

Indicadores de qualidade de vida e sua importância na Ortodontia

Daniela Feu*, Cátia Cardoso Abdo Quintão**, José Augusto Mendes Miguel***

Resumo

Objetivos: o objetivo desse estudo foi buscar na literatura informações consistentes sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, permitindo aos clínicos acessar e compreender sua influência no processo de busca e tratamento de seus pacientes. **Métodos:** foram pesquisadas as bases de dados eletrônicas MEDLINE, LILACS, BBO e Cochrane Controlled Trials, entre 1980 e 2010. Foram encontrados 158 estudos que discutiam a qualidade de vida relacionada à saúde bucal. **Resultados:** foram selecionados 30 estudos, sendo dois prospectivos longitudinais, duas revisões sistemáticas, cinco casos-controle, doze estudos epidemiológicos, cinco estudos transversais e três revisões de literatura, além da declaração da Organização Mundial da Saúde. A seleção baseou-se no objetivo de descrever os indicadores de qualidade de vida, e na metodologia utilizada nos estudos. **Conclusões:** o uso de indicadores de qualidade de vida na pesquisa odontológica e na clínica ortodôntica é de grande importância e auxílio no diagnóstico e planejamento; todavia, esses não substituem os índices normativos, devendo ser usados em caráter complementar.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Ortodontia. Más oclusões.

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida é caracterizada como a “sensação de bem-estar proveniente da satisfação ou insatisfação com áreas da vida consideradas importantes para si mesmo”^{25,30}. O enfoque dos estudos clínicos tem sido mensurar a qualidade de vida dos pacientes com a proposta de avaliar os cuidados com a saúde. Essas medições estão ganhando mais importância, já que os pesquisadores compreenderam que os estudos tradicionais possuíam pouca ou nenhuma relevância para o paciente²⁵. Portanto, para avaliar inteiramente qualquer intervenção na área da saúde, incluindo

os serviços de atenção à saúde bucal, como a Ortodontia, são necessárias medidas de importância para o paciente, além das tradicionais medidas informativas para o clínico^{19,23}.

Tradicionalmente, as medidas de alterações pré e pós-tratamento ortodôntico são baseadas em medidas clínicas tradicionais, ou normativas, como dados cefalométricos e a medida de índices oclusais. Mais recentemente, alguns indicadores subjetivos vêm sendo desenvolvidos e adaptados, como novos métodos de medição da necessidade de tratamento e comparação de seus resultados. Nesse caso, a percepção do indivíduo é o elo central de toda a

* Especialista e Mestre em Ortodontia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Doutoranda em Ortodontia pela UERJ.

** Mestre e Doutora em Ortodontia pela UFRJ. Professora Adjunta da Disciplina de Ortodontia da FO/UERJ-RJ e da FO/UFJF-MG.

*** Mestre em Odontologia pela UERJ. Doutor em Clínica Odontológica pela UFRJ. Professor adjunto da Disciplina de Ortodontia da FO/UERJ-RJ.

necessidade e satisfação com o tratamento ortodôntico, referindo-se ao impacto que a má oclusão, tem em sua vida diária, causando ou não limitações e constrangimentos. Certamente a medição clínica é importante, todavia, as dimensões de impacto dental, funcional e social tornaram-se igualmente relevantes^{18,25}, especialmente na Ortodontia, onde o tratamento gera, em todas as suas fases, uma grande influência psicossocial nos pacientes²⁵.

Na realidade brasileira, onde a oferta de tratamento ortodôntico por instituições governamentais é restrita ou inexistente, deve-se considerar que a necessidade percebida é que vai expressar a demanda. Ou seja, é a necessidade percebida que é transformada em ação, gerando a utilização dos serviços particulares para tratamento. No mundo todo, a necessidade percebida emergiu como um importante preditor da utilização dos serviços médicos e odontológicos, tornando muito importante o conhecimento dos anseios do paciente²².

O objetivo desse estudo foi recuperar na literatura informações consistentes sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, descrevendo os índices mais utilizados^{28,29} e permitindo aos clínicos acessar e compreender sua influência no processo de busca e tratamento de seus pacientes.

MATERIAL E MÉTODOS

Em setembro de 2010, foi conduzida uma busca nas bases de dados eletrônicas MEDLINE, LILACS, BBO e Cochrane Controlled Trials englobando o período de 1980 a 2010. Foram utilizados os seguintes descritores extraídos do Medical Subject Headings (MeSH): “oral health related quality of life”, “quality of life”, e o termo livre “life quality”. Foram encontrados 569 artigos, dentre os quais 158 foram selecionados por abordar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHRQoL – Oral Health Related Quality of Life); os demais se relacionavam à área médica ou a estudos na área odontológica que utilizavam questionários de qualidade de vida geral. A partir da análise dos 158 artigos, foram identificados 30 que estavam diretamente

relacionados, por meio de desenvolvimento, avaliação, teste, tradução ou discussão aos índices subjetivos relacionados com qualidade de vida. Optou-se por selecionar os artigos que validaram as versões originais dos indicadores subjetivos discursados, as revisões realizadas por seus autores e as validações e testes para a língua portuguesa.

Consideraram-se os artigos publicados em português, espanhol, inglês, francês e italiano, tendo sido excluídos os estudos publicados nos demais idiomas, mesmo com resumos em língua inglesa. A extração de dados dos artigos selecionados foi realizada por apenas um revisor, utilizando instrumento pré-estruturado. Foram colhidas as seguintes informações: autores, local onde foi realizado o estudo, ano de publicação, período de estudo, *design* do estudo, idade ou faixa etária da população estudada, tipo de indicador subjetivo utilizado, principais achados e problemas identificados.

RESULTADOS

Dos 30 trabalhos selecionados, havia dois estudos prospectivos longitudinais, duas revisões sistemáticas, cinco casos-controle, doze estudos epidemiológicos, cinco estudos transversais e três revisões de literatura, além da declaração da Organização Mundial da Saúde, os quais foram utilizados na descrição dos sete índices de qualidade de vida discutidos no presente trabalho. Não foi encontrado nenhum Ensaio Clínico Randomizado (RCT), e nenhuma revisão sistemática da Cochrane Collaboration sobre o assunto.

De acordo com a literatura, os questionários mais utilizados e com confiabilidade confirmada^{28,29} são: OIDP (Oral Impacts on Daily Performance – Impactos Bucais na Atividade Diária)¹, DIDL (Dental Impacts on Daily Living – Impactos Dentais na Vida Diária)¹⁶, GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index – Índice Geriátrico de Obtenção de Saúde Bucal)³, COHQoL (Child Oral Health Quality of Life Questionnaires – Questionários de Saúde Bucal Relacionada à Qualidade de Vida em Crianças)¹⁴, o ECOHIS (Early Childhood

Oral Health Impact Scale – Escala de Impacto da Saúde Bucal na Primeira Infância)²⁹, o OHIP (Oral Health Impact Profile – Perfil de Impacto na Saúde Bucal)^{24,27} e o OQLQ (Orthognathic Quality of Life Questionnaire – Questionário de Qualidade de Vida para Pacientes Orto-cirúrgicos)⁸.

Dentre esses índices, existem os que são específicos para crianças e os que são específicos para idosos, uma vez que a capacidade cognitiva de compreensão e de autopercepção é alterada nas diferentes idades²⁸. Além disso, há também uma marcante alteração nas queixas e experiências pessoais^{8,20}.

Esses instrumentos fornecem escores numéricos que podem ser utilizados para comparar grupos com ou sem doenças na cavidade bucal, com diferentes doenças ou com diferentes graus de gravidade da mesma doença. Os valores também podem ser comparados em estágios pré e pós-tratamento para determinar a extensão da mudança, no bem-estar e na qualidade de vida dos pacientes, que pode ser atribuída ao tratamento^{17,18}.

Impactos Bucais na Atividade Diária – OIDP

O índice “Impactos Bucais na Atividade Diária” (OIDP) é um dos instrumentos mais curtos dentre os que objetivam avaliar o que os autores chamam de “últimos impactos”. É avaliado o impacto das condições bucais na habilidade do indivíduo em desenvolver oito funções diárias: comer e aproveitar a comida, falar claramente, realizar a higiene bucal, dormir e relaxar, sorrir, gargalhar e mostrar os dentes sem embaraço, manter o estado emocional estável, desenvolver adequadamente trabalhos no emprego ou em nível social, aproveitar o contato com as pessoas¹.

A frequência com que o indivíduo é afetado, ou com que apresenta impacto negativo nessas funções, é avaliada por uma escala temporal chamada “Escala de frequência”, estratificada da seguinte maneira: nunca nos últimos seis meses, menos que uma vez por mês, uma ou duas vezes por mês, uma ou duas vezes por semana, três a

quatro vezes por semana, todos os dias ou quase todos. Essa escala tem um escore que vai de zero (nunca nos últimos seis meses) a cinco (todos os dias ou quase todos). Também é avaliada a “Severidade percebida”, que é uma pontuação na qual o entrevistado gradua quanta dificuldade aquela função lhe traz na vida diária, desde cinco (muito severa) a zero (nenhuma)¹.

A pontuação final de cada função é obtida multiplicando-se o valor da escala de frequência com o da escala de severidade percebida. Já a pontuação total do índice é obtida pela soma de todos os escores da escala de frequência e de severidade percebida, e esse valor é dividido pela máxima pontuação possível (8 performances x 5 na escala de frequência x 5 na escala de severidade percebida = 200) e posteriormente multiplicado por 100, para a obtenção do valor percentual².

Esse teste foi avaliado em um estudo piloto em 501 indivíduos com 35 a 44 anos de idade. A consistência interna demonstrou boa confiabilidade (alfa de Cronbach=0,65), e o teste-reteste demonstrou a estabilidade do índice, realizado com 47 indivíduos com um intervalo de 3 semanas, obtendo coeficientes kappa de 0,95 a 1,0. O OIDP possui boas propriedades psicométricas e uma base teórica consistente, que permite a avaliação dos impactos comportamentais nas performances diárias, ao invés de utilizar a avaliação do estado percebido das dimensões de impacto, utilizado em muitos outros questionários².

As principais vantagens do OIDP são a facilidade de compreensão para os indivíduos entrevistados e a rapidez com que é realizado. Conseqüentemente, ele já foi traduzido para outros idiomas e utilizado em diferentes culturas².

No Brasil, o OIDP foi empregado para avaliar o impacto da dor de dente em 504 mulheres durante a gravidez, e demonstrou o aumento do impacto negativo na qualidade de vida nas mulheres que apresentaram mais lesões cáries, menos dentes, que visitaram o dentista com menos frequência, e que percebiam haver necessidade de tratamento²⁴.

O OIDP também foi utilizado para mensurar o impacto na qualidade de vida de 1675 adolescentes brasileiros em relação à medição normativa de sua má oclusão e demonstrou haver diferenças entre a visão normativa e o impacto percebido, ou seja, os efeitos psicossociais, medidos pelo OIDP, quando se avalia a mesma má oclusão²⁵.

Em um estudo de caso-controle utilizando o OIDP, com 279 casos e 558 controles, no estado de São Paulo, Bernabé et al.⁴ demonstraram que os adolescentes brasileiros têm melhora significativa na sua OHRQoL quando são tratados ortodonticamente. Esses pacientes tiveram chances significativamente menores de ter impactos físicos, psicológicos e sociais em sua vida diária, relacionados com a presença de más oclusões, do que os pacientes sem história de tratamento ortodôntico.

Em 2004, foi criado o CHILD-OIDP¹¹, adaptando o modelo do OIDP para crianças de 11-12 anos de idade. Ele avalia o impacto dos problemas bucais nas mesmas oito atividades diárias, utilizando figuras para ilustrar as perguntas.

O índice foi avaliado em 1100 crianças de 11-12 anos de idade e mostrou-se confiável e válido, visto que os valores obtidos com a aplicação do instrumento apresentaram correlação positiva com a percepção da necessidade de tratamento odontológico. O alfa de Cronbach foi igual a 0,82. A estabilidade do CHILD-OIDP (teste-reteste) foi testada em 90 crianças e apresentou kappa igual a 0,91¹¹.

Impactos Dentais na Vida Diária – DIDL

O índice “Impactos Dentais na Vida Diária” (DIDL) avalia problemas psicossociais com reflexos na qualidade de vida segundo sua condição bucal, utilizando cinco dimensões de qualidade de vida: conforto (relacionado com saúde gengival e ausência de impacção alimentar), aparência (autoimagem do indivíduo), dor, performance (habilidade de realizar normalmente atividades diárias e interagir socialmente), e restrições alimentares (em morder e mastigar)¹⁶.

O DIDL é um questionário de 36 itens que objetiva obter escores para cada dimensão e também um escore geral que avalia o impacto de todas as dimensões envolvidas. O escore por dimensões é feito somando-se os valores de cada item (questão) que compõe uma dimensão — por exemplo, os quatro itens ou questões que compõem a dimensão “Aparência” — e posteriormente dividindo-se pelo número de itens que compõem a dimensão, que nesse caso é 4. Os impactos são interpretados como positivos se o valor final for +1, como negativos se for -1, e como não completamente negativos quando o valor final for zero¹⁶.

As dimensões recebem pesos proporcionais ao impacto percebido pelo entrevistado, utilizando-se uma escala visual graduada de 1 a 10, com as dimensões posicionadas lado a lado. O Teste de Correlação de Spearman foi utilizado para avaliar o quanto a determinação de pesos para as dimensões contribuiria para o resultado final, comparando a pontuação do DIDL com e sem pesos. Os resultados sugeriram que alguns pacientes, classificados como insatisfeitos (escore abaixo de zero) na versão sem pesos para as dimensões, tiveram, na verdade, impactos menos severos quando foram atribuídos pesos¹⁶.

O escore total é obtido com o cálculo do escore de cada dimensão (a soma dos itens dividida pelo número de itens que formam a dimensão), e para esses escores são atribuídos pesos determinados pelos entrevistados. As dimensões são então somadas, obtendo-se o escore total¹⁶.

O instrumento foi testado numa amostra de conveniência de indivíduos brasileiros, onde sua estabilidade (teste-reteste) e consistência interna foram avaliadas para o questionário (0,87 e 0,85, respectivamente) e para a escala (0,78 e 0,59, respectivamente), obtendo-se bons resultados¹⁶. As principais vantagens desse índice são sua flexibilidade em produzir ou eliminar dados (itens individuais, dimensões ou o escore total) e a possibilidade de atribuir pesos às dimensões, refletindo a real importância de cada dimensão na vida do indivíduo.

Índice Geriátrico de Obtenção de Saúde Bucal – GOHAI

O “Índice Geriátrico de Obtenção de Saúde Bucal” (GOHAI), desenvolvido em pesquisas com idosos norte-americanos, foi designado especificamente para avaliar, em populações idosas, problemas bucofuncionais e estimar o grau de impacto psicossocial associado às doenças bucais, podendo também ser utilizado para avaliar a efetividade funcional e psicossocial de um tratamento dentário³.

O GOHAI é composto por 12 itens que avaliam dor, desconforto e alterações funcionais. Dentre esses, quatro itens são direcionados às funções psicossociais, como insatisfações com a saúde bucal e com a aparência. O escore do questionário é obtido com uma escala de Likert de seis níveis (5 = sempre, 4 = com muita frequência, 3 = com frequência, 2 = às vezes, 1 = raramente, 0 = nunca). Apenas o escore total é calculado, somando-se o escore dos 12 itens, e varia de zero a sessenta³.

O índice foi testado em 1755 indivíduos, com idade mínima de 65 anos e que recebiam tratamento de saúde, e demonstrou consistência adequada, obtendo alfa de Cronbach igual a 0,79. Esse estudo também demonstrou que indivíduos com maior número de dentes naturais apresentaram impacto mais positivo no GOHAI³.

Ao ser aplicado em 280 hispânicos, com idade média de 39 anos, o GOHAI obteve ótimos resultados de consistência interna (alfa de Cronbach=0,83), comprovando que ele pode ser utilizado com confiabilidade em adultos jovens⁹.

O GOHAI foi utilizado para testar um programa governamental de promoção de saúde bucal no estado da Flórida, avaliando 200 residentes seniores. Dois anos após finalizar o tratamento odontológico, 119 indivíduos submeteram-se a um reteste, o qual permitiu observar uma melhora média no impacto de 2,3 pontos, partindo de uma base (obtida nos testes pré-tratamento) de 52,3 (DP=9,0)⁹.

Atualmente, o GOHAI é utilizado com confiabilidade em indivíduos idosos e adultos jovens, e foi traduzido e adaptado para muitos idiomas e culturas⁹.

Questionários de Saúde Bucal Relacionada à Qualidade de Vida em Crianças - COHQoL

O índice “Questionários de Saúde Bucal Relacionada à Qualidade de Vida em Crianças” (COHQoL) foi idealizado para se adaptar aos conceitos modernos de saúde infantil e ser aplicável a crianças com idade entre seis e quatorze anos e grande variedade de distúrbios bucais e bucofaciais¹⁴. A intenção é incorporar as percepções das crianças e dos pais, sendo sensível ao desenvolvimento cognitivo e emocional. Para isso, são realizadas avaliações distintas.

O questionário de percepção dos pais (Parental-Caregiver Perception Questionnaire – PPQ) possui 31 questões, e tem a intenção de avaliar a visão dos progenitores sobre o impacto da condição bucal dos filhos. O PPQ foi considerado confiável na avaliação de 231 responsáveis (alfa de Cronbach=0,94) e estável ao ser retestado em 79, com coeficiente de correlação interclasses de 0,85¹⁴.

Devido à grande variabilidade na percepção da criança de acordo com as diferentes idades, existem três questionários análogos para percepção de crianças (Child Perceptions Questionnaire - CPQ) com 36 questões cada, e cada um específico para uma faixa etária: entre 6 e 7 anos, entre 8 e 10 anos, e entre 11 e 14 anos. Esses questionários para percepção foram avaliados em 123 crianças com idade entre 11 e 14 anos, divididas em três grupos clínicos (pediátrico, ortodôntico e bucofacial). Todos os três construtos são divididos em três domínios principais, que são a confiança social e o bem-estar, a autoimagem bucal e social e a preocupação com o *status* de saúde bucal¹⁴. Foi verificada correlação positiva entre os resultados e a percepção de saúde bucal ($p=0,013$) e o bem-estar geral ($p<0,001$). Os testes de confiabilidade e de estabilidade (teste-reteste) foram realizados em 65 crianças, obtendo-se resultados satisfatórios, onde o alfa de Cronbach e o coeficiente de correlação interclasses foram de 0,91 e 0,90, respectivamente, demonstrando que a escala do COHQoL destinada para crianças de 11-14 anos de idade era válida e confiável¹⁴.

O CPQ para crianças de 8-10 anos de idade foi

construído a partir do para crianças de 11-14 anos e foi submetido ao teste de validade e confiabilidade em 68 crianças. Os autores observaram correlação positiva entre os resultados e a percepção de saúde bucal e bem-estar geral ($p < 0,001$); o alfa de Cronbach e o coeficiente de correlação interclasses foram de 0,89 e 0,75, respectivamente, demonstrando que essa escala também é válida e confiável. O CPQ para crianças de 6-7 anos de idade ainda não foi testado com relação à sua validade e confiabilidade¹⁴.

O CPQ é ideal para mensurar a qualidade de vida de crianças, por ser relativamente breve e possuir medidas paralelas para os responsáveis e para as crianças, captando o impacto na qualidade de vida sob a perspectiva de ambos¹⁴.

Escala de Impacto da Saúde Bucal na Primeira Infância – ECOHIS

A “Escala de Impacto da Saúde Bucal na Primeira Infância” foi criada baseada nos 36 itens que compõem o questionário COHQoL¹⁴, com a intenção de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças com idade pré-escolar²⁹. Das 13 questões que compõem o índice, 9 são destinadas a mensurar o impacto nas crianças e 4 para mensurar o impacto na família.

O questionário foi testado, quanto à validade e confiabilidade, em uma amostra de 167 responsáveis por crianças americanas de cinco anos de idade. Foi observada correlação entre os escores do ECOHIS e o estado de saúde geral ($p < 0,05$) e o estado de saúde bucal ($p < 0,001$) das crianças, avaliados segundo a percepção dos pais entrevistados. Os autores também observaram correlação entre os escores das subescalas da criança e da família ($p < 0,001$). O alfa de Cronbach desse instrumento foi de 0,87, demonstrando confiabilidade satisfatória²⁹.

Em 2006, foi realizada a tradução transcultural do ECOHIS para a língua portuguesa²⁹. A consistência interna para os 13 itens do questionário, testado em uma amostra de 80 crianças e seus familiares, foi boa (alfa de Cronbach=0,80), e foi observada também correlação positiva entre os escores

do ECOHIS e o estado de saúde geral ($p < 0,01$), e com o estado de saúde bucal ($p < 0,01$) das crianças, medido segundo a percepção dos entrevistados. O teste de estabilidade (teste-reteste) foi realizado com 50 responsáveis do sexo feminino, com idade média de 32,1 anos, e com 50 crianças. O coeficiente de correlação interclasses (CCI) do questionário ECOHIS foi de 0,98, sendo que o CCI da subescala da criança foi de 0,98 e o CCI da subescala dos entrevistados (familiares da criança) foi de 0,97. Portanto, a versão traduzida para o português do ECOHIS foi considerada confiável e estável²⁹.

A grande vantagem desse questionário é o fato dele ser curto e de fácil aplicação, todavia, sua faixa etária de aplicação deve ser muito bem observada, já que ele é destinado para crianças com maturidade, desenvolvimento cognitivo, emocional, social e linguagem de pré-escolares²⁹.

Perfil de Impacto na Saúde Bucal – OHIP

O Perfil de Impacto na Saúde Bucal (OHIP) foi desenvolvido e testado na Austrália, como um indicador de necessidade percebida, com o objetivo de melhorar a compreensão dos comportamentos relacionados à saúde bucal, medindo o desconforto, a disfunção e o impacto autopercebido das doenças bucais nas atividades diárias de adultos e idosos, complementando os indicadores epidemiológicos tradicionais²⁷. Os 49 itens abordados estão divididos em sete subgrupos ou dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência na realização das atividades cotidianas — os quais, coletivamente, indicam o “impacto social” da doença²⁷. Essas subescalas estão em uma ordem hierárquica de impacto crescente na vida do indivíduo, e são baseadas em um conceito sugerido por Locker¹⁸, que deriva da Classificação de Impedimentos, Inabilidades e Deficiências, da Organização Mundial da Saúde³⁰. Os questionamentos são classificados usando-se a escala de Likert de 5 níveis (4 = sempre, 3 = bastante, 2 = de vez em quando, 1 = quase nunca e 0 = nunca).

O índice foi avaliado numa amostra de 122 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. A confiabilidade interna de seis subgrupos foi alta (Coeficiente alfa de Cronbach 0,70-0,83) e baixa apenas para a subescala deficiência (0,37); e a confiabilidade do teste-reteste, realizada com 46 dos indivíduos da amostra para cada dimensão do questionário (CCI de 0,42-0,77 para as dimensões), demonstrou estabilidade. Foi observada também correlação positiva entre os escores do OHIP e o estado de saúde geral e de saúde bucal ($p < 0,05$)¹⁹.

Os autores observaram que o OHIP foi capaz de detectar uma associação previamente observada entre o impacto social e a necessidade percebida de tratamento^{22,27}, além de ser o instrumento socio-dental mais utilizado atualmente, traduzido e adaptado para inúmeras línguas e culturas^{18,20}.

Uma análise sistemática da literatura sobre o uso e o desempenho do OHIP concluiu que o instrumento é sensível para capturar mudanças no impacto das condições bucais. Entretanto, existe pouca evidência científica disponível para recomendar a utilização isolada do instrumento OHIP, tanto para planejar quanto para avaliar serviços de saúde bucal. Sua utilização deve ser de caráter complementar aos indicadores objetivos tradicionalmente usados²².

O questionário reduzido do OHIP-49, o OHIP-14, foi desenvolvido utilizando-se dados epidemiológicos de uma amostra de 1217 sul-australianos com idade média de 60 anos²⁸. O autor concluiu que 14 questões foram efetivas em determinar os mesmos padrões de variação clínicos e sociodemográficos que foram observados usando as 49 questões, além de conter os 7 subgrupos distribuídos ordenadamente e hierarquicamente a cada par de questões, sugerindo que a versão reduzida do instrumento é útil para quantificar os níveis de impacto com boa confiabilidade, validade e precisão^{18,22}. A confiabilidade interna do OHIP-14 foi alta de acordo com o coeficiente alfa de Cronbach, que foi de 0,88, e sua variância foi de 94% em relação ao OHIP-49²⁸.

Para a adaptação do OHIP-14 ao contexto cultural do Brasil e ao idioma português, foi realizada uma tradução transcultural. A validação demonstrou propriedades psicométricas semelhantes àquelas mensuradas na situação de origem. As propriedades da versão brasileira do OHIP-14 foram avaliadas em um estudo transversal que concluiu que essa versão apresenta propriedades similares às da versão original, sendo uma ferramenta válida para pesquisas internacionais²⁴.

A maior parte dos estudos realizados a respeito do impacto das doenças bucais na qualidade de vida focou adultos. A explicação pode estar relacionada ao fato de o impacto nesse grupo ser mais evidente em função do acúmulo da doença e dos efeitos nos tecidos bucais. Broder et al.⁵ foram os pioneiros, ao utilizar o OHIP em adolescentes entre 12 e 17 anos. Os autores concluíram que o OHIP-14 pode ser uma ferramenta importante de rastreamento, sensível para identificar numa comunidade pessoas com altos níveis de impacto das condições de saúde bucal percebidas, mesmo em faixas etárias mais baixas.

O impacto do tratamento ortodôntico na qualidade de vida de adolescentes entre 15 e 16 anos foi avaliado em um estudo brasileiro que utilizou o OHIP e o OIDP. Os resultados apontaram que os pacientes tratados ortodonticamente apresentaram melhora significativa na qualidade de vida, em comparação aos que nunca trataram ou que estavam em tratamento ortodôntico²⁵.

Outro estudo brasileiro avaliou a qualidade de vida, utilizando o OHIP-14, em 92 pacientes que buscaram e em 102 pacientes que nunca procuraram tratamento ortodôntico, com idade média de 13,2 anos. Concluiu-se que os indivíduos que procuraram tratamento têm impacto significativamente mais negativo em sua qualidade de vida, independentemente da gravidade de sua má oclusão e de sua condição estética graduada pelo ortodontista¹³.

O OHIP-14 também foi utilizado em um estudo de cortes transversais para avaliar o impacto do tratamento em 117 pacientes orto-cirúrgicos com média de idade de 24 anos, e demonstrou melhora

na qualidade de vida em relação à saúde bucal, com redução significativa nos valores do OHIP após o fim do tratamento. O tratamento ortodôntico pré-cirúrgico também causou melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes¹⁰.

Um estudo prospectivo utilizou o OHIP-14 para avaliar a OHRQoL de 250 chineses nos períodos de uma semana, um mês, três meses, seis meses e após o tratamento ortodôntico. O estudo demonstrou uma piora significativa na OHRQoL durante o período de tratamento, com a pior fase durante a primeira semana. As dimensões mais significativamente afetadas foram a dor física, o desconforto psicológico e a desabilidade psicológica. Os autores concluíram que os pacientes avaliados apresentaram um ganho significativo em sua OHRQoL após a remoção do aparelho, quando comparados com seu estágio pré-tratamento e também na fase de tratamento⁶.

Contudo, uma revisão sistemática¹⁷ demonstrou que o nível de evidência científica dos artigos disponíveis na literatura sobre os efeitos do tratamento ortodôntico é relativamente baixo, já que a maioria dos estudos nessa área é transversal. Além disso, as questões analisadas foram primordialmente relacionadas com a busca de uma relação entre as má oclusões e a OHRQoL, de forma que ainda não há um estudo que associe a qualidade de vida relacionada com a saúde bucal ao longo do tratamento ortodôntico, podendo, portanto, esclarecer os seus efeitos e consequências.

Para Bernabé et al.⁴, Feu et al.¹³ e Liu, McGrath e Hägg¹⁷, existe um impacto negativo na OHRQoL de adolescentes portadores de má oclusão; todavia ainda não é possível compreender o papel das consequências psicológicas, físicas e sociais nesse impacto, provavelmente pela grande variação individual com a qual ele se manifesta.

O OHIP foi inicialmente formulado para avaliação do impacto em grupos e populações, mas pode, do mesmo modo, medir o impacto em indivíduos, sendo incorporado ao atendimento diário, individualizando os planos de tratamento²⁷.

Questionário de Qualidade de Vida para Pacientes Orto-cirúrgicos (OQLQ)

Pacientes com graves deformidades dentofaciais podem requerer um abrangente tratamento ortodôntico e cirúrgico, e proporcionar uma melhor qualidade de vida é um dos objetivos desse tipo de intervenção. Os pacientes, muitas vezes, são jovens, o que limita a utilização da maioria dos instrumentos existentes, como o OHIP. Essa foi a base para a criação do instrumento conhecido como Questionário de Qualidade de Vida para Pacientes Orto-cirúrgicos (Orthognathic Quality of Life Questionnaire – OQLQ) com o objetivo de analisar os impactos e benefícios do tratamento orto-cirúrgico na qualidade de vida dos pacientes. O desenvolvimento e teste de confiabilidade desse instrumento foi descrito e validado por Cunningham, Garratt e Hunt em 2002⁸.

A grande importância de se utilizar questionários cada vez mais específicos à condição do paciente que será avaliado está em sua maior sensibilidade de captar os impactos dessa condição e em sua menor interação com os fatores de confusão, por exemplo a condição de saúde geral do indivíduo^{4,17,20}. Portanto, para avaliar pacientes orto-cirúrgicos, é indicado utilizar um questionário com especificidade e sensibilidade adequadas, como o Questionário de Qualidade de Vida para Pacientes Orto-cirúrgicos⁸.

Choi et al.⁷ avaliaram prospectivamente 36 pacientes para mensurar as mudanças obtidas na OHRQoL, medida pelo OQLQ e pelo OHIP-14, com o tratamento orto-cirúrgico de má oclusões de Classe III graves. Os pacientes foram avaliados no período inicial, seis semanas após a cirurgia, seis meses após a cirurgia e ao final do tratamento ortodôntico. Os autores observaram uma redução progressiva do escore do OQLQ em todos os momentos avaliados, quando comparados ao momento inicial de avaliação. O OHIP-14, contudo, teve uma redução significativa apenas seis semanas e seis meses depois da cirurgia. O tratamento orto-cirúrgico tradicional foi considerado eficaz, produzindo ganhos psicossociais e funcionais significativos para os pacientes.

DISCUSSÃO

Existe um consenso na literatura de que o uso de indicadores de qualidade de vida é um componente essencial nas pesquisas odontológicas e estudos clínicos, especialmente os que avaliam prevenção e opções terapêuticas que buscam melhorar o estado de saúde do indivíduo^{3,14,17,18,29}. Dentro da Ortodontia, estudos recentes demonstraram o efeito positivo significativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos pacientes tratados^{4,6}.

A melhora da função não é a motivação primária para muitos indivíduos receberem tratamento^{4,6,17}. Sob o ponto de vista sociológico, a necessidade e desejo de atingir uma imagem culturalmente aceitável, e o desejo de atingir padrões de estética dentária são os principais motivos para a busca do tratamento ortodôntico, e são essas motivações que os índices subjetivos, como o OHIP, avaliam.

De acordo com a literatura, a insatisfação e a procura do tratamento ortodôntico se relacionam com o aumento da idade e com a existência de apelidos e constrangimentos relacionados à má oclusão, de modo que a autoestima está estreitamente relacionada com a procura por tratamento^{10,12,13,18,26}. Essa procura pode ser traduzida, na visão do paciente, como a busca pela recuperação de sua autoestima e satisfação em viver socialmente.

Apesar de o desejo de melhorar a aparência dentária e/ou facial ser o principal motivo para procurar tratamento ortodôntico^{12,15}, essa busca não costuma estar relacionada à gravidade da má oclusão¹³, mas, sim, a um desejo geral individual e dos familiares de melhorar a estética e a autoestima e, muitas vezes, as expectativas geradas podem não ser realistas. Esse fato mais uma vez ressalta a importância do conhecimento da motivação que levou o paciente a buscar o tratamento ortodôntico, com o intuito de evitar futuras frustrações e desentendimentos com o resultado final do tratamento.

Ao longo dos últimos anos, a sociedade atual modificou sua maneira de pensar e agir, impulsionada por seus padrões de estética e comportamento, que hoje fazem parte dos conceitos de qualidade de vida

da maioria de seus membros²⁰. Portanto, como o ortodontista pode ignorar os fatores que, atualmente, são os maiores geradores de demanda e como pode planejar um tratamento sem conhecer a visão que o paciente tem sobre seu problema?

De fato, não existe evidência científica disponível para recomendar o uso isolado dos indicadores subjetivos para planejar tratamentos nem para avaliar a qualidade de serviços de saúde bucal²². Sua utilização deve ser complementar à dos indicadores objetivos tradicionalmente utilizados, permitindo uma visão mais ampla do diagnóstico e dos objetivos do tratamento, envolvendo as percepções normativas e subjetivas, que consideram a qualidade de vida do paciente de maneira igualmente importante.

CONCLUSÃO

O estudo da qualidade de vida em pacientes ortodônticos é de fundamental importância na compreensão do impacto das más oclusões em sua vida diária, especialmente em relação às limitações funcionais e ao bem-estar psicossocial. O uso de indicadores de qualidade de vida em conjunto com indicadores normativos para diagnóstico das más oclusões permite a identificação dos pacientes mais beneficiados pela Ortodontia, possibilitando o planejamento de estratégias de atuação e de destinação de recursos onde seu emprego terá maior efetividade.

Em ambiente privado, o aprofundamento obtido no diagnóstico inicial, com a introdução do uso de índices de qualidade de vida, permite ganhos inestimáveis na relação profissional-paciente, por ampliar o conhecimento dos fatores que levaram à busca do tratamento. Desse modo, o planejamento se torna individualizado baseando-se não só nas características da má oclusão do paciente, mas também em relação às dimensões de impacto negativo que mais limitam sua vida, havendo maior clareza nas expectativas dos pacientes e profissionais quanto ao resultado final.

Enviado em: maio de 2007
Revisado e aceito: outubro de 2010

Quality of life instruments and their role in orthodontics

Abstract

Objectives: The purpose of this study was to survey reliable information about quality of life as it relates to oral health in the literature, allowing clinicians to access and understand its influence on the process of finding and treating their patients. **Methods:** The MEDLINE, LILACS, BBO and Cochrane Controlled Trials electronic databases were researched between 1980 and 2010 and 158 studies were found that discuss quality of life related to oral health. **Results:** Thirty studies were selected: two prospective longitudinal studies, two systematic reviews, five case-control studies, twelve epidemiological studies, five cross-sectional studies and three reviews of literature, in addition to the Statement of the World Health Organization (WHO). The selection was based on the goal of describing the indicators of quality of life and the methodology used in the studies. **Conclusions:** The use of quality of life indicators in dental research and clinical orthodontics are extremely important and helpful in diagnosis and planning but do not replace standard indexes and should be used in a strictly complementary manner.

Keywords: Quality of Life. Orthodontics. Malocclusions.

REFERÊNCIAS

1. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996 Dec;24(6):385-9.
2. Adulyanon S, Sheiham A. A new socio-dental indicator of oral impacts on daily performances. *J Dent Res.* 1996;75:231-2.
3. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ.* 1990 Nov;54(11):680-7.
4. Bernabé E, Sheiham A, Tsakos G, Messias OC. The impact of orthodontic treatment on the quality of life in adolescents: a case-control study. *Eur J Orthod.* 2008 Oct;30(5):515-20.
5. Broder HL, Slade G, Caine R, Reisine S. Perceived impact of oral health conditions among minority adolescents. *J Public Health Dent.* 2000 Summer;60(3):189-92.
6. Chen M, Wang DW, Wu LP. Fixed orthodontic appliance therapy and its impact on oral health-related quality of life in Chinese patients. *Angle Orthod.* 2010 Jan;80(1):49-53.
7. Choi WS, Lee S, McGrath C, Samman N. Change in quality of life after combined orthodontic-surgical treatment of dentofacial deformities. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2010 Jan;109(1):46-51.
8. Cunningham SJ, Garratt AM, Hunt NP. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: II. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002 Apr;30(2):81-90.
9. Dolan TA, Atchison KA. Perceived oral health and utilization in an aged (75+) population. *J Dent Res.* 1990;69:266-72.
10. Esperão PT, Oliveira BH, Oliveira AMA, Kiyak HA, Miguel JA. Oral health-related quality of life in orthognathic surgery patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2010 Jun;137(6):790-5.
11. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. *Health Qual Life Outcomes.* 2004 Oct 12;2:57.
12. Gift HC. Oral health outcomes research – challenges and opportunities. In: Slade GD, editor. *Measuring oral health and quality of life.* Chapel Hill: University of North Carolina; 1997.
13. Feu D, Oliveira BH, Oliveira AMA, Kiyak HA, Miguel JA. Oral health-related quality of life and orthodontic treatment seeking. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2010 Aug;138(2):152-9.
14. Jokovic A, Locker D, Tompson B, Guyatt G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight-to-ten-year-old children. *Pediatr Dent.* 2004 Nov-Dec;26(6):512-8.
15. Kiyak HA. Cultural and psychologic influences on treatment demand. *Semin Orthod.* 2000 Dec;6(4):242-48.
16. Leão A, Sheiham A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *J Dent Res.* 1995 Jul;74(7):1408-13.
17. Liu Z, McGrath C, Hägg U. The impact of malocclusion/orthodontic treatment need on the quality of life: a systematic review. *Angle Orthod.* 2009 May;79(3):585-91.
18. Locker D. Oral health and quality of life. *Oral Health Prev Dent.* 2004;2 suppl 1:247-53.
19. Locker D, Slade G. Oral health and quality of life among older adults: the Oral Health Impact Profile. *J Can Dent Assoc.* 1993 Oct;59(10):830-3, 837-8, 844.
20. Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: Slade GD, editor. *Measuring Oral Health and Quality of Life.* Chapel Hill: University of North Carolina; 1997.
21. Mandall NA, Wright J, Conboy F, Kay E, Harvey L, O'Brien KD. Index of orthodontic treatment need as a predictor of orthodontic treatment uptake. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2005 Dec;128(6):703-7.
22. Miotto MHMB, Barcellos LA. Uma revisão sobre o indicador subjetivo de saúde bucal "Oral Health Impact Profile" (OHIP). *UFES Rev Odontol;* 2001 jan-jun;3(1):32-8.
23. Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? *BMJ.* 1998 Feb 14;316(7130):542-5.
24. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile – short form. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005 Aug;33(4):307-14.
25. Oliveira CM, Sheiham A. Orthodontic treatment and its impact in oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. *J Orthod.* 2004 Mar;31(1):20-7.
26. Shaw WC. Factors influencing the desire for orthodontic treatment. *Eur J Orthod.* 1981;3(3):151-62.
27. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1994 Mar;11(1):3-11.
28. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997 Aug;25(4):284-90.
29. Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Early Childhood Oral Health Impact Scale. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(8):1897-909.
30. WHO. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.* Geneva: World Health Organization; 1980.

Endereço para correspondência

Daniela Feu
Rua Moacir Ávidos, nº 156, apto 804 – Praia do Canto
CEP: 29.055-350 – Vitória / ES
E-mail: danifeutz@yahoo.com.br