

Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal

Cross-cultural adaptation of quality of life indices for oral health

Rodolfo de Almeida Lima Castro ¹
Margareth C. Portela ¹
Anna Thereza Leão ²

Abstract

The aim of this study was to evaluate the cross-cultural adaptation of the main quality of life instruments related to oral health. Studies on cross-cultural adaptation of oral health-related quality of life measures were searched for in LILACS and MEDLINE. Twenty-nine articles were analyzed, identifying distinct methods for cross-cultural adaptation of oral health-related quality of life measures. Such differences could jeopardize the future use of these instruments, since the instruments may not adequately represent the health status of the respective target populations.

Quality of Life; Health Status Indicators; Oral Health; Cross-Cultural Comparison

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
² Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

M. C. Portela
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Leopoldo Bulhões 1480, Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil.
mportela@ensp.fiocruz.br

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como um “*completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade*” ¹ (p. 100). Essa definição permite a afirmação de que um indivíduo, mesmo não apresentando qualquer alteração orgânica, para ser considerado saudável precisa viver com qualidade. Portanto, com base nesse conceito, a mensuração da saúde não pode mais restringir-se à ausência de doenças ou agravos e passa a ser importante considerar as diversas dimensões envolvidas, bem como as repercussões dos problemas de saúde da vida diária dos indivíduos. Tal preocupação leva à procura por indicadores que possam mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde.

Qualidade de vida foi definida como a “*percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” ² (p. 551). O grupo de qualidade de vida da OMS desenvolveu inicialmente um instrumento para avaliar a qualidade de vida sob perspectiva transcultural em âmbito internacional com cem questões nos domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais ³. O instrumento foi denominado *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100). Após isso, houve a neces-

cidade da criação de um instrumento mais curto com preenchimento mais rápido e que mantivesse as características psicométricas satisfatórias. O questionário abreviado WHOQOL-BREF contém 26 questões nos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente². Os instrumentos são genéricos, ou seja, não são direcionados para avaliar as dimensões normalmente afetadas por um problema de saúde específico. Entretanto, existem também os indicadores específicos de qualidade de vida relacionados à saúde, que consideram o impacto de condições mais definidas, como por exemplo, os problemas que acometem a cavidade bucal.

A saúde bucal vinha historicamente sendo avaliada por meio de critérios exclusivamente clínicos, os quais não permitem a determinação do real impacto dos problemas bucais na vida dos indivíduos. A necessidade de determinar a repercussão integral de alterações presentes na cavidade bucal levou ao desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal, que vêm sendo utilizados com frequência cada vez maior em pesquisas odontológicas⁴.

Há pouco mais que duas décadas, não existiam métodos para avaliar as implicações dos problemas bucais na vida diária dos indivíduos⁵. De lá para cá, inúmeros índices foram desenvolvidos, voltados, contudo, na sua maioria, para pacientes adultos ou idosos. Destacam-se o OHIP-49 (Perfil do Impacto da Saúde Bucal), sua versão mais curta OHIP-14, o GOHAI (Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica) e o OIDP (Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário)⁶. A qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças permaneceu por mais tempo desconhecida, sendo objeto de dois instrumentos desenvolvidos mais recentemente: o CPQ (Questionário de Percepção de Crianças)⁴ e o CHILD-OIDP (Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho das Atividades Diárias da Criança)⁷.

Com poucas exceções, os indicadores de qualidade de vida relacionada à saúde são desenvolvidos em língua inglesa e têm como população alvo indivíduos de países que falam inglês. Porém, a necessidade de utilização desses indicadores em pesquisas é comum a outros países de língua não inglesa, que têm como opções: criar um novo instrumento ou adaptar o existente em outra língua⁸.

Anguita et al.⁹ defendem que a adaptação de instrumentos é preferível e citam como três as razões principais: a complexidade do processo de criação de um questionário, o fato de a adaptação permitir confiabilidade e validade similar ao instrumento original e a necessidade de ele-

mentos de referência para serem utilizados em investigações em que participam vários países. Como a tarefa de desenvolver um novo instrumento para mensurar qualidade de vida relacionada à saúde consome muito tempo, com grande frequência instrumentos são “exportados” para realidades culturais distintas de onde foram desenvolvidos¹⁰.

Diversos métodos têm sido propostos para a adaptação transcultural de questionários, variando desde a tradução direta do instrumento à metodologia de tradução/retradução, a qual possui uma combinação de características favoráveis como: capacidade informativa, definida como o grau de indicação objetiva de equivalência semântica pela técnica; transparência da linguagem original, ou o grau em que a técnica fornece informações para o investigador ou para o autor da versão original do instrumento que não tem fluência na linguagem original ou na linguagem alvo; e segurança, ou a oportunidade da técnica em checar o trabalho do tradutor original¹¹.

O objetivo do presente trabalho foi avaliar criticamente o processo de adaptação transcultural dos principais instrumentos de qualidade de vida relacionados à saúde bucal, com o intuito de determinar se métodos apropriados foram seguidos.

Métodos

Estratégia de busca na literatura

Foram realizadas inicialmente buscas nas bases de dados bibliográficos LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela National Library of Medicine – Estados Unidos) com o intuito de encontrar os estudos que se propuseram a adaptar instrumentos para mensuração de qualidade de vida relacionada à saúde bucal para culturas diferentes daquela em que o instrumento original foi desenvolvido. Os termos utilizados nas buscas na língua inglesa foram: “*quality of life*”, “*oral health*”, “*questionnaires*”, “*index*”, “*interviews*”, “*indicators*”, “*cross-cultural*”, “*cross-cultural comparison*”, “*validation*”, “*translation*” e “*languages*”. A pesquisa envolveu artigos em inglês e português até a data de outubro de 2006, tendo como critério de inclusão a menção clara da realização de tradução e/ou adaptação de instrumentos para mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde bucal para realidades culturais diferentes ou apenas adaptação transcultural, quando a língua do país de origem do instrumento é a mesma.

Após leitura dos 44 artigos selecionados e eliminação dos 16 que não preencheram o critério de inclusão estipulado, foram incluídos 28 artigos na revisão sistemática. Um artigo foi incluído no estudo sem estar presente nas bases de dados consultadas, chegando a um total de 29 artigos¹². Esse trabalho foi incluído por encontrar-se nas referências de outra publicação¹³.

Determinação do protocolo de adaptação transcultural

Com base na revisão publicada por Guillemin et al.⁸, foi determinada uma metodologia padrão que inclui os diversos passos para a realização de uma adaptação transcultural. De acordo com esse protocolo proposto foi confeccionada uma ficha para extração de dados dos artigos encontrados que preencheram os critérios de inclusão. A extração dos dados foi realizada por um único examinador utilizando uma ficha para cada artigo.

Resultados

A Tabela 1 mostra os dados que foram extraídos dos 29 estudos avaliados. Esses dados refletem uma grande variedade na metodologia empregada para adaptação transcultural de instrumentos para mensuração de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Outro fato digno de nota é a grande quantidade de estudos que deixam de publicar informações importantes sobre a metodologia empregada na adaptação transcultural, como, entre outras, a quantidade e as características dos tradutores, a realização ou não de um comitê de revisão e características da amostra utilizada no estudo piloto.

Com relação à tradução da linguagem original para a linguagem fonte, diversos métodos foram utilizados na literatura revisada, variando de uma simples tradução como a realizada por Ekanayake & Perera¹⁴ e Kushnir et al.¹⁵, a três traduções com tradutores que possuíam a língua alvo como primeira língua^{16,17}. Um estudo

Tabela 1

Dados extraídos dos estudos que preencheram os critérios de inclusão.

Referência	Nome do instrumento original	Linguagem e população a que se aplica a versão adaptada	Técnica da tradução	Técnica de retradução	Abordagem por comitê de revisão	Pré-testagem	Adaptação dos pesos dos escores
Allison et al. ²⁹	OHIP	Francês, Canadá	3 tradutores bilíngües com francês como primeira língua	3 outros retradutores bilíngües com inglês como primeira língua	Realizou com comitê composto por 6 tradutores e os pesquisadores	Realizou com indivíduos que falam francês	Realizou com pacientes e dentistas
Almeida et al. ¹²	OHIP-14	Português, Brasil	1 tradutor com a língua alvo como primeira língua	1 retradutor com a língua fonte como primeira língua	Realizou com tradutor, retradutor e pesquisadores	Realizou com 18 usuários de um centro de saúde de baixa renda e escolaridade	Não informou
Astrom & Okullo ²³	OIDP	Inglês, Uganda	Não se aplica (mesma língua)	Não se aplica (mesma língua)	Não informou	Realizou com escolares, faltam informações	Não se aplica
Astrom et al. ³²	OIDP	Norueguês, Noruega	2 tradutores, faltam informações	2 re-tradutores bilíngües, faltam informações	Realizou, acadêmicos noruegueses	Não informou	Não se aplica
Cortes et al. ³⁷	OIDP	Português, Brasil	Realizou, faltam informações	Realizou, faltam informações	Não informou	Realizou, faltam informações	Não se aplica

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Referência	Nome do instrumento original	Linguagem e população a que se aplica a versão adaptada	Técnica da tradução	Técnica de retradução	Abordagem por comitê de revisão	Pré-testagem	Adaptação dos pesos dos escores
Oliveira & Nadanovsky ¹³	OHIP14	Português, Brasil	1 tradutor bilíngüe com português como primeira língua	1 retradutor bilíngüe com inglês como primeira língua	Realizou, comitê composto por 2 tradutores e 3 pesquisadores	Realizou com 18 adultos jovens e 19 mulheres em período puerperal	Não informou
Dini et al. ²²	OHQoL	Português, Brasil	1 tradução realizada em um grupo pequeno bilíngüe	1 re-tradução realizada em um grupo pequeno bilíngüe	Não informou	Realizou, faltam informações	Não informou
Ekanayake & Perera ¹⁴	OHIP-14	Sinhales, Sri Lanka	1 tradutor profissional	1 tradutor independente mais velhos	Não informou	Realizou, com 20 indivíduos	Não Informou
Foster Page et al. ²⁴	CPQ11-14	Inglês, Nova Zelândia	Não se aplica (mesma língua)	Não se aplica (mesma língua)	Não informou	Não Informou	Não se aplica
Hägglin et al. ²⁷	GOHAI	Sueco, Suécia	3 tradutores bilíngües com sueco como primeira língua	1 tradutor bilíngüe com inglês como primeira língua	Não informou	Não informou	Não informou
Ikebe et al. ²⁸	OHIP-14	Japonês, Japão	3 tradutores com japonês como primeira língua e não associados com a pesquisa	3 retradutores com inglês como primeira língua e não associados com a pesquisa	Não informou	Indivíduos que falam japonês	Não informou
John et al. ³⁰	RDC / TMD	Alemão, Alemanha	2 tradutores com alemão como primeira língua, conscientes dos conceitos e objetivos do trabalho	2 tradutores com inglês como primeira língua, sem conhecimento dos conceitos	Realizou, composto por 3 clínicos, 2 retradutores e 1 psicólogo	Não informou	Não se aplica
John et al. ³⁶	OHIP	Alemão, Alemanha	1 tradutor com alemão como primeira língua com tradução revisada por 5 dentistas alemães	1 re-tradução realizada por 2 dentistas alemães e 1 tradutor profissional	Não informou	Realizou, não fornece informações	Realizou
Kuschnir et al. ¹⁵	OHIP-14	Hebraico, Israel	1 tradução pelo pesquisador	Retradução por especialistas em linguagem sem conhecimento dos objetivos	Não informou	Não informou	Não informou
Larsson et al. ³⁸	OHIP	Sueco, Suécia	1 tradutor com experiência no assunto com tradução revisada por 3 pesquisadores	1 retradutor sem conhecimento do instrumento	Não ficou claro, parece que foi formado comitê com revisores independentes	Não informou	Não informou

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Referência	Nome do instrumento original	Linguagem e população a que se aplica a versão adaptada	Técnica da tradução	Técnica de retradução	Abordagem por comitê de revisão	Pré-testagem	Adaptação dos pesos dos escores
Marshman et al. ²⁵	CPQ 11-14	Inglês, Inglaterra	Não se aplica (mesma língua)	Não se aplica (mesma língua)	Não informou	Não informou	Não se aplica
McGrath et al. ³⁹	OHQoL	Árabe, 3 países (Síria, Egito e Arábia Saudita)	1 tradução realizada em grupo bilíngüe, faltam informações	1 retradução realizada em grupo independente, faltam informações	Não ficou claro, realizou reconciliação dos itens problemáticos	Realizou em um grupo focal, faltam informações	Não informou
Othman et al. ¹⁹	GOHAI	Malês, Malásia	2 tradutores, faltam informações	2 retradutores	Realizou, 7 membros liderados pelo primeiro autor	Realizou, amostra composta por 13 voluntários	Não informou
Perera & Ekanayake ⁴⁰	OHIP-14	Sinhales, Sri Lanka	1 tradutor profissional	1 retradução realizada por um dos autores	Não informou	Realizou com 20 indivíduos idosos	Não informou
Segù et al. ¹⁶	OHIP para desordens temporomandibulares	Italiano, Itália	3 indivíduos bilíngües com italiano como língua materna	3 versões por um bilíngüe com inglês como língua materna	Não informou	Não informou	Não informou
Soe et al. ²⁰	OIDP e OHIP-14	Burmês, Myanmar	Realizou, faltam informações	Realizou, faltam informações	Não informou	Realizou, faltam informações	Não informou
Szenpétery et al. ³¹	OHIP	Húngaro, Hungria	2 tradutores, 1 profissional sem estar consciente dos objetivos e 1 dentista consciente	2 re-tradutores, 1 nativo em inglês e 1 dentista	Realizou, composto pelos 4 tradutores e 1 metodologista	Realizou, amostra composta por 20 pacientes	Não informou
Tapsoba et al. ²¹	OHRQOL	Não mencionam as línguas, 3 países (Nova Zelândia, Alemanha e Polônia)	Realizou, faltam informações	Realizou, faltam informações	Não informou	Não informou	Não informou
Tsakos et al. ³³	OIDP	Grego, Grécia	1 tradutor	1 retradutor	Realizou, comitê composto de acadêmicos gregos	Realizou, faltam informações	Não se aplica
Tubert-Jeannin et al. ¹⁸	Child-OIDP	Francês, França	5 dentistas traduziram	3 retradutores com inglês como primeira língua e não envolvidos no estudo	Realizou, dentistas, acadêmicos e enfermeiras de escola	Realizou, amostra de 20 inicialmente e 30 em segundo piloto	Não se aplica
Tubert-Jeannin et al. ¹⁷	GOHAI	Francês, França	3 tradutores bilíngües com francês como primeira língua	3 retradutores com inglês como primeira língua	Não informou	Realizou em 90 indivíduos adultos	Não informou

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Referência	Nome do instrumento original	Linguagem e população a que se aplica a versão adaptada	Técnica da tradução	Técnica de retradução	Abordagem por comitê de revisão	Pré-testagem	Adaptação dos pesos dos escores
Wong et al. ³⁴	OHIP	Chinês, China	1 tradução realizada pelos autores	Retradução realizada independentemente por 2 dentistas	Não informou	Realizou com 20 idosos	Não informou
Wong et al. ³⁵	GOHAI	Chinês, China	1 tradução realizada pelos autores	Retradução realizada por 2 dentistas não envolvidos no estudo	Não informou	Realizou com 20 idosos	Não informou
Yusuf et al. ²⁶	Child-OIDP	Inglês, Inglaterra	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Realizou, com crianças de 10-11 anos	Não se aplica

OHIP: *Oral Health Impact Profile*; OHIP-14: versão mais curta; OIDP: *Oral Impact on Daily Performance*; OHQoL: *Oral Health Quality of Life*; CPQ: *Child Perceptions Questionnaire*; GOHAI: *Geriatric Oral Health Assessment Index*; RDC/TMD: *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*; OHRQOL: *Oral Health-Related Quality of Life*; Child-OIDP: *Oral Health-Related Quality of Life Measure for Children*.

utilizou cinco dentistas na primeira tradução do instrumento. ¹⁸

Outro achado importante foi a falta da descrição da qualificação dos tradutores, como por exemplo, a encontrada nos estudos de Othman et al. ¹⁹, Soe et al. ²⁰ e Tapsoba et al. ²¹ Alguns autores optaram por realizar a tradução em grupo, o que é recomendável ⁸, mas não descreveram a quantidade de pessoas envolvidas. Dini et al. ²² mencionaram apenas que o grupo que realizou a tradução no seu artigo era “pequeno”, fato que dificulta muito a avaliação do seu trabalho.

Astrom & Okullo ²³ adaptaram um questionário desenvolvido na língua inglesa, na realidade cultural da Grã-Bretanha, para uma outra cultura, a de Uganda, usando a mesma língua, o inglês. Neste caso, a técnica de tradução/retradução é desnecessária segundo Guillemín et al. ⁸, o que foi realizado de forma correta pelos autores. Foster Page et al. ²⁴ e Marshman et al. ²⁵, da mesma forma, trabalharam com instrumentos em realidades culturais diferentes, em países que falam a mesma língua dos instrumentos originais; não realizaram, no entanto, estudos de pré-teste antes da validação, ao contrário de Yusuf et al. ²⁶.

Os mesmos problemas encontrados na tradução foram encontrados na retradução, destacando-se que o retradutor deve ser um indivíduo que tenha como primeira língua a utilizada no instrumento original, o que só foi realizado e relatado em dez estudos ^{12,13,16,17,18,27,28,29,30,31}.

Apenas nove estudos realizaram e relataram a abordagem sob a forma de comitê de revisão recomendada ^{12,13,18,19,29,30,31,32,33}. Dentre eles, apenas cinco apresentaram uma equipe multiprofissional, tendo como membros mais comuns pesquisadores e tradutores ^{12,13,29,30,31}. Outros profissionais participantes de comitês foram: clínicos, psicólogos ³⁰, e metodologistas ³¹. Alguns estudos utilizaram exclusivamente pesquisadores ou acadêmicos, que não necessariamente possuem experiência clínica. Os pesquisadores podem não ter a capacidade de entender os conceitos com os quais os indivíduos da população alvo trabalham, o que comprometeria o resultado da discussão em comitê. Wong et al. ^{34,35}, em substituição ao comitê de revisão, realizaram três discussões em grupos focais em duas casas de idosos, antes mesmo da tradução, para que a versão do instrumento pudesse ser produzida em linguagem coloquial. No estudo publicado por Oliveira & Nadanovsky ¹³, uma versão já adaptada do OHIP-14 foi utilizada como base ¹² para uma adaptação específica para mulheres no período puerperal. Para isso, foi realizada discussão em painel com um grupo de três dentistas experientes do gênero feminino e um segundo piloto com mulheres em período puerperal.

A pré-testagem do instrumento foi um dos pontos para os quais foi notada uma grande falta de informações, sejam referentes à população alvo, sejam à amostra. Um número considerável de estudos se limitou a dizer que foi realizado um

estudo piloto^{22,23,36}; outro que este foi aplicado a indivíduos que falam a língua alvo^{28,29}. Dentre os que citaram o número de entrevistados, este variou de 13 a 90 indivíduos^{17,19}. Nenhum estudo optou por utilizar indivíduos bilíngües no pré-teste, o que representa a grande dificuldade de aplicação deste tipo de metodologia.

O passo que foi desconsiderado na maior parte das adaptações transculturais foi a adaptação dos pesos dos diversos itens. Em alguns casos essa preocupação não se aplicava devido ao instrumento original ter sido desenvolvido sem atribuição de pesos diferentes^{33,37}. Alguns autores preferiram trabalhar sem a atribuição de pesos diferenciados, e apenas dois estudos utilizaram métodos para atribuir validade cultural aos pesos^{29,36}.

Discussão

Neste estudo realizaram-se buscas em bases de dados bibliográficos para a seleção dos artigos a serem incluídos. Como o objetivo da revisão sistemática não se restringiu à busca e à avaliação de artigos que adaptassem instrumentos à realidade brasileira, seria inviável a inclusão de literatura não indexada. A ausência de dados acerca do processo utilizado na adaptação transcultural observada em algumas publicações foi um achado importante do presente trabalho.

Guillemin et al.⁸ desenvolveram, mais de uma década atrás, diretrizes que deveriam ser aplicadas em todos os estudos que se propusessem a adaptar instrumentos para realidades culturais distintas das quais foram originalmente desenvolvidos. Contudo, a análise dos estudos nos quais instrumentos para mensuração de qualidade de vida relacionada à saúde bucal passaram por adaptação transcultural revelou que essas recomendações propostas não vêm sendo seguidas a contento.

Muitos trabalhos no campo da qualidade de vida são desenvolvidos em uma abordagem que foi definida como absolutista. Esse tipo de abordagem assume inicialmente que os conceitos de qualidade de vida relacionada à saúde não variam ou têm uma variação desprezível entre as diferentes culturas e que apenas uma cuidadosa atenção com relação a elementos lingüísticos permite a adaptação de um questionário para uma nova cultura. No entanto, as evidências teóricas e empíricas demonstram que uma abordagem do tipo universalista seria a mais apropriada para a pesquisa transcultural. Essa abordagem não assume uma igualdade de conceitos *a priori*, fazendo com que os conceitos de qualidade de vida relacionada à saúde tenham que ser testa-

dos empiricamente, para verificar-se se eles estão presentes e se são interpretados da mesma maneira nas duas culturas¹⁰.

Guillemin et al.⁸ recomendam que sejam verificadas as seguintes equivalências: semântica, equivalência no significado das palavras; idiomática, equivalência nas expressões utilizadas e no coloquialismo; experiencial, as situações evocadas na versão original devem estar presentes no contexto da cultura alvo; e conceitual, validade do conceito explorado nos eventos experimentados na cultura alvo.

Herdman et al.¹⁰ na sua abordagem universalista propõem como equivalências a serem consideradas para a adaptação cultural de instrumentos para medir qualidade de vida relacionada à saúde: (1) a equivalência conceitual, modo pelo qual diferentes populações conceituam qualidade de vida e saúde em suas diversas dimensões; (2) a equivalência de item, relevância e aceitabilidade dos mesmos parâmetros de mensuração em ambas as culturas; a equivalência semântica, transferência do significado entre as linguagens; (3) a equivalência operacional, possibilidade de utilização do mesmo modo de administração e métodos de mensuração; (4) a equivalência de mensuração, semelhança nas propriedades psicométricas das diversas versões do mesmo instrumento; e (5) a equivalência funcional, que engloba todas as partes do processo de adaptação, assegurando a importância de todas as equivalências mencionadas. Esses mesmos autores, no seu modelo para adaptação cultural, relatam que nos casos em que a equivalência conceitual não é estabelecida os pesquisadores devem considerar o desenvolvimento de instrumento cultural-específico. Por isso, esse autor defende que esta deve ser a primeira equivalência a ser considerada.

De modo similar ao presente trabalho, Guillemin et al.⁸ verificaram a falta de padronização na metodologia de adaptação transcultural de instrumentos para mensurar qualidade de vida relacionada à saúde. Estes autores propuseram diretrizes a serem seguidas para a adaptação de instrumentos, que possuem cinco passos essenciais: a técnica de tradução, a técnica de retradução, a abordagem por comitê de revisão, os pré-testes e a adaptação dos pesos dos escores.

Quanto à tradução, para a qualidade do processo de adaptação são necessárias várias versões, e no mínimo dois tradutores independentes devem estar envolvidos. Preferencialmente, as traduções devem ser feitas em equipe. Um dos tradutores deve estar consciente dos objetivos do instrumento para fornecer uma restituição mais confiável do instrumento, enquanto outro pode estar desinformado desses objetivos para eleger significados inesperados do questio-

nário original. Tradutores com grau de instrução muito alto podem não ser culturalmente representativos da população alvo e estes devem traduzir para sua língua materna⁸. A presente revisão sistemática verificou que a descrição dos tradutores, em sua quantidade e perfil, não está recebendo a devida atenção no que tange à adaptação transcultural de instrumentos voltados para a avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Outro ponto a ser considerado é a utilização dos chamados comitês de revisão. Os comitês devem ser compostos por uma equipe multidisciplinar que irá comparar a versão traduzida e retraduzida com a versão original e também verificará as instruções do questionário e as escalas de resposta. Dentre os membros do comitê devem estar indivíduos especialistas na doença investigada, na medida utilizada e nos conceitos explorados, sendo bilíngües de preferência⁸. Na avaliação dos estudos incluídos no presente trabalho verificou-se que a maioria deles não utilizou essa abordagem importante para a adaptação transcultural.

Quando a versão final estiver já preparada, deve ser testada em um estudo piloto para checar se existem erros na tradução. A versão final pode ser utilizada em uma técnica de sondagem, em

que pacientes que respondem ao questionário são questionados quanto ao que quiseram dizer com as suas respostas, para verificar o entendimento correto. Alternativamente, indivíduos bilíngües podem comparar as duas versões para checar possíveis discrepâncias⁸. O número de sujeitos envolvidos e a caracterização da amostra nos estudos pilotos dos artigos avaliados no presente trabalho com frequência não foram adequadamente descritos. No caso de instrumentos que utilizam pesos diferenciados para os diferentes itens, os pesos devem ser avaliados para determinar se possuem validade transcultural⁸.

Conclusão

O presente artigo verificou a grande disparidade nas metodologias empregadas para adaptar instrumentos de mensuração de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Tal constatação limita a comparabilidade dos resultados obtidos pela utilização de indicadores adaptados que seguem metodologias muito díspares. Um esforço deve ser realizado para que as diretrizes corretas sejam seguidas no futuro, fato que resultará na disponibilização de indicadores adequados às diversas realidades culturais.

Resumo

O objetivo do presente trabalho foi avaliar criticamente o processo de adaptação transcultural dos principais instrumentos de qualidade de vida relacionados à saúde bucal. Foram realizadas buscas nas bases de dados bibliográficos LILACS e MEDLINE, com o intuito de encontrar estudos que se propuseram a adaptar instrumentos para mensuração de qualidade de vida relacionada à saúde bucal para culturas diferentes daquela em que o instrumento original foi desenvolvido. Vinte e nove artigos foram avaliados. Foi verificada grande disparidade nos métodos empregados para adaptar instrumentos de mensuração de qualidade de vida relacionada à saúde bucal, o que limita a futura utilização dos indicadores não adaptados corretamente, uma vez que eles podem não representar uma medida correta da saúde dessa população.

Qualidade de Vida; Indicadores de Saúde; Saúde Bucal; Comparação Transcultural

Colaboradores

R. A. L. Castro foi responsável pela concepção e desenho do artigo, pelo levantamento bibliográfico e elaboração do texto. M. C. Portela colaborou no desenho do artigo, no levantamento bibliográfico, na discussão e na revisão do conteúdo do artigo. A. T. Leão colaborou no desenho do artigo, na revisão e na correção do conteúdo do artigo.

Referências

- World Health Organization. Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York: World Health Organization; 1946.
- Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med* 1998; 28:551-8.
- The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46:1569-85.
- Jokovic A, Locker D, Stephe M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res* 2002; 81:459-63.
- Locker D, Jokovic A, Stephe M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Family impact of child oral and oro-facial conditions. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30:438-48.
- Pinto VG. Saúde Bucal Coletiva. 4ª Ed. São Paulo: Editora Santos; 2000.
- Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP. *Community Dent Health* 2004; 21:161-9.
- Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46:1417-32.
- Casas-Anguita J, Repullo-Labrador JR, Pereira-Candel JP. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Med Clin (Barc)* 2001; 116:789-96.
- Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1998; 7:323-35.
- Behling O, Law KS. Translating questionnaires and other research instruments: problems and solutions. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000. (Series on Quantitative Applications in the Social Sciences).
- Almeida AA, Loureiro CA, Araújo VE. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) na Forma Simplificada. Parte I: Adaptação cultural e lingüística. *UFES Rev Odontol* 2004; 6:6-15.
- Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:307-14.
- Ekanayake L, Perera I. Validation of a Sinhalese translation of the oral health impact profile-14 for use with older adults. *Gerodontology* 2003; 20:95-9.
- Kushnir D, Zusman SP, Robinson PG. Validation of a Hebrew version of the Oral Health Impact Profile 14. *J Public Health Dent* 2004; 63:71-5.
- Segù M, Collesano V, Lobbia S, Rezzani C. Cross-cultural validation of a short form of the Oral Health Impact Profile for temporomandibular disorders. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:125-30.
- Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Porcheray S, Saby-Collet S. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31:275-84.
- Tubert-Jeannin S, Pegon-Machat E, Gremeau-Richard C, Lecuyer M, Tsakos G. Validation of a French version of Child-OIDP index. *Eur J Oral Sci* 2005; 113:355-62.
- Othman WN, Muttalib KA, Bakri R, Doss JG, Jaafar N, Salleh NC, et al. Validation of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) in the Malay language. *J Public Health Dent* 2006; 66:199-204.
- Soe KK, Gelbier S, Robinson PG. Reliability and validity of two oral health related quality of life measures in Myanmar adolescents. *Community Dent Health* 2004; 21:306-11.
- Tapsoba H, Deschamps JP, Leclercq MH. Factor analytic study of two questionnaires measuring oral health-related quality of life among children and adults in New Zealand, Germany and Poland. *Qual Life Res* 2000; 9:559-69.
- Dini EL, McGrath C, Bedi R. An evaluation of the oral health quality of life (OHQoL) instrument in a Brazilian population. *Community Dent Health* 2003; 20:40-4.
- Astrom AN, Okullo I. Validity and reliability of the Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) frequency scale: a cross-sectional study of adolescents in Uganda. *BMC Oral Health* 2003; 3:5.
- Foster-Page LA, Thomson WM, Jokovic A, Locker D. Validation of the child perceptions questionnaire (CPQ 11-14). *J Dent Res* 2005; 84:649-52.
- Marshman Z, Rodd H, Stern M, Mitchell C, Locker D, Jokovic A, et al. An evaluation of the child perceptions questionnaire in the UK. *Community Dent Health* 2005; 22:151-5.
- Yusuf H, Gherunpong S, Sheiham A, Tsakos G. Validation of an English version of the Child-OIDP index, an oral health-related quality of life measure for children. *Health Qual Life Outcomes* 2006; 4:38.
- Hägglin C, Berggren U, Lundgren J. A Swedish version of the GOHAI index. Psychometric properties and validation. *Swed Dent J* 2005; 29:113-24.
- Ikebe K, Watkins CA, Ettinger RL, Sajima H, Nokubi T. Application of short-form oral health impact profile on elderly Japanese. *Gerodontology* 2004; 21:167-76.
- Allison P, Locker D, Slade G. A cross-cultural study of oral health values. *J Dent Res* 1999; 78:643-9.
- John MT, Hirsch C, Reiber T, Dworkin S. Translating the research diagnostic criteria for temporomandibular disorders into German: evaluation of content and process. *J Orofac Pain* 2006; 20:43-52.
- Szentpetery A, Szabo G, Marada G, Szanto I, John MT. The Hungarian version of the Oral Health Impact Profile. *Eur J Oral Sci* 2006; 114:197-203.
- Astrom NA, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. Oral impacts on daily performance in Norwegian adults: validity, reliability and prevalence estimates. *Eur J Oral Sci* 2005; 113:289-96.

33. Tsakos G, Marcenes W, Sheiham A. Evaluation of a modified version of the index of Oral Impacts On Daily Performances (OIDP) in elderly populations in two European countries. *Gerodontology* 2001; 18:121-30.
34. Wong MC, Lo EC, McMillan AS. Validation of a Chinese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP). *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30:423-30.
35. Wong MCM, Liu JK, Lo EC. Translation and validation of the Chinese version of GOHAI. *J Public Health Dent* 2002; 62:78-83.
36. John MT, Patrick DL, Slade GD. The German version of the Oral Health Impact Profile-translation and psychometric properties. *Eur J Oral Sci* 2002; 110:425-33.
37. Cortes MI, Marcenes W, Sheiham A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30:193-8.
38. Larsson P, List T, Lundstrom I, Marcusson A, Ohrbach R. Reliability and validity of a Swedish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-S). *Acta Odontol Scand* 2004; 62:147-52.
39. McGrath C, Alkhatib MN, Al-Munif M, Bedi R, Zaki AS. Translation and validation of an Arabic version of the UK oral health related quality of life measure (OHQoL-UK) in Syria, Egypt and Saudi Arabia. *Community Dent Health* 2003; 20:241-5.
40. Perera I, Ekanayake L. Prevalence of oral impacts in a Sinhala-speaking older population in urban Sri Lanka. *Community Dent Health* 2003; 20:236-40.

Recebido em 30/Mar/2007

Versão final reapresentada em 07/Mai/2007

Aprovado em 09/Mai/2007