

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM SAÚDE ORAL E VARIÁVEIS ASSOCIADAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Andreia Castro Afonso¹✉ & Isabel Silva²

¹Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, ²Universidade Fernando Pessoa, Porto

RESUMO: A saúde oral, enquanto parte integrante da saúde geral, influencia e é influenciada por vários fatores, constituindo um dos problemas de saúde pública mais desafiantes pela sua multidimensionalidade e impacto individual e social. Esta revisão integrativa da literatura visa reunir e analisar publicações originais de texto integral livre, no sentido de investigar a associação entre variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas, e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QdVRSO), avaliada através do Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14). Foram cumpridas as recomendações propostas no guia PRISMA. Foram utilizadas as bases de dados eletrónicas PubMed/National Library of Medicine, SciELO e B-ON com o uso dos descritores “*oral health-related quality of life*”, “*OHIP-14*” e “*adults*”.

As 17 publicações incluídas nesta revisão integrativa consistem em estudos observacionais e num estudo quasi-experimental, publicados entre 2006 e 2013. Os estudos analisados sugerem que a QdVRSO encontra-se associada a variáveis clínicas, como número de dentes cariados ou perdidos, utilização de prótese dentária, xerostomia e gravidade de doenças periodontais. Fatores sociodemográficos, como maior idade, menor escolaridade e estado civil solteiro ou viúvo, e variáveis comportamentais, como hábitos alimentares e de higiene oral, hábitos nocivos e acesso a serviços de saúde, surgem como variáveis moderadoras, afetando a intensidade da relação entre variáveis clínicas e QdVRSO. Os resultados apontam uma relação direta entre auto percepção de saúde geral ou oral, necessidade de utilizar/ substituir prótese dentária, em que os indivíduos com percepção negativa apresentam indicadores clínicos de maior gravidade.

Palavras-chave- saúde oral, qualidade de vida, adultos, OHIP-14, variáveis, revisão integrativa.

ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AND ASSOCIATED VARIABLES: INTEGRATIVE REVIEW

✉ Rua das Fábricas, nº 4, 4520-199 Santa Maria da Feira; Tlm.: 964479443; E-mail: andreiapcafonso@gmail.com

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE ORAL

ABSTRACT: As an integral part of general health, oral health influences and is influenced by several factors, posing as one of the more challenging public health problems due to its multidimensionality as well as individual and social impact. This integrative literature review aims to gather and analyze original full text free publications, to identify and analyze the association between sociodemographic, behavioral and clinical variables, and Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) assessed using the Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14). The electronic databases consulted were PubMed/National Library of Medicine, SciELO and B-ON, with the use of the descriptors: oral health-related quality of life, OHIP-14, adults. Recommendations proposed in Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guide were adopted. This integrative reviews includes 17 publications that consist mainly on observational studies and a quasi-experimental study, published between 2006 and 2013. The analyzed studies suggest that OHRQoL is associated with clinical variables, such as number of decayed or missing teeth, denture, xerostomia or severity of periodontal disease. Sociodemographic factors such as age, lower education and unmarried or widowed marital status, and behavioral variables, such as dietary and oral hygiene habits, bad habits and access to health services, emerge as moderator variables affecting the intensity of the relationship between clinical variables and OHRQoL. Results show a direct relationship between autopercepção general or oral health, need to use / replace dentures, in which individuals with negative perceptions have clinical indicators of greater severity.

Keywords- oral health, quality of life, adults, OHIP-14, variables, integrative review.

Recebido em 13 de Outubro de 2014/ Aceite em 02 de Novembro de 2015

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

As relações entre variáveis clínicas e os resultados em Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral - QdVRSO não são diretas, porém moderadas por uma diversidade de variáveis, nomeadamente por variáveis individuais/pessoais, sociais ou ambientais. A percepção da condição oral pode ser influenciada por fatores como sexo, idade, rendimento e classe social, para além de que problemas funcionais ou psicológicos podem ser causados por doenças orais (Slade & Spencer, 1994; Steele, Ayatollahi, Walls, & Murray, 1997; Yee & Sheiham, 2002). Na avaliação da cavidade oral, é importante ter em consideração as interferências no funcionamento físico, psicológico e social, na medida em que os indicadores clínicos epidemiológicos tradicionais não oferecem uma visão sobre as habilidades do indivíduo no desempenho dos papéis e atividades (Yee & Sheiham, 2002).

A Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) enfatiza que a cárie e as doenças da gengiva afetam cerca de 90% da população mundial pelo que a prevenção dirigida à cavidade oral é fundamental para garantir a saúde geral (OMD, 2014). As doenças orais como a cárie dentária, doença periodontal, perda de dentes, lesões da mucosa oral, cancro da orofaringe e trauma ortodentário constituem grandes problemas de saúde pública, pelo que as características da cavidade oral têm um efeito profundo sobre a saúde geral e a qualidade de vida (QdV) (Petersen & Yamamoto, 2005). As características da cavidade oral apresentam um forte efeito sobre outras doenças crónicas, nomeadamente a doença periodontal que se encontra associada a doenças sistémicas como a diabetes ou ainda a alterações cardiovasculares

e cerebrovasculares (Gibson, Yumoto, Takahashi, Chou & Genco, 2006). No entanto, também as alterações da condição oral constituem, muitas vezes, a evidência primária de doenças sistémicas, pelo que ambas as situações geram consequências importantes nas atividades diárias (Petersen, Bourgeois, Ogawa, Estupinan-Day, & Ndiaye, 2005; Yee & Sheiham, 2002). O risco de condições crónicas aumenta com a idade, pelo que é importante deslindar a interação destas doenças com a doença oral bem como o seu impacto combinado na saúde geral (Griffin, Jones, Brunson, Griffin, & Bailey, 2012; OMD, 2014; Petersen, 2003).

O Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) encontra-se traduzido e adaptado para inúmeras línguas e culturas pelo que é, atualmente, o instrumento de avaliação de QdVRSO mais utilizado. A sua versão reduzida permite detetar associações entre o impacto social e a necessidade percebida de tratamento e quantificar os níveis de impacto com boa fidelidade, validade e precisão (Miotto et al., 2012; Slade et al., 1996). Apresenta ainda uma diversidade de domínios, é de rápida administração e cotação, apresenta valores de corte, permite avaliar a gravidade, extensão e prevalência dos impactos negativos numa única administração. Para além disso, deriva da versão de 49 itens que resultam do contributo de pacientes, e não somente de investigadores, pelo que aumenta a probabilidade de explorar as consequências consideradas como de maior importância pelos pacientes (Allen, 2003; Slade, 1997).

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

MÉTODOS

Na linha da Prática Baseada na Evidência é fundamental produzir métodos de revisão de literatura que permitam a pesquisa, a avaliação crítica e a síntese de evidências disponíveis sobre um determinado tema de investigação, pelo que destacam-se dois métodos: a revisão sistemática e a revisão integrativa (Libertati et al., 2009; Moher et al., 2009; Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

O presente estudo consiste numa revisão integrativa da literatura e visa reunir e sintetizar resultados de pesquisas relativos a um tema ou questão, de forma sistemática e ordenada, possibilitando a formulação de conclusões gerais e, assim, contribuir para o aprofundamento do conhecimento do tema (Liberati et al., 2009; Mendes, et al., 2008). A revisão integrativa apresenta a mesma linha de orientação da revisão sistemática, contudo permite a inclusão simultânea de estudos experimentais, quasi-experimentais e não experimentais, pelo que proporciona uma compreensão mais completa do tema de interesse (Liberati et al., 2009; Mendes et al., 2008). Foram adotadas as recomendações propostas no guia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) e seguidas as etapas (Liberati et al., 2009; Moher et al., 2009): estabelecimento da questão ou objetivos da revisão; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); categorização dos estudos; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados; e a última etapa constitui-se na apresentação da revisão (Mendes et al., 2008). O período da recolha de dados desenvolveu-se entre 30 de maio e 01 de julho de 2014.

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

Crítérios de inclusão e exclusão

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE ORAL

A definição dos critérios de elegibilidade, isto é de inclusão e exclusão, permite orientar a pesquisa e a seleção dos estudos primários e, deste modo, aumentar a precisão dos resultados face à questão de investigação e aos objetivos do estudo. Na revisão do texto completo foram considerados os seguintes critérios de inclusão: publicações de texto integral e referentes a estudos primários; publicações nos idiomas Português, Espanhol ou Inglês; estudos que utilizassem o instrumento OHIP-14 na avaliação de QdVRSO; participantes com idade igual ou superior a 18 anos. Foram lidos e analisados artigos que abordassem a associação de variáveis: clínicas (como utilização de prótese dentária por falta de dentes naturais, utilização de aparelho dentário, presença de cáries, doenças periodontais), socioeconómicas (como rendimento mensal ou escolaridade), sociodemográficas (como idade, sexo, escolaridade, profissão, local de residência), e comportamentais (consumo de tabaco /ou álcool, hábitos de higiene oral, procura de cuidados odontológicos). Foram excluídos estudos que não cumprissem os critérios anteriores; estudos de validação do OHIP-14; revisões de literatura; comentários; sumários de conferências e dissertações. Não foram definidos limites temporais.

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

Estratégia de pesquisa

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

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

Na base eletrónica PubMed como “Oral Health-Related Quality of Life” não é um Medical Subject Heading (MeSH) e de modo a evitar a perda de artigos foram utilizados os termos “oral health-related quality of life”, “OHIP-14”, “adults”, recorrendo ao operador “AND” que permitiu que, na pesquisa avançada, apenas fossem incluídos os estudos com todos os termos de busca. Resultaram 149 artigos pelo que foram selecionados os filtros “full text available” e “free full text available” resultando em: (((“mouth”[MeSH Terms] OR “mouth”[All Fields] OR “oral”[All Fields]) AND health-related[All Fields] AND (“quality of life”[MeSH Terms] OR (“quality”[All Fields] AND “life”[All Fields]) OR “quality of life”[All Fields])) AND OHIP-14[All Fields]) AND (“adult”[MeSH Terms] OR “adult”[All Fields] OR “adults”[All Fields]) AND (“loattrfull text”[sb] AND “loattrfree full text”[sb])), obtendo-se um total de 28 artigos para leitura completa.

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

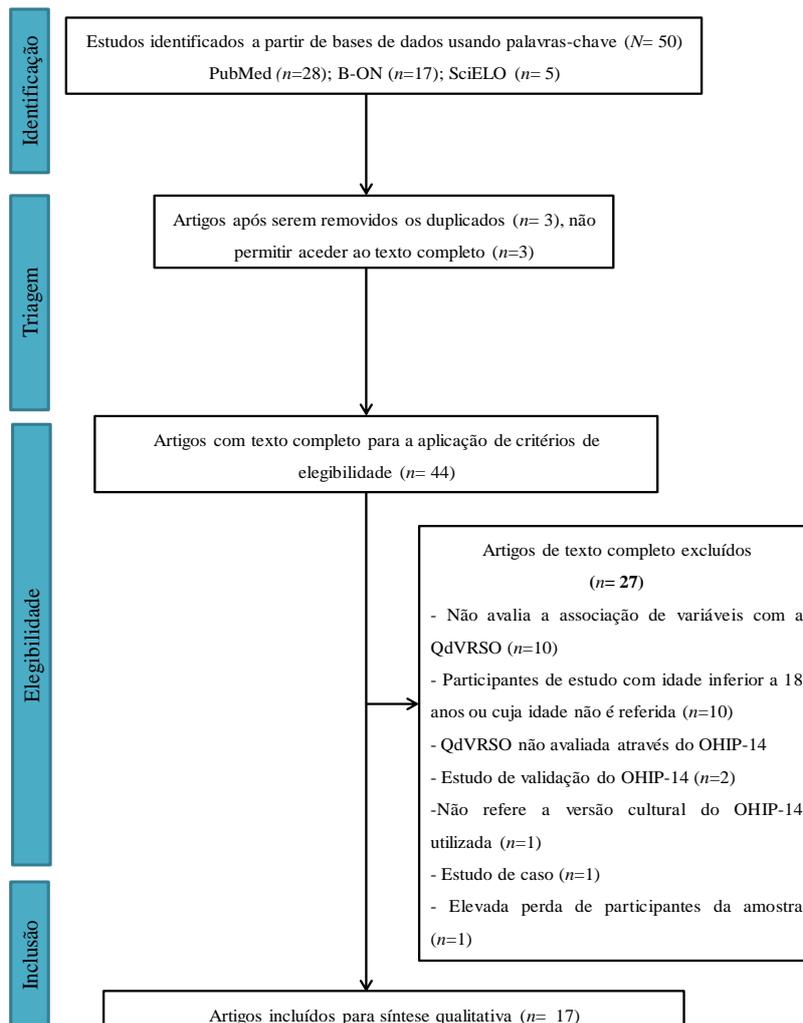
Na base eletrónica SciELO (Scientific Electronic Library Online) foi utilizada a frase *booleana* “oral health-related quality of life and adults and OHIP-14”, opção All indexes e Regional, obtendo-se cinco publicações.

Procedimento de seleção dos estudos

O procedimento de seleção dos estudos permite diminuir enviesamentos e possíveis erros humanos, fazendo com que todos os artigos sejam selecionados da mesma forma e assegurando a validade e a veracidade dos resultados (Liberati et al., 2009).

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

Procedeu-se à leitura de cada artigo e, de acordo com os critérios de elegibilidade PRISMA descritos no sentido de dar resposta à questão de investigação, foram eliminados 27 artigos e selecionados 17 artigos sobre saúde oral e variáveis associadas com o impacto na QdVRSO, com foco no instrumento OHIP-14. Destacam-se como principais motivos de exclusão: não avaliar a QdVRSO; não utilizar o OHIP-14; não identificar a versão utilizada de OHIP-14 ou utilizar versão não validada; não associar variáveis na avaliação da QdVRSO; participantes de estudo com idade inferior a 18 anos ou não referir idade; não associar as variáveis indicadas como critérios de inclusão e estudos de validação de instrumentos. Na figura 2 é apresentado o fluxograma que descreve as fases do processo de seleção segundo o método PRISMA.



QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE ORAL

Figura 2. Processo de seleção dos estudos

RESULTADOS

Foram identificados 50 artigos nas bases eletrônicas consultadas e após a exclusão dos artigos em duplicado permaneceram 44 estudos. Na etapa da elegibilidade, foram excluídos 27 estudos, resultando numa amostra final de 17 artigos (cf. Quadro 3), publicados entre 2006 e 2013, identificando-se um menor número em 2006, com apenas uma publicação, e maior número em 2012, com seis.

Quadro 3.

Resumo dos estudos analisados

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

Lawrence et al. (2008), Zelândia O. T.	N=924 Nova 32 anos	Sexo, nível socioeconómico, procura de cuidados médicos, cáries, perda de dentes e perda óssea periodontal	Adição Extensão Prevalência
Thomson et al. (2006), Zelândia O. T.	N=923 Nova 32 anos	Número de dentes deteriorados, perdidos, presença de cáries, hábitos tabágicos, traços de personalidade (estilo comportamental e emocional)	Adição Extensão Prevalência

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

(continuação)

Quadro 3.
Resumo dos estudos analisados (continuação)

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

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

Na sua maioria, nesta revisão integrativa estão incluídos estudos de desenho observacional, sendo 12 do tipo transversal e 4 de tipo longitudinal, e apenas um quasi-experimental. De modo a facilitar a referência aos estudos, será apenas referido o apelido do primeiro autor. Os estudos selecionados são muito heterogéneos no que se refere às variáveis associadas bem como aos objetivos pretendidos e apontam para a administração do OHIP-14 em países de todos os continentes, com variação quanto ao tamanho das amostras, de 33 indivíduos no estudo de Pereira et al. (2009), no Brasil, e de 1461 indivíduos no estudo de Kotzer et al. (2012), no Canadá. A média de idade, ainda que em alguns estudos seja omissa, varia entre 25,61 e 72,6.

Os métodos de trabalho com o OHIP-14 mais utilizados foram, a adição (OHIP-ADD), e os métodos de adição, prevalência e de contagem simples (OHIP-SC) utilizados, em simultâneo, cada um

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE ORAL

identificado em 6 artigos. Identifica-se ainda que o método de adição e de prevalência surgem em simultâneo em três estudos e o de prevalência em apenas um estudo, tal como o método de adição em simultâneo com o de extensão. Para calcular a extensão e prevalência, foram definidos pontos de corte: “com impacto”, a soma de número de respostas “*fairly often*” ou “*very often*” ≥ 2 (Montero et al., 2011) ou ≥ 3 (Habashneh et al., 2012), e, “sem impacto”, a soma das restantes opções. Na maioria dos estudos, as opções de resposta consistem numa escala de Likert de 4 pontos (1-4) apenas o estudo de Salmadhavi et al. (2013) utiliza uma escala de 3 pontos (0-3). Na avaliação de *follow-up* (Post-OHIP), no estudo de Montero et al. (2013), as respostas variam entre “*better*” (1), “*equal/same*” (0), “*worse*” (-1), com um total entre -14 e 14.

No quadro seguinte (Quadro 4) são apresentadas as associações entre as variáveis consideradas desfavoráveis, isto é, em que se obtiveram os piores resultados de autoperceção de saúde oral avaliados pelo OHIP-14.

Quadro 4.

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

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

(continuação)

Quadro 4.

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

Autor, ano	Análise estatística	Associação entre variáveis e QdV
-------------------	----------------------------	---

Montero et al. (2011)	ANOVA Teste de <i>t</i> - student Correlação de Pearson e Spearman	Ausente: sexo Presente: idade ≥ 45 anos; classe social elevada, viver em áreas rurais, consulta por problemas dentários; hábitos de higiene oral $< 2x/dia$, procura de consulta por dor.
Caglayan et al. (2009)	Mann Whitney Kruskal-Wallis	Presente: sexo (feminino); escolaridade e ausência de hábitos nocivos (associação inversa); cáries e dor de dentes.
Pereira et al. (2009)	Correlação de Spearman	Presente: gravidade de alterações temporomandibulares.
Lawrence et al. (2008)	Regressão de Poisson (análise multivariada)	Presente: sexo (feminino), baixo nível socioeconómico, cáries e doença periodontal; procuram pontualmente consulta no dentista.
Thomson et al. (2006), Nova Zelândia	Regressão de Poisson	Ausente: sexo Presente: xerostomia, falta de dentes, fumadores habituais, fator emocionalidade negativa
Montero et al. (2013), Espanha	Teste de <i>t</i> - student Regressão de Poisson	Ausente: sexo; idade; tipos de próteses dentárias (antes do tratamento). Presente antes do tratamento: insatisfeitos com o estado de saúde oral e com a estética. Presente na consulta de acompanhamento: homens; satisfação com o estado de saúde oral.
Wöstmann et al. (2008), Alemanha	Teste de <i>t</i> - student Tukey Wilcoxon	Presente após tratamento: capacidade de mastigação; conforto oral enquanto comem.
Sahmadhavi et al. (2013), Índia	- ANOVA - Qui-Quadrado	Ausente: sexo Presente: doença crónica (<i>pemphigus</i>) nas dimensões Dor física e Incapacidade física; idade ≤ 35 anos e Desvantagem; doenças agudas (úlceras agudas) e dimensões Limitação funcional Desconforto Psicológico, Incapacidade Psicológica e Desvantagem.
Duque-Duque et al. (2013), Colombia	Qui-quadrado Teste de <i>t</i> - student Regressão logística (<i>odds ratio</i>)	Presente: indicadores de autoperceção de saúde; idade superior a 65 anos; solteiros, baixo nível socioeconómico e baixa escolaridade; sexo feminino e insatisfação com a cavidade oral.
Miotto et al. (2012), Brasil	Qui-quadrado Teste de Fisher <i>Odds Ratio</i> (OR) Mantel-Haenszel	Presente: idade (20-39 anos) e as dimensões Limitação funcional, Incapacidade física e social; perceção de necessidade de prótese (parcial removível: Limitação funcional, Desconforto psicológico, Incapacidade física e social e Desvantagem; total removível: Limitação funcional e Incapacidade física); motivo de recorrer a consulta no dentista: por motivo de urgência e Dor.

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

É apresentado o resumo das variáveis identificadas nos artigos analisados e a presença/ausência de associação entre estas e a QdVRSO avaliada pelo OHIP-14 (Quadro 5).

Quadro 5.

Associação entre variáveis e a QdVRSO

Categoria	Tipos de variáveis	Associação e estudo
	Sexo	Ausente: Montero et al (2013), Presente: Caglayan et al. (2009), Duque-Duque et

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE ORAL

Sociodemográficas e socioeconómicas		al. (2013), Lawrence et al. (2008), Miettinen et al. (2012), Montero et al. (2011), Palma et al. (2013), Papaioannou et al. (2011), Rusanen et al. (2012), Thomson et al. (2006)
	Idade	Ausente: Montero et al (2013), Palma et al. (2013) Presente: Al Habashneh et al. (2012), Duque-Duque et al. (2013), Kotzer et al. (2012), Lawrence et al. (2008), Miotto et al. (2012), Montero et al. (2011), Sahmadhavi et al. (2013)
	Estado civil	Ausente: Palma et al. (2013) Presente: Duque-Duque et al. (2013)
	Escolaridade	Ausente: Palma et al. (2013), Papaioannou et al. (2011) Presente: Caglayan et al. (2009), Duque-Duque et al. (2013)
	Profissão	Ausente: Palma et al. (2013), Papaioannou et al. (2011)
	Local de residência	Ausente: Papaioannou et al. (2011) Presente: 8, Montero et al. (2011)
	Cor da pele	Presente: Palma et al. (2013)
	Rendimento mensal/anual	Presente: Duque-Duque et al. (2013), Lawrence et al. (2008), Montero et al. (2011), Palma et al. (2013)
Clínicas	Doença periodontal, dor facial, alterações temporomandibulares, características de oclusão, submetidos a tratamento, xerostomia, doenças crónicas ou agudas	Ausente: Montero et al. (2013), Silvola et al. (2012), Presente: Al Habashneh et al. (2012), Caglayan et al. (2009), Miettinen et al. (2012), Miotto et al. (2012), Palma et al. (2013), Pereira et al. (2009), Rusanen et al. (2012), Sahmadhavi et al. (2013), Thomson et al. (2006), Wöstmann et al. (2008)
Comportamentais	Hábitos de higiene oral, procura de cuidados/consulta no médico dentista, consumo de tabaco, consumo de álcool	Presente: Caglayan et al. (2009), Lawrence et al. (2008), Miotto et al. (2012), Montero et al. (2011), Thomson et al. (2006)

(continuação)

Quadro 5.
Associação entre variáveis e a QdVRSO (continuação)

Categoria	Tipos de variáveis	Associação e estudo
Psicossociais	Traços de personalidade (fator emocionalidade), depressão, auto perceção de saúde geral ou oral, necessidade de prótese	Presente: Miettinen et al. (2012), Thomson et al. (2006), Duque-Duque et al. (2013), Palma et al. (2013), Wöstmann et al. (2008)

DISCUSSÃO

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

Todos os estudos evidenciam, exclusivamente, o impacto negativo dos problemas orais na QdV, em conformidade com o modelo conceptual International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) da OMS, adaptado por Locker para a saúde oral, e que se encontra subjacente à criação do OHIP-14 (Slade & Spencer, 1994). Segundo este modelo, os problemas orais podem conduzir a sete possíveis consequências como a Limitação funcional, Dor física, Desconforto psicológico, Incapacidade física, psicológica e social e a Desvantagem (Slade & Spencer, 1994). Em 2001, este modelo foi substituído pela International Classification of Functioning, Disability and Health (ICFDH-2). Contudo, no que respeita à saúde oral, não foram introduzidas alterações significativas que tenham impacto teórico no OHIP-14, pelo que não há necessidade de proceder a sua adaptação.

Os sinais clínicos da doença representam apenas um aspeto da saúde global pelo que há cada vez maior preocupação de incluir avaliações subjetivas de função e de bem-estar nas investigações da saúde dos indivíduos ou populações (Gift, Atchison, & Dayton, 1997; Slade & Spencer, 1994). A reforçar esta ideia, Miotto et al. (2012) referem ainda que os indivíduos avaliam o seu estado oral com critérios diferentes do profissional de saúde, sobretudo em termos de dor ou desconforto/incómodo e fatores estéticos. O modelo de saúde oral de Locker considera saúde e doença enquanto variáveis contínuas suscetíveis de provocar incapacidades (e.g., falta de dentes) e limitações funcionais ao nível do órgão (e.g.: limitação da mobilidade da mandíbula), que tornam o indivíduo incapaz de desempenhar atividades no dia a dia podendo colocá-lo em desvantagem na sociedade ou conduzir ao seu isolamento. O foco é no indivíduo e no modo como as alterações ou doenças orais ameaçam as dimensões da vida do indivíduo, definindo saúde oral enquanto experiência subjetiva em relação ao bem estar físico, social e psicológico (Locker & Gibson, 2005). Por um lado, esta definição reforça a não divisão da saúde segundo a estrutura anatómica acometida, com a qual estamos de acordo, por outro, consideramos que este modelo utiliza os conceitos de saúde, doença e QdVRS enquanto sinónimos, apesar de salientarmos a sua distinção.

A OMS define saúde oral enquanto ausência de dor crónica facial e na boca, de perda de dentes e outras doenças e perturbações orais que afetam a cavidade oral e a boca e define saúde como estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (OMS, 2007). Apesar de Locker aproximar-se da definição de saúde geral, dada a sua posição em não separar saúde segundo a área do corpo acometida, ambas centram-se numa perspetiva negativa de deficiência e incapacidade, para além de que utiliza saúde enquanto sinónimo de QdV. A WHO define QdV como sendo a perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da sua cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1995). Em 1998, o Grupo WHOQOL, acrescenta a presença de dimensões positivas e negativas, isto é, que é necessária a presença de elementos, como a mobilidade, e a ausência de outros, por exemplo, de dor. Ainda que os conceitos de QdV, QdV Relacionada com a Saúde (QdVRS) e saúde estejam interligados, este último encontra-se no centro, abrangido pela QdVRS, tendo a QdV um sentido mais amplo e que aplica-se a todas as pessoas saudáveis ou não (Ribeiro, 2002). Na nossa perspetiva, este modelo torna-se inovador e útil por incluir uma abordagem comportamental e psicossocial, contudo considera o conceito de saúde e de QdV enquanto sinónimos, pelo que não considera que o impacto das condições orais na QdV possa ser, simultaneamente, positivo e negativo, implícitos na definição de QdV. No estudo de McGrath e Bedi (2004) 53% dos participantes referem a importância da perceção do estado da cavidade oral na QdV no sentido positivo (e.g., alinhamento ou cor dos dentes), ou seja,

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE ORAL

como forma de melhorar a QdV e 47% identificam a sua importância no sentido negativo (e.g., estética oral desfavorável), isto é, enquanto um fardo nas suas vidas.

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

Variáveis sociodemográficas

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto às pontuações obtidas no OHIP-14, sendo que em oito estudos as mulheres apresentam níveis mais elevados, sobretudo nas dimensões Dor física e Incapacidade psicológica (Palma et al., 2013). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto às pontuações obtidas tendo como variáveis moderadoras a somatização com dor e depressão, com níveis mais elevados nos homens com somatização com e sem dor (Miettinen et al., 2012). As diferenças e as desigualdades entre homens e mulheres podem ser explicadas a partir de uma perspetiva de género e da perceção do impacto negativo na QdV dado que problemas orais decorrerem de contextos sociais, económicos, culturais e históricos específicos (Miettinen et al., 2012). De acordo com Borrell e Artazcoz (2008), durante várias gerações, as mulheres desempenharam um papel cultural de responsabilidade de cuidar da família, pelo que podem estar mais atentas e são mais preocupadas com a sua saúde oral, ao mesmo tempo que sentem maior necessidade de consultar o médico antes de qualquer alteração e, deste modo, impedir a sua progressão. Por sua vez, os homens parecem ser mais afetados na dimensão psicológica pelo que podem somatizar essa emoção manifestando-se como deficiência física. As mulheres relatam níveis mais elevados de preocupação, dor e outros sintomas subjetivos, enquanto os homens parecem menos preocupados com o impacto que a sua condição oral pode ter na QdV, a tal ponto que quando ele é relatado, a sua condição é já tão avançada, que é frequentemente associada a alterações no nível de dor, tornando-se mais significativa (Borrell & Artazcoz, 2008; Miettinen et al., 2012).

A idade surge como um dos principais moderadores da autoperceção de saúde oral, em sete dos estudos, verificando-se que indivíduos mais velhos apresentam valores médios obtidos no OHIP-14 mais elevados, logo pior QdVRSO. Duque-Duque et al. (2013) sugerem à medida que a idade avança, é desenvolvida a perceção de que há uma deterioração progressiva da QdV e que é influenciada por fatores sistémicos, psicológicos, sociais e económicos que afetam as suas vidas diárias. Considerando ainda os indivíduos mais velhos, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes estados civis, quanto aos níveis obtidos no OHIP-14 verificando-se que solteiros e viúvos apresentaram valores mais elevados. Uma possível explicação deve-se ao fato de que o casal é percebido como apoio social, sendo o cônjuge o principal cuidador, sobretudo dos idosos (Duque-Duque et al., 2013). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos entre os 45 e 64 anos que vivem na comunidade e indivíduos com mais de 65 anos, em que os primeiros apresentaram pontuações mais elevadas no OHIP-14 do que restantes, apesar dos indivíduos entre os 45 e 64 anos apresentarem melhores condições orais (objetivas) do que os idosos (Kotzer et al., 2012). Isso reforça a noção que as expectativas individuais e experiências podem ter um grande impacto na satisfação ou insatisfação com sua saúde oral, na medida em que algumas pessoas que têm, ou consideram ter, uma saúde oral pobre, podem estar satisfeitas com a mesma (Locker & Gibson, 2005).

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

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

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

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

Variáveis comportamentais

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

Os fatores de risco e a gravidade das doenças orais relacionam-se com os estilos de vida destacando-se as quantidades excessivas e consumo frequente de açúcares enquanto principais causas de cárie dentária, o uso de tabaco enquanto fator de risco para a doença periodontal e de cancro oral,

sobretudo utilizado em combinação com álcool (Petersen, 2003; Petersen et al., 2005; Reibel, 2003). Os estudos analisados revelam que indivíduos com hábitos de consumo de álcool e de tabaco apresentam pontuações obtidas no OHIP-14 piores do que indivíduos que não apresentam estes hábitos (Caglayan et al., 2009; Kotzer et al., 2012). Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre indivíduos com e sem xerostomia quanto à QdVRSO em que, realizando uma análise de regressão (de Poisson) no sentido de controlar as características clínicas (falta de dentes, doença periodontal, dentes cariados), sexo, hábitos tabágicos e características de personalidade (traços de emocionalidade positiva/negativa), as diferenças persistiram, revelando que indivíduos com xerostomia apresentam uma QdVRSO mais pobre (Thomson et al., 2006). Uma possível explicação é devido aos efeitos nocivos do tabaco nos tecidos orais, sobretudo utilizado em combinação com álcool (Petersen et al., 2005; Reibel, 2003).

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

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

Variáveis clínicas

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

Apesar de nas últimas décadas verificar-se uma diminuição da incidência da cárie dentária em crianças e adolescentes na maioria dos países industrializados, esta é considerada como um problema de saúde pública grave, sobretudo nos idosos, tendo em conta a evolução demográfica e o aumento crescente de indivíduos idosos que mantêm os dentes naturais (OMD, 2014). Na revisão sistemática de literatura de Sjögren, Nilsson, Forsell, Johansson e Hoogstraate (2008), estes autores verificaram que melhores cuidados de higiene oral podem prevenir infeções respiratórias e morte por pneumonia em idosos nos hospitais e lares. Oliveira, Watt e Hamer (2010) demonstrou ainda que a escovagem frequente de dentes pode estar associada a níveis baixos de doença cardiovascular. Slade et al. (2005) e Slade e Spencer (1994) verificaram que os indivíduos sem dentes apresentam uma QdVRSO mais pobre do que indivíduos com dentes. No que diz respeito ao número de dentes, variável presente na maioria dos estudos em relação à qual foi identificada uma associação estatisticamente significativa com a QdVRSO, estes resultados encontram-se em conformidade com Ikebe et al. (2007), Ingram et al. (2005) e Peterson e Ueda (2006), que descrevem os efeitos a longo prazo em termos de função, dor

e de saúde emocional e geral mais pobre, salientando o desenvolvimento de xerostomia e dificuldade na mastigação, que podem conduzir a uma alteração da seleção de alimentos aumentando o risco de má nutrição. No estudo de Wöstmann et al. (2008), não foram encontradas alterações no estado nutricional, pelo que este estado não parece depender apenas desta capacidade/função de mastigação, mas sim de fatores como paladar, costumes e hábitos culturais, aspetos financeiros e organizacionais. O impacto da necessidade de prótese em idosos não é medido em estudos em países desenvolvidos, o que sugere que esta faixa etária exige mais atenção (Palma et al., 2013).

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

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

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

Outras variáveis associadas à QdVRSO

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

Os artigos analisados sugerem que as alterações/perturbações temporomandibulares comprometem a QdVRSO sobretudo devido à dor, depressão e somatização, contudo, depois de controlar variáveis como idade e sexo, a associação entre alterações temporomandibulares e QdVRSO não foi significativa, sugerindo a existência de variáveis moderadoras, isto é, afetam a intensidade da correlação entre condição clínica e QdVRSO (Miettinen et al., 2012). As diferenças nos mecanismos de dor entre os sexos têm sido explicadas não apenas por vários fatores biológicos e hormonais como também psicossociais (Miettinen et al., 2012; Rusanen et al., 2012). No estudo de Duque-Duque et al. (2013), não foram identificadas associações entre a presença de condições clínicas e a QdVRSO dos indivíduos, sugerindo a influência de outras variáveis. Ainda nesta linha, no estudo de Palma et al. (2013) apenas 27% do impacto das condições de saúde oral na QdV pode ser explicado por doença periodontal, auto percepção de saúde oral e a necessidade de utilizar ou substituir a prótese dentária, sugerindo a presença de outras variáveis associadas que não foram exploradas. Montero et al. (2011) e Papaioannou et al. (2011) obtiveram resultados que sugerem que os indivíduos satisfeitos com a saúde oral apresentaram um baixo impacto sobre QdV e aqueles que não estavam satisfeitos com a sua saúde oral apresentaram uma QdVRSO pior.

Na globalidade das publicações analisadas destacam-se fatores como a idade, implementação de tratamento odontológico, aparência física (estética), conforto (ausência de dor), número de dentes presentes, capacidade de mastigação, e que encontram-se em conformidade com outros estudos (Gift, Atchinson, & Dayton, 1997; Patrick & Erickson, 1993; Wilson & Cleary, 1995). Contudo, na análise dos fatores socioeconómicos é necessário considerar a etiologia das desigualdades sociais quanto à distribuição do rendimento, a falta de participação na riqueza nacional, o desemprego, o atraso tecnológico em alguns setores e os elevados índices de analfabetismo, dificuldades de acesso aos

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE ORAL

serviços odontológicos e ainda diferenças acentuadas quanto ao rendimento (Baldani, Narvai & Antunes, 2002; Pereira & Furtado, 2010). Kotzer et al., (2012) salientam ainda a literacia em saúde enquanto determinante social relevante. Os maiores impactos sobre a saúde oral implicam a compreensão do sistema de saúde como um condicionante que pode limitar o acesso aos cuidados odontológicos, reforçando-se a importância da literacia em saúde oral. Estes autores apontam ainda que um aumento de recursos educacionais e de treino por dentistas e higienistas orais podem ser essenciais para o desenvolvimento de habilidades de cuidados de saúde oral adequados e rotinas. A literacia em saúde inclui as aptidões necessárias para que as pessoas entendam as causas da má saúde oral, para aprenderem e adotarem comportamentos positivos de autocuidado oral, para comunicarem com os prestadores de cuidados de saúde oral e manterem consultas de acompanhamento regulares (Kotzer et al., 2012). A educação é, deste modo, necessária para que sejam prestados cuidados de forma produtiva, oportuna e rentável (Kotzer et al., 2012; Pereira & Furtado, 2010). Torna-se, assim, urgente o desenvolvimento de estudos no sentido de reconhecer percursos de aprendizagem que aumentem as competências de literacia de saúde em geral e no campo da saúde oral, em particular.

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

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

O instrumento OHIP-14 consiste num importante auxiliar na exploração das necessidades em saúde oral e na elaboração de estratégias que permitam reduzir o desenvolvimento de doenças e promover a saúde oral com impacto positivo na QdV. Através da análise dos artigos reunidos na presente revisão integrativa, é possível inferir quanto à importância de ter em consideração uma diversidade de influências importantes na autoperceção da saúde oral e do seu impacto na QdV. As avaliações de QdVRSO complementam os indicadores clínicos, permitindo refinar diagnósticos e identificar indivíduos ou grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, em necessidade de intervenções complexas e, sobretudo, personalizadas.

~

REFERÊNCIAS

- Al Habashneh, R., Khader, Y.S., & Salameh, S. (2012). Use of the Arabic version of Oral Health Impact Profile-14 to evaluate the impact of periodontal disease on oral health-related quality of life among Jordanian adults. *Journal of Oral Science*, 54, 113-20. doi:org/10.2334/josnusd.54.113
- Baldani, M. H., Narvai, P. C., & Antunes, J. L. (2002). Cárie dentária e condições sócio-econômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. *Caderno de Saúde Pública*, 18, 755-763. doi:org/10.1590/S0102-311X2002000300024
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Inequalities gender on health: challenges for the future. *Revista Espanola de Salud Pública*, 82, 245-9. doi:org/10.1590/S1135-57272008000300001
- Caglayan, F., Altun, O., Miloglu, O., Kaya, M. D., & Yilmaz, A. B. (2009). Correlation between oral health-related quality of life (OHQoL) and oraldisorders in a Turkish patient population. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 14, e573-8. doi:10.4317/medoral.14.e573.
- Duque-Duque, V., Tamayo-Castrillón, J., Echeverri-Cadavid, P., Gutiérrez-Osorio, A. Y., Sepúlveda-Correa, D., Giraldo-Ramírez, O., & Agudelo-Suárez, A. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. *CES odontologia*, 26, 10-23. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2013000100002&lng=en&tlng=es.
- Gift, H. C., Atchison, K. A., & Dayton, C. M. (1997). Conceptualizing oral health and oral health related quality of life. *Social Science Medicine*, 44, 601-8. doi:10.1016/S0277-9536(96)00211-0.
- Ikebe, K., Morii, K., Kashiwagi, J., Nokubi, T., & Ettinger, R. L. (2005). Impact of dry mouth on oral symptoms and function in removable denture wearers in Japan. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, 99, 704-10. doi:10.1016/j.tripleo.2004.09.008.
- Ingram, S., Seo, P., Sloane, R., Francis, T., Clipp, E., Doyle, M., ... & Cohen, H. (2005). The Association Between Oral Health and General Health and Quality of Life in Older Male Cancer Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 1504-1509. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53452.x
- Kotzer, R. D., Lawrence, H. P., Clovis, J. B., & Matthews, D. C. (2012). Oral health-related quality of life in an aging Canadian population. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 50. doi:10.1186/1477-7525-10-50.
- Lawrence, H. P., Thomson, W. M., Broadbent, J. M., & Poulton, R. (2008). Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36, 305-316. doi: 10.1111/j.1600-0528.2007.00395.x
- Liberati, A., Altman, D., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P., Ioannidis, J., Clarke, M., ... Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic review and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Medicine*, 6, e1000100. doi:10.1371/journal.pmed.1000100
- Locker, D., & Gibson, B. (2005). Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older populations. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33: 280-288. doi: 10.1111/j.1600-0528.2005.00209.x

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE ORAL

Locker, D., & Quiñonez, C. (2009). Functional and psychosocial impacts of oral disorders in Canadian adults: a national population survey. *Journal of the Canadian Dental Association*, 75, 521a-521e. Recuperado de: <http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-7/521.pdf>.

McGrath, C., & Bedi, R. (2001). Can dental attendance improve quality of life? *British Dental Journal*, 190, 262-5. doi:10.1038/sj.bdj.4800944

Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17, 758-764. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

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

Miotto, M. H., Barcellos, L. A., & Velten, D. B. (2012). Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 397-405. doi: org/10.1590/S1413-81232012000200014

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151:264–269. doi: 10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135

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

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

Ordem dos Médicos Dentistas (2014). Os números da Ordem. Estatísticas 2013. OMD: Portugal. Recuperado de: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Asus/Os%20meus%20documentos/Downloads/no2013pt%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Asus/Os%20meus%20documentos/Downloads/no2013pt%20(1).pdf).

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

Papaoannou, W., Oulis, C., Latsou, D., & Yfantopoulos, J. (2011). Oral health-related quality of life of greek adults: a cross-sectional study. *International Journal of Dentistry*, 360292. doi: 10.1155/2011/360292.

Patrick, D., & Erickson P. (1993). Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation. New York: Oxford University Press. Recuperado de: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF00435398>

Patel, R. (2012). The State of Oral Health in Europe. Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe. Recuperado de: <http://www.oralhealthplatform.eu/sites/default/files/field/document/Report%20-%20the%20State%20of%20Oral%20Health%20in%20Europe.pdf>

Pereira, J., & Furtado, C. (2010). Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2011-2016. *Alto Comissariado da Saúde: Lisboa*. Recuperado de: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/EA1.pdf>.

Pereira, T. C., Brasolotto, A.G., Conti, P.C., & Berretin-Felix, G. (2009). Temporomandibular disorders, voice and oral quality of life in women. *Journal of Applied Oral Science*, 17, 50-6. doi:org/10.1590/S1678-77572009000700009.

Petersen, P.E. (2003). Tobacco and oral health: the role of the World Health Organization. *Oral Health & Preventive Dentistry*, 1, 309-315. Recuperado de: http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_tobacco_whorole.pdf

Petersen, P. E., & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33, 81-92. doi: 10.1111/j.1600-0528.2004.00219.x

Petersen, P. E., Bourgeois, D., Bratthall, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S., & Ndiaye, C. (2005). Oral health information systems - Towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 686-93. Recuperado do website de World Health Organization: <http://www.icd.org/content/publications/WHO-Oral-Health-Surveys-Basic-Methods-5th-Edition-2013.pdf>.

Reibel J. (2003). Tobacco and oral diseases: an update of the evidence, with recommendations. *Medical Principles and Practice*, 12, 22-32. doi: 10.1159/000069845.

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

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

Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11, 83-89. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>.

Sheiham, A. (2005). Strategies for oral health care. Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies, London. Recuperado: <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/euroObserver/Obsvol7no3.pdf>

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

Slade, G. D., Nuttall, N., Sanders, A. E., Steele, J. G., Allen, P. F., & Lahti, S. (2005). Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *British Dental Journal*, 198, 489-93. doi:10.1038/sj.bdj.4812252

Slade, G. D., & Spencer, A. J. (1994). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dentistry and Oral Health Epidemiology*, 11, 3-11. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8193981>.

Slade, G. D., Spencer, A. J., Locker, D., Hunt, R. J., Strauss, R. P., & Beck, J. D. (1996). Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario, and North Carolina. *Journal of Dental Research*, 75, 1439-1450. doi: 10.1177/00220345960750070301

Steele, J., Ayatollahi, S., Walls, A. & Murray, J. (1997). Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25, 143-9. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9181288>.

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

Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *Jama*, 273, 59-65.

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE ORAL

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

Yee, R., & Sheiham, A. (2002). The burden of restorative dental treatment for children in third world countries. *International Dental Journal*, 52, 1-9. doi/10.1111/j.1875-595X.2002.tb00589.x

Zanatta, F. B., Ardenghi, T. M., Antoniazzi, R. P., Pinto, T. M., & Rösing, C. K. (2012). Association between gingival bleeding and gingival enlargement and oral health-related quality of life (OHRQoL) of subjects under fixed orthodontic treatment: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 27, 12:53. doi: 10.1186/1472-6831-12-53

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE ORAL

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE ORAL

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE ORAL