de saúde e necessidade percebida de tratamento), c) três estados funcionais: físico (dos dentes como habilidade em comer, mastigar, falar ou dormir sem desconforto), social (papéis como falar, sorrir, comer em público e ser capaz de cumprir obrigações e responsabilidades familiares e laborais) e psicológico (satisfação com estética dos dentes, conforto com as relações interpessoais, preocupação, embaraço ou falta de confiança por problemas de dentes ou gengivas); d) <i>impairments</i> (deficiências) (sintomas auto-relatados ou outra indicação de desconforto ou dor); e) <i>survival</i> (sobrevivência) (medido pela perda de dentes ou mortalidade por cancro oral)	Número de dentes Estado periodontal CPOD

**Estudo 12:** Wright, W., Jones, J., Spiro, A., Rich, S. & Kressin N. (2009). Use of patient self-report oral health outcome measures in assessment of dental treatment outcomes. *Journal of Public Health Dentistry* 69 (2). doi: 10.1111/j.1752-7325.2008.00106.x. (continuação)

**Resultados/conclusões**

Definem QdVRSO como representação do impacto auto-percebido das condições orais no funcionamento diário e no bem-estar. As funções incluem funcionamento físico, psicológico e social, desempenho no autocuidado, saúde e sintomatologia percebida e presença de dor ou sofrimento (*distress*)

Ambos os instrumentos apresentam boa consistência interna (alfa de Cronbach de 0,90 no instrumento com 12 itens e 0,80 no instrumento com 6 itens) bem como as subescalas apresentam boa consistência interna com alfa de Cronbach variando entre 0,78 e 0,92). Foi identificada uma associação estatisticamente significativa entre os dois instrumentos e variáveis clínicas como número de dentes, estado periodontal e cáries dentárias. Indivíduos propostos para prótese dentária apresentaram uma melhoria maior na QdVRSO no decorrer do tratamento, verificando-se alteração na média dos valores obtidos ao nível social, sentimentos de depressão e relacionados com aparência, enquanto que os indivíduos do grupo de tratamento endodôntico revelou melhoria mínima.

De acordo com as diferenças obtidas nos valores de consistência interna na construção do instrumento por Kressin, Jones, Orner e Spiro (2008), o instrumento de 6 itens revelou ser adequado para comparar grupos dada a sua brevidade e rapidez de administração permitindo uma rápida comparação entre grupos. Contrariamente ao instrumento de 12 itens que revelou ser ideal para avaliar individualmente.

<b>Estudo 13:</b> Montero, J., Bravo, M., & Albaladejo, A. (2008). Validation of two complementary oral-health related quality of life indicators (OIDP and OSS 0-10) in two qualitatively distinct samples of the Spanish population. <i>Health and Quality of Life Outcomes</i> . 18, 101. doi: 10.1186/1477-7525-6-101.			
<b>Desenho do estudo</b> <b>Amostra</b>	<b>Objetivo e instrumentos utilizados</b>	<b>Modelo conceptual, domínios avaliados e número de itens</b>	<b>Outras variáveis em estudo</b>
Observacional Transversal Espanha  Amostra de validação $N=253$ ; idade média 55,9 ( $DP=16$ )  Amostra de trabalhadores $N=561$ ; $M= 43,2$ $DP=8,8$	Validação de dois instrumentos OIDP e OSS  Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)  Oral Satisfaction Scale (OSS → escala visual entre 0 e 10)	OIDP: alfa de Cronbach=0,79 amostra de validação e 0,71 na amostra ocupacional Teste-reteste (coeficiente de correlação intraclass=0,9; $p<0,001$ ) OIDP tem como modelo concetual o modelo desenvolvido pela WHO e adaptado por Locker à saúde oral, contudo difere na divisão das consequências das condições orais em deficiências ( <i>impairments</i> ) como distúrbio estrutural ou funcional do sistema; intermediate impacts como dor, desconforto, limitação funcional e insatisfação com a aparência; impacto final ( <i>ultimate impact</i> ) relacionam-se com as dimensões Incapacidade e Desvantagem do modelo da WHO, como dor, desconforto, limitação funcional ou insatisfação com aparência que é percebida com afetando o desempenho físico, psicológico e social. Os impactos no OIDP são quantificados através da multiplicação da frequência e gravidade para obter a pontuação de desempenho para cada uma das 8 dimensões. A pontuação total é dividida pela pontuação máxima possível e multiplicada por 100, obtendo uma pontuação em percentagem. O OIDP considera a frequência e gravidade percebida dos impactos. O primeiro nível (deficiência) relaciona-se com os resultados biofisiológicos imediatos da doença e os impactos intermédios e finais são subjetivos	Sociodemográficas (idade, sexo, ocupação)  Comportamentais (frequência de escovagem de dentes, visita ao dentista)  Clínicas (presença de cáries, doença periodontal e uso de próteses)  Fatores subjetivos como necessidade percebida de tratamento dentário, queixas relacionadas com a boca e impactos intermediários ( <i>intermediate</i> )
<b>Resultados/conclusões</b>			
A principal causa de impacto oral identificada foi a dor. Na amostra de validação → alfa de Cronbach (consistência interna)=0,79			

(continuação)

<p><b>Estudo 13:</b> Montero, J., Bravo, M., &amp; Albaladejo, A. (2008). Validation of two complementary oral-health related quality of life indicators (OIDP and OSS 0-10) in two qualitatively distinct samples of the Spanish population. <i>Health and Quality of Life Outcomes</i>, 18, 101. doi: 10.1186/1477-7525-6-101. (continuação)</p>
<b>Resultados/conclusões</b>
<p>Na amostra ocupacional → alfa de Cronbach (consistência interna)=0,71; teste-reteste através do coeficiente de correlação intraclassa(CCI)=0,89 (<math>p&lt;0,001</math>).</p> <p>Apresenta boa validade convergente na medida em que os valores de OIDP mais baixos nos grupos de indivíduos satisfeitos com a saúde oral que apresentam (avaliada pela escala OSS), com CCI=0,87 (<math>p&lt;0,001</math>).</p> <p>Nenhum participante revelou má compreensão de itens. Apenas 3 indivíduos (5,5%) referiram a falta de uma dimensão na função oral (todos referiram a função sexual).</p> <p>O instrumento revela boa sensibilidade na medida em que obteve-se uma associação estatisticamente significativa ente os valores obtidos no OIDP e as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas. Verifica-se uma diferença entre sexo feminino e masculino, em que as mulheres apresentam níveis de impacto mais elevados. Verifica-se que indivíduos que tiveram consulta no dentista há mais tempo apresentam impactos maiores. Verifica-se uma associação estatisticamente significativa ente número de cáries dentárias e níveis de impacto mais elevados</p>

<p><b>Estudo 14:</b> Thomson, W.M., Lawrence, H.P., Broadbent, J.M., &amp; Poulton, R. (2006).The impact of xerostomia on oral-health-related quality of life among younger adults. <i>Health and Quality of Life Outcomes</i>, 4, 86. doi:10.1186/1477-7525-4-86.</p>			
Desenho do estudo Amostra	Objetivo e instrumentos utilizados	Modelo conceptual, domínios avaliados e número de itens	Outras variáveis em estudo
<p>Observacional transversal Nova Zelândia</p> <p>N= 923 acompanhados desde o nascimento em 1972/1973 até aos 32anos</p>	<p>Avaliar a associação entre xerostomia e QdVRSO em adultos jovens, controlando estados clínicos de saúde oral e outros fatores de confusão.</p> <p>OHIP-14 (versão original)</p>	<p>Modelo de Locker</p> <p>14 itens</p> <p>Opções de resposta: “<i>very often</i>” (4), “<i>fairly often</i>” (3), “<i>occasionally</i>” (2), “<i>hardly ever</i>” (1), “<i>never</i>” (0).</p> <p>Pontuação total foi obtida de 2 formas: método aditivo dos 14 itens; calculadas as pontuações para cada dimensões através da soma das respostas dos 2 itens correspondentes.</p> <p>A pontuação total constitui a gravidade dos impactos adversos causados pelas condições orais. A prevalência foi avaliada através da identificação dos impactos “<i>very often</i>” e “<i>fairly often</i>”</p>	<p>Medidas clínicas/objetivas associadas: número de dentes deteriorados, perdidos, presença de cáries). Xerostomia → sensação subjetiva de boca seca medida através de uma única questão “Com que frequência sente a sua boca seca” (opções: sempre, frequentemente, Às vezes, nunca)</p> <p>Comportamentais: Uso de tabaco</p> <p>Personalidade: características de personalidade como emocionalidade positiva e negativa</p>
<b>Resultados/conclusões</b>			
<p>A xerostomia (sensação crónica de boca seca) encontra-se associada a uma QdVRSO pobre (relação estatisticamente significativa forte em todos os domínios do OHIP-14 que persistiu após a análise multivariada para controlar características clínicas, sexo, uso de tabaco e características de personalidade como emocionalidade positiva e negativa).</p>			

<b>Estudo 15:</b> Hsu, K., Lee, H., Wu, Y., Lan, S., Huang, S., & Yen, Y. (2014). Masticatory factors as predictors of oral health-related quality of life among elderly people in Kaohsiung City, Taiwan. <i>Quality of Life Research</i> , 23, 1385-1405. doi: 10.1007/s11136-013-0574-7.			
<b>Desenho do estudo</b> <b>Amostra</b>	<b>Objetivo e instrumentos</b>	<b>Modelo conceptual, domínios avaliados e número de itens</b>	<b>Outras variáveis em estudo</b>
Observacional transversal China (Taiwan) N=332 M= 76,0 DP=0,4	Avaliar o fator de mastigação que melhor prevê a QdVRSO em idosos  Geriatric (or General) Oral Health Assessment Index (GOHAI-T) validada por Ku, C. C. (2007)	Original desenvolvido por Dolan & Atchinson (1990)  Para avaliar o estado de saúde e o resultado do tratamento é necessário considerar o impacto quer da doença quer do tratamento na QdV.  Alfa de Cronbach= 0,881 (retirando itens varia entre 0,869 e 0,883).  Teste-reteste (coeficiente de correlação de Spearman =0,801, p<0,0001) indicando fidelidade aceitável.	Idade, sexo e nível socioeconómico  Variáveis clínicas (de mastigação): número de dentes naturais, unidades de dentes funcionais e contatos de oclusão posterior
<b>Resultados/conclusões</b>			
Verificou-se que a percepção da habilidade de mastigação é um preditor da QdVRSO em idosos. Não se encontraram associações com fatores como número de dentes perdidos/obturados, talvez por indivíduos mais velhos apresentarem menos expectativas quanto às suas capacidades em mastigar alguns alimentos.			

<b>Estudo 16:</b> Zheng, J., Wong, M., & Lam, C. (2011). Key factors associated with oral health-related quality of life (OHRQOL) in Hong Kong Chinese adults with orofacial pain. <i>Journal of Dentistry</i> , 39, 564-571. doi: <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2011.06.002">http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2011.06.002</a> .			
<b>Desenho do estudo</b> <b>Amostra</b>	<b>Objetivo e instrumentos</b>	<b>Modelo conceptual, domínios avaliados e número de itens</b>	<b>Outras variáveis em estudo</b>
Observacional transversal Hong Kong N=200  M=54,6 DP=8,2 (35-70 anos)	Avaliar os fatores associados à QdVRSO em indivíduos com sintomas de dor orofacial  OHIP-14 versão chinesa de Wong and McMillan (2002)  Escala de dor orofacial  SCL-90 (para explorar depressão e sintomas de somatização)	14 itens 2 métodos: a) Método aditivo (OHIP-ADD) → somar pontuações de cada item (entre 0 e 56). Níveis elevados indicam QDVRSO pobre, por experienciar mais impactos negativos b) Método de contagem simples (OHIP-SC) (varia entre 0 e 14, sendo contados os impactos negativos, isto é, apenas as respostas de “ <i>very often</i> ”, “ <i>fairly often</i> ”)	Sociodemográficas: idade, sexo, nível escolaridade, rendimento mensal, estado civil, frequência de consultas no dentista  Clínicos: Sintomas e características de dor facial oral
<b>Resultados/conclusões</b>			
Variáveis como dor elevada no último mês, atendimento dentário mais frequente e elevada gravidade da dor foram associados a pontuações elevadas de OHIP-14, indicando boa sensibilidade Não se verifica uma associação entre variáveis sociodemográficas e valores obtidos no OHIP-14.			

<b>Estudo 17:</b> Gil-Montoya, J. A., Ponce, G., Sánchez, L., Barrios, R., Llodra, J. C., & Bravo, M. (2013). Association of the oral health impact profile with malnutrition risk in Spanish elders. <i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i> , 57, 398-402. doi: 10.1016/j.archger.2013.05.002.			
<b>Desenho do estudo</b>	<b>Objetivo e instrumentos utilizados</b>	<b>Modelo conceitual, domínios avaliados e número de itens</b>	<b>Outras variáveis em estudo</b>
<b>Amostra</b> Observacional transversal Espanha N=250 M= 82,7 DP=8,2 (com mais de 65anos)	Avaliar a relação entre QdVRSO e o risco de má nutrição em idosos  OHIP-14 validado por Montero, Macedo, López-Valverde, & Bravo, 2012	14 itens;7 dimensões  Escala tipo Lickert (never = 0,seldom = 1, sometimes = 2, fairly often = 3, and very often = 4)  Pontuação final: Método aditivo dos itens com pontuação 3 ou 4 (que indicam problema) e varia entre 0 (sem problemas) e 14 (máximo número de problemas).	Idade, sexo, nível de autonomia, consumo de álcool, risco de má nutrição, presença/ausência de dentes naturais
<b>Resultados/conclusões</b>			
<p>Verificaram-se diferenças estatisticamente significativa entre o sexo, o estado funcional geral, o consumo de álcool e diagnóstico de demência leve quanto ao estado nutricional, contudo não se verificaram para outras variáveis de estudo como tabagismo ou condições sistêmicas associadas à má nutrição (hiperglicemia, dislipidemia, doenças vasculares, endócrinas, infecciosas, respiratórias, imune ou psiquiátricas). O maior risco de má nutrição foi para o sexo feminino, os indivíduos completamente dependente e com diagnóstico de demência leve.</p> <p>O risco de má nutrição está presente em 36,8% da amostra.</p> <p>Não se verificou uma associação significativa entre a ausência total ou parcial dos dentes, com a presença ou estado de próteses dentárias, ou com cárie ou experiência periodontal.</p> <p>As pontuações obtidas no OHIP não variaram significativamente em função do sexo ou idade. Verificou-se uma associação entre quase todas as variáveis clínicas com exceção de: índices periodontais e de cáries e a frequência de visitas ao dentista.</p> <p>Os idosos que relatam o maior número de "problemas" no OHIP-14 revelam risco 3,28 vezes maior de má nutrição em comparação com aqueles que não referem problemas de saúde oral. Assim, a má nutrição/risco relaciona-se com o estado de saúde oral avaliado pelos idosos no OHIP-14 e não com os indicadores objetivos (por exemplo, cárie e índices periodontais, o índice de capacidade de mastigação).</p>			

<b>Estudo 18:</b> Locker, D., & Gibson, B. (2005). Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations. <i>Community Dentistry and Oral Epidemiology</i> , 33, 280-8. Recuperado de: <a href="http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.2005.00209.x/pdf">http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.2005.00209.x/pdf</a> .			
<b>Desenho do estudo</b> <b>Amostra</b>	<b>Objetivo e instrumentos</b>	<b>Modelo conceitual, domínios avaliados e número de itens</b>	<b>Outras variáveis em estudo</b>
Observacional Transversal N= 766  Grupo 1: n= 225 Grupo 2: n=541  Indivíduos com idade igual ou superior a 50.	Avaliar a associação entre percepção de saúde oral e satisfação com saúde oral em 2 grupos de idosos  GOHAI (Atchinson & Dolan, 1990)  OHIP-14 (Slade, 1997)	Os instrumentos de avaliação da QdVRSO permitem avaliar o impacto funcional, psicológico e social das doenças e disfunções orais, pelo que incluem a auto-avaliação de saúde oral, necessidade percebida de tratamento dentário e satisfação/insatisfação com o seu estado de saúde oral.  GOHAI → 12 itens (positivos e negativos) Método aditivo após reverter o código de resposta dos 3 itens redigidos na positiva.  OHIP-14 itens → soma de itens; escala de Likert 6 pontos entre 0 (nunca) e 5 (sempre)  Ambos os instrumentos → quanto maior a pontuação, pior a QDVRSO	Auto-avaliação de saúde oral, satisfação com saúde oral e perda de dentes naturais
<b>Resultados/conclusões</b>			
Apresentam uma adaptação do modelo de Wilson e Cleary: Alterações e doenças orais → sintomas orais e funcionamento físico e psicossocial comprometido → percepções negativas de saúde oral → Qualidade de vida Foram encontradas discrepâncias entre a auto-avaliação de saúde geral e satisfação com a saúde geral. Verifica-se uma associação estatisticamente significativa entre a auto-avaliação de saúde oral e a satisfação com a saúde oral. Verifica-se uma discrepância entre algumas medidas: cerca de 10% das auto-avaliações de saúde oral favoráveis eram insatisfeitos e metade dos que auto-avaliarem negativamente encontravam-se satisfeitos. Os que aparentemente apresentam respostas discordantes apresentam pontuações no GOHAI e OHIP-14 mais elevadas do que os concordantes.			

<b>Estudo 19:</b> Rener-Sitar, K., Petricevic, N., Celebic, A. & Marion, L. (2008). Psychometric Properties of Croatian and Slovenian Short Form of Oral Health Impact Profile Questionnaires. <i>Croatian Medical Journal</i> , 49, 536-44. doi: 10.3325/cmj.2008.4.536.			
<b>Desenho do estudo e amostra</b>	<b>Objetivo e instrumentos</b>	<b>Modelo conceptual, domínios avaliados e número de itens</b>	<b>Outras variáveis em estudo</b>
Observacional transversal  Croácia, Zagreb  Eslovénia, Ljubljana N= 729 239 croatas e 490 eslovenos idades entre 18 e 81	Desenvolver as versões culturais croata e eslovena do OHIP-14  OHIP-CRO14  OHIP-SVN14	Escala Likert: (0) <i>never</i> , (1) <i>hardly ever</i> , (2) <i>occasionally</i> , (3) <i>fairly often</i> , (4) <i>very often</i>  Total entre 0 e 56	Dor de dentes → necessidade de tratamento  Avaliação da autoperceção de saúde oral variando entre 1 (pobre) e 4 (excelente)
<b>Resultados/conclusões</b>			
A validade concorrente foi avaliada através da associação entre auto-avaliação da saúde oral e a pontuação total do OHIP obtendo-se $p < 0.001$			
A fidelidade teste-reteste foi avaliada através do coeficiente de correlação intraclass; 2ª administração decorreu após 2 semanas sem qualquer tratamento oral.			
A consistência interna foi calculada através do alfa de Cronbach: - versão croata varia entre 0,78 (estudantes), 0,83 (população geral) e 0,90 (indivíduos que utilizam prótese dentária) - versão eslovena varia entre 0,77 (estudantes), 0,90 (indivíduos que utilizam prótese dentária) e 0,91 (população geral).			
A sensibilidade foi avaliada através da avaliação de 21 croatas e 30 eslovenos com necessidade de tratamento, por dor aguda ou crónica.			

## **Anexo C**

Quadro 1.

Processo completo de seleção das 50 publicações identificadas na pesquisa nas bases eletrônicas

Número	Artigo - Título	Resumo	Texto integral	Motivo de exclusão
1	Palma, P. V., Caetano, P. L., & Leite, I. C. (2013). Impact of Periodontal Diseases on Health-Related Quality of Life of Users of the Brazilian Unified Health System. <i>International Journal of Dentistry</i> , 1-6. <a href="http://dx.doi.org/10.1155/2013/150357">http://dx.doi.org/10.1155/2013/150357</a>	√	√	-----
2	Santos, C. M., Hugo, F. N., Leal, A. F., & Hilgert, J. B. (2013). Comparison of two assessment instruments of quality of life in older adults. <i>Revista Brasileira de Epidemiologia</i> , 16, 328-37. doi: 10.1590/S1415-790X2013000200009.	√	√	Comparação de instrumentos
3	Khalifa, N., Allen, P., Abu-bakr, N., & Abdel-Rahman, M. J. (2013). Psychometric properties and performance of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14s-ar) among Sudanese adults. <i>Journal of Oral Science</i> , 55, 123-32. <a href="http://dx.doi.org/10.2334/josnusd.55.123">http://dx.doi.org/10.2334/josnusd.55.123</a> .	√	√	Participantes (<18anos)
4	Jamieson, L.M., Divaris, K., Parker, E.J. & Lee, J.Y. (2013). Oral health literacy comparisons between Indigenous Australians and American Indians. <i>Community Dentistry and Health</i> , 30, 52-7. Recuperado de: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3267012/pdf/AJPH.2011.300291.pdf">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3267012/pdf/AJPH.2011.300291.pdf</a> .	√	√	Não avalia a QdVRSO
5	Masood, Y., Masood, M., Zainul, N., Araby, N., Hussain, S. & Newton, T. (2013). Impact of malocclusion on oral health related quality of life in young people. <i>Health and Quality of Life Outcomes</i> , 11, 25. doi: 10.1186/1477-7525-11-25.	√	√	Participantes (<18anos)
6	Silva, G.R., Roscoe, M.G., Ribeiro, C.P., da Mota, A.S., Martins, L.R., & Soares, C.J. (2012). Impact of rehabilitation with metal-ceramic restorations on oral health-related quality of life. <i>Brazilian Dental Journal</i> , 23, 403-8. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0103-64402012000400016">http://dx.doi.org/10.1590/S0103-64402012000400016</a>	√	√	Estudo de caso
7	Zanatta, F.B., Ardenghi, T.M., Antoniazzi, R.P., Pinto, T.M., & Rösing, C.K. (2012). Association between gingival bleeding and gingival enlargement and oral health-related quality of life (OHRQoL) of subjects under fixed orthodontic treatment: a cross-sectional study. <i>BioMed Central Oral Health</i> , 12, 53. doi: 10.1186/1472-6831-12-53.	√	√	Participantes (<18anos)
8	Kotzer, R. D., Lawrence, H. P., Clovis, J. B., & Matthews, D. C. (2012). Oral health-related quality of life in an aging Canadian population. <i>Health and Quality of Life Outcomes</i> , 10, 50. doi: 10.1186/1477-7525-10-50.	√	√	-----

(continuação)

Número	Artigo - Título	Resumo	Texto integral	Motivo de exclusão
9	Al Habashneh, R., Khader, Y.S., & Salameh, S. (2012). Use of the Arabic version of Oral Health Impact Profile-14 to evaluate the impact of periodontal disease on oral health-related quality of life among Jordanian adults. <i>Journal of Oral Science</i> , 54, 113-20. <a href="http://dx.doi.org/10.2334/josnusd.54.113">http://dx.doi.org/10.2334/josnusd.54.113</a> .	√	√	-----
10	Botello-Harbaum, M. T., Matthews, A. G., Collie, D., Vena, D. A., Craig, R. G., Curro, F. A., Thompson, V. P., & Broder, H. L. (2012). Level of oral health impacts among patients participating in PEARL: a dental practice-based research network. PEARL Network. <i>Community Dentistry and Oral Epidemiology</i> , 40, 332-42. doi: 10.1111/j.1600-0528.2012.00676.x.	√	√	Participantes (não referida mínima)
11	Miettinen, O., Lahti, S., & Sipilä, K. (2012). Psychosocial aspects of temporomandibular disorders and oral health-related quality-of-life. <i>Acta Odontologica Scandinavica</i> , 70, 331-6. doi: 10.3109/00016357.2011.654241.	√	√	-----
12	Liu, L.J., Xiao, W., He, Q.B. & Jiang, W.W. (2012). Generic and oral quality of life is affected by oral mucosal diseases. <i>BioMedCentral Oral Health</i> , 12, 2. doi: 10.1186/1472-6831-12-2.	√	√	Participantes (<18anos)
13	Divaris, K., Lee, J. Y., Baker, A. D., & Vann, W. F. (2011). The relationship of oral health literacy with oral health-related quality of life in a multi-racial sample of low-income female caregivers. <i>Health and Quality of Life Outcomes</i> , 9, 108. doi: 10.1186/1477-7525-9-108	√	√	Não são as variáveis dos critérios de inclusão-
14	Motallebnejad, M., Hadian, H., Mehdizadeh, S., & Hajiahmadi, M. (2011). Validity and reliability of the Persian version of the oral health impact profile (OHIP)-14. <i>Caspian Journal of Internal Medicine</i> , 2, 314-20. Recuperado de: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3895829/">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3895829/</a>	√	√	-----
15	Papaioannou, W., Oulis, C., Latsou, D., & Yfantopoulos, J. (2011). Oral health-related quality of life of greek adults: a cross-sectional study. <i>International Journal of Dentistry</i> , 360292. doi: 10.1155/2011/360292.	√	√	-----
16	Rusanen, J., Silvola, A., Tolvanen, M., Pirttiniemi, P., Lahti, S. & Sipilä, K. (2012). Pathways between temporomandibular disorders, occlusal characteristics, facial pain, and oral health-related quality of life among patients with severe malocclusion. <i>European Journal of Orthodontics</i> , 34, 512-517. doi: 10.1093/ejo/cjr071.	√	√	-----

(continuação)

Número	Artigo - Título	Resumo	Texto integral	Motivo de exclusão
17	Silvola, A.S., Rusanen, J., Tolvanen, M., Pirttiniemi, P., & Lahti, S. (2012). Occlusal characteristics and quality of life before and after treatment of severe malocclusion. <i>European Journal of Orthodontics</i> , 4, 704-709. doi: 10.1093/ejo/cjr085.	√	√	-----
18	Shearer, D., Thomson, W. M., Broadbent, J. M. & Poulton, R. (2011). Does maternal oral health predict child oral health-related quality of life in adulthood? <i>Health and Quality of Life Outcomes</i> , 9, 50. Recuperado de: <a href="http://www.hqlo.com/content/9/1/50">http://www.hqlo.com/content/9/1/50</a>	√	√	Não são as variáveis dos critérios de inclusão
19	Montero, J., Yarte, J. M., Bravo, M., & López-Valverde, A. (2011). Oral health-related quality of life of a consecutive sample of Spanish dental patients. <i>Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal</i> , 16, e810-5. doi:10.4317/medoral.16790	√	√	-----
20	Montero, J., Bravo, M., Vicente, M.P., Galindo, M.P., López, J.F., & Albaladejo, A. (2010). Dimensional structure of the oral health-related quality of life in healthy Spanish workers. <i>Health Qual Life Outcomes</i> , 8, 24. doi: 10.1186/1477-7525-8-24.	√	√	Não avalia a QdVRSO
21	Caglayan, F., Altun, O., Miloglu, O., Kaya, M. D., & Yilmaz, A. B. (2009). Correlation between oral health-related quality of life (OHQoL) and oral disorders in a Turkish patient population. <i>Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal</i> , 14, e573-8. doi:10.4317/medoral.14.e573.	√	√	-----
22	Pereira, T.C., Brasolotto, A.G., Conti, P.C., & Berretin-Felix, G. (2009). Temporomandibular disorders, voice and oral quality of life in women. <i>Journal of Applied Oral Science</i> , 17, 50-6. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1678-77572009000700009">http://dx.doi.org/10.1590/S1678-77572009000700009</a> .	√	√	-----
23	Montero, J., Bravo, M., Albaladejo, A., Hernández, L.A., & Rosel, E.M. (2009). Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. <i>Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal</i> , 14, E44-50. Recuperado de: <a href="http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv14_i1_p44.pdf">http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv14_i1_p44.pdf</a> .	√	√	-----
24	Lawrence, H. P., Thomson, W. M., Broadbent, J. M., & Poulton, R. (2008). Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. <i>Community Dentistry and Oral Epidemiology</i> , 36, 305-316. Recuperado de: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2288569/pdf/nihms40219.pdf">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2288569/pdf/nihms40219.pdf</a>	√	√	-----

(continuação)

Número	Artigo - Título	Resumo	Texto integral	Motivo de exclusão
25	Thomson, W.M., Lawrence, H.P., Broadbent, J.M., & Poulton, R. (2006). The impact of xerostomia on oral-health-related quality of life among younger adults. <i>Health and Quality of Life Outcomes</i> , 4, 86. doi:10.1186/1477-7525-4-86.	√	√	-----
26	Brennan, D. S., Singh, K. A., Spencer, A.J., & Roberts-Thomson, K.F. (2006). Positive and negative affect and oral health-related quality of life. Brennan, D. S., Singh, K. A., Spencer, A.J., & Roberts-Thomson, K.F. (2006). Positive and negative affect and oral health-related quality of life. <i>Health and Quality of Life Outcomes</i> , 4, 83. doi:10.1186/1477-7525-4-83.	√	√	Não avalia a QdVRSO
27	Brennan, D. S., & Spencer A. J. (2006). Mapping oral health related quality of life to generic health state values. <i>BioMedCentral Services Research</i> , 6, 96. doi:10.1186/1472-6963-6-96	√	√	Participantes (não referem idade mínima)
28	Hyde, S., Satariano, W. A., & Weintraub, J. A. (2006). Welfare dental intervention improves employment and quality of life. <i>Journal of Dental Research</i> , 85, 79-84. Recuperado de: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2248157/pdf/nihms38026.pdf">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2248157/pdf/nihms38026.pdf</a> .	√	√	Elevada perda de participantes
29 B-ON	Dahl, K. E., Wang, N. J., Holst, D., & Ohrn, K. (2011). Oral health-related quality of life among adults 68-77 years old in Nord-Trøndelag, Norway. <i>International journal of dental hygiene</i> , 9, 87-92	√	X	Não permite aceder
30	Pace, C. C., Atcherson, S. R., & Zraick, R. I. (2012). A computer-based readability analysis of patient-reported outcome questionnaires related to oral health quality of life. <i>Patient Education and Counseling</i> , 89, 76-81. DOI: 10.1016/j.pec.2012.05.010	√	√	Não avalia variáveis associadas à QdVRSO
31	Montero, J., Castillo-Oyagüe, R., Lynch, C. D., Albaladejo, A., Castaño, A. (2013). Self-perceived changes in oral health-related quality of life after receiving different types of conventional prosthetic treatments: A cohort follow-up study. <i>Journal of dentistry</i> , 41, 493-503. DOI: 10.1016/j.jdent.2013.01.006.	√	√	-----
32	Divaris, K., Lee, J. Y., Baker, A.D., & Vann, W.F. Jr. (2011). The relationship of oral health literacy with oral health-related quality of life in a multi-racial sample of low-income female caregivers. <i>Health and Quality of Life Outcomes</i> , 9, 108. doi: 10.1186/1477-7525-9-108.	√	√	Duplicado do artigo 13

(continuação)

Número	Artigo - Título	Resumo	Texto integral	Motivo de exclusão
33	Barbosa, T., Tureli, M. C., Nobre-dos-Santos, M., Puppini-Rontani, R., & Gavião, M. (2013). The relationship between oral conditions, masticatory performance and oral health-related quality of life in children. <i>Archives of Oral Biology</i> , 58, 1070-1077. DOI: 10.1016/j.archoralbio.2013.01.012.	√	√	Participantes (< 18 anos)
34	Masood, M., Masood, Y., & Newton, T. (2014). Cross-bite and oral health related quality of life in young people. <i>Journal of Dentistry</i> , 42,249-255. DOI: 10.1016/j.jdent.2013.12.004.	√	√	Participantes (< 18 anos)
35	Gagliardi, D., Slade, G., & Sanders, A. (2008). Impact of dental care on oral health-related quality of life and treatment goals among elderly adults. <i>Australian Dental Journal</i> , 53, 26-33. doi:10.1111/j.1834-7819.2007.00005.x.	√	√	Não avalia associação de variáveis com a QdVRSO
36	Gil-Montoya, J. A., Ponce, G., Sánchez, L., Barrios, R., Llodra, J. C., & Bravo, M. (2013). Association of the oral health impact profile with malnutrition risk in Spanish elders. <i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i> , 57, 398-402. doi: 10.1016/j.archger.2013.05.002.	√	√	Não são as variáveis dos critérios de inclusão
37	Locker, D., & Quiñonez, C. (2011). To what extent do oral disorders compromise the quality of life? <i>Community dentistry and oral epidemiology</i> , 39, 3-11	√	X	Não permite aceder
38	Sutinen, S., Lahti, S., Nuttall, N. M., Sanders, A. E., Steele, J. G., Allen, P. F., & Slade, G. D. (2007). Effect of a 1-month vs. a 12-month reference period on responses to the 14-item Oral Health Impact Profile. <i>European Journal of Oral Science</i> , 115, 246-249.	√	√	Participantes (< 18 anos)
39	Wöstmann, B., Michel, K., Brinkert, B., Melchheier-Weskott, A., Rehmann, P., & Balkenhol, M. (2008). Influence of denture improvement on the nutritional status and quality of life of geriatric patients. <i>Journal of Dentistry</i> , 36,816-821. DOI: 10.1016/j.jdent.2008.05.017.	√	√	-----
40	Makhija, S. K., Gilbert, G. H., Boykin, M. J., Litaker, M. S., Allman, R. M., Baker, P. S., Locher, J. L., & Ritchie, C. S. (2006). The Relationship Between Sociodemographic Factors and Oral Health-Related Quality of Life in Dentate and Edentulous Community-Dwelling Older Adults. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 54,1701-1712. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2006.00923.x	√	√	Não utiliza o OHIP-14
41	Dahl, K. E., Wang, N. J., Holst, D., & Ohrn, K. (2011). Oral health-related quality of life among adults 68-77 years old in Nord- Trondelag, Norway. <i>International journal of dental hygiene</i> , 9, 87-92.	√	X	Não permite aceder

(continuação)

Número	Artigo - Título	Resumo	Texto integral	Motivo de exclusão
42	Saimadhavi, N., Raju, M. A., Reddy, R., Ramesh, T., Tabassum, D., & Ramya, K. (2013). Impact of oral diseases on quality of life in subjects attending out-patient department of a dental hospital, India. <i>Journal of Orofacial Sciences</i> , 5, 27. DOI: 10.4103/0975-8844.113690.	√	√	-----
43	Frejman, M. W., Vargas, I. A., Rösing, C. K., & Closs, L. Q. (2012). Dentofacial Deformities Are Associated With Lower Degrees of Self-Esteem and Higher Impact on Oral Health-Related Quality of Life: Results From an Observational Study Involving Adults. <i>Journal of Oral and Maxillofacial Surgery</i> , 71,763-767. DOI: 10.1016/j.joms.2012.08.011.	√	√	Não refere a versão utilizada (estudo brasileiro)
44	Munz, S. M., Edwards, S. P., & Inglehart, M. R. (2011). Oral health-related quality of life, and satisfaction with treatment and treatment outcomes of adolescents/young adults with cleft lip/palate: an exploration. <i>International Journal of Oral &amp; Maxillofacial Surgery</i> , 40,790-796. DOI: 10.1016/j.ijom.2011.03.002	√	√	Participantes (< 18 anos)
45	Mcgrath, C., Wong, A. H. H., Lo, E. C. M., & Cheung, C. S. (2005). The sensitivity and responsiveness of an oral health related quality of life measure to tooth whitening. <i>Journal of Dentistry</i> , 33,697(6). DOI: 10.1016/j.jdent.2005.01.012	√	√	Não utilizam o OHIP-14
46 SciElo	Santos, C. M., Hugo, F. N., Leal, A. F., & Hilgert, J. B. (2013). Comparison of two assessment instruments of quality of life in older adults. <i>Revista Brasileira de Epidemiologia</i> , 16, 328-337. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200009">http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200009</a> .	√	√	Não avaliam a associação de variáveis com a QdVRSO
47	Santos, C. M., Hugo, F. N., Leal, A. F., & Hilgert, J. B. (2013). Comparison of two assessment instruments of quality of life in older adults. <i>Revista Brasileira de Epidemiologia</i> , 16, 328-337. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200009">http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200009</a> .	√	√	Duplicado do anterior
48	Duque-Duque, V., Tamayo-Castrillón, J., Echeverri-Cadavid, P., Gutiérrez-Osorio, A. Y., Sepúlveda-Correa, D., Giraldo-Ramírez, O., & Agudelo-Suárez, A. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados / Oral health related quality of life in older adults assisting "IPS Universitaria" of Medellin and associated factos. <i>CES odontologia</i> , 26, 10-23. Recuperado de: <a href="http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v26n1/v26n1a02.pdf">http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v26n1/v26n1a02.pdf</a> .	√	√	-----

(continuação)

Número	Artigo - Título	Resumo	Texto integral	Motivo de exclusão
49	Miotto, M. H., Barcellos, L. A., Velten, D. B. (2012). Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. <i>Ciência &amp; Saúde Coletiva</i> , 17, 397-405. Recuperado de: <a href="http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a14v17n2.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a14v17n2.pdf</a> .	√	√	-----
50	Miotto, M. H., Barcellos, L. A., Velten, D. B. (2012). Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. <i>Ciência &amp; Saúde Coletiva</i> , 17, 397-405. Recuperado de: <a href="http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a14v17n2.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a14v17n2.pdf</a> .	√	√	Duplicado do anterior

Nota: Nesta fase de seleção, o estudo era automaticamente eliminado desde que um dos critérios de inclusão não fosse contemplado.

#### Quadro 2.

##### *Primeira fase de seleção de publicações*

Duplicado	Idioma que não Inglês, Espanhol ou Português	Sem texto completo
32, 47, 50		29, 37, 41
Total (1ª fase): 6 eliminados		
<b>Para análise integral → 50 -6= 44 artigos (PubMed-28; B-ON-13; SciElo-3)</b>		

#### Quadro 3.

##### *Segunda fase de seleção de publicações*

Não avalia associação de variáveis com a QdVRSO	Participantes <18anos ou não refere idade	Estudo de validação de instrumento	Não utiliza o OHIP-14, não refere a versão	Estudo de caso	Elevada perda de participantes
2, 4, 13, 18, 20, 26, 30, 35, 36, 46	3, 5, 7, 10, 12, 27, 33, 34, 38, 44	14, 23	40, 43, 45	6	28
10	10	2	3	1	1
27 eliminados					
44 -27 = 17 artigos para análise					

## **Anexo D**

**Estudo 1:** Palma, P. V., Caetano, P. L., & Leite, I. C. (2013). Impact of Periodontal Diseases on Health-Related Quality of Life of Users of the Brazilian Unified Health System. *International Journal of Dentistry*, 150357, 6. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/150357>

<b>Desenho do estudo</b>	<b>Amostra País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Variáveis em estudo</b>	<b>Método de trabalho Análise estatística</b>
Observacional Transversal	N= 151 M=47 DP=13,5 Brasil	Avaliar o impacto e gravidade da doença periodontal na qualidade de saúde de vida em adultos usuários do Sistema Único de Saúde através do OHIP-14 (validado para contexto e língua) por Oliveira e Nadanovsky (2005) → alfa de Cronbach e correlação de 0,92; teste-reteste: coeficiente de correlação de Pearson 0,83 ( $p < 0,01$ )	Sociodemográficas: idade, sexo, nível socioeconômico, profissão, raça (percepção da cor da pele),  Clínicas: doença periodontal, estado da dentição  Necessidade percebida de usar e/ou substituir prótese dentária  Autopercepção de saúde oral	Método de trabalho OHIP-14 Adição (0-56) Pontos de corte: -com impacto ( <i>often, always</i> ) -sem impacto ( <i>sometimes, rarely, never</i> ) Análise estatística: Não paramétricos (Mann Whitney, Kruskal-Wallis) Análise multivariada Regressão linear múltipla

#### **Síntese dos principais resultados e conclusões**

Apenas 27% do impacto das condições de saúde oral na QdV pode ser explicado por doença periodontal, autopercepção de saúde oral e a necessidade de utilizar ou substituir a prótese dentária, sugerindo a presença de outras variáveis associadas que não foram exploradas.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto ao valor médio total obtido no OHIP-14 ( $p = 0,097$ ), contudo identificaram diferenças estatisticamente significativas entre mulheres e homens quanto às subescalas Dor física ( $p = 0,005$ ) e Incapacidade psicológica ( $p = 0,007$ ), com pontuações mais elevadas nas mulheres.

Não foram encontradas diferenças no total no OHIP-14 em função do estado civil, nível de escolaridade e profissão. Não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre idade e QdVRSO.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com necessidade de reabilitação protética quanto à QdVRSO (indivíduos que necessitam de reabilitação apresentam pior QdVRSO) e entre indivíduos com alterações do estado periodontal quanto à QdVRSO (indivíduos com alterações graves apresentam pior QdVRSO).

Verificou-se que indivíduos com necessidade de utilização/ substituição da prótese dentária apresentam pior QdVRSO ( $p=0,007$ ).

Verificou-se que indivíduos de classe socioeconômica mais baixa apresentam pontuações mais elevadas na dimensão Incapacidade social ( $p = 0,027$ ).

Indivíduos caucasianos apresentam pontuações mais elevadas na dimensão Incapacidade psicológica ( $p = 0,043$ ).

Indivíduos com doença periodontal mais grave (periodontite), revelam pontuações mais elevadas nos domínios Desconforto psicológico ( $p = 0,029$ ) e Incapacidade física ( $p = 0,029$ ) e ainda pontuação total de OHIP-14 mais elevada ( $p = 0,017$ ), revelando pior QdVRSO.

**Estudo 2:** Kotzer, R. D., Lawrence, H. P., Clovis, J. B., & Matthews, D. C. (2012). Oral health-related quality of life in an aging Canadian population. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 50. doi: 10.1186/1477-7525-10-50.

<b>Desenho do estudo</b>	<b>Amostra País</b>	<b>Objetivo; procedimento (</b>	<b>Variáveis em estudo</b>	<b>Método de trabalho Análise estatística</b>
Observacional Transversal	n= 1461 (não dão informações quanto a $M=$ $DP=$ anos) Agrupados segundo a idade: pré-seniores (45-64anos); seniores (mais de 65 anos)  Nova Scotia (Canada)	Descrever o impacto da QdVRSO na vida de pré-seniores e seniores em Nova Scotia, Canada	Sociodemográficas: idade, escolaridade, localização geográfica – urbano ou rural, residência – cuidados continuados ou lar comunitário) <i>(long-term care facility ; community dwelling)</i> Comportamentais: hábitos tabágicos	Método de trabalho OHIP-14: Adição (0-56) Prevalência (F.O., V.O) Extensão (0-14)  Análise estatística: Mann Whitney Qui-quadrado Regressão logística

#### **Síntese dos principais resultados e conclusões**

Os impactos mais comuns são relativos às dimensões: dor física e desconforto psicológico  
12,2% dos residentes em unidades de cuidados continuados consideram que é desconfortável comer qualquer comida “algumas vezes/quase sempre” comparado com 7,7% dos residentes na comunidade.  
28,8% dos pré-seniores que vivem na comunidade referem mais impactos do que os seniores (25,3%)  
Presente: Pré-seniores que vivem na comunidade apresentam valores totais mais elevados de prevalência ( $p=0,009$ ), extensão ( $p=0,007$ ) e de gravidade ( $p<0,001$ ); diferenças estatisticamente significativas entre Pré-seniores da comunidade e pré-seniores das unidades de cuidados continuados quanto à gravidade ( $p=0,033$ ).  
Para a amostra que vive na comunidade, os indivíduos que vivem em áreas rurais e aqueles que nasceram fora do Canadá estão 2 vezes mais propensos a reportar um impacto de Algumas vezes/Quase sempre.  
Na amostra de participantes que vive na unidade de cuidados continuados, aqueles que concluíram o ensino secundário ou apresentam menor escolaridade apresentam 2,3 vezes maior probabilidade em referir um impacto ( $p=0,039$ ).  
A saúde oral e QdVRSO em pré-seniores e seniores em unidades de cuidados continuados são mais pobres.  
Verificou-se que os pré-idosos que vivem na comunidade relataram mais impactos sobre a saúde oral do que idosos, apesar da saúde ora dos pré-idosos ser melhor do que a dos idosos.  
Verificou-se uma associação significativa entre hábitos tabágicos e QdVRSO ( $p=0,003$ ), em que fumadores ocasionais/não fumadores apresentam valores de OHIP-14 mais baixos do que os fumadores diários.  
Verificou-se que aqueles que nasceram fora do Canadá e vivem dentro da comunidade apresentam maiores impactos sobre a saúde oral, o que implica que a literacia em saúde oral, a compreensão do sistema de saúde canadense e aculturação podem ser condicionantes que limitam o seu acesso para cuidados odontológicos. Um aumento de recursos educacionais e de treino por dentistas e higienistas dentais podem ser essenciais para o desenvolvimento de habilidades de cuidados de saúde oral adequados e rotinas para idosos, LTC equipa de enfermagem e familiares.

**Estudo 3:** Al Habashneh, R., Khader, Y.S., & Salameh, S. (2012). Use of the Arabic version of Oral Health Impact Profile-14 to evaluate the impact of periodontal disease on oral health-related quality of life among Jordanian adults. *Journal of Oral Science*, 54, 113-20. <http://dx.doi.org/10.2334/josnusd.54.113>.

<b>Desenho do estudo</b>	<b>Amostra País</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>Variáveis em estudo</b>	<b>Método de trabalho OHIP-14 Análise estatística</b>
Observacional Transversal	N= 400 M= 36,7 DP= 11,9 (18-80 anos) Jordânia	Avaliar o impacto das doenças periodontais na QdV de adultos da Jordânia	Sociodemográficas: Idade  Clínicas: estado periodontal e higiene oral, grau de gengivite e/ou periodontite	Método de trabalho (OHIP-14 versão árabe): Adição (0-56) Prevalência (F.O, V.O) Impacto=F.O. e V.O $\geq 3$  Análise estatística: Qui-quadrado Análise multivariada Regressão logística

#### **Síntese dos principais resultados e conclusões**

A gravidade e extensão da doença periodontal aumenta com o avançar da idade.  
As opções de resposta *Fairly often* e *very often* foram as mais escolhidas em:- 1/3 dos pacientes com gengivite (32,9%) ou ligeira periodontite (31,6%), - 1/2 dos pacientes com periodontite moderada (53,8%);- 2/3 dos pacientes com periodontite severa (63,9%).  
Verifica-se uma associação estatisticamente significativa entre a gravidade da doença periodontal e os valores obtidos no OHIP ( $p < 0,05$ ).  
A periodontite severa crônica apresenta um impacto elevado na QdV sobretudo na dor física e incapacidade (*disability*) física.  
A doença periodontal geral, moderada ou grave apresentou um impacto negativo na qualidade de vida. O impacto das doenças periodontais na qualidade de vida do paciente foi moderado em alguns domínios, principalmente na dor física e incapacidade psicológica. Observou-se que a gravidade da doença periodontal não se encontrada associada, de forma significativa, com a subescala Limitação funcional.

**Estudo 4:** Miettinen, O., Lahti, S., & Sipilä, K. (2012). Psychosocial aspects of temporomandibular disorders and oral health-related quality-of-life. *Acta Odontologica Scandinavica*, 70, 331-6. doi: 10.3109/00016357.2011.654241.

<b>Desenho do estudo</b>	<b>Amostra País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Variáveis em estudo</b>	<b>Método de trabalho OHIP-14 Análise estatística</b>
Observacional Transversal	N= 149 M=43,5; DP=13,1 Finlândia	Avaliar a associação entre os aspetos psicossociais das disfunções temporomandibulares e a QdVRSO Investigar diferenças entre sexo feminino e masculino nesta associação usando grupo de pacientes e grupo de não-pacientes	Sexo, subescalas do eixo II referente a fatores psicossociais (inclui 3 subescalas: depressão, somatização e escala graduada de dor crónica GCPS) dos critérios de diagnóstico de disfunções temporomandibulares  O eixo I inclui sintomas físicas (disfunções musculares)	Método de trabalho: Adição (0-56) Prevalência (F.O, V.O)  Análise estatística: One-way ANOVA Qui-quadrado Regressão logística.

#### **Síntese dos principais resultados e conclusões**

**Disfunções temporomandibulares (TMD)** estão associadas à QdVRSO sobretudo com somatização e depressão, enfatizando a importância de um tratamento precoce e efetivo da TMD.

Verifica-se que as **mulheres** apresentaram associações estatisticamente significativas entre os resultados obtidos no OHIP e as subescalas do instrumento que avalia as disfunções temporomandibulares (depressão, somatização e dor).

Entre os homens houve maior associação com a dor (medida por uma escala: Graded Chronic Pain Scale (GCPS) e a somatização.

Em ambos os sexos a QdVRSO foi prejudicada pela dor crónica. Além disso, a QdVRSO verificou-se uma associação com a depressão em mulheres e com somatização em ambos os sexos. A depressão compromete a QdVRSO sobretudo em mulheres, que também apresentaram maiores valores de depressão do que os homens. Existem diferenças nos mecanismos de dor entre os sexos e têm sido explicadas por vários fatores como biológicos, hormonal, psicossocial e sociais, sobretudo por as mulheres estarem expostas a mecanismos neurofisiológicos mais complexos entre dor e depressão. No grupo não-paciente, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre todas as subescalas do Eixo II e a prevalência (OHIP) e ainda entre as subescalas, exceto somatização (itens de dor incluído) e a gravidade OHIP.

No grupo de pacientes verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a subescala somatização (itens de dor incluídos) e a gravidade OHIP.

As associações entre a prevalência OHIP e depressão e somatização permaneceram no modelo multivariado

Os resultados indicam que os fatores psicossociais estão associados com as alterações/perturbações temporomandibulares, comprometendo a QdVRSO. Estes resultados apoiam estudos anteriores relativos ao papel dos fatores psicossociais na origem destas perturbações.

As perturbações temporomandibulares comprometem a QdVRSO sobretudo devido à dor, contudo, depois de controlar variáveis como idade e sexo, esta associação não foi significativa, o que pode sugerir que as associações são influenciadas por essas variáveis, possivelmente, também por meio de duração dos sintomas.

<b>Estudo 5:</b> Papaioannou, W., Oulis, C., Latsou, D., & Yfantopoulos, J. (2011). Oral health-related quality of life of greek adults: a cross-sectional study. <i>International Journal of Dentistry</i> , 360292. doi: 10.1155/2011/360292.				
<b>Desenho do estudo</b>	<b>Amostra País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Variáveis em estudo</b>	<b>Método de trabalho OHIP-14 Análise estatística</b>
Observacional Transversal	$N= 500$ $M=39,1$ $DP=3,5$ (entre 35-44 anos) Grécia	Investigar o impacto do estado de saúde oral na QdV de adultos de diferentes regiões da Grécia, utilizando o OHIP-14	Sexo, escolaridade, profissão, local de residência (rural/urbano ou metropolitano/não metropolitano) Autopercepção de saúde oral e geral	Adição (0-56)  Correlação de Spearman
<b>Síntese dos principais resultados e conclusões</b>				
<p>Verificaram-se diferenças nas pontuações obtidas: pontuação média de 1,8 (<math>DP=1,9</math>) para os <b>homens</b> e de 1,2 para as <b>mulheres</b> (<math>DP=2,0</math>). Contudo, apenas a subescala desvantagem apresenta uma diferença estatisticamente significativa (homens 2,3 e mulheres 2,2 com <math>p\leq 0,05</math>).</p> <p>Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre elementos que vivem na região urbana ou rural. Pontuações elevadas, sobretudo nas subescalas limitação funcional, dor física, desvantagem e desconforto psicológico.</p> <p>Não se verificaram associações estatisticamente significativas entre as diferentes <b>profissões</b> quanto à QdVRSO.</p> <p>Não se verificaram associações estatisticamente significativas entre os indivíduos da <b>área metropolitana e os da área não metropolitana</b>, ou mesmo quando agrupados em rural ou urbano, não se verificaram.</p> <p>À medida que o nível de escolaridade aumenta, as pontuações obtidas na incapacidade social e desvantagem diminuem</p> <p>Correlação significativa (<math>p\leq 0,01</math>) com a <b>Satisfação saúde oral</b>. A maioria dos indivíduos (65,1%) estava satisfeito e, portanto, tinha um baixo impacto sobre QdV (média OHIP-14 pontuação de 0,6, <math>DP = 1,3</math>). Aqueles que não estavam satisfeitos com a sua saúde oral (34,1%) apresentaram maior pontuação OHIP-14 de 2,2 (<math>DP = 2,5</math>).</p>				

**Estudo 6:** Rusanen, J., Silvola, A., Tolvanen, M., Pirttiniemi, P., Lahti, S. & Sipilä, K. (2012). Pathways between temporomandibular disorders, occlusal characteristics, facial pain, and oral health-related quality of life among patients with severe malocclusion. *European Journal of Orthodontics*, 34, 512-517. doi: 10.1093/ejo/cjr071.

<b>Desenho do estudo</b>	<b>Amostra País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Variáveis em estudo</b>	<b>Método de trabalho OHIP-14 Análise estatística</b>
Observacional Transversal	N= 94 M=38 DP=12 (18-64anos) Finlândia	Avaliar as relações entre disfunções temporomandibulares, características de oclusão, dor facial e QdVRSO em pacientes com má oclusão severa	Sociodemográficas: sexo Clínicas: características de má oclusão, dor facial	Adição (0-56)  Teste-t de student Qui-quadrado Técnicas SEM (structural equation modelling)

#### **Síntese dos principais resultados e conclusões**

A média obtida no OHIP-14 (gravidade) é superior nas mulheres, contudo esta diferença não é estatisticamente significativa (entre sexos).

As disfunções temporomandibulares, características de oclusão e dor facial foram associadas a uma QdVRSO comprometida.

A associação entre características de oclusão e QdVRSO difere entre homens e mulheres.

Homens e mulheres apresentam associação direta e indireta (pela dor facial) entre disfunção temporomandibular e QdVRSO, muito próxima. Contudo, verifica-se uma diferença entre homens e mulheres quanto à associação entre características de oclusão e QdVRSO. Nos homens a associação entre características de oclusão e QdVRSO é direta, enquanto que nas mulheres estes fatores não se associaram.

As mulheres apresentam dores faciais (medidas pela VAS) mais intensas e disfunções temporomandibulares mais graves do que os homens.

A dor e a QdVRSO pobre são as principais razões de procura de tratamento das disfunções temporomandibulares ou de tratamento ortodôntico nas mulheres.

Mulheres e homens apresentaram caminhos diferentes quanto a forma como as características de oclusão se associaram com a QdVRSO. Entre os homens, a associação entre as variáveis foi direta. A vida quotidiana dos homens foi prejudicada devido a má oclusão, enquanto nas mulheres o principal foi a dor. Este resultado pode indicar diferenças de género quanto aos motivos de procura de tratamento.

Nos homens, verifica-se uma associação positiva entre características de oclusão e disfunção temporomandibular (as disfunções ocorrem com maior frequência naqueles que apresentam discrepâncias de oclusão) e negativa para as mulheres (as disfunções ocorrem com menor frequência naqueles que apresentam discrepâncias de oclusão).

Verifica-se uma associação entre valores obtidos na VAS (dor facial) e os valores obtidos no OHIP-14.

**Estudo 7:** Silvola, A.S., Rusanen, J., Tolvanen, M., Pirttiniemi, P., & Lahti, S.(2012). Occlusal characteristics and quality of life before and after treatment of severe malocclusion. *European Journal of Orthodontis*, 4, 704-709.doi: 10.1093/ejo/cjr085.

<b>Desenho do estudo</b>	<b>Amostra País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Variáveis em estudo</b>	<b>Método de trabalho OHIP-14 Análise estatística</b>
Observacional longitudinal	N=51 2 grupos: - tratamento cirúrgico-ortodôntico (n=36) - tratamento ortodôntico (n=15) M=36,4 DP= não refere (entre 18,2 e 61,6) Finlândia	Avaliar a relação entre características de oclusão e a QDVRSO em adultos submetidos a tratamento ortodôntico ou ortodôntico-cirúrgico acompanhados durante 5 anos.	Caraterísticas de má oclusão	Adição (0-56) Prevalência ( <i>Fairly often</i> –F.O; <i>Very Often</i> - V.O ou <i>Occasionally.</i> , F.O, V.O) Extensão (0-14)  Teste-t de student Mann Whitney Correlação de Pearson Correlação de Spearman

**Síntese dos principais resultados e conclusões**

Não se verificam diferenças estatisticamente significativa entre grupo cirúrgico e não-cirúrgico quanto às variáveis do OHIP-14 antes ou depois do tratamento.

Verifica-se que indivíduos após correção da má oclusão, na consulta de acompanhamento, apresentam melhor QdVRSO.

Não se verifica associação estatisticamente significativa entre grupo que relata Melhoria ou Grande Melhoria na QdVRSO.

**Estudo 8:** Montero, J., Yarte, J. M., Bravo, M., & López-Valverde, A. (2011). Oral health-related quality of life of a consecutive sample of Spanish dental patients. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 16, e810-5. doi:10.4317/medoral.16790.

<b>Desenho do estudo</b>	<b>Amostra País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Variáveis em estudo</b>	<b>Método de trabalho OHIP-14 Análise estatística</b>
Observacional Transversal	N=200 M=44,5 DP=13,4 (18-65 anos) Espanha	Avaliar a QdVRSO e fatores moduladores de pacientes com necessidade de tratamento dentário através de OIDP-sp e OHIP-14  Método de trabalho: Adição (0-56) Prevalência (com impacto, considerando F.O, V.O $\geq 2$ )  Análise estatística: ANOVA Teste t de student Correlação de Pearson Correlação de Spearman	Sociodemográficas: sexo, idade, residência (urbano, rural), classe social (baixa, média, alta) Clínicas: CPOD, estado periodontal Comportamentais: hábitos de higiene oral (básico: <2x/dia; excelente: >2x/dia)  Frequência de consulta no dentista; principal motivo para consulta no dentista (regular ou relacionado com problemas) A razão de consulta foi dividida em 4 grupos: dor, revisão regular, prótese, obturação  Satisfação com estética dentária e mastigação (avaliada por uma escala visual analógica)	Adição (0-56) Prevalência (com impacto, considerando F.O, V.O $\geq 2$ )  ANOVA Teste t de student Correlação de Pearson Correlação de Spearman

#### **Síntese dos principais resultados e conclusões**

Indivíduos com mais de 45 anos apresentam pontuações mais elevadas no OHIP-14 do que em indivíduos mais jovens, não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto aos valores obtidos.

Indivíduos de classe social elevada apresentaram pontuações totais mais elevadas do que nas outras classes.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, apesar de se verificar uma tendência para as mulheres apresentarem maior impacto e menor satisfação com a estética e mastigação.

Indivíduos que vivem em áreas rurais apresentam pior QdVRSO e menor satisfação do que aqueles que vivem na área urbana.

Indivíduos que consultam o dentista apenas quando apresentam problemas dentários revelam pior QdVRSO do que aqueles que consultam regularmente.

Indivíduos com hábitos de higiene oral básicos (escovagem de dentes em <2x/dia) apresentam pior QdVRSO do que aqueles que escovam >2x/dia

Quanto ao motivo de consulta, indivíduos que recorrem por dor apresentam maior impacto e menor satisfação do que aqueles que recorrem por outras razões.

**Estudo 9:** Caglayan, F., Altun, O., Miloglu, O., Kaya, M. D., & Yilmaz, A. B. (2009). Correlation between oral health-related quality of life (OHQoL) and oraldisorders in a Turkish patient population. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 14, e573-8. doi:10.4317/medoral.14.e573.

<b>Desenho do estudo</b>	<b>Amostra País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Variáveis em estudo</b>	<b>Método de trabalho OHIP-14 Análise estatística</b>
Observacional Longitudinal	N= 1090 M=29,61 DP= 11, 03 (entre 18 e 27 anos) Turquia	Avaliar as principais queixas que conduzem os indivíduos a uma consulta de medicina dentária e em que grau afetam a sua QdV  Método de trabalho OHIP-14: Adição (0-56)  Análise estatística: Mann Whitney Kruskal-Wallis	Utilizaram OHIP-14 (versão hebraica) e OHQoL-UK  Sociodemográficas: sexo, escolaridade  Comportamentais: consumo de álcool e tabaco  Clínicas: cáries, trauma ortodentário, doença periodontal, falta de dentes, dor de dentes, estética	Adição (0-56)  Mann Whitney Kruskal-Wallis

**Síntese dos principais resultados e conclusões**

Relação estatisticamente significativa e positiva entre escolaridade e QdVRSO (quanto maior o nível de escolaridade, melhor a QdVRSO)  
 Indivíduos com hábitos de consumo de álcool e de tabaco apresentam pontuações obtidas no OHIP-14 piores do que indivíduos que não apresentam estes hábitos ( $p < 0,001$ ).  
 Não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre mulheres e homens quanto aos valores obtidos, contudo, os valores obtidos no OHIP-14 foram superiores nas mulheres.  
 Indivíduos com menor escolaridade (ou ausente) apresentam níveis de impacto superiores (valores diminuem à medida que aumenta a escolaridade →  $p < 0,0001$ )  
 Indivíduos com cáries e dor de dentes são aqueles que apresentam pontuações mais elevadas de OHIP-14.  
 Verificaram que os indivíduos com pontuações elevadas no OHQoL-UK apresentam níveis mais baixos no OHIP-14, portanto, boa QdVRSO.

<b>Estudo 10:</b> Pereira, T.C., Brasolotto, A.G., Conti, P.C., & Berretin-Felix, G. (2009). Temporomandibular disorders, voice and oral quality of life in women. <i>Journal of Applied Oral Science</i> , 17, 50-6. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1678-77572009000700009">http://dx.doi.org/10.1590/S1678-77572009000700009</a> .				
<b>Desenho do estudo</b>	<b>Amostra País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Variáveis em estudo</b>	<b>Método de trabalho OHIP-14 Análise estatística</b>
Observacional Transversal	N= 33 M=25,61 (20 e 40 anos) Brasil	<p>Analisar a associação entre a gravidade da autopercepção de voz e a gravidade da disfunção temporomandibular; avaliar a associação entre QdVRSO e a gravidade da disfunção temporomandibular através do OHIP-14 validado para Brasil por Oliveira &amp; Nadanovsky (2005)</p> <p>Método: Adição (0-56) Correlação de Spearman</p>	<p>Perturbações/alterações temporomandibulares (temporomandibular disorders) → função anormal dos músculos responsáveis pela mastigação e da articulação temporomandibular. É uma manifestação multifatorial e pode estar relacionar com hábitos parafuncionais com bruxismo, traumatismo da cabeça e pescoço, <i>unstable bite</i>, problemas posturais e stress emocional. Normalmente apresentam cefaleias ou dor no pescoço, estalidos/crepitação nos ouvidos aquando a abertura da boca, limitando a mastigação e a sua abertura, disfonia.</p>	<p>Adição (0-56)</p> <p>Correlação de Spearman</p>
<b>Síntese dos principais resultados e conclusões</b>				
<p>Indivíduos com alterações temporomandibulares apresentam pior QdVRSO, com pontuações mais elevadas nas dimensões Dor física, Desconforto psicológico, Incapacidade física e Incapacidade psicológica (<math>p &lt; 0,05</math>).</p> <p>Verifica-se que indivíduos com alterações temporomandibulares de maior gravidade revelam pior QdV relacionada com a voz e pior QdVRSO.</p>				

**Estudo 11:** Lawrence, H. P., Thomson, W. M., Broadbent, J. M., & Poulton, R. (2008). Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36, 305-316. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2288569/pdf/nihms40219.pdf>.

Desenho do estudo	Amostra país	Objetivo	Variáveis em estudo	Método de trabalho OHIP-14 Análise estatística
Observacional Transversal	N= 923 acompanhados desde o nascimento em 1972/1973 até aos 32anos Nova Zelândia	Avaliar a associação entre medidas clínicas de estado de saúde oral e a QdVRSO, controlando variáveis sociodemográficas (sexo, nível socioeconómico) e a utilização de serviços dentários  OHIP-14 (versão original)	Medidas clínicas/objetivas associadas: cáries, perda de dentes e perda óssea periodontal - CAL ( <i>periodontal attachment loss</i> ) Sociodemográficas: sexo, nível socioeconómico  Comportamentais: procura de cuidados de saúde dentária	Adição (0-56) Cálculo de cada subescala (adição: 0-14) Extensão (0-14) F.O; V.O) Prevalência  Regressão de Poisson (análise multivariada) Regressão logística

#### Síntese dos principais resultados e conclusões

Verificaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto à QdVRSO (as mulheres apresentam pontuações mais elevadas no OHIP-14)

Indivíduos com nível socioeconómico mais baixo e indivíduos que procuram pontualmente os cuidados de saúde dentária apresentam pontuações mais elevadas no OHIP-14, logo pior QdVRSO.

Existe uma associação estatisticamente significativa e forte entre indicadores clínicos de saúde oral e baixo nível socioeconómico.

Todas as variáveis, excepto sexo, apresentam uma associação estatisticamente significativa com a prevalência de impactos da saúde oral.

Indivíduos do sexo feminino, com baixo nível socioeconómico e que procuram pontualmente cuidados de saúde dentários, apresentam pior QdVRSO

Indivíduos com alterações orais e de baixo nível socioeconómico apresentam pior QdVRSO.

Em indivíduos com idades entre 26 e 32 anos e de nível socioeconómico mais elevado, obtiveram as pontuações mais elevadas (pior QdVRSO).

**Estudo 12:** Thomson, W.M., Lawrence, H.P., Broadbent, J.M., & Poulton, R. (2006). The impact of xerostomia on oral-health-related quality of life among younger adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 86. doi:10.1186/1477-7525-4-86.

<b>Desenho do estudo, Amostra, país</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Método de trabalho OHIP-14 Análise estatística</b>
Observacional Transversal  N= 923 32anos Nova Zelândia	Analisar a associação entre a xerostomia e a QdVRSO de jovens adults, com controlo de outras condições clínicas e de outros potenciais fatores de confusão ( <i>potential confounding factors</i> ). OHIP-14 (versão original)	Clínicas: número de dentes deteriorados, perdidos, presença de cáries). Xerostomia → sensação subjetiva de boca seca medida através de uma única questão “Com que frequência sente a sua boca seca” (opções: sempre, frequentemente, Às vezes, nunca) Comportamentais: hábitos tabágicos Traços de personalidade	Método de trabalho: Adição (0-56) Cálculo de cada subescala (adição: 0-14) Extensão (0-14) F.O; V.O) Prevalência  Análise estatística: Regressão de Poisson

**Síntese dos principais resultados e conclusões**

A xerostomia (sensação crónica de boca seca) encontra-se associada a uma QdVRSO pobre (relação estatisticamente significativa forte em todos os domínios do OHIP-14 e que persistiu após a análise multivariada para controlar características clínicas, sexo, uso de tabaco e características de personalidade como emocionalidade positiva e negativa).  
1 em cada 10 indivíduos apresenta xerostomia, não sendo identificada diferença entre sexos.  
Indivíduos com xerostomia, falta de dentes, fumadores habituais, com mais pontuações de emoções negativas, apresentam pontuações mais elevadas no OHIP-14.

**Estudo 13:** Montero, J., Castillo-Oyagüe, R., Lynch, C. D., Albaladejo, A., Castaño, A. (2013). Self-perceived changes in oral health-related quality of life after receiving different types of conventional prosthetic treatments: A cohort follow-up study. *Journal of dentistry*, 41, 493-503. DOI: 10.1016/j.jdent.2013.01.006.

Desenho do estudo	Amostra	Objetivo	Variáveis em estudo	Método de trabalho OHIP-14 Análise estatística
Observacional Longitudinal	N= 153 M=64,9 DP=10,7 (18-87 anos) Espanha	Avaliar as mudanças na QdVRSO referidas por indivíduos submetidos a tratamento com próteses convencionais (utilizando o OHIP-14sp) e prever as possíveis melhorias com base nos dados sociodemográficos, estado clínico e tipo de reabilitação realizada (prótese convencional versus prótese parcial removível com metal)	Sociodemográficas: sexo, idade  Clínicas: índice de Eichner que inclui presença ou ausência de contacto de oclusão; utilização de prótese dentária, tipos de prótese (metal-cerâmica, implante dentário, Prótese parcial com acrílico, prótese parcial removível com base metálica, prótese total)  Autopercepção: satisfação com estado de saúde oral, estética, habilidade em mastigar e satisfação global com a boca	OHIP-14sp 2 métodos de trabalho: - contagem simples (OHIP-14-SC) de respostas ocasionalmente ou more frequently (pontuações >2); - aditivo (OHIP-14-AD): varia entre 0 e 56 Avaliação no follow-up (Post-OHIP): -respostas variam entre <i>better</i> (1), <i>equal/same</i> (0), <i>worse</i> (-1), (total: -14 e 14).  Análise estatística: Teste-t de student Regressão de Poisson

#### Síntese dos principais resultados e conclusões

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto à QdVRSO.  
 Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de idade <65 ou superior a 65, antes do tratamento, quanto à QdVRSO.  
 Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com diferentes tipos de próteses quanto à QdVRSO, após o tratamento.  
 A dimensão Dor foi a única questão dificultadora associada à utilização de prótese removível  
 Na consulta de acompanhamento, os homens apresentaram uma melhoria estatisticamente significativa superior à das mulheres quanto à auto-satisfação ( $p < 0,01$ ).  
 Não se verifica uma relação entre idade e a QdVRSO.  
 Coeficientes de regressão indicam que no *follow-up* podem ocorrer mudanças positivas. Verificaram-se melhorias sobretudo ao nível da habilidade em mastigar, na estética e satisfação com o estado de saúde oral.

**Estudo 14:** Wöstmann, B., Michel, K., Brinkert, B., Melchheier-Weskott, A., Rehmann, P., & Balkenhol, M. (2008). Influence of denture improvement on the nutritional status and quality of life of geriatric patients. *Journal of Dentistry*, 36,816-821. DOI: 10.1016/j.jdent.2008.05.017.

<b>Desenho do estudo</b>	<b>Amostra País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Variáveis em estudo</b>	<b>Método de trabalho OHIP-14 Análise estatística</b>
Quasi-experimental	N= 100 (mais de 60 anos) M=72,6 DP=6,7  A residir em lares de idosos; utilizadores de próteses dentárias que necessitam de ser reparadas ou substituídas Alemanha	Identificar o impacto da melhoria da prótese dentária no estado nutricional bem como na QdVRSO de pacientes geriátricos (avaliação do mesmo grupo antes e depois do tratamento)  Instrumentos: OHIP-G14 (versão alemã) Mini Mental Status (MMS); Mini Nutritional Assessment (MNA)	Clínicas: prótese dentária (falta de dentes naturais), capacidade de mastigação Estado nutricional Comportamentais: hábitos alimentares Nível socioeconómico	OHIP-G14 (versão alemã) Adição Extensão ( <i>fairly often</i> ou <i>often</i> ) Prevalência (pelo menos um <i>Fairly often</i> )  Análise estatística: Teste-t de student (após K-S e Levene) Teste Tukeyu post-hoc (identificar diferenças entre subgrupos) Wilcoxon

#### **Síntese dos principais resultados e conclusões**

Apesar das melhorias obtidas na capacidade de mastigação, não foram encontradas alterações no estado nutricional, pelo que este não depende apenas desta capacidade/função de mastigação mas sim de fatores como (hábitos, paladar, costumes culturais, aspetos financeiros e organizacionais). Verifica-se uma melhoria da capacidade de mastigação, com redução das pontuações ao nível da extensão (dor, desconforto em comer qualquer comida por problemas com a boca ou prótese, *self-conscious* por causa da boca ou prótese, dieta insatisfatória) → diminuiu de 3,6 para 2,7 ( $p<0,05$ ). Os resultados de gravidade obtidos no OHIP-G14 demonstram que os doentes apresentaram uma saúde oral comprometida. No entanto, não consideram os problemas com as próteses como sendo de importância fundamental (7 indivíduos recusaram a otimização das suas próteses, sendo excluídos do estudo). Alguns indivíduos experimentaram, após o tratamento, uma melhoria no conforto oral enquanto comem, verificando-se uma redução na extensão dos impactos ( $p<0,05$ ). Contudo, não referem ter havido alteração no tipo de alimentação. Os valores obtidos no OHIP-G14 não indicaram mudanças significativas em comparação com os dados de referência, apesar de verificar-se uma ligeira melhoria na dimensão comer-conforto bem como uma diminuição na pontuação referente à extensão (contagem de respostas “*fairly often*” ou “*often*”). Alguns indivíduos com maiores comorbidades podem não considerar o seu estado dentário como insuficiente na medida em que experienciam outros problemas com maior impacto no seu bem-estar.

**Estudo 15:** Saimadhavi, N., Raju, M. A., Reddy, R., Ramesh, T., Tabassum, D., & Ramya, K. (2013). Impact of oral diseases on quality of life in subjects attending out-patient department of a dental hospital, India. *Journal of Orofacial Sciences*, 5, 27. DOI: 10.4103/0975-8844.113690.

Desenho do estudo	Amostra País	Objetivo	Variáveis em estudo	Método de trabalho OHIP-14 Análise estatística
Observacional Transversal	N= 302 (+20anos)  2 grupos: 1) com doenças crônicas (n=203; M= 36,73) 2) com doenças agudas (n=99; M=37,88) Índia	Avaliar o impacto das diferentes doenças orais na QdV através do OHIP-14	Sociodemográficas: sexo, idade  Doenças orais crônicas: abscesso crônico, líquen plano ( <i>lichen planus</i> ), pênfigo ( <i>pemphigus</i> ) e fibrose da submucosa oral, doenças que afetam por um longo período de tempo (não especificam)  Doenças agudas: abscesso, úlceras	Método de trabalho do OHIP-14: Adição (0-42)  Para comparação inter e intragrupos foi utilizado teste t amostra independente, ANOVA seguida de teste post hoc e teste qui-quadrado. - ANOVA - teste <i>post hoc</i> - Qui-Quadrado

#### Síntese dos principais resultados e conclusões

Entre várias doenças crônicas investigadas, verificam-se médias de pontuação total obtida no OHIP-14 mais elevadas no *pemphigus*, seguido de líquen plano, fibrose submucosa oral e abscesso crônica. Apenas existem valores estatisticamente significativos nas dimensões dor física, incapacidade física e o *pemphigus* ( $p < 0,001$ ). O teste Qui-Quadrado revelou uma QdV deficiente em grau moderado entre as doenças investigadas. Considerando como idade média 35 (procedimento mediana *split*), verificou-se uma associação estatisticamente significativa com domínio de desvantagem ( $p < 0,001$ ) no grupo de idade  $\leq 35$  anos. Comparando as médias obtidos nos domínios e na pontuação total entre os 2 grupos, verificam-se diferenças estatisticamente significativas nos diferentes grupos de doenças agudas quanto aos domínios Desconforto Psicológico e Incapacidade Psicológica e Desvantagem (no abscesso agudo), com valores estatisticamente significativos para a limitação funcional na úlcera aguda. Contudo, não existem valores estatisticamente significativos entre estes e valores de OHIP-14 totais. Existem diferenças estatisticamente significativas entre grupo com dores crônicas e agudas quanto ao valor total obtido no OHIP-14 (com valores significativos para as doenças agudas). Entre as doenças agudas investigadas, o domínio Limitação funcional encontra-se afetada significativamente na úlcera aguda, embora o Desconforto psicológico, a Incapacidade Psicológica e a Desvantagem foram estatística e significativamente afetadas no abscesso agudo. A QdV encontra-se moderadamente comprometida entre todas as doenças investigadas refletindo as consequências da doença oral na vida diária e na QdV. Verifica-se uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de doenças agudas e o grupo de doenças crônicas quanto à média obtida nos domínios Desconforto psicológico e Incapacidade e a pontuação total OHIP verificando-se maior impacto no grupo das doenças agudas, o que sugere uma necessidade de início diagnóstico e a instituição de tratamento adequado. Entre as doenças crônicas avaliadas, a dor física e incapacidade física são afetadas (estatisticamente significativa) pelo *pemphigus*, seguido do *lichen planus*, abscesso crônico e fibrose da submucosa oral. Verifica-se que uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo com idade inferior e superior a 35 anos quanto aos valores obtidos no domínio Desvantagem, com maior comprometimento no grupo com idade  $\leq 35$  anos ( $p=0,037$ )

**Estudo 16:** Duque-Duque, V., Tamayo-Castrillón, J., Echeverri-Cadavid, P., Gutiérrez-Osorio, A. Y., Sepúlveda-Correa, D., Giraldo-Ramírez, O., & Agudelo-Suárez, A. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. *CES odontologia*, 26, 10-23. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v26n1/v26n1a02.pdf>.

<b>Desenho do estudo</b>	<b>Amostra País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Variáveis em estudo</b>	<b>Método de trabalho OHIP-14 Análise estatística</b>
Observacional Transversal	N= 100 (com mais de 65 anos) M= (não indica) DP= (não indica) Colombia	Analisar a relação entre a QdVRSO e os indicadores de saúde geral e saúde oral percebida na população mais velha e explorar os fatores sociodemográficos associados.  OHIP-14 - prevalência: percentagem de indivíduos que relatam ou mais itens “frequentemente” ou “sempre” - extensão: o número de itens reportados como “frequentemente” ou “sempre” - gravidade: soma de todos os valores de resposta, variando entre 0 e 56 (quanto maior o valor, maior o impacto na QdVRSO)	Sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade, nível socioeconómico e estado civil  Indicadores de saúde: - Saúde autopercebida (“como considera o seu estado de saúde geral neste momento?”: boa, muito boa; má, muito má) - saúde oral autopercebida (dicotomizada em: Boa e Má) - satisfação com a aparência oral (“Quanto satisfeito está com a aparência dos seus dentes?” - Percepção de problemas dentários (“Teve algum problema dentário, na boca ou gengivas nos últimos 30 dias até hoje?”	Método de trabalho: Adição (0-56) Extensão (frequentemente, sempre) Prevalência  Análise estatística: Qui-quadrado Teste-t de student Regressão logística (odds ratio)

#### **Síntese dos principais resultados e conclusões**

70% das respostas verificaram-se nas respostas “*never*” e “*almost never*”.

Verificaram-se piores resultados obtidos no OHIP-14 nas mulheres, idade superior a 75 anos, com baixo nível de escolaridade e socioeconómico e solteiros.

Mais de 1/3 dos participantes relataram um ou mais impactos nos domínios da QdVRSO (0,86; 95% CI 0,53-1,19).

Salienta-se que nas dimensões Dor física, especificamente na questão 3, que verifica-se uma percentagem mais elevada nas respostas “Muitas vezes” e “Sempre”, no caso dos homens (20%) em comparação com as mulheres e as restantes dimensões.

Na dimensão de Desconforto psíquico, as mulheres responderam com mais frequência as opções “Quase sempre” (16%), tal como na dimensão de Incapacidade física.

Existe uma relação direta entre os indicadores de autopercepção de saúde e o perfil de impacto, sendo maior nos indivíduos que referem o seu estado de saúde geral e oral como maus.

Após o ajuste para fatores sociodemográficos, a prevalência do impacto na QdVRSO foi de 9 vezes maior entre homens e três vezes maior em

(continuação)

**Estudo 16:** Duque-Duque, V., Tamayo-Castrillón, J., Echeverri-Cadavid, P., Gutiérrez-Osorio, A. Y., Sepúlveda-Correa, D., Giraldo-Ramírez, O., & Agudelo-Suárez, A. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. *CES odontologia*, 26, 10-23. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v26n1/v26n1a02.pdf>. (continuação)

#### **Síntese dos principais resultados e conclusões**

mulheres que relataram sua saúde oral como Má, e estatisticamente significativa.

A prevalência, a extensão e a gravidade são superiores nos indivíduos que classificam a sua saúde geral e oral como más, indivíduos insatisfeitos com a saúde oral e aqueles que reportaram problemas orais nos últimos 30 dias. Encontram-se diferenças estatisticamente significativas quando se comparam as percentagens ou as médias, excepto naqueles que, na prevalência, relatam mais problemas orais.

A prevalência do impacto na QdVRSO foi 3 vezes maior em mulheres que relataram insatisfação com sua condição oral (e estatisticamente significante). Em outros casos, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas após o ajuste em modelos multivariados.

Foram encontradas diferenças entre homens e mulheres que podem ser explicadas a partir de uma perspectiva de género e ainda considerando que a percepção do impacto negativo na QdVRSO ocorre dentro contextos sociais, económicos, culturais e históricos específicos.

Este estudo concluiu que com o avançar da idade são relatados mais impactos, considerados como negativos, possivelmente por as pessoas perceberem, que com o envelhecimento, há uma deterioração progressiva da sua qualidade de vida, influenciado por múltiplos fatores (sistémico, psicológico, social, económico) que afetam as suas vidas diárias. Outras condições que podem influenciar incluem a falta de acompanhamento e de apoio social que alguns adultos mais velhos experienciam. As pessoas que se identificaram como solteiras ou viúvas relatam, em geral, um impacto maior, considerando que o casal é percebido como apoio social, sendo o cônjuge o principal cuidador dos idosos.

**Estudo 17:** Miotto, M. H., Barcellos, L. A., Velten, D. B. (2012). Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 397-405. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a14v17n2.pdf>.

Desenho do estudo	Amostra País	Objetivo	Variáveis em estudo	Método de trabalho OHIP-14 Análise estatística
Observacional Transversal	N= 237 M=(não indicam) DP= (não indicam) (18-70 anos) Brasil	Avaliar a prevalência de impactos dos problemas bucais na qualidade de vida e associação com variáveis sociodemográficas, clínicas e a utilização de serviços por adultos e idosos de Marechal Floriano	Idade (em faixas etárias: 20-39, 40-49, 50-59, 60 anos ou mais) Motivo de utilização de serviço odontológico Não foi realizado exame clínico → recorreu-se à percepção dos indivíduos sobre a necessidade de prótese parcial ou total	Método de trabalho: Prevalência → sem impacto: às vezes, raramente, nunca → com impacto: frequentemente, sempre  Análise estatística: Qui-quadrado Teste de Fisher Odds Ratio (OR) Mantel-Haenszel (calcula a magnitude do efeito através do OR)

#### Síntese dos principais resultados e conclusões

A prevalência de impacto observada foi de 35%  
Indivíduos mais velhos e que revelam necessitar de prótese dentária apresentam pontuações mais elevadas, logo, pior QdVRSO, nas dimensões: Limitação funcional, Incapacidade física, Incapacidade social.  
No teste Mantel-Haenszel combinado, os indivíduos com mais de 40 anos apresentam maior frequência de impacto. Calculado o OR, os indivíduos apresentaram uma probabilidade 2,37 vezes maior de impacto (IC95%=1,375;4,098), quando comparados com indivíduos com menos de 40 anos.  
Indivíduos com necessidade de prótese parcial removível apresentaram pontuações mais elevadas nas dimensões: Limitação funcional (OR=3,554, IC95%=1,419;8,901), Desconforto psicológico (OR=3,313, IC95%= 1,628;6,739), Incapacidade física (OR=2,208, IC95%= 0,977; 4,988), Incapacidade social (OR=4,450, IC95%=1,302;15,207) e Desvantagem (OR=7,783, IC95%=2,245;26,980).  
Indivíduos com necessidade de prótese total removível apresentaram pontuações mais elevadas nas dimensões Limitação funcional (OR=4,857, IC95%= 1,872; 12,604) e Incapacidade física (OR=2,735, IC95%=1,258; 5,949).  
Indivíduos que procuraram o cirurgião-dentista por motivo de urgência apresentaram pontuações mais elevadas (diferenças estatisticamente significativas) apenas na dimensão Dor física. Na análise de regressão logística, nenhuma das variáveis inseridas apresentou significância estatística ao ser considerado como resposta o impacto geral. Foram ajustados modelos de regressão logística para cada dimensão com o intuito de verificar variáveis com maior poder preditivo. Os indivíduos que utilizaram o serviço por urgência apresentaram uma probabilidade oito vezes maior de apresentar pior QdVRSO. Para a dimensão Incapacidade física, a variável necessidade de prótese total apresentou maior poder explicativo com nove vezes maior probabilidade de impacto para os indivíduos que declararam necessidade de prótese total.

## **Anexo E**

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

### **Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral: Validação Cultural e Linguística do OHIP-14**

**Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo)**

\_\_\_\_\_, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_

**Assinatura do participante no projecto:** \_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

**Nome:**

**Assinatura:**

## **Pedido de colaboração e descrição do estudo no formulário *online***

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Fernando Pessoa, que se encontra a ser desenvolvida por mim, Dr.<sup>a</sup> Andreia Afonso, sob orientação da Professora Doutora Isabel Silva, pretende-se estudar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral na população portuguesa adulta (com 18 ou mais anos de idade).

Queremos conhecer realmente a forma como se sente neste domínio, pelo que a sua colaboração é para nós muito importante. Por esta razão, pedimos-lhe que preencha o questionário que se segue.

Este questionário é constituído por três partes, sendo de resposta rápida: uma primeira parte referente a dados sociodemográficos, a segunda parte relativa ao impacto da condição oral no seu dia a dia e uma última que diz respeito à sua saúde em geral. O questionário é anónimo, pelo que não lhe pedimos dados que o permitam identificar, e todas as respostas serão usadas apenas para estudo científico.

Agradecemos desde já a sua colaboração!

Para eventuais esclarecimentos podem contactar: [andreiapcafonso@gmail.com](mailto:andreiapcafonso@gmail.com)

A equipa de investigação:

Dr.<sup>a</sup> Andreia Patrícia Castro Afonso

Orientadora: Professora Doutora Isabel Silva

### **Questão 1 (carácter obrigatório):**

Compreendi a explicação fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, compreendo que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Foi assegurado que os registos serão anónimos e confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

- Aceito participar no estudo.

- Não aceito participar no estudo.

## Questionário Sociodemográfico

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Fernando Pessoa estamos a realizar um estudo sobre a qualidade de vida e a saúde oral. Neste sentido, agradecemos que respondesse a algumas questões. Muito obrigada pela sua colaboração e contributo!

**Sexo** - Feminino  Masculino  **Idade** - \_\_\_\_\_ (anos)  
**Escolaridade** - \_\_\_\_\_ (último ano completado com sucesso)

Estado civil			
Solteiro (a)	Divorciado(a) / Separado(a)	Casado(a) / União de facto	Viúvo(a)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinale com um X se a sua resposta for sim ou não.	Sim	Não
Tem problemas de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se respondeu que <b>SIM</b> , indique quais: _____		

Assinale com um X se a sua resposta for sim ou não.	Sim	Não
Lava os dentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se respondeu que <b>SIM</b> , com que frequência? _____		

Assinale com um X a opção que melhor descreve a sua saúde da boca.				
Em geral, como diria que a saúde da boca é?				
Ótima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinale com um X se a sua resposta	Sim	Não
Tem sensação de boca seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe algum problema com os seus dentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe algum problema com as suas gengivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem falta de dentes naturais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continua na página seguinte.

**Questionário Sociodemográfico (cont.)**

Comparando com o que acontecia há 1 ano, como descreve o seu estado de saúde da boca atual:				
Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Assinale com um X se a sua resposta for sim ou não</b>		<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Utiliza aparelho dentário (ortodôntico)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu <b>SIM</b> , o seu aparelho ortodôntico (dentário) é:			
Parcial <input type="checkbox"/>	Superior <input type="checkbox"/>		Inferior <input type="checkbox"/>
	Fixa <input type="checkbox"/>	Removível <input type="checkbox"/>	Fixa <input type="checkbox"/> Removível <input type="checkbox"/>
Total <input type="checkbox"/>	Fixa <input type="checkbox"/>	Removível <input type="checkbox"/>	
Há quanto tempo utiliza aparelho ortodôntico (dentário)? _____			

<b>Assinale com um X se a sua resposta for sim ou não</b>		<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Utiliza prótese dentária (dentadura)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu <b>SIM</b> , a sua prótese dentária (dentadura) é:			
Parcial <input type="checkbox"/>	Superior <input type="checkbox"/>		Inferior <input type="checkbox"/>
	Fixa <input type="checkbox"/>	Removível <input type="checkbox"/>	Fixa <input type="checkbox"/> Removível <input type="checkbox"/>
Total <input type="checkbox"/>	Fixa <input type="checkbox"/>	Removível <input type="checkbox"/>	
Há quanto tempo utiliza prótese dentária (dentadura)? _____			

<b>Assinale com um X se a sua resposta for sim ou não</b>		<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Já alguma vez teve consulta com um Médico Dentista?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se já consultou antes, a última consulta no dentista foi há quanto tempo? _____			

<b>Habitualmente marca consulta no dentista por: (Assinale com um X o PRINCIPAL motivo)</b>					
Dor de gengivas	Dor de dentes	Utiliza aparelho dentário	Utiliza dentadura (prótese dentária)	Por rotina	Nunca marca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Continua na página seguinte.**

### Perfil de Impacto de Saúde Oral (ORAL HEALTH IMPACT PROFILE - OHIP-14)

Com as perguntas deste questionário pretende-se saber até que ponto as dificuldades com os seus dentes, boca ou prótese dentária causaram problemas na sua vida diária. Agradecemos que preenchesse o questionário mesmo que tenha uma boa saúde oral. Gostaríamos de saber com que frequência, no último mês, teve cada um dos problemas que a seguir lhe apresentamos. Cada pergunta refere-se a um problema dentário específico. Pense numa pergunta de cada vez e faça uma cruz na opção de resposta que indica com que frequência teve esse problema no **último mês**.

	Quase sempre	Algumas vezes	Poucas vezes	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
1. Teve dificuldade em pronunciar alguma palavra por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
2. Sentiu que o seu paladar piorou por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
3. Teve dores na sua boca?							
4. Sentiu desconforto a comer algum alimento por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
5. Tem-se sentido pouco à vontade por causa dos seus dentes, boca ou prótese dentária?							
6. Sentiu-se tenso por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
7. Já deixou de comer algum alimento por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
8. Teve de interromper refeições por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese?							
9. Sentiu dificuldade em relaxar por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
10. Tem-se sentido um pouco envergonhado por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
11. Tem sido menos tolerante ou paciente com o(a) seu (sua) companheiro(a) ou família por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
12. Teve dificuldade em realizar as suas atividades habituais por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
13. Sentiu-se menos satisfeito com a vida em geral por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
14. Tem sido totalmente incapaz de funcionar por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							

Continua na página seguinte.

## Questionário sobre o Estado de Saúde (1)

Por favor responda a cada uma das perguntas. Algumas perguntas são parecidas, mas de facto são diferentes. Não tenha pressa em responder, e responda às questões cuidadosamente, assinalando no quadrado à frente da pergunta a resposta que melhor representa a sua opinião.

**Exemplo: Isto só serve de exemplo.** Não responda a esta questão. O questionário começa a seguir a esta parte, na secção abaixo **A sua Saúde em Geral**.

Para cada questão ser-lhe-á pedido que assinale no quadrado em cada linha: Quanto concorda ou discorda com cada uma das seguintes afirmações:

<b>Exemplo: Em que medida concorda ou discorda com cada uma das seguintes afirmações?</b>					
	Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
a. Gosto de ouvir música	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Gosto de ler revistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Por favor, comece a responder agora:**

<b>1. Em geral, como diria que a sua Saúde é:</b>				
Ótima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>2- As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia a dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?</b>			
	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades moderadas tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Andar <b>mais de 1 km</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>3. Durante as últimas quatro semanas teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde física?</b>			Sim	Não
a. Sentiu-se limitado/a no <b>tipo</b> de trabalho ou outras actividades.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Teve <b>dificuldade</b> em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Continua na página seguinte.**

**Questionário sobre o Estado de Saúde (2)**

<b>4. Durante as últimas quatro semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
a. Diminuiu o <b>tempo gasto</b> a trabalhar ou noutras actividades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <b>Fez menos</b> do que queria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>5. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?</b>				
Absolutamente nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>6. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor uma cruz na resposta que melhor descreve a forma como se sentiu. Quanto tempo nas últimas quatro semanas:</b>						
	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Se sentiu muito nervoso/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>7. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?</b>				
Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Muito obrigada pela sua colaboração!**

Confirme, por favor, que respondeu a todas as questões.

## **Anexo F**

# ORAL HEALTH IMPACT PROFILE

Name

Date

HOW OFTEN have you had the problem during the last year?  
(circle your answer)

- |     |  |            |              |              |             |       |            |
|-----|--|------------|--------------|--------------|-------------|-------|------------|
| 1.  | Have you had trouble <u>pronouncing any words</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures?          | VERY OFTEN | FAIRLY OFTEN | OCCASIONALLY | HARDLY EVER | NEVER | DON'T KNOW |
| 2.  | Have you felt that your <u>sense of taste</u> has worsened because of problems with your teeth, mouth or dentures? | VERY OFTEN | FAIRLY OFTEN | OCCASIONALLY | HARDLY EVER | NEVER | DON'T KNOW |
| 3.  | Have you had <u>painful aching</u> in your mouth?  | VERY OFTEN | FAIRLY OFTEN | OCCASIONALLY | HARDLY EVER | NEVER | DON'T KNOW |
| 4.  | Have you found it <u>uncomfortable to eat any foods</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures?    | VERY OFTEN | FAIRLY OFTEN | OCCASIONALLY | HARDLY EVER | NEVER | DON'T KNOW |
| 5.  | Have you been <u>self conscious</u> because of your teeth, mouth or dentures?                                      | VERY OFTEN | FAIRLY OFTEN | OCCASIONALLY | HARDLY EVER | NEVER | DON'T KNOW |
| 6.  | Have you <u>felt tense</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures?                                 | VERY OFTEN | FAIRLY OFTEN | OCCASIONALLY | HARDLY EVER | NEVER | DON'T KNOW |
| 7.  | Has your <u>diet been unsatisfactory</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures?                   | VERY OFTEN | FAIRLY OFTEN | OCCASIONALLY | HARDLY EVER | NEVER | DON'T KNOW |
| 8.  | Have you had to <u>interrupt meals</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures?                     | VERY OFTEN | FAIRLY OFTEN | OCCASIONALLY | HARDLY EVER | NEVER | DON'T KNOW |
| 9.  | Have you found it <u>difficult to relax</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures?                | VERY OFTEN | FAIRLY OFTEN | OCCASIONALLY | HARDLY EVER | NEVER | DON'T KNOW |
| 10. | Have you been a bit <u>embarrassed</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures?                     | VERY OFTEN | FAIRLY OFTEN | OCCASIONALLY | HARDLY EVER | NEVER | DON'T KNOW |

## HOW OFTEN have you had the problem during the last year?

(circle your answer)

11. Have you been a bit <u>irritable with other people</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	<b>VERY OFTEN</b>	FAIRLY OFTEN	OCCAS- IONALLY	HARDLY EVER	NEVER	DON'T KNOW
12. Have you had <u>difficulty doing your usual jobs</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	<b>VERY OFTEN</b>	FAIRLY OFTEN	OCCAS- IONALLY	HARDLY EVER	NEVER	DON'T KNOW
13. Have you felt that life in general was <u>less satisfying</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	<b>VERY OFTEN</b>	FAIRLY OFTEN	OCCAS- IONALLY	HARDLY EVER	NEVER	DON'T KNOW
14. Have you been <u>totally unable to function</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	<b>VERY OFTEN</b>	FAIRLY OFTEN	OCCAS- IONALLY	HARDLY EVER	NEVER	DON'T KNOW

**CARE PLANNING:** *If the person answered very often, fairly often or occasionally on any question, determine the Oral Health-Related Quality of Life most appropriate oral and general health intervention(s):*

Completed by  
(name & professional designation)

### INSTRUCTIONS

#### THE QUESTIONNAIRE.

*This questionnaire asks how troubles with your teeth, mouth or dentures may have caused problems in your daily life. We would like you to complete the questionnaire even if you have good dental health. We would like to know how often you have had each of the 14 listed problems during the LAST YEAR.*

#### HOW TO ANSWER THE QUESTIONS.

*Each question on the left hand side of the page asks you about a particular dental problem. You should think about each question in turn, and circle the answer to the right of the question, to indicate how often you have had the problem during the last year.*

#### EXAMPLES

*If you occasionally had painful aching in your mouth, you would circle the answer as shown in this example.*

3. Have you had <u>painful aching</u> in your mouth?	VERY OFTEN	FAIRLY OFTEN	OCCAS- IONALLY	HARDLY EVER	NEVER	DON'T KNOW
--	---------------	-----------------	-------------------	----------------	-------	---------------

OHIP Development: Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. Community Dentistry & Oral Epidemiology 1997; 25:284-90.

OHIP Summary Scoring: Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. Br Dent J. 2005 Apr 23;198(8):489-93.

*Non-proprietary. Review articles before using as recommended by author Slade 2008*

For additional information and resources: [www.rgpc.ca](http://www.rgpc.ca)  
Primary Care Oral Health of Older Adults Resource Kit  
ML van der Horst, D Scott & D Bowes 2008 September

