

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM SAÚDE ORAL AVALIADA EM ADULTOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Andreia Castro Afonso, & Isabel Silva

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Fernando Pessoa, Porto

RESUMO- As alterações da saúde 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 de saúde oral -Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QdVRSO) - é possível recolher informações valiosas para melhorá-la. Esta revisão integrativa visareunir 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” e “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 da saúde oral 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.

ORAL HEALTH- RELATED QUALITY OF LIFE ASSESSED IN ADULTS: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT - Changes in oral health can affect feeding, communication, social interaction, intellectual performance and rest. In assessing subjective experiences related to the impact of oral health conditions - Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) - valuable information can be collected with the intend of improving it. This integrative review aims to gather consistent information about OHRQoL focusing on assessment tools for adults. The electronic databases consulted were PubMed, SciELO and B-ON with the use of the descriptors "oral health-related quality of life", "questionnaires" and "adults". Recommendations proposed in PRISMA guide were adopted. The 19 assessed publications comprise observational studies published between 2005 and 2014, pointing to a diversity of instruments empirically validated, referring generic approach to oral health (OHIP-14, OIDP, GOHAI, OHQOL) and specific approach (PIDAQ). Overall, the instruments showed good

☒ Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto; Rua das Fábricas número 4, 4520-199 Santa Maria da Feira; Telef.: 964479443; E-mail: andreiapcafonso@gmail.com

sensitivity and construct validity, as distinguished by the diversity of domains and items that focus on the physical, emotional and social functioning. The instruments are brief, easy to understand and of quick administration. Generally, they focus on negative impact of oral health on QoL and only two instruments (GOHAI, PIDAQ) integrate, simultaneously, the two kinds of impact. Compared to other instruments, the OHIP-14 has more cultural versions, versatility by including more domains and provides access to information on the severity, extent and prevalence of perceived impacts, suggesting it may be the most appropriate in contexts for clinical intervention and intercultural research.

Key-words: oral health, quality of life instruments, assessment, adults.

Recebido em 05 de Agosto de 2014/ Aceite em 09 de Junho de 2015

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, Bourgeois, Bratthall, Ogawa, Estupinan-Day, & Ndiaye, 2005). Para além de que, 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 de saúde 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 dos impactos 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 doenças orais têm na saúde física e psicológica dos indivíduos e isso só é possível através da avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral - 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 visa a recolha de evidência científica que permita sintetizar o conhecimento atual sobre os instrumentos de avaliação devidamente validados para indivíduos adultos e que permitam avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral enquanto percepção dos impactos psicossociais das condições orais. Uma 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, Silveira, & Galvão, 2008). Entendemos que é uma questão direcionada para o método, pelo que foi mais desenvolvido nesse domínio.

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 et al., 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 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 desenvolveu-se entre Março e Maio de 2014.

Questão e Objetivos de investigação

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?

Com esta revisão pretende-se compreender como este fenómeno tem sido avaliado em indivíduos com mais de 18 anos independentemente do tipo de abordagem metodológica dos estudos. 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.

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 autopercepção. 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 saúde 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. 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 sistêmicos (como HIV/SIDA, doença de Behçet, cancro), visto que fatores não relacionados com a saúde 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 Science Direct – 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 eletrónica 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 2 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 5 publicações: 3 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. Na figura 1 é apresentado o fluxograma que descreve as fases do processo de seleção segundo o método PRISMA (Liberati et al., 2009).

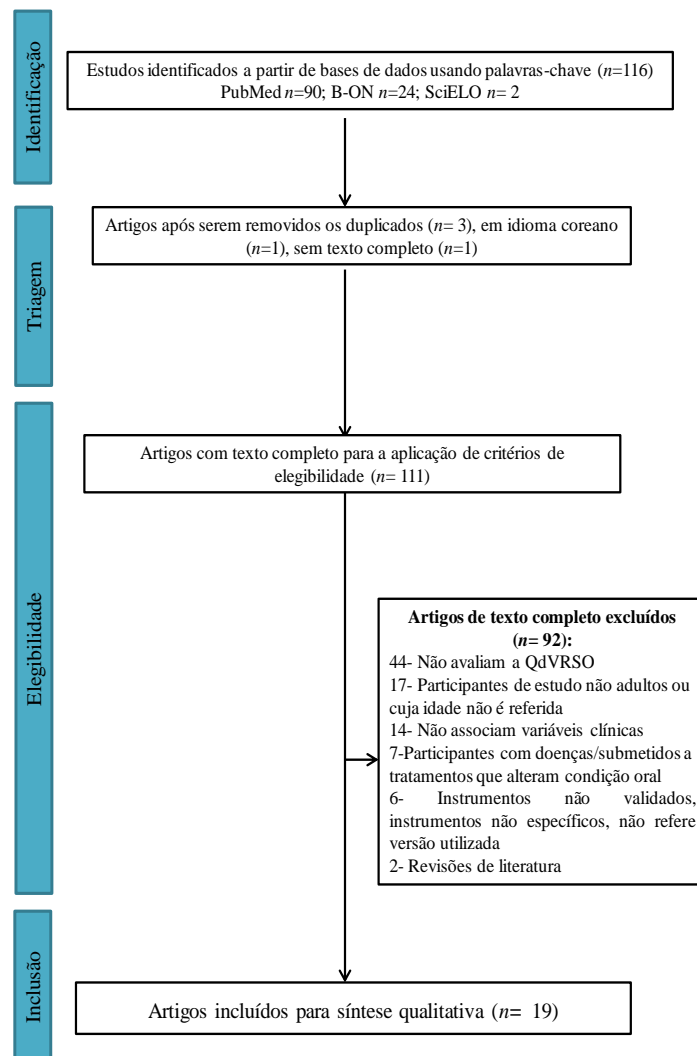


Figura 1.
Processo de seleção dos estudos

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 sistêmicas 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 autopercepção 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).

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 9 publicações (duas em 2008, três em 2009, uma em 2010, três em 2011), quatro em 2012, três em 2013 e apenas uma em 2014. Os estudos são, maioritariamente, de desenho observacional transversal, identificando-se dois estudos de desenho observacional longitudinal (Silvola et al., 2012; Wright et al., 2009). 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.

É apresentado no Quadro 1 o resumo do método dos estudos selecionados.

Quadro 1.
Estudos selecionados: Resumo do método

Autor, ano, país, tipo de estudo	Amostra	Instrumento	Acrónimo	Variáveis clínicas
Pistorius et al. (2013), Alemanha O. T.	N=243 M=63,1 (DP=11,6)	Geriatric (General) Oral Health Assessment Index	GOHAI	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)	OHIP-14sp	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	OHIP-14	Gengivite e periodontite
Miettinen et al. (2012), Finlândia O. T.	N=140 M= 43,5(DP=13,1)	Oral Health Impact Profile- 14	OHIP-14	Disfunções temporomandibulares
Motallebnejad et al. (2011), Irão, O. T.	N= 160 M= 67,5(DP=11)	Oral Health Impact Profile- 14	OHIP-14	Falta de dentes; doenças periodontais
Rusanen et al. (2012), Finlândia O. T.	N= 94 M= 38(DP=12)	Oral Health Impact Profile- 14	OHIP-14	Disfunções temporomandibulares, má oclusão, dor facial

(cont.)				
Silvola et al. (2012), Finlândia O. L.	<i>N</i> = 51 <i>M</i> =36,4 anos	Oral Health Impact Profile- 14	OHIP-14	Má oclusão
Inukai et al. (2010), Japão, O. T.	<i>N</i> = 489 <i>M</i> = 63,0(<i>DP</i> =11,5)	Oral Health Impact Profile-J14 (Nota: J=japonês)	OHIP-J14	Falta de dentes naturais
Sardenberg et al. (2011), Brasil O. T.	<i>N</i> = 245 <i>M</i> =24(<i>DP</i> =0,1)	Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire	PIDAQ	Má oclusão
Pereira et al. (2009), Brasil O. T.	<i>N</i> =33 <i>M</i> =25,61; (20-40 anos)	Oral Health Impact Profile- 14	OHIP-14	Disfunções temporomandibula- res
Montero et al. (2009), Espanha O. T.	<i>N</i> = 270 <i>M</i> = 45,2 (<i>DP</i> = 9,5)	Oral Health Impact Profile- 14	OHIP-14	Cáries, doenças periodontais e próteses
Wright et al. (2009), EUA, O. L.	<i>N</i> = 63 <i>M</i> = 43 (<i>DP</i> =15)	Oral Health Quality Of Life	OQOL	Número de dentes Uso de próteses
Montero et al. (2008), Espanha O. T.	<i>N</i> =253 <i>M</i> = 55,9 (<i>DP</i> =16)	Oral Impact on Daily Performances	OIDP	Cáries, doença periodontal, prótese dentária
Thomson et al. (2006), Nova Zelândia, O. T.	<i>N</i> =923 (0-32anos)	Oral Health Impact Profile- 14	OHIP-14	CPOD Xerostomia
Hsu et al. (2014), Ilha Formosa O. T.	<i>N</i> = 332 <i>M</i> = 76,0(<i>DP</i> =0,4)	Geriatric (General) Oral Health Assessment Index	GOHAI	Dentes naturais, oclusão unidades funcionais
Zheng et al. (2011), China O. T.	<i>N</i> =200 <i>M</i> =54,6 (<i>DP</i> =8,2)	Oral Health Impact Profile- 14	OHIP-14	Dor facial oral
Gil-Montoya et al. (2013), Espanha O. T.	<i>N</i> =250; > 65anos <i>M</i> = 82,7 (<i>DP</i> =8,2)	Oral Health Impact Profile- 14sp (nota: sp=espanhola)	OHIP-14sp	Número de dentes naturais
Locker & Gibson (2005), Canadá O. T.	<i>N</i> =766; > 50 anos	Geriatric (General) Oral Health Assessment Index e Oral Health Impact Profile- 14	GOHAI e OHIP-14	Perda dentes naturais
Rener-Sitar et al. (2008), Croácia, Eslovénia O. T.	<i>N</i> = 729 (18-81 anos)	Oral Health Impact Profile- 14	OHIP-14 CRO; SVN Nota: CRO=croata; SVN=esloveno)	Dor de dentes

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

O instrumento Oral Health Quality of Life (OQOL) surge apenas num estudo americano (Wright et al., 2009), tal como o Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire (PIDAQ) num estudo brasileiro (Sardenberg et al., 2011). O instrumento Oral Impact on Daily Performances (OIDP) é identificado num único estudo, desenvolvido em Espanha, na sua versão validada linguística e culturalmente (Montero et al., 2008). O instrumento Geriatric (ou General) Oral Health Assessment Index (GOHAI) surge em 3 estudos: versão chinesa para Ilha Formosa (Hsu et al., 2014); versão alemã (Pistorius et al., 2013) e, versão original, utilizado em simultâneo com o Oral Health Impact Profile (OHIP) no estudo de Locker e Gibson (2005).

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 (Renner – 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 heterogéneos no que diz respeito às condições clínicas/alterações de saúde 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); a 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) 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) 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) 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 Pontuações de cada subescala
Oral Health Impact Profile (OHIP-14) Versão iraniana				Escala de Likert de 5 pontos (1-5) Frequência e gravidade	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.

Quadro 2.

Resumo dos resultados dos artigos selecionados (continuação)

Instrumento	Modelo teórico subjacente/ Abordagem	Dimensões/ Domínios	N.º /tipo de itens	Opções de resposta	Cálculo e interpretação da pontuação
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) 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) Gravidade Escala de Likert de 5 pontos (1-5) Frequência	Método aditivo Frequência x Gravidade Converter para percentagem Consideram ponto de corte: impacto moderado ou nível severo (>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 - três estados funcionais (físico, social e psicológico) -deficiências -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 infeção 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 6 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

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 os impactos psicossociais 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 percebida 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 7 domínios: limitações funcionais, 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 ≥ 2 .
- A finlandesa apresenta dois pontos de corte “*fairly often*” e “*very often*” ou “*often*”, “*fairly often*” e “*very often*”.

Caraterísticas do instrumento

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 que indivíduos com piores percepções quanto à saúde oral reportam 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 (Motalebnejad 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 saúde 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 intraclassas 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 consequentemente, 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

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 (6 itens 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

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 saúde 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: 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 os dias ou quase todos (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 ≥ 3 na escala Likert de 6 pontos (ponto de corte).
- 8 itens, sendo tipo de construção omissão.
- 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 impactos maiores; 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 estética dos dentes, conforto com as relações interpessoais, preocupação, embaraço ou elevada de confiança por problemas de dentes ou gengivas);
 - 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: 6 e 12 itens; construção pela negativa.
- O instrumento de 6 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 - 6 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 características que permitem associar informações de caráter subjetivo (de autopercepção) a medidas objetivas (normativas), tornando possível uma visão mais ampla das características 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 ICDH da OMS (WHO, 1980), que considera que as doenças provocam incapacidades, como falta de dentes, índice CPOD, má-oclusões e doenças periodontais, e limitações funcionais ao nível do órgão, como limitação da mobilidade da mandíbula nas disfunções tempororo mandibulares, tornando o indivíduo incapacitado, isto é, com qualquer limitação ou falta de capacidade para desempenhar atividades de vida diária, ou pode ficar com uma desvantagem na sociedade, devido aos comprometimentos e incapacidades não respondem às expectativas da sociedade, conduzindo a 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 vida do indivíduo, reforçando a não divisão da saúde segundo a estrutura anatómica acometida. Em 2001, esta classificação foi substituída pela “International Classification of Functioning, Disability and Health” (ICF), substituindo os termos Deficiência, Incapacidade e Desvantagem por Atividades e Participação (Slade & Anders, 2003). Contudo, os instrumentos mantêm a perspectiva de incapacidade e deficiência. A OMS (2007) 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, portanto, mantém uma perspectiva negativa, de ausência de doença e/ou dor.

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 conceitual 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.

No nosso ponto de vista, os modelos de saúde oral de Locker e de Gift e Atchinson consideram os conceitos de saúde 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. Em conformidade com as considerações de Ribeiro (2002), a QdVRS centra-se 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, contudo 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). 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, pois só assim são orientados estudos válidos (Meneses, 2005; Ribeiro, 2005).

Constata-se que os instrumentos identificados nesta revisão integrativa consideram apenas os impactos negativos da saúde oral 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 saúde 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 perceção de saúde 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 nas suas vidas. 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 condições de saúde oral (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 permitira 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. Constatou-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, ODP). 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 ODP 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 de saúde oral percebida 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 saúde 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 OIDP 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 6 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 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. 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 OIDP 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 2 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 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 saúde 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*, 1,40. 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/arc poh/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.
- 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, NS57-77. 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, 118. doi: 10.1186/1477-7525-8-118.
- Liberati, A., Altman, D., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P., Ioannidis, J., 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. doi/10.1111/j.1600-0528.2005.00209.x.
- 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. doi:10.1023/B:QURE.0000021696.05528.4c>
- 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, 758-64. 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, 101. 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.
- 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.
- Oliveira, C., Watt, R., & Hamer, M. (2010). Toothbrushing, inflammation, and risk of cardiovascular disease: Results from Scottish Health Survey. *British Medical Journal*, 340, c2451. doi:10.1136/bmj.c2451.
- 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, 50-6. 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.
- 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. doi: 10.1111/j.1600-0528.2004.00219.x.
- 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>.
- Pistorius, J., Horn, J.G., Pistorius, A. & Kraft, J. (2013). Oral health-related quality of life in patients with removable dentures. *Schweiz Monatschr Zahnmed*, 123. Recuperado de: http://www.sso.ch/doc/doc_download.cfm?uuid=0EF3EAA4DA4B153C1B1513561D33EB17.
- Portugal, Ordem dos Médicos Dentistas [OMD] (2013). *Observatório da Saúde Oral – Números da Ordem 2013*. Recuperado de: <http://www.ombd.pt/numeros/2013>.
- Portugal, Ordem dos Médicos Dentistas [OMD] (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/ombd.pdf>.
- Renner-Sitar, K., Petricevic, N., Celebic, A. & Marion, L. (2008). Psychometric properties of Croatian and Slovenian Short Form of Oral Health Impact Profile Questionnaires. *Croatian Medical Journal*, 49, 536-44. 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.
- 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. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01926.x.
- Slade, G.D. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry Oral Epidemiology*, 25, 284-290. doi: 10.1111/j.1600-0528.1997.tb00941.x
- 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 Dental Health*, 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, 143-9. doi: 10.1111/j.1600-0528.1997.tb00912.x
- 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*. Geneve: WHO Recuperado de: 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: 10.1016/j.jdent.2011.06.002.