



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Diogo Gil Nunes Clemente Rodrigues

Adaptação para a população portuguesa de instrumentos de avaliação do impacto da saúde oral na qualidade de vida

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre
em Geriatria, submetida à Faculdade de Medicina
da Universidade de Coimbra

Orientadora: Professora Doutora Ana Paula Relvas
Professora Catedrática da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
da Universidade de Coimbra

Coorientador: Professor Doutor João Paulo Tondela
Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

FMUC

Coimbra, 2015

Agradecimentos

A elaboração desta Dissertação de Mestrado resultou do esforço e dedicação de um conjunto de pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a sua concretização. Desta forma, gostaria de expressar a minha gratidão pelo contributo dado na realização deste trabalho.

Aos meus pais e familiares, pelo apoio na elaboração deste trabalho, bem como pela educação e valores que sempre me transmitiram.

À Lusitana, pelo apoio incondicional e paciência ao longo da execução deste trabalho.

À Prof. Doutora Ana Paula Relvas, um especial agradecimento por todo o empenho, estímulo e orientações recebidas, mesmo num momento de saúde tão delicado.

Ao Prof. Doutor João Paulo Tondela, pela atenção dispensada, bem como pela amizade e disponibilidade que sempre demonstrou.

À Prof. Doutora Diana Cunha, pela disponibilidade manifestada, comentários assertivos e precioso contributo no tratamento estatístico dos dados.

A todos os meus amigos e colegas, pela valiosa colaboração na execução deste trabalho.

Aos cerca de seiscentos participantes do estudo, que o tornaram possível.

Siglas e abreviaturas

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

AFE – Análise Fatorial Exploratória

CFI – Comparative Fit Index

DSQ – Denture Satisfaction Questionnaire

DTM – Disfunção Temporomandibular

GFI – Goodness of Fit Index

HRQoL – Health-Related Quality of Life

ICC – Correlação intra-classe

ML – Maximum Likelihood

OHIP – Oral Health Impact Profile

OHIP-14 – Oral Health Impact Profile short form

OHIP-14-PT – Versão reduzida da OHIP-49, adaptada à população Portuguesa

OHIP-EDENT – Oral Health Impact Profile for assessing HRQoL in Edentulous Adults

OHIP-EDENT-PT – Versão reduzida da OHIP-49 destinada a indivíduos desdentados, validada para a população Portuguesa

OHIP-PT – Versão portuguesa da OHIP-49

OMS – Organização Mundial de Saúde

QSP – Questionário de Satisfação Protética

RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation

WHO – World Health Organization

WHOQoL – World Health Organization Quality of Life

Resumo

Objetivos: Os objetivos principais deste estudo passam pelo desenvolvimento de versões em língua Portuguesa das escalas *Oral Health Impact Profile* (OHIP-49), *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14) e *Oral Health Impact Profile for assessing HRQoL in Edentulous Adults* (OHIP-EDENT) e do questionário *Denture Satisfaction Questionnaire* (DSQ). De modo complementar pretende-se analisar a importância de variáveis sociodemográficas e subjetivas na auto-perceção da condição oral.

Metodologia: Este trabalho seguiu os princípios recomendados na literatura para a adaptação de instrumentos construídos em contextos linguísticos e culturais diversos. A tradução dos instrumentos seguiu a metodologia tradução e retroversão. A validação foi obtida pela análise das propriedades psicométricas dos itens que compõem os instrumentos. Foi utilizado o alfa de Cronbach, como coeficiente de consistência interna, e o coeficiente ICC, como medida de confiabilidade. A validação de critério concorrente foi realizada através da associação entre o número de impactos funcionais e psicológicos e a autoavaliação da saúde oral. A validade de constructo foi avaliada através do método de máxima verosimilhança, considerando a matriz de covariâncias e adotando o método de estimação *Maximum Likelihood* (ML), bem como pelo critério de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Os instrumentos foram aplicados a 598 indivíduos, com uma média de idade de 60.27 anos.

Resultados: Verificou-se um maior impacto da saúde oral, na população em geral, nas dimensões Limitação Funcional (9.85 ± 6.32) e Dor Física (9.29 ± 6.11), quando aplicada a escala OHIP-PT. Por outro lado, os resultados da escala OHIP-14-PT, demonstraram um maior impacto ao nível da Dor Física (2.39 ± 1.68) e Desconforto Psicológico (1.78 ± 1.90). No indivíduo desdentado, os resultados da escala OHIP-EDENT-PT, relevaram que as dimensões mais afetadas pela condição oral foram a Dor Física (5.11 ± 3.31) e a Limitação Funcional (4.94 ± 2.57). No que se refere à satisfação protética, aferida pelo QSP, os resultados revelaram uma cotação média superior para a arcada maxilar (15.33 ± 7.28), relativamente à arcada mandibular (14.25 ± 7.94). Obtiveram-se coeficientes alfa de Cronbach de 0.97 (OHIP-49), 0.94 (OHIP-EDENT e DSQ) e 0.93 (OHIP-14). O coeficiente de ICC registado, para os quatro instrumentos, foi de 0.99. As três escalas OHIP revelaram validade de critério concorrente ($p < 0.001$). A análise fatorial confirmatória realizada para a OHIP-49 revelou índices de ajustamento sofríveis, ao passo que se registaram índices bons e muito bons para as escalas OHIP-14 e OHIP-EDENT. Na análise fatorial do DSQ, 2 fatores explicaram 86.65% da variação total, a medida de KMO foi de 0.87 e o teste de esfericidade de Bartlett foi 5384.00 com 66 graus de liberdade ($p < 0.001$). Relativamente aos dados sociodemográficos, destaca-se a predominância do sexo feminino (64.05%) e salienta-se o equilíbrio percentual relativo de elementos de ambos os sexos em cada grupo etário, bem como entre sexos e grupos etários. Ademais, verificou-se a independência das variáveis referentes aos cuidados de saúde oral e à auto-perceção e autoavaliação da condição oral relativamente ao sexo. Em contrapartida, verificou-se uma dependência das variáveis relacionadas com os cuidados de saúde oral em relação à idade. Este estudo revelou também que os indivíduos, de maneira geral, fizeram uma avaliação positiva da sua saúde oral e que aqueles que a retrataram como sendo “Má” apresentaram um maior impacto da condição oral na sua qualidade de vida. No que diz respeito ao recurso a tratamento médico-dentário, mais de metade dos participantes (56.86%) referiu ter necessidade.

Conclusões: Os instrumentos revelaram-se válidos para a mensuração da qualidade de vida e da satisfação protética na população Portuguesa, apresentando propriedades psicométricas bastante robustas. No entanto, aconselha-se a utilização da escala OHIP-14-PT, para a população geral, e da OHIP-EDENT-PT e do QSP, para o indivíduo desdentado.

Abstract

Objectives: The main objective of this study is the development of Portuguese versions of the Oral Health Impact Profile (OHIP-49), Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14), Oral Health Impact Profile for assessing HRQoL in Edentulous Adults (OHIP-EDENT) and Denture Satisfaction Questionnaire (DSQ) scales. Analyzing the importance of sociodemographic and subjective variables on self-perception of oral condition is the additional objective.

Methodology: This work followed the principles recommended in the literature for the adaptation of instruments built in various linguistic and cultural contexts. The translation of the instruments followed the translation and retroversion methodology. Validation was obtained by analysis of the psychometric properties of the items that form the instruments. It was used Cronbach's alpha, as an internal consistency coefficient, and the ICC coefficient as a reproducibility measurement. The concurrent criterion validity was performed through the association between the number of functional and psychological impacts and self-assessment of oral health. Construct validity was assessed using the maximum likelihood method, considering the covariance matrix and adopting the Maximum Likelihood (ML) method of estimation, as well as the criterion of Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). The instruments were applied to 598 individuals, with an average age of 60.27 years.

Results: General population had a greater impact of oral health on Functional Limitation (9.85 ± 6.32) and Pain (9.29 ± 6.11), when applied OHIP-PT scale. Moreover, the OHIP-14-PT scale demonstrated a greater impact on Pain (2.39 ± 1.68) and Psychological Discomfort (1.78 ± 1.90). On the edentulous subject, the OHIP-EDENT-PT scale revealed that the most affected dimensions were Pain (5.11 ± 3.31) and Functional Limitation (4.94 ± 2.57). Prosthetic satisfaction, measured by QSP, revealed a higher median score for the upper maxillary arch (7.28 ± 3.33), compared to the mandibular arch (14.25 ± 7.94). Cronbach's alpha coefficients of 0.97 (OHIP-49), 0.94 (OHIP-EDENT and DSQ) and 0.93 (OHIP-14) were obtained. The ICC coefficient noted for the four instruments was 0.99. The three OHIP scales revealed concurrent criterion validity ($p < 0.001$). The confirmatory factor analysis for the OHIP-49 showed tolerable adjustment indices, while there were good and very good rates for the OHIP-14 and OHIP-EDENT scales. In the factor analysis of the DSQ, 2 factors explained 86.65% of the total variation, the KMO measure was 0.87 and Bartlett's sphericity test was 5384.00 with 66 degrees of freedom ($p < 0.001$). Demographic data showed a predominance of females (64.05%), relative percentage balance of male and female elements in each age group and between genders and age groups. Moreover, there was an independence of variables related to oral health care and self-perception and self-assessment of oral condition in relation to sex. In contrast, there was a dependence on variables related to oral health care in relation to age. This study also found that, in general, people made a positive assessment of their oral health and that those who reported it as poor had a greater impact of oral condition on their quality of life. As regards to dental care, more than half of the participants (56.86%) indicated need.

Conclusions: The instruments showed very robust psychometric properties and have proved to be valid for quality of life and prosthetic satisfaction measurement in the Portuguese population. However, it is advisable to use the OHIP-14-PT for the general population, and the OHIP-EDENT and DSQ for edentulous individuals.

Índice

Introdução	21
Parte I - Enquadramento Teórico	23
1. Envelhecimento demográfico	24
2. Envelhecimento e Saúde Oral.....	25
3. Qualidade de Vida	31
3.1. Qualidade de Vida – Abordagem Conceptual	32
3.2. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde	35
4. Avaliação do Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida... 38	
Parte II - Estudo Empírico	44
1. Objetivos do Estudo	45
1.1. Objetivos Gerais	45
1.2. Objetivos Específicos	45
2. Metodologia	46
2.1. Amostra	46
2.1.1. Seleção da Amostra. Critérios de inclusão e exclusão	46
2.1.2. Procedimentos de recolha da amostra	47
2.1.2.1. Procedimentos éticos	47
2.1.3. Caracterização da amostra.....	48
2.2. Instrumentos	52
2.2.1. Questionário de caracterização sociodemográfica	52
2.2.2. Oral Health Impact Profile (OHIP-49)	53
2.2.2.1. Oral Health Impact Profile (OHIP-14).....	58
2.2.2.2. Oral Health Impact Profile for assessing HRQoL in Edentulous Adults (OHIP-EDENT).....	61
2.2.3. Denture Satisfaction Questionnaire (DSQ)	63
2.3. Procedimentos de adaptação dos instrumentos	64
2.3.1. Adaptação cultural e linguística dos instrumentos	64
2.3.1.1. Estudo piloto.....	67
2.3.2. Procedimentos estatísticos	67
2.3.2.1. Estudos de precisão e validade dos instrumentos	68
3. Resultados	72
3.1. Estudos descritivos.....	72

3.1.1. Variáveis relacionadas com cuidados de saúde oral.....	73
3.1.2. Variáveis relacionadas com a auto-perceção e autoavaliação da saúde	81
3.2. Estudos de precisão	86
3.2.1. Oral Health Impact Profile-49 (OHIP-PT).....	86
3.2.2. Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14-PT)	87
3.2.3. Oral Health Impact Profile for assessing HRQoL in Edentulous Adults (OHIP-EDENT-PT).....	88
3.2.4. Questionário de Satisfação Protética (QSP).....	89
3.3. Estudos de validade de critério concorrente	89
3.4. Estudos de validade interna	90
3.4.1. Oral Health Impact Profile-49 (OHIP-PT).....	90
3.4.2. Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14-PT)	92
3.4.3. Oral Health Impact Profile for assessing HRQoL in Edentulous Adults (OHIP-EDENT-PT).....	93
3.4.4. Questionário de Satisfação Protética (QSP).....	94
3.5. Variáveis sociodemográficas e subjetivas na auto-perceção da condição oral	95
3.5.1. Variáveis sociodemográficas	95
3.5.2. Variáveis relacionadas com cuidados de saúde oral.....	101
3.5.3. Variáveis relacionadas com a auto-perceção e autoavaliação da saúde oral	106
4. Discussão	111
Parte III – Conclusões	117
Bibliografia	119
Anexos	132
Anexo I - Questionário	
Anexo II - Tabelas	

Índice de Figuras

Figura 1 – Modelo de Saúde Oral (adaptado de Locker, 1988).	38
Figura 2 – Distribuição relativa (%) da amostra por sexo segundo os grupos etários.....	49
Figura 3 – Distribuição demográfica da amostra por Área de Residência (n=598).	50
Figura 4 – Distribuição relativa (%) da amostra por sexo segundo a caracterização urbana do local de residência.	51
Figura 5 – Distribuição relativa (%) da amostra por grupo etário segundo a caracterização urbana do local de residência.	51
Figura 6 – Representação esquemática do processo de tradução.	66
Figura 7 – Distribuição da amostra segundo a <i>Data da última visita ao Médico Dentista (n=598)</i>	74
Figura 8 – Distribuição relativa (%) da amostra por sexo segundo a <i>Data da última visita ao Médico Dentista</i>	75
Figura 9 – Distribuição relativa (%) da amostra por grupo etário segundo a data da <i>última visita ao Médico Dentista</i>	76
Figura 10 – Distribuição da amostra segundo <i>motivo usual para visita ao Médico Dentista (n=598)</i>	77
Figura 11 – Distribuição relativa (%) da amostra por sexo segundo o <i>motivo usual para visita ao Médico Dentista</i>	78
Figura 12 – Distribuição relativa (%) da amostra por grupo etário segundo o <i>motivo usual para visita ao Médico Dentista</i>	79
Figura 13 – Distribuição da amostra segundo ser ou não portador de prótese dentária (n=598).	79
Figura 14 – Distribuição relativa (%) da amostra por sexo segundo o facto de o indivíduo ser ou não portador de prótese dentária.	80
Figura 15 – Distribuição relativa (%) da amostra por grupo etário segundo o facto de o indivíduo ser ou não portador de prótese dentária.	81
Figura 16 – Distribuição da amostra segundo a classificação da saúde oral (n=598).	82
Figura 17 – Distribuição relativa (%) da amostra por sexo segundo a classificação da saúde oral.	83

Figura 18 – Distribuição relativa (%) da amostra por grupo etário segundo a classificação da saúde oral.	84
Figura 19 – Distribuição da amostra segundo a necessidade <i>de ir ao Médico Dentista para realizar algum tipo de tratamento (n=598)</i>	84
Figura 20 – Distribuição relativa (%) da amostra por sexo segundo a necessidade <i>de ir ao Médico Dentista para realizar algum tipo de tratamento</i>	85
Figura 21 – Distribuição relativa (%) da amostra por grupo etário segundo a necessidade <i>de ir ao Médico Dentista para realizar algum tipo de tratamento</i>	86
Figura 22 – Diagrama da AFC da escala OHIP-PT.....	91
Figura 23 – Diagrama da AFC da escala OHIP-14-PT.....	92
Figura 24 – Diagrama da AFC da escala OHIP-EDENT-PT.	93

Índice de Quadros

Quadro 1 – Instrumentos, Objetivos e Dimensões.....	52
Quadro 2 – Critérios de recomendação de Precisão estimada pelo α de <i>Cronbach</i> (adaptado de Peterson, 1994).	69

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Valores de α de Cronbach das escalas OHIP e suas dimensões, observados no estudo piloto.....	67
Tabela 2 – Consistência interna ($n=598$) e ICC ($n=30$) da OHIP-PT e das suas sete dimensões.....	87
Tabela 3 – Consistência interna ($n=598$) e ICC ($n=30$) da OHIP-14-PT e das suas sete dimensões.....	88
Tabela 4 – Consistência interna ($n=319$) e ICC ($n=30$) da OHIP-EDENT-PT e das suas sete dimensões.....	88
Tabela 5 – Consistência interna ($n=319$) e do ICC ($n=23$) da OHIP-Edent-PT e das suas sete dimensões.....	89
Tabela 6 – Associação entre a autoavaliação da saúde oral e o impacto da saúde oral na qualidade de vida.....	89
Tabela 7 – Cargas fatoriais dos itens do DSQ nos fatores (solução após rotação <i>Varimax</i>) ($n=319$).....	95
Tabela 8 – Relação entre sexo e o impacto da saúde oral na qualidade de vida ($n=598$).....	96
Tabela 9 – Relação entre sexo e o impacto da saúde oral na qualidade de vida do indivíduo desdentado ($n=319$).....	96
Tabela 10 – Relação entre sexo e satisfação protética ($n=319$).....	97
Tabela 11 – Relação entre grupo etário e o impacto da saúde oral na qualidade de vida ($n=598$).....	97
Tabela 12 – Relação entre grupo etário e o impacto da saúde oral na qualidade de vida do indivíduo desdentado ($n=319$).....	98
Tabela 13 – Relação entre grupo etário e satisfação protética ($n=319$).....	98
Tabela 14 – Relação entre caracterização urbana e o impacto da saúde oral na qualidade de vida ($n=598$).....	99
Tabela 15 – Relação entre caracterização urbana e o impacto da saúde oral na qualidade de vida do indivíduo desdentado ($n=319$).....	100
Tabela 16 – Relação entre caracterização urbana e satisfação protética ($n=319$).....	100
Tabela 17 – Relação entre a <i>Data da última visita ao Médico Dentista</i> e o impacto da saúde oral na qualidade de vida ($n=598$).....	101

Tabela 18 – Relação entre a <i>Data da última visita ao Médico Dentista</i> e o impacto da saúde oral na qualidade de vida do indivíduo desdentado ($n=319$).	102
Tabela 19 – Relação entre a <i>Data da última visita ao Médico Dentista</i> e a satisfação protética ($n=319$).	102
Tabela 20 – Relação entre o motivo usual da consulta Médico-Dentária e o impacto da saúde oral na qualidade de vida ($n=598$).	103
Tabela 21 – Relação entre o motivo usual da consulta Médico-Dentária e o impacto da saúde oral na qualidade de vida do indivíduo desdentado ($n=319$).	104
Tabela 22 – Relação entre o motivo usual da consulta Médico-Dentária e a satisfação protética ($n=319$).	104
Tabela 23 – Relação entre possuir ou não prótese dentária e o impacto da saúde oral na qualidade de vida ($n=598$).	105
Tabela 24 – Relação entre a classificação da saúde oral e o impacto da saúde oral na qualidade de vida ($n=598$).	106
Tabela 25 – Relação entre a classificação da saúde oral e o impacto da saúde oral na qualidade de vida do indivíduo desdentado ($n=319$).	107
Tabela 26 – Relação entre a classificação da saúde oral e a satisfação protética ($n=319$).	108
Tabela 27 – Relação entre a necessidade de tratamento Médico-Dentário e o impacto da saúde oral na qualidade de vida ($n=598$).	108
Tabela 28 – Relação entre a necessidade de tratamento Médico-Dentário e o impacto da saúde oral na qualidade de vida do indivíduo desdentado ($n=319$).	109
Tabela 29 – Relação entre necessidade de tratamento Médico-Dentário e satisfação protética ($n=319$).	110
Tabela 30 – Estudos que avaliaram as propriedades psicométricas da escala OHIP-49.	148
Tabela 31 – Estudos que avaliaram as propriedades psicométricas da escala OHIP-14.	149
Tabela 32 – Estudos que avaliaram as propriedades psicométricas de uma escala OHIP validada para indivíduos desdentados.	150

Tabela 33 – Estatística descritiva com valores e coeficientes de simetria da versão Portuguesa da escala OHIP-49.	150
Tabela 34 – Estatística descritiva com valores e coeficientes de simetria da versão Portuguesa da escala OHIP-14.	151
Tabela 35 – Estatística descritiva com valores e coeficientes de simetria da versão Portuguesa da escala OHIP-EDENT.	152
Tabela 36 – Estatística descritiva com valores e coeficientes de simetria da versão Portuguesa do questionário DSQ.	152

Introdução

O envelhecimento populacional tem colocado o desafio de enfrentar essa nova realidade, exigindo respostas no que diz respeito às políticas de saúde e sociais dirigidas à população idosa, com o intuito de preservar a sua saúde e Qualidade de Vida. O Médico Dentista, tradicionalmente, é treinado para reconhecer e tratar patologias, como a cárie dentária ou a doença periodontal. Consequentemente, vários índices foram desenvolvidos descrevendo a prevalência de diversas patologias na população. No entanto, apesar da sua importância, estes apenas refletem o culminar do processo patológico, não dando qualquer indicação relativamente ao impacto da doença na função e bem-estar psicossocial do indivíduo (Allen, 2003).

A diversidade de fatores intervenientes na qualidade de vida do idoso aconselha uma abordagem que não menospreze os aspetos de saúde física, mas que vá além da análise clínica e incorpore o conhecimento da sua condição psicossocial. O presente estudo intitulado *Adaptação para a população portuguesa de instrumentos de avaliação do impacto da saúde oral na qualidade de vida* pretende contribuir para a investigação no âmbito da qualidade de vida, introduzindo instrumentos adaptados à nossa população, que nos permitam aferir o impacto que a saúde oral apresenta no bem-estar psicossocial da população em geral e particularmente do doente idoso. O interesse por esta temática advém da escassez de estudos realizados em Portugal, especialmente no que diz respeito ao idoso portador de prótese dentária. Desta forma, a introdução destes instrumentos de avaliação da qualidade de vida, adaptados à população Portuguesa, pretende fomentar a investigação nesta área do conhecimento e demonstrar a sua possível relevância na prática clínica diária.

Para o desenvolvimento deste estudo realizou-se uma revisão da literatura (Enquadramento Teórico) centrada, numa primeira fase, no envelhecimento demográfico e na saúde oral do idoso. Em seguida é abordado o conceito de qualidade de vida, bem como as implicações que a saúde oral apresenta sobre esta. A segunda parte do estudo (Estudo Empírico) inicia-se com os objetivos do estudo (ponto 1.). A metodologia é explanada em seguida (ponto 2.), abordando os critérios de seleção da amostra, os procedimentos de recolha, bem como os procedimentos éticos inerentes a esse processo, e a caracterização da amostra. Ainda no segundo ponto são descritos os instrumentos em estudo: a escala *Oral Health Impact Profile* (OHIP-49) e suas versões reduzidas (OHIP-14 e OHIP-Edent) e o questionário *Denture Satisfaction Questionnaire* (DSQ). Finalmente abordam-se os procedimentos inerentes à adaptação cultural e linguística dos instrumentos. O terceiro ponto da Parte II revela os resultados obtidos neste estudo e encontra-se subdividido em Estudos descritivos, Estudos de validade de critério, Estudos de validade interna, Estudos de precisão e análise das variáveis sociodemográficas e subjetivas na autoperceção e autoavaliação da saúde oral. No quarto e último ponto é apresentada a discussão dos resultados obtidos no nosso estudo. Por fim, na terceira parte deste trabalho (Conclusões), é apresentada uma síntese conclusiva revelando os principais resultados obtidos, as limitações e vantagens inerentes ao estudo, bem como as possíveis implicações nesta área de investigação e na prática clínica diária.

Parte I - Enquadramento Teórico

A primeira parte deste trabalho dedica-se ao enquadramento teórico do estudo. Pretende delimitar os principais conceitos relacionados com a temática em causa e encontra-se dividido em quatro pontos. No primeiro ponto fazemos uma abordagem genérica ao envelhecimento demográfico. O segundo ponto versa sobre o envelhecimento e a saúde oral, considerando as principais patologias que afetam o idoso. No terceiro ponto incidimos sobre o conceito de qualidade de vida e a sua evolução ao longo do tempo, e abordamos o conceito de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde. O quarto e último ponto, diz respeito à avaliação do impacto da saúde oral na qualidade de vida. Iniciamos com uma breve abordagem à importância da utilização de instrumentos de mensuração da qualidade de vida, tendo em conta os trabalhos desenvolvidos no âmbito do impacto da saúde oral. E finalizamos com menção aos instrumentos abordados neste estudo, expondo os trabalhos que estiveram na base da sua introdução e a sua importância, tanto no ponto de vista da investigação como da prática clínica diária.

1. Envelhecimento demográfico

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê para 2025 um total de 1.2 biliões de idosos com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos, com 80 ou mais anos, constituem o grupo etário em maior crescimento (OMS, 2001). Atualmente a estrutura demográfica europeia caracteriza-se por dois fatores que concorrem para um progressivo envelhecimento da sua população, sendo eles, o declínio da fertilidade e o aumento da esperança de vida. Para além disso, verificou-se a entrada na população idosa da coorte nascida após a II Guerra Mundial, que pela sua importância numérica ficou conhecida como a geração do “*baby boom*” (Walker, 2005).

Dadas as diferenças relativas à esperança de vida e ao padrão de morbimortalidade, a definição de idoso varia entre países em desenvolvimento e países desenvolvidos. Em 1982, a Organização das Nações Unidas (ONU) considerou idoso o indivíduo com 60 ou mais anos, em países em desenvolvimento, e com 65 ou mais anos, em países desenvolvidos (ONU, 1982). Segundo as projeções desta mesma organização, entre 1960 e 2000, a proporção da população mundial com 65 ou mais anos registou uma tendência crescente, passando de 5.3% para 6.9% do total da população, e aumentará para 15.6% em 2050, tratando-se de um crescimento quatro vezes superior ao da população jovem (INE, 2002).

Em Portugal, o fenómeno não é diferente. Entre 1960 e 2011, a população idosa, passou de 8% para 19% do total da população, apresentando um esperança média de vida de 79 anos, no final do século XX. Atualmente, o índice de envelhecimento da população Portuguesa encontra-se nos 127.8%, sensivelmente o dobro do valor observado em 1990 (68.1%) (INE, 2011). Como consequência destas alterações demográficas, Portugal foi classificado

pela ONU, em 2009, como o oitavo país mais envelhecido do mundo, com uma percentagem de população com 60 ou mais anos de 23.3% (Department of Economic and Social Affairs, 2009). As projeções apontam para que em 2060 a tendência de inversão da pirâmide etária se acentue, prevendo-se que por essa altura 35.7% do total da população possua 65 ou mais anos, perspetivando-se uma esperança média de vida de 81 anos (INE, 2011). Ademais, tal como sucede na generalidade dos países, em Portugal, a população idosa tem igualmente um rosto feminino (58.1%) (INE, 2011).

2. Envelhecimento e Saúde Oral

O envelhecimento é um processo inexorável que causa um desequilíbrio na homeostasia, aumento da vulnerabilidade e redução da adaptação a estímulos do ambiente, afetando células, tecidos e sistemas de órgãos (Guiglia *et al.*, 2010).

A melhoria das condições de vida, decorrente dos avanços nos cuidados de saúde e da implementação de medidas de saúde pública são consideradas as principais causas para o aumento da esperança de vida. Contudo, esta mudança de paradigma conduziu a uma maior incidência de doenças associadas ao envelhecimento, a condições incapacitantes e a doenças crónicas. A população geriátrica constitui uma faixa etária de risco de doença e de acesso limitado aos cuidados de saúde oral, essencialmente por fatores económicos, médicos e psicossociais. Idosos de estratos económicos mais baixos, institucionalizados e pertencentes a etnias minoritárias apresentam uma saúde oral deficitária, devido à falta de cuidados de higiene oral e ao acesso limitado a cuidados Médico-Dentários (Côrte-Real *et al.*, 2011).

Nos países desenvolvidos tem-se observado um aumento significativo da permanência da dentição natural e a uma diminuição de patologias orais, particularmente de cárie dentária. Tal facto prende-se com a melhoria das

condições de vida, a uma maior procura por tratamento dentários e a uma alteração de mentalidade perante a saúde oral, sendo neste momento a perda dentária menos aceitável (Mijiritsky, 2007; Müller *et al.*, 2007; Zitzmann *et al.*, 2007; Côrte-Real *et al.*, 2011). Assim, os avanços da Medicina Dentária preventiva e a alteração da atitude do indivíduo, no sentido de preservar os dentes em detrimento da sua extração resultaram num declínio significativo na prevalência da perda dentária (Preshaw *et al.*, 2011). No entanto, apesar da evolução constatada nos últimos anos, a patologia oral constitui um problema relevante no idoso devido à particularidade da sua situação dentária, tendo em conta os efeitos deletérios cumulativos de doenças dentárias e tratamentos dentários anteriores, combinados com o aumento de problemas de saúde e com a polimedicação (McCord & Smales, 2012). Assim, a abordagem Médico-Dentária no idoso permanece um desafio atual, impondo uma ação multidisciplinar (Côrte-Real *et al.*, 2011).

No idoso as principais causas de perda dentária são a doença periodontal e a cárie dentária. Lesões na mucosa oral e xerostomia são também patologias orais frequentes nesta faixa etária (Müller *et al.*, 2007; Huttner *et al.*, 2009; Côrte-Real *et al.*, 2011; McCord & Smales, 2012; Offenbacher *et al.*, 2012). A perda dentária induz problemas funcionais, psicológicos e sociais, podendo-se refletir em termos dietéticos e no bem-estar geral (Guiglia *et al.*, 2010; Abreu & Figueiredo, 2014). Além das principais causas atribuídas à perda dentária já referidas, o baixo nível socioeconómico, um período de institucionalização prolongado e a fraca adesão aos serviços Médico-Dentários são também considerados fatores importantes (Côrte-Real *et al.*, 2011). A doença periodontal é uma causa *major* de perda dentária, sendo em doentes com idades superiores a 65 anos o maior fator de risco (Côrte-Real *et al.*, 2011; Offenbacher *et al.*, 2012). Esta doença é caracterizada por uma inflamação crónica localizada aos tecidos periodontais, que pode levar à destruição gradual e progressiva do tecido conjuntivo e do tecido ósseo de

suporte dos dentes (Offenbacher *et al.*, 2012). A perda de suporte periodontal e de osso alveolar é expectável em doentes geriátricos, no entanto num idoso saudável, tal facto não é suficiente para induzir uma perda óssea significativa que promova a perda dentária (Huttner *et al.*, 2009; Côrte-Real *et al.*, 2011). A doença periodontal severa, definida por uma perda de suporte periodontal de 6mm, ou mais, e perda óssea superior a 50%, envolvendo pelo menos um dente, não é uma consequência natural do envelhecimento (Huttner *et al.*, 2009).

Os efeitos do envelhecimento a este nível podem associar-se a vários mecanismos, como o aumento da resposta periodontal a estímulos mecânicos e bacterianos e à redução significativa da formação óssea, comuns nesta faixa etária (Côrte-Real *et al.*, 2011). A elevada prevalência e a gravidade da doença periodontal em idosos foi correlacionada com maus hábitos de higiene oral, que condicionam a acumulação de placa bacteriana e consequentemente induzem o desenvolvimento desta doença (Abreu & Figueiredo, 2014). Esta situação é frequente no idoso, nomeadamente naqueles que apresentam perda de mobilidade e de independência (Côrte-Real *et al.*, 2011). Outros fatores como o baixo nível educacional, a ausência de monitorização e controlos periódicos, presença de um número reduzido de dentes e doenças sistémicas contribuem igualmente para a progressão da doença periodontal. Esta doença tem repercussões na saúde oral e sistémica, conduzindo a halitose, perda dentária, diminuição da capacidade mastigatória, dificuldades na deglutição, alterações no paladar e a subnutrição (Côrte-Real *et al.*, 2011; Berkey & Scannapieco, 2013). Nos últimos 20 anos, a evidência científica demonstra uma associação positiva entre a doença periodontal e um risco aumentado de doença coronária, aterosclerose, diabetes, doença vascular e doença pulmonar obstrutiva crónica. No entanto, apesar do mecanismo destas associações ainda não

estar totalmente documentado, o princípio subjacente é um processo inflamatório crónico (Offenbacher *et al.*, 2012; Berkey & Scannapieco, 2013). A cárie dentária consiste na destruição localizada de tecido dentário duro pelos produtos acídicos da fermentação bacteriana de hidratos de carbono (de Mata *et al.*, 2011). No idoso a prevalência de cárie coronária é semelhante à dos outros grupos etários. Contudo, o idoso apresenta uma maior incidência de cárie radicular (Brunton & Kay, 2003; de Mata *et al.*, 2011; Berkey & Scannapieco, 2013). Este facto deve-se a um aumento de recessões gengivais, à disfunção das glândulas salivares, a uma menor função da musculatura oral e perioral e a uma higiene oral deficitária (Côrte-Real *et al.*, 2011; de Mata *et al.*, 2011; McCord & Smales, 2012). A recessão da margem gengival é comum no indivíduo idoso e quando esta ocorre, a junção amelo-cementária fica exposta. Esta região é bastante irregular o que a torna suscetível à retenção bacteriana e ao desenvolvimento de cárie. Ademais, a dentina e o cimento são tecidos menos mineralizados que o esmalte, sendo mais suscetíveis à desmineralização (de Mata *et al.*, 2011). A disfunção glandular é outro dos fatores predisponentes. A saliva é essencial para o paladar, lubrificação e proteção dos tecidos. As suas propriedades antibacterianas mantêm o equilíbrio da flora oral, sendo ainda importante na capacidade de limpeza da cavidade oral, eliminando fragmentos de alimentos após a mastigação. Assim uma boca seca é um fator de risco para a cárie dentária (de Mata *et al.*, 2011). Existe ainda uma associação com fatores sociais e comportamentais, bem como fatores locais, como uma diminuída capacidade cognitiva, institucionalização e a residência em áreas geográficas rurais (Côrte-Real *et al.*, 2011).

A mucosa oral apresenta uma função essencialmente protetora e está intimamente ligada à saúde geral do doente. O declínio desta função pode expor o indivíduo a uma grande variedade de microrganismos e agentes

químicos que entram na cavidade oral. Com o envelhecimento, a mucosa oral torna-se mais permeável a substâncias tóxicas e mais vulnerável a agentes carcinogêneos. O epitélio torna-se mais fino e a síntese de colagénio no tecido conjuntivo diminui, diminuindo a sua regeneração e resistência (Jainkittivong *et al.*, 2002). As lesões na mucosa oral descritas em idosos são adquiridas, podendo ser prevenidas. Estas são normalmente consequência de trauma, de patologias, hábitos orais ou ainda de disfunção das glândulas salivares. A estomatite protética é uma infeção fúngica na mucosa oral, clinicamente relevante na população geriátrica, sendo uma condição que afeta uma larga percentagem de portadores de prótese (Gendreau & Loewy, 2011; Côrte-Real *et al.*, 2011; Offenbacher *et al.*, 2012). Dados epidemiológicos demonstram que a estomatite protética ocorre em aproximadamente 50% dos portadores de prótese (Offenbacher *et al.*, 2012). Um estudo realizado em Portugal por Figueiral-Silva (2000) demonstrou uma prevalência de 43% em indivíduos com mais de 65 anos, portadores de prótese acrílica maxilar (Côrte-Real *et al.*, 2011). Esta patologia é caracterizada por uma reação inflamatória da mucosa oral recoberta pela prótese (Abreu & Figueiredo, 2014). No entanto, apesar da sua frequência é geralmente assintomática (Gendreau & Loewy, 2011). Na maioria dos casos ocorre devido a colonização fúngica por *Candida albicans*, podendo ainda outros factores chave aumentar drasticamente o seu risco, como reações alérgicas ao material protético, trauma ou manifestações sistémicas. Higiene oral e protética deficitária, bem como o uso contínuo de prótese dentária, a antiguidade da mesma, a oclusão, a dimensão vertical de oclusão e hábitos nocivos são também apontados como fatores de risco para esta patologia (Gendreau & Loewy, 2011). O uso de prótese dentária pode ainda estar associado a hiperplasias fibroepiteliais, úlceras traumáticas e queilite angular (Jainkittivong *et al.*, 2002; Gendreau & Loewy, 2011). Nesta patologia, a origem da infeção é a própria prótese dentária. Esta confere a base que

permite o desenvolvimento de um biofilme que contem um elevado número de fungos e outros microrganismos patogénicos, os quais contribuem para o aumento de mediadores inflamatórios observados na estomatite protética (Offenbacher *et al.*, 2012). Doentes portadores de prótese dentária apresentam, ainda, um elevado risco para desenvolverem várias doenças sistémicas como doença pulmonar obstrutiva crónica, hipertensão arterial, diabetes e doença coronária. As próteses dentárias são, assim, importantes fontes de infeção, devendo ser higienizadas diariamente para prevenir doenças sistémicas (Offenbacher *et al.*, 2012; Berkey & Scannapieco, 2013). Importa realçar também que, segundo Jainkittivong *et al.* (2002), a incidência de problemas relacionados com o uso de prótese é mais frequente em portadores de prótese total removível, que em portadores de prótese parcial. Relativamente a esta temática é ainda importante referir que embora a maioria destas lesões seja benigna, algumas podem tornar-se malignas, caso existam fatores predisponentes locais ou sistémicos. As lesões pré-malignas são relativamente comuns no idoso e este apresenta um maior risco de desenvolvimento de lesões pré-malignas e malignas (Jainkittivong *et al.*, 2002; Côrte-Real *et al.*, 2011). A maioria dos casos (cerca de 95%) de cancro oral ocorre em indivíduos com idade superior a 40, sendo a idade média de diagnóstico superior a 60 anos (Côrte-Real *et al.*, 2011).

A xerostomia, ou sensação de boca seca, tem uma prevalência crescente com a idade e encontra-se presente em cerca de 45% dos idosos (Abreu & Figueiredo, 2014). A disfunção das glândulas salivares que se caracteriza por uma alteração qualitativa e/ou quantitativa da saliva, pode ser consequência de terapêuticas farmacológicas, bem como de doenças sistémicas (Mese & Matsuo, 2007; Côrte-Real *et al.*, 2011; McCord & Smales, 2012). Os fármacos mais prescritos têm efeitos xerostomizantes (cerca de 80%). Entre estes, os mais comuns são antidepressivos, anti-psicóticos, anticolinérgicos,

sedativos, anti-hipertensivos, citotóxicos e anti-histamínicos (Cassolato & Turnbull, 2003; Mese & Matsuo, 2007). A cavidade oral normalmente possui uma aparência húmida e brilhante, enquanto num indivíduo com xerostomia apresenta uma aparência seca e pálida, com fissuras e uma saliva com consistência espumosa e fibrosa praticamente ausente (Cassolato & Turnbull, 2003). Decorrente da disfunção das glândulas salivares, podem desenvolver-se vários problemas oro-faríngeos, nomeadamente a gengivite, o aumento da incidência de cáries, o risco de candidíase oral e dor. O idoso com xerostomia possui ainda dificuldades de mastigação, deglutição, fala, atrofia das papilas filiformes da língua, alterações no paladar, intolerância a alimentos picantes, diminuição da retenção de próteses dentárias removíveis e desconforto protético, devido à ausência de lubrificação, fatores que afetam a qualidade de vida do idoso (Cassolato & Turnbull, 2003; Mese & Matsuo, 2007; Côrte-Real *et al.*, 2011; McCord & Smales, 2012; Abreu & Figueiredo, 2014).

3. Qualidade de Vida

A crescente preocupação com questões relacionadas com a qualidade de vida está relacionada com o movimento das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controlo de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da esperança de vida. Assim, a qualidade de vida é abordada por diversos autores, como sinónimo de saúde, e por outros como um conceito mais abrangente, em que as condições de saúde seriam um dos aspetos a ser considerados (Fleck *et al.*, 1999).

O termo qualidade de vida terá surgido pela primeira vez na literatura médica na década de 30 do século XX, segundo um levantamento de estudos que tinham por objetivo a sua definição e que faziam referência à avaliação da

qualidade de vida (Seidl & Zannon, 2004). Após a II Guerra Mundial, o conceito “boa vida” foi utilizado como referência à conquista de bens materiais (possuir casa própria, automóvel, entre outros bens). Ao longo do tempo, o termo ampliou-se “para significar, além do crescimento económico o desenvolvimento social (saúde, educação, habitação, transporte, lazer, trabalho e crescimento individual” (Paschoal, 2000: p.19). Assim, a partir da segunda metade do século XX, termos como “felicidade”, “satisfação com a vida”, “bem-estar”, “liberdade de escolha” e “realização pessoal” passam a surgir na literatura como significado para “qualidade de vida”, o que dificulta a delimitação científica do conceito (Canavarro *et al.*, 2006). A partir de 1980, a noção de qualidade de vida, acompanhada de estudos empíricos, envolve diferentes dimensões, evidenciando a tendência de empregar definições focalizadas e combinadas, na medida em que são estas que podem contribuir para o avanço do conceito em bases científicas (Seidl & Zannon, 2004). Devido à sua complexidade e utilização por diversas áreas de estudo, a falta de consenso conceitual é marcante. No intuito de compreender o termo qualidade de vida propriamente dito, seguidamente será realizada uma abordagem conceptual.

3.1. Qualidade de Vida – Abordagem Conceptual

Não existe de facto uma definição para o conceito qualidade de vida que seja universalmente aceite. Pelo contrário, existe uma grande variação nas definições relatadas na literatura, diferindo estas, frequentemente, em função do propósito a que se aplicam. De acordo com Seild e Zannon (2004), a qualidade de vida apresenta-se como uma temática de difícil compreensão e necessita de certas delimitações, que possibilitem a sua operacionalização. Vários investigadores têm-se debruçado sobre o conceito de qualidade de vida. Contudo, não existe uma definição clara, o que levanta um problema epistemológico e filosófico, na medida em que existem inúmeras propostas

de definição (Pimentel, 2003). Ainda assim, embora se verifique alguma controvérsia nas abordagens dos diferentes autores, existem muitos pontos em comum (Couvreur, 2001). Através da análise de 75 artigos, selecionados de forma aleatória e que utilizavam instrumentos para avaliar a qualidade de vida, Gill e Feinstein (1994) verificaram que em poucos se tentava definir concretamente o que se entendia por qualidade de vida. A este propósito, Couvreur (2001) refere que embora existam numerosas definições, grande parte delas são inadequadas, porque apenas têm em conta uma quantidade limitada de fatores que constituem o conjunto desse conceito.

A evolução do conceito de qualidade de vida encontra-se associada a diversos referenciais teóricos que refletem conceitos como: satisfação com a vida, felicidade, existência com significado e bem-estar subjetivo. Assim, dependendo da área de interesse, o conceito é muitas vezes adotado como sinónimo de saúde (Michalos *et al.*, 2000; Schmidt *et al.*, 2005), felicidade e satisfação pessoal (Renwick & Brown, 1996), condições de vida (Buss, 2000), estilo de vida, entre outros; e os seus indicadores vão desde o rendimento económico até à satisfação com determinados aspetos da vida. Face às diferenças encontradas relativamente ao conceito de qualidade de vida, a OMS (WHOQoL Group, 1993: p.153) define-a como a “perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Esta definição indicia a complexidade do conceito em causa. Trata-se de um conceito amplo, abrangente e que pode ser afetado de modo complexo pela saúde física do indivíduo, estado psicológico, relações sociais, nível de independência e pelas suas relações com as características mais relevantes do meio ambiente (Pinto, 2009). A qualidade de vida compreende assim, concomitantemente, aspetos objetivos e subjetivos (Couvreur, 2001). Os aspetos objetivos incluem a interação do indivíduo com o meio, funcionalidade e competência cognitiva, enquanto os aspetos subjetivos

consistem na percepção da satisfação das próprias necessidades. Para Calman (1984), outra característica relativa à qualidade de vida prende-se com o facto de esta só poder ser medida e descrita em termos individuais e estar dependente do estilo de vida atual, das experiências passadas, das expectativas, dos sonhos e das ambições. Face a esta opinião e centrando-se no âmbito da saúde, conclui-se que a qualidade de vida deve ser medida a partir da percepção do doente, em vez de ser medida pela percepção do profissional de saúde (Clinch & Schipper, 1993) ou dos seus familiares, mesmo que estes sejam os seus cuidadores informais, já que nos estudos realizados foram encontradas diferenças significativas (Grant & Rivera, 1998). Otto (2000) reforça essa ideia, defendendo que a qualidade de vida é aquilo que o indivíduo refere que é, pelo que só pode ser avaliada pelo próprio.

Pode afirmar-se que a qualidade de vida possui algumas características, que são: a sua subjetividade, dado que é baseada naquilo que o indivíduo refere; o facto de ser dinâmica, alterando-se de acordo com o tempo e as situações vivenciais; e, tratar-se de um conceito multidimensional (Fleck *et al.*, 1999). Corroborando esta ideia, a OMS considera que a subjetividade e a multidimensionalidade são aspetos essenciais para a compreensão deste constructo. A sua natureza multidimensional foi validada, de modo empírico, a partir do surgimento de quatro grandes dimensões:

- física – percepção do indivíduo sobre a sua condição física;
- psicológica – percepção do indivíduo sobre a sua condição afetiva e cognitiva;
- relacionamento social – percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e papéis sociais adotados;
- ambiente – percepção do indivíduo sobre aspetos diversos relacionados com o ambiente onde vive.

A identificação destas dimensões tem sido objeto de pesquisa científica em diversos estudos, utilizando metodologias quantitativas e qualitativas (Seidl & Zannon, 2004). Em síntese, interpretar qualidade de vida não é uma tarefa fácil, já que o conceito é complexo e ambíguo, diferindo conforme a cultura, a época e o indivíduo. Sendo mutável num mesmo indivíduo, também o é com a variação do tempo e das circunstâncias. O que hoje é considerado “boa” qualidade de vida, pode não o ter sido ontem e poderá não o ser amanhã. No contexto da prática clínica, o interesse pela qualidade de vida advém de aspetos relacionados com a doença ou o tratamento, desenvolvendo-se um outro conceito denominado Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.

3.2. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

O conceito Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde é um conceito mais específico e ainda mais atual que o conceito de qualidade de vida (Rodrigues, 2007). Na área da saúde, o interesse pelo conceito qualidade de vida advém, em parte, da mudança de paradigma (da passagem do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial), que tem influenciado as políticas e as práticas do sector nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um *continuum*, relacionados com a experiência pessoal, aspetos económicos, socioculturais e estilos de vida. Dada a mudança de paradigma, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o sector, nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças. A mudança do perfil de morbimortalidade, tendência universal também nos países em desenvolvimento, indica o aumento da prevalência das doenças crónico-degenerativas. Os avanços nos tratamentos e as possibilidades efetivas de controlo dessas doenças levaram a que o número de anos de vida que as

peças esperam viver duplicasse, no decorrer do século XX. No entanto, tendo em conta que o envelhecimento está associado a mais doenças, levantam-se questões sobre a qualidade de vida durante a longevidade.

O termo Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde é muito frequente na literatura e parece implicar os aspetos diretamente associados às doenças ou às intervenções em saúde (Seidl & Zannon, 2004). Do ponto de vista geral, a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde refere-se à doença e analisa a contribuição desta e do seu tratamento para o bem-estar de cada indivíduo. De acordo com o seu sentido específico, qualidade de vida relacionada com a saúde refere-se ao modo como uma doença específica afeta ou limita a qualidade de vida (Silva, 2003). A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde pode ser considerada como o valor atribuído à vida, ponderado pelos danos funcionais, as perceções e condições sociais que são induzidas pela doença, complicações, tratamentos e a organização política e económica do sistema assistencial (Campos & Neto, 2008). Santos & Ribeiro (2001), após revisão da bibliografia, concluíram que para avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde é essencial ter em consideração os seguintes domínios:

- estado funcional, que se refere à capacidade de realizar uma panóplia de atividades que são normais para a maioria das pessoas, onde se insere o autocuidado, a mobilidade e a capacidade de desempenho do papel social;
- sintomas físicos, que se encontram relacionados com a doença e o tratamento. No que se refere ao bem-estar físico, o facto de o indivíduo não ter acesso ao apoio de profissionais de saúde, familiares e amigos, leva a que muitas vezes apresente dificuldades em se adaptar à doença e ao tratamento;
- funcionamento social, que se trata de um dos transtornos mais comuns em qualquer doente crónico, e no qual se inserem as relações

com a família e o meio social, e a frequência com que participa em atividades sociais;

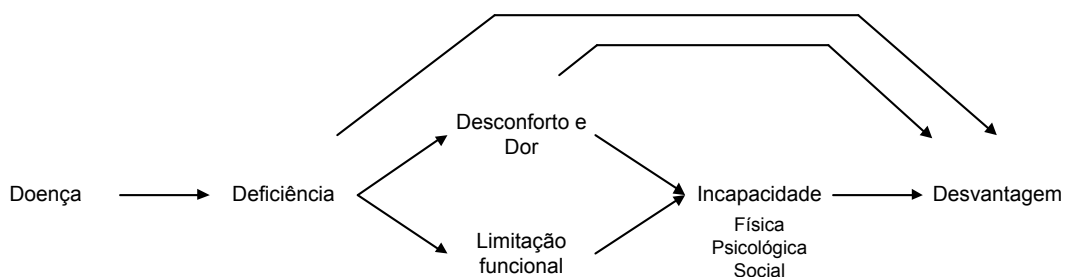
- avaliação global, dado que a qualidade de vida não é mais do que a soma das suas componentes, torna-se útil a inclusão de uma avaliação geral como complemento a avaliações mais específicas, devendo contudo limitar-se a áreas relacionadas com a saúde.

Outros autores acrescentam ainda o domínio psicológico (bem estar psicológico) e o domínio espiritual (bem estar espiritual). O domínio psicológico está relacionado com o controlo, ansiedade, medo, depressão, conhecimento da doença e tratamento (Rodrigues, 2007). No que diz respeito ao bem-estar espiritual, este está relacionado com o significado da doença, esperança, religiosidade e força interior (Ferrell & Grant, 1998). Um agravamento da condição física do doente altera diretamente a sua espiritualidade, já que quando o doente vivencia o sofrimento e a proximidade da morte, as suas necessidades espirituais aumentam (Cotrim, 2007). Em síntese, segundo Crammer & Spilker (1998), a maioria dos autores refere que o conceito de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde inclui as seguintes dimensões: estado físico e desempenho, estado psicológico e bem-estar, interações sociais e fatores económicos e/ou vocacionais. Por outro lado, Cella & Tulsky (1990) alargam o número de dimensões e propõem as seguintes: bem-estar emocional, espiritualidade, sexualidade, desempenho social, vida familiar, desempenho ocupacional, comunicação, alimentação, capacidade funcional, estado físico, satisfação com o tratamento, orientações futuras e aspeto geral do estado de saúde e de vida.

4. Avaliação do Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida

Existem várias razões para desenvolver e aplicar instrumentos de mensuração de qualidade de vida. Por um lado, temos necessidade de avaliar até que ponto as diversas patologias afetam o bem-estar geral do indivíduo *per se* e qual a sua relação com outras patologias (Reisine *et al.*, 1989; Inglehart & Bagramian, 2002). Por outro, é extremamente importante avaliar as alterações da qualidade de vida ao longo do tempo, seja em estudos populacionais e ensaios clínicos, seja antes e após determinado tratamento (Allen & Locker, 2002). Para além disso, instrumentos de mensuração da qualidade de vida são ferramentas importantes quando se pretende descrever o impacto que diferentes patologias podem provocar no indivíduo ou na população em geral, em termos de bem-estar ou relativamente a aspetos terapêuticos, mas também no que concerne a políticas para a saúde e económicas (Inglehart & Bagramian, 2002). O modelo conceptual de saúde oral (Locker, 1988) é baseado na classificação da OMS (1980) de comprometimento, incapacidade e desvantagem, e pretende assinalar todas as consequências funcionais e psicossociais possíveis das patologias orais.

Figura 1 – Modelo de Saúde Oral (adaptado de Locker, 1988).



A publicação deste modelo foi precursora no desenvolvimento de pesquisa nesta área da Medicina Dentária. Até então era dada pouca importância às consequências psicossociais da condição oral, uma vez que estas se apresentavam como não sendo reais ameaças à vida. Para além disso, historicamente a saúde oral foi muitas vezes dissociada da saúde geral. Contudo, diversos estudos na década de 1980 enfatizaram a importância das consequências emocionais e psicossociais das patologias orais. Reisine (1984) e Gift *et al.* (1989) reportaram que aproximadamente 160 milhões de horas de trabalho por ano eram perdidas por problemas orais. Reisine *et al.* (1989) compararam os resultados iniciais referentes à qualidade de vida de doentes com disfunção temporomandibular (DTM), com um grupo de doentes com problemas cardíacos, tendo concluído que os doentes com DTM apresentavam uma maior incapacidade em diversas áreas como, sono, descanso, interação social, função intelectual e comunicação. Cushing *et al.* (1986) referiram que dor, dificuldade de alimentação e problemas de comunicação eram frequentemente reportados num estudo sobre adultos empregados. A importância de avaliar não só a presença ou ausência de doença, mas também a percepção que o indivíduo tem sobre a sua saúde, advém do facto de serem necessários dados concretos para a promoção da saúde, criação de programas de prevenção (Locker, 1995a) e gestão de recursos (Fitzpatrick *et al.*, 1992). Para além disso, a avaliação que o indivíduo faz da sua saúde e do impacto que esta tem na sua qualidade de vida é muitas vezes diferente da opinião do profissional de saúde (Slevin *et al.*, 1988). Assim sendo, e como também já referimos atrás, a avaliação do indivíduo é essencial para a mensuração da saúde.

A escala *Oral Health Impact Profile* (OHIP) foi desenvolvida com o intuito de providenciar a medição da disfunção, do desconforto e da incapacidade atribuídas à condição oral (Slade & Spencer, 1994a). Esta escala entra em

linha de conta com a incapacidade e as três dimensões de estado funcional (social, psicológica e física), representando quatro das 7 dimensões de qualidade de vida propostas por Patrick e Bergner (1990). Para além disso, a OHIP tem por objetivo assinalar impactos genericamente associados à condição oral e não impactos decorrentes de distúrbios ou síndromes específicas (Slade, 1996). Uma grande vantagem deste instrumento é o facto de cada uma das afirmações ter derivado de uma população representativa e não ter sido construído por profissionais de saúde. Este facto aumenta a possibilidade de esta escala ser capaz de identificar consequências sociais de problemas orais considerados importantes pelo doente, sendo por isso considerado o instrumento de mensuração da saúde oral mais sofisticado (Locker, 1995b) e tendo sido já adaptado e traduzido em vários idiomas (John *et al.*, 2002; Wong *et al.*, 2002; Larsson *et al.*, 2004; Lopez & Baelum, 2006; Pires *et al.*, 2006; Szentpétery *et al.*, 2006; Al-Jundi *et al.*, 2007; Barer *et al.*, 2007; Yamazaki *et al.*, 2007; van der Meulen *et al.*, 2008; Petricević *et al.*, 2009; Rener-Sitar *et al.*, 2009; Kuo *et al.*, 2011; Bimbashi *et al.*, 2012; Kenig & Nikolovska, 2012; León *et al.*, 2014; Pugaca *et al.*, 2014).

A utilização de instrumentos de mensuração de saúde oral em investigação, tem-se baseado na comparação de resultados entre restaurações implanto-suportadas e próteses dentárias convencionais, com vista à substituição de unidades dentárias perdidas (Furuyama *et al.*, 2012; Jabbour *et al.*, 2012; Harris *et al.*, 2013; Jofre *et al.*, 2013; Wolfart *et al.*, 2013; Awad *et al.*, 2014; Gates *et al.*, 2014; Grover *et al.*, 2014; Zembic & Wismeijer, 2014). No entanto, o elevado número de itens destes instrumentos apresenta-se como uma barreira à sua utilização, tanto em ensaios clínicos, quanto na prática clínica diária. Por outro lado, apesar de versões reduzidas destes instrumentos poderem ser mais apelativas, a sua precisão tende a diminuir com a omissão de alguns itens (Nunnally, 1967). Vários investigadores têm procurado reduzir os instrumentos existentes, mantendo as suas

propriedades psicométricas válidas e precisas. Os métodos de redução utilizados incluem análise de consistência interna, análise fatorial e análise de regressão, por forma a identificar os itens que apresentam associação mais forte com as versões originais. A versão reduzida da escala OHIP contém 14 itens, que derivam da escala original e aparenta possuir boa validade e precisão (Slade, 1997), tendo sido já adaptada e validada em diversos países europeus, asiáticos, africanos e sul-americanos (Ekanayake & Perera, 2003; Robinson *et al.*, 2003; Ikebe *et al.*, 2004; Kushnir *et al.*, 2004; Soe *et al.*, 2004; Segù *et al.*, 2005; Fernandes *et al.*, 2006; John *et al.*, 2006; Bae *et al.*, 2007; Hägglin *et al.*, 2007; Saub *et al.*, 2007; Ide *et al.*, 2008; Rener-Sitar *et al.*, 2008; Montero-Martín *et al.*, 2009; Stancić *et al.*, 2009; Cohen-Carneiro *et al.*, 2010; Navabi *et al.*, 2010; Ravaghi *et al.*, 2010; Motalebnejad *et al.*, 2011; Castrejón-Pérez & Borges-Yáñez, 2012; El Osta *et al.*, 2012; Papagiannopoulou *et al.*, 2012; Khalifa *et al.*, 2013; Slusanschi *et al.*, 2013; Hongxing *et al.*, 2014; Larsson *et al.*, 2014; Lawal *et al.*, 2014; León *et al.*, 2014; Skośkiewicz-Malinowska *et al.*, 2015). Apesar da OHIP-49 ter sido criada com o intuito de providenciar dados completos e detalhados sobre a perceção do impacto da saúde oral na qualidade de vida, como já foi referido, a sua extensão não permite a sua utilização em contexto de investigação ou prática clínica diária. Assim, a OHIP-14 veio suprimir essa desvantagem, dado que se trata de um instrumento mais sucinto e que necessita de menos tempo para a sua aplicação, o que conseqüentemente facilita a sua utilização (Slade, 1997). Segundo Stewart *et al.* (1988), os questionários sobre o estado de saúde devem representar múltiplos conceitos de saúde e uma amplitude de estados de saúde relativos à função em geral e ao bem-estar, possuir boas propriedades psicométricas e, para estudos clínicos, ser simples e de fácil utilização. Premissas que são cumpridas por este instrumento. Para além deste, um subconjunto de itens, denominado *Oral Health Impact Profile for assessing Health-Related Quality of Life (HRQoL) in Edentulous Adults*

(OHIP-EDENT), foi desenvolvido com o objetivo de mensurar os resultados decorrentes de procedimentos de substituição de peças dentárias perdidas. Assim, a OHIP-EDENT é uma versão adaptada da escala OHIP, que deteta o impacto da saúde oral na qualidade de vida de indivíduos portadores de prótese dentária total, antes e após a sua reabilitação protética (Allen & Locker, 2002).

No âmbito da avaliação da satisfação do indivíduo antes e após a sua reabilitação protética foi também desenvolvido, por Feine *et al.* (1994), o *Denture Satisfaction Questionnaire* (DSQ). Attard *et al.* (2006) num estudo prospetivo sobre carga imediata em implantes dentários colocados como meio de retenção de próteses removíveis reportaram que inicialmente os indivíduos apresentavam valores elevados do DSQ relativos às suas próteses dentárias inferiores, o que do ponto de vista clínico é compreensível, dado que esta se apresenta como uma das razões principais para a sua substituição. Em contrapartida, relativamente às próteses superiores os indivíduos apresentaram baixos valores, o que mais uma vez vai de encontro à evidência clínica. Esta diferença de resultados permitiu também que os indivíduos percebessem a que prótese em concreto estavam os problemas associados, o que sugere a utilidade que este instrumento poderá ter na compreensão dos problemas clínicos por parte dos doentes. Para além disso, os resultados deste estudo demonstraram que um valor elevado do DSQ, no período pré-operatório, era preditivo de um baixo valor da OHIP, após a reabilitação com implantes. Alfadda *et al.* (2009) com a mesma amostra, realizaram uma reavaliação a 5 anos onde reportaram que, no que diz respeito à prótese inferior, não existiram diferenças estatisticamente significativas comparativamente aos valores obtidos um ano após a reabilitação, o que vai de encontro aos resultados apresentados por outro estudo (Stricker *et al.*, 2004). Relativamente à prótese superior, os valores

foram superiores aos verificados na avaliação a um ano. Assim, apesar de ser considerado que próteses removíveis totais superiores se mantêm estáveis e confortáveis, os resultados reportados por este estudo indicam que isso poderá não acontecer a longo prazo. Para além disso, foi encontrada uma correlação negativa entre a satisfação a um ano após a reabilitação e o período de tempo que os indivíduos permaneceram desdentados, o que sugere que a sua adaptação à sua condição de desdentado melhora com o tempo e que as suas expectativas relativamente à reabilitação protética se tornam mais realistas. Allen e McMillan (2003) num estudo longitudinal com 103 indivíduos que pretendia avaliar o impacto da reabilitação com implantes dentários no seu bem-estar psicossocial e Attard e Diacono (2010) num estudo sobre carga imediata em implantes dentários, como meio de retenção de próteses removíveis inferiores, também utilizaram este instrumento, reportando resultados semelhantes aos supracitados.

Parte II - Estudo Empírico

A metodologia subjacente ao presente estudo assenta no objetivo de adaptar e desenvolver instrumentos de mensuração do impacto da saúde oral na qualidade de vida para a população Portuguesa. Esta preocupação, para além dos objetivos académicos, representará um esforço no sentido de disponibilizar instrumentos que estabeleçam um compromisso entre as condições reais da prática clínica diária e as necessidades dos doentes a serem atendidas. Nesta segunda parte apresentamos: os objetivos do estudo; a metodologia adotada; os resultados obtidos e respetiva discussão.

1. Objetivos do Estudo

1.1. Objetivos Gerais

O presente estudo tem por objetivo geral realizar a adaptação para a população Portuguesa do instrumento de mensuração do impacto da saúde oral na qualidade de vida, *Oral Health Impact Profile* e suas versões reduzidas (OHIP-14 e OHIP-EDENT), bem como a adaptação de um questionário de satisfação protética denominado *Denture Satisfaction Questionnaire*.

1.2. Objetivos Específicos

O objetivo preliminar deste estudo compreende:

- estudo descritivo dos resultados obtidos após administração do questionário.

Os objetivos principais deste estudo são os seguintes:

- desenvolvimento da versão portuguesa da escala OHIP-49, através da realização da sua adaptação cultural e linguística, bem como do estudo das suas propriedades psicométricas (OHIP-PT);
- desenvolvimento da versão portuguesa da escala OHIP-14 e estudo das suas propriedades psicométricas (OHIP-14-PT);
- desenvolvimento da versão portuguesa da escala OHIP-EDENT, destinada a indivíduos desdentados, e análise das suas propriedades psicométricas (OHIP-EDENT-PT);
- desenvolvimento da versão portuguesa do questionário DSQ, tendo por base a sua adaptação cultural e linguística, bem como o estudo das suas propriedades psicométricas (QSP).

Como objetivos complementares a este estudo temos:

- análise da importância de variáveis sociodemográficas e subjetivas na auto-perceção da condição oral.

2. Metodologia

2.1. Amostra

O tamanho da amostra de um estudo de validação deve estar intimamente relacionado com o número de itens que compõem o instrumento e deverá possuir dimensão tal que permita a utilização dos testes estatísticos necessários (Pestana & Gageiro, 2008). Esta temática não é consensual. Ribeiro (1999) refere que uma amostra superior a 100 indivíduos é adequada, ao passo que Pestana e Gageiro (2008) recomendam 10 indivíduos por item, para um número de itens entre 5 e 15. Para a realização deste estudo recorreu-se a uma amostra de conveniência, composta por 598 indivíduos, considerada aceitável neste contexto.

2.1.1. Seleção da Amostra. Critérios de inclusão e exclusão

A definição da amostra obedeceu a um duplo critério: população em geral e indivíduos portadores de prótese dentária. Todos os indivíduos eram funcionalmente ativos e não apresentavam história médica pregressa de problemas do foro cognitivo, que pudessem impedir a resposta consciente.

Critérios de inclusão para OHIP-PT e OHIP-14-PT:

- População em geral.

Critérios de inclusão para OHIP-EDENT-PT e QSP:

- Indivíduos portadores de prótese dentária.

Critérios de exclusão gerais:

- Indivíduos analfabetos;
- Indivíduos com história médica de problemas cognitivos.

Foram ainda excluídos indivíduos que se recusaram a participar no estudo ou manifestaram dificuldade de compreensão às questões efetuadas.

2.1.2. Procedimentos de recolha da amostra

Os questionários foram aplicados de três formas distintas: questionário *on-line* e *lápiz e papel* diretamente aos participantes, face a face ou autoadministrado. A escolha do método de questionário *on-line* prendeu-se com a facilidade de acesso, permitindo que o seu preenchimento fosse realizado no momento mais apropriado, com a possibilidade de atingir um grande número de indivíduos de diversas localizações geográficas a custo reduzido, com a facilidade de correção de erros de preenchimento e a não exposição dos respondentes à influência do investigador (Gonçalves, 2008). Como a probabilidade de colheita de dados de indivíduos idosos se previa reduzida, dada a menor taxa de utilização e possibilidade de acesso à *internet* desta faixa etária, os questionários foram também distribuídos por entidades protocoladas. A recolha de dados decorreu entre Outubro de 2014 e Maio de 2015.

2.1.2.1. Procedimentos éticos

O protocolo do estudo foi analisado e aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. A todos os participantes foi entregue um consentimento informado para a participação no estudo (Anexo I). Cada um dos participantes foi identificado numericamente, com a finalidade de proteger a sua privacidade. O anonimato da identidade dos respondentes foi respeitado, sendo utilizados, apenas e só, os dados necessários ao estudo, tendo sempre em conta a confidencialidade dos sujeitos. O sigilo de qualquer dado foi protegido, não se tornando em qualquer circunstância do domínio público. Ademais, no que se refere às questões éticas da investigação, através da utilização de questionários *on-line*, foram seguidas as indicações da *American Psychological Association*. Aos participantes foram disponibilizadas informações sobre: o propósito da pesquisa, duração expectável e procedimentos; o direito a recusar-se a

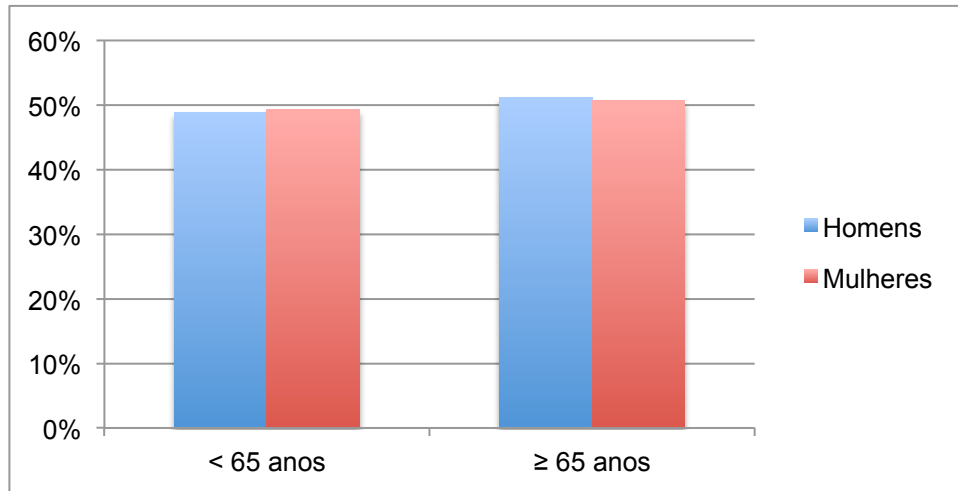
participar e de se retirar da pesquisa uma vez iniciada a sua participação; as consequências previsíveis de declínio ou de retirada; fatores razoavelmente previsíveis, que podem ser esperados para influenciar a sua vontade de participar, como potenciais riscos, desconforto ou efeitos adversos; quaisquer benefícios potenciais da investigação; limites de confidencialidade; incentivos à participação; e, quem contatar para questões sobre os direitos de pesquisa e de investigação dos participantes (APA, 2002).

2.1.3. Caracterização da amostra

A amostra em estudo é composta por 598 indivíduos, com uma média de idades de 60.27 ± 19.89 , em que os elementos mais jovens possuem 18 anos e os mais velhos 95.

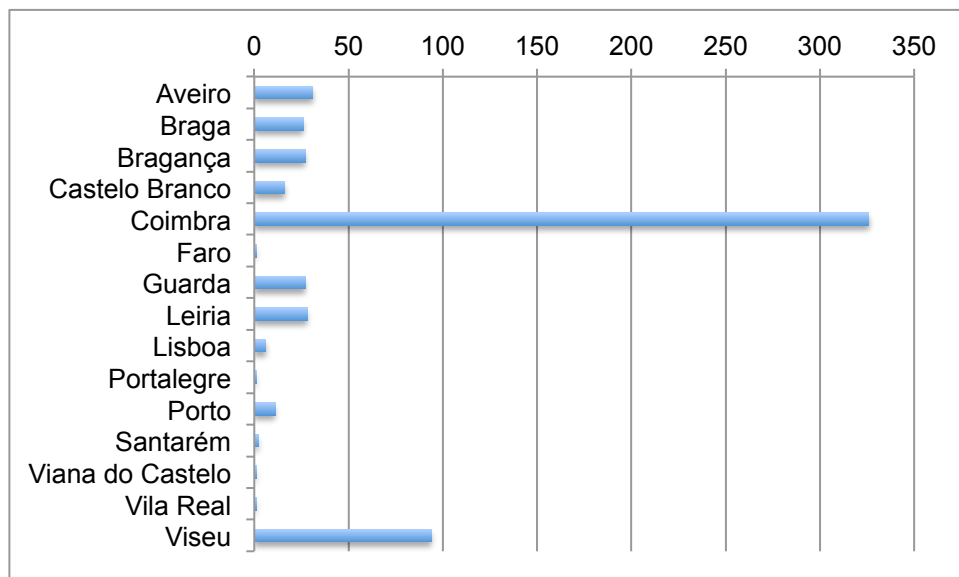
Da amostra em estudo, 215 sujeitos são do sexo masculino (35.95%) e 383 do sexo feminino (64.05%). Seguindo um critério de amostragem estratificada por idade, são agregados em dois grupos etários (menos de 65 anos e igual ou superior a 65 anos) e por sexos. Assim, dos 215 elementos do sexo masculino, 105 indivíduos (48.84%) possuem menos de 65 anos, enquanto 110 (51.16%) têm 65 ou mais anos. Enquanto o grupo do sexo feminino é composto por 189 mulheres (49.35%) que têm menos de 65 anos e 194 (50.65%) que apresentam 65 ou mais anos (Figura 2).

Figura 2 – Distribuição relativa (%) da amostra por sexo segundo os grupos etários.



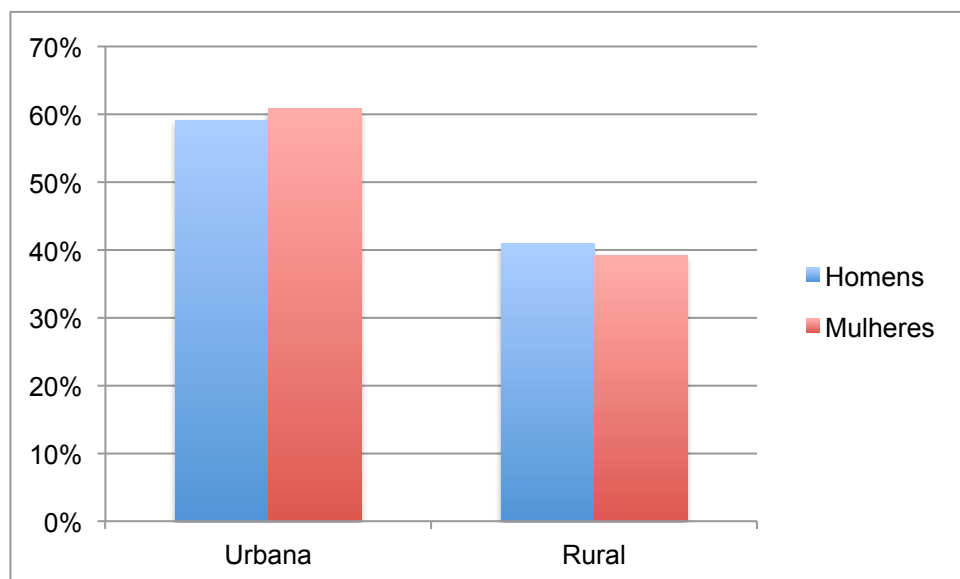
No que concerne à área de residência, Coimbra é o distrito com maior representação, apresentando 326 elementos (54.52% do total da amostra), dos quais 109 são homens (33.44%) e 217 são mulheres (66.56%). Ademais, 162 destes indivíduos (49.69%) possuem menos de 65 anos e 164 elementos (50.31%) possuem 65 ou mais anos de idade. Em segundo lugar, surgiu Viseu com 94 indivíduos (15.72%), seguida por Aveiro, com 31 elementos (5.18%); Leiria, com 28 elementos (4.68%); Bragança e Guarda, com 27 elementos cada (4.52%); Braga, com 26 elementos (4.35%); Castelo Branco, com 16 elementos (2.68%) e Porto, com 11 elementos (1.84%). Os restantes 1.99% da amostra são compostos por elementos dos distritos de Lisboa ($n=6$), Santarém ($n=2$), Faro ($n=1$), Portalegre ($n=1$), Viana do Castelo ($n=1$) e Vila Real ($n=1$) (Figura 3).

Figura 3 – Distribuição demográfica da amostra por Área de Residência ($n=598$).



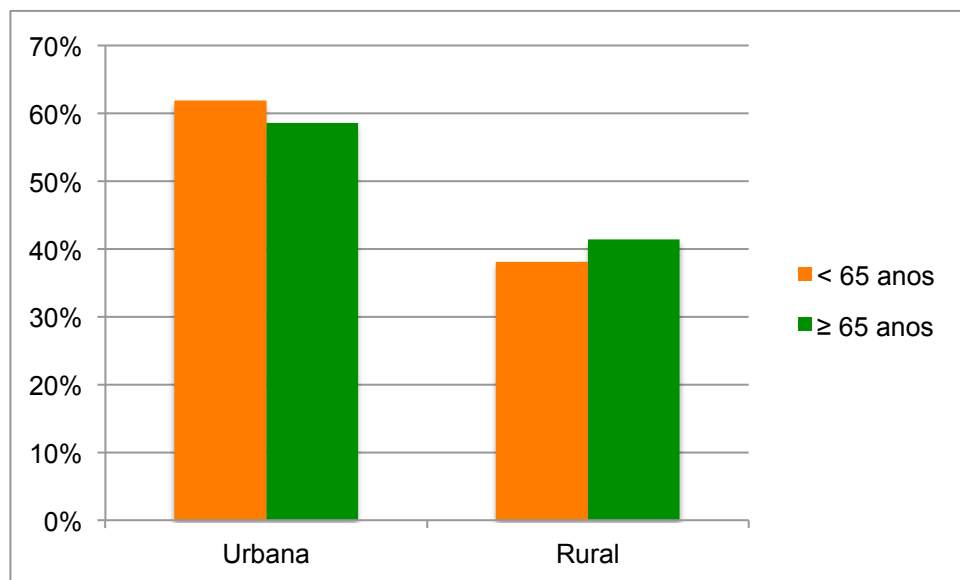
Relativamente à caracterização urbana do local de residência, classificada de forma dicotómica, 360 elementos (60.20%) referiram residir numa região urbana, enquanto 238 elementos (39.80%) reportaram viver numa região rural. Do sexo masculino, 127 elementos (59.07%) residem numa região urbana e 88 indivíduos (40.93%) vivem numa região rural. Por seu turno, 233 mulheres (60.84%) residem numa região urbana, ao passo que 150 (39.16%) vivem numa região rural (Figura 4).

Figura 4 – Distribuição relativa (%) da amostra por sexo segundo a caracterização urbana do local de residência.



No que diz respeito aos grupos etários, 182 elementos (61.90%) com menos de 65 anos residem numa região urbana, enquanto 112 (38.10%) habitam uma zona rural. Por outro lado, 178 elementos (58.55%) dos indivíduos com 65 ou mais anos vivem numa região urbana, enquanto os restantes 126 (41.45%), encontram-se numa região rural (Figura 5).

Figura 5 – Distribuição relativa (%) da amostra por grupo etário segundo a caracterização urbana do local de residência.



2.2. Instrumentos

O protocolo de investigação é constituído pelos instrumentos apresentados no Quadro 1 e que posteriormente se descrevem.

Quadro 1 – Instrumentos, Objetivos e Dimensões.

Instrumentos	Objectivos	Dimensões (Itens)
Questionário sociodemográfico	Caraterização da população	Condições sociodemográficas Cuidados de saúde oral Auto-perceção e autoavaliação da saúde oral
OHIP-49	Permitir a medição da disfunção, do desconforto e da incapacidade atribuídas à condição oral.	Limitação Funcional (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 17) Dor Física (9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 e 18) Desconforto Psicológico (19, 20, 21, 22 e 23) Incapacidade Física (24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 e 32) Incapacidade Psicológica (33, 34, 35, 36, 37 e 38) Incapacidade Social (39, 40, 41, 42 e 43) Desvantagem (44, 45, 46, 47, 48 e 49)
OHIP-14		Limitação Funcional (2 e 6) Dor Física (9 e 15) Desconforto Psicológico (20 e 23) Incapacidade Física (29 e 32) Incapacidade Psicológica (35 e 38) Incapacidade Social (42 e 43) Desvantagem (47 e 48)
OHIP-EDENT	Avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida do indivíduo, antes e após a sua reabilitação protética.	Limitação Funcional (1, 7 e 17) Dor Física (9, 15, 16 e 18) Desconforto Psicológico (19 e 20) Incapacidade Física (28, 30 e 32) Incapacidade Psicológica (34 e 38) Incapacidade Social (39, 40 e 42) Desvantagem (46 e 47)
DSQ	Aferir a satisfação do indivíduo antes e após a reabilitação protética.	Satisfação geral (1 e 2) Retenção (3 e 4) Estabilidade (5 e 6) Conforto (7 e 8) Oclusão (9) Aparência (10 e 11) Capacidade fonadora (12)

2.2.1. Questionário de caracterização sociodemográfica

No questionário foram recolhidos dados relativos a variáveis relacionadas com condições sociodemográficas, cuidados de saúde oral e com a

autopercepção e autoavaliação da saúde oral. No que diz respeito às condições sociodemográficas, foi pedido ao participante que indicasse a sua idade, sexo, área de residência (distrito em que reside) e que caracterizasse o seu local de residência (urbano ou rural). Relativamente aos cuidados de saúde oral, ao participante solicitou-se que indicasse a *data da última visita do Médico Dentista* (“Menos de 1 ano”, “Entre 1 e 3 anos”, “Mais de 3 anos” ou “Nunca”) e o motivo usual da consulta Médico-Dentária (“Rotina”, “Dor”, “Prótese” ou “Nunca Visita”). Para além disso, foi pedido também que referisse se possui ou não prótese dentária. No que concerne à autopercepção e autoavaliação da saúde oral, foi solicitado ao participante que classificasse a sua saúde oral (“Má”, “Razoável”, “Boa” ou “Muito Boa”) e que referisse se julgava ter necessidade de realizar algum tratamento no âmbito da Medicina Dentária.

2.2.2. Oral Health Impact Profile (OHIP-49)

A *Oral Health Impact Profile* é uma escala composta por 49 itens, desenvolvida com o objetivo de permitir a medição da disfunção, do desconforto e da incapacidade atribuídas à condição oral (Slade & Spencer, 1994a). Tendo por base o modelo conceptual de saúde oral (Locker, 1988), esta escala apresenta sete dimensões: Limitação Funcional, que inclui questões relacionadas com dificuldades na fala e na diminuição da sensibilidade do paladar (itens: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 17); Dor Física, onde se questiona acerca da sensação de dor experienciada, bem como do incómodo no ato de se alimentar (itens: 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 e 18); Desconforto Psicológico, onde é explorada a preocupação e o stresse que a condição oral poderá provocar (itens: 19, 20, 21, 22 e 23); Incapacidade Física, que se refere a um possível prejuízo na alimentação e na necessidade de

interromper as refeições (itens: 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 e 32); Incapacidade Psicológica, onde se questiona sobre a dificuldade em relaxar e sobre o sentimento de constrangimento relativo à condição oral (itens: 33, 34, 35, 36, 37 e 38); Incapacidade Social, que inclui questões acerca do impacto da condição oral na relação com os outros e na dificuldade em realizar as atividades diárias (itens: 39, 40, 41, 42 e 43); e Desvantagem, que explora a percepção que a pessoa possui sobre o impacto da condição oral na sua vida e na incapacidade de executar as suas atividades (itens: 44, 45, 46, 47, 48 e 49). O questionário OHIP consiste num conjunto de 49 questões, onde é pedido ao indivíduo que indique numa escala do tipo *Likert* de 5 categorias, a frequência com que experiencia cada problema, durante um determinado período de tempo. As categorias de resposta são: “Nunca”, “Quase nunca”, “Às vezes”, “Muitas vezes” e “Sempre”. Para cada uma das questões poderá existir ainda a hipótese “Não sei”. Nas questões 17, 18 e 30, relacionadas com problemas decorrentes da utilização de prótese dentária, é dada também uma alternativa para os não portadores de prótese (“Não aplicável”). A cotação OHIP é apresentada de três formas:

- para cada dimensão é reduzida a escala de resposta, dicotomizando as respostas sem impacto para as respostas “Nunca”, “Quase nunca” e “Às vezes” e com impacto para as respostas “Muitas vezes” e “Sempre”. A consolidação dos dados é realizada em escala discreta, contabilizando as questões respondidas com “Muitas vezes” e “Sempre”, fornecendo o número de impactos funcionais e psicológicos e podendo variar entre 0 e 49 (*Simple Count Method*) (Allen & Locker, 1997);
- realiza-se a soma das codificações das respostas (0 – “Nunca”; 1 – “Quase nunca”; 2 – “Às vezes”; 3 – “Muitas vezes”; 4 – “Sempre”) para as 49 questões, resultando numa soma dos 49 itens. Os valores podem variar entre 0 (para todas as questões respondidas com

“Nunca”) e 196 (para todas as questões respondidas com “Sempre”) (*Additive Simple Method*). Este método tem em conta a frequência das respostas obtidas (Allen & Locker, 1997; Allison *et al.*, 1999);

- durante o processamento dos dados, a codificação das respostas é multiplicada pelo peso correspondente de cada questão (*Weighted-standardized Method*). Dentro de cada dimensão, a soma dos produtos irá dar origem a sete subescalas de valores, cada uma com um potencial de variação de 0 (todas as respostas registadas como “Nunca”) a 4 (todos os impactos registados como “Sempre”). A soma dos produtos em cada dimensão representa o valor OHIP de cada indivíduo (*Individual's OHIP Score*). Os valores podem variar entre 0 e 28 (Locker & Slade, 1993; Slade, 1997).

O nível de confiança da OHIP-49 foi avaliado pela primeira vez numa amostra randomizada de 122 indivíduos com mais de 60 anos, numa população australiana (Slade & Spencer, 1994a). Resultados transversais foram utilizados para gerar coeficientes α de Cronbach por forma a avaliar a consistência interna do instrumento, os quais variaram entre 0.70 e 0.83 para seis das dimensões e apenas 0.37 para a Desvantagem. Posteriormente, com 46 dos 122 indivíduos foram calculados os coeficientes de correlação intra-classe (ICC do inglês *Intraclass correlation coefficient*), através de um teste-reteste de precisão, tendo obtido valores que variaram entre 0.42 e 0.77 para seis das dimensões e apenas 0.08 para a Incapacidade Social. Num estudo transversal realizado no Canadá, com uma amostra randomizada de indivíduos com mais de 50 anos, os coeficientes α de Cronbach para todas as dimensões variaram entre 0.80 e 0.90 (Locker & Slade, 1993). Noutro estudo nos Estados Unidos da América, o nível de confiança foi avaliado tendo em conta a raça (caucasiana e negra) e a educação (menos de 8 anos de escolaridade e mais de 8 anos de escolaridade), apresentando coeficientes α de Cronbach com valores no mínimo de 0.96, para cada um

dos grupo (Slade *et al.*, 1996). A validade de constructo deste instrumento foi aferida através da comparação entre as respostas dadas ao questionário OHIP e as percepções reportadas por cada indivíduo. No estudo australiano com 122 idosos, os valores das dimensões OHIP foram superiores ($p < 0.05$) nos indivíduos que tinham consciência que necessitavam de tratamento (Slade & Spencer, 1994b), enquanto que no estudo canadiano se verificou uma associação semelhante entre o número total de itens OHIP e a consciência para a necessidade de tratamento (Locker & Slade, 1993).

No Brasil, a versão local obteve valores entre 0.89 e 0.96 para os coeficientes α de Cronbach e 0.72 a 0.74 para os coeficientes de ICC (Pires *et al.*, 2006). Na Europa, a primeira versão validada foi a versão Alemã (OHIP-G) (John *et al.*, 2002). Neste estudo, composto por 516 indivíduos de seis amostras independentes, os valores dos coeficientes α de Cronbach, calculados a partir dos resultados de 163 dos elementos da amostra, variaram entre 0.74 e 0.96. Os coeficientes de ICC, calculados a partir dos resultados de 30 dos indivíduos da amostra, variaram entre 0.63 e 0.92. A versão Sueca (OHIP-S) foi validada a partir de um estudo composto por 145 indivíduos, os quais foram recrutados tendo em conta cinco diagnósticos diferentes: DTM ($n=30$), síndrome de Sjögren ($n=30$), sensação de ardor bucal ($n=28$), más oclusões esqueléticas ($n=27$) e indivíduos saudáveis ($n=30$). Neste estudo, os valores dos coeficientes α de Cronbach reportados variaram entre 0.83 e 0.91 e os coeficientes de ICC variaram entre 0.87 e 0.98. Estes resultados evidenciam que a OHIP-S apresenta uma elevada precisão em indivíduos com diferentes tipos de limitações orofaciais (Larsson *et al.*, 2004). Szentpétery *et al.* (2006) validaram a versão Húngara (OHIP-H) num estudo composto por 344 indivíduos. Os coeficientes α de Cronbach reportados variaram entre 0.71 e 0.95 e o teste-reteste de precisão apresentou valores que variaram entre 0.81 e 0.90. Na Holanda, a versão local (OHIP-NL) foi validada num estudo composto por 119 indivíduos, com uma média de idades de 51.70 anos, que

apresentavam queixas referentes às suas próteses dentárias ou decorrentes da falta de peças dentárias (van der Meulen *et al.*, 2008). Os valores dos coeficientes α de Cronbach, neste estudo, variaram entre 0.82 e 0.97 e os coeficientes de ICC variaram entre 0.78 e 0.90. Petricević *et al.* (2009), na Croácia, validaram a versão local (OHIP-CRO49) num estudo com 218 indivíduos, do qual faziam parte doentes da disciplina de prostodontia removível de uma universidade local ($n=26$), alunos dessa mesma universidade ($n=29$) e elementos da população geral ($n=163$). Este estudo apresentou coeficientes α de Cronbach que variaram entre 0.61 e 0.97 e coeficientes de ICC que variaram entre 0.63 e 0.95. Na Eslovénia, Rener-Sitar *et al.* (2009) validaram a sua versão (OHIP-SVN) num estudo que compreendeu 460 indivíduos. Este estudo reportou valores elevados, tanto ao nível da consistência interna, como no teste-reteste de precisão. Valores semelhantes foram reportados nas versões Albanesa (OHIP-ALB49) e Macedónia (OHIP-MAC49), as quais apresentaram valores de coeficiente α de Cronbach, que variaram entre 0.92 e 0.96 e coeficientes de ICC que variaram entre 0.85 e 0.99 (Bimbashi *et al.*, 2012; Kenig & Nikolovska, 2012). Pugaca *et al.* (2014), na Letónia, validaram duas versões da escala OHIP (uma no idioma Letão e outra em Russo) num estudo composto por 60 indivíduos, no qual foram reportados coeficiente α de Cronbach elevados (0.96 e 0.97). Na Arábia Saudita, a versão local (OHIP-A) foi validada por Al-Jundi *et al.* (2007), num estudo composto por uma amostra de conveniência da população geral ($n=356$). Esta versão apresentou valores de coeficiente α de Cronbach superiores a 0.74 e um coeficiente de ICC que variou entre 0.75 e 0.90. Para a população chilena, a versão Espanhola da OHIP (OHIP-Sp) foi validada em dois estudos distintos. O primeiro em adolescentes, entre os 12 e os 21 anos (Lopez & Baelum, 2006) e o segundo para uma população idosa (León *et al.*, 2014). Lopez & Baelum (2006), no seu estudo com 9203 estudantes, obtiveram coeficientes de α de Cronbach entre 0.48 e 0.90. Por

seu lado, León *et al.* (2014), numa amostra de conveniência de 85 indivíduos com 60 ou mais anos, reportaram valores de consistência interna que variaram entre 0.88 e 0.99. No Japão, Yamazaki *et al.* (2007) num estudo composto por 251 indivíduos validaram a versão adaptada à população Japonesa (OHIP-J49). Neste estudo foram reportados valores de coeficiente de α de Cronbach elevados (0.89 – 0.98) e valores de coeficientes de ICC que variaram entre 0.65 e 0.83 para seis das dimensões. A dimensão Incapacidade Social apresentou um valor mais baixo (0.37). Wong *et al.* (2002), em Hong Kong, validaram a versão Chinesa da OHIP (OHIP-49C). Neste estudo participaram 586 indivíduos, com idades compreendidas entre os 60 e os 80 anos. Foram reportados valores de consistência interna entre 0.69 a 0.94 e coeficientes de ICC que variaram entre 0.72 e 0.93. Em Taiwan, Kuo *et al.* (2011) validaram uma versão da OHIP adaptada à população local (OHIP-49T), num estudo composto por 1402 indivíduos intitucionalizados, com 65 ou mais anos. Esta versão apresentou um valor de α de Cronbach e um coeficiente de ICC elevados (0.97 e 0.98, respetivamente). A Tabela 30 sumaria os valores de precisão dos estudos supracitados (Anexo II).

2.2.2.1. Oral Health Impact Profile (OHIP-14)

A versão reduzida da OHIP-49 é constituída por apenas 14 itens. Da mesma forma que a versão original, esta versão simplificada teve por base o modelo conceptual de saúde oral de Locker (Locker, 1988) e apresenta propriedades psicométricas semelhantes. Esta versão foi criada a partir dos dados de um estudo realizado na Austrália, que compreendeu 1217 indivíduos, com pelo menos 60 anos (Slade & Spencer, 1994b). Após a análise dos dados, foram excluídos os itens que apenas se aplicavam a portadores de prótese dentária e os que apresentavam uma taxa de respostas em branco superior a 5%. Esta percentagem de não-respostas foi seleccionada por forma a identificar as

questões que causavam mais problemas de compreensão e interpretação por parte dos participantes. Em seguida, uma bateria de procedimentos estatísticos foi realizada com o intuito de criar um subconjunto de aproximadamente 10 a 15 itens, capaz de recolher o máximo de informação possível a partir do questionário original. Assim, da análise estatística, resultou um conjunto de 14 itens, composto por dois itens respeitantes a cada uma das sete dimensões (Limitação Funcional: 2 e 6; Dor Física: 9 e 15; Desconforto Psicológico: 20 e 23; Incapacidade Física: 29 e 32; Incapacidade Psicológica: 35 e 38; Incapacidade Social: 42 e 43; e, Desvantagem: 47 e 48). A análise da consistência interna deste subconjunto apresentou um coeficiente α de Cronbach de 0.88. Tal como acontece na OHIP-49, o participante deverá indicar numa escala do tipo *Likert* de 5 categorias a frequência com que vivencia determinado problema, durante um período de tempo específico. Esta escala de resposta, pode ainda possuir a opção “Não sei” para cada uma das questões. As cotações desta versão são efetuadas e apresentadas da mesma forma que na versão original.

No Brasil a versão local foi validada num estudo composto por 126 sujeitos com mais de 18 anos, de duas populações do Estado do Amazonas. Esta versão obteve coeficientes α de Cronbach que variaram entre 0.57 e 0.77 para seis das sete dimensões. A dimensão Incapacidade Psicológica apresentou um valor bastante mais baixo (0.23). No que diz respeito ao teste-reteste de precisão foi reportado um valor de 0.97 para a escala total (Cohen-Carneiro *et al.*, 2010). Na Europa, as versões adaptadas à população do Reino Unido (Robinson *et al.*, 2003), Grécia (Papagiannopoulou *et al.*, 2012), Suécia (Larsson *et al.*, 2013) e Polónia (Skośkiewicz-Malinowska *et al.*, 2015) apresentaram valores de consistência interna iguais ou superiores a 0,90. Por outro lado, as versões validadas na Alemanha (John *et al.*, 2005), Croácia e Eslovénia (Rener-Sitar *et al.*, 2008), Espanha (Montero-Martín *et al.*, 2009) e Roménia (Slusanchi *et al.*, 2013) apresentaram coeficientes α de Cronbach

que variaram entre 0.77 e 0.91. Já as versões adaptadas à população Israelita (Kushnir *et al.*, 2004) e Escocesa (Fernandes *et al.*, 2006) apresentaram valores mais baixo, entre 0.30 e 0.76. No Continente Americano, as versões espanholas adaptadas à população Mexicana (Castrejón-Pérez & Bórges-Yáñez, 2012) e Chilena (León *et al.*, 2014) reportaram valores de consistência interna de 0.92 e 0.91, respetivamente. No Irão as três versões locais, apresentaram coeficientes α de Cronbach que variaram entre 0.85 e 0.95 (Navabi *et al.*, 2010; Ravaghi *et al.*, 2010; Motallebnejad *et al.*, 2011). No restante Continente Asiático, as versões Japonesa (Ikebe *et al.*, 2004), Coreana (Bae *et al.*, 2007), Malaia (Saub *et al.*, 2007), Libanesa (El Costa *et al.*, 2012) e Chinesa (Hongxing *et al.*, 2014) apresentaram coeficientes α de Cronbach que variaram entre 0.85 e 0.97. Em África, as versões Sinhalesa (Ekanayake & Perera, 2003), Sudanesa (Khalifa *et al.*, 2013) e Nigeriana (Lawal *et al.*, 2014) reportaram valores de consistência interna entre 0.80 e 0.93. No que se refere à confiabilidade, aferida através da aplicação do teste-reteste, na Europa foram reportados valores que variaram entre 0.72 e 0.91 (John *et al.*, 2005; Fernandes *et al.*, 2006; Rener-Sitar *et al.*, 2008). No México o valor foi de 0.83 (Castrejón-Pérez & Bórges-Yáñez, 2012) e no Sudão os valores variaram entre 0.89 e 0.99 (Khalifa *et al.*, 2013). Na Ásia foram reportados valores entre 0.79 e 0.88 (Saub *et al.*, 2007; Navabi *et al.*, 2010; Ravaghi *et al.*, 2010; El Costa *et al.*, 2012), com excepção da versão Coreana (Bae *et al.*, 2007) em que a variação ocorreu entre 0.40 e 0.64, valores que podem ser explicados pela aplicação tardia do teste (aos 3 meses). A Tabela 31 resume os valores de precisão dos estudos supracitados (Anexo II).

2.2.2.2. Oral Health Impact Profile for assessing HRQoL in Edentulous Adults (OHIP-EDENT)

A OHIP-EDENT é uma versão adaptada da escala OHIP, desenvolvida para avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida de idosos e indivíduos desdentados (Allen & Locker, 2002). Para o efeito, a amostra foi recolhida em dois centros. Um no Canadá, composto por 121 idosos desdentados, e outro no Reino Unido, composto por 57 indivíduos que pretendiam melhorar a sua reabilitação oral. Esta escala é composta por 19 itens, agrupados em sete dimensões, concebida a partir de uma modificação do método de impacto para seleção de itens (Juniper *et al.*, 1997). A razão para a utilização deste método ficou a dever-se à pretensão de incluir apenas os itens reportados com maior frequência. As cotações do impacto de cada item foram calculadas separadamente para cada uma das populações. A proporção de indivíduos que reportou um impacto foi, em seguida, calculada para cada um dos 49 itens da escala original. Para estes indivíduos, a média de cotação para cada questão foi calculada. Posteriormente, a percentagem de indivíduos que reportaram um impacto foi multiplicada pela média da cotação, indicando a frequência do impacto. Por fim, a cotação da frequência foi multiplicada pelo peso de cada questão. Após a determinação das cotações dos impactos respeitantes a cada item, estes foram ordenados. Quanto maior a cotação do impacto, mais severo seria o problema (Allen & Locker, 2002).

Assim, neste processo foram selecionados os itens que maior impacto apresentaram em cada uma das dimensões (Limitação Funcional: 1, 7 e 17; Dor Física: 9, 15, 16 e 18; Desconforto Psicológico: 19 e 20; Incapacidade Física: 28, 30 e 32; Incapacidade Psicológica: 34 e 38; Incapacidade Social: 39, 40 e 42; e, Desvantagem: 46 e 47). Este instrumento deteta o impacto da saúde oral na qualidade de vida do indivíduo, antes e após a sua reabilitação protética, possuindo questões relacionadas com a capacidade mastigatória, o prazer de comer, o nível de conforto e confiança enquanto usuário de prótese dentária e problemas de relacionamento interpessoal (Allen & Locker, 2002). Tal como no questionário OHIP-49, o respondente deverá indicar numa escala do tipo *Likert* de 5 categorias a frequência com que experiencia determinado problema, durante um período de tempo específico. Podendo possuir ainda a hipótese “Não sei” para cada uma das questões e a opção “Não aplicável” para 3 das questões, relacionadas com problemas decorrentes da utilização de prótese. As cotações da OHIP-EDENT são realizadas e apresentadas da mesma forma que na OHIP-49. No Brasil, aquando da validação da versão local, no qual participaram 65 indivíduos portadores de prótese total convencional, os resultados para a consistência interna apresentaram um coeficiente α de *Cronbach* de 0.86 a 0.90 e um coeficiente de ICC de 0.57 (Souza *et al.*, 2007). A versão chinesa, adaptada por He & Wang (2015) e que teve por base um estudo no qual participaram 162 indivíduos portadores de prótese convencional maxilar e mandibular, reportou um valor de consistência interna de 0.97, bem como um coeficiente de ICC que variou entre 0.69 e 0.89. Ainda na população chinesa, Liu *et al.* (2012) validaram uma versão reduzida da OHIP-49 destinada a indivíduos

desdentados parciais reabilitados por meio de próteses implanto-suportadas. O seu estudo, composto por 580 indivíduos, apresentou um coeficiente α de Cronbach de 0.78 a 0.96 e uma ICC com valores que variaram entre 0.84 e 0.97. No Japão, Sato *et al.* (2012) validaram a versão local num estudo composto por 116 indivíduos desdentados, com uma média de idade de 78 anos. Os valores do coeficiente α de Cronbach variaram entre 0.60 e 0.94 e os coeficientes de ICC, calculados através de um teste-reteste de precisão, apresentaram valores que variaram entre 0.68 e 0.85. A Tabela 32 sintetiza os valores de precisão dos estudos supracitados (Anexo II).

2.2.3. Denture Satisfaction Questionnaire (DSQ)

O *Denture Satisfaction Questionnaire* é um questionário desenvolvido por Feine *et al.* em 1994, utilizado para aferir a satisfação do indivíduo antes e após a reabilitação protética. Este questionário pretende avaliar a satisfação geral do indivíduo (itens: 1 e 2), a retenção (itens: 3 e 4) e a estabilidade (itens: 5 e 6), o conforto (itens: 7 e 8), a oclusão (item: 9), a aparência (itens: 10 e 11) e a capacidade fonética (item: 12). Neste questionário a satisfação com as próteses, maxilar e mandibular, é avaliada numa escala do tipo *Likert* de 5 categorias. As categorias de resposta são: “Nada satisfeito”, “Pouco satisfeito”, “Moderadamente satisfeito”, “Muito satisfeito” e “Totalmente satisfeito”. Para cada uma das questões existe ainda a hipótese “Não aplicável”, quando o indivíduo não é portador de prótese sobre a qual recai a pergunta. A cotação deste instrumento é apresentada da seguinte forma:

- na globalidade, com a soma das codificações das respostas (5 – “Nada satisfeito”; 4 – “Pouco satisfeito”; 3 – “Moderadamente satisfeito”; 2 – “Muito satisfeito”; 1 – “Totalmente satisfeito”), podendo

variar entre 12 e 60 (Allen & McMillan, 2003; Attard *et al.*, 2006; Alfadda *et al.*, 2009; Attard & Diacono, 2010);

- subdividida em questões relacionadas com cada uma das próteses dentárias (superior e inferior) e em questões relacionadas com o aspecto funcional (Allen & McMillan, 2003; Attard *et al.*, 2006; Alfadda *et al.*, 2009; Attard & Diacono, 2010).

O único estudo relativo à adaptação cultural e linguística deste instrumento encontrado durante a nossa pesquisa foi realizado por Santucci *et al.* (2014). Estes autores, num estudo composto por 50 indivíduos, realizaram a validação deste instrumento para a população de Malta. Os valores de consistência interna reportados variaram entre 0.90 e 0.97, para onze dos doze itens que compõe este instrumento. Apenas o último item, relativo à capacidade que as próteses dão de falar, apresentou um valor ligeiramente inferior (0.75). Foram também reportados coeficientes de ICC elevados.

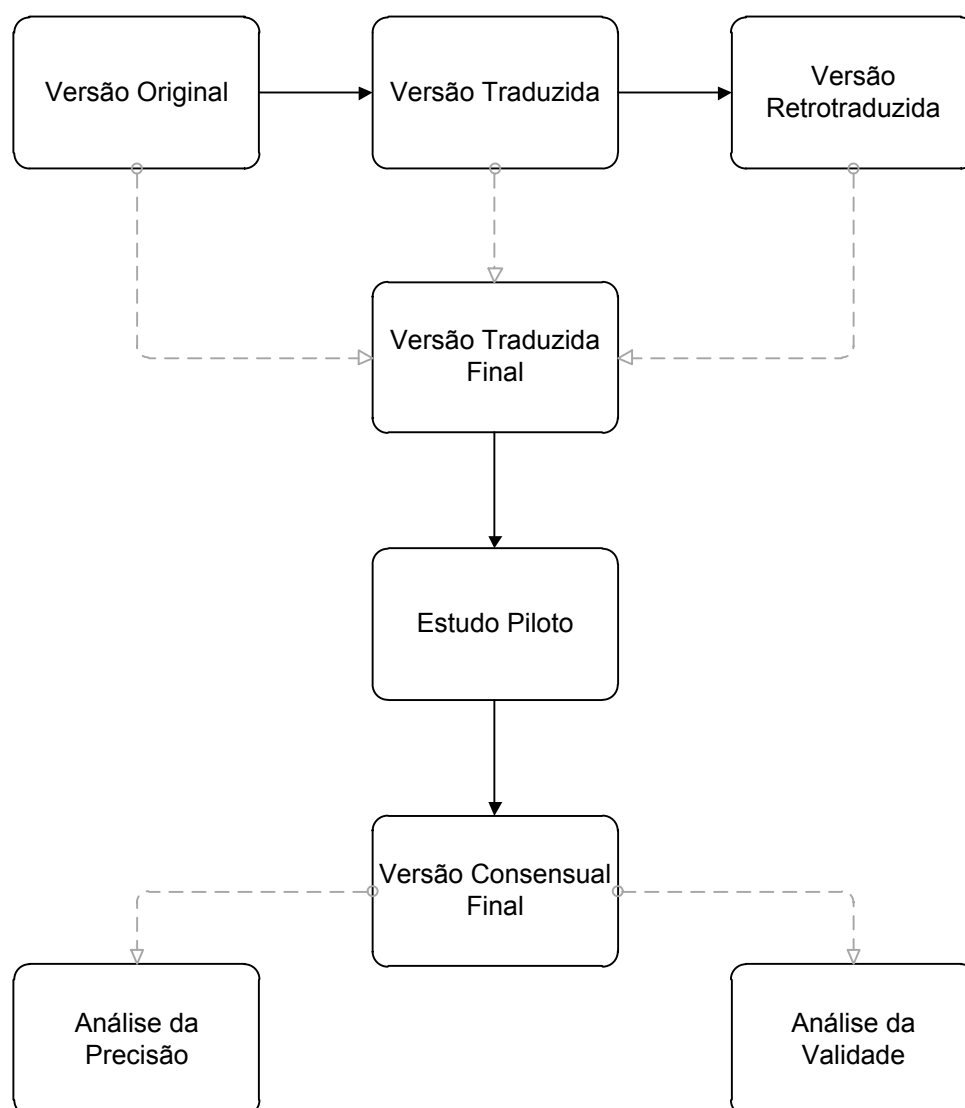
2.3. Procedimentos de adaptação dos instrumentos

2.3.1. Adaptação cultural e linguística dos instrumentos

Após o pedido formal de autorização junto dos autores das versões originais para tradução e adaptação dos instrumentos, iniciou-se o processo de adaptação cultural e linguística. Como método de tradução, foram seguidas as instruções oficiais de tradução de instrumentos da OMS (WHO, 2014). Assim, inicialmente foi efetuada a tradução dos instrumentos originais para português, pelo investigador, de língua materna portuguesa e fluente em inglês. Neste primeiro passo, procurou manter-se a linguagem simples e acessível que caracteriza os instrumentos originais, evitando a utilização de termos técnicos que pudessem dificultar o entendimento do público-alvo. Posteriormente, a tradução foi analisada pelo autor da tradução e por

profissionais de saúde oral de língua materna portuguesa e fluentes em inglês, no sentido de avaliar e efetuar eventuais alterações necessárias. Seguidamente, foi realizada a retroversão da tradução, a qual foi executada por um profissional de saúde oral independente de língua materna portuguesa e fluente em inglês, que não teve contato prévio com os instrumentos. Após a retroversão, foram obtidas três versões dos instrumentos, designadamente, a versão original, a tradução para português e a versão produzida pela retroversão para inglês. A partir da comparação das três versões, realizada pelos elementos envolvidos nas várias etapas da tradução, foram avaliados os domínios incluídos nos instrumentos, que foram considerados adequados para a realidade portuguesa, bem como a sua composição semântica, que após discussão, foi mantida sem alterações relevantes. Assim, foi obtida a versão traduzida final. Esta versão final foi testada num estudo piloto, por forma a aferir eventuais dificuldades do público-alvo. Neste último passo pretendeu-se evidenciar possíveis falhas não detetadas no processo de tradução. A Figura 6 representa esquematicamente o processo de tradução para português dos instrumentos que foram utilizados neste estudo.

Figura 6 – Representação esquemática do processo de tradução.



A tradução e adaptação transcultural de instrumentos envolve vários pressupostos, que vão muito para além da simples tradução semântica (Schmidt & Bullinger, 2003), para que o resultado final possa garantir a precisão e validade pretendidas no país e cultura, em que se pretende utilizar o instrumento. Assim, estas propriedades necessitam de ser confirmadas, numa amostra da população do país alvo, utilizando métodos estatísticos apropriados (Chwalow, 1995).

2.3.1.1. Estudo piloto

O objetivo do estudo piloto passa por avaliar a equivalência entre a versão original e a versão traduzida final. Esta fase permite avaliar a compreensão dos itens dos instrumentos e possibilita avaliar a validade facial dos instrumentos (Guillemin *et al.*, 1993; Ciconeli, 1997). Nesta fase os instrumentos são aplicados a uma amostra de indivíduos por forma a verificar a sua compreensão e a avaliar a pertinência e a relevância cultural dos instrumentos. Possibilitando, ainda, esclarecer e aprimorar os itens, bem como medir a duração da aplicação dos instrumentos (Guillemin *et al.*, 1993; Beaton *et al.*, 2000). Beaton *et al.* (2000) recomendam que o estudo piloto seja aplicado a um conjunto de 30 a 40 indivíduos. Tendo por base esta recomendação, a versão final dos instrumentos foi aplicada a 32 indivíduos. Após a sua aplicação, a consistência interna das escalas OHIP foi avaliada, apresentando valores elevados (Murphy & Davidsholder, 1988) (Tabela 1). Da mesma forma, o DSQ apresentou um coeficiente α de Cronbach de 0.95.

Tabela 1 – Valores de α de Cronbach das escalas OHIP e suas dimensões, observados no estudo piloto.

	LF	DF	DP	IF	IP	IS	D	TOTAL
OHIP-49	0.86	0.84	0.92	0.82	0.90	0.91	0.70	0.96
OHIP-14	0.85	0.64	0.74	0.62	0.77	0.80	0.71	0.89
OHIP-EDENT	0.79	0.83	0.81	0.90	0.81	0.84	0.40	0.91

2.3.2. Procedimentos estatísticos

Realizada a colheita dos dados, foi necessário recorrer a análise estatística apropriada, por forma a proceder à interpretação dos dados quantitativos na sua multiplicidade complexa de relações. Para a análise dos dados, foi criado um banco, com o registo informático de todos os parâmetros em estudo, no programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20. A análise estatística foi efetuada através de dois conjuntos de

procedimentos, estatística descritiva e estatística inferencial. Relativamente à estatística descritiva, os dados foram interpretados e apresentados em figuras e tabelas, onde são apresentados cálculos referentes a frequências absolutas (n) e relativas (%). No que se refere à estatística inferencial, foi usado o teste de independência do Qui-Quadrado para estudar a associação entre variáveis categóricas. Quando a frequência esperada de alguma célula da tabela de contingência relativa à análise de associação de duas categóricas foi inferior a 5, utilizou-se o teste exato de Fisher. O teste de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis foram utilizados para testar hipóteses relativas a variáveis contínuas com distribuição assimétrica. O nível de significância estatística estabelecido para todas as análises foi de 5% ($p < 0.05$). Todos os intervalos de confiança foram definidos com 95% de probabilidade.

2.3.2.1. Estudos de precisão e validade dos instrumentos

A qualidade de um instrumento de mensuração, avaliada através de análise psicométrica, resulta do estudo da sua precisão e validade (Streiner & Norman, 1995).

A precisão incorpora dois conceitos independentes: a existência de consistência interna e a confiabilidade. A consistência interna compreende a existência de homogeneidade no conteúdo das perguntas e a não existência de erro aleatório, por outras palavras, avalia a forma como cada item se correlaciona com todos os outros na mesma escala ou dimensão, definindo até que ponto todos os itens se referem à mesma dimensão. Esta avaliação é efetuada através do coeficiente α de Cronbach e dado que um dos instrumentos se apresenta como multidimensional o seu estudo foi realizado para cada uma das dimensões. A precisão exprime a manutenção da consistência de resposta em medições repetidas, demonstrando os mesmos

resultados independência em relação às circunstâncias em que são efetuadas as medições. Desta forma, estima a capacidade do instrumento obter a mesma resposta independentemente da forma e do momento em que é aplicado (Ferreira & Marques, 1998). Em conjugação com o coeficiente α de Cronbach é necessário ter em conta também a correlação item-total, que nos indica a capacidade discriminante dos itens. Por outras palavras, indicamos o grau de correlação que determinado item possui com a escala total. Um valor reduzido de correlação (<0.30) indica que o item mede algo diferente daquilo que a escala, como um todo, afere (Wilmut, 1975). O Quadro 2 resume os níveis de precisão recomendados por diversos autores.

Quadro 2 – Critérios de recomendação de Precisão estimada pelo α de Cronbach (adaptado de Peterson, 1994).

Autor	Condição	α considerado aceitável
Davis, 1964, p. 24	Previsão individual	Acima de 0.75
	Previsão para grupos de 25-50 indivíduos	Acima de 0.50
Kaplan & Sacuzzo, 1982, p. 106	Investigação fundamental	0.70 – 0.80
	Investigação aplicada	0.95
Murphy & Davidsholder, 1988, p.89	Precisão inaceitável	<0.60
	Precisão baixa	0.70
	Precisão moderada a elevada	0.80 – 0.90
	Precisão elevada	>0.90
Nunnally, 1978, p. 245-246	Investigação preliminar	0.70
	Investigação fundamental	0.80
	Investigação aplicada	0.90 – 0.95

A confiabilidade pretende aferir a capacidade do instrumento de medida obter uma mesma resposta em momentos diferentes (confiabilidade teste-reteste) numa mesma população sob as mesmas circunstâncias. As alterações

verificadas em função do tempo considerado resultam do instrumento e não de erros aleatórios (Wilkin *et al.*, 1994). Assim, foi utilizado o coeficiente de ICC para avaliar a confiabilidade teste-reteste dos resultados em cada dimensão nas variáveis contínuas. Valores abaixo de 0.40 são considerados de confiabilidade pobre, entre 0.40 e 0.75, confiabilidade satisfatória e, acima de 0.75, excelente (Shrout & Fleiss, 1979). Segundo Marôco e Garcia-Marques (2006), existem duas consequências diretas da utilização de dados com reduzida precisão:

- existe elevada probabilidade da medida não ser válida, ou seja, o resultado pode nada dizer a respeito do constructo que se pretende medir;
- mesmo sendo a medida válida, o seu erro é elevado, por conseguinte, a variabilidade observada afeta o poder de qualquer teste estatístico realizado, aumentando a probabilidade de resultados não significativos.

Assim, neste estudo, a precisão foi avaliada através do estudo da consistência interna, correlação item-total e confiabilidade teste-reteste (às duas semanas).

A validade é a capacidade que um instrumento de medida apresenta para mensurar aquilo a que se propõe. Devendo ser analisada no contexto da sua utilização prática (Wilkin *et al.*, 1994). A validade de critério concorrente é por norma testada pela avaliação da associação do instrumento em estudo com indicadores subjetivos de saúde, no caso vertente de saúde oral, que medem o mesmo critério. Os indicadores mais utilizados são a autoavaliação da saúde oral, a autoperceção da necessidade de tratamento, o índice de mastigação, a escala da dor, os índices que medem problemas relacionados com a comunicação e alimentação e a satisfação com o estado de saúde oral (Locker, 1992; Locker & Slade, 1993; Locker *et al.*, 2001; Wong *et al.*, 2002).

No nosso estudo, a validade de critério concorrente das escalas OHIP foi avaliada pela associação das suas cotações, apresentadas segundo o *Simple Count Method*, e a autoavaliação da saúde oral realizada por cada indivíduo.

A validade de constructo das versões Portuguesas foi realizada através da Análise Fatorial das questões que compõem os instrumentos, demonstrando a relação das diferentes dimensões com as variáveis que lhe estão subjacentes. A Análise Fatorial é uma técnica estatística multivariada que permite identificar a estrutura subjacente a uma matriz de dados, expondo novas variáveis, em número inferior ao conjunto de variáveis iniciais, sem que se verifique uma perda significativa de informação aí contida. Estas novas variáveis, denominadas fatores ou constructos, são responsáveis pelo comportamento de determinadas variáveis observadas, na sequência de um padrão resultante de um estudo exploratório ou determinada teoria (Hair *et al.*, 2005). A Análise Fatorial pode ser Exploratória, caso se pretenda explorar a estrutura fatorial subjacente a um conjunto de dados, ou Confirmatória, caso se pretenda confirmar uma estrutura fatorial da qual se possui informação prévia. Assim, para as versões OHIP foi aplicada uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC), com o intuito de aceitar ou rejeitar o modelo previamente estabelecido, utilizando o método de máxima verosimilhança. Para a realização desta análise, optou-se pelo *software* AMOS 22 (*Analysis of Moment Structures*), considerando-se a matriz de covariâncias e adotando o método de estimação *Maximum Likelihood* (ML). Como índices de ajustamento do modelo foram escolhidos os índices CMIN/DF e os índices *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), *Goodness of Fit Index* (GFI) e *Comparative Fit Index* (CFI). O CMIN/DF resulta do quociente do qui-quadrado pelos graus de liberdade e considera-se mau se for superior a 5.00, sofrível entre 2.00 e 5.00, bom entre 1.00 e 2.00 e muito bom se for igual ou inferior a 1.00. O RMSEA indica um sofrível nível de ajustamento quando

superior a 0.08, um bom ajustamento para valores entre 0.08 e 0.05 e muito bom quando inferior a 0.05. Valores de GFI e CFI iguais ou inferiores a 0.80 indicam um mau ajustamento, entre 0.80 e 0.90, um ajustamento sofrível, entre 0.90 e 0.95, um bom ajustamento e valores iguais ou superiores a 0.95, indicam um ajustamento muito bom (Marôco, 2010). No que diz respeito ao DSQ foi aplicada uma Análise Fatorial Exploratória (AFE) com o objetivo de identificar a estrutura fatorial do questionário e descrever e sintetizar os dados, agrupando os itens correlacionados entre si. Para a análise estatística foram utilizados o teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett para a confirmação da fatoriabilidade da matriz de correlações, considerando-se os itens que apresentaram coeficientes de correlação superiores a 0.35. Para a análise das componentes principais foram escolhidos os fatores que obtiveram valores de *eigenvalues* superiores a 1.00. A extração dos fatores principais foi efetuada após rotação *Varimax* e critério de *Kaiser*.

3. Resultados

3.1. Estudos descritivos

As cotações das versões portuguesas das escalas OHIP apresentaram uma média de: 39.07 ± 30.08 , para a OHIP-PT; 10.20 ± 9.33 , para a OHIP-14-PT; e 19.95 ± 13.50 , para a OHIP-EDENT-PT. Concomitantemente, estas cotações apresentaram a seguinte variação: 0 a 154, no caso da OHIP-PT; 0 a 44, no que diz respeito à OHIP-14-PT; e 0 a 70, no que concerne à OHIP-EDENT-PT. No que diz respeito à OHIP-PT, as dimensões que apresentaram cotações médias superiores foram a Limitação Funcional (9.85 ± 6.32) e a Dor Física (9.29 ± 6.11). Os resultados da OHIP-14-PT demonstraram cotações médias superiores para as dimensões Dor Física (2.39 ± 1.68) e

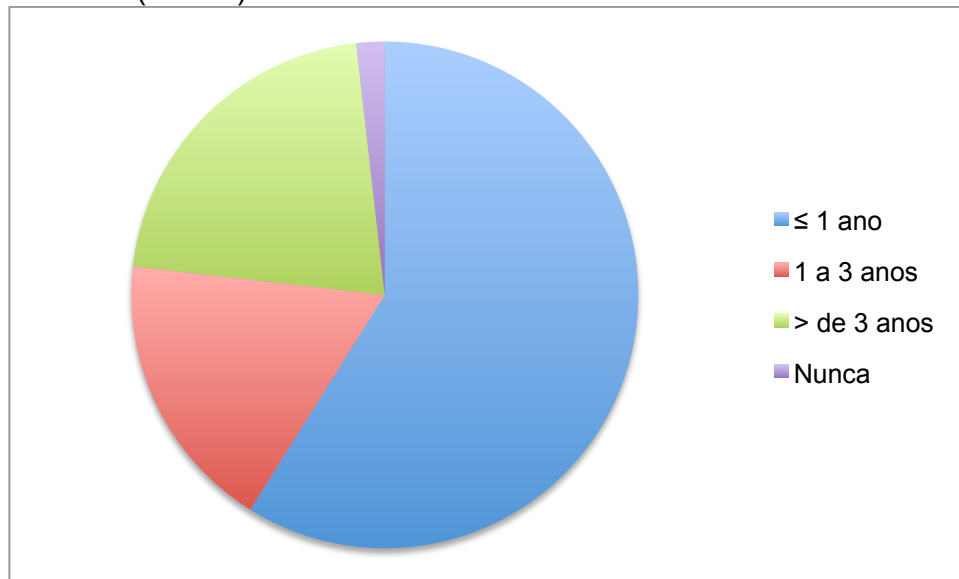
Desconforto Psicológico (1.78 ± 1.90). Relativamente à OHIP-EDENT-PT, as dimensões Dor Física (5.11 ± 3.31) e Limitação Funcional (4.94 ± 2.57) foram as que apresentaram cotações médias mais elevadas. O QSP apresentou uma cotação média de 29.58 ± 13.42 , tendo os seus valores variado entre 6 e 70. A parte deste questionário respeitante à maxila, apresentou uma cotação média de 15.33 ± 7.28 , ao passo que a que se refere à mandíbula obteve uma cotação média de 14.25 ± 7.94 . Não se verificou a normalidade da distribuição dos resultados dos diferentes instrumentos, como descrito pelo teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov ($p < 0.001$), e as distribuições relevaram uma assimetria positiva extrema. Ademais, a distribuição das escalas OHIP, trata-se de uma distribuição platicúrtica, ao passo que a distribuição do QSP é leptocúrtica. Os resultados dos instrumentos demonstram também uma alta dispersão. As tabelas 33, 34, 35 e 36 apresentam as estatísticas descritivas das versões OHIP-PT, OHIP-14-PT, OHIP-EDENT-PT e QSP, respetivamente (Anexo II).

Nos pontos subsequentes descrevem-se os resultados das variáveis em estudo. Para a descrição dos mesmos, é usado um critério de amostragem estratificada por idade e por sexos, já utilizado aquando da caracterização da amostra.

3.1.1. Variáveis relacionadas com cuidados de saúde oral

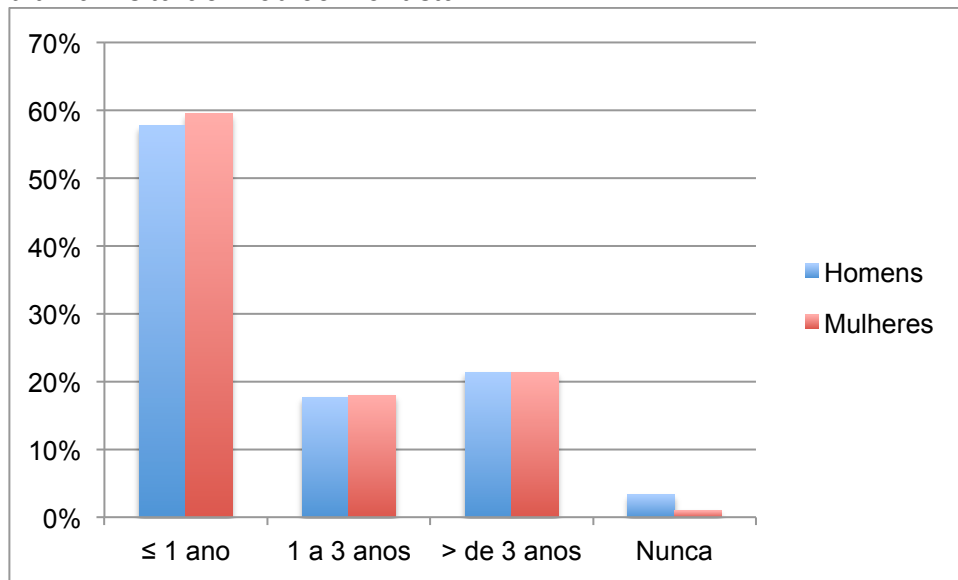
Trezentos e cinquenta e dois participantes (58.86%) afirmaram que a sua *última visita ao Médico Dentista* ocorreu há menos de um ano. Em segundo lugar, surgiu a opção "*Mais de 3 anos*", a qual foi referida por 128 elementos (21.40%), seguida pela opção "*Entre 1 a 3 anos*", reportada por 107 indivíduos (17.89%). Por fim, apenas 11 elementos (1.84%) referiram nunca ter consultado o Médico Dentista (Figura 7).

Figura 7 – Distribuição da amostra segundo a *Data da última visita ao Médico Dentista* (n=598).



Cento e vinte e quatro elementos do sexo masculino (57.67%) referiram que a sua última consulta Médico-Dentária ocorreu no último ano. Quarenta e seis elementos (21.40%) optaram pela opção “*Mais de 3 anos*”. “*Entre 1 a 3 anos*” foi a escolha de 38 indivíduos (17.67%), ao passo que apenas 7 elementos (3.26%) reportaram “*Nunca*” ter comparecido a uma consulta de Medicina Dentária. No que concerne ao sexo feminino, 228 elementos (59.53%) afirmaram que a sua última consulta de Medicina Dentária ocorreu no último ano. Oitenta e dois indivíduos (21.41%) reportaram a opção “*Mais de 3 anos*”. “*Entre 1 a 3 anos*” foi a opção referida por 69 elementos (18.02%) e apenas os restantes 4 (1.04%) afirmaram “*Nunca*” ter tido acesso a uma consulta de Medicina Dentária (Figura 8). Segundo o Teste Exato de Fisher não existem diferenças estatisticamente significativas entre sexos no que se refere à *Data da última visita do Médico Dentista* ($p=0.315$).

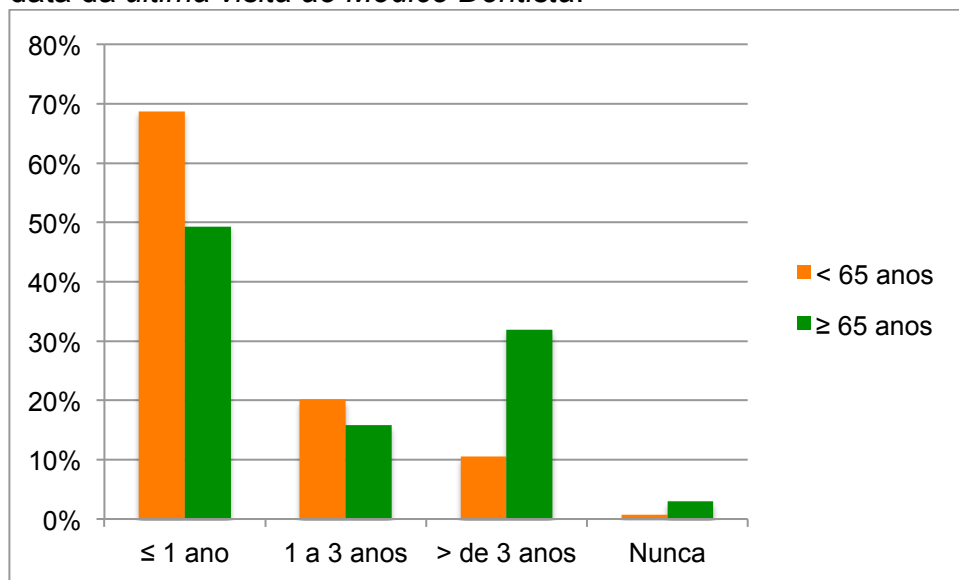
Figura 8 – Distribuição relativa (%) da amostra por sexo segundo a *Data da última visita ao Médico Dentista*.



Relativamente ao grupo etário composto pelos elementos com menos de 65 anos, 202 indivíduos (68.71%) afirmaram que a sua última consulta com o Médico Dentista ocorreu no último ano. Cinquenta e nove (20.17%) reportaram a opção “*Entre 1 a 3 anos*”, enquanto 31 elementos (10.54%) relataram que a sua última consulta Médico-Dentária ocorreu há “*Mais de 3 anos*”. “*Nunca*” foi a opção reportada por apenas 2 dos elementos (0.68%) deste grupo etário. Por outro lado, 150 elementos (49.34%) do grupo etário composto pelos elementos com 65 ou mais anos afirmaram que a sua última consulta de Medicina Dentária ocorreu no último ano. Já 97 indivíduos deste grupo (31.91%) reportaram a opção “*Mais de 3 anos*”. A segunda opção, “*Entre 1 a 3 anos*”, foi relatada por 48 indivíduos (15.79%), ao passo que apenas 9 elementos (2.96%) afirmaram “*Nunca*” ter comparecido a uma consulta Médico-Dentária (Figura 9). A análise estatística inferencial permite afirmar que a *Data da última visita ao Médico Dentista* é dependente do grupo etário ($\chi^2(3)=47.144$, $p<0.001$). Para além disso, verificamos que a rejeição da hipótese de independência entre as variáveis se deve essencialmente ao facto de termos mais elementos com menos de 65 anos,

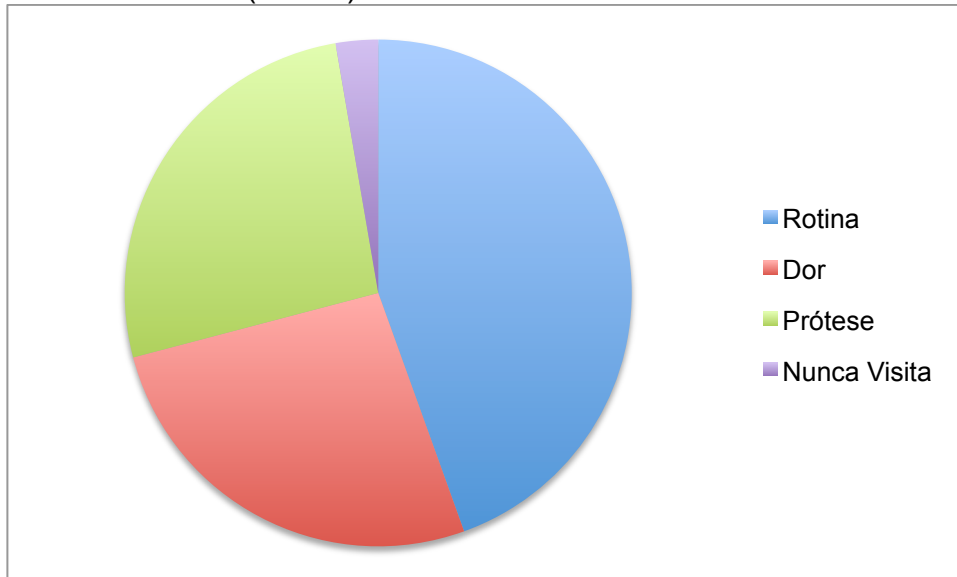
que visitaram o Médico Dentista no último ano, do que seria esperado se as variáveis fossem independentes (resíduo positivo, 4.80) e termos menos indivíduos com menos de 65 anos, cuja última consulta Médico-Dentária ocorreu há mais de 3 anos ou que, por outro lado, nunca visitaram o Médico Dentista (resíduos negativos, -6.40 e -2.10, respetivamente).

Figura 9 – Distribuição relativa (%) da amostra por grupo etário segundo a data da última visita ao Médico Dentista.



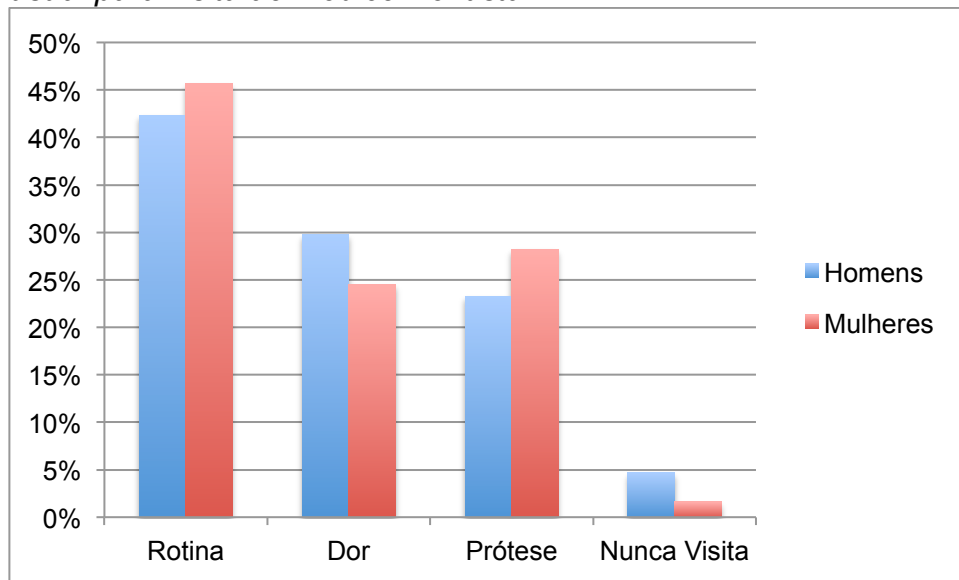
No que diz respeito ao *motivo usual para visita ao Médico Dentista*, 266 indivíduos (44.48%) referiram tratar-se de uma rotina. A dor e questões relacionadas com a prótese dentária foram reportadas por 158 elementos cada (26.42%). Nesta questão ainda, 16 elementos (2.68%) referiram nunca visitar o Médico Dentista (Figura 10).

Figura 10 – Distribuição da amostra segundo *motivo usual para visita ao Médico Dentista* (n=598).



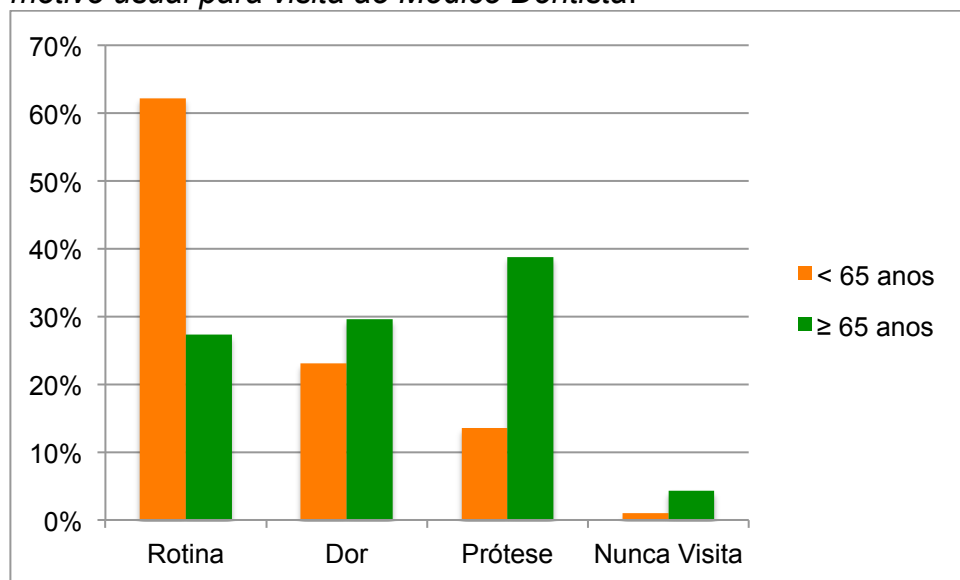
Noventa e um elementos do sexo masculino (42.33%) referiram como motivo usual “*Rotina*”, enquanto a opção “*Dor*” foi relatada por 64 indivíduos (29.77%). A terceira opção, “*Prótese*”, foi reportada por 50 elementos deste grupo (23.26%) e apenas os restantes 10 indivíduos (4.65%) afirmaram nunca visitar o Médico Dentista. No que diz respeito ao sexo feminino, 175 mulheres (45.69%) afirmaram dirigir-se ao Médico Dentista de modo rotineiro, ao passo que 108 (28.20%) reportaram “*Prótese*” como motivo. Já a opção “*Dor*” foi relatada por 94 indivíduos (24.54%), sendo que apenas 6 elementos (1.57%) afirmaram nunca terem comparecido a uma consulta Médico-Dentária (Figura 11). A partir da análise estatística inferencial podemos depreender que o *Motivo usual para visita ao Médico Dentista* é independente do sexo ($\chi^2(3)=7.943, p=0.047$).

Figura 11 – Distribuição relativa (%) da amostra por sexo segundo o *motivo usual para visita ao Médico Dentista*.



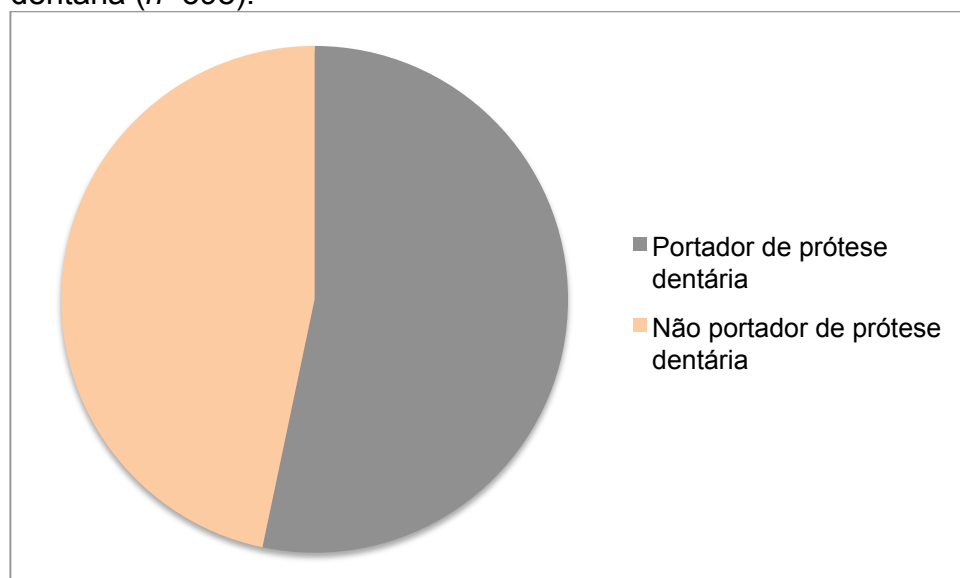
Quanto ao grupo etário composto por indivíduos com menos de 65 anos, 183 elementos (62.24%) afirmaram dirigir-se ao Médico Dentista de forma rotineira. “Dor” foi a opção reportada por 68 indivíduos (23.13%), enquanto “Prótese” foi referida por 40 elementos (13.61%). Apenas 3 elementos (1.02%) relataram nunca visitar o Médico Dentista. Por outro lado, no grupo dos mais idosos, 118 elementos (38.82%) reportaram como motivo “Prótese”. “Dor” e “Rotina” foram referidas por 90 (29.61%) e 83 (27.30%) elementos, respetivamente. Já a quarta opção, “Nunca Visita”, foi assinalada por apenas 13 elementos (4.28%) (Figura 12). A análise estatística inferencial permite afirmar que o *Motivo usual da visita ao Médico Dentista* é dependente do grupo etário ($\chi^2(3)=85.270$, $p<0.001$). Concomitantemente, verificamos que a rejeição da hipótese de independência entre as variáveis no nosso estudo se deve ao facto de termos menos indivíduos com mais de 65 anos que visitam o Médico Dentista por rotina do que seria esperado se as variáveis fossem independentes (resíduo negativo, -8.60) e de termos mais elementos deste grupo etário cujo motivo usual para a consulta Médico-Dentária é a sua prótese dentária ou que nunca visitaram o Médico Dentista (resíduos positivos, 7.00 e 2.50, respetivamente).

Figura 12 – Distribuição relativa (%) da amostra por grupo etário segundo o motivo usual para visita ao Médico Dentista.



Relativamente ao facto de serem ou não portadores de prótese dentária, 319 elementos (53.34%) afirmaram que sim, ao passo que os restantes 279 indivíduos (46.66%) referiram não possuir (Figura 13).

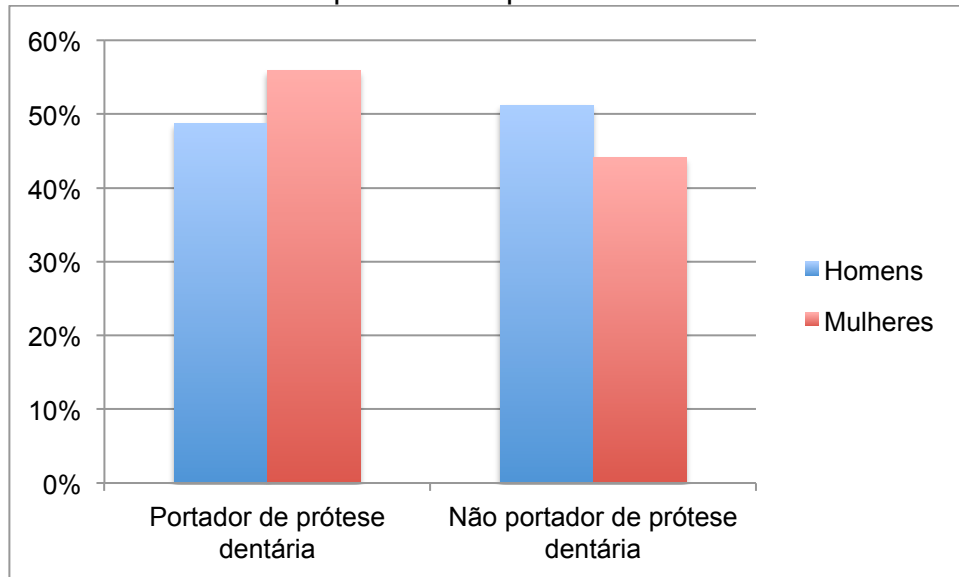
Figura 13 – Distribuição da amostra segundo ser ou não portador de prótese dentária ($n=598$).



No que se refere ao sexo masculino, 110 elementos (51.16%) não são portadores de prótese dentária, enquanto 105 (48.84%) possuem prótese dentária. Em contrapartida, 214 mulheres (55.87%) são portadores de

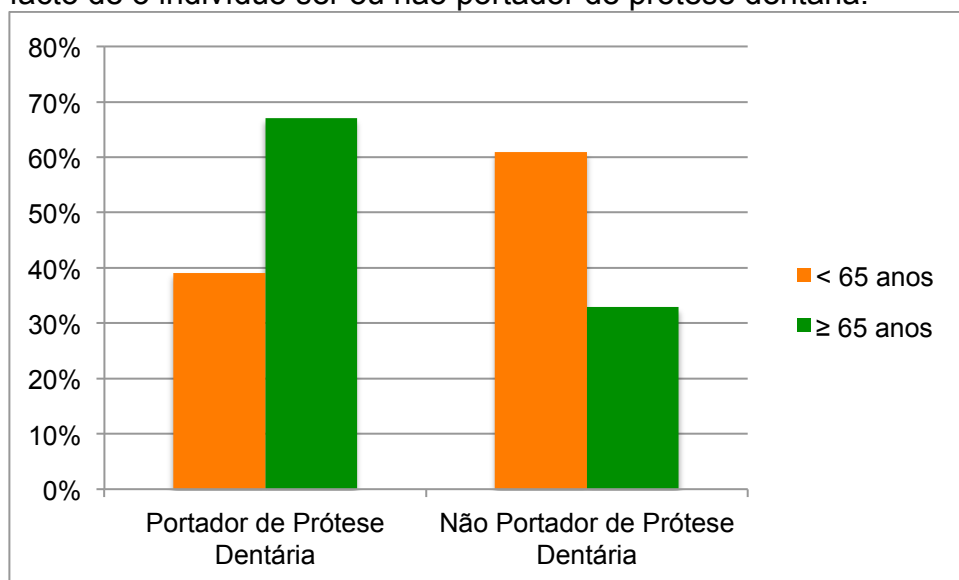
prótese dentária, ao passo que as restantes 169 (44.13%) não (Figura 14). Após a realização da análise estatística inferencial podemos afirmar que o facto de um determinado indivíduo ser portador de prótese dentária é independente do sexo ($\chi^2(1)=2.740$, $p=0.098$).

Figura 14 – Distribuição relativa (%) da amostra por sexo segundo o facto de o indivíduo ser ou não portador de prótese dentária.



Quanto aos grupos etários, 179 elementos (60.88%) com menos de 65 anos não possuem prótese dentária, ao passo que 115 (39.12%) possuem. Por outro lado, 204 indivíduos (67.11%) com 65 ou mais anos são portadores de prótese dentária, enquanto 100 (32.89%) não têm prótese dentária (Figura 15). A análise estatística inferencial permite afirmar que o facto de um indivíduo ser portador de prótese dentária é dependente do grupo etário ($\chi^2(1)=47.046$, $p<0.001$). Verificamos também que a rejeição da hipótese de independência entre as variáveis no nosso estudo se deve ao facto de termos menos indivíduos com menos de 65 anos que possuem prótese dentária do que seria esperado se as variáveis fossem independentes (resíduo negativo, -6.90) e de termos mais elementos deste grupo etário não portadores de prótese dentária do que seria esperado se as variáveis fossem independentes (resíduo positivo, 6.90).

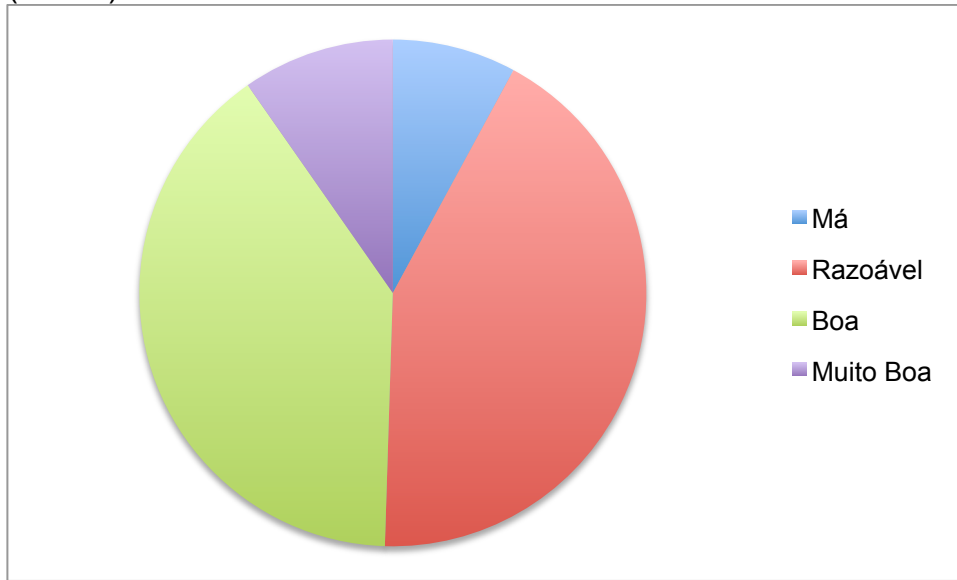
Figura 15 – Distribuição relativa (%) da amostra por grupo etário segundo o facto de o indivíduo ser ou não portador de prótese dentária.



3.1.2. Variáveis relacionadas com a autoperceção e autoavaliação da saúde

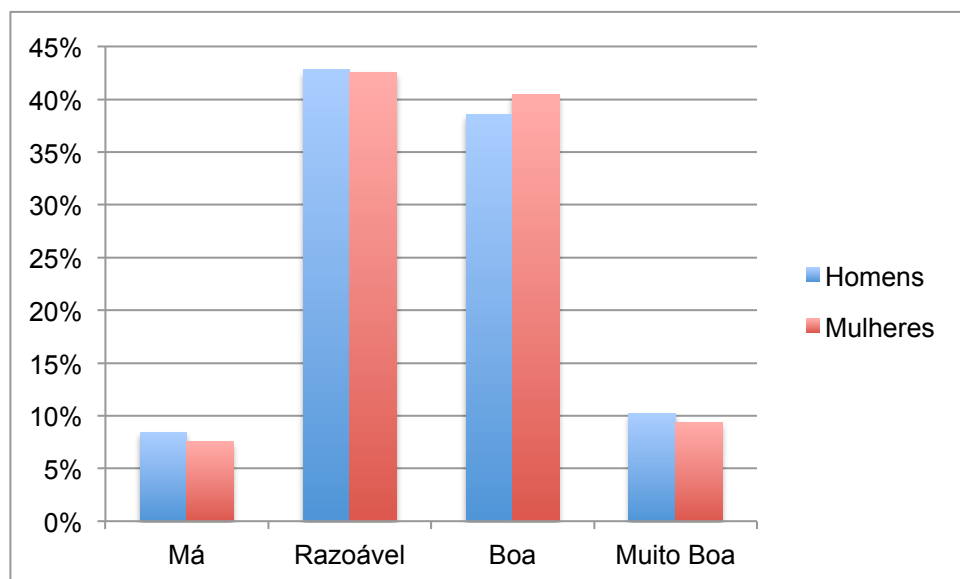
Duzentos e cinquenta e cinco elementos (42.64%) descreveram a sua saúde oral como sendo razoável e 238 indivíduos (39.80%) classificaram a sua saúde oral como boa. Por outro lado, 58 elementos (9.70%) afirmaram possuir uma saúde oral muito boa e 47 indivíduos (7.86%) descreveram a sua saúde oral como sendo má (Figura 16).

Figura 16 – Distribuição da amostra segundo a classificação da saúde oral ($n=598$).



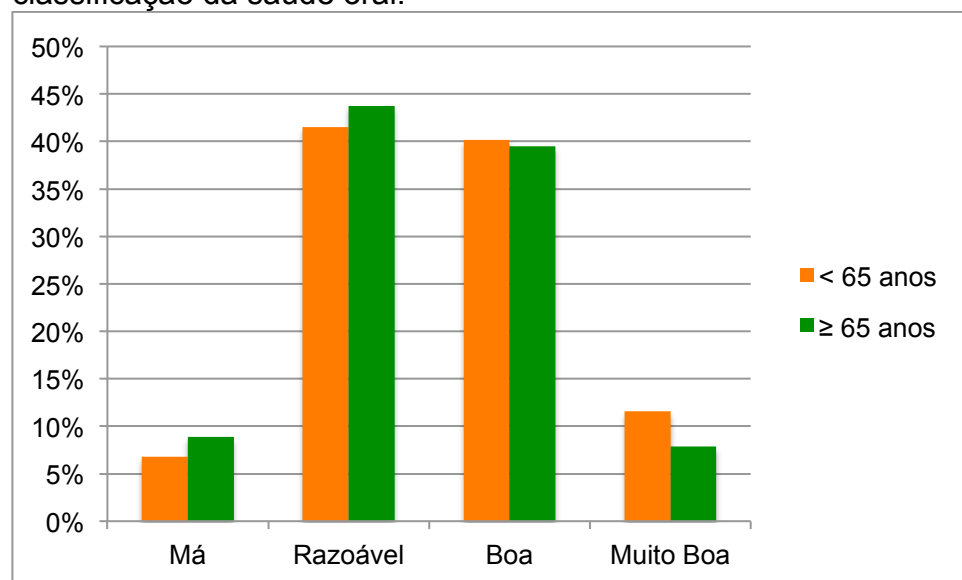
Em relação ao sexo masculino, 92 elementos deste grupo (42.79%) descreveram a sua saúde oral como sendo “*Razoável*” e 83 (38.60%) reportaram-na como sendo “*Boa*”. “*Muito Boa*” foi a opção referida por 22 indivíduos (10.23%), enquanto os 18 homens restantes (8.37%) afirmaram possuir “*Má*” saúde oral. No que toca ao sexo feminino, 163 elementos (42.56%) afirmaram ter uma saúde oral “*Razoável*”, ao passo que 155 (40.47%) descreveram-na como sendo “*Boa*”. Já 36 mulheres (9.40%) optaram pela opção “*Muito Boa*” e 29 (7.57%) acreditam possuir uma “*Má*” saúde oral (Figura 17). A análise estatística inferencial permite afirmar que a forma como o indivíduo classifica a sua saúde oral é independente do sexo ($\chi^2(3)=0.333, p=0.954$).

Figura 17 – Distribuição relativa (%) da amostra por sexo segundo a classificação da saúde oral.



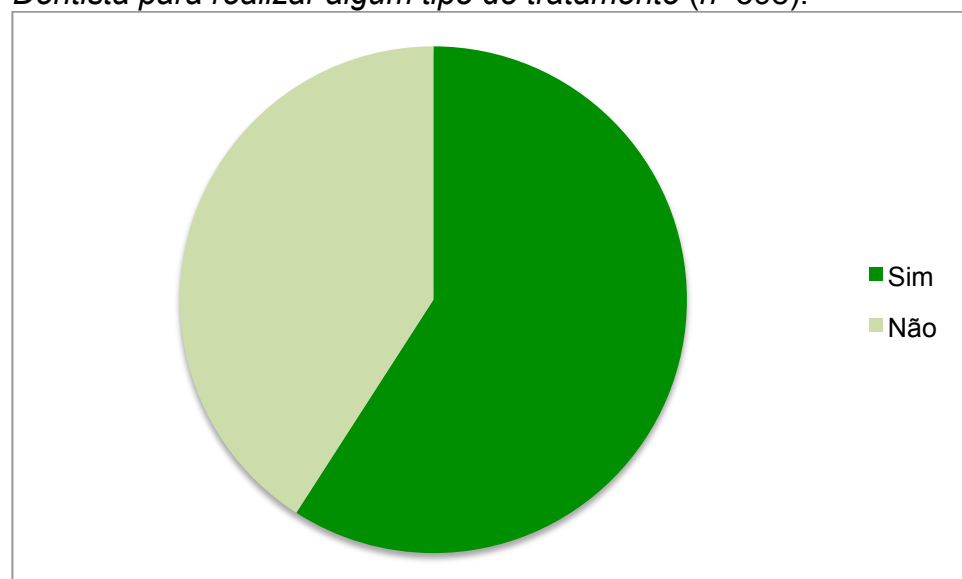
No que concerne aos grupos etários, e mais concretamente aos indivíduos com menos de 65 anos, 122 elementos (41.50%) descreveram a sua saúde oral como sendo “*Razoável*” e 118 (40.14%) como sendo “*Boa*”. “*Muito Boa*” foi a opção selecionada por 34 indivíduos deste grupo (11.56%), ao passo que os restantes 20 elementos (6.80%) reportaram possuir “*Má*” saúde oral. Relativamente aos indivíduos com 65 ou mais anos, 133 (43.75%) afirmaram possuir “*Razoável*” saúde oral, enquanto 120 (39.47%) descreveram-na como sendo “*Boa*”. Já 27 elementos (8.88%) reportaram a sua saúde oral como sendo “*Má*”, ao passo que 24 (7.89%) afirmaram possuir “*Muito Boa*” saúde oral (Figura 18). Após análise estatística inferencial podemos afirmar que a forma como o indivíduo classifica a sua saúde oral é independente do grupo etário ($\chi^2(3)=3.092$, $p=0.378$).

Figura 18 – Distribuição relativa (%) da amostra por grupo etário segundo a classificação da saúde oral.



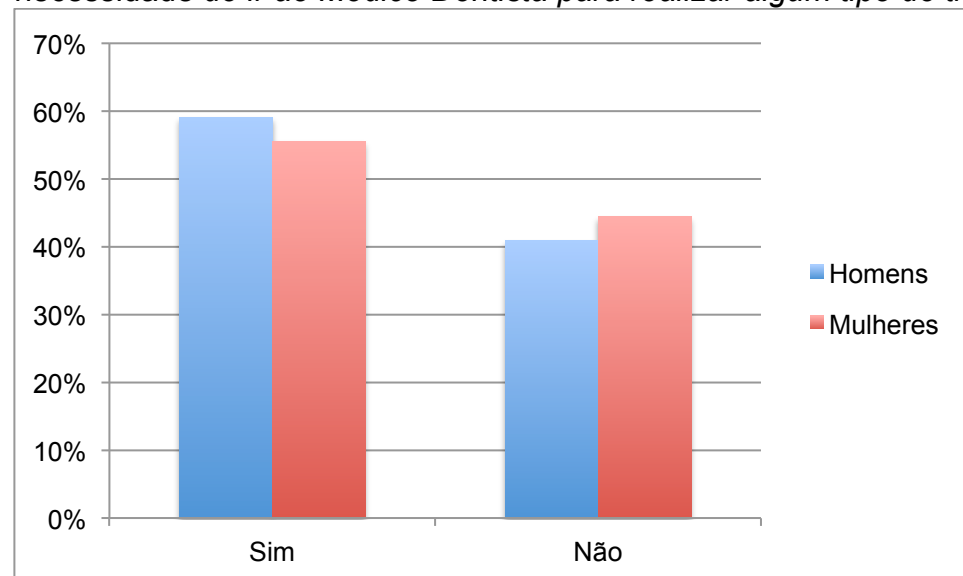
No que diz respeito à necessidade de *ir ao Médico Dentista para realizar algum tipo de tratamento*, 340 indivíduos (56.86%) afirmaram que sim e 258 elementos (43.14%) referiram não necessitar de qualquer tratamento Médico-Dentário (Figura 19).

Figura 19 – Distribuição da amostra segundo a necessidade de *ir ao Médico Dentista para realizar algum tipo de tratamento* (n=598).



Cento e vinte e sete homens (59.07%) afirmaram necessitar de realizar algum tratamento Médico-Dentário, enquanto os restantes 88 (40.93%) julgaram não necessitar. Quanto ao sexo feminino, 213 mulheres (55.61%) reportaram necessitarem de realizar algum tratamento de Medicina Dentária, ao passo que 170 (44.37%) afirmaram não necessitar (Figura 20). A análise estatística inferencial permite afirmar que a necessidade de ir ao Médico Dentista para realizar algum tipo de tratamento é independente do sexo ($\chi^2(1)=0.671, p=0.413$).

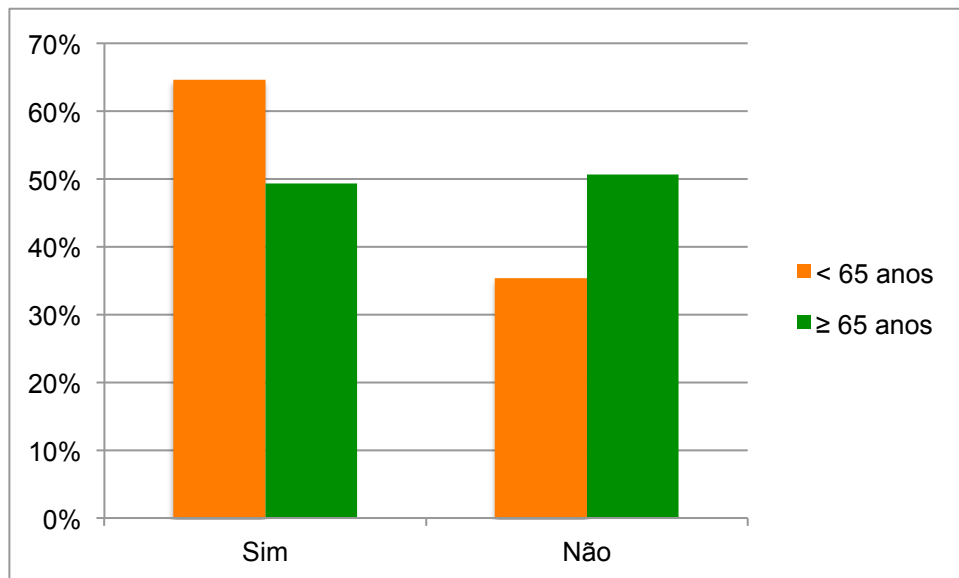
Figura 20 – Distribuição relativa (%) da amostra por sexo segundo a necessidade de ir ao Médico Dentista para realizar algum tipo de tratamento.



No grupo composto por elementos com menos de 65 anos, 190 (64.63%) reportaram necessitar de tratamento Médico-Dentário e 104 (35.37%) afirmaram o contrário. Já no que diz respeito aos elementos mais idosos, 154 indivíduos (50.66%) afirmaram não necessitar de tratamento, enquanto 150 (49.34%) julgaram necessitar de realizar algum tratamento no âmbito da Medicina Dentária (Figura 21). A análise estatística inferencial permite afirmar que a necessidade de ir ao Médico Dentista para realizar algum tipo de tratamento é dependente do grupo etário ($\chi^2(1)=14.233, p<0.001$). Para além disso, verificamos que a rejeição da hipótese de independência entre as

variáveis no nosso estudo se deve ao facto de termos menos indivíduos com mais de 65 anos que relatam necessitar de uma consulta Médico-Dentária do que seria esperado se as variáveis fossem independentes (resíduo negativo, -3.80) e de termos mais elementos deste grupo etário que afirmam não necessitar de uma consulta no âmbito da Medicina Dentária do que seria esperado se as variáveis fossem independentes (resíduo positivo, 3.80).

Figura 21 – Distribuição relativa (%) da amostra por grupo etário segundo a necessidade de ir ao Médico Dentista para realizar algum tipo de tratamento.



3.2. Estudos de precisão

3.2.1. Oral Health Impact Profile-49 (OHIP-PT)

Para determinar a consistência interna da versão portuguesa da OHIP-49 foi utilizado o α de Cronbach, tendo-se obtido para a escala total um valor de $\alpha=0.97$. Os valores de consistência interna para cada dimensão variaram entre 0.82 e 0.90, retratando uma precisão moderada a elevada (Murphy & Davidsholder, 1988). A correlação item-total indica uma adequada capacidade discriminante de todos os itens (>0.30) (Wilmut, 1975). Os coeficientes de ICC, calculados através de um teste-reteste de precisão

realizado após duas semanas, variaram entre 0.81 e 0.99, sendo estes resultados considerados excelentes (Shrout & Fleiss, 1979) (Tabela 2).

Tabela 2 – Consistência interna (n=598) e ICC (n=30) da OHIP-PT e das suas sete dimensões.

Dimensão (número de itens)	α de Cronbach	Correlação Item-Total	ICC
OHIP-PT LF (9)	0.82	0.40 – 0.62	0.98
OHIP-PT DF (9)	0.85	0.36 – 0.70	0.98
OHIP-PT DP (5)	0.89	0.64 – 0.81	0.98
OHIP-PT IF (9)	0.89	0.58 – 0.73	0.98
OHIP-PT IP (6)	0.90	0.64 – 0.78	0.97
OHIP-PT IS (5)	0.90	0.67 – 0.79	0.86
OHIP-D (6)	0.84	0.48 – 0.73	0.81
OHIP-PT (49)	0.97	0.37 – 0.78	0.99

3.2.2. Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14-PT)

Com vista à determinação da consistência interna da versão portuguesa da OHIP-14 foi utilizado o α de Cronbach, tendo sido obtido, para a escala total, um valor de $\alpha=0.93$. Os valores de consistência interna para cada dimensão variaram entre 0.55 e 0.79, apresentando uma precisão inaceitável para a dimensão Dor Física e uma precisão baixa para as restantes (Murphy & Davidsholder, 1988). A correlação item-total indica uma apropriada capacidade discriminante de todos os itens (>0.30) (Wilmut, 1975). No que diz respeito à confiabilidade, os coeficientes de ICC, variaram entre 0.81 e 0.99, no teste-reteste efetuado às duas semanas, sendo estes valores considerados excelentes (Shrout & Fleiss, 1979) (Tabela 3).

Tabela 3 – Consistência interna ($n=598$) e ICC ($n=30$) da OHIP-14-PT e das suas sete dimensões.

Dimensão (número de itens)	α de Cronbach	Correlação Item-Total	ICC
OHIP-14-PT LF (2)	0.71	0.56	0.99
OHIP-14-PT DF (2)	0.55	0.38	0.97
OHIP-14-PT DP (2)	0.79	0.67	0.96
OHIP-14-PT IF (2)	0.75	0.60	0.99
OHIP-14-PT IP (2)	0.77	0.62	0.94
OHIP-14-PT IS (2)	0.79	0.65	0.81
OHIP-14-D (2)	0.63	0.49	0.88
OHIP-14-PT (14)	0.93	0.53 – 0.76	0.99

3.2.3. Oral Health Impact Profile for assessing HRQoL in Edentulous Adults (OHIP-EDENT-PT)

A consistência interna da versão portuguesa da OHIP-EDENT apresentou um valor de $\alpha=0.94$, para a escala total. Os valores de consistência interna para cada dimensão variaram entre 0.61 e 0.84, representando uma precisão baixa para as dimensões Limitação Funcional, Dor Física, Desconforto Psicológico e Desvantagem, e uma precisão moderada a elevada para as restantes dimensões (Murphy & Davidsholder, 1988). A correlação item-total indica uma adequada capacidade discriminante de todos os itens (>0.30) (Wilmut, 1975). Os coeficientes de ICC, variaram entre 0.88 e 0.99, sendo estes valores considerados excelentes (Shrout & Fleiss, 1979) (Tabela 4).

Tabela 4 – Consistência interna ($n=319$) e ICC ($n=30$) da OHIP-EDENT-PT e das suas sete dimensões.

Dimensão (número de itens)	α de Cronbach	Correlação Item-Total	ICC
OHIP-EDENT-PT LF (3)	0.61	0.37 – 0.49	0.97
OHIP-EDENT-PT DF (4)	0.78	0.54 – 0.63	0.98
OHIP-EDENT-PT DP (2)	0.77	0.63	0.97
OHIP-EDENT-PT IF (3)	0.81	0.61 – 0.71	0.99
OHIP-EDENT-PT IP (2)	0.80	0.66	0.95
OHIP-EDENT-PT IS (3)	0.84	0.64 – 0.74	0.88
OHIP-EDENT-PT D (2)	0.76	0.62	0.93
OHIP-EDENT-PT (19)	0.94	0.38 – 0.78	0.99

3.2.4. Questionário de Satisfação Protética (QSP)

Para a determinação da consistência interna da versão portuguesa do DSQ foi utilizado o α de Cronbach, obtendo-se para a escala total um valor de $\alpha=0.94$. Os valores de consistência interna para cada dimensão variaram entre 0.94 e 0.95, retratando uma precisão elevada (Murphy & Davidsholder, 1988). A correlação item-total indica uma apropriada capacidade discriminante de todos os itens (>0.30) (Wilmut, 1975). Os coeficientes de ICC obtiveram um valor de 0.99, considerado excelente (Shrout & Fleiss, 1979) (Tabela 5).

Tabela 5 – Consistência interna ($n=319$) e do ICC ($n=23$) da OHIP-Edent-PT e das suas sete dimensões.

Dimensão (número de itens)	α de Cronbach	Correlação Item-Total	ICC
DSQ Maxilar (7)	0.95	0.67 – 0.93	0.99
DSQ Mandibular (7)	0.94	0.52 – 0.93	0.99
DSQ (12)	0.94	0.69 – 0.77	0.99

3.3. Estudos de validade de critério concorrente

A validade de critério concorrente foi avaliada pela associação estatisticamente significativa ($p<0.001$) entre o número de impactos funcionais e psicológicos, aferido pelas escalas OHIP, e a autoavaliação da saúde oral (Tabela 6).

Tabela 6 – Associação entre a autoavaliação da saúde oral e o impacto da saúde oral na qualidade de vida.

Dimensões	Má	Razoável Média	Boa	Muito Boa	p
OHIP-PT	471.07	330.25	251.24	223.27	<0.001
OHIP14-PT	429.10	316.00	264.19	266.84	<0.001
OHIP-EDENT-PT	250.54	174.69	134.38	120.66	<0.001

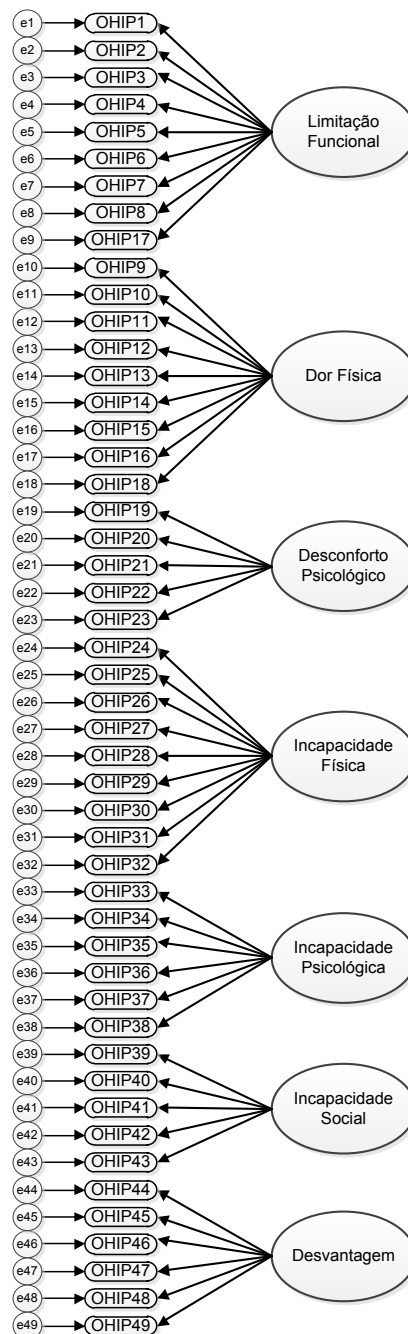
3.4. Estudos de validade interna

3.4.1. Oral Health Impact Profile-49 (OHIP-PT)

Com o objetivo de comprovar o modelo estrutural existente, composto por sete fatores, procedeu-se à realização de uma AFC pelo método de estimação ML. De acordo com a AFC, observaram-se os seguintes resultados: $\chi^2/df=4.015$; GFI=0.757; CFI=0.839; RMSEA=0.074 (0.069 – 0.079). Todos os pesos fatoriais, lambdas (λ), foram estatisticamente significativos e diferentes de zero ($p<0.001$). Em geral, este modelo apresentou índices de ajustamento sofrível (Marôco, 2010). Por conseguinte, foi realizada uma AFE com vista à obtenção de um modelo com um melhor nível de ajustamento. Para a realização AFE, uma vez verificados os critérios de adequabilidade dos dados (KMO=0.97, $\chi^2(1176)=20808.550$, $p<0.001$), utilizou-se o método de extração de fatores em Componentes Principais. Desta análise resultaram 7 fatores, que explicavam 63.80% da variância total dos dados com os seguintes valores próprios: 20.88 (Fator 1); 2.53 (Fator 2); 2.34 (Fator 3); 1.90 (Fator 4); 1.38 (Fator 5); 1.19 (Fator 6) e 1.05 (Fator 7). Devido aos problemas associados à utilização do critério de *Kaiser*, realizou-se novamente uma estimação com base na Análise Paralela de Horn (49 variáveis x 598 respondentes), com 100 réplicas, cujos resultados demonstraram que só os primeiros 4 componentes apresentavam valores próprios superiores aos valores de critério correspondentes. Assim, em seguida, realizou-se uma análise fatorial, forçada à extração de 4 fatores, seguida de rotação *Varimax*. O primeiro fator explicava 42.62% da variância dos dados, o segundo fator 5.16%, o terceiro fator 4.78% e o quarto fator explicava 3.87%, perfazendo um total de variância explicada de 56.43%. O Fator 1 foi composto por dezanove itens (itens 21, 23, 27, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48 e 49), o segundo Fator foi constituído por quinze itens (itens 1, 2, 6, 7, 8, 15, 17, 18, 24, 25, 26, 28, 29, 30 e 32), o

terceiro Fator possuía sete itens (itens 3, 4, 19, 20, 22, 31 e 34) e o Fator 4 foi composto por oito itens (itens 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 16). Dado que do ponto de vista teórico, o agrupamento dos itens em quatro fatores não apresentava uma base lógica, e apesar dos níveis de ajustamento sofríveis do modelo conceptual conhecido, o modelo inicial foi aceite (Figura 22).

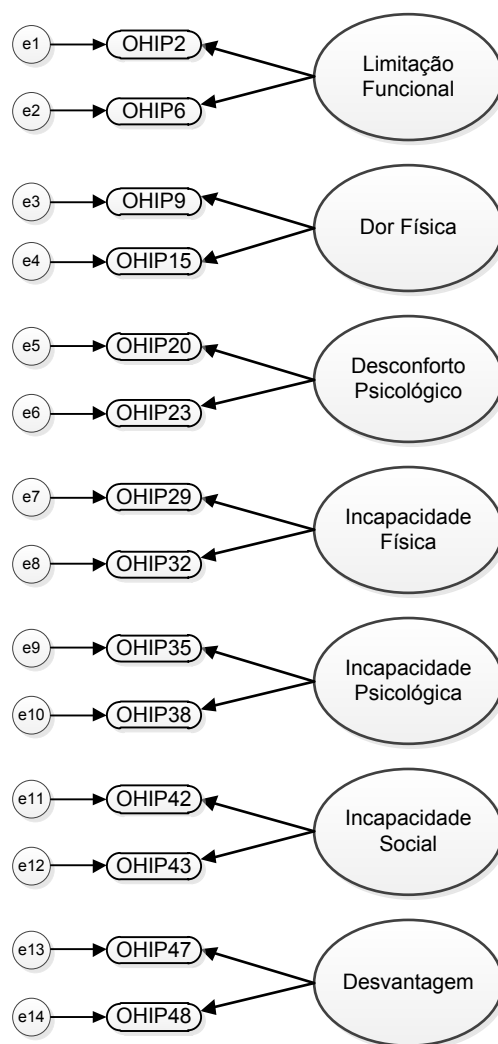
Figura 22 – Diagrama da AFC da escala OHIP-PT.



3.4.2. Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14-PT)

Tal como para a escala OHIP-PT, realizou-se uma AFC pelo método de estimação ML. De acordo com a mesma, observaram-se os seguintes resultados: $\chi^2/gf=1.973$; GFI=0.974; CFI=0.988; RMSEA=0.040 (0.029 – 0.051). Todos os pesos fatoriais foram estatisticamente significativos e diferentes de zero ($p<0.001$). Este modelo apresentou bons e muito bons índices de ajustamento (Marôco, 2010) (Figura 23).

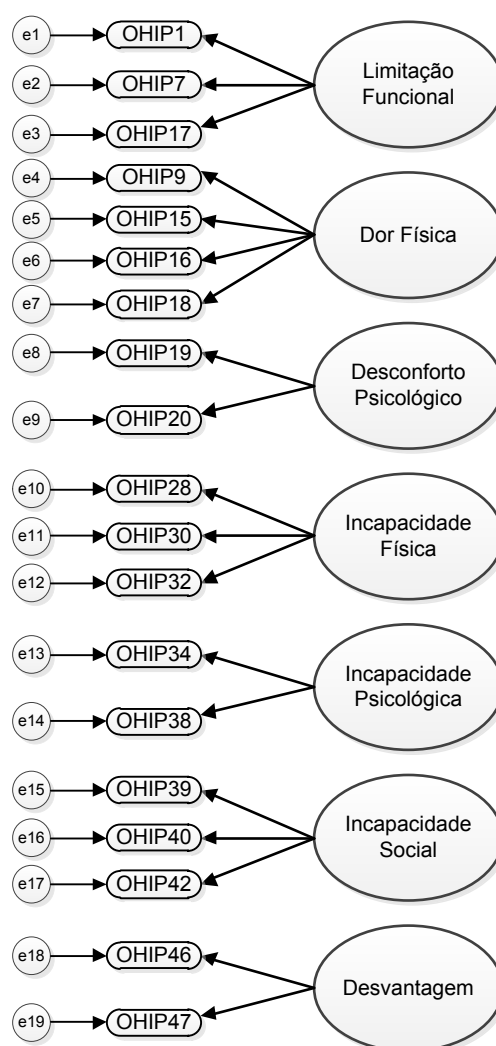
Figura 23 – Diagrama da AFC da escala OHIP-14-PT.



3.4.3. Oral Health Impact Profile for assessing HRQoL in Edentulous Adults (OHIP-EDENT-PT)

Da mesma forma que foi feito para as outras versões, foi efetuada uma AFC pelo método de estimação ML. A partir desta foram observados os seguintes resultados: $\chi^2/gf=1.653$; GFI=0.933; CFI=0.977; RMSEA=0.045 (0.034 – 0.056). Todos os pesos fatoriais foram estatisticamente significativos e diferentes de zero ($p<0.001$). Índices de ajustamento bons e muitos bons foram apresentados por este modelo (Marôco, 2010) (Figura 24).

Figura 24 – Diagrama da AFC da escala OHIP-EDENT-PT.



3.4.4. Questionário de Satisfação Protética (QSP)

Para a realização da AFE, uma vez verificados os critérios de adequabilidade dos dados ($KMO=0.87$, $\chi^2(66)=5384.000$, $p<0.001$), utilizou-se o método de extração de fatores em Componentes Principais. Desta análise resultaram dois fatores, que explicavam 84.65% da variância total dos dados com os seguintes valores próprios: 7.17 (Fator 1) e 2.98 (Fator 2). Devido aos problemas associados à utilização do critério de *Kaiser*, realizou-se novamente uma estimação com base na Análise Paralela de Horn (12 variáveis x 319 respondentes), com 100 réplicas, cujos resultados comprovaram que 2 componentes apresentavam valores próprios superiores aos valores de critério correspondentes. Assim, em seguida, realizou-se uma análise fatorial, forçada à extração de dois fatores, seguida de rotação *Varimax*. O primeiro fator explica 59.78% da variância dos dados e o segundo fator 24.86%, perfazendo um total de variância explicada de 86.65% (Tabela 7). O Fator 1 (Satisfação Maxilar) é composto por sete itens (itens 1, 3, 5, 7, 9, 10 e 12), todos eles relacionados com a região maxilar, em termos teóricos. O segundo fator (Satisfação Mandibular) reúne também um conjunto de sete itens (itens 2, 4, 6, 8, 9, 11 e 12), que em termos teóricos se relacionam com a região mandibular. É possível verificar que dois itens (itens 9 e 12) se repetem, fazendo parte de ambos os fatores. Isto acontece devido aos valores de saturação serem relativamente próximos e do ponto de vista teórico serem indissociáveis. Não foi realizada uma AFC, por impossibilidade do *software* informático para testar modelos compostos por fatores em que itens se repetem. Ainda assim, este modelo estrutural composto por dois fatores foi aceite.

Tabela 7 – Cargas fatoriais dos itens do DSQ nos fatores (solução após rotação *Varimax*) ($n=319$).

Itens DSQ	Fator	
	I	II
DSQ-1	0.92	
DSQ-2		0.95
DSQ-3	0.92	
DSQ-4		0.95
DSQ-5	0.93	
DSQ-6		0.94
DSQ-7	0.94	
DSQ-8		0.94
DSQ-9	0.74	0.35
DSQ-10	0.89	
DSQ-11		0.90
DSQ-12	0.65	0.44
% Variância total explicada	59.78	24.86

3.5. Variáveis sociodemográficas e subjetivas na autopercepção da condição oral

3.5.1. Variáveis sociodemográficas

Nesta secção são apresentados os resultados da estatística inferencial, analisando a auto-percepção da condição oral reportada a partir dos instrumentos abordados neste trabalho, em função das variáveis sociodemográficas em estudo. Foram utilizados o teste Mann-Whitney, para testar diferenças entre duas variáveis contínuas independentes e o teste Kruskal-Wallis, para a comparação de cotações de três ou mais grupos de variáveis contínuas. No que se refere à variável sexo os resultados foram os que se seguem, nas Tabelas 8, 9 e 10:

Tabela 8 – Relação entre sexo e o impacto da saúde oral na qualidade de vida ($n=598$).

Dimensão	Sexo	Média	p
OHIP-PT LF	Masculino	10.00	0.670
	Feminino	9.77	
OHIP-PT DF	Masculino	9.08	0.532
	Feminino	9.40	
OHIP-PT DP	Masculino	4.39	0.202
	Feminino	4.84	
OHIP-PT IF	Masculino	6.52	0.461
	Feminino	6.12	
OHIP-PT IP	Masculino	3.51	0.077
	Feminino	4.14	
OHIP-PT IS	Masculino	2.08	0.760
	Feminino	2.17	
OHIP-PT D	Masculino	2.91	0.897
	Feminino	2.95	
OHIP-PT (49)	Masculino	38.49	0.723
	Feminino	39.40	

Não se registam diferenças estatisticamente significativas entre sexos em qualquer uma das dimensões do instrumento.

Tabela 9 – Relação entre sexo e o impacto da saúde oral na qualidade de vida do indivíduo desdentado ($n=319$).

Dimensão	Sexo	Média	p
OHIP-EDENT-PT LF	Masculino	166.45	0.378
	Feminino	156.83	
OHIP-EDENT-PT DF	Masculino	166.99	0.341
	Feminino	156.57	
OHIP-EDENT-PT DP	Masculino	168.08	0.265
	Feminino	156.57	
OHIP-EDENT-PT IF	Masculino	173.60	0.063
	Feminino	153.32	
OHIP-EDENT-PT IP	Masculino	168.91	0.211
	Feminino	155.63	
OHIP-EDENT-PT IS	Masculino	166.29	0.337
	Feminino	156.91	
OHIP-EDENT-PT D	Masculino	170.82	0.112
	Feminino	154.69	
OHIP-EDENT-PT	Masculino	170.50	0.154
	Feminino	154.85	

Não se registam diferenças estatisticamente significativas entre sexos em qualquer uma das dimensões do instrumento.

Tabela 10 – Relação entre sexo e satisfação protética ($n=319$).

Dimensão	Sexo	Média	p
QSP-Maxilar	Masculino	155.96	0.583
	Feminino	161.98	
QSP-Mandibular	Masculino	164.78	0.516
	Feminino	157.66	
QSP	Masculino	161.57	0.832
	Feminino	159.23	

Não se registam diferenças estatisticamente significativas entre sexos em qualquer uma das dimensões do instrumento.

No que diz respeito à variável idade, que se encontra representada de forma dicotómica, em sujeitos com menos de 65 anos e com 65 ou mais anos, os resultados obtidos foram os seguintes (Tabelas 11, 12 e 13):

Tabela 11 – Relação entre grupo etário e o impacto da saúde oral na qualidade de vida ($n=598$).

Dimensão	Grupo Etário	Média	p
OHIP-PT LF	< 65 anos	286.34	0.066
	≥ 65 anos	312.23	
OHIP-PT DF	< 65 anos	308.28	0.221
	≥ 65 anos	291.01	
OHIP-PT DP	< 65 anos	316.31	0.018
	≥ 65 anos	283.24	
OHIP-PT IF	< 65 anos	273.83	<0.001
	≥ 65 anos	324.33	
OHIP-PT IP	< 65 anos	311.62	0.086
	≥ 65 anos	287.78	
OHIP-PT IS	< 65 anos	304.78	0.427
	≥ 65 anos	294.39	
OHIP-PT D	< 65 anos	297.47	0.771
	≥ 65 anos	301.46	
OHIP-PT (49)	< 65 anos	297.50	0.781
	≥ 65 anos	301.43	

A diferença de médias observada entre os grupos etários, relativamente à OHIP-PT IF, é estatisticamente significativa ($U=37140.500$, $p<0.001$). A comparação das médias demonstra que é nos indivíduos com mais de 65 anos que se verifica uma maior Incapacidade Física.

Tabela 12 – Relação entre grupo etário e o impacto da saúde oral na qualidade de vida do indivíduo desdentado ($n=319$).

Dimensão	Grupo Etário	Média	p
OHIP-EDENT-PT LF	< 65 anos	158.71	0.850
	≥ 65 anos	160.73	
OHIP-EDENT-PT DF	< 65 anos	170.31	0.132
	≥ 65 anos	154.19	
OHIP-EDENT-PT DP	< 65 anos	180.81	0.002
	≥ 65 anos	148.27	
OHIP-EDENT-PT IF	< 65 anos	157.23	0.685
	≥ 65 anos	161.56	
OHIP-EDENT-PT IP	< 65 anos	177.01	0.011
	≥ 65 anos	150.41	
OHIP-EDENT-PT IS	< 65 anos	166.00	0.327
	≥ 65 anos	156.62	
OHIP-EDENT-PT D	< 65 anos	167.73	0.224
	≥ 65 anos	155.64	
OHIP-EDENT-PT	< 65 anos	169.99	0.146
	≥ 65 anos	154.37	

A diferença de médias observada entre os grupos etários, relativamente à OHIP-EDENT-PT DP ($U=29336.500$, $p=0.002$) e à OHIP-EDENT-PT IP ($U=9774.000$, $p=0.011$) são estatisticamente significativas. A comparação das médias indica que é nos indivíduos com mais de 65 anos que se verifica um maior Desconforto Psicológico e uma maior Incapacidade Psicológica.

Tabela 13 – Relação entre grupo etário e satisfação protética ($n=319$).

Dimensão	Grupo Etário	Média	p
QSP-Maxilar	< 65 anos	175.26	0.026
	≥ 65 anos	151.40	
QSP-Mandibular	< 65 anos	156.03	0.564
	≥ 65 anos	162.24	
QSP	< 65 anos	166.50	0.344
	≥ 65 anos	156.34	

A diferença de médias observada entre grupos etários relativamente ao QSP-Maxilar é estatisticamente significativa ($U=9975.000$, $p=0.026$). Podemos depreender pela comparação entre médias que é nos indivíduos com menos de 65 anos que se verifica uma maior insatisfação relativamente à prótese dentária maxilar.

No que diz respeito à variável caracterização urbana, os resultados deste estudo revelaram-se os seguintes (Tabelas 14, 15 e 16):

Tabela 14 – Relação entre caracterização urbana e o impacto da saúde oral na qualidade de vida ($n=598$).

Dimensão	Caraterização Urbana	Média	<i>p</i>
OHIP-PT LF	Urbana	276.15	<0.001
	Rural	334.82	
OHIP-PT DF	Urbana	284.94	0.011
	Rural	321.52	
OHIP-PT DP	Urbana	295.04	0.434
	Rural	306.25	
OHIP-PT IF	Urbana	284.11	0.007
	Rural	322.78	
OHIP-PT IP	Urbana	293.84	0.316
	Rural	308.07	
OHIP-PT IS	Urbana	294.76	0.373
	Rural	306.67	
OHIP-PT D	Urbana	299.74	0.966
	Rural	299.14	
OHIP-PT (49)	Urbana	284.66	0.010
	Rural	321.94	

A diferença de médias de entre as regiões urbana e rural, relativamente à OHIP-PT ($U=37499.000$, $p=0.010$), é estatisticamente significativa. A comparação das médias demonstra que é na região rural que se verifica uma maior limitação ($U=34433.500$, $p<0.001$), dor ($U=37599.000$, $p=0.011$) e Incapacidade Física ($U=37299.000$, $p=0.007$).

Tabela 15 – Relação entre caracterização urbana e o impacto da saúde oral na qualidade de vida do indivíduo desdentado ($n=319$).

Dimensão	Caraterização Urbana	Média	p
OHIP-EDENT-PT LF	Urbana	151.48	0.032
	Rural	174.13	
OHIP-EDENT-PT DF	Urbana	147.18	0.001
	Rural	181.26	
OHIP-EDENT-PT DP	Urbana	155.84	0.291
	Rural	166.90	
OHIP-EDENT-PT IF	Urbana	154.85	0.195
	Rural	168.54	
OHIP-EDENT-PT IP	Urbana	159.89	0.977
	Rural	160.18	
OHIP-EDENT-PT IS	Urbana	158.87	0.750
	Rural	161.88	
OHIP-EDENT-PT D	Urbana	164.67	0.208
	Rural	152.26	
OHIP-EDENT-PT	Urbana	153.28	0.093
	Rural	171.15	

As diferenças de médias de entre as regiões urbana e rural, relativamente à OHIP-EDENT-PT LF ($U=10244.000$, $p=0.032$) e à OHIP-EDENT-PT DF ($U=9389.000$, $p=0.001$), são estatisticamente significativas. A comparação das médias indica que é na região rural que se verifica uma maior limitação e Dor Física no indivíduo desdentado.

Tabela 16 – Relação entre caracterização urbana e satisfação protética ($n=319$).

Dimensão	Caraterização Urbana	Média	p
QSP-Maxilar	Urbana	154.08	0.139
	Rural	169.81	
QSP-Mandibular	Urbana	156.88	0.436
	Rural	165.18	
QSP	Urbana	154.30	0.155
	Rural	169.45	

Não se registam diferenças estatisticamente significativas entre a região urbana e rural em qualquer uma das dimensões do instrumento.

3.5.2. Variáveis relacionadas com cuidados de saúde oral

Esta segunda secção expõe os resultados obtidos através da análise estatística inferencial, relacionando as variáveis referentes a cuidados de saúde oral com a auto-perceção da condição oral reportada a partir dos instrumentos abordados neste estudo. Foram utilizados o teste Mann-Whitney, para testar diferenças entre duas variáveis contínuas independentes e o teste Kruskal-Wallis, semelhante ao anterior, mas que permite a comparação entre mais do que dois grupos.

Relativamente à variável *Data da última visita ao Médico Dentista* os resultados obtidos foram os seguintes (Tabelas 17, 18 e 19):

Tabela 17 – Relação entre a *Data da última visita ao Médico Dentista* e o impacto da saúde oral na qualidade de vida ($n=598$).

Dimensões	Menos de 1	Entre 1 a 3	Mais de 3	Nunca	p
	ano	anos	anos		
	Média				
OHIP-PT LF	280.58	329.29	328.37	279.23	0.011
OHIP-PT DF	294.58	329.46	289.69	279.64	0.254
OHIP-PT DP	300.68	309.99	291.48	253.14	0.682
OHIP-PT IF	278.93	327.13	331.48	316.73	0.006
OHIP-PT IP	294.88	311.46	303.96	279.32	0.792
OHIP-PT IS	291.65	303.03	319.29	286.18	0.401
OHIP-PT D	292.99	308.17	317.41	215.05	0.166
OHIP-PT	288.39	325.57	310.64	271.82	0.194

A partir da análise estatística inferencial, podemos concluir que a diferença de médias relativa à OHIP-PT LF ($H(3)=11.162$, $p=0.011$) e à OHIP-PT IF ($H(3)=12.326$, $p=0.006$), observada entre os grupos, é estatisticamente significativa. Constatamos também que é nos indivíduos que afirmam que a sua última consulta Médico-Dentária ocorreu “*Entre 1 a 3 anos*” que se

Adaptação para a população portuguesa de instrumentos de avaliação do impacto da saúde oral na qualidade de vida

verifica uma maior limitação física. Ademais, é possível depreender ainda que é nos indivíduos cuja última visita ao Médico Dentista ocorreu há mais de três anos que se verifica uma maior Incapacidade Física.

Tabela 18 – Relação entre a *Data da última visita ao Médico Dentista* e o impacto da saúde oral na qualidade de vida do indivíduo desdentado ($n=319$).

Dimensões	Menos de 1 ano	Entre 1 a 3 anos	Mais de 3 anos	Nunca	<i>p</i>
	Média				
OHIP-EDENT-PT LF	154.69	167.22	168.93	7.50	0.215
OHIP-EDENT-PT DF	154.25	176.63	161.69	14.00	0.147
OHIP-EDENT-PT DP	163.26	166.23	147.18	106.00	0.503
OHIP-EDENT-PT IF	153.16	166.85	172.71	32.00	0.191
OHIP-EDENT-PT IP	158.19	174.00	153.56	61.50	0.354
OHIP-EDENT-PT IS	155.53	163.77	168.66	95.00	0.548
OHIP-EDENT-PT D	156.48	166.23	164.32	83.00	0.648
OHIP-EDENT-PT	156.03	173.31	160.29	6.00	0.216

Não se registam diferenças estatisticamente significativas entre grupos em qualquer uma das dimensões do instrumento.

Tabela 19 – Relação entre a *Data da última visita ao Médico Dentista* e a satisfação protética ($n=319$).

Dimensões	Menos de 1 ano	Entre 1 a 3 anos	Mais de 3 anos	Nunca	<i>p</i>
	Média				
QSP-Maxilar	160.11	160.69	160.73	42.00	0.648
QSP-Mandibular	153.25	168.53	170.41	75.50	0.348
QSP	155.52	166.68	166.96	36.00	0.393

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos em qualquer uma das dimensões do instrumento.

No que concerne ao *Motivo usual para a visita ao Médico Dentista*, os resultados obtidos foram os seguintes (Tabelas 20, 21 e 22):

Tabela 20 – Relação entre o motivo usual da consulta Médico-Dentária e o impacto da saúde oral na qualidade de vida ($n=598$).

Dimensões	Rotina	Dor	Prótese	Nunca Visita	p
	Média				
OHIP-PT LF	247.39	335.77	353.07	278.53	<0.001
OHIP-PT DF	276.66	338.95	300.77	277.19	0.004
OHIP-PT DP	276.63	326.60	315.98	249.31	0.009
OHIP-PT IF	246.29	325.28	363.40	298.59	<0.001
OHIP-PT IP	273.04	343.02	303.52	270.00	0.001
OHIP-PT IS	279.06	332.80	302.44	281.47	0.009
OHIP-PT D	280.86	337.42	298.82	241.56	0.004
OHIP-PT	259.13	340.32	329.95	266.91	<0.001

A diferença de médias entre os grupos relativamente à OHIP-PT é estatisticamente significativa ($H(3)=28.830$, $p<0.001$). A comparação das médias demonstra que são os indivíduos que referem dor como motivo da consulta Médico-Dentária, que apresentam maior Dor Física ($H(3)=13.199$, $p=0.004$), Desconforto Psicológico ($H(3)=11.514$, $p=0.009$), Incapacidade Psicológica ($H(3)=17.424$, $p=0.001$), Incapacidade Social ($H(3)=11.462$, $p=0.009$) e Desvantagem ($H(3)=13.305$, $p=0.004$). Constatamos também que os sujeitos que se dirigem ao Médico Dentista devido a problemas protéticos apresentam maior Limitação Funcional ($H(3)=46.732$, $p<0.001$) e Incapacidade Física ($H(3)=50.799$, $p<0.001$).

Tabela 21 – Relação entre o motivo usual da consulta Médico-Dentária e o impacto da saúde oral na qualidade de vida do indivíduo desdentado ($n=319$).

Dimensões	Rotina	Dor	Prótese	Nunca Visita	p
	Média				
OHIP-EDENT-PT LF	127.77	172.00	176.71	137.17	<0.001
OHIP-EDENT-PT DF	145.38	190.75	159.66	86.00	0.012
OHIP-EDENT-PT DP	154.66	179.68	157.50	97.50	0.205
OHIP-EDENT-PT IF	134.22	169.40	174.07	108.33	0.004
OHIP-EDENT-PT IP	148.02	186.70	158.78	120.50	0.056
OHIP-EDENT-PT IS	150.94	187.75	157.02	95.00	0.020
OHIP-EDENT-PT D	160.00	184.62	151.65	131.67	0.086
OHIP-EDENT-PT	141.34	183.11	164.78	97.17	0.023

A diferença de médias entre os grupos relativamente à OHIP-EDENT-PT é estatisticamente significativa ($H(3)=9.537$, $p=0.023$). A comparação das médias demonstra que são os indivíduos que referem dor como motivo da consulta Médico-Dentária, que apresentam maior Dor Física ($H(3)=10.921$, $p=0.012$) e Incapacidade Social ($H(3)=9.866$, $p=0.020$). Verificamos também que os sujeitos que se dirigem ao Médico Dentista devido a problemas protéticos apresentam maior Limitação Funcional ($H(3)=18.925$, $p<0.001$) e Incapacidade Física ($H(3)=13.339$, $p=0.004$).

Tabela 22 – Relação entre o motivo usual da consulta Médico-Dentária e a satisfação protética ($n=319$).

Dimensões	Rotina	Dor	Prótese	Nunca Visita	p
	Média				
QSP-Maxilar	141.99	171.68	167.57	146.00	0.115
QSP-Mandibular	131.39	169.26	174.59	179.17	0.002
QSP	133.26	174.05	171.84	169.33	0.006

A diferença de médias entre os grupos relativamente ao QSP é estatisticamente significativa ($H(3)=12.473$, $p=0.006$). Podemos constatar também que apesar de em geral a dor ser a causa de maior insatisfação protética, no que diz respeito à região mandibular, os problemas protéticos são o motivo principal da sua insatisfação ($H(3)=14.425$, $p=0.002$).

Em relação à variável prótese dentária, obtiveram-se os seguintes resultados (Tabela 23):

Tabela 23 – Relação entre possuir ou não prótese dentária e o impacto da saúde oral na qualidade de vida ($n=598$).

Dimensão	Prótese Dentária	Média	<i>p</i>
OHIP-PT LF	Portador	342.15	<0.001
	Não Portador	250.73	
OHIP-PT DF	Portador	320.10	0.002
	Não Portador	275.95	
OHIP-PT DP	Portador	317.05	0.007
	Não Portador	279.43	
OHIP-PT IF	Portador	349.15	<0.001
	Não Portador	242.73	
OHIP-PT IP	Portador	314.90	0.018
	Não Portador	281.89	
OHIP-PT IS	Portador	311.64	0.047
	Não Portador	285.62	
OHIP-PT D	Portador	320.77	0.001
	Não Portador	275.18	
OHIP-PT (49)	Portador	332.37	<0.001
	Não Portador	261.92	

A diferença de médias entre ser portador de prótese dentária ou não, relativamente à OHIP-PT, é estatisticamente significativa ($U=34014.500$, $p<0.001$). A comparação das médias demonstra que é nos indivíduos portadores de prótese dentária que se verifica um maior impacto da saúde oral na sua qualidade de vida. Analisando cada uma das dimensões do instrumento verificamos que esse impacto se verifica em todas as dimensões do instrumento: limitação física ($U=30894.000$, $p<0.001$), Dor Física ($U=37929.000$, $p=0.002$), Desconforto Psicológico ($U=38901.500$, $p=0.007$),

Adaptação para a população portuguesa de instrumentos de avaliação do impacto da saúde oral na qualidade de vida

Incapacidade Física ($U=28663.000$, $p<0.001$), Incapacidade Psicológica ($U=39587.000$; $p=0.018$), Incapacidade Social ($U=40627.000$, $p=0.047$) e Desvantagem ($U=37715.000$, $p=0.001$).

3.5.3. Variáveis relacionadas com a auto-perceção e autoavaliação da saúde oral

Nesta última secção são expostos os resultados da análise estatística inferencial, correlacionando as variáveis subjetivas em estudo com a auto-perceção da condição oral reportada a partir dos instrumentos abordados neste trabalho. Para o efeito, mais uma vez, foram utilizados o teste Mann-Whitney e o teste Kruskal-Wallis. No que diz respeito à forma como o sujeito classifica a sua saúde oral, os resultados obtidos foram os seguintes (Tabelas 24, 25 e 26):

Tabela 24 – Relação entre a classificação da saúde oral e o impacto da saúde oral na qualidade de vida ($n=598$).

Dimensões	Má	Razoável	Boa	Muito Boa	p
		Média			
OHIP-PT LF	466.45	349.88	240.68	184.08	<0.001
OHIP-PT DF	439.50	347.72	242.91	206.28	<0.001
OHIP-PT DP	442.95	346.65	240.59	217.66	<0.001
OHIP-PT IF	425.11	337.03	251.42	230.03	<0.001
OHIP-PT IP	438.99	339.60	240.82	250.92	<0.001
OHIP-PT IS	399.95	318.55	261.42	290.65	<0.001
OHIP-PT D	423.97	327.18	254.07	263.39	<0.001
OHIP-PT	463.09	349.07	235.88	210.09	<0.001

A diferença de médias entre os grupos relativamente à OHIP-PT é estatisticamente significativa ($H(3)=110.959$, $p<0.001$). A comparação das

médias demonstra que são os indivíduos que classificam a sua saúde oral como sendo “Má”, que apresentam maior Limitação Funcional ($H(3)=119.406$, $p<0.001$), Dor Física ($H(3)=93.396$, $p<0.001$), Desconforto Psicológico ($H(3)=93.523$, $p<0.001$), Incapacidade Física ($H(3)=65.240$, $p<0.001$), Incapacidade Psicológica ($H(3)=79.176$, $p<0.001$), Incapacidade Social ($H(3)=35.867$, $p<0.001$) e Desvantagem ($H(3)=53.109$, $p<0.001$).

Tabela 25 – Relação entre a classificação da saúde oral e o impacto da saúde oral na qualidade de vida do indivíduo desdentado ($n=319$).

Dimensões	Má	Razoável	Boa	Muito Boa	p
	Média				
OHIP-EDENT-PT LF	252.37	185.84	127.07	92.86	<0.001
OHIP-EDENT-PT DF	238.41	190.32	121.08	107.09	<0.001
OHIP-EDENT-PT DP	232.35	181.88	127.98	126.00	<0.001
OHIP-EDENT-PT IF	218.96	174.62	137.81	132.04	<0.001
OHIP-EDENT-PT IP	235.30	179.98	129.36	127.46	<0.001
OHIP-EDENT-PT IS	202.74	169.40	141.62	155.96	0.002
OHIP-EDENT-PT D	191.20	173.86	137.42	160.52	0.001
OHIP-EDENT-PT	242.65	188.04	121.10	115.36	<0.001

A diferença de médias entre os grupos relativamente à OHIP-EDENT-PT é estatisticamente significativa ($H(3)=60.286$, $p<0.001$). A comparação das médias indica que são os indivíduos que classificam a sua saúde oral como sendo “Má”, que apresentam maior Limitação Funcional ($H(3)=65.829$, $p<0.001$), Dor Física ($H(3)=63.992$, $p<0.001$), Desconforto Psicológico ($H(3)=42.323$, $p<0.001$), Incapacidade Física ($H(3)=23.121$, $p<0.001$), Incapacidade Psicológica ($H(3)=41.893$, $p<0.001$), Incapacidade Social ($H(3)=14.379$, $p=0.002$) e Desvantagem ($H(3)=15.497$, $p=0.001$).

Tabela 26 – Relação entre a classificação da saúde oral e a satisfação protética ($n=319$).

Dimensões	Má	Razoável	Boa	Muito Boa	p
	Média				
QSP-Maxilar	208.41	191.88	126.07	101.84	<0.001
QSP-Mandibular	161.26	189.41	135.53	112.23	<0.001
QSP	191.33	195.08	126.11	99.04	<0.001

A diferença de médias entre os grupos é estatisticamente significativa. A comparação das médias indica que são os indivíduos que classificam a sua saúde oral como sendo “Má”, que apresentam maior insatisfação protética a nível maxilar ($H(3)=51.645$, $p<0.001$). Em contrapartida, os sujeitos que reportam a sua saúde oral como sendo “Razoável” apresentam uma maior insatisfação protética geral ($H(3)=52.589$, $p<0.001$) e relativamente à região mandibular ($H(3)=31.047$, $p<0.001$).

Por fim, relativamente à necessidade de tratamento Médico-Dentário, os resultados obtidos foram os seguintes (Tabelas 27, 28 e 29):

Tabela 27 – Relação entre a necessidade de tratamento Médico-Dentário e o impacto da saúde oral na qualidade de vida ($n=598$).

Dimensão	Necessidade de Tratamento	Média	p
OHIP-PT LF	Sim	337.24	<0.001
	Não	249.77	
OHIP-PT DF	Sim	334.48	<0.001
	Não	253.40	
OHIP-PT DP	Sim	339.66	<0.001
	Não	246.58	
OHIP-PT IF	Sim	320.71	0.001
	Não	271.55	
OHIP-PT IP	Sim	329.64	<0.001
	Não	259.78	
OHIP-PT IS	Sim	312.63	0.021
	Não	282.20	
OHIP-PT D	Sim	318.47	0.001
	Não	274.51	
OHIP-PT (49)	Sim	336.62	<0.001
	Não	250.59	

A diferença de médias entre afirmar necessitar de tratamento Médico-Dentário ou não, no que concerne à OHIP-PT, é estatisticamente significativa ($U=31240.500$, $p<0.001$). A comparação das médias demonstra que é nos indivíduos que afirmam necessitar de tratamento Médico-Dentário que se verifica um maior impacto da saúde oral na sua qualidade de vida, em todas as dimensões (limitação física: $U=31029.500$, $p<0.001$, Dor Física: ($U=31967.000$, $p<0.001$, Desconforto Psicológico: $U=30206.000$, $p<0.001$, Incapacidade Física: $U=36648.000$, $p=0.001$, Incapacidade Psicológica: $U=33612.500$, $p<0.001$, Incapacidade Social: $U=39395.500$, $p=0.021$ e Desvantagem: $U=37411.500$, $p=0.001$).

Tabela 28 – Relação entre a necessidade de tratamento Médico-Dentário e o impacto da saúde oral na qualidade de vida do indivíduo desdentado ($n=319$).

Dimensão	Necessidade de Tratamento	Média	p
OHIP-EDENT-PT LF	Sim	180.19	<0.001
	Não	132.49	
OHIP- EDENT-PT DF	Sim	177.62	<0.001
	Não	135.99	
OHIP- EDENT-PT DP	Sim	184.26	<0.001
	Não	126.94	
OHIP- EDENT-PT IF	Sim	173.41	0.002
	Não	141.72	
OHIP- EDENT-PT IP	Sim	179.22	<0.001
	Não	133.80	
OHIP- EDENT-PT IS	Sim	169.56	0.015
	Não	146.97	
OHIP- EDENT-PT D	Sim	168.05	0.049
	Não	149.03	
OHIP- EDENT-PT	Sim	182.35	<0.001
	Não	129.54	

A diferença de médias entre afirmar necessitar de tratamento Médico-Dentário ou não, no que concerne à OHIP-EDENT-PT, é estatisticamente significativa ($U=8307.500$, $p<0.001$) no que se refere ao indivíduo desdentado. A comparação das médias demonstra que é nos indivíduos desdentados que afirmam necessitar de tratamento Médico-Dentário que se

verifica um maior impacto da saúde oral na sua qualidade de vida, em todas as dimensões (limitação física: $U=8705.500$, $p<0.001$, Dor Física: ($U=9178.000$, $p<0.001$, Desconforto Psicológico: $U=7957.000$, $p<0.001$, Incapacidade Física: $U=9952.000$, $p=0.002$, Incapacidade Psicológica: $U=8883.500$, $p<0.001$, Incapacidade Social: $U=10660.500$, $p=0.015$ e Desvantagem: $U=10939.000$, $p=0.049$).

Tabela 29 – Relação entre necessidade de tratamento Médico-Dentário e satisfação protética ($n=319$).

Dimensão	Necessidade de Tratamento	Média	p
QSP-Maxilar	Sim	179.12	<0.001
	Não	133.94	
QSP-Mandibular	Sim	172.20	0.006
	Não	143.37	
QSP	Sim	177.50	<0.001
	Não	136.15	

A diferença de médias, relativa ao QSP, observada entre os grupos, é estatisticamente significativa ($U=9200.500$, $p<0.001$). O mesmo se verificou no que diz respeito à QSP-Maxilar ($U=8901.500$, $p<0.001$) e à QSP-Mandibular ($U=10174.500$, $p=0.006$). Assim, a comparação das médias demonstra que é nos indivíduos que afirmam necessitar de tratamento Médico-Dentário que se verifica uma maior insatisfação protética.

4. Discussão

Este estudo é o primeiro a examinar as propriedades psicométricas da versão portuguesa da *Oral Health Impact Profile-49* e da sua versão reduzida (OHIP-14), da *Oral Health Impact Profile for assessing HRQoL in Edentulous Adults* e do *Denture Satisfaction Questionnaire*. Este tipo de estudo é necessário, dado que este se apresenta como o primeiro passo no estabelecimento de uma base científica para a introdução e utilização deste tipo de instrumentos na nossa população.

No que diz respeito aos resultados descritivos deste estudo, verificámos que se registou um maior impacto da saúde oral, na população em geral, nas dimensões Limitação Funcional (9.85 ± 6.32) e Dor Física (9.29 ± 6.11), quando aplicada a escala OHIP-PT. Por outro lado, os resultados da escala OHIP-14-PT, demonstraram um maior impacto ao nível da Dor Física (2.39 ± 1.68) e Desconforto Psicológico (1.78 ± 1.90). No indivíduo desdentado, os resultados da escala OHIP-EDENT-PT, relevaram que as dimensões mais afetadas pela condição oral foram a Dor Física (5.11 ± 3.31) e a Limitação Funcional (4.94 ± 2.57). Por conseguinte, estes resultados poderiam levar-nos a depreender que a condição oral afeta de modo semelhante a qualidade de vida dos indivíduos, quer estes sejam dentados ou não. Contudo, dado que o número de dentes não foi objeto de estudo no nosso trabalho, a interpretação destes resultados deve ser feita com a devida precaução, não sendo possível afirmar, de forma taxativa, que de facto a condição oral afeta de forma similar a qualidade de vida dos sujeitos, quer estes sejam dentados ou não. No que se refere à satisfação protética, aferida pelo QSP, os resultados revelaram uma cotação média superior para a arcada maxilar (15.33 ± 7.28), relativamente à arcada mandibular (14.25 ± 7.94), resultados que se opõem à evidência científica disponível (Attard *et al.*, 2006). No entanto, mais uma vez, estes valores devem ser interpretados com

precaução. Dado que o QSP foi aplicado na sua totalidade a todos os indivíduos portadores de prótese dentária, estes resultados poderão apenas indicar que, na nossa amostra, o número de sujeitos portadores de prótese dentária mandibular era menor que o número de indivíduos com prótese dentária maxilar. Desta forma, existindo um maior número de itens cotados como 0 (“*Não Aplicável*”), relativos à arcada mandibular, este facto poderá ter conduzido a uma cotação média inferior.

Relativamente aos dados sociodemográficos, neste estudo destaca-se a predominância do sexo feminino (64.05%). Por outro lado, salienta-se o equilíbrio no que diz respeito à percentagem relativa de elementos de ambos os sexos em cada grupo etário. No que concerne à caracterização urbana do local de residência destaca-se também um grande equilíbrio percentual relativo entre sexos e grupos etários. Ademais, foi possível verificar que as variáveis referentes aos cuidados de saúde oral e à auto-perceção e autoavaliação da condição oral eram independentes do sexo. Em contrapartida, verificou-se uma dependência das variáveis relacionadas com os cuidados de saúde oral em relação à idade. Assim, foi possível constatar que os idosos recorrem com menor regularidade à consulta Médico-Dentária e que o fazem essencialmente por problemas protéticos. Para além disso, os dados do presente estudo demonstram a dependência da variável necessidade de tratamento médico-dentário relativamente à idade, dado que um maior número de idosos afirma não necessitar de tratamento do que seria expectável se as variáveis fossem independentes.

No que se refere aos objetivos principais deste trabalho, que passavam pela adaptação dos instrumentos para a população Portuguesa, as quatro versões obtidas revelaram-se adequadas à população em estudo. Relativamente às suas propriedades psicométricas, todos os instrumentos apresentaram coeficientes α de Cronbach totais elevados (>0.90) (Murphy & Davidsholder,

1988), sendo estes valores sobreponíveis às dos vários estudos de validação realizados até à data (Tabela 30, 31 e 32, Anexo II). Contudo, os coeficientes α de Cronbach inferiores a 0.70, registados para a dimensão Dor Física (0.55), na escala OHIP-14-PT, e para a dimensão Limitação Funcional (0.61), na escala OHIP-EDENT-PT, desaconselham a sua utilização como escalas independentes. No que diz respeito à correlação item-total, todos os itens em estudo revelaram uma adequada capacidade discriminante (>0.30) (Wilmut, 1975). No que concerne à confiabilidade teste-reteste (às duas semanas), os coeficientes de ICC totais apresentaram um valor de 0.99, considerado excelente, para os quatro instrumentos em estudo (Shrout & Fleiss, 1979). Por conseguinte, verificaram-se valores de precisão bastante robustos para os quatro instrumentos em estudo.

A validade de critério concorrente das escalas OHIP foi avaliada pela associação estatisticamente significativa ($p<0.001$) entre o número de impactos funcionais e psicológicos e a autoavaliação da saúde oral. No que diz respeito à validade de constructo dos instrumentos, os resultados foram díspares. O modelo estrutural da escala OHIP-PT apresentou índices de ajustamento sofríveis ($\chi^2/gf=4.015$, GFI=0.757, CFI=0.839, RMSEA=0.074), ao passo que os índices de ajustamento das escalas OHIP-14-PT e OHIP-EDENT-PT revelaram índices de ajustamento bons e muitos bons ($\chi^2/gf=1.973$, GFI=0.974, CFI=0.988, RMSEA=0.040 e $\chi^2/gf=1.653$, GFI=0.933, CFI=0.977, RMSEA=0.045, respetivamente) (Marôco, 2010). Desta forma, para a avaliação do impacto da saúde oral na qualidade de vida, aconselha-se a utilização da escala OHIP-14-PT, para a população geral, e da OHIP-EDENT-PT, para o indivíduo desdentado. Relativamente ao QSP, a AFE relevou a existência de dois fatores (Satisfação Protética Maxilar e Satisfação Protética Mandibular), constituídos por sete itens cada. É possível verificar que dois itens (itens 9 e 12) se repetem, fazendo parte de

ambos os fatores. Tal facto deve-se aos valores de saturação apresentados serem relativamente próximos e do ponto de vista teórico serem indissociáveis, apesar de, no entanto, possuírem uma relação mais forte com a arcada superior.

Concomitantemente, este estudo pretendeu também, avaliar o impacto de algumas variáveis sobre a autoperceção e autoavaliação que o sujeito faz da sua condição oral (objetivos complementares). Os resultados encontrados no nosso estudo revelaram que os indivíduos, de maneira geral, fizeram uma avaliação positiva da sua saúde oral. Além disso, foi possível aferir que aqueles que retrataram a sua saúde oral como sendo “*Má*” apresentaram um maior impacto na sua qualidade de vida, em todas as sete dimensões. Por outro lado, verificou-se que os sujeitos que apresentavam uma maior insatisfação em relação à sua prótese dentária mandibular, classificaram a sua saúde oral como sendo “*Razoável*”. Estes resultados levam-nos a depreender que os indivíduos tendem a ver os seus problemas protéticos como algo normal, dada a sua condição de desdentados.

No que diz respeito ao recurso a tratamento médico-dentário, mais de metade dos participantes (56.86%) no nosso estudo referiu ter necessidade. Esta proporção é superior à encontrada em estudos recentes no Sri Lanka (Ekanayake & Perera, 2003), EUA (Slaughter & Taylor, 2005) e Brasil (Martins *et al.*, 2008). Tendo em conta as diferenças nas políticas de saúde e realidades culturais, estes resultados captam as necessidades relatadas pelos sujeitos e fornecem dados complementares ao exame clínico, possibilitando uma visão integral do doente. Este aspeto reveste-se de grande importância no planeamento de ações de promoção de saúde oral, de modo a que estas possam ser efetivas, indo de encontro às necessidades das populações (da Silva & Castellanos, 2001). De facto, neste estudo, apesar dos participantes terem feito uma avaliação positiva da sua condição

oral, verificamos que a maioria reconheceu a necessidade de recorrer ao Médico Dentista para tratamento. A auto-percepção da necessidade de tratamento demonstra em parte, o impacto da doença sobre os sujeitos, evidenciando o grau de desvantagem e disfunção decorrentes da sua condição de saúde, assim como das percepções e atitudes dos mesmos perante essa situação (Sheiham *et al.*, 1982; Gift *et al.*, 1998). De modo geral, as pessoas dão maior relevância aos sintomas e impactos funcionais e psicossociais das doenças orais do que aos sinais visíveis da doença (Cushing *et al.*, 1986). Um elemento relevante no que à auto-percepção da necessidade de tratamento diz respeito é a utilização de serviços dentários. Estudos demonstraram que a auto-percepção é influenciada pela utilização de serviços, sendo maior entre os que recorrem aos serviços médico-dentários (Gilbert *et al.*, 1994; Adams *et al.*, 1997; Atchison & Dubin, 2003). Nos países que possuem serviços públicos de Medicina Dentária, os estudos sobre auto-percepção são realizados com o objetivo de identificar os sujeitos que necessitam de encaminhamento e de proceder à avaliação dos tratamentos recebidos (Petersen & Yamamoto, 2005). No nosso país, onde a oferta de serviços públicos médico-dentários é praticamente inexistente, os estudos sobre esta temática podem ser importantes do ponto de vista educativo, dado que as questões relativas ao autodiagnóstico e autocuidado podem fornecer dados importantes sobre a necessidade de intervenção nesta área. Assim, seria possível melhorar a capacidade de as pessoas realizarem o seu autoexame oral, de modo a que pudessem identificar precocemente sinais e sintomas não dolorosos de patologias orais várias, associando-os à necessidade de tratamento médico-dentário.

Por fim, gostaríamos de salientar que a validação de um instrumento psicométrico é um processo contínuo e não um ato isolado. Desta forma, interpretamos o nosso estudo como um contributo inicial de introdução destes

instrumentos na realidade portuguesa, esperando que outros estudos de validação complementares venham a ser realizados, utilizando diferentes metodologias e contextos sociodemográficos, bem como incluindo doentes com distintos perfis médico-dentários. Relativamente à amostra em estudo, consideramos que a sua heterogeneidade, dado que inclui indivíduos de diversas faixas etárias e com diferentes perfis médico-dentários, lhe confere uma mais valia, dado tratar-se de um estudo de validação, no qual se pretende suportar a possibilidade de utilizar estes instrumentos em diferentes contextos. Quanto à sua dimensão, esta é sobreponível à de outros estudos realizados com vista à validação destes instrumentos noutras populações.

Parte III – Conclusões

Para a realização de uma adequada avaliação das necessidades médico-dentárias do doente e estabelecimento de um plano de tratamento apropriado, bem como para uma maior previsibilidade das diferentes opções terapêuticas, é importante reconhecer a percepção que o sujeito tem da sua saúde oral (Locker, 1988). Assim, a primeira etapa para alcançar esse resultado, após adequada conceptualização do conceito, passa pela sua mensuração.

No presente estudo procedeu-se à adaptação cultural e linguística, bem como validação dos instrumentos OHIP-49, OHIP-14, OHIP-EDENT e DSQ, para Português, de acordo com as normas vigentes. A versão obtida após o processo de tradução e adaptação revelou-se adequada às necessidades da população em estudo, possuindo linguagem simples e interpretação fácil. Ademais, as propriedades psicométricas apresentadas por todos os instrumentos foram bastante robustas. Contudo, o estudo apresentou algumas limitações. A definição da amostra pode ser considerada um fator limitante na medida em que foi obtida por conveniência, permitindo considerar os resultados encontrados apenas para a população em questão. Para além disso, a dimensão do questionário, exigindo um tempo relativamente elevado para a sua realização, poderá ter sido um entrave à participação de mais sujeitos.

Ainda assim, estes instrumentos ficam disponíveis nas comunidades clínica e científica Portuguesa, para a sua utilização tanto em contexto de investigação, quanto na prática clínica diária. Acreditamos que a disponibilidade destes instrumentos irá contribuir para o aprofundamento do estudo do impacto da saúde oral na qualidade de vida em Portugal, e esperamos que, nesta era de biomimetismo e estética exacerbados, possa

motivar os profissionais de saúde oral a direcionarem o plano de tratamento reabilitador para as reais necessidades do doente, produzindo assim, de facto, um impacto positivo na sua qualidade de vida.

Como implicações futuras, pensamos que este estudo poderá servir de base à introdução destes instrumentos na prática clínica diária, tornando-se em mais uma ferramenta ao dispor do Médico Dentista no estabelecimento de um plano de reabilitação adequado às necessidades do doente. Concomitantemente, tendo em conta possíveis estudos futuros, este trabalho poderá proporcionar a validação destes instrumentos na população desdentada portadora de prótese total, antes e após a sua reabilitação protética, quer seja por meio de prótese dentária convencional, quer por prótese dentária implanto-suportada.

Bibliografia

- Abreu, J.M.; Figueiredo, J.P. (2014). Patologia estomatológica e envelhecimento. In: Veríssimo, M. T. – *Geriatria fundamental*. Lisboa: LIDEL Edições Técnicas.
- Adams, T.; Freeman, R.; Gelbier, S.; Gibson, B. (1997). Accessing primary dental care in three London boroughs. *Community Dental Health*, 14 (2), 108-112.
- Alfadda, S.A.; Attard, N.J.; David, L.A. (2009). Five-year clinical results of immediately loaded dental implants using mandibular overdentures. *International Journal of Prosthodontics*, 22 (4), 368-373.
- Al-Jundi, M.A.; Szentpétery, A.; John, M.T. (2007). An Arabic version of the Oral Health Impact Profile: translation and psychometric properties. *International Dental Journal*, 57 (2), 84-92.
- Allen, P.F.; Locker, D. (1997). Do item weights matter? An assessment using oral health impact profile. *Community Dental Health*, 14 (3), 133-138.
- Allen, P.F.; Locker, D. (2002). A modified short version of the Oral Health Impact Profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. *International Journal of Prosthodontics*, 15 (5), 446-450.
- Allen, P.F. (2003). Assessment of oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 40.
- Allen, P.F.; McMillan A.S. (2003). A longitudinal study of quality of life outcomes in older adults requesting implant prostheses and complete removable dentures. *Clinical Oral Implants Research*, 14 (2), 173-179.
- Allison, P.; Locker, D.; Jokovic, A.; Slade, G. (1999). A cross-cultural study of oral health values. *Journal of Dental Research*, 78 (2), 643-649.
- American Psychological Association. (2002). American Psychological Association ethical principles of psychologists and code of conduct. Acedido em Junho 07, 2015, em <http://www.apa.org/ethics/code2002.html>.
- Atchison, K.A.; Dubin, L.F. (2003). Understanding health behavior and perceptions. *Dental Clinics of North America*, 47 (1), 21-39.
- Attard, N.J.; Laporte, A.; Locker, D.; Zarb, G.A. (2006). A prospective study on immediate loading of implants with mandibular overdentures: patient-mediated and economic outcomes. *International Journal of Prosthodontics*, 19 (1), 67-73.
- Attard, N.J.; Diacono, M. (2010). Early loading of fixture original implants with mandibular overdentures – a preliminar report on a prospective study. *International Journal of Prosthodontics*, 23 (6), 507-512.
- Awad, M.A.; Rashid, F.; Feine, J.S.; Overdenture Effectiveness Study Team Consortium. (2014). The effect of mandibular 2-implant overdentures on oral health-related quality of life: an international multicentre study. *Clinical Oral Implants Research*, 25 (1), 46-51.

- Bae, K.H.; Kim, H.D.; Jung, S.H.; Park, D.Y.; Kim, J.B.; Paik, D.I.; Chung, S.C. (2007). Validation of the Korean version of the oral health impact profile among Korean elderly. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35 (1), 73-79.
- Barer, G.M.; Gurevich, K.G.; Smirniagina, V.V.; Fabrikant, E.G. (2007). Validation of Oral Health Impact Profile (OHIP) quality of life questionnaire in Russian patients with evidence of chronic generalized periodontitis. *Stomatologiya (Mosk)*, 86 (5), 27-30.
- Beaton, D.E.; Bombardier, C.; Guillemin, F.; Ferraz, M.B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25 (24), 3186-3191.
- Berkey, D.B.; Scannapieco, F.A. (2013). Medical considerations relating to the oral health of older adults. *Special Care Dentistry Association*, 33 (4), 164-176.
- Bimbashi, V.; Celebić, A.; Islami, A.; Asllani-Hoxha, F.; Petricević, N. (2012). Psychometric properties of the Albanian language version of the OHIP-ALB49 Questionnaire in the Republic of Kosovo. *Collegium Antropologicum*, 36 (4), 1189-1195.
- Brunton, P.A.; Kay, E.J. (2003). Prevention. Part 6: Prevention in the older dentate patient. *British Dental Journal*, 195 (5), 237-241.
- Buss, P.M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), 7-18.
- Calman K.C. (1984). Quality of life in cancer patients – an hypothesis. *Journal of medical ethics*, 10 (3), 124-127.
- Campos, M.O.; Neto, J.F.R. (2008). Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 32 (2), 232-240.
- Canavarro; Simões; Pereira e Pintassilgo (2006). Desenvolvimento do Instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQoL – 100) para português de Portugal. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 27 (1), 15-23.
- Cassolato, S.F.; Turnbull, R.S. (2003). Xerostomia: clinical aspects and treatment. *Gerodontology*, 20 (2), 64-77.
- Castrejón-Pérez, R.C.; Borges-Yáñez, S.A. (2012). Derivation of the short form of the Oral Health Impact Profile in Spanish (OHIP-EE-14). *Gerodontology*, 29 (2), 155-158.
- Cella, D.F.; Tulsky, D.S. (1990). Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology (Hunting)*. 4 (5), 29-38.
- Chwalow, A.J. (1995). Cross-cultural validation of existing quality of life scales. *Patient Education and Counseling*, 26 (1-3), 313-318.
- Ciconelli, R.M. (1997). Tradução para o português e validação de questionário genérico de avaliação da qualidade de vida “Medical outcomes study 36 item short-form health survey (SF36). Tese de Doutorado em Medicina, Faculdade de Medicina – Universidade São Paulo.

- Clinch, J.; Schipper, H. (1993). Quality of life assessment in palliative care. In: Doyle E, D., Hanks, G., Macdonald, N. - *Oxford textbook of palliative medicine*. New York: Editora Oxford University Press.
- Cohen-Carneiro, F.; Rebelo, M.A.; Souza-Santos, R.; Ambrosano, G.M.; Salino, A.V.; Pontes, D.G. (2010). Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (6), 1122-1130.
- Côrte-Real, I.S.; Figueiral, M.H.; Campos, J.C.R. (2011). As doenças orais no idoso – considerações gerais. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 52 (3), 175-180.
- Cotrim, H.M.T.S. (2007). Impacto do cancro colorrectal no doente e cuidadores/ família: Implicações para o cuidar. Tese de doutoramento em ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.
- Couvreur, C. (2001) - *Qualidade de Vida: arte para viver no século XXI*. Loures: Editora Lusociência.
- Cramer, J.A.; Spilker, B. (1998). *Quality of life and pharmacoeconomics: an introduction*. Philadelphia: Lippincott.
- Cushing, A.M.; Sheiham, A.; Maizels, J. (1986). Developing socio-dental indicators – the social impact of dental disease. *Community Dental Health*, 3 (1), 3-17.
- Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2009). *World Population Ageing 2009*. United Nations.
- Ekanayake, L.; Perera, I. (2003). Validation of Sinhalese translation of the Oral Health Impact Profile-14 for use with older adults. *Gerodontology*, 20 (2), 95-99.
- El Osta, N.; Tubert-Jeannin, S.; Hennequin, M.; Bou Abboud Naaman, N.; El Osta, L.; Geahchan, N. (2012). Comparison of the OHIP-14 and GOHAI as measures of oral health among elderly in Lebanon. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 131. doi: 10.1186/1477-7525-10-131.
- Feine, J.S.; Maskawi, K.; de Grandmont, P.; Donohue, W.B.; Tanguay, R.; Lund, J.P. (1994). Within-subject comparisons of implant-supported prostheses: evaluation of masticatory function. *Journal of Dental Research*, 73 (10), 1646-1656.
- Fernandes, M.J.; Ruta, D.A.; Ogden, G.R.; Pitts, N.B.; Ogston, S.A. (2006). Assessing oral health-related quality of life in general dental practice in Scotland: validation of the OHIP-14. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 34 (1), 53-62.
- Ferreira, P.L.; Marques, F.B. (1998). *Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde.

- Ferrel, B.; Grant, M. (1998). Quality of Life and Symptoms; In: King, C., Hinds, P. - *Quality of Life: from nursing and patient perspectives: theory, research and practice*. Boston: Editora Jones and Bartlett publishers, 140-153.
- Fitzpatrick, R.; Fletcher, A.; Gore, S.; Jones, D.; Spiegelhalter, D.; Cox, D. (1992). Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *British Medical Journal*, 305 (6861), 1074-1077.
- Fleck, M.P.A.; Louzada, S.; Xavier, M.; Chachamovich, E.; Vieira, G.; Santos, L.; Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQoL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33 (2), 198-205.
- Furuyama, C.; Takaba, M.; Inukai, M.; Mulligan, R.; Igarashi, Y.; Baba, K. (2012). Oral health-related quality of life in patients treated by implant-supported fixed dentures and removable partial dentures. *Clinical Oral Implants Research*, 23 (8), 958-962.
- Gates, W.D.3rd; Cooper, L.F.; Sanders, A.E.; Reside, G.J.; De Kok, I.J. (2014). The effect of implant-supported removable partial dentures on oral health quality of life. *Clinical Oral Implants Research*, 25 (2), 207-213.
- Gendreau, L.; Loewy, Z.G. (2011). Epidemiology and etiology of denture stomatitis. *Journal of Prosthodontics*, 20 (4), 251-260.
- Gift, H.C.; Reisine, S.T.; Larach, D.C. (1992). The social impact of dental problems and visits. *American Journal of Public Health*, 82 (12), 1663-1668.
- Gift, H.C.; Atchison, K.A.; Drury, T.F. (1998). Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *Journal of Dental Research*, 77 (7), 1529-1538.
- Gilbert, G.H.; Heft, M.W.; Ducan, R.P.; Ringelberg, M.L. (1994). Perceived need for dental care in dentate older adults. *International Dental Journal*, 44 (2), 145-152.
- Gill, T.M.; Feinstein, A.R. (1994). A critical appraisal of quality of quality-of-life measures. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 272, 619-626.
- Gonçalves, D.I.F. (2008). Internet marketing research: the interviewee's perceptions. *Revista de Administração Mackenzie*, 9 (7), 70-88.
- Grant, M.; Riviera, L. (1998). Evolution of Quality of life in oncology and oncology Nursing. In: King, C., Hinds, P. - *Quality of Life: from nursing and patients perspectives: theory, research, practise*. Boston: Editora Jones and Barlett Publishers. 3, 3-17.
- Grover, M.; Vaidyanathan, A.K.; Veeravalli, P.T. (2014). OHRQoL, masticatory performance and crestal bone loss with single-implant, magnet-retained mandibular overdentures with conventional and shortened dental arch. *Clinical Oral Implants Research*, 25 (5), 580-586.
- Guiglia, R.; Musciotto, A.; Compilato, D.; Procaccini, M.; Lo Russo, L.; Ciavarella, D.; Lo Muzio, L.; Cannone, V.; Pepe, I.; D'Angelo, M.; Campisi,

- G. (2010). Aging and oral health: effects in hard and soft tissues. *Current Pharmaceutical Design*, 16 (6), 619-630.
- Guillemin, F.; Bombardier, C.; Beaton, D.E. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 26 (12), 1417-1432.
- Hägglin, C.; Berggren, U.; Hakeberg, M.; Edvardsson, A.; Eriksson, M. (2007). Evaluation of a Swedish version of the OHIP-14 among patients in general and specialist dental care. *Swedish Dental Journal*, 31 (2), 91-101.
- Hair, Jr.J.; Anderson, R.; Tatham, R.; Black, W. (2005). *Análise Multivariada de Dados*. Porto Alegre: Editora Bookman.
- Harris, D.; Höfer, S.; O'Boyle, C.A.; Sheridan, S.; Marley, J.; Benington, I.C.; Clifford, T.; Houston, F.; O'Connell, B. (2013). A comparison of implant-retained mandibular overdentures and conventional dentures on quality of life in edentulous patients: a randomized, prospective, within-subject controlled clinical trial. *Clinical Oral Implants Research*, 24 (1), 96-103.
- He, S.L.; Wang, J.H. (2015). Reliability and validity of a Chinese version of the Oral Health Impact Profile for edentulous subjects. *Quality of Life Research*, 24 (4), 1011-1016.
- Hongxing, L.; List, T.; Nilsson, I.M.; Johansson, A.; Astrøm, A.N. (2014). Validity and reliability of OIDP and OHIP-14: a survey of Chinese high school students. *BioMed Central Oral Health*, 14, 158. doi: 10.1186/1472-6831-14-158.
- Huttner, E.A.; Machado, D.C.; de Oliveira, R.B.; Antunes, A.G.; Hebling, E. (2009). Effects of human aging on periodontal tissues. *Special Care Dentistry Association*, 29 (4), 149-155.
- Ide, R.; Mizoue, T.; Yamamoto, R.; Tsuneoka, M. (2008). Development of a shortened Japanese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP) for young and middle-aged adults. *Community Dental Health*, 25 (1), 38-43.
- Ikebe, K.; Watkins, C.A.; Ettinger, R.L.; Sajima, H.; Nokubi, T. (2004). Application of short-form oral health impact profile on elderly Japanese. *Gerodontology*, 21 (3), 167-176.
- INE. Estudos 2002. (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica socio-económica recente das pessoas idosas. Departamento de Estatísticas Censitárias e de População do INE. *Revista de Estudos Demográficos – 2º Semestre de 2002*, 185-208.
- INE 2011. Acedido em Junho 7, 2015, em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_indicadores.
- Inglehart, M.R.; Bagramian, R.A. (2002). Oral health-related quality of life: an introduction. In: *Oral health-related quality of life*. Chicago: Editora Quintessence Publishing.
- Jabbour, Z.; Emami, E.; de Grandmont, P.; Rompré, P.H.; Feine, J.S. (2012). Is oral health-related quality of life stable following rehabilitation with

- mandibular two-implant overdentures? *Clinical Oral Implants Research*, 23 (10), 1205-1209.
- Jainkittivong, A.; Aneksuk, V.; Langlais, R.P. (2002). Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Diseases*, 8 (4), 218-223.
- Jofre, J.; Castiglioni, X.; Lobos, C.A. (2013). Influence of minimally invasive implant-retained overdenture on patients' quality of life: a randomized clinical trial. *Clinical Oral Implants Research*, 24 (10), 1173-1177.
- John, M.T.; Patrick, D.L.; Slade G.D. (2002). The German version of the Oral Health Impact Profile – translation and psychometric properties. *European Journal of Oral Sciences*, 110 (6), 425-433.
- John, M.T.; Miglioretti, D.L.; LeResche, L.; Koepsell, T.D.; Hujoel, P.; Micheelis, W. (2006). German short forms of the Oral Health Impact Profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 34 (4), 277-288.
- Juniper, E.F.; Guyatt, G.H.; Streiner, D.L.; King, D.R. (1997). Clinical impact versus factor analysis for quality of life questionnaire construction. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50 (3), 233-238.
- Kenig, N.; Nikolovska, J. (2012). Assessing the psychometric characteristics of the Macedonian version of the Oral Health Impact Profile questionnaire (OHIP-MAC49). *Journal of Oral Health and Dental Management*, 11 (1), 29-38.
- Khalifa, N.; Allen, P.F.; Abu-bakr, N.H.; Abdel-Rahman, M.E. (2013). Psychometric properties and performance of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14s-ar) among Sudanese adults. *Journal of Oral Science*, 55 (2), 123-132.
- Kuo, H.C.; Chen, J.H.; Wu, J.H.; Chou, T.M.; Yang, Y.H. (2011). Application of the Oral Health Impact Profile (OHIP) among Taiwanese elderly. *Quality of Life Research*, 20 (10), 1707-1713.
- Kushnir, D.; Zusman, S.P.; Robinson, P.G. (2004). Validation of a Hebrew version of the Oral Health Impact Profile 14. *Journal of Public Health Dentistry*, 64 (2), 71-75.
- Larsson, P.; List, T.; Lundström, I.; Marcusson, A.; Ohrbach, R. (2004). Reliability and validity of a Swedish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-S). *Acta Odontologica Scandinavica*, 62 (3), 147-152.
- Larsson, P.; John, M.T.; Hakeberg, M.; Nilner, K.; List, T. (2014). General population norms of the Swedish short forms of the oral health impact profile. *Journal of Oral Rehabilitation*, 41 (4), 275-281.
- Lawal, F.B.; Taiwo, J.O.; Arowojolu, M.O. (2014). How valid are the psychometric properties of the oral health impact profile-14 measure in adult dental patients in Ibadan, Nigeria? *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 24 (3), 235-242.
- León, S.; Bravo-Cavicchioli, D.; Correa-Beltrán, G.; Giacaman, R.A. (2014). Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) in elderly Chileans. *BioMed Central Oral Health*, 14, 95. doi: 10.1186/1472-6831-14-95.

- León, S.; Bravo-Cavicholi, D.; Giacaman, R.A.; Correa-Beltrán, G.; Albala, C. (2014). Validation of the Spanish version of the oral health impact profile to assess an association between quality of life and oral health of elderly Chileans. *Gerodontology*, doi: 10.1111/ger.12124.
- Liu, J.Y.; Pow, E.H.; Chen, Z.F.; Zheng, J.; Zhang, X.C.; Chen, J. (2012). The Mandarin Chinese shortened version of Oral Health Impact Profile for partially edentate patients with implant-supported prostheses. *Journal of Oral Rehabilitation*, 39 (8), 591-599.
- Locker, D. (1988). Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dental Health*, 5 (1), 3-18.
- Locker, D. (1992). The burden of oral disorders in a population of older adults. *Community Dental Health*, 9 (2), 109-124.
- Locker, D.; Slade G.D. (1993). Oral Health and the quality of life among older adults: The Oral Health Impact Profile. *Journal of the Canadian Dental Association*, 59 (10), 830-844.
- Locker, D. (1995a). Social and psychological consequences of oral disorders. In: Kay, E.J. – *Turning strategy into action*. Manchester: Editora Eden Bianchipress.
- Locker, D. (1995b). Health outcomes of oral disorders. *International Journal of Epidemiology*, 24 (1), 85-89.
- 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 (5), 373-381.
- Lopez, R.; Baelum, V. (2006). Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp). *BioMed Central Oral Health*, 6, 11.
- Maroco, J.; Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), 65-90.
- Marôco, J. (2010). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software & Aplicações*. Pêro Pinheiro: Editora Report Number, Lda.
- Martins, A.M.; Barreto, S.M.; Pordeus, I.A. (2008). Factors associated to self-perceived need of dental care among Brazilian elderly. *Revista Saúde Pública*, 42 (3), 487-496.
- de Mata, C.; McKenna, G.; Burke, F.M. (2011). Caries and the older patient. *Dental Update*, 38 (6), 376-378.
- McCord, F.; Smales, R. (2012). Oral diagnosis and treatment planning: part 7. Treatment planning for missing teeth. *British Dental Journal*, 213 (7), 341-351.
- Mese, H.; Matsuo, R. (2007). Salivary secretion, taste and hyposalivation. *Journal of Oral Rehabilitation*, 34 (10), 711-723.
- van der Meulen, M.J.; John, M.T.; Naeije, M.; Lobbezoo, F. (2008). The Dutch version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-NL): Translation, reliability and construct validity. *BioMed Central Oral Health*, 8, 11.

- Michalos, A.C.; Zumbo, B.D.; Hubley (2000). A. Health and the quality of life: social indicators research. *Social Indicators Research*, Prince George, 51 (3), 245-86.
- Mijiritsky E. (2007). Implants in conjunction with removable partial dentures: a literature review. *Implant Dentistry*, 16 (2), 146-154.
- Montero-Martín, J.; Bravo-Pérez, M.; Albaladejo-Martínez, A.; Hernández-Martín, L.A.; Rosel-Gallardo, E.M. (2009). Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 14 (1), 44-50.
- 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 (4), 314-320.
- Müller, F.; Naharro, M.; Carlsson, G.E. (2007). What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe? *Clinical Oral Implants Research*, 18 (3), 2-14.
- Navabi, N.; Nakhaee, N.; Mirzadeh, A. (2010). Validation of a Persian Version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14). *Iranian Journal of Public Health*, 39 (4), 135-139.
- Nunnally, J.C. (1967) – *Psychometric Theory*. New York: Editora McGraw Hill.
- Offenbacher, S.; Barros, S.P.; Altarawneh, S.; Beck, J.D.; Loewy, Z.G. (2012). Impact of tooth loss on oral and systemic health. *General Dentistry*, 60 (6), 494-500.
- Organização das Nações Unidas. (1982). *Assembleia Mundial sobre envelhecimento: Resolução 37/51*. Viena: ONU.
- Otto, S. (2000). *Enfermagem em oncologia*. 3ª ed. Lisboa: Editora Lusociência.
- Papagiannopoulou, V.; Oulis, C.J.; Papaioannou, W.; Antonogeorgos, G.; Yfantopoulous, J. (2012). Validation of a Greek version of the oral health impact profile (OHIP-14) for the use among adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 7. doi: 10.1186/1477-7525-10-7.
- Paschoal, S.M.P. (2000). Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina - Universidade São Paulo.
- Patrick, D.L.; Bergner, M. (1990). Measurement of health status in the 1990s. *Annual Review of Public Health*, 11, 165-183.
- Pestana, M.H.; Gageiro, J.N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais*. Lisboa: Editora Edições Sílabo.
- 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 (2), 81-92.
- Peterson, R.A. (1994). A meta-analysis of Cronbach's coefficient alpha. *Journal of Consumer Research*, 21 (2), 381-391.

- Petricević, N.; Celebić, A.; Papić, M.; Rener-Sitar, K. (2009). The Croatian version of the Oral Health Impact Profile Questionnaire. *Collegium Antropologicum*, 33 (3), 841-847.
- Pimentel, F.L. (2003). Qualidade de vida do doente oncológico. Tese de candidatura ao grau de Doutor, Faculdade de Medicina - Universidade Porto.
- Pinto, P.A.C. (2009). *Qualidade de vida relacionada com a saúde oral em idosos: Um estudo exploratório*. Acedido Junho 06, 2015, em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2151/1/22284_ulfp034903_tm.pdf.
- Pires, C.P.; Ferraz, M.B.; de Abreu M.H. (2006). Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and validation of the oral health impact profile (OHIP-49). *Brazilian Oral Research*, 20 (3), 263-268.
- Preshaw, P.M.; Walls, A.W.G.; Jakubovics, N.S.; Moynihan, P.J.; Jepson, N.J.A.; Loewy, Z. (2011). Association of removable partial denture use with oral and systemic health. *Journal of Dentistry*, 39 (11), 711-719.
- Pugaca, J.; Urtane, I.; Pirttiniemi, P.; Rogovska, I. (2014). Validation of a Latvian and a Russian version of the Oral Health Impact Profile for use among adults. *Stomatologija – Baltic Dental and Maxillofacial Journal*, 16 (3), 83-86.
- Ravaghi, V.; Farrahi-Avval, N.; Locker, D.; Underwood, M. (2010). Validation of the Persian short version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14). *Oral Health & Preventive Dentistry*, 8 (3), 229-235.
- Reisine, S.T. (1984). Dental disease and work loss. *Journal of Dental Research*, 63 (9), 1158-1161.
- Reisine, S.T.; Fertig, J.; Weber, J.; Leder, S. (1989). Impact of dental conditions on patients' quality of life. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 17, 7-10.
- Rener-Sitar, K.; Petricević, N.; Celebić, A.; Marion, L. (2008). Psychometric properties of Croatian and Slovenian short form of oral health impact profile questionnaires. *Croatian Medical Journal*, 49 (4), 536-544.
- Rener-Sitar, K.; Celebić, A.; Petricević, N.; Papić, M.; Sapundzhiev, D.; Kansky, A.; Marion, L.; Kopac, I.; Zaletei-Kragelj, L. (2009). The Slovenian version of the Oral Health Impact Profile Questionnaire (OHIP-SV): translation and psycometric properties. *Collegium Antropologicum*, 33 (4), 1177-1183.
- Renwick, R.; Brown, I. (1996). The center for health promotion's conceptual approach to quality of fi fe. In: Renwick, R.; Brown, I.; Nagler, M. (Eds.). *Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues and applications*. Thousand Oaks: Sage, 75-86.
- Ribeiro, J.P.L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Editora Climepsi Editores.
- Robinson, P.G.; Gibson, B.; Khan, F.A.; Bimbaum, W. (2003). Validity of two oral health-related quality of life measures. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31 (2), 90-99.

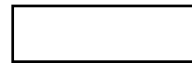
- Rodrigues, M. (2007). Qualidade de vida e satisfação com os cuidados recebidos das doentes com carcinoma da mama em tratamento com quimioterapia por via endovenosa. Dissertação de mestrado em oncologia, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto.
- Santos, C.; Ribeiro, J. (2001). A Qualidade de Vida do Doente Oncológico. *Referência. Revista de Educação e Formação em Enfermagem*, 7, 5-16.
- Santucci, D.; Camilleri, L.; Kobayashi, Y.; Attard, N. (2014). Development of a Maltese version of oral health-associated questionnaires: OHIP-14, GOHAI, and the Denture Satisfaction Questionnaire. *International Journal of Prosthodontics*, 27 (1), 44-49.
- Sato, Y.; Kaiba, Y.; Yamaga, E.; Minakuchi, S. (2012). Reliability and validity of a Japanese version of the Oral Health Impact Profile for edentulous subjects. *Gerodontology*, 29 (2), 1033-1037.
- Saub, R.; Locker, D.; Allison, P.; Disman, M. (2007). Cross-cultural adaptation of the Oral Health Impact Profile (OHIP) for the Malaysian adult population. *Community Dental Health*, 24 (3), 166-175.
- Schmidt, S.; Bullinger, M. (2003). Current issues in cross-cultural quality of life instrument development. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84 (2), 29-34.
- Schmidt, S.; Power, M.; Bullinger, M.; Nosikov, A. (2005). The conceptual relationship between health indicators and quality of life: results from the cross-cultural analysis of the EUROHIS field study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2 (1), 28-49.
- Segù, M.; Collesano, V.; Lobbia, S.; Rezzani, C. (2005). Cross-cultural validation of a short form of the Oral Health Impact Profile for temporomandibular disorders. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33 (2), 125-130.
- Seidl, E.M.; Zannon, C.M. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (2), 580-588.
- Sheiham, A.; Maizels, J.E.; Cushing, A.M. (1982). The concept of need in dental care. *International Dental Journal*, 32 (3), 265-270.
- Shrout, P.E.; Fleiss, J.L. (1979). Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological bulletin*, 86 (2), 420-428.
- da Silva, S.R.; Castellanos Fernandes, R.A. (2001). Self-perception of oral health status by the elderly. *Revista de Saúde Pública*, 35 (4), 349-355.
- Silva, I.M.S.L. (2003). *Qualidade de vida e variáveis psicológicas associadas a sequelas de diabetes e sua evolução ao longo do tempo*. Tese para obtenção do grau de Doutor em Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Skośkiewicz-Malinowska, K.; Kaczmarek, U.; Ziętek, M.; Malicka, B. (2015). Validation of the Polish version of the oral health impact profile-14. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 24 (1), 129-137.
- Slade, G.D.; Spencer, A.J. (1994a). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dental Health*, 11 (1), 3-11.

- Slade, G.D.; Spencer, A.J. (1994b). Social impact of oral disease among older adults. *Australian Dental Journal*, 39 (6), 358-364.
- Slade, G.D. (1996). The Oral Health Impact Profile. In: Slade, G.D. – *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: Department of Dental Ecology, University of North Carolina.
- Slade, G.D.; Spencer, A.J.; Locker, D.; Hunt, R.J.; Strauss, R.P.; Beck, J.D. (1996). Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario and North Carolina. *Journal of Dental Research*, 75 (7), 1439-1450.
- Slade, G.D. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25 (4), 284-290.
- Slaughter, A.; Taylor, L. (2005). Perceptions of dental care need among African-American elders: implications for health promotion. *Special Care in Dentistry*, 25 (3), 158-163.
- Slevin, M.L.; Plant, H.; Lynch, D.; Drinkwater, J.; Gregory, W.M. (1988). Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British Journal of Cancer*, 57 (1), 109-112.
- Slusanschi, O.; Moraru, R.; Garneata, L.; Mircescu, G.; Cuculescu, M.; Preoteasa, E. (2013). Validation of the Romanian version of the short form of the oral health impact profile (OHIP-14) for use in an urban adult population. *Oral Health & Preventive Dentistry*, 11 (3), 235-242.
- Soe, K.K.; Gelbier, S.; Robinson, P.G. (2004). Reliability and validity of two oral health related quality of life measures in Myanmar adolescents. *Community Dental Health*, 21 (4), 306-311.
- Souza, R.F.; Patrocínio, L.; Pero, A.C.; Marra, J.; Compagnoni, M.A. (2007). Reliability and validation of Brazilian version of the Oral Health Impact Profile for assessing edentulous subjects. *Journal of Oral Rehabilitation*, 34 (11), 821-826.
- Stancić, I.; Sojić, L.T.; Jelenković, A. (2009). Adaptation of Oral Health Impact Profile (OHIP-14) index for measuring impact of oral health on quality of life in elderly to Serbian language. *Vojnosanit Pregl*, 66 (7), 511-515.
- Stewart, A.L.; Hays, R.D.; Ware, J.E. Jr. (1988). The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population. *Medical Care*, 26 (7), 724-735.
- Streiner, D.L.; Norman, G.R. (1995). *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. New York: Editora Oxford University Press.
- Stricker, A.; Gutwald, R.; Schmelzeisen, R.; Gellrich, N.G. (2004). Immediate loading of 2 interforaminal dental implants supporting an overdenture: clinical and radiographic results after 24 months. *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*, 19 (6), 868-872.

- Szentpétery, A.; Szabó, G.; Marada, G.; Szántó, I.; John, M.T. (2006). The Hungarian version of the Oral Health Impact Profile. *European Journal of Oral Sciences*, 114 (3), 197-203.
- Walker, A. (2005). *Growing in Europe*. Maidenhead: Editora Open University Press.
- WHO – Process of translation and adaptation of instruments. Acedido Julho 3, 2014, em http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation.
- WHOQoL GROUP (1993). Study protocol for the world health organization project to develop a quality of life assessment instrument (Whoqol). *Quality of life research*. 2, 153-159.
- Wilkin, D.; Hallam, L.; Dogget, M.A. (1994). *Measures of need and outcome for primary health care*. New York: Editora Oxford University Press.
- Wilmot, J. (1975). Objective test analysis: Some criteria for item selection. *Research in Education*, 13, 27-56.
- Wolfart, S.; Moll, D.; Hilgers, R.D.; Wolfart, M.; Kern, M. (2013). Implant placement under existing removable dental prostheses and its effect on oral health-related quality of life. *Clinical Oral Implants Research*, 24 (12), 1354-1359.
- Wong, M.C.; Lo, E.C.; McMillan, A.S. (2002). Validation of a Chinese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP). *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 30 (6), 423-430.
- World Health Organisation (1980). International classification of impairments, disabilities and handicaps. Geneva, *World Health Organisation*.
- Yamazaki, M.; Inukai, M.; Baba, K.; John, M.T. (2007). Japanese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-J). *Journal of Oral Rehabilitation*, 34 (3), 159-168.
- Zembic, A.; Wismeijer, D. (2014). Patient-reported outcomes of maxillary implant-supported overdentures compared with conventional dentures. *Clinical Oral Implants Research*, 25 (4), 441-450.
- Zitzmann, N.U.; Hagmann, E.; Weiger, R. (2007). What is the prevalence of various types of prosthetic dental restorations in Europe? *Clinical Oral Implants Research*, 18 (3), 20-33.

Anexos

Anexo I – Questionário



• U C •

FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Adaptação para a população portuguesa de instrumentos de avaliação do impacto da saúde oral na qualidade de vida

Nome do Participante: _____

Área de Residência (Distrito): _____

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo, que consiste no preenchimento de um **questionário anónimo**, com a duração de aproximadamente **7 minutos**. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre o impacto que a disfunção, o desconforto e a incapacidade atribuídas à condição oral têm na qualidade de vida.

Tendo sido aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), este estudo tem a vantagem de efetuar a avaliação da percepção que o indivíduo tem da sua saúde. Esta avaliação vai permitir um maior conhecimento do estado psicossocial do sujeito, contribuindo para uma melhor informação do Médico Dentista e melhorando assim os cuidados de saúde a prestar aos doentes, uma vez que a avaliação que o doente faz da sua saúde e do impacto que esta representa na sua qualidade de vida é muitas vezes diferente da opinião do profissional de saúde.

Toda a informação fornecida pelo respondente será tratada confidencialmente.

Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.

Assinatura do Participante: _____

Data: __ / __ / ____

Questionário Sociodemográfico

Nesta secção é-lhe pedido que responda a questões relacionadas com variáveis sociodemográficas e relativas à sua condição oral geral

(coloque um círculo em redor da resposta)

1. Idade:

2. Sexo: MASCULINO FEMININO

3. Caracterização urbana do local de residência: URBANA RURAL

4. Data da última visita ao Médico Dentista: MENOS DE 1 ANO ENTRE 1 E 3 ANOS MAIS DE 3 ANOS NUNCA

5. Motivo usual para visita ao Médico Dentista: ROTINA DOR PRÓTESE NUNCA VISITA

6. Possui prótese dentária? SIM NÃO

7. Como classifica a sua saúde oral? MÁ RAZOÁVEL BOA MUITO BOA

8. Pensa que necessita de ir ao Médico Dentista para realizar algum tipo de tratamento? SIM NÃO

Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida

INSTRUÇÕES

QUESTIONÁRIO

Este questionário pergunta de que forma transtornos com os seus dentes, boca ou próteses podem causar-lhe problemas no seu dia-a-dia.

Gostaríamos que completasse este questionário mesmo que possua boa saúde oral.

Gostaríamos ainda de saber com que frequência experienciou cada um dos 49 problemas apresentados, durante o ÚLTIMO ANO.

COMO RESPONDER ÀS QUESTÕES

Cada pergunta, à esquerda na folha, questiona-o sobre um determinado problema dentário.

Deverá pensar sobre cada questão individualmente e colocar um círculo em redor da resposta, que se encontra no lado direito da folha, indicando com que frequência experienciou o problema durante o último ano.

Nas questões 17, 18 e 30, referentes exclusivamente a problemas relacionados com prótese dentária, caso não seja portador deverá assinalar a opção "Não aplicável".

EXEMPLO - *Se sentiu dor MUITAS VEZES na sua boca, deve colocar um círculo em redor da resposta como demonstra o exemplo.*

9. Teve dor na sua boca?

SEMPRE MUITAS VEZES ÀS VEZES QUASE NUNCA NUNCA

Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida

COM QUE FREQUÊNCIA experienciou o problema no ÚLTIMO ANO?

(coloque um círculo em redor da resposta)

- | | | | | | |
|--|--------|--------------|----------|-------------|-------|
| 1. Teve dificuldade a mastigar comida devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses? | SEMPRE | MUITAS VEZES | ÀS VEZES | QUASE NUNCA | NUNCA |
| 2. Teve problemas a pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses? | SEMPRE | MUITAS VEZES | ÀS VEZES | QUASE NUNCA | NUNCA |
| 3. Reparou em algum dente que não lhe pareça bem? | SEMPRE | MUITAS VEZES | ÀS VEZES | QUASE NUNCA | NUNCA |
| 4. Sentiu que a sua aparência foi afectada devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses? | SEMPRE | MUITAS VEZES | ÀS VEZES | QUASE NUNCA | NUNCA |
| 5. Sentiu mau hálito devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses? | SEMPRE | MUITAS VEZES | ÀS VEZES | QUASE NUNCA | NUNCA |
| 6. Sentiu que o seu gosto tenha diminuído devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses? | SEMPRE | MUITAS VEZES | ÀS VEZES | QUASE NUNCA | NUNCA |
| 7. Ficou com comida agarrada aos seus dentes ou próteses? | SEMPRE | MUITAS VEZES | ÀS VEZES | QUASE NUNCA | NUNCA |
| 8. Sentiu que a sua capacidade de fazer a digestão piorou devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses? | SEMPRE | MUITAS VEZES | ÀS VEZES | QUASE NUNCA | NUNCA |
| 9. Teve dor na sua boca? | SEMPRE | MUITAS VEZES | ÀS VEZES | QUASE NUNCA | NUNCA |
| 10. Teve dor nos maxilares? | SEMPRE | MUITAS VEZES | ÀS VEZES | QUASE NUNCA | NUNCA |
| 11. Teve dor de cabeça devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses? | SEMPRE | MUITAS VEZES | ÀS VEZES | QUASE NUNCA | NUNCA |
| 12. Teve sensibilidade dentária, por exemplo, devido a comidas ou bebidas, frias ou quentes? | SEMPRE | MUITAS VEZES | ÀS VEZES | QUASE NUNCA | NUNCA |

COM QUE FREQUÊNCIA experienciou o problema no ÚLTIMO ANO?

(coloque um círculo em redor da resposta)

13. Teve dor de dentes?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	
14. Teve dor nas gengivas?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	
15. Sentiu-se desconfortável com alguma comida devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	
16. Teve zonas dolorosas na sua boca?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	
17. Sentiu que as suas próteses não estavam bem adaptadas?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	NÃO APLICÁVEL
18. Sentiu as suas próteses desconfortáveis?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	NÃO APLICÁVEL
19. Tem estado preocupado devido a problemas dentários?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	
20. Esteve constrangido devido aos seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	
21. Problemas dentários fizeram com que se sentisse deprimido?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	
22. Sentiu-se desconfortável com a aparência dos seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	
23. Sentiu-se tenso devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	
24. A sua linguagem foi pouco clara devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	
25. As pessoas não perceberam algumas das suas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	
26. Sentiu que existia menos sabor na sua comida devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	

COM QUE FREQUÊNCIA experienciou o problema no ÚLTIMO ANO?

(coloque um círculo em redor da resposta)

27. Foi incapaz de lavar os seus dentes convenientemente devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	
28. Teve que evitar algum tipo de comida devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	
29. A sua dieta foi insatisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	
30. Foi incapaz de comer com as suas próteses devido a problemas com elas?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	NÃO APLICÁVEL
31. Evitou sorrir devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	
32. Teve que interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	
33. Foi o seu sono interrompido devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	
34. Ficou chateado devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	
35. Achou difícil relaxar devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	
36. Sentiu-se deprimido devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	
37. A sua concentração foi afectada devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	
38. Sentiu-se inibido devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	
39. Evitou sair de casa devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA	

COM QUE FREQUÊNCIA experienciou o problema no ÚLTIMO ANO?

(coloque um círculo em redor da resposta)

- | | | | | | |
|--|--------|--------------|----------|-------------|-------|
| 40. Foi menos tolerante com o seu parceiro ou família devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses? | SEMPRE | MUITAS VEZES | ÀS VEZES | QUASE NUNCA | NUNCA |
| 41. Sentiu problemas em relacionar-se com outras pessoas devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses? | SEMPRE | MUITAS VEZES | ÀS VEZES | QUASE NUNCA | NUNCA |
| 42. Sentiu-se irritado com outras pessoas devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses? | SEMPRE | MUITAS VEZES | ÀS VEZES | QUASE NUNCA | NUNCA |
| 43. Sentiu dificuldade nas suas ocupações habituais devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses? | SEMPRE | MUITAS VEZES | ÀS VEZES | QUASE NUNCA | NUNCA |
| 44. Sentiu que a sua saúde geral tenha piorado devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses? | SEMPRE | MUITAS VEZES | ÀS VEZES | QUASE NUNCA | NUNCA |
| 45. Sofreu alguma perda financeira devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses? | SEMPRE | MUITAS VEZES | ÀS VEZES | QUASE NUNCA | NUNCA |
| 46. Foi incapaz de apreciar tanto a companhia de outras pessoas devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses? | SEMPRE | MUITAS VEZES | ÀS VEZES | QUASE NUNCA | NUNCA |
| 47. Sentiu que a sua vida em geral fosse menos satisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses? | SEMPRE | MUITAS VEZES | ÀS VEZES | QUASE NUNCA | NUNCA |
| 48. Sentiu-se totalmente incapaz de se mover devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses? | SEMPRE | MUITAS VEZES | ÀS VEZES | QUASE NUNCA | NUNCA |
| 49. Foi incapaz de trabalhar na sua capacidade máxima devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses? | SEMPRE | MUITAS VEZES | ÀS VEZES | QUASE NUNCA | NUNCA |

Nota: Se não for portador de prótese dentária não terá de responder ao último questionário, denominado **Questionário de Satisfação Protética**.

Questionário de Satisfação Protética

INSTRUÇÕES

QUESTIONÁRIO

Este questionário pretende saber o quão satisfeito se encontra com a(s) sua(s) prótese(s) dentária(s).

COMO RESPONDER ÀS QUESTÕES

Cada pergunta, à esquerda na folha, questiona-o sobre um determinado parâmetro relacionado com a(s) sua(s) prótese(s) dentária(s).

Deverá pensar sobre cada questão individualmente e colocar um círculo em redor da resposta, que se encontra no lado direito da folha, indicando o seu nível de satisfação.

EXEMPLO - *Se se sente POUCO SATISFEITO com a sua prótese maxilar (superior), deve colocar um círculo em redor da resposta como demonstra o exemplo.*

1. Quão satisfeito se sente com a sua prótese maxilar (superior)?

Totalmente Satisfeito

Muito Satisfeito

Moderadamente Satisfeito

Pouco Satisfeito

Nada Satisfeito

Não Aplicável

Questionário de Satisfação Protética

QUÃO SATISFEITO se encontra com a(s) sua(s) PRÓTESE(S) DENTÁRIA(S)?

(coloque um círculo em redor da resposta)

1. Quão satisfeito se sente com a sua prótese maxilar (superior)?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável
2. Quão satisfeito se sente com a sua prótese mandibular (inferior)?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável
3. Quão satisfeito se sente com a retenção da sua prótese maxilar?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável
4. Quão satisfeito se sente com a retenção da sua prótese mandibular?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável
5. Quão satisfeito se sente com a estabilidade da sua prótese maxilar?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável
6. Quão satisfeito se sente com a estabilidade da sua prótese mandibular?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável
7. Quão satisfeito se sente com o conforto da sua prótese maxilar?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável
8. Quão satisfeito se sente com o conforto da sua prótese mandibular?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável
9. Quão satisfeito se sente com a oclusão das suas próteses?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável
10. Quão satisfeito se sente com a aparência da sua prótese maxilar?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável
11. Quão satisfeito se sente com a aparência da sua prótese mandibular?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável
12. Quão satisfeito se sente com a capacidade que as suas próteses lhe dão de falar?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável

Anexo II – Tabelas

Tabela 30 – Estudos que avaliaram as propriedades psicométricas da escala OHIP-49.

Estudo	Local	Caraterísticas e dimensão da amostra	α de Cronbach
Slade & Spencer, 1994a	Austrália	122 sujeitos, ≥ 60 anos	0.37 – 0.83
John <i>et al.</i> , 2002	Alemanha	163 sujeitos, entre 20-60 anos	0.96
Wong <i>et al.</i> , 2002	China	586 sujeitos, entre 60-80 anos	0.94
Larsson <i>et al.</i> , 2004	Suécia	145 sujeitos	0.83 – 0.91
Lopez & Baelum, 2006	Chile	9203 alunos, entre 12-21 anos	0.90
Pires <i>et al.</i> , 2006	Brasil	60 sujeitos, ≥ 60 anos	0.96
Szentpétery <i>et al.</i> , 2006	Hungria	344 sujeitos: 144 portadores de prótese dentária e 200 da população em geral	0.95
Al-Jundi <i>et al.</i> , 2007	Arábia Saudita	356 sujeitos, população em geral	0.95
Yamazaki <i>et al.</i> , 2007	Japão	351 sujeitos: 125 portadores de prótese, 30 necessitavam de tratamento protético, 196 doentes, alunos e staff de uma Universidade	0.98
van der Meulen <i>et al.</i> , 2008	Holanda	119 sujeitos, média de idades 57.1 anos	0.97
Petricević <i>et al.</i> , 2009	Croácia	218 sujeitos: 26 portadores de prótese, 29 alunos e população em geral	0.93 – 0.97
Renner-Sitar <i>et al.</i> , 2009	Eslovénia	430 sujeitos: 30 portadores de prótese e população em geral	0.96 – 0.97
Kuo <i>et al.</i> , 2011	China	1402 idosos institucionalizados	0.97
Bimbashi <i>et al.</i> , 2012	Albânia	389 sujeitos: 213 portadores de prótese, 57 alunos e população em geral	0.94 – 0.96
Kenig & Nikolovska, 2012	Macedónia	227 sujeitos: 29 portadores de prótese, 35 alunos e população em geral	0.92 – 0.95
León <i>et al.</i> , 2014	Chile	85 sujeitos, ≥ 60 anos	0.99
Pugaca <i>et al.</i> , 2014	Letónia	60 sujeitos, população em geral	0.96 – 0.97

Tabela 31 – Estudos que avaliaram as propriedades psicométricas da escala OHIP-14.

Estudo	Local	Caraterísticas e dimensão da amostra	α de Cronbach
Slade, 1997	Austrália	1217 sujeitos, ≥ 60 anos	0.88
Ekanayake & Perera, 2003	Sri Lanka	585 sujeitos, ≥ 60 anos	0.93
Robinson <i>et al.</i> , 2003	Reino Unido	179 sujeitos, média de idades 36 anos	0.91
Kushnir <i>et al.</i> , 2004	Israel	142 sujeitos, ≥ 18 anos	0.48 – 0.76
Ikebe <i>et al.</i> , 2004	Japão	1244 sujeitos, ≥ 60 anos	0.95
John <i>et al.</i> , 2005	Alemanha	145 sujeitos: 78 com DTM e população em geral	0.86 – 0.90
Fernandes <i>et al.</i> , 2006	Escócia	278 sujeitos	0.30 – 0.75
Bae <i>et al.</i> , 2007	Coreia do Sul	1098 sujeitos, ≥ 56 anos	0.97
Saub <i>et al.</i> , 2007	Malásia	171 sujeitos	0.95
Renner-Sitar <i>et al.</i> , 2008	Eslovénia	623 sujeitos, 193 croatas e 430 eslovenos	0.77 – 0.91
Montero-Martín <i>et al.</i> , 2009	Espanha	270 sujeitos, média de idades 45.2 anos	0.89
Cohen-Carneiro <i>et al.</i> , 2010	Brasil	126 sujeitos, ≥ 18 anos	0.89
Navabi <i>et al.</i> , 2010	Irão	400 sujeitos, média de idades 35.8 anos	0.85
Ravaghi <i>et al.</i> , 2010	Irão	240 sujeitos, média de idades 39 anos	0.88
Motallebnejad <i>et al.</i> , 2011	Irão	160 sujeitos, ≥ 50 anos	0.95
Castrejón-Pérez & Bórges-Yáñez, 2012	México	131 sujeitos, ≥ 60 anos	0.92
El Costa <i>et al.</i> , 2012	Líbano	206 sujeitos, média de idades 72 anos	>0.88
Papagiannopoulou <i>et al.</i> , 2012	Grécia	211 sujeitos, ≥ 35 anos	0.90
Khalifa <i>et al.</i> , 2013	Sudão	1888 sujeitos, ≥ 16 anos	0.80
Larsson <i>et al.</i> , 2013	Suécia	1309 sujeitos, média de idades 50.1 anos	0.91
Slusanchi <i>et al.</i> , 2013	Roménia	187 sujeitos, média de idades 59.43 anos	0.88
Hongxing <i>et al.</i> , 2014	China	5608 sujeitos, média de idades 17.2 anos	0.85
Lawal <i>et al.</i> , 2014	Nigéria	204 sujeitos, ≥ 18 anos	0.88
León <i>et al.</i> , 2014	Chile	490 idosos institucionalizados	0.91
Skośkiewicz-Malinowska <i>et al.</i> , 2015	Polónia	150 sujeitos, dos 35 aos 91 anos	0.97

Tabela 32 – Estudos que avaliaram as propriedades psicométricas de uma escala OHIP validada para indivíduos desdentados.

Estudo	Local	Caraterísticas e dimensão da amostra	α de Cronbach
Souza <i>et al.</i> , 2007	Brasil	65 portadores de prótese dentária, média de idades 69.1 anos	0.86 – 0.90
Sato <i>et al.</i> , 2012	Japão	116 sujeitos desdentados	0.93
Liu <i>et al.</i> , 2012	China	537 sujeitos, média de idades 43 anos	0.78 – 0.96
He & Wang <i>et al.</i> , 2015	China	162 portadores de prótese total	0.97

Tabela 33 – Estatística descritiva com valores e coeficientes de simetria da versão Portuguesa da escala OHIP-49.

Dimensões	Média (Desvio Padrão)	Mínimo	Máximo	Kolmogorov- Smirnov	Assimetria (Erro Padrão)	Curtose (Erro Padrão)	Coefficiente de variação
OHIP-PT LF	9.85 (6.32)	0	28	<0.001	0.75 (0.10)	-0.09 (0.20)	64.16%
OHIP-PT DF	9.29 (6.11)	0	31	<0.001	0.55 (0.10)	-0.25 (0.20)	65.77%
OHIP-PT DP	4.68 (4.47)	0	20	<0.001	0.94 (0.10)	0.30 (0.20)	95.51%
OHIP-PT IF	6.27 (6.33)	0	31	<0.001	1.20 (0.10)	0.92 (0.20)	100.96%
OHIP-PT IP	3.91 (4.42)	0	21	<0.001	1.27 (0.10)	1.19 (0.20)	113.04%
OHIP-PT IS	2.14 (3.19)	0	16	<0.001	1.77 (0.10)	2.83 (0.20)	146.07%
OHIP-PT D	2.93 (3.68)	0	21	<0.001	1.58 (0.10)	2.55 (0.20)	125.60%
OHIP-PT	39.07 (30.08)	0	154	<0.001	1.09 (0.10)	0.70 (0.20)	76.98%

Tabela 34 – Estatística descritiva com valores e coeficientes de simetria da versão Portuguesa da escala OHIP-14.

Dimensões	Média (Desvio Padrão)	Mínimo	Máximo	Kolmogorov- Smirnov	Assimetria (Erro Padrão)	Curtose (Erro Padrão)	Coefficiente de variação
OHIP-14-PT LF	1.48 (1.79)	0	8	<0.001	1.14 (0.10)	0.60 (0.20)	120.95%
OHIP-14-PT DF	2.39 (1.68)	0	8	<0.001	0.41 (0.10)	-0.30 (0.20)	70.29%
OHIP-14-PT DP	1.78 (1.90)	0	8	<0.001	0.90 (0.10)	0.02 (0.20)	106.74%
OHIP-14-PT IF	1.41 (1.67)	0	8	<0.001	1.14 (0.10)	0.62 (0.20)	118.44%
OHIP-14-PT IP	1.34 (1.65)	0	8	<0.001	1.22 (0.10)	0.99 (0.20)	123.13%
OHIP-14-PT IS	0.93 (1.43)	0	8	<0.001	1.57 (0.10)	1.98 (0.20)	153.55%
OHIP-14-PT D	0.86 (1.32)	0	7	<0.001	1.62 (0.10)	2.17 (0.20)	153.49%
OHIP-14-PT	10.20 (9.33)	0	44	<0.001	1.09 (0.10)	0.54 (0.20)	91.48%

Tabela 35 – Estatística descritiva com valores e coeficientes de simetria da versão Portuguesa da escala OHIP-EDENT.

Dimensões	Média (Desvio Padrão)	Mínimo	Máximo	Kolmogorov- Smirnov	Assimetria (Erro Padrão)	Curtose (Erro Padrão)	Coefficiente de variação
OHIP-EDENT-PT LF	4.94 (2.57)	0	12	<0.001	0.18 (0.14)	-0.39 (0.27)	52.02%
OHIP-EDENT-PT DF	5.11 (3.31)	0	16	<0.001	0.44 (0.14)	-0.33 (0.27)	64.77%
OHIP-EDENT-PT DP	2.37 (2.08)	0	8	<0.001	0.57 (0.14)	-0.59 (0.27)	87.76%
OHIP-EDENT-PT IF	3.17 (2.69)	0	12	<0.001	0.72 (0.14)	-0.10 (0.27)	84.86%
OHIP-EDENT-PT IP	1.77 (1.91)	0	8	<0.001	0.98 (0.14)	0.31 (0.27)	107.91%
OHIP-EDENT-PT IS	1.34 (2.09)	0	11	<0.001	1.18 (0.14)	3.06 (0.27)	155.98%
OHIP-EDENT-PT D	1.26 (1.66)	0	8	<0.001	1.33 (0.14)	1.28 (0.27)	131.75%
OHIP-EDENT-PT	19.95 (13.50)	0	70	<0.001	0.87 (0.14)	0.33 (0.27)	67.65%

Tabela 36 – Estatística descritiva com valores e coeficientes de simetria da versão Portuguesa do questionário DSQ.

Dimensões	Média (Desvio Padrão)	Mínimo	Máximo	Kolmogorov- Smirnov	Assimetria (Erro Padrão)	Curtose (Erro Padrão)	Coefficiente de variação
QSP- Maxilar	15.33 (7.28)	2	35	<0.001	0.34 (0.14)	-0.57 (0.27)	47.49%
QSP-Mandibular	14.25 (7.94)	1	35	<0.001	0.30 (0.14)	-0.77 (0.27)	55.72%
QSP	29.58 (13.42)	6	70	<0.001	0.54 (0.14)	-0.24 (0.27)	45.36%