

Centro Universitário Hermínio Ometto (UNIOEM)  
**UNIARARAS**

**PAULA CRISTINA BROLEZI DE SOUSA**

**INFLUÊNCIA DO MÉTODO DE APLICAÇÃO NOS ESCORES  
TOTAIS E TAXA DE RESPOSTA DO OHIP-14**

*DIFFERENCES IN RESPONSES TO OHIP-14 USED AS A  
QUESTIONNAIRE OR IN AN INTERVIEW FORMAT: A  
STUDY IN BRAZILIAN ADULTS*

**ARARAS/SP**

**Fevereiro/2007**

Centro Universitário Hermínio Ometto (UNIOEM)  
**UNIARARAS**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**PAULA CRISTINA BROLEZI DE SOUSA**

**INFLUÊNCIA DO MÉTODO DE APLICAÇÃO NOS ESCORES  
TOTAIS E TAXA DE RESPOSTA DO OHIP-14**

Dissertação apresentada a Fundação Hermínio Ometto, para obtenção do título de Mestre em Odontopediatria.

ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Renata Cristiane da Silva

CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. Thiago Machado Ardenghi

**ARARAS/SP**

**Fevereiro/2007**

**FUNDAÇÃO HERMÍNIO OMETTO - UNIARARAS**

**Autora:** Paula Cristina Brolezi de Sousa

**INFLUÊNCIA DO MÉTODO DE APLICAÇÃO NOS ESCORES TOTAIS E TAXA DE RESPOSTA DO OHIP-14**

Dissertação apresentada em 30 de Março de 2007.

**Banca examinadora:**

\_\_\_\_\_ **NOTA:** \_\_\_\_\_

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Renata Cristiane da Silva

\_\_\_\_\_ **NOTA:** \_\_\_\_\_

**Co-orientador:** Prof. Dr. Thiago Machado Ardenghi

\_\_\_\_\_ **NOTA:** \_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Butini Oliveira

**MÉDIA FINAL:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paula Cristina Brolezi de Sousa

FICHA CATALOGRÁFICA  
Elaborada pela Biblioteca "DUSE RÜEGGER OMETTO"  
- UNIARARAS -

S725i Sousa, Paula Cristina Brolezi de  
Influência do método de aplicação nos escores totais e taxa de resposta do OHIP-14 / Paula Cristina Brolezi de Sousa. -- Araras, SP : [s.n.], 2007.  
65f. ; 30cm.

Orientadora: Profa. Dra. Renata Cristiane da Silva.

Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário Hermínio Ometto, Curso de Odontologia.

1. Saúde bucal. 2. Qualidade de vida. 3. Questionários. Silva, Renata Cristina da. II. Centro Universitário Hermínio Ometto, Curso de Odontologia. III. Título.

Dedico este trabalho a minha família linda (incluindo aqui você Ricardo) que com olhos atenciosos tem acompanhado e contribuído muito para minha formação pessoal e profissional.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus primeiros professores, meus pais Paulo e Tânia pela colaboração desprendida e amável. Obrigada pelo apoio sem medidas e pelo amor incondicional que enxergo a cada etapa de minha vida.

Aos meus irmãos, Giovanna e Guilherme, pela preocupação e carinho. Vocês são meus anjos da guarda!

Aos meus adoráveis avós (voinha Rosa, voinho Pedro e voinha Irma) e tios (tia Cida e tio Pedrinho) e meu primo querido, Fernando. Obrigada pela compreensão e preocupação nesta fase! Ao meu voinho Manoel que apesar de não estar mais presente me ensinou valores que carregarei para minha vida toda. Saudades!

Ao meu grande amor Ricardo pela paciência, lealdade e companheirismo, principalmente nesta fase. Obrigada por dividir tantos sonhos comigo e me guiar sempre com seu olhar carinhoso. Amo você a cada dia e para uma vida inteira!

Aos meus sogros Kátia e Hiram e minhas cunhadas do coração Patrícia e Flávia. Muito obrigada pela participação tão importante e atenciosa em minha vida! Vocês também são minha família!

Agradecimento especial ao meu orientador, Professor Dr. Thiago Machado Ardenghi que por tantas vezes me mostrou o caminho mais correto, trazendo para minha vida a sabedoria de um verdadeiro mestre e a paciência de um grande amigo. Só tenho a agradecer as oportunidades e apoio. Obrigada sempre!

Ao Professor e amigo Dr. Fausto Medeiros Mendes, um obrigado enorme pela amizade e ajuda imprescindível na realização desse trabalho!

Ao Professor Dr. José Carlos Pettorossi Imparato pelas grandes oportunidades e incentivo. Agradeço pela compreensão em tantos momentos e pela grande participação em minha vida profissional.

As Professoras e também amigas Luciana Butini Oliveira, Monique Saveriano Benedetto e Daniela Raggio por tantos ensinamentos transmitidos. Dani, muito obrigada pela participação conselheira e sábia nos últimos tempos. Só tenho a agradecer!

Ao Coordenador do Curso de Odontologia Professor Dr. Ricardo Bozzo e a Fundação Hermínio Ometto pelas portas sempre abertas e pelo acolhimento nesse período.

As amigas de Mestrado e de vida, Bárbara de Assis Marques (Baby), Mariana Iost Antunes (Marianinha), Mariana Baffi Pellegrinetti (Mari P.) e Flávia Kiertsman (Fru) que em tão pouco tempo se tornaram tão importantes. Obrigada pela confiança em tantos momentos e por transformarem simples sextas-feiras em dias tão divertidos! Aproveito para agradecer também aos grandes amigos Andrea e Gabriel Politano pela presença, pelas boas risadas e pelo bom-humor garantido!

A Mari Braga, pelo auxílio e encorajamento de sempre. Sua amiga Josy agradece!

Aos amigos mais recentes Karin e Paulão pelo apoio e presença.

A Tânia, Cléo e Dri, funcionárias adoráveis da recepção da Clínica de Odontologia da UNIARARAS, que suportaram meus pedidos pacientemente, facilitando muito a realização desse trabalho.

Aos Professores da Clínica Odontológica Integrada da UNIARARAS pela disponibilidade e colaboração, sem a qual a realização dessa pesquisa seria inviável.

Agradeço carinhosamente também aos pacientes que aceitaram participar desse estudo.

A todos que colaboraram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

E finalmente a Deus, por permitir que a vida seja construída um pouco a cada dia, nos braços de pessoas e momentos inesquecíveis.

“Nessa Estrada não nos cabe  
conhecer ou ver o que virá  
o fim dela ninguém sabe bem  
ao certo onde vai dar...”

*Vinicius de Moraes*

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

1. Figura 2	.....	39
2. Quadro 1	.....	52
3. Figura 1	.....	53

**LISTA DE TABELAS**

1. Tabela 1	.....	40
2. Tabela 2	.....	41
3. Tabela 3	.....	42
4. Tabela 4	.....	43

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS**

**DP** – Desvio Padrão

**GOHAI** – Geriatric Oral Health Assessment Index

**HRQoL** – Health Related Quality of Life - Qualidade de vida relacionada à saúde

**ICC** – Coeficiente de Correlação Intraclasse

**OHIP 14** – Oral Health Impact Profile versão resumida

**OHIP 49** – Oral Health Impact Profile versão original

**OHRQoL** – Oral Health Related Quality of Life - Qualidade de vida relacionada à saúde oral

**OIDP** – Oral Impact on Daily Performance

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**SIP** – Sickness Impact Profile

**SUMÁRIO**

1.	Introdução.....	11
2.	Proposição.....	23
3.	Apresentação do artigo.....	24
3.1.	Resumo.....	25
3.2.	Abstract.....	26
3.3.	Introdução e Revisão de Literatura.....	27
3.4.	Casuística e Método.....	29
3.5.	Análise de dados.....	31
3.6.	Resultados.....	32
3.7.	Discussão.....	34
3.8.	Considerações Finais.....	38
4.	Referências Bibliográficas.....	44
	Anexos.....	51

## 1. INTRODUÇÃO

O estudo da saúde de uma população ou indivíduo está inserido em variáveis que ultrapassam conceitos biológicos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde define-se como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1948).

Um ponto interessante a ser considerado é que definir saúde por si só torna-se extremamente complexo e conceitos existentes, como os propostos pela OMS, acabam por não suprir a necessidade abstrata de se saber o que é saúde, como se mede e como se promove a mesma. ALMEIDA FILHO (2000) em uma reflexão sobre definições de saúde e seus propósitos caracterizou a construção de conceitos para o objeto saúde como um dos pontos cegos da Epidemiologia. SEGRE; FERRAZ (1997) propuseram uma definição mais equilibrada nesse sentido, assinalando a mesma como “um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade”.

Abordagens conceituais referentes à saúde remetem a concepções psicossociais da constituição do ser humano. Entre tais concepções, encontra-se a noção de qualidade de vida que está intimamente relacionada à humanização da sociedade (MINAYO et al., 2000) e assim como a saúde possui um caráter subjetivo e multidimensional centrado no bem-estar do indivíduo, envolvendo diversas esferas interligadas a questões físicas, familiares, ambientais, entre outras (FEITOSA; COLARES, 2003).

A qualidade de vida pode ser relacionada ainda ao desenvolvimento político e social de uma determinada sociedade, remetendo a fatores históricos, culturais e estratificações ou classes sociais (MATOS, 1999). BUSS et al. (2000) descreveram a evolução da relação entre qualidade de vida e saúde (HRQoL – *Health Related Quality of Life*) desde o surgimento da medicina social em meados do século XIX. A noção de qualidade de vida diverge-se em parâmetros emocionais como, por exemplo, realização pessoal e interação social e parâmetros dispostos nas necessidades básicas para a sobrevivência humana, tais como alimentação, educação e saúde.

Assim sendo, estabelece-se uma relação íntima entre os conceitos de saúde e qualidade de vida, inseparáveis e dependentes (MINAYO et al., 2000).

SMITH et al. (1999) por meio de um estudo com pacientes portadores de patologias crônicas buscaram avaliar as dimensões “saúde mental”, “funcionamento físico” e “funcionamento social” envolvidos na percepção de qualidade de vida e estado de saúde. Concluíram que em relação à qualidade de vida o maior preditor era o bem-estar psicológico, enquanto que no que diz respeito ao estado de saúde a dimensão “funcionamento físico” foi mais importante.

Em meados da década de 70, a busca pela conceituação do termo “qualidade de vida” já despertava interesse. Porém a partir da década de 80 a intensificação em estudos nesse sentido passou a refletir um esforço crescente para o amadurecimento conceitual e metodológico da definição descrita (SEIDL; ZANNON, 2004).

O Grupo de Qualidade de Vida, “The WHOQoL Group” criado em 1995 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) expõe o termo qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Na área da saúde, o conceito “qualidade de vida” tem sido difundido recentemente e a melhoria na qualidade de vida de um paciente tornou-se também um dos objetivos de práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças (SEIDL; ZANNON, 2004). Impactos percebidos pelos pacientes têm sido identificados como uma forte razão para comportamentos que levam a prevenção de doenças, fato que colabora de forma veemente para a ampliação de estratégias neste campo (SLADE; SPENCER, 1994).

A partir da análise de toda a contextualização do conceito “saúde” e sua relação com qualidade de vida, torna-se irrisória a tentativa incansável de se produzir modelos biomédicos incapazes de satisfazer a multidirecionalidade dos temas tratados. Assim sendo, a simples presença ou ausência de uma patologia não denota qualquer realidade inerente aos conceitos apresentados. Ou seja, as questões fundamentais passam a ser firmadas nas repercussões que uma determinada condição traz para a qualidade de vida do sujeito envolvido e na auto-percepção do indivíduo a respeito da enfermidade vivida.

Considerando os conceitos descritos sobre saúde e qualidade de vida, algumas críticas têm sido demonstradas baseadas nas limitações das abordagens tradicionais na avaliação da saúde oral de um indivíduo que acabam por não considerar de maneira apropriada a auto-percepção das pessoas, não correspondendo desse modo com as reais necessidades quando o tema tratado é saúde (LOCKER, 1988; GHERUNPONG et al., 2006).

Dados clínicos a respeito da saúde oral são centrados essencialmente na boca e recaem de uma maneira ou de outra no julgamento do profissional. Tais dados apesar de informativos, possuem limitações particulares por não considerarem aspectos funcionais e psico-sociais da saúde oral, possuindo relação fraca com as percepções individuais importantes para o acesso da qualidade de vida relacionada à saúde oral (OHRQoL – *Oral Health Related Quality of Life*) (SLADE et al., 1998; DINI et al., 2003; TSAKOS et al., 2004; KIDA et al., 2006). LOCKER em 1988 relatou em seus estudos que a simples presença de uma enfermidade oral representa apenas uma dimensão isolada da complexa natureza do estado de saúde oral.

Desse modo, indicadores exclusivamente clínicos são pouco úteis para se acessar de modo adequado anseios fidedignos da saúde pública e por isso, indicadores de saúde oral relacionados à qualidade de vida e focados em conceitos “sócio-dentais” têm sido desenvolvidos e testados em diversas populações a fim de estruturar de maneira mais concreta a relação entre medidas subjetivas e clínicas, colaborando para uma estimativa mais clara das necessidades de determinada população (GHERUNPONG et al., 2006; KIDA et al., 2006).

Meios subjetivos de se avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde têm suas bases fundadas na caracterização de circunstâncias ou experiências associadas com estados de doenças, valores e expectativas pessoais do paciente e, além disso, com a emergência de modelos mais participativos de serviços de saúde, desfechos relatados pelo próprio paciente têm sido considerados critérios importantes para se avaliar a efetividade de serviços assistenciais (FROSCH; KAPLAN, 1999; KATZ, 2001; ATKINSON et al., 2004).

Há alguns anos estudos têm sido realizados para estabelecer a prevalência de problemas orais entre as populações (LEAKE, 1990; LOCKER ; SLADE, 1988; THOMSON et al., 1999) e mais recentemente, um interesse crescente em descrever condições referentes à saúde oral em termos do impacto das mesmas na qualidade de vida e cotidiano das pessoas tem sido ressaltado (SLADE, 1997; DINI et al., 2003).

Na tentativa de minimizar a complexidade e a relatividade cultural e social do conceito qualidade de vida e ainda de prover índices que ultrapassem os processos biológicos e patológicos da doença, diversos instrumentos têm sido

desenvolvidos no âmbito da saúde. Geralmente, a determinação da HRQoL divide-se em dois padrões: o primeiro compreende uma abordagem explicativa, interpretativa e qualitativa e o segundo, que é o padrão mais comum, é normalmente baseado em questionários que enfatizam a percepção individual do paciente em relação a sua saúde física, psicológica e também sua capacidade funcional (FREIRE et al., 2001; McGRATH et al., 2004; BAGEWITZ et al., 2005). Os resultados da aplicação destes instrumentos são reportados usualmente por meio de escores que indicam a extensão e severidade de uma série de conseqüências de uma enfermidade oral (SLADE; SPENCER, 1994).

O acesso às informações providas por esses instrumentos permite que os sentimentos e a percepção individual do paciente sejam avaliados, incrementando a comunicação entre profissionais e pacientes; promove melhor entendimento das conseqüências e amplitude das condições de saúde oral na vida dos pacientes e núcleo familiar, além de ser um meio válido para clínicos na medição de resultados sobre a qualidade de serviços prestados (MINAYO et al., 2000).

A mensuração da HRQoL também é um recurso útil no planejamento de políticas assistenciais por meio da determinação de necessidades, priorização de cuidados e avaliação dos resultados de estratégias implantadas para tratamentos, auxiliando dessa maneira na tomada de decisão por uma conduta terapêutica específica (SEIDL; ZANNON, 2004).

No que diz respeito à área de pesquisa, a utilização dessas mensurações funciona como medida auxiliar para avaliar e determinar os resultados de tratamentos e iniciativas e para suplementar o desenvolvimento de guias para a prática clínica baseada em evidências (McGRATH et al., 2004).

Em relação à Odontologia, alguns meios específicos de se acessar a qualidade de vida ligada à saúde oral também vêm sendo elaborados para avaliar primordialmente os impactos que problemas na cavidade bucal poderiam ocasionar no equilíbrio emocional do indivíduo, podendo limitar o mesmo na execução de determinada atividade.

GILSON et al., em 1975, propuseram a utilização de um índice genérico para a avaliação da saúde geral dos indivíduos (The sickness Impact Profile- SIP). Em 1990 ATCHISON; DOLAN desenvolveram o Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) que passou a abordar questões mais específicas relacionadas às condições orais.

Entre os instrumentos destinados a área odontológica destaca-se o *Oral Health Impact Profile – OHIP-49* (SLADE; SPENCER, 1994) que foi considerado por JOHN et al. (2004) como opção condizente com a identificação das dimensões da OHRQoL, sendo amplamente utilizado em diversos estudos transversais e longitudinais.

O OHIP-49 é um instrumento baseado na Classificação Internacional de danos, incapacidades e obstáculos proposta pela OMS em 1980 (ANEXO I), seguindo também o conceito multidimensional de saúde descrito por LOCKER em 1988 (ANEXO II), sendo constituído por 49 questões e dividindo-se em 7 subescalas que abrangem limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidades física, psicológica e social e ainda desvantagem social. Algumas críticas foram consideradas em relação a esse instrumento principalmente devido à quantidade de perguntas, fato que tornava o instrumento muito longo (ROBINSON et al., 2001).

Uma versão mais resumida do OHIP-49 originou o OHIP-14 (*Oral Health Impact Profile – short version*) (ANEXO V), publicado em 1997, que segue os mesmos critérios em relação às subescalas descritas acima e tem demonstrado validade e confiabilidade compatíveis com o OHIP-49 (versão original) segundo algumas pesquisas (SLADE; SPENCER, 1994; ALLEN; McMILLAN, 1999).

O OHIP-14 foi desenvolvido abrangendo dois itens de cada uma das dimensões pertencentes ao instrumento original e foi caracterizado por OLIVEIRA; NADANOVSKY (2005) como um instrumento importante para pesquisa internacional sendo sua validade e confiabilidade aceitas em diferentes culturas.

Além do OHIP, outros indicadores de saúde oral foram criados para se cotar a percepção sobre saúde oral e sua relação com saúde geral e qualidade de vida. O OIDP - *Oral Impact on Daily Performance* (ADULYANON; SHEIHAM, 1997) é um indicador que teve sua construção baseada no modelo teórico de conseqüências da saúde oral que são caracterizadas em três níveis: dano, nível intermediário que engloba dor, desconforto, entre outros e máximo impacto que abrange além dos itens citados, os impactos físicos, psicológicos e sociais nas atividades diárias (GHERUNPONG et al., 2003).

Estes instrumentos têm sido utilizados em diferentes pesquisas, em inúmeros países (LOCKER et al., 2002; JOKOVIC et al., 2005; TUBERT-JEANNIN et al., 2005; FOSTER PAGE et al., 2005). A partir disso, outras discussões são abordadas, uma vez que se torna essencial a validação desses indicadores já que mudanças culturais e lingüísticas podem interferir no conceito de saúde e qualidade de vida.

É reconhecido que a validade psicométrica de um instrumento depende basicamente do seu potencial em descrever semelhanças e diferenças entre um

grupo específico, porém o real valor de um indicador está em sua habilidade de estreitar o relacionamento paciente/profissional, além de facilitar o estabelecimento de três objetivos básicos de um bom programa assistencial: favorecer significativamente o diálogo centrado no paciente; identificar pacientes com necessidades especiais para suporte suplementar e finalmente para caracterizar as experiências relacionadas ao processo saúde/doença assim como o impacto de intervenções ao longo do tempo (CANAM; ACORN, 1999).

Além disso, algumas características do indivíduo, como personalidade, estado de saúde oral, padrão de assistência odontológica, situação sócio-demográfica e sócio-econômica estão intimamente ligados ao conceito de OHRQoL (SLADE et al., 1996; SLADE, 1997; McGRATH; BEDI, 2001). BRENNAN et al. (2006) relataram, em seus estudos que uma disposição do indivíduo em experimentar estados de humor negativos pode promover escores mais intensos quando um indicador é aplicado, fato que pode denotar um impacto maior no caso daquele sujeito. Em pesquisa realizada com população adulta e aplicação do OHIP-14, estes autores observaram que tais “estados de humor” positivos ou negativos influenciaram a variabilidade dos escores obtidos com a aplicação do instrumento, porém sem enfraquecer os efeitos de variáveis como estado de saúde oral, padrão de assistência odontológica e quadro sócio-econômico da população estudada.

Nota-se dessa maneira que, a confiabilidade e validade de uma medida estão ligadas diretamente com a população na qual ela é aplicada. Todos os fatores descritos implicam na necessidade de adaptações de linguagem, conceitos e métodos de avaliação para minimizar a ocorrência de vieses. Como exemplo

desta situação encontra-se o próprio OHIP, cuja versão original é australiana, porém versões chinesa e alemã já foram testadas e demonstraram manutenção das propriedades psicométricas obtidas por SLADE; SPENCER (1994).

OLIVEIRA; NADANOVSKY (2005) avaliaram as propriedades psicométricas da versão brasileira do OHIP-14 por meio de um estudo transversal com 504 puérperas na faixa etária média de 24 anos e encontraram semelhanças com outras versões desse instrumento (WONG et al., 2002; EKANAYAKE; PERERA, 2003). Os achados demonstraram também que a tradução para o português preservou a homogeneidade da versão original do questionário. As diferenças relatadas nesse estudo foram em relação à limitação funcional, incapacidade psicológica e social e desvantagem social, sugerindo que uma nova versão com diferentes metodologias deveria ser elaborada para que se consiga atingir melhores propriedades de medição.

Além da variabilidade relatada frente a língua utilizada e cultura dos participantes, as propriedades psicométricas dos indicadores usados na mensuração da OHRQoL podem ser influenciadas pela forma de aplicação do instrumento (entrevista ou questionário).

O uso de questionários em pesquisas para a avaliação do impacto das condições de saúde oral na qualidade de vida possui potenciais vantagens principalmente no que se refere ao baixo custo, possibilidade de se manter o anonimato dos participantes e redução de possíveis vieses que poderiam ser induzidos por um entrevistador. Porém uma menor taxa de respostas pode ser encontrada com o uso de questionários ao invés de entrevistas e vieses relacionados ao entrevistado podem ser percebidos, principalmente pelo fato de

se excluir pacientes com comprometimentos lingüísticos e visuais, por exemplo (ROBINSON et al., 2001).

Estudos utilizando o OHIP-14 têm demonstrado que a utilização de entrevista “frente a frente” apresenta uma maior taxa de respostas completas quando comparada com o uso dos questionários respondidos pelos próprios participantes. Este fato pode ser explicado principalmente pela interação prevista entre o profissional e o paciente durante a entrevista (MAUPOMÉ et al., 1999). Entretanto, escores totais do questionário geralmente não foram afetados pela forma de administração quando testado em populações de idosos (ROBINSON et al., 2001; LOCKER et al., 2002).

As diferentes formas de administração de um instrumento para mensuração de OHRQoL poderiam, de certa forma, explicar as diferentes taxas de respostas obtidas entre os estudos e entre diferentes populações.

A realização de pesquisas com intuito de avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida, bem como o efeito da maneira de mensuração (entrevista ou questionário) nos escores totais dos instrumentos e os fatores que explicam a variabilidade na participação dos voluntários, torna-se fundamental para utilização de metodologias acertadas a cada situação. Assim sendo, os instrumentos devem ser previamente testados para medições correspondentes aos mais variados contextos.

Ainda, ao se considerar o impacto psicossocial das condições de saúde oral e sua ligação com fatores de exclusão social e saúde geral, torna-se essencial a ampliação de medidas apropriadas para avaliar de maneira compreensiva os efeitos físicos, sociais e psicológicos do binômio qualidade de vida e saúde oral. A

busca pelo entendimento de conceitos subjetivos relativos ao ser humano enaltece a visão humanizada e educadora dos profissionais da área da saúde em detrimento de estruturas baseadas apenas em concepções biológicas e patológicas.

### **3. PROPOSIÇÃO**

O objetivo deste trabalho é apresentar um artigo referente às diferenças encontradas nos escores totais e taxas de resposta do OHIP14 quando utilizado nos formatos de entrevista e questionário em uma população de adultos brasileiros.

### **3. APRESENTAÇÃO DO ARTIGO**

## **Influência do método de aplicação nos escores totais e taxa de resposta o OHIP-14**

**Paula Cristina Brolezi de Sousa<sup>1</sup>, Fausto Medeiros Mendes<sup>2</sup>, José Carlos Petrossi Imparato<sup>1,2</sup>, Thiago Machado Ardenghi<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup>Disciplina de Clínica Integrada Infantil da Faculdade de Odontologia da Fundação Herminio Ometto - UNIARARAS, Araras, Brasil, <sup>2</sup>Departamento de Ortodontia e Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, <sup>3</sup>Departamento de Estomatologia do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria, Brasil.

Palavras-chave: Qualidade de vida; OHIP-14; questionários, taxa de resposta

### **3.1 Resumo**

**Objetivo:** O objetivo deste estudo cruzado foi avaliar as diferenças nas taxas de resposta e escores totais da versão Brasileira do *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) quando utilizado no formato de entrevista e questionário em uma população adulta. **Métodos:** Uma amostra de conveniência constituída de 74 pacientes sem comprometimento médico (idade média de 45 anos) foi selecionada na Clínica Odontológica Integrada da UNIARARAS. Uma pesquisadora previamente treinada aplicou o OHIP-14 em dois formatos diferentes, entrevista e questionário, antes das consultas odontológicas dos participantes, respeitando-se um intervalo de 2 semanas entre cada aplicação. Dados a respeito das condições orais dos pacientes foram coletados e associados com os escores totais do OHIP-14 em ambas as formas de aplicação utilizando análise de regressão múltipla linear. **Resultados:** Nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada em relação aos escores totais do instrumento de acordo com o formato de aplicação (Teste de Wilcoxon:  $p > 0,05$ ). Maior taxa de resposta foi observada quando o formato considerado era a entrevista. Não houve diferença nos subdomínios do OHIP14 quando entrevista e questionário foram comparados. Impacto mais severo foi constatado quando a entrevista era utilizada (Teste Qui-quadrado:  $p < 0,05$ ). Valores maiores no escore total em ambos os formatos foram relacionados significativamente a presença de doença cárie. **Conclusões:** Os escores totais do OHIP-14 não foram influenciados pelo método de aplicação. Apesar disto, o uso desse instrumento no formato de questionário pode resultar em menores taxas de respostas e por conseqüência, perda de dados.

### 3.2 Abstract

**Objective.** The aim of this cross-over clinical study was to assess the differences in completion rates and total scores of a Brazilian version of Oral Health Impact Profile (OHIP-14) when used in interview and questionnaire formats in an adult population. **Methods.** A convenience sample of 74 patients (mean age 45 years) without medical conditions attending a dental clinic of UNIARARAS was selected. Total scores and completion rates for OHIP-14 applied in two different formats: interview and questionnaire were assessed. One previously trained examiner administered the instrument in both formats to participants before their dental appointments, with an interval of 2 weeks between each administration. Data on their dental health condition and socioeconomic status were collected and associated with total scores of OHIP-14 in both formats using linear regression analyses. **Results.** No statistically significant difference was found in OHIP-14 total scores according to the form of administration (Wilcoxon rank test:  $p > 0.05$ ). Higher values of completion were found in the interview format. No difference in each subscale of OHIP-14 was found regarding the formats of administration. More severe impacts were recorded in OHIP-14 for participants completing an interview than a questionnaire (Chi-square test:  $p < 0.05$ ). Higher values of OHIP-14 total scores in both formats were significantly related to the presence of dental caries. **Conclusions.** Total scores of OHIP-14 were not influenced by the method of administration. However the use of OHIP-14 in questionnaire format may result in lower completion rates and consequently, loss of data.

### 3.3 Introdução e Revisão de Literatura

Uma questão importante interligada à coleta de dados no caso de estudos epidemiológicos e transversais é a escolha do método mais adequado para a aplicação de um determinado instrumento (HAWTHORNE, 2003). Inserido em uma perspectiva de saúde pública, tal aspecto torna-se fundamental para a averiguação do custo - benefício da realização de estudos que envolvam a mensuração da saúde oral relacionada à qualidade de vida de um indivíduo (OHRQoL). Aspectos práticos como, por exemplo, longo tempo de duração e alto custo podem acabar minimizando a utilização de tais instrumentos em levantamentos nacionais.

Diferentes métodos de aplicação como questionários preenchidos pelo próprio paciente ou entrevistas têm sido sugeridos para o acesso de informações referentes à OHRQoL. Apesar do uso freqüente de alguns instrumentos em diferentes populações nas mais variadas circunstâncias, poucas informações existem sobre a influência do método de aplicação nas propriedades psicométricas desses instrumentos e nas taxas de respostas dos sujeitos envolvidos nas avaliações de OHRQoL (MILLER et al., 2005; YUSUF et al., 2006).

Quando os métodos de aplicação são considerados, o uso de questionários apresenta vantagens substanciais como baixo custo, preservação do anonimato dos participantes e redução de vieses introduzidos pela interação com o entrevistador. Em contrapartida, a possibilidade de se obter menores taxas de

resposta existe quando este formato de aplicação é utilizado (ROBINSON et al., 2001). Apesar disso, a forma de aplicação de um instrumento geralmente não influencia os escores totais de um instrumento quando o mesmo é aplicado em populações idosas (LOCKER et al., 2002; ROBINSON et al., 2001).

Diversos instrumentos para se avaliar a OHRQoL têm sido desenvolvidos na tentativa de tornar mínimas as disparidades culturais e sociais e além disso, com o intuito de prover índices que ultrapassem modelos patológicos e biomédicos no que diz respeito a saúde de um indivíduo (DINI et al., 2003; FOSTER PAGE et al., 2005; FREIRE et al., 2001; SLADE; SPENCER, 1994; TUBERT-JEANNIN et al., 2005; VERSLOOT et al., 2005).

Entre estes instrumentos encontra-se a versão resumida do *Oral Health Impact Profile*, o OHIP-14 (SLADE, 1997) que é um indicador amplamente utilizado em muitos estudos transversais e longitudinais (BAKER et al., 2006; GERDIN et al., 2005; NUTTAL et al., 2006). O OHIP-14 é dividido em 7 subescalas, agrupando limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidades físicas e psicológicas e desvantagem social (ALLEN; McMILLAN, 1999; OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005; SLADE, 1997).

Apesar da influência do formato de aplicação nas taxas de resposta e escores totais do OHIP-14 ter sido previamente testada em um estudo transversal (ROBINSON et al., 2001), no presente estudo pretendeu-se testar tal hipótese por meio de um estudo do tipo cruzado, permitindo dessa maneira, uma avaliação mais realista dos fatores descritos em uma população com características distintas. Além disso, não há dados considerando as implicações da forma de aplicação de instrumentos para o acesso de OHRQoL na população brasileira e sua influência nas taxas de resposta da mesma.

Portanto, o objetivo deste estudo do tipo cruzado foi avaliar as diferenças nas taxas de resposta e escores totais da versão brasileira do *Oral Health Impact*

*Profile* (OHIP-14) quando utilizado nos formatos de questionário e entrevista em uma população adulta.

### **3.4 Casuística e método**

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIARARAS (ANEXO III) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO IV), foi realizado um estudo transversal do tipo cruzado para avaliar o efeito do modo de aplicação do questionário na taxa de resposta e escores totais do OHIP-14 (ANEXO V).

A população alvo deste estudo foi de pacientes adultos, com idade superior a 30 anos, que compareceram à triagem Odontológica na Clínica Integrada da UNIARARAS. O tamanho da amostra foi calculado considerando erro padrão de 5% ou menos na resposta do questionário, e  $\alpha < 0,05$ . Como não há dados a respeito da taxa de resposta dos questionários na população brasileira estudada, uma taxa mínima de resposta de 75% foi assumida e uma amostra de conveniência foi selecionada (ADULYANON; SHEIHAM, 1997). Considerando uma taxa média de 60 pacientes triados durante o período correspondente ao estudo, a amostra estimada foi constituída de 80 pacientes. Pacientes que possuíam imparidades físicas e mentais ou com idade inferior a 30 anos foram excluídos do estudo. Além disso, os participantes não haviam passado por nenhum tratamento prévio.

Os pacientes foram então convidados a participarem do estudo e foram aleatoriamente divididos em dois grupos, de igual tamanho (Grupo A – “GA” e

Grupo B – “GB”), de acordo com a ordem e a forma de aplicação do OHIP-14 (entrevista “frente a frente” realizada pelo pesquisador ou questionário respondido pelo próprio participante). O estudo foi realizado em forma de rodízio entre os grupos, com um intervalo de 2 semanas entre as formas de aplicação dos questionários para prevenir a introdução de viés de memória na resposta de cada voluntário (ROBINSON et al., 2001). O delineamento do estudo está representado na Figura 2.

As entrevistas foram realizadas antes do atendimento do paciente na clínica. O voluntário era convidado a responder as perguntas do OHIP-14 em uma sala privada na qual tanto o entrevistador quanto o entrevistado ficavam frente a frente. Cartões considerando as possíveis respostas para as perguntas do OHIP-14 (“Sempre”, “nunca”, “freqüentemente”, “raramente” e “às vezes”) foram utilizados com o intuito de direcionar os participantes para as opções de respostas presentes no OHIP-14 (ROBINSON et al., 2001).

As entrevistas foram realizadas por uma única pesquisadora previamente treinada a fim de se obter o mesmo critério na condução do diálogo, e evitando desse modo, discordâncias significativas no estilo do entrevistador.

Os participantes que responderam primeiramente o OHIP-14 em forma de questionário receberam anteriormente uma instrução da responsável pela pesquisa de como responder o questionário. Após, o OHIP-14 foi entregue aos voluntários para que os mesmos respondessem as questões de acordo com o seu próprio julgamento.

Dados a respeito da condição socioeconômica, idade, sexo e condição de emprego foram coletados de acordo com questionário previamente elaborado

(ANEXO VI) para avaliar possíveis influências destes fatores nos resultados obtidos com as diferentes formas de aplicação do OHIP-14. A condição de saúde oral dos voluntários também foi considerada na análise por meio da avaliação das fichas clínicas dos pacientes.

### **3.5 Análise dos dados:**

Após a segunda semana, os dados referentes às duas formas de aplicação do OHIP-14 foram analisados e comparados estatisticamente considerando a diferença na taxa de resposta e escores totais de cada método (entrevista ou questionário).

A taxa de resposta foi avaliada por meio de dois pontos de corte: completa – quando houve resposta para todas as perguntas - e incompleta: quando um ou mais itens eram apresentados sem respostas pelos participantes (SLADE; SPENCER, 1997; ROBINSON et al., 2001).

O escore total do OHIP-14 foi obtido pelo método aditivo (ALLEN; LOCKER, 1997; ROBINSON et al., 2003) e as diferenças entre os escores médios obtidos em cada grupo e derivados de cada forma de aplicação (entrevista ou questionário), foram comparadas estatisticamente por meio do teste de Wilcoxon ( $p < 0,05$ ). O grau de concordância entre os escores totais resultantes da entrevista ou do questionário também foi analisado pelo Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) para se avaliar principalmente a confiabilidade do instrumento nas duas formas de aplicação, sendo neste caso a medida mais indicada por se tratar de dados não-paramétricos. As diferenças entre cada dimensão do OHIP-14 na entrevista e no questionário foram determinadas pelo Teste qui-quadrado.

A influência da condição de saúde oral, dos fatores demográficos e socioeconômicos dos voluntários na taxa de resposta e escores totais do OHIP-14 foi analisada utilizando-se análise de regressão múltipla linear ( $p < 0,05$ ).

### 3.6 Resultados

Considerando os pacientes que compareceram a triagem da Clínica Integrada da Fundação Hermínio Ometto no período do estudo, 102 participantes foram convidados a participar da pesquisa. Após a abordagem pelo pesquisador responsável, 90 pacientes consentiram em participar (taxa de resposta de 88,2%) e 8 recusaram (7,8%). Devido a alterações físicas e mentais, 3 participantes não puderam compreender o questionário sendo, portanto excluídos do estudo e um paciente, por deficiências visuais não pôde ler o questionário sozinho, sendo também excluído da amostra.

Os pacientes que aceitaram participar do estudo foram distribuídos de forma randomizada nos dois grupos em questão, sendo que 45 participantes foram alocados no grupo A e 45 no grupo B da mesma maneira. Após 2 semanas, 16 sujeitos (17,8%) abandonaram a pesquisa e conseqüentemente não participaram do segundo estágio do estudo. Esse fato não afetou os resultados finais uma vez que as perdas foram similares nos dois grupos (Figura 2) ( $p > 0,05$ , Teste Qui-Quadrado).

Na tabela 1 encontram-se os escores totais e as taxas de resposta do OHIP-14 nos formatos de entrevista e questionário. Nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada nos escores totais do instrumento de

acordo com a forma de aplicação do mesmo ( $p>0,05$ ). Em relação à taxa de resposta, maiores valores foram observados quando o indicador era utilizado em formato de entrevista ( $p<0,05$ ). O fato de não responder a uma ou mais questões apresentadas no OHIP-14 foi intimamente associado ao questionário como forma de aplicação. A concordância entre cada questão do OHIP-14 em ambos os métodos de aplicação foi baixo. Valores de ICC variaram de 0,15 a 0,55.

Os escores médios em cada subdomínio do OHIP-14 quando aplicados nos dois formatos propostos estão apresentados na tabela 2. Nenhuma diferença em cada subdomínio foi encontrada em relação à forma de aplicação do instrumento. O escore total médio quando a forma de aplicação era o questionário foi 12,7 (DP= 11,2) e 11,6 quando a entrevista era considerada (DP= 11,7).

Impacto mais severo foi observado na aplicação do indicador em formato de entrevista (Tabela 3). De um modo geral, maior porcentagem de “repetidamente” e “sempre” foi observada quando a entrevista era realizada. (Tabela 3). A análise de regressão múltipla linear mostrou que o escore total do OHIP-14 foi associado à presença de doença cárie nas duas formas de aplicação (Tabela 4).

### **3.7 Discussão**

No presente estudo, a forma de aplicação (entrevista ou questionário) não influenciou o escore total do OHIP-14 (Tabela 1).

Este fato compactua com achados de um estudo transversal prévio realizado com pacientes atendidos em um departamento de serviços

odontológicos básicos no Hospital Dentário de Londres (ROBINSON et al., 2001). Porém, no estudo descrito, os participantes foram alocados em quatro grupos diferentes de acordo com o instrumento recebido (OHIP-14 ou OIDP - *Oral Impact on Daily Performance*), sua forma de aplicação (questionário ou entrevista) e finalmente de acordo com a ordem de administração. Assim sendo, o delineamento do estudo não era cruzado e os pacientes completavam o instrumento ou em forma de entrevista ou em forma de questionário, nunca um mesmo voluntário participava da aplicação dos instrumentos nos dois tipos de formato.

Considerando o desenho do presente estudo, os participantes responderam as questões do OHIP-14 tanto no formato de entrevista como no formato de questionário em dois momentos diferentes. Desse modo, ambos os métodos puderam ser testados nos mesmos indivíduos, inibindo vieses uma vez que a comparação entre as duas formas de aplicação pode ser realizada de maneira direta nos mesmos participantes.

Na comparação das taxas de respostas, maiores valores foram averiguados quando a entrevista era o método de escolha (Tabela 1). Esta situação corresponde aos achados de ROBINSON et al. (2001) em relação ao uso do OIDP, que como explicitado anteriormente, é outro instrumento muito utilizado em pesquisas tratando-se de OHRQoL. Porém, os autores relataram altas taxas de resposta em ambos os formatos quando o indicador utilizado era o OHIP-14.

Os dados obtidos na presente pesquisa sugerem que maiores taxas de resposta relacionadas ao formato de entrevista poderiam estar ligadas ao nível

educacional dos participantes. Além disso, dificuldades lingüísticas e na leitura das questões poderiam de certa maneira ter interferido na resposta de algumas questões do OHIP-14 quando a forma de aplicação era o questionário.

Um outro ponto a ser considerado é o fato de se utilizar o método face-a-face na condução da entrevista uma vez que tal situação tem sido relacionada freqüentemente a taxas de respostas mais altas (ROBINSON et al., 2001). Porém, a administração de entrevistas requer mais tempo e recursos que o uso de questionários. Além disso, a aplicação de um instrumento por meio de questionário apresenta vantagens interessantes como, por exemplo, a não existência de uma possível interação com o entrevistador, fator que pode ser considerado uma fonte de vieses, além de permitir aos participantes maior tempo hábil para o preenchimento das questões.

Nenhuma diferença foi observada nos escores médios de cada subdomínio do OHIP-14 em ambas as formas de aplicação. Apesar disso, impactos mais severos foram relacionados à aplicação da entrevista (tabela 2 e 3), fato que pode estar intimamente interligado a interação com o entrevistador (ROBINSON et al., 2001).

De uma maneira geral, o ICC foi baixo mostrando que a confiabilidade do instrumento varia de acordo com o método de aplicação. Desse modo, a validação de um instrumento deveria ser considerada cuidadosamente quando diferentes formas de administração são utilizadas, uma vez que tais modificações poderiam possivelmente interferir nas propriedades psicométricas de um instrumento.

Apesar da baixa concordância entre os métodos, nas primeiras questões os valores de ICC foram mais altos do que nas últimas questões, demonstrando provavelmente um cansaço dos participantes para responder as últimas questões do instrumento. Este fato deve ser ainda explorado em pesquisas futuras quando se considerar o uso de questionários nessa área.

Os escores totais do OHIP-14 foram associados com a presença de doença cárie nos dois formatos de aplicação, concordando com os achados de outros estudos (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005; ROBINSON et al., 2001) (Tabela 4). Nenhuma relação pôde ser observada entre fatores socioeconômicos e os escores totais do instrumento. Esta informação discorda de outros relatos presentes na literatura (SANDERS; SPENCER, 2005) e sugere uma possível ligação com a característica de homogeneidade socioeconômica da população estudada.

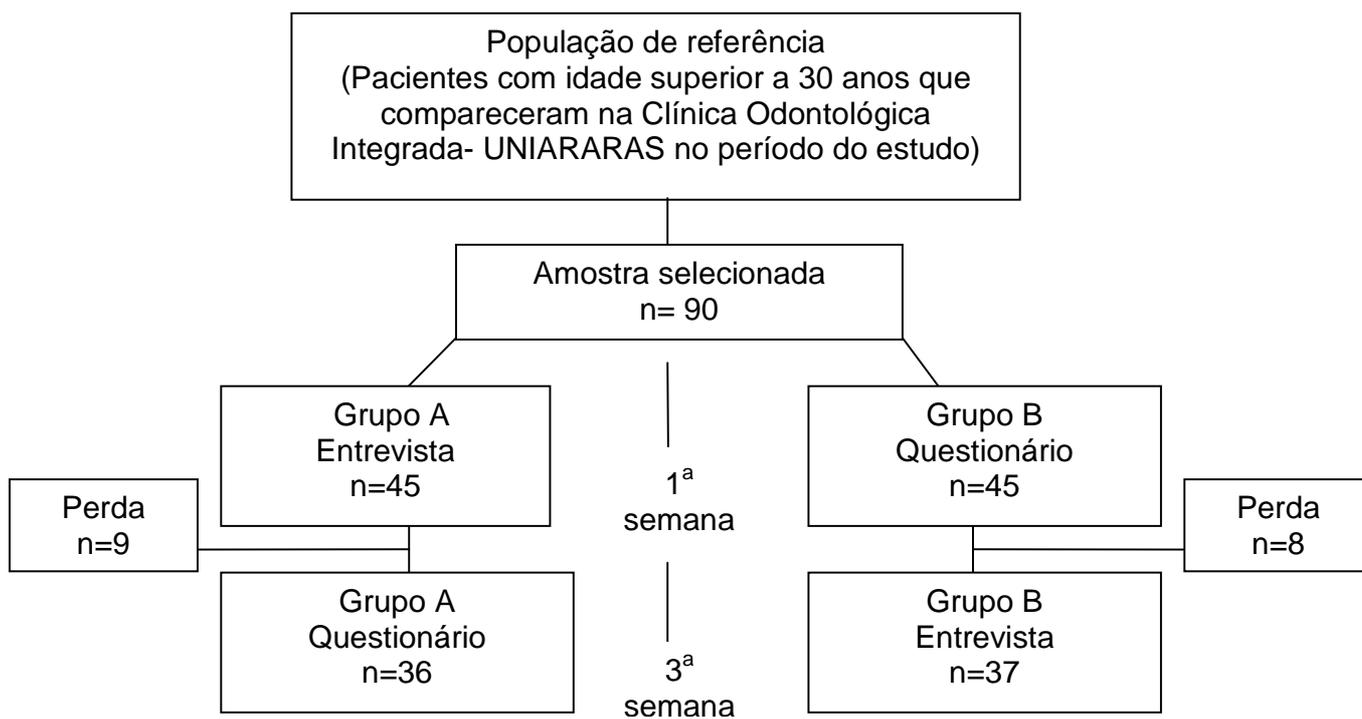
Dados referentes à idade, gênero e condição socioeconômica dos pacientes foram coletados para excluí-los como possíveis fatores de confusão na relação entre o formato do instrumento e as variáveis de desfecho. Como o objetivo deste estudo era avaliar a influência das formas de administração no escore total e taxas de resposta relacionadas ao OHIP-14, uma possível interação entre fatores envolvendo as características do participante foi identificada e apresentada.

O estudo em questão utilizou uma amostra de conveniência incluindo pacientes de uma Clínica Odontológica específica e deste modo, os resultados não devem ser assumidos para a população geral. Mais estudos considerando essas questões especialmente em ambientes com diferenças culturais e sociais

tornam-se necessários para que haja um desenvolvimento satisfatório na qualidade dos dados provenientes de instrumentos relacionados a OHRQoL.

### **3.8 Considerações finais**

Os dados observados neste estudo sugerem que o OHIP-14 deveria ser utilizado em formato de entrevista para assegurar taxas de respostas satisfatórias e garantir a avaliação do impacto de condições orais na qualidade de vida de uma maneira apropriada. O escore total do OHIP-14 não foi relacionado ao método de aplicação, porém o uso do OHIP-14 na forma de questionário pode resultar em taxas de resposta menores e conseqüentemente perda de dados referentes à OHRQoL.

**Figura 2.** Delineamento do estudo.

**Tabela 1.** Escore total e taxa de resposta do OHIP-14 de acordo com o método de aplicação.

Método de aplicação	Escore total *			Taxa de resposta	
	Média (95%IC)	Desvio padrão	Mediana (95%IC)	Completo	Incompleto
Entrevista	11,6 (8,9 – 14,3)	11,7	8 (4,2 – 10,8)	74 (100)	0
Questionário	12,7 (10,1 – 15,3)	11,5	11,5 (6 – 14,7)	62 (83,8)	16 (16,2) **

\* $p > 0,05$  (Teste de Wilcoxon);

\*\*  $p < 0,05$  (Teste Qui-quadrado).

**Tabela 2.** Média de escores em cada subdomínio do OHIP-14 em função do método de aplicação (entrevista ou questionário).

Subdomínio	Questionário Média $\pm$ DP	Entrevista Média $\pm$ DP	p*
Limitação Funcional	1,1 $\pm$ 1,7	1,1 $\pm$ 1,9	0,76
Dor física	2,7 $\pm$ 2,2	2,6 $\pm$ 2,4	0,70
Desconforto psicológico	2,7 $\pm$ 2,6	2,6 $\pm$ 2,8	0,82
Incapacidade física	1,4 $\pm$ 2,1	1,3 $\pm$ 2,2	0,62
Incapacidade Psicológica	2,0 $\pm$ 2,2	2,0 $\pm$ 2,4	0,96
Incapacidade Social	1,5 $\pm$ 2,0	1,1 $\pm$ 2,0	0,14
Desvantagem Social	1,2 $\pm$ 1,8	0,9 $\pm$ 1,7	0,19
Total	12,7 $\pm$ 11,2	11,6 $\pm$ 11,7	0,07

\*Teste de Wilcoxon

**Tabela 3.** Porcentagem de respostas positivas em um ou mais itens do OHIP-14.

Subdomínio	Questionário		Entrevista	
	a	b	a	B
Limitação Funcional	39,2	4,0	28,4	12,2
Dor física	68,9	17,5	58,1	29,7
Desconforto Psicológico	52,7	31,0	39,2	35,1
Incapacidade Física	41,9	12,2	28,4	14,9
Incapacidade Psicológica	54,0	14,9	41,9	27,0
Incapacidade Social	46,0*	6,7	23,0*	13,5
Desvantagem Social	41,9*	12,2	16,2*	13,5

a= porcentagem de respostas com “repetidamente”; “às vezes”; “raramente”

b= porcentagem de respostas com “sempre”; “repetidamente”

\*Diferenças estatisticamente significantes:  $p < 0,05$  (Teste Qui-quadrado)

**Tabela 4.** Associação entre o escore total do OHIP-14 e nível socioeconômico e condição bucal.

Fatores	Entrevista	Questionário
<i>Condição Bucal</i>	p=0,001	p=0,006
Presença de doença cárie	13,4	14,7
Ausência de doença cárie	9,1	10,4
<i>Renda familiar</i>	p=0,72	p=0,82
≤ 3 salários mínimos	12,6	13,9
> 3 salários mínimos	10,7	11,2
<i>Grau de escolaridade</i>	p=0,3	p=0,23
Até 1º grau	12,0	13,4
Até 2º grau	11,0	12,1
<i>Gênero</i>	p=0,09	p=0,06
Masculino	10,3	13,2
Feminino	13,7	15,0

\* p<0,05 (Análise de regressão multivariada)

### 3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADULYANON, S.; SHEIHAM, A. Oral Impacts on Daily Performances. In: **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina **Ed. Slade, G.D.**, p. 151-60, 1997.
2. ALLEN, P.F.; LOCKER, D. Do items weights matter? An assessment using the Oral Health Impact Profile. **Community Dental Health**, v. 14, p. 133-8, 1997.
3. ALLEN, P.F.; MCMILLAN, A.S. The impact of tooth loss in a denture wearing population: an assessment using the Oral Health Impact Profile. **Community Dental Health**, v. 16, p.176-80, 1999.
4. ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 3, p.4-20, 2000.
5. ATCHISON, K.A.; DOLAN, T.A. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. **Journal of Dental Education**, v. 54, p. 680-87, 1990.
6. ATKINSON, M.J. et al. The Self-Perception and Relationships Tool (S-PRT): A novel approach to the measurement of subjective health-related quality of life. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 2, 2004.
7. BAGEWITZ, I.C. et al. Dimensions of oral health-related quality of life in an adult Swedish population. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 63, p. 353-60, 2005.
8. BAKER, S.R.; PANKHURS, C.L.; ROBINSON, P. Utility of two oral health-related quality-of-life measures in patients with xerostomia. **Community Dental and Oral Epidemiology**, v. 34, p. 351-62, 2006.
9. BRENNAN, D.S. et al. Positive and Negative affect and oral health-related quality of life. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 4, 2006.
10. BUSS, P.M. Promoção de saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 5, 2000.

11. CANAM, C.; ACORN, S. Quality of life for family caregivers of people with chronic health problems. **Rehabilitation Nursing**, v. 24, p. 192-96, 1999.
12. DINI, E.L.; McGRATH, C.; BEDI, R. An evaluation of the oral health quality of life (OHQoL) instrument in a Brazilian population. **Community Dental Health**, v. 20, p. 40-44, 2003.
13. EKANAYAKE, L.; PERERA, I. Validation of a Sinhalese translation of the Oral Health Impact Profile-14 for use with older adults. **Gerodontology**, v. 20, p. 95-9, 2003.
14. FEITOSA, S.; COLARES, V. As repercussões da Cárie Precoce na Infância na Qualidade de Vida de Pré-escolares. **Revista Ibero-americana de odontopediatria & odontologia do bebê**, v. 6, p. 542-8, 2003.
15. FOSTER PAGE, L.A. et al. Validation of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ 11-14). **Journal of Dentistry Research**, v. 84, p. 649-52, 2005.
16. FREIRE, M.C.M.; SHEIHAM, A.; HARDY, R. Adolescents` sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. **Community Dental and Oral Epidemiology**, v. 29, p. 204-12, 2001.
17. FROSCH, D.L.; KAPLAN, R.M. Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 17, p. 285-94, 1999.
18. GERDIN, E.W. et al. Impact of dry mouth conditions on oral health-related quality of life in older people. **Gerodontology**, v. 22, p. 219-26, 2005.
19. GHERUNPONG, S.; SHEIHAM, A.; TSAKOS, G. A sociodental approach to assessing children's oral health needs: integrating an oral health-related quality of life (OHRQoL) measure into oral health service planning. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 84, 2006.

20. GHERUNPONG, S.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A. Developing and evaluating an oral health- related quality of life index for children; The CHILD-OIDP. **Community Dental Health**, v. 21, p. 141-145, 2003.
21. GILSON, B.S. et al. The sickness impact profile. Development of an outcome measure of health care. **American Journal of Public Health**, v. 65, 1975, p. 1304-10, 1975.
22. HAWTHORNE, G. The effect of different methods of collecting data: Mail, telephone and filter data collection issues in utility measurement. **Quality of Life Research**, v. 12, p. 1081-88, 2003.
23. JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; GUYATT, G. What do children's global ratings of oral health and well-being measure? **Community Dental and Oral Epidemiology**, v. 33, p. 205-11, 2005.
24. KATZ, J.N. Patient preferences and health disparities. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, v. 286, p.1506-09, 2001.
25. KIDA, I.A. et al. Psychometric properties and the prevalence, intensity and causes of oral impacts on daily performance (OIDP) in a population of older Tanzanians. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 4, 2006.
26. LEAKE, J.L. An index of chewing ability. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 50, p.262-67, 1990.
27. LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. **Community Dental Health**, v. 5, p. 3-18, 1988.
28. LOCKER, D.; et al. Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. **Community Dental Health**, v. 19, p.90-7, 2002.
29. LOCKER, D.; SLADE, G. Prevalence of symptoms associated with temporomandibular disorders in a Canadian population. **Community Dental and Oral Epidemiology**, v. 16, p. 310-13, 1988.

30. MATOS, O. As formas modernas do atraso. **Folha de São Paulo**, 27 de setembro 1999, Primeiro Caderno, p. 3.
31. MAUPOMÉ, G. et al. Perceptions of tooth loss and periodontal problems in an independent elderly population: content-analysis of interview discourse. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, v. 14, p.43-63, 1999.
32. McGRATH, C.; BEDI, R. An evaluation of a new measure of oral health related quality of life – OHQoL – UK(W). **Community Dental Health**, v. 18, p. 138-43, 2001.
33. MCGRATH, C.; BRODER, H.; WILSON-GENDERSON, M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. **Community Dental and Oral Epidemiology**, v. 32, p. 81-5, 2004.
34. MILLER, D.R. et al. The influence of place of administration on health-related quality-of-life assessments: findings from the Veterans Health Study. **Journal of Ambulatory Care Management**, v. 28, p. 111-24, 2005.
35. MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 5, 2000.
36. NUTTALL, N.M. et al. An empirically derived population-response model of the short form of the Oral Health Impact Profile. **Community Dental and Oral Epidemiology**, v. 34, p. 18-24, 2006.
37. OLIVEIRA, B.H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. **Community Dental and Oral Epidemiology**, v. 33, p. 307-14, 2005.
38. OMS. Official records of the World Health Organization. United Nations, **World Health Organization**, Geneva, Interim Commission, n. 2, p.100, 1948.

39. ROBINSON, P.G. et al. A comparison of OHIP 14 and OIDP as interviews and questionnaires. **Community Dental Health**, v. 18, p.144-49, 2001.
40. ROBINSON, P.G. et al. Validity of two oral health related quality of life measures. **Community Dental and Oral Epidemiology**, v. 31, p. 90-9, 2003.
41. SANDERS, A.E.; SPENCER, A.J. Childhood circumstances, psychosocial factors and the social impact of adult oral health. **Community Dental and Oral Epidemiology**, v. 33, p. 370-7, 2005.
42. SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. **Revista da Saúde Pública**, v. 31, p. 538-42, 1997.
43. SEIDL, E.M.F., ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de Vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 580-8, 2004.
44. SLADE, G.D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dental and Oral Epidemiology**, v. 25, p. 284-90, 1997.
45. SLADE, G.D. et al. Conference summary: assessing oral health outcomes – measuring health status and quality of life. **Community Dental Health**, v. 15, p. 3-7, 1998.
46. SLADE, G.D. et al. Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario and North Carolina. **Journal of Dentistry Research**, v. 75, p.1439-50, 1996.
47. SLADE, G.D. Measuring Oral Health and Quality of Life. Chapel Hill: University of North Carolina, **Dental Ecology**, 1997.
48. SLADE, G.D.; SPENCER, A.J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Community Dental Health**, v. 11, p.3-11, 1994.

49. SMITH, K.W.; AVIS, N.E.; ASSMANN, S.F. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research. **Quality of Life Research**, v. 8, p. 447-59, 1999.
50. THE WHOQoL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, p.1403-9, 1995.
51. THOMSON, W.M. et al. The Xerostomia Inventory: a multi-item approach to measuring dry mouth. **Community Dental Health**, v. 16, p.12-17, 1999.
52. TSAKOS, G.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. The relationship between clinical dental status and oral impacts in an elderly population. **Oral Health & Preventive Dentistry**, v. 2, p. 221-20, 2004.
53. TUBERT-JEANNIN, S. et al. Validation of a French version of the Child-OIDP index. **European Journal of Oral Sciences**, v. 113, p. 355-362, 2005.
54. VERSLOOT, J.; VEERKAMP, J.S.; HOOGSTRATEN, J. Dental discomfort questionnaire for young children before and after treatment. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 63, p. 367-70, 2005.
55. WHO. **World Health Organization Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps**. Geneva, 1980.
56. WONG, M.C.; LO, E.C.; MCMILLAN, A.S. Validation of a Chinese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP). **Community Dental and Oral Epidemiology**, v. 30, p. 423-30, 2002.
57. YUSUF, H. et al. Validation of an English version of the Child-OIDP index, an oral health-related quality of life measure for children. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 4, 2006.



## ANEXOS

### ANEXO I

**Quadro 1.** Aspectos gerais da Classificação Internacional de Danos, Incapacidades e desvantagens proposta pela OMS em 1980, versão revisada (2001).

## ANEXO II

Figura 1. Modelo de saúde oral proposto por Locker em 1988.



### ANEXO III



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA E MÉRITO CIENTÍFICO – UNIARARAS  
FONE: 0XX 19 3543-1439  
PARECER Nº 026/2006

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO:

**Título:** “Influência do modo de aplicação do questionário no escore total e taxa do OHIP - 14 em adultos”

**Pesquisador Responsável:** Professor Doutor Thiago Machado Ardenghi

## ANEXO IV

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### 1. Consentimento

Eu \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_,  
certifico que tendo lido as informações prévias e tendo sido esclarecido sobre  
todos os itens, estou plenamente de acordo com a realização do presente estudo.

#### 2. Título da pesquisa

“Influência do modo de aplicação do questionário no escore total e taxa de resposta do OHIP-14 em adultos”

### **3. Objetivo principal e justificativa**

Avaliar se a maneira de se aplicar o questionário, ou seja, entrevista realizada pelo profissional “frente a frente” com o paciente (o dentista perguntando e o paciente respondendo) ou o questionário respondido pelo próprio paciente (sem entrevista “frente a frente”, o paciente escrevendo as respostas sozinho, apenas lendo as perguntas) interfere nas respostas obtidas através do determinado questionário (OHIP – 14). A observação dessas respostas colabora para a melhoria das formas de se aplicar questionários relacionados à saúde para as mais diversas situações.

### **4. Procedimento**

A pesquisa será realizada em 2 momentos, sempre antes do atendimento na Clínica Odontológica Integrada da UNIARARAS e será constituída da aplicação de dois questionários, um sobre dados de identificação pessoal e condição socioeconômica (por exemplo, nome, escolaridade, profissão) e outro relacionado a saúde da boca (por exemplo, se você teve dor de dente nos últimos meses). Os questionários serão aplicados de duas maneiras, através de uma entrevista feita pelo dentista e por meio de respostas escritas pelo próprio paciente, sem que haja entrevista “frente a frente” com o dentista.

### **5. Benefícios**

Para o voluntário, ocorre o aprendizado sobre o impacto das condições de saúde oral em atividades do dia-a-dia, como trabalhar e estudar, além de estimular a percepção do paciente em relação a sua condição de saúde bucal. Além disso, o

estudo permite ainda um melhor entendimento sobre fatores de ordem odontológica que interferem na qualidade de vida dos seres humanos.

## **6. Riscos**

Em caso de qualquer constrangimento ou desconforto relacionado a pesquisa, os pacientes deverão comunicar a pesquisadora responsável **Paula Cristina Brolezi de Sousa**, através do telefone **(xx19) 91353513**.

Esta pesquisa não oferece nenhum tipo de risco ao paciente, porém, caso aconteça qualquer situação desconfortável, o voluntário deve entrar em contato direto com a pesquisadora responsável.

## **7. Informações adicionais**

O voluntário ou seu responsável tem a garantia de que receberá a resposta a qualquer pergunta, e esclarecimento de dúvidas sobre os procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa. O paciente só será envolvido na pesquisa caso haja o consentimento, através da assinatura desse termo, e também após consentimento verbal.

## **8. É importante que o voluntário contribua com a seriedade da pesquisa**

- ◆ Cooperação e fidelidade no fornecimento dos dados;
- ◆ A solicitações e pontualidade devem ser seguidas;
- ◆ Qualquer tratamento médico-hospitalar iniciado deverá ser informado à pesquisadora;
- ◆ Os resultados do estudo não são apenas de responsabilidade dos pesquisadores, mas da consciência individual e conjunta de todo o grupo envolvido no trabalho;

## **9. Retirada do consentimento**

O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem prejuízo ao tratamento que ele receberá na Clínica Odontológica Integrada da Faculdade de Odontologia do Centro Universitário Hermínio Ometto - UNIARARAS. Além disso, a não aceitação de participar na pesquisa não implica problemas com o tratamento, ou seja, o tratamento odontológico continuará normalmente.

Os resultados obtidos serão sigilosos, não sendo divulgada a sua identidade. Os dados serão obtidos através de questionários e de avaliações das fichas odontológicas dos pacientes. Os nomes dos voluntários não serão divulgados.

## **10. Declaração de quem dará esclarecimentos ao participante da pesquisa**

A pesquisa será realizada pela mestranda em Odontopediatria do Curso de Odontologia do Centro Universitário Hermínio Ometto, Paula Cristina Brolezi de Sousa, orientada pela Prof. Thiago Machado Ardenghi e durante e após a pesquisa, os pesquisadores estarão disponíveis para responder todas as dúvidas.

Se necessários maiores esclarecimentos, o telefone de contato dos pesquisadores responsáveis é (11)91353513, os quais estarão disponíveis a qualquer esclarecimento.

Araras, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

---

Nome legível

---

RG

---

Assinatura

## **ANEXO V**

### **VERSÃO BRASILEIRA DA FORMA RESUMIDA *DO ORAL HEALTH IMPACT* *PROFILE (OHIP-14)***

(Oliveira; Nadanovsky, 2005)

Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:

1- Você teve problemas para falar alguma palavra?

Nunca ( )

Raramente ( )

Às vezes ( )

Repetidamente ( )

Sempre ( )

2- Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?

Nunca ( )

Raramente ( )

Às vezes ( )

Repetidamente ( )

Sempre ( )

3- Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?

Nunca ( )

Raramente ( )

Às vezes ( )

Repetidamente ( )

Sempre ( )

4- Você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento?

Nunca ( )

Raramente ( )

Às vezes ( )

Repetidamente ( )

Sempre ( )

5- Você ficou preocupado(a)?

Nunca ( )

Raramente ( )

Às vezes ( )

Repetidamente ( )

Sempre ( )

6- Você se sentiu estressado(a)?

Nunca ( )

Raramente ( )

Às vezes ( )

Repetidamente ( )

Sempre ( )

7- Sua alimentação ficou prejudicada?

Nunca ( )

Raramente ( )

Às vezes ( )

Repetidamente ( )

Sempre ( )

8- Você teve que parar suas refeições?

Nunca ( )

Raramente ( )

Às vezes ( )

Repetidamente ( )

Sempre ( )

9- Você encontrou dificuldade para relaxar?

Nunca ( )

Raramente ( )

Às vezes ( )

Repetidamente ( )

Sempre ( )

10- Você se sentiu envergonhado(a)?

Nunca ( )

Raramente ( )

Às vezes ( )

Repetidamente ( )

Sempre ( )

11- Você ficou irritado(a) com outras pessoas?

Nunca ( )

Raramente ( )

Às vezes ( )

Repetidamente ( )

Sempre ( )

12-Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias?

Nunca ( )

Raramente ( )

Às vezes ( )

Repetidamente ( )

Sempre ( )

13-Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?

Nunca ( )

Raramente ( )

Às vezes ( )

Repetidamente ( )

Sempre ( )

14-Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?

Nunca ( )

Raramente ( )

Às vezes ( )

Repetidamente ( )

Sempre ( )

Escores:

Nunca – 0

Raramente – 1

Às vezes – 2

Repetidamente – 3

Sempre - 4

## ANEXO VI

### QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL E CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA

1- Nome:-

\_\_\_\_\_

2- Endereço:\_\_\_\_\_

3- Idade:\_\_\_\_\_

4- Estado civil: solteiro(a) ( )      casado(a) ( )      outros ( )

5- Nacionalidade:\_\_\_\_\_ Naturalidade\_\_\_\_\_

6- Sexo: fem.( )      masc. ( )

7- Profissão:\_\_\_\_\_ Local de trabalho:\_\_\_\_\_

8- Com quem você mora atualmente:

a) Com os pais e/ou outros parentes ( )

b) Com esposo (a) e/ou filhos ( )

c) Com amigos (compartilhando despesas ou de favor) ( )

d) Sozinho ( )

9- Qual a faixa de renda mensal das pessoas que moram na sua casa, incluindo você?

a) até 3 salários mínimos ( )

b) mais do que 3 salários mínimos( )

10- Qual seu grau de escolaridade?

a) nenhuma escolaridade ( )

b) 1º grau completo ( )

c) 1º grau incompleto ( )

d) 2º grau completo ( )

e) 2º grau incompleto ( )

f) ensino superior completo ( )

g) ensino superior incompleto ( )

11- Você exerce, atualmente, atividade remunerada?

a)- Não ( )

b) Sim, mas eventualmente ( )

c) Sim, em meio expediente ( )

d) Sim, em tempo integral ( )

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)