

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL

Isabel Silva

Professora Auxiliar, Grupo Pro-Qol - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (UFP)
isabels@ufp.pt

Rute F. Meneses

Professora Auxiliar, Grupo Pro-Qol - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (UFP)
rmeneses@ufp.pt

Augusta Silveira

Mestre Assistente, Grupo Pro-Qol - Faculdade de Ciências da Saúde (UFP)
augusta@ufp.pt

Resumo

A Qualidade de Vida, relevante em diversos domínios científicos, é quase condição *sine qua non* dos resultados em contextos de saúde e doenças. O presente trabalho visa apresentar algumas reflexões sobre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral, fazendo uma síntese de algumas das questões conceptuais e práticas mais pertinentes. Pretende-se sensibilizar clínicos e investigadores para algumas das potencialidades da sua avaliação, bem como para alguns dos desafios que coloca.

Abstract

Quality of Life is viewed as an important subject in several scientific areas, namely in health and illness contexts. The present paper aims to present some considerations on key conceptual and practical topics in the Oral Health-Related Quality of Life domain. It intends to make clinicians and researchers (more) aware of some of the potentialities and challenges of Quality of Life assessment.

Ao longo do tempo, os profissionais das ciências humanas e sociais, e os profissionais da saúde têm vindo a tomar consciência da necessidade de unirem esforços, de modo a capitalizarem os pontos fortes das suas formações de base. Neste contexto, os profissionais das ciências humanas e sociais participam cada vez mais em áreas e contextos que tradicionalmente não estavam integrados de forma sistemática na sua prática, como os contextos de saúde e doenças.

Paralelamente, também os profissionais da saúde têm apostado cada vez mais no desenvolvimento de competências ao nível da comunicação, na valorização de variáveis psicossociais nas relações com os doentes e na prevenção de doenças com base no Modelo Biopsicossocial. O interesse pela avaliação da QdV reflecte precisamente estes movimentos de convergência multidisciplinar (Meneses, 2005; Silva, 2003, 2006). Actualmente, os indicadores de QdV são frequentemente utilizados em campos tão distintos quanto a gestão da saúde hospitalar e farmacêutica, a economia, a política, a educação (Ribeiro, 2005), o que se tem traduzido na produção de uma panóplia de definições e instrumentos de avaliação tão rica quanto os domínios que se debruçam sobre este conceito.

O presente trabalho visa apresentar algumas reflexões sobre a Qualidade de Vida (QdV) Relacionada com a Saúde Oral, fazendo uma síntese de algumas das questões conceptuais e práticas mais pertinentes: perspectiva histórica, clarificação de conceitos, necessidade de incluir a avaliação da QdV em contextos de saúde e doenças e em particular no âmbito da saúde Oral e elementos importantes para a selecção dos instrumentos mais adequados a cada caso (investigação e/ou prática clínica).

O termo QdV, raramente usado até ao século XX como conceito de interesse, remonta ao pós II Guerra Mundial, surgindo associado primariamente à economia dos países desenvolvidos (Bech, 1993; Pimentel, 2003). Bech (1993, p.1) vai além desta perspectiva, considerando a QdV um conceito político, dado ter sido introduzido na vida do dia a dia com a declaração do presidente americano Lyndon B. Johnson, em 1964, de que *"Goals cannot be measured in the size of our bank balance. They can only be measured in the quality of the lives that our people lead"*. Esta afirmação é o reconhecimento de uma enorme mudança social em relação ao valor do indivíduo e à importância da perspectiva subjectiva na avaliação da vida e o reconhecimento de que o bem-estar inclui forçosamente elementos positivos que transcendem a prosperidade económica (Diener, *et alii.*, 1999).

Um marco notável na história do conceito de QdV foi, sem dúvida, a proposta da OMS para se encarar a saúde pela positiva, deixando a saúde de ser percebida como a simples ausência de doença ou disfunção física para passar a ser percebida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (Ribeiro, 2005).

A QdV, mais do que ser conceptualizada como um objectivo individual, passou a ser percebida como um objectivo social relevante, o que se tem vindo a reflectir nos estudos epidemiológicos (que descrevem a saúde subjectivamente percebida e o nível social de uma dada população), nos ensaios clínicos (que comparam intervenções tendo em conta a QdV) e estudos de economia da saúde (que avaliam os benefícios dos tratamentos em termos de QdV) (Power *et alii.*, 1999).

Nestes contextos (e não só), tende a ser seguida a definição de QdV da OMS (Orley, 1994, p. 99)

A percepção que um indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação com os seus desejos, as suas normas e as suas inquietudes. É um conceito muito amplo, que pode ser influenciado de maneira complexa pela saúde física do indivíduo, pelo estado psicológico e pelo seu nível de independência, as suas relações sociais e as suas relações com os elementos essenciais do seu meio.

Na sequência desta definição de QdV, a Figura 1 ilustra a relação directa entre as percepções do indivíduo e o impacto destas na sua QdV.

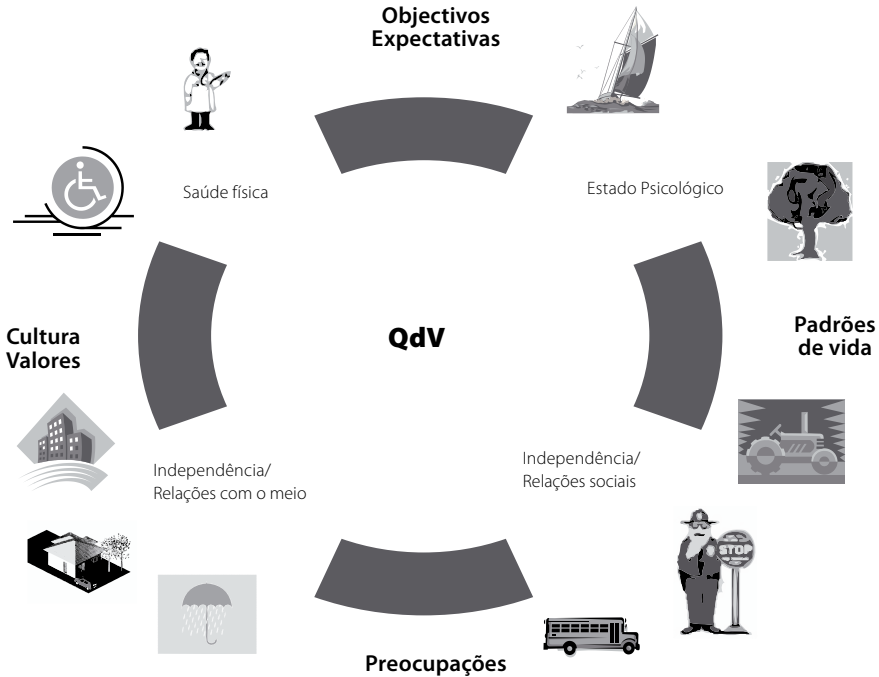


Figura 1 - Relação directa entre as percepções do indivíduo e o seu impacto na QdV (adaptada de Silveira, 2007)

A terminologia da QdV tornou-se, ao longo das últimas décadas, quase condição *sine qua non* dos resultados da investigação em contextos de saúde e doenças, o que se terá ficado a dever, em parte, ao reconhecimento de que as intervenções médicas, cirúrgicas ou medicamentosas não têm todas os mesmos efeitos sobre os doentes e de que não é suficiente considerar apenas os resultados fisiológicos objectivos das doenças quando se pretende avaliar a eficácia de intervenções, sendo essencial a avaliação dos aspectos subjectivos (Bech, 1993; Hays, Alonso e Coons, 2000; Lydick e Yawn, 2000; Ribeiro, 1994; Wright, 1994).

Todavia, apesar da investigação e das publicações sobre QdV terem aumentado significativamente desde o final dos anos 70 do século XX, ao nível da prática clínica, as referências a este tipo de informação parecem ser raramente incluídas no processo clínico e de difícil acesso aos prestadores de cuidados (Bech, 1993; Ferreira, 2000; Jenkinson e Ziebland, 1999; Testa e Simonson, 1996). Em Portugal, a avaliação da QdV do doente não se efectua por roti-

na, devido a um conjunto de factores não só relacionados com os profissionais de saúde, como com os próprios doentes (Marques, 1994): (1) Falta de familiaridade com os estudos de QdV relevantes; (2) Ausência de sensibilidade ou abertura a novos conhecimentos; (3) Indisponibilidade; (4) Falta de tempo; (5) Dificuldade em quantificar parâmetros subjectivos; (6) Relutância em aceitar a importância da percepção do doente sobre os seus resultados terapêuticos (Caçador *et alii.*, 2001; Marques, 1994).

Para esta situação parece, ainda, contribuir o facto da definição de QdV não reunir consenso entre os investigadores da área, talvez devido à rápida expansão do campo da QdV e à vulgarização do termo, que resultaram no desenvolvimento de diversas perspectivas teóricas e definições deste construto, reflectindo as diferentes áreas do saber nas quais tiveram origem (Bowling, 1994; Campbell, 1976; Kaplan, 2000; Meneses, 2005; Ribeiro, 1994; Rosser, 1997; Silva, 2003; Wright, 1994). Cada definição de QdV parece espelhar, assim, o contexto e época em que é estudada.

Contudo, e apesar da dispersão de conceitos, parece haver alguns aspectos relativamente consensuais. Assim, a definição de QdV envolve a percepção subjectiva, pessoal, dos indivíduos relativamente a um espectro de variáveis físicas, psicológicas (emocionais, cognitivas e comportamentais) e sociais, que se pode alterar ao longo do tempo (Ribeiro, 1994). O facto de se tratar de uma medida de percepção pessoal decorre da inadequação de se questionar uma pessoa sobre a QdV de outra por mais próxima que esta seja (Bech, 1999; Berzon, 2000; Bowling, 1994; Campbell, 1976; Ferreira, 2000; Lydick e Yawn, 2000; Ribeiro, 1994; Testa e Simonson, 1996). Assim, deverá ser o doente a avaliar a sua QdV, uma vez que os observadores, geralmente, fazem uma avaliação diferente (Hörnquist *et alii.*, 1993; Jachuck *et alii.*, 1982) e que os doentes são capazes de estimar, avaliar e calcular o impacto da doença e dos tratamentos na sua QdV (Caçador *et alii.*, 2001; Pimentel, 2003).

Actualmente, parece ser consensual considerar a QdV como um construto multidimensional, isto é, como sendo determinada por vários domínios ou dimensões, que se inter-relacionam e não como um conceito unitário (Gorbatenko-Roth *et alii.*, 2001; Jacobson, 2002; Kaplan, 2000; Michelson, Bolund e Brandberg, 2001; Power *et alii.*, 1999; Ribeiro, 1994).

Um dos motivos que esteve não só na origem, mas também no crescente interesse pela avaliação da QdV é a preocupação económica. A escassez de recursos médicos faz com que, na área da QdV, se considere que os profissionais de saúde devem escolher tratar os doentes que mais possam beneficiar, em termos da quantidade e qualidade dos anos de vida restantes, o que coloca graves problemas éticos (relacionados, por exemplo, com a dificuldade em estimar os anos de vida esperados; pela possível discriminação relacionada com a idade, sexo, raça, entre outros factores; pelas preocupações economicistas subjacentes) (Häyry, 1999).

Um outro motivo pelo qual é importante avaliar a QdV é a necessidade de potenciar a tomada de decisão por parte dos clínicos e dos utentes (Allen, McMillan e Locker, 2001; Häyry, 1999; Osoba, 2000). Neste contexto é de sublinhar que a tomada de decisão consciente do utente implica que o profissional de saúde garanta que este compreende todas as opções de intervenção, com os seus riscos, benefícios, efeitos secundários e os seus diferentes impactos na QdV em indivíduos com situações clínicas semelhantes, mas também que o utente tenha sempre a possibilidade de, avaliadas as alternativas, render-se ao julgamento final destes profissionais.

Tendo em consideração a importância da avaliação da QdV, tem havido um investimento considerável ao nível do desenvolvimento das metodologias de avaliação neste domínio. Inicialmente avaliada com base em indicadores “objectivos” e pareceres de peritos, a QdV é actualmente quantificável objectivamente, usando questionários de auto-relato, aplicados por entrevista ou auto-administrados (Ribeiro, 1994).

É premente distinguir a QdV das pessoas em geral da QdV das pessoas com doença (Ellwood, 1988; Grégoire, 1995; Ribeiro, 1994). A QdV das pessoas em geral, estejam ou não doentes, caracteriza-se por abranger todos os domínios de vida das pessoas, enquanto a QdV Relacionada com a Saúde se refere particularmente à QdV das pessoas que, por qualquer razão, estão ligadas ao sistema de saúde, sendo o seu elemento central a saúde, logo a avaliação da QdV Relacionada com a Saúde visa perceber de que forma os diferentes domínios são influenciados pelo estado de saúde do indivíduo (Ribeiro et al., 1998).

Desta forma, a QdV Relacionada com a Saúde é essencialmente utilizada em contextos de saúde, em que o objectivo das intervenções é a melhoria da QdV dos utentes, sendo considerada um conceito específico do sistema de cuidados de saúde (Bech, 1993; Berzon, 2000; Fallowfield, 1990; Ribeiro, 1994; Ribeiro *et alii.*, 1998). Dentro do sistema de cuidados de saúde, destacam-se as doenças orais por serem comuns e terem etiologias diversas.

Estas doenças compreendem doenças infecto-contagiosas dentárias, ósseas e dos tecidos moles; traumatismos oro-dentários; anomalias do desenvolvimento da região oral; patologia mediada pela imunidade; quistos odontogénicos e de desenvolvimento das regiões orais; tumores benignos; neoplasias malignas da cabeça e pescoço, entre outras. Portugal tem uma das mais reduzidas taxas de tratamento dentário da Europa, em parte pelas políticas de orçamentação do Ministério da Saúde para a Saúde Oral e pelo facto dos tratamentos orais privados serem dispendiosos (cf. Silveira *et alii.*, 2007). Ambos os factores são conducentes a uma procura do profissional de saúde oral maioritariamente em situações de urgência, em que a QdV dos indivíduos se encontra já, muitas vezes, seriamente comprometida (Silveira *et alii.*, 2007).

Assim, a noção de QdV Relacionada com a Saúde torna-se relevante no âmbito da saúde oral, sendo esta pertinência reconhecida através da expressão QdV Relacionada com a Saúde Oral. De facto, este constitui um importante domínio a ser considerado não só quando se avalia o impacto das doenças orais em distintas populações ou grupos, mas também quando se orienta a decisão terapêutica e se avalia a eficácia das intervenções que tenham como objectivo melhorar a saúde oral (Lopez e Baelum, 2006). Um outro potencial uso dos instrumentos de QdV na saúde oral é a predição da necessidade de tratamento (Silva *et alii.*, 2007).

Paralelamente, a prática clínica sugere que, ainda que habitualmente descurada, a Saúde Oral é preponderante em termos de percepção de saúde geral. De facto, as consequências negativas impostas pela patologia oral e maxilofacial parecem ser muitas vezes determinantes na auto e hetero-avaliação da saúde em geral, com impacto na QdV dos indivíduos (Silveira *et alii.*, 2007). De acordo com Slade (2002), o Departamento da Saúde e Serviços Humanos Americano não deixa qualquer dúvida sobre a importância da QdV para a saúde oral – os problemas de saúde oral podem conduzir a dor e sofrimento desnecessários, causando complicações devastadoras para o bem-estar do indivíduo, com custos financeiros e sociais que diminuam significativamente a sua QdV. Efectivamente, ainda que as doenças orais mais frequentes não sejam fatais, podem ter um impacto psicossocial muito negativo, afectando a QdV dos indivíduos e das populações (Silva *et alii.*, 2007).

Para além disso, se anteriormente a QdV era considerada um resultado secundário, pontualmente útil para complementar indicadores biológicos e clínicos de doenças, actualmente é considerada como um dos resultados mais importantes no campo das políticas de saúde (Slade, 2002).

A QdV Relacionada com a Saúde Oral surge, pois, como um objectivo válido da intervenção clínica, a implementar nestes contextos, mas que levanta um conjunto de problemas complexos, nomeadamente no que toca a selecção da metodologia de avaliação mais adequada para cada caso específico (Silva *et alii.*, 2007).

Tem sido amplamente reconhecido que as medidas objectivas das doenças fornecem muito pouca informação sobre o impacto que as perturbações orais têm nas actividades do dia a dia e na QdV dos indivíduos, tendo-se verificado que existe uma relação fraca ou moderada entre as medidas objectivas de saúde/doenças orais e a percepção do indivíduo (Gooch, Dolan e Bourque, 1989; Locker, 1996; Locker e Miller, 1994). Parece, assim, defensável, a introdução sistemática de questionários de avaliação de QdV Relacionada com a Saúde Oral na prática clínica (Caçador *et alii.*, 2001; Fallowfield, 1994).

De acordo com Slade (2002), a prioridade que deve ser dada à QdV no domínio da saúde oral exige uma base científica sólida que permita a sua definição e avaliação de modo científico. Para este efeito, será essencial que clínicos, investigadores e profissionais relacionados com a saúde pública assumam a responsabilidade de documentar e avaliar a QdV Relacionada com a Saúde Oral utilizando instrumentos de avaliação rigorosos, fiéis, válidos e sensíveis (Slade, 2002).

Em consequência das diferentes perspectivas teóricas adoptadas na conceptualização e definição de QdV, existem diversos instrumentos que pretendem avaliar especificamente a QdV Relacionada com a Saúde Oral, que apresentam características tão diversas quanto serem constituídas por um ou por vários itens, terem uma dimensão e/ou um formato diferente (Meneses *et alii.*, 2007; Silva *et alii.*, 2007).

Slade (2002) refere que um método de avaliação da QdV Relacionada com a Saúde Oral apelativo é colocar uma questão global aos indivíduos, como, por exemplo, "Como avalia a saúde dos seus dentes, gengivas e boca?", permitindo-lhes responder numa escala com cinco opções de resposta, que variam entre "excelente" e "muito fraca". Segundo este autor, esta forma de avaliação permitiria aos respondentes utilizarem diferentes critérios na avaliação da sua saúde oral, o que, sublinha, não constitui uma limitação desta perspectiva, mas um ponto forte, uma vez que permite ao respondente integrar as suas experiências multidimensionais e decidir por si mesmo quais dessas experiências são mais salientes.

A utilização de uma questão única na avaliação da QdV Relacionada com a Saúde Oral fornece, no entanto, uma informação pobre e oferece poucas pistas no sentido de descrever a realidade e potenciar a intervenção. Para além disso, as medidas constituídas por um só item têm sido amplamente criticadas pela sua diminuta fidelidade, quando comparadas com escalas constituídas por vários itens (Diener, 1984; Fletcher *et alii.*, 1992). Em contrapartida, os instrumentos multi-item permitem avaliar separadamente os diferentes componentes, gerando valores interpretáveis e úteis (Diener, 1984; Fletcher *et alii.*, 1992).

Os questionários constituídos por vários itens usualmente captam uma maior variabilidade estatística do que os instrumentos com um item único (Slade, 2002). O número destes ins-

trumentos é já substancial e continua a aumentar, o que pode dificultar a tomada de decisão quanto à sua selecção pelos investigadores (Jones *et alii.*, 2004; Meneses *et alii.*, 2007; Silva *et alii.*, 2007). De uma forma geral, estes instrumentos avaliam o “efeito”, isto é, os efeitos psicológicos e sociais das doenças orais, e o “impacto”, mais especificamente o impacto das doenças orais nas actividades do dia a dia (mastigar, falar com os outros, etc. - aspectos funcionais) (Okunseri *et alii.*, 2005; Silva *et alii.*, 2007).

Existem alguns aspectos essenciais a ter em conta no momento da selecção do instrumento de avaliação da qualidade de vida, sendo o aspecto mais importante o desempenho do instrumento na situação específica que se quer investigar (cf. Meneses, 2005; Silva, 2003). Esse desempenho está intimamente relacionado com as propriedades psicométricas (validade, fidelidade, sensibilidade), com o tipo de instrumento (genérico, específico para uma doença, com itens específicos para o estudo, entrevista, inquérito), com o método de administração (auto-administrado, administrado pelo entrevistador, enviado pelo correio, entrevista realizada por telefone), com a identidade do respondente (se é o doente, um familiar deste, o médico) e com o contexto cultural (Fletcher, *et al.*, 1992; Gottschalk e Lolas, 1992; Meneses, 2005; Meneses *et alii.*, 2007; Silva, 2003; Silva *et alii.*, 2007; Testa e Simonson, 1996). Outras características dos instrumentos de avaliação da QdV no contexto da saúde (oral) que têm vindo a assumir maior relevância são a brevidade, a facilidade na sua utilização (administração e cotação) e a sua compreensibilidade (Meneses, 2005; Meneses *et alii.*, 2007; Rosser, 1997; Silva, 2003; Silva *et alii.*, 2007).

A maioria destes instrumentos apresenta razoáveis propriedades psicométricas, pelo que estas não poderão constituir o critério único de selecção do instrumento de avaliação da QdV Relacionada com a Saúde Oral no contexto da investigação e da intervenção clínica. A selecção do instrumento poderá depender dos domínios e perspectivas (positiva e/ou negativa) avaliados que sejam relevantes para o estudo em causa, bem como do facto do instrumento contemplar importantes diferenças culturais no que diz respeito ao impacto dos problemas orais a nível funcional e psicossocial (Silva *et alii.*, 2007).

Em termos clínicos, a preferência tem recaído nos instrumentos mais breves e fáceis de utilizar (ainda que forneçam menos informação e sejam, frequentemente, menos sensíveis), bem como sobre os instrumentos cujos resultados são fáceis de interpretar (Silva *et al.*, 2007). Não ponderar adequadamente cada um destes aspectos e utilizar apenas o instrumento de avaliação da QdV Relacionada com a Saúde Oral de mais fácil acesso pode inviabilizar a utilidade dos resultados da investigação/prática clínica (cf. Meneses, 2005).

Em conclusão, espera-se que estas reflexões possam, de algum modo, contribuir para sensibilizar clínicos e investigadores para algumas das potencialidades da avaliação da QdV no domínio da saúde oral, bem como para alguns desafios que esta coloca.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLEN, P.F., McMillan, A.S. e Locker, D. (2001). An assessment of sensitivity to change of the Oral Health Impact Profile in a clinical trial. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 29, pp.175-182.
- BECH, P. (1993). Quality of life measurement in chronic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59, pp.1-10.
- BECH, P. (1999). Methodological issues in individual quality of life assessment. In: Joyce, C.R.B., O'Boyle, C.A. e McGee, H. (Eds.). *Individual Quality of Life*. The Netherlands, Harwood Academic Publishers, pp.51-63.
- BERZON, R.A. (2000). Understanding and using health-related quality of life instruments within clinical research studies In: Staquet, M.J., Hays, R.D. & Fayers, P.M. (Eds.). *Quality of life assessment in clinical trials*. Great Britain: Oxford University Press, pp.3-15.
- Bowling, A. (1994). *Measuring health*. Buckingham, Open University Press.
- ÇAÇADOR, M., Adónis, C., Pacheco, R., Estibeiro, H. e Olias, J. (2001). Quality of life on the laryngeal preservation protocol-methods of evaluation. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia*, 42, 4, pp.305-313.
- CAMPBELL, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The quality of American life*. New York, Russell Sage Foundation.
- DIENER, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 3, 542, 575.
- DIENER, E., Suh, E.M., Lucas, R.E. e Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 2, pp.176-302.
- ELLWOOD, P.M. (1988). Shattuck Lecture- Outcomes management: A technology of patient experience. *The New England Journal of Medicine*, 318, 23, pp.1549-1556.
- FALLOWFIELD, L. (1990). *The quality of life: The missing measurement in health care*. Canada, A Condor Book Souvenir Press (E&A) Ltd.
- FALLOWFIELD, L. (1994). An overview of quality of life measurements. In: Trimble, M.R. e Dodson, W.E. (Eds.), *Epilepsy and quality of life*. New York, Raven Press, pp. 85-98.
- FERREIRA, P.L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I- adaptação cultural e linguística. *Acta Médica*, 13, pp.55-66.
- FLETCHER, A., Gore, S., Jones, D., Fitzpatrick, R., Spiegelhalter, D. e Cox, D. (1992). Quality of life measures in health care. II: Design, analysis, and interpretation. *British Medical Journal*, 305, pp.1145-1148.
- GOOCH, B.F., Dolan, T.A. e Bourque, L.B. (1989). Correlates of self-reported dental health status upon enrolment in the Rand health insurance experiment. *Journal of Dental Education*, 53, pp.629-631.
- GORBATENKO-ROTH, K.G., Levin, I.P., Altmaier, E.M., & Doebbeling, B.N. (2001). Accuracy of health-related quality of life assessment: what is the benefit of incorporating patients' preferences for domain functioning? *Health Psychology*, 20, 2, pp.136-140.
- GOTTSCHALK, L.A. e Lolas, F. (1992). The measurement of quality of life through the content analysis of verbal behavior. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, pp.69-78.
- GRÉGOIRE, J. (1995). Introduction: l'évaluation de la qualité de vie. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 45, 4, pp.243-244.
- HÄYRY, M. (1999). Measuring the quality of life: why, how and what? In Joyce, C.R.B., O'Boyle, C.A., & McGee, H. (Eds.). *Individual quality of life*. The Netherlands, Harwood Academic Publishers, pp.9-27.
- HAYS, R.D., Alonso, J.A. e Coons, S.J. (2000). Possibilities for summarizing health-related quality of life when using a profile instrument. In: Staquet, M.J., Hays, R.D. & Fayers, P.M. (Eds.), *Quality of life assessment in clinical trials*. Great Britain, Oxford University Press, pp.143-156.

- HÖRNQUIST, J., Wikby, A., Hansson, B. e Anderson, P.-O.** (1993). Quality of life: Status and change (QLsc) reliability, validity and sensitivity of a generic assessment approach tailored for diabetes. *Quality of Life Research*, 2, pp.263-279.
- JACHUCK, S.J., Brierly, H., Jachuck, S. e Willcox, P.M.** (1982). The effect of hypotensive drugs on quality of life. *Journal of the Royal College of General Practice*, pp.32, 103-105.
- JACOBSON, A.M.** (2002). Depression & HRQoL in diabetes: From research to clinical care. *Scientific report: Training session on health-related quality of life assessment and depression in diabetes*. Budapest: MAPI Research Institute, pp.9-10.
- JENKINSON, C. e Ziebland, S.** (1999). Interpretation of data from health status measures: What do the numbers mean? In Joyce, C.R.B., O'Boyle, C.A. e McGee, H. (Eds.). *Individual quality of life*. The Netherlands, Harwood Academic Publishers, pp.75-86.
- JONES, J.A, Kressin, N.R., Miller, D.R., Orner, M.B., Garcia, R.I., Spiro III, A.** (2004). Comparison of patient-based oral health outcome measure. In: *Quality of Life Research*, 13, pp.975-985.
- KAPLAN, R.M.** (2000). Profile versus utility based measures of outcome for clinical trials. In: Staquet, M.J., Hays, R.D. e Fayers, P.M. (Eds.), *Quality of life assessment in clinical trials*. Great Britain, Oxford University Press, pp.69-82.
- LOCKER, D. e Miller, Y.** (1994). Evaluation of subjective oral health status indicators. *Journal of Public Health Dentistry*, 54, pp.167-176.
- LOCKER, D.** (1996). Applications of self-reported assessment of oral health outcomes. *Journal of Dental Education*, 60, pp.494-500.
- LOPEZ, R., e Baelum V.** (2006). Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp). In: *BMC Oral Health*, 6, 11. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/6/11> [Consultado em 10/02/2007].
- LYDICK, E., e Yawn, B.P.** (2000). Clinical interpretation of health-related quality of life data. In Staquet, M.J., Hays, R.D. & Fayers, P.M. (Eds.). *Quality of life assessment in clinical trials*. Great Britain, Oxford University Press, pp.299-314.
- MARQUES, M.S.** (1994). Qualidade de Vida – Notas a pretexto de usos e abusos de um conceito. *H.P.V.*, 2, pp.205-210.
- MENESES, R. F.** (2005). *Promoção da qualidade de vida de doentes crônicos: Contributos no contexto das Epilepsias Focais*. Porto, Universidade Fernando Pessoa & Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- MENESES, R. F., Silveira, A., Silva, I., Bulhosa, J. F. e Martins, I. A.** (14-15 Fevereiro 2007). Metodologias de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral de crianças e adolescentes. *III Congresso Saúde e Qualidade de Vida*. Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto
- MICHELSON, H., Bolund, C. e Brandberg, Y.** (2001). Multiple chronic health problems are negatively associated with health related quality of life (HRQoL) irrespective of age. *Quality of Life Research*, 9, pp.1093-1104.
- OKUNSERI, C., Chattopadhyay, A., Lugo, R.I. e McGrath, C.** (2005). Pilot survey of oral health-related quality of life: A cross-sectional study of adults in Benin City, Edo State, Nigeria. *BMC Oral health*, 5, 7. [Em linha]. Disponível em <http://biomedcentral.com/1472-6831/5/7>. [Consultado em 10/02/2007].
- ORLEY, J.** (1994). The World Health Organization (WHO) Quality of Life Project. In: Trimble, M. R. e Dodson, W. E. (Eds.). *Epilepsy and quality of life*. New York, Raven, pp. 99-107.
- OSOBA, D.** (2000). Guidelines for measuring health-related quality of life in clinical trials. In Staquet, M.J., Hays, R.D. e Fayers, P.M. (Eds.). *Quality of life assessment in clinical trials*. Great Britain, Oxford University Press, pp.19-36.
- PIMENTEL, F.L.** (2003). *Qualidade de vida do doente oncológico*. Edição do autor.
- POWER, M., Bullinger, M., Harper, A.** (1999). The World Health Organization Quality of Life Group. The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology*, 18, 5, pp.495-505.

- RIBEIRO, J.L.P. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2-3,12, pp.179-91.
- RIBEIRO, J. L. P. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra, Quarteto.
- RIBEIRO, J.L.P., Meneses, R.F., Meneses, I. e Grupo-QDV (1998). Avaliação da qualidade de vida em crianças com diabetes tipo 1. *Análise Psicológica*, 1, 16, pp.91-100.
- ROSSER, R. (1997). Quality of life assessment. In: Baum, A., Newman, S., Weinman, J., West, R. e McManus, C. (Eds.). *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. United Kingdom, Cambridge University Press, pp.310-314.
- SILVA, I. (2003). *Qualidade de Vida e Variáveis Psicológicas Associadas a Sequelas de Diabetes e sua Evolução ao Longo do Tempo*. Porto, Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- SILVA, I. (2006). *Psicologia da diabetes: Análise dos aspectos psicossociais, problemática e intervenção*. Coimbra, Quarteto.
- SILVA, I., Meneses, R.F., Silveira, A., Martins, I.A. e Bulhosa, J.F. (14-15 Fevereiro 2007). Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral em adultos e idosos – que instrumentos utilizar? Comunicação oral apresentada no *III Congresso Saúde e Qualidade de Vida*. Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- SILVEIRA, A., Martins, I.A., Bulhosa, J.F., Silva, I. e Meneses, R. (14-15 Fevereiro 2007). Binómio saúde/doença oral e qualidade de vida relacionada com a saúde-que relações?. *III Congresso Saúde e Qualidade de Vida*. Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- SILVEIRA, A.P.A. (2007). *Qualidade de vida do doente oncológico da cabeça e pescoço do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil*. Porto, Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- SLADE, G.D. (2002). Assessment of oral health-related quality of life. In: Inglehart, M.R. e Bagramian, R.A. (Eds.). *Oral health-related quality of life*. U.S.A., Quintessence Books, pp.29-45.
- TESTA, M. e Simonson, D. (1996). Assessment of quality of life outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 334, 13, pp.835-840.
- WRIGHT, S.J. (1994). Health-related quality of life: A critical review of the concept and measurement. In: Dauwalder, J.P. (Ed.). *Psychology and promotion of health*. Switzerland: Swiss Psychological Society, pp.163-169.