

MARIANA SEOANE CAMPOMAR

**A CONCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS  
URUGUAIOS**

UMA INTRODUÇÃO À ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL  
DAS MEDIÇÕES DA QUALIDADE DE VIDA ASSOCIADA À  
SAÚDE BUCAL

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutorado em Saúde Bucal Coletiva ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Roger Keller Celeste

Porto Alegre

2019

## CIP - Catalogação na Publicação

Seoane Campomar, Mariana

A concepção da qualidade de vida em idosos uruguaios. Uma introdução à adaptação transcultural das medições da qualidade de vida associada à saúde bucal. / Mariana Seoane Campomar. -- 2019.

164 f.

Orientador: Roger Keller Celeste.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. qualidade de vida. 2. saúde bucal. 3. idosos. 4. adaptação transcultural. 5. propriedades psicométricas. I. Celeste, Roger Keller, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

A CONCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS URUGUAIOS  
UMA INTRODUÇÃO À ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DAS MEDIÇÕES DA  
QUALIDADE DE VIDA ASSOCIADA À SAÚDE BUCAL

Tese aprovada para a obtenção do título de  
Doutorado no Programa de Pós-Graduação em  
Odontologia da Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul pela banca examinadora formada  
por:

Porto Alegre, 08 de Março de 2019.

---

Prof. Dr. Roger Keller Celeste – UFRGS

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Juliana Balbinot Hilgert - UFRGS-PPGODO

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ramona Fernanda Cerioti Toassi – UFRGS-PPGEnSau

---

Prof. Dr. Eduardo Dickie de Castilhos – UFPel

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Giovana Pereira Scalco –PUC-RS

(suplente)



*Dedicada ao meu marido Gainer, pela confiança e a segurança transmitidas no decorrer dos anos que nos conhecemos.*



## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus orientadores Roger e Renato, pela paciência, generosidade e dedicação oferecidas durante o processo de formação.

Aos participantes da pesquisa, que me acolheram em suas casas e compartilharam questões privadas das suas vidas.

A Alicia, Federico, Anibal, Loreley e Annabel, que colaboraram na procura de pessoas para as entrevistas.

A Zully, que contribuiu no processo de redação da tese em língua portuguesa.





## RESUMO

Seoane Campomar, Mariana. **A concepção da qualidade de vida em idosos uruguaios. Uma introdução à adaptação transcultural das medições da qualidade de vida associada à saúde bucal.** 2019. 164 folhas. Tese (Doutoranda em Saúde Bucal Coletiva) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

A qualidade de vida (QoL) é um construto subjetivo, multidimensional e dinâmico que apresenta diversidade tanto entre os sujeitos no decorrer da vida quanto em diferentes culturas. Esse conceito, relacionado à saúde bucal (OHRQoL), foi incorporado como um complemento aos indicadores normativos, uma vez que as perspectivas dos pacientes podem ser um fator decisivo para o planejamento do tratamento odontológico e para o desenvolvimento das políticas de saúde pública. Muitos instrumentos da OHRQoL existem, mas foram criados para sociedades diferentes das latinas e seu processo de validação não foi sistematicamente estudado.

A partir de uma perspectiva transcultural, a tradução e a adaptação são importantes, especialmente quando a percepção da QoL pode mudar no decurso dos anos.

O objetivo deste estudo foi reunir evidências do processo de validação de instrumentos da OHRQoL e explorar o significado da QoL dos idosos uruguaios, buscando a compreensão das principais estratégias utilizadas pelos idosos uruguaios para uma melhor QoL. Procurou-se avaliar o estado atual das medidas da OHRQoL e elaborar um modelo conceitual da QoL.

Seguindo o protocolo Cosmin, uma indagação sistemática da literatura foi feita no Medline e Scopus utilizando a estratégia PICO. Os critérios de inclusão foram artigos originais avaliando propriedades psicométricas de instrumentos de OHRQoL na população adulta. Foram excluídas amostras menores de 18 anos, não análise psicométrica ou validação, não OHRQoL, revisão, animais e estudos de laboratório. Instrumentos com menos de 3 itens também foram excluídos. As variáveis de desfecho incluíram as propriedades psicométricas avaliadas por qualquer tipo de validação e a presença de validação transcultural. As variáveis de exposição foram: o objetivo do estudo, o nome do instrumento e o número de itens, ano e revista de publicação e país do estudo. Foram incluídas 262 referências para a revisão de texto completo,

Sendo encontrados 39 instrumentos originais entre 66 versões diferentes, 42 genéricas e 24 específicas da condição. O OHIP-14 foi o mais frequente (30,92%), seguido pelo GOHAI (17,56%), OHIP-49 (16,8%) e o OIDP (OIDP-8) (6,9%). CFA / IRT / SEM estavam presentes em 8,40% dos estudos; 9,9% (n = 8) no OHIP-14 e 8,7% (n = 4) no GOHAI-12. A maioria dos estudos CFA / IRT / SEM foi para as versões em português (n = 8), seguida por inglês (n = 7). A presença de adaptação transcultural foi de 12,6% (n = 33) entre todos os estudos, a maioria realizada no OHIP-49 (n = 9). Apenas 2 estudos incluíram a participação de sujeitos no primeiro passo da adaptação transcultural.

Através da abordagem qualitativa baseada na Teoria Fundamentada, e por meio de uma amostragem teórica, foram realizadas 30 entrevistas semi-estruturadas para 30 idosos uruguaios (63-91 anos), residentes em diferentes regiões do país, entre 2017 e 2018.

Tomando como eixo as entrevistas, foi desenvolvida uma codificação aberta e axial que permitiu estabelecer temas e categorias posteriormente associadas com a literatura. Foram utilizadas estratégias como bola de neve, *flip flop*, memorandos, observação, análise constante e comparativa. A análise permitiu construir um modelo dinâmico da QoL adaptado aos idosos uruguaios, identificando uma categoria central – *“living the best you can”* - que representa sua visão da QoL. Os temas mostraram que o processo de enfrentamento intervém entre estressores contextuais (adoecimento, envelhecimento) e sua percepção da QoL. Além disso, fatores pessoais – *“locus of control”* -, assim como fatores sociais – *“social support”* - foram encontrados intervindo nesse processo.

Tendo em vista o procedimento de validação dos instrumentos existentes, apenas alguns deles passaram por um rigoroso processo e a adaptação transcultural dificilmente incorpora os participantes nos estágios iniciais.

Considerando-se as conotações subjetivas e culturais do conceito da QoL e a complexidade associada à sua mensuração, as evidências empíricas desenvolvidas a partir do estudo qualitativo podem permitir ajustar o modelo desenvolvido para aferir os reflexos da OHRQoL.

Conseqüentemente, a adaptação de itens dos questionários poderia ser realizada e, além disso, novas medidas conseguem ser geradas em seu ambiente cultural, complementando as evidências surgidas das propriedades psicométricas dos instrumentos.

Palavras-chave: qualidade de vida, saúde bucal, idosos, adaptação transcultural,

## ABSTRACT

Seoane Campomar, Mariana. **The concept of quality of life in Uruguayan elders. An introduction to a transcultural adaptation of oral health related quality of life measures.** 2019. 164 pages Thesis of Doutorado em Ciências Odontológicas Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre

Quality of Life (QoL) is a subjective, multidimensional and dynamic construct that shows diversity between subjects through life, and different cultural context. The concept of Oral Health related QoL (OHRQoL) has been incorporated as a complement of normative indicators, since patient perspectives can be a decisive factor for treatment planning and public health policies development. Many instruments of OHRQoL exist, but they were developed for societies different from Latina, and their validation process has not been systematically studied. From a cross-cultural perspective, translation and adaptation is important specially when the perception of the latent variable can change through life.

This study aims to gather evidence of the validation process of OHRQoL instruments and to explore the concept of QoL from the perception of Uruguayan elders in two stages, first throw a comprehensive review aiming to assess the current state of OHRQoL measures, and second with a qualitative approach contributing to the process of construct validation from a cultural and age group perspective of Uruguayan elders.

Following the Cosmin protocol, a systematic search of the literature was made in Medline and Scopus using a PICO strategy. Inclusion criteria were original articles assessing psychometric properties of OHRQoL instruments in the adult population. Samples less than 18 years old, not psychometric analysis or validation, not OHRQoL, review, animals, or laboratory studies were excluded. Instruments with less than 3 items were also excluded. The study units were instruments used and groups to which they were applied. The outcome variables were psychometric properties assessed by any type of validation and the presence of cross-cultural validation. The variables of exposure were the objective of the study, instrument name and number of items, year and journal of publication, and country of the study.

262 references were included for full text review, 39 original instruments were found among 66 different versions, 42 generic and 24 condition-specific. OHIP-14 was the most frequent (30.92%), followed by GOHAI (17.56%), OHIP-49 (16.8%) and Oral Impacts on Daily Performances (OIDP-8) (6.9%). CFA/IRT/SEM were present in 8.40% of the studies; performed in 9.9% (n=8) of OHIP-14 instrument, and in 8.7% (n=4) for GOHAI-12 instrument. Most CFA/IRT/SEM studies were for Portuguese speaking versions (n=8), followed by English (n=7). Presence of cross-cultural adaptation was 12.6% (n=33) among all studies, mostly performed on OHIP-49 (n=9). Only 2 studies included participation of subjects in the first step of cross-cultural adaptation.

Throw qualitative research based in Grounded Theory, semi-structured

interviews were performed to 30 Uruguayan elders (63-91 years old), living in different regions of the country, between 2017 and 2018. Analysis allowed constructing a dynamic model of QoL adapted to Uruguayan elders, identifying a core category –living the best you can- that represented their vision of QoL. Themes showed that the process of coping mediates between contextual stressors factors (illness, aging) and their perception of QoL. In addition, personal factors -locus of control-, as well as social factors, -social support-, were found intervening on this process.

In conclusion, considering the process of validation of existing instruments, a few of them had gone through a rigorous validation process. Cross-cultural adaptation hardly incorporates participants in the initial stages of the process. Considering the subjective and cultural connotations of the QoL concept, and the complexity associated with its measurement, the empirical evidence developed from the qualitative study may allow adjusting the developed model to ascertain OHRQoL reflexes. Consequently, adaptation of items from OHRQoL measures could be done in order to use the actual adapted questionnaires. Furthermore, new measures can be generated in their cultural environment, supplementing the existing evidence of psychometric proprieties of instruments.

Key words: quality of life, oral health, elders, cross-cultural adaptation

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AL	America Latina
CFA	Análise Fatorial Confirmatório/ <i>Confirmatory Factor Analysis</i>
CPOD	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
COMDQ	<i>Chronic Oral Mucosal Diseases Questionnaire</i>
DHEQ	<i>Dentine Hypersensitivity Experience Questionnaire</i>
DIDL	<i>Dental Impact on Daily Living</i>
DIP	<i>Dental Impact Profile</i>
EFA	Análise Fatorial Exploratório / <i>Exploratory Factor Analysis</i>
EORTC QLQ-OH17	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer QoL Questionnaire Oral supplement module</i>
EORTC QLQ-OH30	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer QoL Questionnaire</i>
FA	Análise Fatorial / <i>Factor Analysis</i>
FIS	<i>Family Impact Scale</i>
GOHAI	<i>Geriatric Oral Health Assessment Index/ General Oral Health Assessment Impact</i>
HLC	<i>Health Locus of Control</i>
HRQoL	Saúde Bucal Associada à Qualidade de Vida / <i>Health Related Quality of Life</i>
ICSII-OHRQOL	<i>2<sup>nd</sup> International Collaborative Study on Oral Health Care Systems</i>
IS	Interacionismo Simbólico
ITM	<i>Item Response Theory</i>
LDF-TMDQ	<i>Limitations of Daily Function - Temporo mandibular disorders questionnaire</i>
LoC	<i>Locus of control</i>
LORQ	<i>Liverpool Oral Rehabilitation Questionnaire</i>
MHISS	<i>Mouth Handicap is Systemic Sclerosis scale</i>
MIQ	<i>Malocclusion Impact Questionnaire</i>

OES	<i>Oral Esthetic Scale</i>
OHIDL	<i>Oral Health Impacts on Daily Living</i>
OHIP	<i>Oral Health Impact Profile</i>
OHQoL	<i>Oral Health Related Quality of Life</i>
OH-QoL	<i>Oral Health Quality of Life Inventory</i>
OHQoL-UK	<i>Oral Health Quality of Life – United Kingdom</i>
OIDP	<i>Oral Impact on Daily Performances</i>
OQLQ	<i>Orthognathic Quality of Life Questionnaire</i>
OQOL	<i>Oral Quality Of Life</i>
PCA	<i>Análise de Componentes Principais / Principal Components Analysis</i>
PIDAQ	<i>Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire</i>
POHW	<i>Positive Oral Health and Wellbeing</i>
PQL	<i>Prosthetic Quality of Life</i>
QLQ-OH	<i>Quality of Life Questionnaire Oral Health</i>
QoL	<i>Quality of Life</i>
QoLDAS	<i>Quality of Life associated with Dental Aesthetics Satisfaction</i>
QoLIP	<i>Quality of Life with Implant-Prostheses</i>
RAQoL	<i>Rheumatoid Arthritis Quality of Life</i>
RS	<i>Revisão Sistemática</i>
SIDD	<i>Social Impacts of Dental Disease</i>
SNIS	<i>Sistema Nacional Integrado de Saúde</i>
SOC	<i>Seleção, Optimização e Compensação</i>
SOHSI	<i>Subjective Oral Health Status Indicators</i>
SOOQ	<i>Surgical Orthodontic Outcome Questionnaire</i>
SS	<i>Suporte social</i>
SEM	<i>Structural Equation Modelling</i>
TMD	<i>Temporo Mandibular Disorders</i>
TOQOL	<i>Teen Oral Health Quality of Life</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQoL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>20</b>
2.1	SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA	20
2.1.1	Qualidade de vida (QoL)	20
2.1.2	Saúde associada à qualidade de vida (HRQoL)	22
2.2	SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA	24
2.2.1	O conceito de saúde bucal associada à qualidade de vida (OHRQoL)	24
2.2.2	Os Modelos teóricos de saúde bucal	25
2.3	MEDIÇÃO DA OHRQoL A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS SUJEITOS	28
2.3.1	Avaliação da OHRQoL	28
2.3.2	Instrumentos de medição da OHRQoL	29
2.3.3	Atributos que deve reunir um instrumento de medição	34
2.4	QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE	41
2.4.1	É possível conceber positivamente a terceira idade?	41
2.4.2	A QoL na terceira idade	47
2.5	O PROBLEMA DA PESQUISA	49
<b>3</b>	<b>PERSPECTIVA TEÓRICA</b>	<b>52</b>
3.1	TEORIA FUNDAMENTADA	53
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>56</b>
4.1	OBJETIVO GERAL	56
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	56
<b>5</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>58</b>
5.1	REVISÃO SISTEMÁTICA	58
5.1.1	Crítérios de inclusão	58
5.1.2	Crítérios de exclusão	59
5.1.3	Coleta de dados	59
5.1.4	Desfecho	59
5.1.5	Co-variáveis	59
5.1.6	Análise estatística	60
5.2	PESQUISA QUALITATIVA	60
5.2.1	Contexto	61
5.2.2	Coleta de dados	62
5.2.3	Análise da informação	63
5.2.4	Aspectos éticos	64
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>66</b>
6.1	MANUSCRITO 1	66
6.2	MANUSCRITO 2	92
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>118</b>
<b>8</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>124</b>
<b>9</b>	<b>APÊNDICES</b>	<b>134</b>
	APÊNDICE A - Estratégia de pesquisa em PubMed	134
	APÊNDICE B - Estratégia de pesquisa em Scopus	136
	APÊNDICE C - Estratégia de pesquisa em Google Scholar	138
	APÊNDICE D - Compêndio tabelas da Revisão sistemática	139
	Apêndice E - Processo da pesquisa qualitativa	146
	APÊNDICE F - Regiões do Uruguai onde as entrevistas foram realizadas e número de participantes por Departamento	147
	APÊNDICE G - Roteiro de entrevista	148
	APÊNDICE H - Formulário – características dos participantes	151
	APÊNDICE I - Compêndio dos principais memorandos utilizados no processo de entrevistas e aproximações conceituais	152
	APÊNDICE J - Consentimento Livre e Esclarecido	158
	APÊNDICE K - Compendio tabelas da pesquisa qualitativa	160
<b>10</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>163</b>
	ANEXO A – Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da UDELAR	163

# 1 INTRODUÇÃO

A saúde bucal é uma preocupação para os Governos dos países e para as instituições sociais, que procuram melhorar as condições de saúde da população.

No Uruguai, foi aprovada em 2007 a lei que constituiu o Sistema Nacional Integrado de Saúde (doravante SNIS). Este sistema tem três eixos que o sustentam: 1) a mudança no processo de atenção que compreende a integralidade principalmente no primeiro nível de atenção e a satisfação dos uruguaios, 2) a definição da função do Ministério de Saúde Pública como reitor e definidor das prestações dos serviços que integram o SNIS e, 3) a definição do gasto e do financiamento, baseados em uma concepção de cobertura universal, de equidade e solidariedade.<sup>1</sup>

O Capítulo 5 do anexo II do Documento do SNIS, referido às prestações na área da Odontologia, estabelece que serão realizados: a) controles periódicos preventivos, b) avulsões dentárias e, c) urgências odontológicas (MSP, 2008). As prestações destinadas às consequências das avulsões não estão incluídas, como ser a reabilitação por meio de Prostodontia Removível. Embora o SNIS proponha uma saúde integral do sujeito, a Odontologia não faz parte do Sistema em sua totalidade, o que limita as possibilidades de um exercício profissional coletivizado, que responda aos eventuais lineamentos de uma verdadeira política pública de saúde bucal.

Em 2017, o Uruguai tinha 3932 odontologistas em atividade afiliados à Caixa de Profissionais e 1046 com declaração de não exercício (CPU, 2017a, 2017b). A inserção coletivizada ainda, tem uma grande brecha salarial com o exercício liberal. Se bem o país possuiu durante cinco anos um Programa de Saúde Bucal e atualmente tem um Plano Social com participação da Odontologia (*Plan Juntos*), não existe uma política de Saúde Pública que procure a melhora da saúde bucal dos uruguaios (MIDES, 2014).

No contexto da saúde e da estrutura demográfica, o país apresenta algumas características comuns a outros países da América Latina (doravante AL) e outras que são próprias.

---

<sup>1</sup> Acesso em: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2970255.htm>



A AL possui uma população com diferentes graus de vulnerabilidade social e uma elevada proporção de idosos (DEL PAPOLO, 2004). No entanto, o envelhecimento populacional tem uma diferença com o mesmo que aconteceu na Europa, que foi lento e progressivo. Na AL espera-se que esse processo seja mais rápido, instalado em um contexto de subdesenvolvimento e profundas desigualdades e (ARANIBAR, 2001; DEL PAPOLO, 2004) a adaptação a esta nova característica demográfica pode não estar consolidada nas sociedades em termos estruturais e ideológicos (HUENCHUAN, 2013).

Assim, percebe-se a necessidade de gerar políticas públicas e executar medidas para melhorar a qualidade de vida (doravante QoL) de setores da população com necessidades específicas, como é a terceira idade (DEL PAPOLO, 2004).

O Uruguai, um país com uma superfície territorial de 176.215 km<sup>2</sup> (+- 64km<sup>2</sup>) e apenas 3.440.157 habitantes, passou pela transição demográfica cedo na AL e atualmente se encontra atravessando um processo de sobre-envelhecimento e feminização da sua população (BRUNET; MÁRQUEZ, 2016; PELLEGRINO, 2003, 2013). Os dados provenientes do Censo de 2011 (BRUNET; MÁRQUEZ, 2016) indicam, a respeito dos idosos:

- a 87% vive em áreas urbanizadas do país;
- b o índice de envelhecimento<sup>2</sup> descreve maiores valores na capital, Montevideú, assim como em *Lavalleja* e *Colonia* (dois departamentos dos 19 em que se divide o Uruguai);
- c as maiores relações de dependência<sup>3</sup> se concentram em *Lavalleja* (dependência muito alta); seguida de *Colonia*, *Rocha*, *Florida* e *Flores* (dependência alta); *Montevideú*, *Soriano*, *Durazno*, *Treinta y Tres* e *Paysandú* (nível medio); e dependência baixa para *Artigas*, *Salto* e *Rivera*;
- d uma boa percentagem vive com seus cônjuges em seus lares;
- e a proporção de viúvos é considerável (32.65 homens e 45.97 mulheres<sup>4</sup>) e a terceira parte das pessoas idosas vive sozinha;
- f mais de 80% se identifica com a raça branca;
- g pouco mais de 3% não sabe ler ou escrever (com maior proporção nos homens) e 58% possui o Ensino Fundamental completo;

---

<sup>2</sup> Total da população de 65 anos e mais, dividida entre o total da população de 0 a 14 anos.

<sup>3</sup> Cociente entre pessoas de 65 anos e mais, entre as que têm entre 15 e 64 (multiplicado por 100), descrito como uma aproximação potencial porque não incorpora informação sobre a condição de atividade.

<sup>4</sup> Associado à maior esperança de vida e à idade de seus cônjuges quando se casam.

- h existe uma proporção que mantém uma atividade laboral (1 de cada 5 pessoas dentre 65 e 74 anos);
- i a maior proporção com alguma deficiência que impeça realizar suas atividades diárias, concentra-se no norte do país

Os dados evidenciados na pesquisa de saúde bucal realizada no Uruguai em 2008, manifestam que as condições bucais dos idosos são críticas. Segundo estudos concebidos no país: 1) na população adulta, os valores médios do CPOD atingem 24.13 (23.17-23.08), com maior prejuízo para as mulheres e para o interior do país; a prevalência do CPOD foi de 100% e a prevalência da doença periodontal foi quase o dobro que nos adultos (35-54 anos), sem grandes diferenças entre regiões, sendo mais atingidos os homens e, na população idosa a proporção da perda dentária é consideravelmente maior (27%) que em adultos (1%) (LAGUZZI et al., 2015; LORENZO-ERRO, 2018; LORENZO et al., 2015; OLMOS et al., 2013).

As mudanças demográficas impõem desafios para as sociedades e os Estados, em procura de garantir igualdade de acesso para os grupos mais vulneráveis.

Em um contexto de exercício odontológico predominantemente liberal, onde não se encontra consolidada uma política pública de saúde bucal, é necessário apresentar produtos de pesquisa onde seja estabelecida informação relacionada aos setores populacionais qualitativamente relevantes (idosos) para alcançar uma melhor saúde bucal associada às suas qualidades de vida (doravante OHRQoL). Para isso, é fundamental estabelecer o desfecho de caráter subjetivo, como a QoL, por meio de instrumentos de medição válidos e culturalmente adaptados, que complementem os indicadores normativos, orientem o desenvolvimento de políticas de saúde e guiem a prática odontológica geral.



## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

A melhor forma de compreender o conceito de OHRQoL se inicia com a conceptualização do construto QoL e HRQoL. Nesta base, a associação do conceito com a saúde em geral e com a saúde bucal em particular, será evidente.

O conceito de QoL remete-se a tempos remotos, desde a Grécia Antiga e vários séculos A.C. Desde seus inícios, foi associada à felicidade, à satisfação e à procura do prazer, tanto da mente quanto do corpo, mas esse conceito foi evoluindo progressivamente, reconhecendo-se outras concepções como o bem-estar e a satisfação para culminar, nos tempos contemporâneos, com o construto QoL (WALKER, 2005).

Embora a Organização Mundial da Saúde (em inglês WHO) estabeleça um conceito da QoL, a modo de definição operativa, existem autores que marcam aspectos particulares, interessantes de salientar.

A QoL é um termo que surgiu depois da Segunda Guerra Mundial, associado fundamentalmente aos bens materiais dos indivíduos (FARQUHAR, 1995a). A origem do conceito, na área da pesquisa, pode ser localizada na década de 1960, iniciando-se na área da Sociologia para depois abranger também a área médica. É a partir dessa data que se considerou a visão de que os bens materiais, por si mesmos, não eram suficientes para a satisfação dos sujeitos, dando lugar a novos “indicadores” que incorporaram o conceito de QoL (ANDRÁŠKO, 2013; FARQUHAR, 1995a).

A principal coincidência entre as definições é o caráter subjetivo e a multidimensionalidade do construto QoL (ALLISON; LOCKER; FEINE, 1997; ANDRÁŠKO, 2013; CARR; HIGGINSON; ROBINSON, 2003; SINGH, 2019; THE WHOQOL GROUP, 1995; VELARDE-JURADO; AVILA-FIGUEROA, 2002).

#### 2.1.1 Qualidade de vida (QoL)

Desde o ponto de vista da medição, a QoL é uma variável latente, pois não pode ser observada diretamente. Por isso, o primeiro passo que o pesquisador deve realizar é defini-la operativamente, em relação ao seu

comportamento esperado (BYRNE, 2013).

Há muitas maneiras de definir a QoL e é sobre essa base que Farquhar (1995b) destaca diferentes categorias de definição, desde as mais genéricas até as mais complexas. Em primeiro lugar, encontram-se as abrangentes como “o sentimento de bem-estar”; em segundo lugar, as operativas, que decompõem o construto em dimensões (sendo específicas ou não); em terceiro lugar, estão as definições que têm um foco definido, referidas a alguns componentes da QoL (por exemplo, a HRQoL) e por último estão as combinações como é a definição da WHO, adiante referida (FARQUHAR, 1995b).

A QoL pode ser concebida como um construto de natureza holística, caracterizado pela sua complexidade, subjetividade, relatividade, pluralidade, dualidade, multidimensionalidade, variabilidade em tempo e espaço, e popularidade (ANDRÁŠKO, 2013). Portanto, o conceito de QoL compreende todos os aspectos da vida, sejam positivos ou negativos (SINGH, 2019).

Além da sua característica subjetiva, a QoL incorpora uma dimensão objetiva e ambas incidem tanto no indivíduo quanto na comunidade. Pode ser definida como um conceito amorfo que tem diversos significados para diferentes sujeitos (CARR; HIGGINSON; ROBINSON, 2003). A QoL não se refere apenas aos aspectos positivos da vida, pois a sua descrição é centrada na habilidade que as pessoas têm em manter ou melhorar a qualidade de suas vidas (FARQUHAR, 1995a).

Dentre as causas que explicam o dinamismo como fenômeno psicológico estão incluídas, entre outras, as estratégias de adaptação e o *coping*, respostas emocionais dos sujeitos, autopercepção e autocontrole (ALLISON; LOCKER; FEINE, 1997).

Além disso, a QoL é concebida como um sistema de valores, padrões e perspectivas, que muda entre as pessoas, entre grupos e entre regiões diferentes (VELARDE-JURADO; AVILA-FIGUEROA, 2002).

Pelo expressado antes, é evidente que a QoL é um construto com forte componente subjetivo, passível de modificações de diferente nível o que causa dificuldades para a sua medição, do ponto de vista da validação dos resultados.

A evolução do conceito de QoL, incluído na área da pesquisa, gerou

também uma evolução na maneira de avaliá-la. Inicialmente, foram utilizados indicadores objetivos (número de telefones, mais de um veículo, por exemplo) e depois foram incorporados os indicadores sociais subjetivos, no entendimento de que as percepções dos indivíduos são verdadeiras (FARQUHAR, 1995a).

Dadas as repercussões da QoL nos sujeitos e à influência das políticas públicas na sua QoL (melhorando o acesso aos serviços de saúde e educação, estabelecendo redes sociais, oferecendo conforto nas moradias, entre outros exemplos), a definição de QoL é importante para centrar as responsabilidades dos Governos sobre a sociedade.

Ainda mais, a QoL pode ser medida a partir de indicadores objetivos e subjetivos. Os primeiros, de acordo com Bowling (2005), são necessários para uniformizar as avaliações das circunstâncias de vida das pessoas sem a distorção dos sujeitos, enquanto que os indicadores subjetivos, compreendem a valoração dos indivíduos sobre as suas vidas (BOWLING, 2005).

### **2.1.2 Saúde associada à qualidade de vida (HRQoL)**

Na área médica, o conceito da QoL se vincula fundamentalmente à saúde, com foco na mudança do modelo de saúde, desde o modelo biomédico ao modelo socioambiental ou biopsicossocial, constituindo a base para o desenvolvimento das teorias de promoção de saúde (SLADE, 1997a). A saúde é socialmente construída e as crenças e concepções são baseadas em contextos culturais (KAPLAN; BARON-EPEL, 2003).

A definição de saúde da WHO como “o completo estado de bem-estar físico, psíquico e social, não apenas a ausência de doença”, constituiu a matriz conceitual de muitos instrumentos de medição (FARQUHAR, 1995a; GRAD, 2002). Além disso, a WHO define a HRQoL como “a percepção que um sujeito tem sobre sua posição na vida, em um contexto da cultura e do sistema de valores nos que ele vive em relação com seus objetivos, seus padrões, suas expectativas e suas preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995).

O significado de HRQoL tem ligação com a concepção de saúde. Mas, frente a uma concepção de saúde ampla e baseada na noção do papel do sujeito na sociedade, bem como suas percepções sobre a saúde, gera-se uma definição ainda mais vasta da HRQoL. A saúde, assim como a QoL, pode ser

visualizada pelo profissional através de determinados indicadores, mas também pode ser percebida pelo paciente.

Neste sentido, a HRQoL pode ser definida como um conceito amplo que inclui a consciência dos efeitos da saúde, da doença e do tratamento em várias fases da vida e não simplesmente como um estado de saúde, de bem-estar ou a habilidade funcional para desenvolver tarefas ou funções sociais (BOWLING; EBRAHIM, 2005).

A incorporação da QoL nas medições em saúde tem sua fundamentação na visão de que é mais importante gerar qualidade, que apenas quantidade, nos anos de vida dos sujeitos (STREINER; NORMAN; CAIRNEY, 2015). A HRQoL é uma dimensão da QoL, geralmente medida na área médica em seu aspecto físico (FARQUHAR, 1995a).

Nos anos prévios e durante a Segunda Guerra Mundial, foram amplamente utilizados os socioindicadores na área da Psiquiatria que proporcionaram um sustento conceitual para obter outros questionários que resgatam sintomas (FARQUHAR, 1995a). Posteriormente, o uso de instrumentos se consolidou, achando-se tanto nos estudos transversais quanto nos estudos longitudinais. Progressivamente, o caráter subjetivo dos indicadores foi gerando novos tipos de instrumentos.

A maioria dos questionários da QoL incluíam a pergunta “Como qualificaria a sua atual QoL?”. Em 1976 surge o *Sickness Impact Profile* e o Índice de bem-estar de Kaplan que incorporam as dimensões de mobilidade, de atividade física e social (ARMSTRONG et al., 2007). Em 1980, a WHO apresenta a classificação de Incapacidade, Agravamento e Handicap incorporando uma dimensão social como um aspecto vinculado às doenças. A partir dessa categorização, estabelece-se o WHOQOL como instrumento de valoração da HRQoL (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Em um contexto sustentado no modelo biopsicossocial, conhecer a percepção de saúde, desde a perspectiva dos sujeitos, é também entender a sua HRQoL. Portanto, as percepções sobre a saúde são individuais e sociais (KAPLAN; BARON-EPEL, 2003).

A QoL pode ser estudada desde diferentes disciplinas: Sociologia, Psicologia, Medicina, Economia, etc. demonstrando assim a variabilidade de

perspectivas sobre o fenômeno da QoL e sua contribuição à variabilidade do construto (ANDRÁŠKO, 2013; FARQUHAR, 1995a).

## 2.2 SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA

### 2.2.1 O conceito de saúde bucal associada à qualidade de vida (OHRQoL)

É possível conceber uma definição detalhada sobre a OHRQoL, separada da HRQoL. No entanto, isso dissocia a unidade entre a saúde geral e a bucal, produzindo uma contradição com o que alegam os defensores do modelo biopsicossocial (LOCKER, 1997; LOCKER; MSCN; JOKOVIC, 2005).

Os estudos sobre a OHRQoL estão associados com as pesquisas populacionais, estudos clínicos e avaliação psicométrica a partir da aplicação dos instrumentos de medição.

Determinadas doenças bucais prejudicam a QoL e isso pode refletir-se nos *scores* dos instrumentos da OHRQoL. Porém, as respostas dos sujeitos são capazes de ser influenciadas por outros aspectos da saúde geral (dissociação HRQoL-OHRQoL). Contudo, é possível interpretar a OHRQoL como um conceito particular, empiricamente associado à HRQoL, que é útil para gerar políticas públicas e programas de prevenção, incidir na perspectiva profissional e valorizar aspectos que têm direta associação com o bem-estar da pessoa.

A noção da OHRQoL foi estabelecida cerca de uma década depois de considerar a HRQoL. A OHRQoL reconhece o impacto das doenças bucais na QoL, considerando que a saúde bucal pode afetar nos aspectos sociais, econômicos e psicológicos. A OHRQoL não é unicamente um desfecho de saúde autorrelatado, mas também compreende a avaliação subjetiva do paciente sobre aspectos importantes da sua vida (BAIJU et al., 2017).

De acordo com David Locker (1997), tanto a definição de saúde como a concepção de QoL referem-se a eventos multidimensionais, complexos, não bem demarcados, de caráter subjetivo, sujeitos a mudanças dependendo dos contextos social, cultural e político (LOCKER, 1997).

Os estudos da população sobre as condições de saúde bucal podem revelar setores sociais vulneráveis, permitindo assim reorientar políticas



públicas. A saúde bucal pode impactar na saúde geral dos indivíduos no aspecto físico, mas também no psicológico, já seja pela possibilidade de um eventual abalo nas relações sociais como pela consequência que determinados sintomas (por exemplo, a dor bucal) ocasionam na vida dos sujeitos (COULTER; MARCUS; ATCHISON, 1994).

Não há certeza de que as afeções da saúde bucal produzam as mesmas consequências sobre diferentes grupos de indivíduos e isso é devido à característica dinâmica da sua concepção. Portanto, a OHRQoL pode mudar em relação à faixa etária, visto que determinadas doenças são mais frequentes nos idosos, mas também melhor toleradas (MACENTEE; HOLE; STOLAR, 1997).

### **2.2.2 Os Modelos teóricos de saúde bucal**

Na área da saúde pública é possível definir operativamente um modelo conceitual como um diagrama de associações causais proposto a partir de um conjunto de conceitos que se julgam relacionados com um problema de saúde particular (EARP; ENNETT, 1991).

Amparada no modelo biomédico, a medição da saúde bucal tem centrado historicamente seu foco na doença. Uma ótica mais abrangente concebe a saúde bucal como um conceito dinâmico e flutuante, segundo a percepção do sujeito e suas experiências (BRONDANI; MACENTEE, 2014).

Os instrumentos de medição sobre concepções subjetivas como a OHRQoL devem-se vincular com uma matriz ou rede conceitual teórica (BOWILNG; EBRAHIM, 2005).

São múltiplas as maneiras de mapear a saúde em modelos multicausais, que mostram a complexidade do processo de saúde e as relações dinâmicas que sustentam a doença.

Em um modelo dado, a teoria fornece um guia na seleção dos conceitos para a pesquisa e para especificar relações esperadas. No contexto da saúde, os modelos não proporcionam uma informação sobre como intervir, mas esclarecem onde devem ser realizados os esforços (EARP; ENNETT, 1991).

Tradicionalmente, os modelos da HRQoL foram baseados na enfermidade e incapacidade, de acordo com a perspectiva funcionalista. Com base nessas matrizes teóricas, foram elaborados os questionários de medição

da HRQoL (CARR; HIGGINSON; ROBINSON, 2003). Algo semelhante acontece com a OHRQoL, com os modelos de saúde e com as ferramentas para a sua medição.

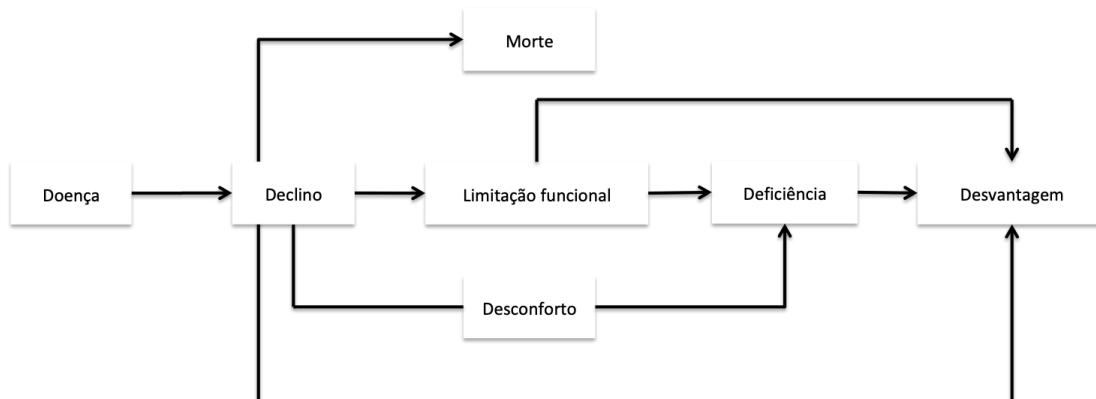
Nesta perspectiva, Brondani & Macentee (2014) realizaram uma revisão dos principais modelos de saúde e de sua associação com os instrumentos de medição da OHRQoL. Segundo os autores, a maioria dos modelos teóricos partem da doença e muitos deles não são modelos da OHRQoL, mas sim matrizes conceituais de saúde (BRONDANI; MACENTEE, 2014).

Na área da Odontologia, conforme Locker (1997), a concepção de um modelo biopsicossocial não incorporou apenas noções de funcionamento ótimo nos aspectos físico, psíquico e social, mas colocou a ênfase em contextos físicos e sociais, transformando o paciente em pessoa e também permitiu concebê-lo como um corpo e “não só uma boca” (LOCKER, 1997).

Com a contribuição das Ciências Sociais, direciona-se a atenção nos aspectos da QoL, associados tanto à saúde quanto à doença, com foco na função, no bem-estar e na habilidade do sujeito de desempenhar as atividades sociais. Por conseguinte, a saúde não pode ser testada apenas por meio de experimentos clínicos (BAIJU et al., 2017).

Desde um ponto de vista operativo e considerando os instrumentos mais utilizados para a avaliação da OHRQoL, o modelo de maior representatividade é o proposto por David Locker (uma modificação da classificação da WHO, 1980), onde sete dimensões se associam de forma linear para produzir um esquema global que avança desde o nível biológico ao comportamental, ou seja social (LOCKER, 1989, 1997; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1980). Embora este modelo tenha orientado a realização dos principais instrumentos na área odontológica, centra-se na doença e nos aspectos negativos da saúde e do comportamento social (Imagem 1).

Figura 1. Modelo de Locker. (Locker ,1989)



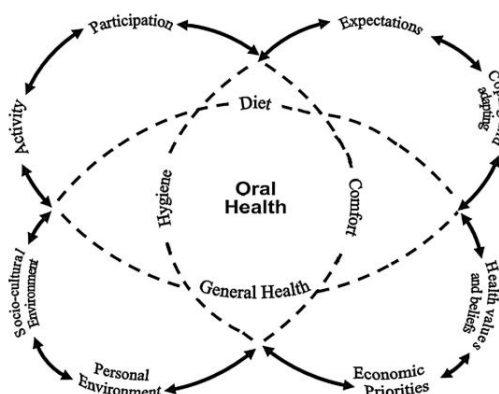
Outro modelo fundado na classificação da WHO é o descrito por MacEntess (2006) que retrata, a partir de informação empírica proveniente dos idosos, anéis concêntricos representando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais que impactam na saúde bucal (MACENTEE, 2014).

Figura 2: Modelo de MacEntee (2006)



Brondani & Macentee (2014) apresentam uma revisão dos principais modelos de saúde bucal e de QoL. Em oposição à visão negativa de saúde bucal, os autores propõem um modelo dinâmico, que surge da pesquisa qualitativa e que retrata as estratégias utilizadas pelos sujeitos para atingir uma melhor QoL (BRONDANI & MACENTEE, 2014).

Figura 3 Modelo de Brondani & MacEntee(2014)



Desde a visão da complexidade conceitual da QoL, a geração dos instrumentos divide o construto em determinadas dimensões.

De acordo com Ann Bowling (2005), o ponto de início para gerar uma escala ou instrumento de medição tem que ser a matriz conceitual ou teórica (BOWLING; EBRAHIM, 2005). A elaboração de um modelo pode ser realizada unicamente pelos expertos na matéria ou, além disso, com as contribuições dos indivíduos que responderam os questionários.

## 2.3 MEDIÇÃO DA OHRQoL A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS SUJEITOS

### 2.3.1 Avaliação da OHRQoL

O conceito da HQoL, expressado acima, faz supor que sua medição é complexa. Assim, considerando sua variabilidade e sua subjetividade, essa complexidade se aplica também à OHRQoL.

Quando uma variável não pode ser medida diretamente -latente- é necessário realizar uma série de perguntas dirigidas a diferentes aspectos de um mesmo conceito que depois são testadas para sua consistência, sua confiabilidade e sua validade (BAKER; GIBSON; LOCKER, 2008; BOWLING; EBRAHIM, 2005). É assim que os questionários permitem medir, de forma indireta, uma variável não observada ou que está latente (BYRNE, 2013). De acordo com Locker, Clarke e Payne (2000), os instrumentos medem a amplitude na que as doenças bucais afetam o funcionamento e o bem-estar

psicossocial. (LOCKER; CLARKE; PAYNE, 2000)

Na década de 1970 surgiram os socioindicadores, como complemento dos clássicos indicadores normativos, utilizados até o momento (ANDRÁŠKO, 2013) e na década de 1990, este termo foi substituído por instrumentos de medição da OHRQoL (BAIJU et al., 2017).

### 2.3.2 Instrumentos de medição da OHRQoL

A geração de um instrumento de medição é um processo que requer muito tempo e um grande esforço que deve ser realizado para a conceptualização do questionário e para a seleção e redução dos itens (GUILLEMIN; BOMBARDIER, 1993).

Nas últimas décadas, o crescimento dos instrumentos da OHRQoL foi considerável, Locker & Allen (2007) evidenciaram dezesseis questionários da OHRQoL e quarenta e seis variações (LOCKER; ALLEN, 2007).

Existem múltiplos instrumentos de medição da OHRQoL com diversos formatos e números de itens, formulados com base a perguntas ou enunciados e com variações conforme os contextos populacionais em que são administrados (BAIJU et al., 2017). Alguns dos mais reconhecidos são o *Oral Health Impact Profile* (doravante OHIP) e suas versões (por exemplo OHIP-14, OHIP-EDENT), o *Oral Impact on Daily Performance* (doravante OIDP) e o *Geriatric – General Oral Health Assessment Index* (doravante GOHAI) (JOHN et al., 2004; SLADE; SPENCER, 1994; SLADE, 1997b; ALLEN; LOCKER, 2002; ADULYANON; SHEIHAM, 1997; ATCHISON, 1997; ATCHISON; DOLAN, 1990).

O OHIP, criado por Slade & Spencer em 1994, é o mais reconhecido questionário da OHRQoL e segundo John et al. (2004) reúne as oito características-chave de um instrumento de medição: modelo conceitual e de medição, confiabilidade, validade, capacidade de resposta, interpretabilidade, carga de administração e resposta, formas alternativas e adaptações culturais e da linguagem. A versão original é escrita em língua inglesa e consta de 49 itens agrupados em sete dimensões (OHIP-49) (JOHN et al., 2004; SLADE; SPENCER, 1994; SLADE, 1997b).

O OHIP-14 é uma versão muito utilizada porque demanda menor tempo

de aplicação, pois tem 14 itens (SLADE, 1997c). No entanto, um dos problemas deste questionário relaciona-se com a representatividade nos pacientes que usam prótese. Sendo assim, foi desenvolvida a versão EDENT que demonstrou adequadas propriedades psicométricas na população, com perda dentária e uso de prótese (ALLEN; LOCKER, 2002).

O OHIP -considerando as suas versões- tem adaptações para os países como a Alemanha (JOHN; PATRICK; SLADE, 2002), a Suíça (LARSSON et al., 2004) o México (CASTREJÓN-PÉREZ et al., 2010), a Coreia (BAE et al., 2007), o Japão (YAMAZAKI et al., 2007), a Espanha (MONTERO et al., 2012), o Brasil (SOUZA et al., 2007) e o Chile (LEÓN et al., 2016), entre outros.

O OIDP, apresentado por Adulyanon (1996), é um questionário flexível e de rápida aplicação de forma que tem oito itens e se fundamenta em três dimensões: a física, a psíquica e a social. (ADULYANON; SHEIHAM, 1997) Foi adaptado para a população da Índia (PUROHIT et al., 2012), da Espanha (MONTERO; BRAVO; ALBALADEJO, 2008) e do Brasil (ABEGG et al., 2015).

O GOHAI, desenvolvido para a população idosa por Atchinson e Dolan (1990), é um instrumento com propriedades psicométricas adequadas, com doze itens, elaborado para a avaliação do estado bucal em dois níveis, o individual e o populacional (ATCHISON, 1997; ATCHISON; DOLAN, 1990). O questionário é aplicável para a população em geral (SLADE, 1997a) e foi validado em países como o Brasil (CAMPOS et al., 2014), a Alemanha (HASSEL et al., 2008) e o México (SANCHEZ-GARCIA et al., 2010).

A tabela 1 apresenta exemplos de estudos onde fora realizada a adaptação a uma nova linguagem dos instrumentos.



**Tabela 1 Exemplos de estudos de adaptação em diferentes linguagens dos instrumentos de OHRQoL**

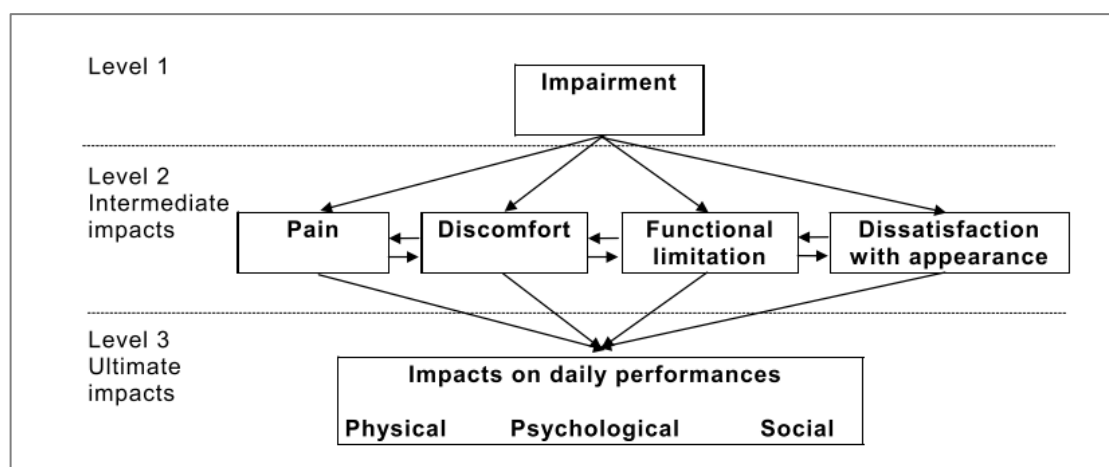
<b>Autores</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Protocolo de adaptación</b>	<b>Confiabilidad</b>	<b>Validación</b>
Eric J et al (2012)	Validación <b>OIDP</b> en población de adultos mayores de Bosnia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Traducción: dos traductores independientes y nueva traducción al inglés</li> <li>2. Piloto: 44 sujetos que hablan Serbio</li> <li>3. Implementación: 231 sujetos</li> </ol>	<p>Cronbach <math>\alpha</math></p> <p><math>\alpha</math> para ítems eliminados</p> <p>coeficientes de correlación inter-ítem y correlación ítem-total.</p> <p>Test-re test y correlación intra-clase</p>	<p>De constructo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-test Kruskal-Wallis y Mann Whitney</li> </ul> <p>De criterio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- coeficiente de correlación de Spearman</li> </ul> <p>t-test pareados</p>
Jung, Tsakos & Sheiham (2008)	Validación <b>OIDP</b> en población de adultos mayores de Korea	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Traducción: 3 traductores independientes</li> <li>2. Piloto 1 en 20 sujetos + entrevistas posteriores</li> <li>3. Traducción al inglés verificada por 10 expertos</li> <li>4. Piloto 2</li> <li>5. Implementación</li> </ol>	<p>Cronbach <math>\alpha</math></p> <p><math>\alpha</math> para ítems eliminados</p> <p>coeficientes de correlación inter-ítem y correlación ítem-total.</p> <p>Test-re test y correlación intra-clase</p>	<p>De contenido: en piloto</p> <p>De Criterio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Percepción de necesidad de tratamiento dental</li> </ul> <p>De constructo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala visual análoga sobre percepción de estado de salud oral, satisfacción con su salud oral y estado general de salud. Variables clínicas. test Kruskal-Wallis</li> <li>- coeficiente de correlación de Spearman</li> </ul>
Castrejón-Pérez et al (2010)	Validación <b>OHIP-49</b> en población de adultos mayores de México.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Traducción: dos traductores independientes y nueva traducción al inglés</li> <li>2. Piloto 1: 18 personas</li> <li>3. Piloto 2: 50 personas</li> <li>4. Implementación 246 sujetos</li> </ol>	<p>Cronbach <math>\alpha</math></p> <p>correlación intra-clase</p>	<p>De constructo:</p> <p>Discriminante; test Kruskal-Wallis y Mann Whitney</p> <p>De criterio: coeficiente de correlación de Spearman</p>
Shafer, Yousef & Khader (2008)	Validación <b>GOHAI</b> en población de Arabia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Traducción: dos traductores independientes y nueva traducción al inglés</li> <li>2. Discusión por tres dentistas</li> </ol>	<p>Cronbach <math>\alpha</math></p> <p>Coeficiente de correlación de Pearson para correlación de ítems y el puntaje de la escala y, para test-re test.</p>	<p>De constructo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Convergente: por asociación con variables clínicas y con síntomas hipotetizados con efecto en salud oral</li> <li>- Discriminante: por asociación con hábitos orales reportados, hipotetizados con poco efecto en salud oral</li> </ul> <p>De criterio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concurrente: por asociación con puntajes de cuatro ítems auto-reportados</li> </ul>
Montero, Macedo, López-Valverde, Bravo (2012)	Validación <b>EDENT</b> población de España	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Traducción: dos traductores independientes y nueva traducción al inglés</li> <li>2. Piloto</li> <li>3. Aplicación de EDENT y POST-OHIP-13</li> </ol>	<p>Cronbach <math>\alpha</math></p> <p><math>\alpha</math> para ítems eliminados</p> <p>coeficientes de correlación inter-ítem y correlación ítem-total.</p> <p>Correlación intra-clase</p>	<p>De contenido</p> <p>De constructo: por contrastación de la percepción de la salud bucal y de las prótesis antagonistas con el instrumento. Test de Student</p> <p>Estructura factorial: test de esfericidad de Bartlett y Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)</p>



O OHIP e o OIDP são instrumentos baseados na matriz teórica de Locker (1989) previamente exposta (LOCKER, 1989; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1980). Se bem o OHIP tem sete dimensões de análise, no caso do OIDP, os autores desenvolveram o instrumento centrado no terceiro nível (Imagem 2), onde concentram-se os maiores impactos (negativos) - *ultimate impacts*-.

A seguir, apresenta-se outra forma de descrição desse modelo que melhora a compreensão das diferenças entre ambos instrumentos.

Figura 4. Níveis de impacto segundo o Modelo Locker. Retirada da obra de Slade (1997)



A maioria dos instrumentos de medição da HQoL e da OHRQoL são construídos a partir de definições da QoL dos peritos, levando em consideração seus próprios padrões para definir a QoL. No entanto, as percepções sobre a vida são intrínsecas e subjetivas (FARQUHAR, 1995a).

As modalidades de avaliação das concepções dos indivíduos sobre a saúde bucal são variadas. Encontram-se instrumentos de medição genéricos, de uma dimensão, orientados à saúde e à doença que, no contexto das pesquisas populacionais, são melhor aceitas pelo menor tempo que exigem (BOWLING; EBRAHIM, 2005). Assim, uma única pergunta dirigida a estabelecer a saúde em uma escala, na qual varia de ruim a excelente, é passível de ser utilizada (KAPLAN; BARON-EPEL, 2003). Ainda assim, a geração de questionários com uma série de quesitos, associados a dimensões do conceito que se quer avaliar, é mais frequente. Uma escala com muitos itens pode não ser prática em um estudo populacional. Todavia, a média ou a somatória das respostas, a partir de uma série de questões, pode reduzir o erro

de medição. Desde o ponto de vista da Psicometria, este aspecto guarda relação com alguns dos principais atributos que deve ter um instrumento, a confiabilidade ou a consistência interna (STREINER; NORMAN; CAIRNEY, 2015).

### **2.3.3 Atributos que deve reunir um instrumento de medição**

A medição da OHRQoL requer instrumentos com ótimas propriedades psicométricas para a segurança de poder avaliar o que é medido. Um questionário com valor para a pesquisa em saúde pública e para a prática clínica deve ser conceitualmente claro, válido, confiável e sensível; responder às mudanças clínicas significativas; apresentar uma estrutura fatorial identificada e um sistema de *score* que possa ser interpretado (CARR; HIGGINSON; ROBINSON, 2003).

A aplicação de questionários que procuram medir uma variável latente exige atravessar um processo rigoroso de validação para estabelecer que realmente se mede o que se pretende medir. A maneira adequada de citar as medições é “instrumentos de medição”, mas a seguir serão apresentados os termos “questionários” e “escalas” (ou escalas de medição) como sinônimos.

Os noções relacionadas com os atributos dos instrumentos têm ligação com procedimentos de avaliação psicométrica e são concebidos desde perspectivas positivista e pós-positivista nas que a objetividade e a comprovação -ou refutação- de hipóteses são garantidas por meio dos métodos quantitativos.

#### **2.3.3.1 Validez e confiabilidade dos instrumentos de medição da OHRQoL**

Os aspectos a considerar sobre a medição da OHRQoL guardam relação com os mencionados na medição da HRQoL. Devido à natureza abstrata da HRQoL, os conceitos e as teorias que a definem são pouco precisos, sendo frequente o uso de instrumentos mais amplos que avaliam estados de saúde para a medição da HRQoL. É reconhecido que enquanto medem as funções física, psicológica e social, também medem a QoL. Neste ponto de vista os questionários são dependentes do conceito que, como foi referido antes, encontra-se sujeito à variabilidade (CARR; HIGGINSON; ROBINSON, 2003; STREINER; NORMAN; CAIRNEY, 2015).

A validade é umas das principais características que um instrumento de medição deve ter. Para Farquar (1995), o entendimento da diferença conceitual entre o estado de saúde e a QoL ou a distinção entre satisfação e a QoL são vitais para decidir como medir a sua validade (FARQUHAR, 1995a).

Existem vários tipos de validade (Tabela 2) encontrando-se a validade de conteúdo e de aspecto que deve ser determinada pela população onde o instrumento é administrado. Este tipo de validação é realizado para a obtenção de resultados significativos e para ter a segurança de que as perguntas elaboradas são certas (CARR; HIGGINSON; ROBINSON, 2003; STREINER; NORMAN; CAIRNEY, 2015).

A validade de um instrumento de medição pode ser gerada a partir de estudos de correlação (validade de construto) e também através de métodos estatísticos mais complexos como a Análise Fatorial (em inglês FA), procedimento que permite estabelecer a estrutura dimensional (fatorial) de uma escala que deveria estar relacionada com o modelo teórico, a partir do qual o questionário foi gerado.

Tabela 2. Tipos de validade e suas principais características (Streiner, 2015)

	<b>Convergente</b>	<b>De construto</b>	<b>De aspecto</b>	<b>De conteúdo</b>
<b>Conceito</b>	Quando se gera um novo instrumento e já existem outros.	Não existem instrumentos. Comprovação da hipótese do construto.	O instrumento, à primeira vista, parece apresentar as características que requer. Sua relevância é significativa.	O instrumento expõe todos os domínios importantes.
<b>Avaliação</b>	A correlação entre instrumentos não deveria ser inferior a 0.4 - 0.8	As relações esperadas devem ser encontradas. As diferenças propostas entre indivíduos no construto têm que se expressar no instrumento. A evidência provém da convergência de vários estudos.	O parecer dos indivíduos.  O parecer dos expertos.	O parecer dos peritos.  Cada item deve abranger uma área de conteúdo e cada categoria do instrumento deve ser associada ao menos a um item. Pode diminuir com o decurso do tempo se evolucionar o conceito avaliado.

A confiabilidade de um questionário consiste em que os resultados da sua medição possam ser reproduzidos (Tabela 3).

Tabela 3. Conceito e características da confiabilidade (Streiner, 2015)

Conceito	Variades	Obtenção
<b>O que o instrumento mede pode ser reproduzido.</b>  <b>Medições em variadas ocasiões, com diferentes sujeitos ou observadores, produzem resultados similares.</b>	Consistência interna: Cronbach $\alpha$ □ □ Kuder-Richardson, Metades divididas.	Relação da variação entre indivíduos frente ao total de variação nas pontuações.
	Interobservador	Expressa-se por um número entre 0 (não confiável) e 1 (confiabilidade exata).
	Intraobservados	
	Test-retest	Deve exceder 0.8, aceitável sobre 0.7

### 2.3.3.2 O método da Análise Fatorial na validação dos instrumentos de medição da OHRQoL

A FA é um procedimento estatístico para investigar a relação entre um conjunto de variáveis observadas e latentes, e seu uso em uma população determinada pode ser considerado uma forma de validação de construto (FAYERS et al., 1997).

O pesquisador examina a covariância entre variáveis observadas para obter informação do construto subjacente, chamado **fator**. A FA pode ser exploratória (doravante EFA) ou confirmatória (doravante CFA). A EFA é desenhada quando não são conhecidos os vínculos entre as variáveis observadas e latentes. A este respeito, se um instrumento foi gerado com base em um modelo teórico que estabelece sete dimensões do construto, a exploração será orientada a determinar em que medida o questionário relaciona-se com esses sete fatores. Entretanto, a CFA é realizada quando o pesquisador tem determinado conhecimento sobre a variável latente e por esse motivo efetua uma especificação a priori do modelo, nos que os itens de um mesmo conceito deverão “carregar” -em inglês *load*- no mesmo fator e não em outro. Consequentemente, determina-se a bondade de ajuste do modelo proposto -em inglês, *goodness-of-fit*- (BYRNE, 2013). É frequente observar estudos com ambas análises devido a que a EFA sugere hipóteses a serem testadas pela CFA (JOHN et al., 2014).

Associada à FA, descreve-se a Análise de Componentes Principais -em inglês PCA- que consiste em uma técnica de análise multivariada de redução

dimensional que examina os dados, nos quais as observações são descritas, em um conjunto de variáveis quantitativas dependentes. Esta técnica tem por objetivo extrair informação e apresentá-la em forma de componentes principais (ABDI; WILLIAMS, 2010).

Em relação à OHRQoL destacam-se estudos da FA e alguns com PCA no Brasil e no Chile, tanto quanto em outros países afastados da região. A tabela 3 apresenta alguns exemplos de estudos recentes:

**Tabela 1. Exemplos de estudos de validação de instrumentos de medição de OHRQoL que utilizam a Análise Fatorial**

<b>Autor</b>	<b>País</b>	<b>População</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Estudo</b>
<b>Åstrøm et al. (2009)</b>	Tanzânia	Adolescentes	OIDP	CFA
<b>Sanchez-Garcia et al. (2010)</b>	México	Idosos	GOHAI	ACP
<b>De Souza et al. (2010)</b>	Brasil	Idosos	OHIP-EDENT	EFA – PCA
<b>Pilotto, et al (2016).</b>	Brasil	Adultos e idosos	OIDP	EFA-CFA
<b>Astrom, et al (2010)</b>	Suécia e Noruega	Idosos	OIDP (e outras medições)	PCA-CFA

### 2.3.3.3 Adaptação cultural

Devido à existência de múltiplos questionários sobre a OHRQoL, os pesquisadores não produzem novos instrumentos, mas utilizam os existentes com propriedades psicométricas testadas (BEATON et al., 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER, 1993). A maioria deles foram elaborados em países de fala inglesa e, conseqüentemente, sua administração exige efetuar um processo de adaptação. Para poder realizar uma comparação cultural entre instrumentos é necessário mostrar equivalência entre as versões traduzidas de um mesmo questionário (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997; ROBINSON; CARR; HIGGINSON, 2003). O processo inclui a tradução, mas outros aspectos também devem ser levados em consideração (GUILLEMIN; BOMBARDIER, 1993). Além disso, diferentes situações podem ser encontradas no contexto de adaptação cultural, desde que: 1) o instrumento possa ser utilizado no mesmo país, mas em uma população de imigrantes; 2) em outro país com a mesma língua, mas com culturas diferentes ou; 3) em outro país com cultura e idioma diferentes. Por tal motivo, não sempre a tradução é equivalência cultural (GUILLEMIN; BOMBARDIER, 1993).

A adequação cultural tem dois componentes, a **tradução** do instrumento e a sua **adaptação**, sendo esta fundamental.

Não parece ser evidente o uso preciso da expressão **adaptação cultural**. Em uma revisão de Herdman et al. (1997), relacionada com instrumentos da HRQoL, descrevem-se dezenove tipos diferentes de termos de equivalência. Como exemplo de equivalência, salientam-se: a conceitual, a semântica, a funcional, a de escala/métrica, a técnica e a operacional. Os autores acrescentam que é frequente realizar os passos a seguir: 1) tradução, 2) revisão qualitativa para garantir compreensão, 3) novamente a tradução à língua original e, 4) teste e verificação pelos especialistas. Eles não descrevem a participação ativa dos sujeitos da cultura onde o instrumento será aplicado. Mais uma vez, a concepção subjacente está associada ao paradigma positivista pelo qual a subjetividade transmitida pelos sujeitos não sempre é levada em consideração (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997).

Apesar de que existe consenso em que diante do uso internacional de um questionário a equivalência conceitual é fundamental, o momento no qual deve ser realizada é controvertido.

Desde a visão da Psicologia Cultural, uma perspectiva “absolutista” considera que a concepção do construto não muda entre culturas. Porém, a ótica “universal” concede tanta importância à cultura quanto aos comportamentos. Deste ponto de vista, a equivalência cultural não está nos itens, mas no conceito (BERRY et al., 2002).

Os procedimentos de adaptação dos instrumentos, amparados em uma visão absolutista, centram seu foco na tradução e na compreensão das perguntas de um questionário (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997). Existe um risco latente nesta perspectiva associado à imposição cultural, dado que as concepções, os valores e os comportamentos vinculados à saúde em uma cultura, podem variar significativamente (BERRY et al., 2002).

A validação realizada na Espanha do OHIP-14, conduzida por Montero-Martín et al. (2009) incluiu, no processo da adaptação cultural, um guia proposto por Brislin (1970) para a técnica de tradução e um teste piloto com pacientes para a validação de aspecto *-face validity-* (BRISLIN, 1970; MONTERO-MARTÍN et al., 2009).

Uma situação semelhante aconteceu na validação do OIDP no Brasil concebida por Abegg et al. (2013) baseando-se nas propostas de Guillemin (1993) e Streiner (2006) para a adaptação. Apesar de que realizaram grupos focais com expertos para estabelecer o consenso da versão traduzida, os sujeitos da comunidade foram integrados para avaliar a validade do conteúdo e do aspecto (ABEGG et al., 2015).

Em ambas situações os autores foram orientados por guias; no primeiro caso, o guia foi construído para a tradução no contexto de validação e na segunda situação, foram cumpridos os passos propostos por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) que compreendem: a tradução, novamente a tradução ao idioma original, a revisão por um comitê de expertos, o pré-teste e a adaptação das pontuações ao contexto cultural (GUILLEMIN; BOMBARDIER, 1993).

Os autores reconhecem que a adaptação dos instrumentos deve ser desenvolvida para medir o mesmo fenômeno em culturas diferentes. Porém, a intervenção da população é realizada apenas depois do consentimento dos expertos. A adaptação cultural, ainda, pode compreender um processo de maior complexidade, incorporando as concepções dos indivíduos desde o início do processo, ou seja, desde a própria definição do construto. Posteriormente, seguindo um roteiro padronizado, é possível estabelecer uma validação de aspecto se não surgirem indicações de que o instrumento deva ser mudado. A medição do mesmo fenômeno não significa o uso de um mesmo instrumento visto que, um conjunto de mudanças podem ser realizadas, o que o afastam da sua versão original. No entanto, todos os instrumentos da OHRQoL são validados para o seu uso em outras culturas. Como isso é possível frente a um construto que muda entre sujeitos e encontra-se culturalmente influenciado? A cultura é apenas uma questão de semântica e compreensão de perguntas ou é razoável que incida também na concepção da QoL dos sujeitos (e ainda mais na da OHRQoL)?

Desde a perspectiva da teoria do Comportamento Social -aplicada à área da saúde- é possível determinar que existe uma idiosincrasia similar entre culturas diferentes, mas os mesmos costumes são desenvolvidos de forma diversa, dependendo das circunstâncias culturais existentes (BERRY et al., 2002).



O posicionamento, desde uma perspectiva universal, oferece as bases que sustentam o uso da pesquisa qualitativa no processo de adaptação cultural.

## 2.4 QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

A apresentação realizada na introdução deste trabalho descreve uma característica demográfica do Uruguai, mas ainda presente em muitos países da região: o envelhecimento da população. Também foi mencionada a importância que tem para os Governos atender este cenário para gerar políticas públicas que melhorem as vidas dos idosos em qualidade, ou seja a preservação de uma vida afável (BOWLING, 2005).

A seguir, descrevem-se algumas considerações sobre o processo de envelhecimento e a qualidade de vida nos idosos.

### 2.4.1 É possível conceber positivamente a terceira idade?

É comprovada uma viragem do conceito da velhice, desde a figura negativa, para outra positiva considerando-se assim uma etapa natural da vida. Existe uma significativa parte dos idosos que se manifestam felizes com as suas vidas.

Bowling (2005) descreve várias teorias de envelhecimento. No contexto das teorias sociais, a de “Atividade” destaca a possibilidade de um envelhecimento positivo ou bem-sucedido que pode ser alcançado por meio da conservação das relações e das funções com outras pessoas. Por outro lado, as teorias dos “Sistemas Sociais”, centram-se nas desigualdades promovidas por forças políticas e econômicas. Por último, as perspectivas do envelhecimento incorporam noções com maior foco nos estilos de vida das pessoas idosas. Dentre estas, está a perspectiva de “*successful aging*” envelhecimento bem-sucedido (doravante EBS) (BOWLING, 2005).

O conceito de EBS tem tantos seguidores quanto detratores. Ainda mais, a concepção pode mudar dependendo das culturas, pelo qual, por exemplo, na Índia tem um significado diferente ao que existe nos Estados Unidos (MARTIN et al., 2015).

Muitos autores da área da Gerontologia contribuíram com definições conceituais e operativas sobre o EBS. No contexto da saúde, como acontece

com o conceito da HRQoL, a definição do EBS baseia-se no modelo dominante. Em um contexto do modelo biomédico, o EBS relaciona-se com a ausência de doença. No entanto, o modelo biopsicossocial oferece as bases para uma definição mais ampla que inclui a QoL. Uma saúde positiva (desde a perspectiva do modelo biopsicossocial), o EBS e a QoL na terceira idade, poderiam ser considerados construtos próximos. Em outras palavras, conseguem ser arestas de um mesmo processo pelo qual os idosos decorrem esta fase da vida de forma ótima e de acordo com os seus padrões (BOWLING, 2005).

Conforme Kiyak (2000) o envelhecimento vigoroso ou bem-sucedido exige a conjunção de três características: uma apropriada atividade física, a manutenção da função cognitiva e o relacionamento social ou produtividade. Assim, o desenvolvimento de contextos sociais saudáveis, dirigidos especificamente às pessoas idosas constituem um meio importante para a melhora da QoL (KIYAK, 2000). O estudo efetuado por Dumitrache et al. (2018) em uma população de idosos da Espanha, salientou a importância para o EBS das características pessoais -otimismo e extroversão-, tanto quanto as sociais como os coletivos, a família e os amigos (DUMITRACHE; RUBIO; CORDÓN-POZO, 2018).

Evidentemente, as estratégias referidas são necessárias para atingir uma velhice positiva ou bem-sucedida. A seguir, descrevem-se algumas delas:

#### **2.4.1.1 Envelhecimento bem-sucedido e o modelo de “seleção, otimização e compensação”**

Os mecanismos psicológicos, como adaptabilidade, autonomia, atividade, competência cognitiva, controle sobre a vida, estratégias de otimização e compensação, etc., são estudados na área da Gerontologia Social como fatores-chave na QoL dos idosos (BOWLING, 2005).

Na década de 1990 foi difundida a concepção de *successful aging* com um modelo dinâmico de otimização seletiva com compensação (doravante SOC). O modelo tem seis dimensões: autoaceitação, relações positivas com outros, autonomia, domínio do ambiente, propósito na vida e crescimento pessoal. No SOC os benefícios são maximizados e as perdas minimizadas (BALTES; CARSTENSEN, 1996). Inclusive diante das perdas, estas

estratégias são utilizadas pelas pessoas idosas e colaboram na geração de uma melhor QoL. O modelo propõe uma visão onde é possível que o EBS não seja medido com um padrão (BALTES; BALTES, 1990). Um exemplo simples na velhice é a situação na qual o indivíduo, frente a um detrimento de audição, consegue um aparelho auditivo compensando assim a sua perda. Pelo contrário, outra pessoa poderia preferir aumentar o volume da televisão.

Na área da saúde bucal as perdas são comuns nessa etapa da vida. O idoso desdentado total que usa uma prótese removível, pode mudar seus hábitos de higiene assim como de mastigação, ou cortar a comida em pedaços menores sem sentir que sua QoL ou bem-estar sejam atingidos (ver mais adiante o conceito de paradoxo nos idosos e sua percepção de saúde bucal).

#### 2.4.1.2 Situações de estresse no contexto da terceira idade

A visão do EBS não deve ser interpretada como que todo processo de velhice é perfeito, pois isso seria um erro conceitual. A terceira idade expõe-se a situações estressantes, algumas comuns a todas as faixas etárias, mas outras próprias desse período da vida. É possível conceber o próprio processo de envelhecer como uma situação estressante pelo idoso.

Kahana & Kahana, na obra de Bengston (1996), apresentam uma matriz conceitual na qual as questões estressantes incluem na velhice, entre outras, as doenças crônicas e a perda de familiares e de amigos. No entanto, eles podem ter uma merecida QoL se dispõem de recursos internos de adaptação - *coping* - tanto como de meios sociais externos. O modelo reconhece a capacidade da terceira idade de responder às situações estressantes e enfrentá-las através de estratégias para melhorar sua QoL (BENGSTON, 1996). Em um contexto favorável, as estratégias utilizadas no processo de *coping* podem mudar seus comportamentos e seus hábitos de saúde.

De uma forma concisa, o *coping* pode ser definido como um esforço cognitivo e de comportamento, em constante mudança, efetuado para afrontar demandas específicas, internas ou externas, que são valorizadas como uma ameaça ou que excedem os recursos das pessoas (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). O *coping* é um processo em que o sujeito enfrentado a uma ameaça consegue, através deste processo cognitivo, lidar com a situação. As ameaças podem ser desde uma tragédia até uma doença.

O *coping* requer que exista: 1) um acontecimento estressante, 2) que esse acontecimento seja valorizado como ameaça e, 3) que uma nova apreciação procure a adaptação. Neste sentido, o processo é consciente e de uma permanente revisão de acordo com os eventos acontecidos, pois exige que o sujeito efetue um esforço cognitivo (e não automático) e uma avaliação cognitiva da ameaça. O *coping* não deve ser percebido como um desfecho e não pode ser homologado com o domínio do entorno. Isto deve-se a que determinadas ameaças não podem ser dominadas. Nestas circunstâncias, o *coping* é o processo que permite à pessoa tolerar, minimizar, aceitar ou ignorar o que não pode dominar e a maneira de como acontece é central no processo (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Concordando com Lazarus (1993), considerar o *coping* como processo, requer variabilidade e também que múltiplas estratégias intervenham. O resultado do *coping* pode ser positivo ou negativo e isso depende do sujeito, do tipo de acontecimento e do desfecho que está sendo estudado. É necessário considerar que o contexto modifica-se com o tempo e que as ameaças mudam para os indivíduos (LAZARUS, 1993).

Na área da QoL, Allison (1997) propõe as características do processo do *coping* como um dos motivos pelos quais a percepção dos sujeitos sobre sua QoL muda com o tempo e frente a diferentes situações da vida (ALLISON; LOCKER; FEINE, 1997). Quanto ao contexto da OHRQoL, Slade e Sanders (2011) descrevem o efeito paradoxal de melhor percepção de saúde bucal nos idosos. Neste sentido, os eventos acontecidos na juventude, que atingem a saúde bucal, são mais danosos que na velhice. Os autores incorporam como causas prováveis: 1) a resiliência apresentada na velhice frente a condições nocivas para a saúde, 2) as características pessoais, e 3) as influências sociais. Contudo, não descrevem a possibilidade de que o processo de *coping* possa estar integrado no efeito paradoxal (SLADE; SANDERS, 2011).

### 2.4.1.3 As relações sociais e a QoL na terceira idade

Alguns aspectos que têm relação com a possibilidade de que exista um envelhecimento ótimo encontra-se no suporte social (doravante SS). Este suporte, proveniente da sociedade ou uma comunidade de pessoas, é interativo e confere um benefício (emocional, instrumental ou financeiro) (BOWLING, 2005).

O SS pode ser utilizado em um sentido amplo, associando-o a uma situação através da qual as relações sociais promovem saúde e bem-estar. Porém, existem recursos específicos disponíveis para as pessoas, por exemplo, os informacionais, os emocionais e os instrumentais.

Também é possível encontrar um segundo grupo de SS que se relaciona com os benefícios que são obtidos pela participação em grupos sociais. Centra-se na vantagem de que os “outros” têm sobre a autoestima e o controle pessoal.

O SS pode ser um fator que promova mudanças nos comportamentos e por esse motivo, observa-se sua importância na área da saúde. Para uma pessoa idosa, ter um SS (acesso ao médico e ao dentista, participação em grupos sociais, etc.) pode incidir em uma melhor HRQoL (COHEN; UNDERWOOD; GOTTLIEB, 2000).

As incertezas e as ameaças enfrentadas nessa etapa da vida podem ser neutralizadas pelo efeito do SS (BENGSTON, 1996; LEFCOURT; MARTIN; SALEH, 1984).

O apoio da família, tanto emocional quanto instrumental, contribui no bem-estar psicológico na terceira idade. Nesta perspectiva, é possível que se sintam aceitos, amados e valorizados e essa sensação tem um componente cultural (THANAKWANG, 2015). Na velhice, a participação social, ou ter hobbies -pescar, praticar jardinagem, ir a academia, etc.- e se divertir com os amigos, é importante para manter sua autoestima, sentir segurança e autonomia (BOWLING, 2005).

Além disso, outras formas de SS beneficiam seu bem-estar como os espaços amigáveis presentes na comunidade. Nesta lógica, o desenho da infraestrutura física de edifícios ou centros recreativos, pode constituir uma barreira ou um estímulo que permita a participação desse grupo populacional (STROBL et al., 2016).

As características pessoais dos indivíduos podem perturbar o efeito que o SS tem sobre a QoL. O estudo de Lefcourt et al (1984) fornece interessantes resultados: 1) os sujeitos podem ou não receber benefício do apoio proveniente da família ou amigos, por exemplo, as pessoas sociais e autônomas parecem receber mais amparo, procedente do SS que aquelas que não o são; 2) o apoio social é mais necessário para os sujeitos que apresentam uma maior dependência em suas interações e, 3) os indivíduos mais estáveis em suas tendências de culpar-se podem ser também aqueles que não se beneficiam do SS (LEFCOURT; MARTIN; SALEH, 1984).

As descobertas dos autores têm importância na área da saúde bucal dos idosos pois as características pessoais associam-se com os comportamentos e isso pode incidir na procura de apoio social proveniente dos serviços de saúde (suporte instrumental).

#### 2.4.1.4 Controle sobre os acontecimentos da vida

As crenças dos sujeitos acerca da causa do que acontece nas suas vidas são variadas. Alguns podem pensar que o destino é a fonte dos seus problemas, ao passo que outros consideram que a culpabilidade pelo que sucede nas suas vidas encontra-se nos outros. No entanto, determinados indivíduos acreditam que são os responsáveis do acontecido na sua vida. Estas três situações podem incidir nos comportamentos, nos cuidados e nos hábitos das pessoas e influenciar na sua HRQoL.

A teoria de *locus of control* (doravante LOC) baseia-se em que os indivíduos diferem nas formas nas que respondem às experiências (positivas ou negativas) se o resultado da ação desenvolvida se encontra nas habilidades ou na eventualidade. Levenson (1973) elaborou um questionário com três dimensões baseadas no suposto de que o LOC encontra-se formado pelos componentes, *Internal*, *Chance* e *Powerful Others*. A escala foi testada para sua validade, confiabilidade e incluiu uma FA no processo (LEVENSON, 1973)

Na terceira idade, um fator central que influencia na satisfação e na felicidade é o nível no qual as pessoas sentem que têm controle dos acontecimentos significativos das suas vidas. Neste sentido, os sujeitos com mais “internalidade” (*internal LoC*) sentem-se responsáveis das suas ações e possivelmente alcancem seus objetivos (LEFCOURT, 1981).

Em relação à saúde, foi desenvolvido e psicometricamente testado por Wallston & Wallston (1981) um instrumento de medição, o HLC (em inglês *Health Locus of Control*) que, segundo elas, pode ser estudado tanto como uma variável dependente -desfecho- ou como uma variável independente -preditor-. O HLC, estudado como desfecho, representa um papel central nos programas de saúde que procuram desenvolver hábitos saudáveis, motivar e estimular a “internalidade” dos indivíduos. Entretanto, no caso do HLC estudado como preditor de um comportamento, a validade e confiabilidade foram comparativamente mais baixas (WALLSTON; WALLSTON, 1981).

Kostka e Jachimowicz (2010) acharam que na terceira idade, o HLC é uma variável individual importante para atingir uma melhor QoL e que esta pode piorar na medida em que agrava-se a sua dependência (KOSTKA; JACHIMOWICZ, 2010).

Uma consideração especial poderia ser concebida no caso dos idosos, com base em que eles 1) apresentam um estado de saúde bucal que é o resultado de um processo desenvolvido por anos e 2) receberam no passado uma atenção odontológica baseada no modelo biomédico (focado no biológico e na enfermidade). Então, é possível considerar que determinados hábitos não foram incorporados e que o “*internal*” HLC poderia constituir uma variável que incida em sua saúde bucal.

A pesquisa qualitativa centrada na velhice poderia evidenciar hábitos de comportamento com “internalidade” e como se desenvolvem frente a determinadas situações estressantes (por exemplo, quebrar a prótese ou realizar uma eventual extração dentária).

#### **2.4.2 A QoL na terceira idade**

As estratégias que são desenvolvidas para procurar um EBS podem estar associadas com elevados níveis de satisfação e bem-estar desde esse grupo populacional (BOWLING, 2005).

Relacionado com a QoL, a matriz conceitual de Renwick e Brown (1996) apresentada no trabalho de Walker (2005), descreve três dimensões principais da QoL nos idosos, *being*, *belonging* e *becoming*. O primeiro, relaciona-se com os aspectos físicos, psicológicos e espirituais da QoL; o segundo liga-se com a adequação do sujeito às relações interpessoais e a seus entornos sociais e

culturais, enquanto que o terceiro abrange as aspirações pessoais unidas às atividades -intencionais e instrumentais-, a busca de lazer e o crescimento pessoal. Neste sentido, Walker descreve a QoL, no contexto da velhice, apontando que compreende a felicidade hedônica (prazer) e componentes de *eudaimonia*, principalmente controle, autonomia e realização pessoais (WALKER, 2005).

As estratégias apresentadas são desenvolvidas em um conjunto nas pessoas idosas e o processo do *coping* pode ser facilitado pelo SS e encontrar-se permeado pelas características pessoais dos sujeitos. Assim, para neutralizar uma situação estressante, comparativamente, as pessoas com elevada “internalidade” podem aproveitar de um modo seletivo o SS, mas os indivíduos com forte “externalidade” podem obter maiores benefícios (SANDLER; LAKEY, 1982).

Diferentes condições e doenças associadas à terceira idade prejudicam a QoL como a osteoporose, a depressão, as doenças, do mesmo modo que a solidão ou a falta de acessibilidade aos locais de serviços sociais. As novas tecnologias, os cuidados paliativos e um sistema integrado de serviços são alguns dos aspectos que podem melhorar a QoL deste período da vida (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2015). Do mesmo modo, o contato social com familiares e amigos, tanto quanto a vulnerabilidade -medo ao ser assaltado, consequências de enfermidades crônicas- podem estar relacionados com a QoL nessa idade (BANISTER; BOWLING, 2004).

No caso da saúde bucal, apresenta-se uma série de alterações, refletidas nos dentes, na mucosa bucal e no osso alveolar (CHÁVEZ-REÁTEGUI; MANRIQUE-CHÁVEZ; MANRIQUE-GUZMÁN, 2014). Diante da perda dentária, por exemplo, é possível pressupor uma consequência negativa na QoL, não só pela alteração funcional, mas também pelas repercussões na estética e na autoestima dos idosos.

Nos países da região, os problemas bucais na velhice são evidentes. Por exemplo, no Brasil, mais da metade da população idosa é edêntula, com predomínio nas mulheres, nas pessoas de baixa renda e de baixo nível de escolaridade (PERES et al., 2014). No caso do Uruguai, os dados provenientes do Relevamento Nacional também apresentam o problema da perda dentária e



evidenciam a necessidade de gerar uma contribuição da pesquisa, que colabore com a melhora da OHRQoL, nesta faixa etária (LAGUZZI et al., 2015; LORENZO-ERRO, 2018).

Em um processo de investigação (clínica ou populacional) é necessário ter a segurança de que as ferramentas de medição efetivamente apresentam uma informação sobre o que os sujeitos concebem (LOCKER; MSCN; JOKOVIC, 2005).

## 2.5 O PROBLEMA DA PESQUISA

Nesta seção vai ser abordado o problema da pesquisa. Anteriormente, foi exposta a complexidade associada à medição de uma variável dinâmica, subjetiva e latente como é a OHRQoL.

Quanto aos instrumentos que medem a OHRQoL, destacou-se a necessidade de possuir um questionário válido e confiável, desde o ponto de vista psicométrico, para reconhecer a sua dimensionalidade e coerência com o modelo que o sustenta. Porém, ainda não existe uma sistematização da informação que permita conhecer o nível de validade que os atuais instrumentos da OHRQoL apresentam.

Além disso, a avaliação psicométrica pode não ser suficiente quando um instrumento de medição se utiliza em contextos socioculturais diversos.

Assim, salientou-se que a construção e a adaptação cultural dos questionários têm uma vasta participação dos especialistas, mas a atuação dos sujeitos posterga-se para a validação do aspecto e do conteúdo. A concepção dos indivíduos e dos idosos em particular, sobre a QoL (e OHRQoL), pode ser diferente aos modelos teóricos construídos pelos conhecedores do assunto que, geralmente, colocam o foco na doença.

Neste ponto de vista, Farquhar (1995a) propõe que alguns dos problemas relacionados com a medição da QoL podem ser resolvidos solicitando aos sujeitos que descrevam **sua** QoL, com **suas próprias palavras**, usando **suas estruturas de referências** (FARQUHAR, 1995a).

Foram expressadas algumas estratégias e processos expostos na literatura que podem estar associados com a QoL da terceira idade. Não obstante, os mecanismos operantes em um contexto cultural específico, ainda não são claros.

Para os países da AL e o Uruguai em particular, o processo de adaptação cultural dos questionários da OHRQoL, focalizado nos idosos, é de enorme importância e o procedimento necessita começar com a construção de um modelo teórico, gerado a partir das percepções dos sujeitos.

Finalmente, a pesquisa qualitativa amparada no paradigma constructivista (GUBA; LINCOLN, 2002), constitui um excelente recurso para procurar compreender as concepções das pessoas em seus contextos culturais, seguindo procedimentos rigorosos e sistematizados.



### 3 PERSPECTIVA TEÓRICA

As perspectivas positivista e pós-positivista têm sido referentes da maior parte da pesquisa na área biomédica e esses paradigmas têm por base a verificação ou comprovação da falsidade de hipóteses propostas *a priori* (GUBA; LINCOLN, 2002). Entretanto, o posicionamento epistemológico deste estudo centra-se na pergunta da pesquisa amparada em uma perspectiva de referência. Em tal sentido, contrapõe-se à gênese desta investigação considerar uma hipótese a ser comprovada.

Na pesquisa qualitativa são indagadas e interpretadas as concepções dos sujeitos segundo o parecer do pesquisador, desde uma visão intersubjetiva e articulada com as expressões dos participantes (BOWILNG; EBRAHIM, 2005; GREEN; THOROGOOD, 2004). Assim, propõe-se neste trabalho considerar um marco epistemológico e uma teoria de médio alcance como substituto da hipótese que, longe de ser estabelecida *a priori*, será o fim da pesquisa realizada. Ainda mais, é necessário considerar neste capítulo, a pergunta norteadora, que sustenta todo o processo da pesquisa: **qual é a concepção e quais estratégias usam os idosos uruquaios para alcançar uma QoL?**

O embasamento teórico (CRESWELL, 2014) supõe uma observação desde a Teoria do Comportamento Social e desde o Interacionismo Simbólico (doravante IS). Nesta perspectiva, salienta-se o papel da interação social como moderadora da capacidade do pensamento e responsável de possibilitar o significado, permitindo às pessoas agir e interagir, e gerando as pautas que constituem os grupos sociais (BLUMER, 1986; RITZER, 1993).

Os princípios metodológicos do IS incluem o questionamento aos métodos quantitativos, como a única forma de avaliar a complexidade do mundo real, e o uso da “introspecção simpática” para avaliar a vida social, focada na pesquisa qualitativa. Dessa forma, os interacionistas simbólicos que pesquisam, devem se “introduzir na pele” dos atores que estão explorando para compreender a situação desde seus pontos de vista (RITZER, 1993).

Desde a perspectiva da Psicologia Social do Comportamento, no ponto 2.3.3.3 foi apresentada a influência da visão do absolutismo e universalismo no processo de adaptação cultural dos instrumentos de medição. Neste ponto de vista, a justificativa dos objetivos da pesquisa respalda-se em uma “concepção

universalista”. Entende-se que os processos básicos psicológicos podem ter características comuns na vida humana, mas suas manifestações são influenciadas pela cultura. O enfoque universalista estuda até que ponto e de que maneira as variáveis culturais influenciam o comportamento. Portanto, para os universalistas, frente a determinados construtos, ter instrumentos de medição livres do contexto, poderia ser um objetivo impossível de alcançar (BERRY et al., 2002) .

A informação proveniente dos dados qualitativos permite aprofundar em aspectos que não são possíveis de indagar por meio de estudos de relevamento e análise estatísticos. A concepção de QoL (em um contexto cultural dado) e as suas dimensões podem estabelecer-se a partir da interpretação dos relatos dos sujeitos em diálogo com a bibliografia existente. Um dos sustentos metodológicos da metodologia qualitativa é a Teoria Fundamentada. Nela, a teoria surge da análise da informação proveniente das experiências e expressões dos entrevistados.

Por conseguinte, apresenta-se nos seguintes capítulos os objetivos e os métodos desenvolvidos. Posteriormente, com a assunção de que existem poucos instrumentos que atravessaram rigorosos processos de validação e como ponto inicial do processo da pesquisa, descrevem-se os resultados da revisão sistemática sobre os métodos de validação efetuados nos instrumentos de medição da OHRQoL. A seguir, por meio da pesquisa qualitativa que orienta o principal eixo desta tese, gera-se o modelo conceitual da QoL interpretado com base nas entrevistas realizadas aos idosos uruguaios.

### **3.1 TEORIA FUNDAMENTADA**

Esta perspectiva tem as raízes na primeira publicação em 1967 dos trabalhos de Glaser e Strauss e a seguinte abordagem baseia-se nos conceitos de Corbin e Strauss (STRAUSS & CORBIN, 2015).

A Teoria Fundamentada propõe construir o conhecimento a partir da análise dos discursos em uma “ida e volta” na que o pesquisador, a partir dos conceitos que surgem na entrevista, pode voltar e entrevistar a uma mesma pessoa ou utilizá-los para orientar a próxima entrevista. A teoria constrói-se na medida que o pesquisador avança no trabalho de campo. A agudeza do pesquisador desenvolve-se em cada entrevista com cada análise. Neste

sentido, os primeiros passos da Teoria Fundamentada, constituem um marco desestruturado da análise que posteriormente encaminha-se para estabelecer conceito, categorias e dimensões.

O número de indagações e sujeitos a entrevistar encontra-se determinado tanto pelo objeto de estudo quanto pelas possibilidades do pesquisador (acesso aos sujeitos, desejo dos entrevistados em participarem da pesquisa, entre outros). A validação estabelece-se pela “saturação” (não surgem novas contribuições relevantes em relação à pesquisa) ou, pela “confrontação” com o próprio trabalho de campo (novas entrevistas, reentrevistar aos sujeitos, corroboração de informação).

A Teoria Fundamentada implica que o pesquisador assuma uma postura aberta, flexível, atenta e aguda. Os memorandos permitem obter desde o início as percepções e valorações das entrevistas. A análise em profundidade dos discursos proporciona ideias e conceitos que, em princípio, são orientadores na geração de conceitos (codificação aberta), posteriormente, permitem as articulações entre os conceitos e as dimensões a fim de encontrar as categorias (codificação cerrada) dos temas abordados.

A análise depende do grau de reflexão e introspecção que os indivíduos têm. Este é o objetivo da Teoria Fundamentada, indagar as percepções que não são medidas pelos testes estatísticos. A saturação e a confrontação, assim como o trabalho de campo, permitem limitar riscos provenientes da subjetividade e dos aportes individuais (URZÚA & CAQUEO-URÍZAR, 2012).

A indagação aos sujeitos pode ser realizada pelas entrevistas estruturadas, semiestruturadas ou não estruturadas (ADAMSON et al, 2005). Nas semiestruturadas, propõe-se iniciar com perguntas abertas, orientadoras, para ir paulatinamente introduzindo o tema específico. Fornece-se a possibilidade de manter contato com o entrevistador, em caso de apresentar dúvidas ou requerer ampliação de informação. O roteiro de entrevista é uma ferramenta de coleta de informação fácil de manejar nas análises (TONON, 2015).

Evitam-se perguntas de resposta “sim” e “não”, ou o direcionamento direto a o tema da pesquisa. Assim, o melhor é realizar perguntas do geral ao particular que permitam ao sujeito descrever uma narrativa, evocar ideias sobre a sua vida e a sua história e não pensamentos abstratos. As entrevistas,

principalmente as semiestruturadas e não estruturadas, resgatam, através de um diálogo a importância que tem o entrevistado na geração de informação relevante (HEATH & HIDMARSH, 2002).

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um modelo dinâmico que represente a concepção e os mecanismos de idosos uruguaios para alcançar a QoL.

Analisar os métodos de validação e adaptação cultural dos instrumentos existentes de OHRQoL.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A partir da realização de uma revisão sistemática (doravante RS) da literatura, objetivou-se

- a Analisar os processos de validação existentes nas versões dos Instrumentos da OHRQoL
- b Obter uma visão geral dos instrumentos publicados e seus processos de validação
- c Avaliar o uso de FA no processo de validação dos instrumentos mais utilizados
- d Avaliar o processo de adaptação cultural dos instrumentos mais utilizados

A partir de uma abordagem qualitativa e entrevistas efetuadas a idosos uruguaios, propõe-se:

- a Explorar a concepção da QoL
- b Indagar os significados que encerra o conceito da QoL
- c Compreender as estratégias que intervêm para uma melhor QoL
- d Descrever como essas estratégias se articulam para uma adequada QoL
- e Apresentar um modelo dinâmico da QoL, baseado nos contextos de vida (positivos e negativos) que descrevam as estratégias e os mecanismos que propiciam uma apropriada QoL





## 5 MÉTODOS

### 5.1 REVISÃO SISTEMÁTICA

Para indagar os processos de validação existentes nas versões dos instrumentos da OHRQoL, foram realizados os dez passos recomendados por *Cosmin* (TERWEE et al., 2012) da mesma maneira que a demarcação da pergunta “*Are oral health related quality of life measurement instruments measuring what they say they do in the adult population? Are they properly validated according to this?*” O protocolo PROSPERO foi submetido e aceito em 17 de Outubro de 2018, Reg. N° CRD42018110341 (RIVA; SEOANE; CELESTE, 2018).

Os termos da revisão apresentaram as características a seguir: 1) população, 2) construto e, 3) atributos dos instrumentos. A estratégia desenvolvida misturou a população dentre 18 e 70 anos, os nomes dos questionários (Apêndice X) e uma estratégia de elevada sensibilidade de acordo com *Cosmin* (TERWEE et al., 2009). Em 2 de fevereiro de 2018 foi realizada a busca no *PubMed* (Apêndice A) fornecendo 1802 artigos, enquanto que a indagação realizada no *Scopus* (Apêndice B) ofereceu 2056 artigos. Além disso, foi desenvolvida uma exploração no *Google Scholar* procurando literatura cinzenta (Apêndice C) que ofereceu 9 referências. Após a fusão dos estudos no Mendeley Desktop<sup>5</sup>, 2959 artigos foram incluídos para uma revisão manual.

A fusão dos artigos duplicados realizou-se através da ferramenta disponível no menu principal do software informático de Mendeley inicialmente identificando os duplicados (“*check for duplicates*”) e, posteriormente, juntando os duplicados (“*merge duplicates*”). Esta etapa foi comprovada manualmente.

#### 5.1.1 Critérios de inclusão

Visando o objetivo da pesquisa, introduziram-se artigos originais que avaliaram as propriedades psicométricas dos instrumentos da OHRQoL na população adulta e sem restrição do idioma nem da região geográfica.

---

<sup>5</sup> Versão 1.19.2 (C) Glyph & Cog. 2008-2018 . Elsevier. Mendeley Ltd

### 5.1.2 Critérios de exclusão

- a idade inferior aos 18 anos
- b instrumentos que apresentaram menos de 3 itens (MARSH et al., 1998)
- c artigos sem foco na OHRQoL
- d revisões
- e estudos que não incluíram a análise psicométrica ou de validação
- f estudos em animais
- g estudos em laboratórios

### 5.1.3 Coleta de dados

Procurando avaliar as propriedades psicométricas dos instrumentos, a análise foi realizada por dois pesquisadores (FR e MS).

Inicialmente o foco centrou-se nos títulos e nos resumos dos artigos e posteriormente, na exploração de todos os estudos selecionados. Como aconteceu, no caso de desacordo, um terceiro pesquisador intercedeu no processo.

As unidades de estudo foram os instrumentos e os grupos de pessoas em que eles foram efetuados.

Procurou-se a seguinte informação: 1) primeiro autor, 2) revista de publicação, 3) ano de publicação, 4) país do estudo, 5) a presença nos objetivos da procura de validação do questionário, 6) nome do instrumento, 7) número de itens, 8) objetivo original do instrumento, 9) validação obtida, 10) data associada ao processo de adaptação cultural.

### 5.1.4 Desfecho

O desfecho foi realizado com base: 1) no desenvolvimento do instrumento, 2) o alcance do instrumento, 3) as propriedades avaliadas (FA o validação do construto) e, 4) a presença de adaptação cultural.

### 5.1.5 Co-variáveis

As variáveis de exposição foram: 1) o objetivo do estudo “*validation as an objective*”, 2) o modo de validação, EFA ou CFA, 3) a validação do

construto, 4) o nome e o número de itens do instrumento, 4) o ano de publicação, 5) o *journal*, mais tarde agrupado pela área de publicação e, 6) o país, que depois foi agrupado pela língua.

O agrupamento pela área de publicação foi realizado no *software* estatístico por meio da geração de categorias onde os journals foram reunidos pela afinidade disciplinar.

#### **5.1.6 Análise estatística**

Para a análise foi utilizada a versão 13.1 do *software* STATA. O apêndice D -Tabelas 3 até 13- apresenta a análise descritiva em tabelas de frequência. As associações bivariadas foram testadas com chi-quadrado para independência e o estatístico exato de Fisher foi utilizado para os pressupostos violados.

## **5.2 PESQUISA QUALITATIVA**

Em concordância com a perspectiva teórica abordada no Capítulo 3 (Hipótese), a metodologia proposta concebe os significados como produtos sociais e criações formadas em/e através das atividades definidas pelas pessoas e visualiza que o comportamento humano encontra-se culturalmente mediado.

O processo que confere evidência sobre a concepção da QoL nos idosos uruguaios é a pesquisa qualitativa que permite iniciar -mas não finalizar- o processo de adaptação cultural desde uma perspectiva cultural universalista. (BERRY et al., 2002) O foco da metodologia situa-se na construção de significados mais que na explicação dos comportamentos. A distinção da investigação qualitativa, em contraposição da quantitativa, centra-se em que os esquemas teóricos demandam uma análise direta do mundo social e não do mundo simulado (BLUMER, 1986).

O método utilizado nesta investigação (Apêndice E) baseou-se na perspectiva teórica da Teoria Fundamentada (STRAUSS; CORBIN, 1994). A metodologia remete-se aos princípios que subjazem e guiam o processo de estudar o caráter latente de um mundo empírico dado. Portanto, a ação científica abrange a pergunta da pesquisa e ajusta-se ao campo do estudo que,

uma vez avaliado, fornecerá a resposta à questão realizada (BLUMER, 1986). Esta metodologia sugere a elaboração da teoria baseada nos discursos dos sujeitos e procura entender e interpretar seus significados. A teoria é construída desde as análises da informação surgida dos participantes em seu contexto de vida. Este processo de participação direta no mundo empírico incluiu a exploração e a inspeção, em constante comparação (BLUMER, 1986; STRAUSS; CORBIN, 1994).

A compreensão dos significados dos idosos e o processo de interação foram considerados centrais para a inquirição e fatores-chave de um método sistemático para gerar a teoria (FLICK, 2009).

A pesquisa no campo foi especialmente apropriada para o estudo das atitudes das pessoas idosas em seu entorno natural (BABBIE, 2011). A análise do fenômeno incorporou a perspectiva *emic* introduzindo a visão dos participantes, valorizando seus pontos de vista sem realizar julgamento na coleta de informação (BABBIE, 2011; BOWILNG; EBRAHIM, 2005).

### **5.2.1 Contexto**

Para a pesquisa realizada no Uruguai, no período de agosto de 2017 a outubro de 2018, foram entrevistados idosos de 60 anos ou mais provenientes de diversas regiões do país (Apêndice F). O grupo da pesquisa estava constituído pelo orientador (RKC), o coorientador (RDM), a entrevistadora (MSC) e um colaborador (FRR).

No início, todos os participantes foram contatados por telefone e depois de explicar o motivo e conciliar suas condições, foram concertados o dia e o horário da entrevista.

O contexto no processo da pesquisa qualitativa tem uma importância salientada visto que relaciona as respostas dos participantes com as condições em que acontecem (CORBIN; STRAUSS, 2015). Em vista disso, procurou-se realizar as entrevistas nas casas dos idosos, ou seus âmbitos culturais - trabalho ou a casa de um vizinho-. Desde o primeiro contato -por *e-mail* ou por telefone-, tentou-se transmitir confiança e segurança aos indagados. Unicamente três idosos solicitaram ser entrevistados em um restaurante.

Depois da finalização da entrevista, procurou-se compartilhar as percepções com o grupo de pesquisadores e, dessa forma, foram conciliados

os caminhos a seguir. Além disso, foram realizadas reuniões presenciais com os orientadores para as instruções dos procedimentos da análise. Durante todo o processo, -codificação, categorização, construção dos temas e geração da teoria-, as informações e as opiniões foram compartilhadas entre os pesquisadores.

### **5.2.2 Coleta de dados**

A Amostragem Teórica foi desenvolvida para atingir a informação da pesquisa. Assim, o método sustentou o processo, visto que a pesquisadora procurou os conceitos e estabeleceu as características das pessoas a serem entrevistadas. Nesta lógica, são os conceitos e não os sujeitos *per se* os que influem na amostra. Consequentemente, a análise não deve ser iniciada depois que todas as entrevistas são finalizadas. O processo da amostragem teórica iniciou com a primeira entrevista e continuou durante toda a pesquisa (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A coleta de dados se realizou a partir de um roteiro de perguntas abertas (Apêndice G). O roteiro foi originalmente construído considerando as definições existentes na literatura do construto QoL. A estratégia de aplicação incluiu iniciar as entrevistas com a apresentação da pesquisadora e das principais características da investigação, -justificativa e objetivos- e prosseguiu descrevendo a dinâmica e efetuando o registro digital das conversas. No decorrer do processo, cada participante tinha a possibilidade de suspender a conversação e também, depois de realizada, poderia pedir que seus relatos não fossem levados em conta, mas esta situação não aconteceu.

Além do roteiro, foi utilizado um formulário básico, modificado do artigo de Brondani (2010), para obter informação geral dos participantes (Apêndice H). (BRONDANI, 2010). Incluiu-se informação identificatória (o código da entrevista), aspectos relacionados com a saúde geral e a saúde bucal, situação familiar e nível educativo.

Foram elaborados memorandos com base nas observações e impressões das entrevistas, incluindo: as percepções da pesquisadora, a descrição dos comportamentos e das expressões dos participantes e as referências em relação à residência, ao bairro, etc.. Do mesmo modo, as

perguntas elaboradas depois da entrevista, os lembretes e as características de possíveis novos participantes, foram registrados nos memorandos (Apêndice I).

A seleção dos sujeitos foi orientada considerando a análise preliminar de cada entrevista e baseada em uma amostragem intencional. Procurou-se integrar os relatos dos idosos procedentes de diversas regiões do Uruguai, assim foram entrevistadas pessoas da capital, dos departamentos do interior, das zonas urbanas e também das rurais. Do mesmo modo, pretendeu-se recuperar os pontos de vista de diferentes realidades sociais, educativas e econômicas, entrevistando tanto profissionais, quanto analfabetos, de ascendência branca ou afro.

A coleta dos dados finalizou no momento em que a saturação foi atingida, isto é, quando não foi gerada mais informação relevante, em relação à pergunta da pesquisa. Na saturação iniciou-se aproximadamente nas 20 entrevistas, mas continuou-se entrevistando para atingir uma maior diversidade nas categorias. O processo finalizou na entrevista número 30.

### **5.2.3 Análise da informação**

As entrevistas foram registradas digitalmente, transcritas *verbatim* e incorporadas ao programa MaxQDA<sup>(R)</sup> no qual a análise foi realizada.

O processo da análise seguiu os princípios da Teoria Fundamentada e, em razão disso, efetuou-se a codificação aberta, a codificação axial, a categorização e a geração de tema. Assim, o processo iniciou-se com a procura na literatura dos conceitos de QoL e OHRQoL e prosseguiu com a geração do roteiro a partir da revisão bibliográfica, as entrevistas, a codificação aberta e axial, a seleção de códigos, a geração de categorias, a articulação com a teoria emergente, e a integração das descobertas com os aportes da literatura e a conformação da teoria substantiva.

Seguindo uma atividade cíclica, o método, centrado nas entrevistas e orientado pelo roteiro, utilizou diferentes técnicas como: observação, comparação constante, técnica de bola de neve e “flip-flop”, diagramas de modelos preliminares, interpretação interativa entre pesquisadores e entre pesquisadora e idosos, análise de contexto, experiências de vida, o achado de palavras significativas, memos.

A análise da informação foi desenvolvida como um processo evolutivo, iniciada com uma apreciação inicial que foi avançando até alcançar uma reflexão conceitual em profundidade.

No questionário, para colaborar com a análise dos dados, incluiu-se: 1) as frases introdutórias como, “vamos nos tratar de você”, “o que você faz num dia habitual?”, “como é a sua rotina?” e 2) as sentenças dirigidas a aprofundar os conceitos “e isso porque...”, “poderia explicar melhor?”, “em que sentido você diz isso?”, “isso é interessante, poderia esclarecer?”. As estratégias da análise utilizadas foram a comparação constante dos dados das entrevistas, a geração de esquemas preliminares e as comparações teóricas, elaborando modelos iniciais para avaliar eventuais associações entre as categorias, (CORBIN; STRAUSS, 2015).

#### **5.2.4 Aspectos éticos**

O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da Udelar e posteriormente aprovado em 7 de janeiro de 2016 (anexo A).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todos os entrevistados do projeto (Apêndice J). O número de telefone da pesquisadora foi oferecido aos participantes para entrarem em contato, em caso de dúvidas.





## **6 RESULTADOS**

### *6.1 MANUSCRITO 1*

#### **EVIDENCE OF PSYCHOMETRIC VALIDATION OF ORAL HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE MEASURES: A SYSTEMATIC REVIEW**

Formatted for Quality of Life Research

#### **COUNTER**

Abstract: 250/250

Figures/Tables: 4/No limits established

Main Text: 2972/4000

References: 72/No limits established



## Abstract

**Purpose:** To systematically review the process of validation of oral health related quality of life (OHRQoL) measures for adults. **Methods:** A literature search was made following Cosmin's protocol. Original articles were included if they presented any statistical indicator of validation over OHRQoL instruments in adults. Data were collected about the type of validation: face/content/associations (construct); Exploratory Factor Analysis/Principal Components Analysis (EFA/PCA); Confirmatory Factor Analysis/Item Response Theory/Structural Equation Modelling (CFA/IRT/SEM) and if there was evidence of cross-cultural adaptation. **Results:** 262 references were included. 39 original instruments were found among 66 different versions, 42 generic and 24 specific. The Oral Health Impact Profile (OHIP) presented 16 versions. OHIP-14 was the most frequently (30.92%) validated instrument, followed by the Geriatric Oral Assessment Index (GOHAI) (17.56%), OHIP-49 (16.8%) and Oral Impacts on Daily Performances (OIDP-8) (6.9%). There was a predominance of different forms of construct validation (70.23%) over EFA/PCA (21.37%) and CFA/IRT/SEM (8.40%). For OHIP-14, 9.9% (n=8) of the studies reported CFA/IRT/SEM and 13.6% (n=11) reported EFA/PCA. For GOHAI-12, 8.7% (n=4) of the studies reported CFA/IRT/SEM and 45.6% (n=21) reported EFA/PCA. Most CFA/IRT/SEM studies were for Portuguese speaking versions (n=8), followed by English (n=7). Presence of cross-cultural adaptation was 12.6% (n=33) among all studies, mostly performed on OHIP-49 (n=9). **Conclusions:** Few instruments have gone through a rigorous validation process neither have documented cross-cultural adaptation, making difficult for researchers to choose based on best psychometric properties. OHIP-14 seems to be the most widely validated instrument. Future studies should assess its psychometrics properties and factorial structure.

**Key words:** Oral Health Related Quality of Life, Factor Analysis, Validity, Patient Reported Outcome Measures.



## Introduction

The study of Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL) is not a new subject of research, and it has been growing since the mid 90's [1]. In a broader sense, the World Health Organization (WHO) defines Health Related Quality of Life (HRQoL) as "individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns". It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationship to salient features of their environment (WHOQL) [2]. Following this concept, Locker et al. defines OHRQoL as the extent to which oral disorders affect functioning and psychosocial well-being [3].

Many instruments have been developed, validated and adapted with the intention of assessing the different degrees of impact that oral health has over QoL, and understanding the role of oral health. The use of these instruments should not only be intended for health surveys and clinical trials, but also to reorient health policies, incorporate patient centered approaches, and assess treatment needs [4, 5].

Instruments intended to measure the association between oral conditions and HRQoL must present a series of attributes that makes them applicable, either in populational surveys or in the dental practice. The particular difficulty lays both in the nature of the construct to be measured, and in achieving that the instrument meets the dimensions of this construct and not others (such as happiness, self-esteem, or depression) [6].

The questionnaires can be developed for a specific age range, where two major groups are mostly found, child and adults. For either of them measures may be categorized according to their scope in generic and specific questionnaires. Such division can be made at: a) a QoL level, where HRQoL questionnaires are specific measures of it, b) at a HRQoL level, where OHRQoL questionnaires are specific measures of it, and c) at a OHRQoL level, where there are generic and condition-specific instruments as well. The specificity of the instruments aims to

different oral conditions that may affect HRQoL.

Measures are generally designed in relation to underlying dimensions or models, and there must be an appreciable correlation. Factor Analysis (FA) is a standard way to verify the validity of measurement instruments. This method is based on the exploration of the underlying dimensions of the items included in a questionnaire. It aims to associate latent variables with the observed items and determine if a questionnaire supports the dimensions of the conceptual model on which it is based [7]. Considering the dimensional facets of instruments, there are some known publications using FA as an instrument to validate measures, but they have not been summed up [8–12]. They show different results regarding the number of factors; fit indices; and they also spotted items that may not work properly in some situations.

Regarding the target population of the instruments, psychometric analysis can validate a questionnaire in their culture of origin, but this is not necessarily true for another cultural field, much less if there is a language barrier. In addition to considering translations and psychometric analysis, cultural equivalence should be taken into account [13]. In any case items should be correlated with each other in relation to the dimensions they represent [7]. Despite this, some variability given by the application of the instruments in different cultural contexts is to be expected [13].

Among the measurement instruments, some are more widely use than others, assessing different aspects of OHRQoL. For such use, a process of validation is needed, not only by analyzing the psychometric proprieties of their original versions, but also of their different variations as well as their adapted versions. So far there is no systematic review, and obtaining results from a systematized study could eventually guide researchers in the selection of one over the others based on scientific evidence.

The present work was based on the hypothesis that despite the large number of existing instruments, there are few that have gone through a rigorous validation process that includes Confirmatory Factor Analysis (CFA). The aim of this study was to perform a comprehensive scrutinizing of the existing OHRQoL

instruments for adults, with a descriptive analysis of their scope (generic or specific), methods of validation regarding factor analysis and cross-cultural adaptation, and their bibliometric characteristics.

## **Method**

### ***Search strategy***

Following the protocol recommended by Cosmin [14], a research question was stated: “*Are oral health related quality of life measurement instruments measuring what they say they do in the adult population? Are they properly validated according to this?*” A strategy was developed combining a target population (ages between 18 and 70), and a high sensitivity filter to retrieve validation studies proposed by Cosmin [15]. This strategy was developed for PubMed and then adapted for Scopus. To rescue gray literature, a Google scholar search strategy, a scope of references in books and key articles, and contact with relevant authors of the subject was performed.

### ***Selection criteria***

The inclusion criteria were original articles assessing psychometric properties of OHRQoL instruments in the adult population without limitations of language or location. Often, much indirect evidence on measurement properties of instruments can be obtained, e.g. from studies in which the instrument of interest is used in the validation process of another instrument, or in an RCT or other longitudinal study in which indirect evidence for responsiveness might be found. It is recommended excluding these kinds of studies from reviews for two reasons; first, it is very difficult to find all of these articles in a manageable and structured way; and second, it is often difficult to interpret the psychometric evidence provided in these studies, because no hypotheses about the validity or responsiveness of the instruments of interest are formulated and tested in them [14]. Despite this, as the aim of the study was to retrieve most of the existing measures and perform a descriptive analysis, the aforementioned studies were included at this stage. Samples under 18 years old, not psychometric analysis or validation, not OHRQoL, review, animals, or laboratory studies were



excluded. Instrument with less than 3 items were drop, following the criteria by Marsh et al [16].

### ***Articles classification and variables of study***

After the initial search, a manual selection of articles assessing any psychometric properties was made by two researchers, first by titles and abstracts, and then by full text analysis of the remaining articles. The outcome variables were: (i) the development of the measure; (ii) the scope of the instrument; (iii) the psychometric properties assessed by any type of validation (FA or construct validation) and; (iv) the presence of cross-cultural adaptation in the study.

According to its development, measures were categorized regarding their original conception in; (i) original instrument, and (ii) derived version. When the origin of the instrument was not clear in the methodology, the reference of the used measure was consulted.

The scope of the instrument was categorized according to its aim regarding the object of measure, being: (i) generic, when the measure was developed to assess OHRQoL in a broad sense; and (ii) specific, when the effect of a particular oral condition over HRQoL was measured.

For the assessment of the psychometric properties three mutually exclusive categories were created: (i) articles with CFA, Item Response Theory, or Structural Equation Modelling (CFA/IRT/SEM); (ii) articles with EFA or Principal Components Analysis (EFA/PCA); and (iii) articles with any other type of validation (content validity, face validity, associations) (construct). In case more than one type of validation was present, it was categorized as CFA/IRT/SEM in the first place, since it is regarded as the highest value of validation, EFA/PCA in second place, and as other types of construct validation in third place.

The last variable was categorized as: (i) with cross-cultural adaptation; and (ii) without cross-cultural adaptation. The criteria for inclusion were the specific mention of cross-cultural adaptation, and the use of a pre-established guideline or basic steps for a back-forward translation.

### ***Data extraction***

Data was retrieved using a previously designed form, the following information was sought: (i) first author; (ii) journal of publication; (iii) year of publication; (iv) country of the study; (v) if validation of an OHRQoL instrument was one of the objectives; (vi) instrument name; (vii) number of items; (viii) aim of the instrument when developed; (ix) type of validation performed; and (x) data of the process of cross-cultural adaptation.

### ***Data analysis***

STATA v13.1 software was used for data analysis. Descriptive analysis was presented in a frequency table. Bivariate associations were tested using chi-square test for independence, Fisher's exact test when assumptions were violated.

### **Results**

The initial search identified 2959 references. After reading titles and abstracts, 2662 had to be excluded since they did not fulfill the eligibility criteria. A total of 297 articles were selected for full text review, which ended up excluding another 53 articles, resulting in 244 studies. Since the aim of the study was to describe how the instruments were validated, and many articles did that to more than one instrument in more than one population, the study units were instruments used and groups to which they were applied, resulting in n=262 (Fig. 1).

In function of the obtained data, categories were created by: (i) instrument (name and number of items); (ii) period of publication (1990-2000, 2001-2005, 2006-2010, and 2011-2017); (iii) group of journals (Dental public health, Dental, and Quality of life); (iv) language of the country of the publication (English, Portuguese, Germany/Netherlands, Spanish, and others); and (v) validation as an objective (yes or no).

### ***Characteristics of the studies and the retrieved instruments***

A total of 66 OHRQoL measurement instruments were found, all derived from

39 original versions. The aims of the measures were recovered from their development articles, 42 of them were generic OHRQoL questionnaires and the remaining 24 were condition-specific instruments, the most frequent being esthetic, prosthetic and surgical related measures (table 1).

The Oral Health Impact Profile (OHIP) presented the highest number of variants (16 in total). OHIP was also the most frequent instrument with 58.78% among all versions; its original version (OHIP-49) had a 16.79% rate, while the most validated instrument both among OHIP versions and all of the measures was OHIP-14, with 30.92%. The second most frequent instrument was the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) with 17.56%, followed by The Oral Impact on Daily Performances (OIDP) with 13,74 (table 2).

The journals with the highest score were the dental public health group (Community Dentistry & Oral Epidemiology, Public Health Dentistry, and Community Dental Health) with 24.43% (table 2). The number of publications over time has been increasing since the beginning, peaking in the period 2011-2017, with 50.38% of the cases, and the majority of the samples were from English speaking countries with 25.57%, followed by Portuguese (10.69%) (table 2).

### ***Type of validation***

There was a predominance of construct validation (70.23%) over both EFA/PCA (21.37%) and CFA/IRT/SEM (8.40%) combined ( $p=0.001$ ). GOHAI was the only one that had the same number of EFA/PCA and construct validation ( $n=21$ ), resulting in more FA than construct validation when CFA/IRT/SEM is added ( $n=4$ ). Only OHIP-49 showed a higher value of CFA/IRT/SEM than EFA/PCA (11.36% vs. 4.55%) (table 3).

The CFA/IRT/SEM studies began to be published in the period 2006-2010 with 9.59% of the sample, increasing to 11.36% in the period 2011-2017, but they had the lowest ratio in each period, being construct validity the predominant in all periods ( $p=0.03$ ) (Table 3). Although without a statistical difference, a similar situation can be assumed with the journals, where all groups presented some

form of construct validation as the most common method, ranging between 70.00% and 72.59%. Quality of life journals presented the highest ratio of CFA/IRT/SEM studies (15%), while for EFA/PCA dental journals published the most (30.23%) ( $p=0.24$ ) (table 3).

Statistically significant differences were found regarding the cultural background of the target populations, where the validation of OHRQoL instruments in samples of Portuguese language presented most of the CFA/IRT/SEM studies ( $n=8$ ), representing 28.57% of all Portuguese validations. EFA/PCA presented the best ratio in the Spanish speaking samples (39.13%) ( $p=0.00$ ) (table 3).

### ***Cross-cultural adaptation***

Cross-cultural adaptation was mostly accomplished when the objective of the study was validation of an OHRQoL instrument (15.17%) ( $p=0.011$ ). When considering all the measures, 12.60% presented some kind of cross-cultural adaptation; the only instruments with rates over 20% were OHIP-49 (20.45%) and OIDP-8 (22.22%) ( $p=0.068$ ) (Table 3).

Cross-cultural adaptation studies presented a rate of 6.67% in 1990-2000 and rates ranging between 12.12% and 14.29% in the post-2001 periods ( $p=0.90$ ), being published the most in Quality of Life journals (10.00%) ( $p=0.078$ ). Statistically significant differences were found regarding the language of the country where the data was obtained. Spanish speaking countries had the highest proportion with 21.74% of the samples. Germany/Netherlands and Portuguese had a ratio of 19.05% and 14.29% respectively. English speaking countries represented 1.49% of the cases ( $p=0.005$ ) (Table 3). In only 2 studies the subjects of the new culture were included at the initial stages of the adaptation process through a qualitative approach for conceptualization of the construct.

### **Discussion**

In the present study 66 OHRQoL instruments were retrieved among 39 original versions, with 24 condition-specific measures. Validation was performed with EFA/PCA in 21,3% and CFA/IRT/SEM in 8,4%. Only 12,6% performed cross-

cultural adaptation. The first validation with CFA/IRT/SEM was not found until 2006, showing a delay in the use of the technique similar to the late incorporation of the concept of OHRQoL years after HRQoL concept were already being studied [17–19]. Most of the adaptations were performed for Portuguese and Spanish languages, being Portuguese the one with the highest number of CFA.

This was a descriptive review, so the results of the validity studies are not present, further research should explore item loadings, dimensional structure, and goodness of fit of the models. It is also unknown if instruments perform equally well when adapted to other cultures. Although it was a systematic search, a few studies and/or instruments may have not been retrieved. The review aimed to recover all instruments with any type of validation, focusing on FA studies, cultural adaptation, and scope of the instruments, presenting a comprehensive view of the current state of OHRQoL measures.

The number of original instruments found (39 measures) were different from the results from Locker and Allen in 2007 (14 measures) [20], probably responding to an arising need of using condition-specific measures, where we found most of the instruments in the last decade, together with the demand of shorter and easily applicable versions [21], which also explains the large number of derived instruments found (OHIP alone presented 16 versions). Many conditions are encompassed by them and some authors suggest to supplement generic with specific measures to address clinically important changes [19]. Nevertheless, similarly to HRQoL where there are numerous measures and little standardization [22], the heterogeneity in OHRQoL instruments represents a difficulty in the selection of an instrument and when comparing results of different condition-specific measures. It also complicates the systematization of data for validation purposes.

When an instrument is used its validation must be present, either by a previous work that validates it in the same population or in a relatable one, or as a previous step in the methodology, showing validity for the situation where it will be applied. CFA does this by testing a postulated model to see whether it is adequate to explain the observed data [7]. The present study reflected a low

percentage in the use of FA and even less when we focus exclusively on CFA as a validation process, most studies relied on construct validity, probably due to its relative simplicity. Even though FA is not a new method [23] EFA studies presented a low frequency in the first analyzed periods, and it is not until 2006 that the first CFAs appeared regarding validation of OHRQoL instruments. This late implementation, together with the low rate found, suggests that its application may be somehow more complex. The aforementioned heterogeneity of measures makes it difficult to synthesize the CFA data for most instruments because, in addition to the low number of studies with CFA, they are widely distributed among the different versions. Important conclusions of FA studies [8, 10, 12, 24, 25] may benefit from more research with CFA to compare results in similar populations and in different cultures.

OHRQoL should be considered a culturally and dynamically defined concept [26], so more cross-cultural adaptations are desirable not only in different populations, but also in different time periods considering the change in individuals' perceptions over time, as shown by Slade and Sanders [27]. The low number of cross-cultural adaptations assessing psychometric properties is not exclusive of OHRQoL, but is a problem for many health assessment measures [28]. The target population is an important aspect regarding the validity of the instrument and when comparing results from different studies. A cross-cultural adaptation of the instruments should be performed in these regards, including an early qualitative approach and FA in the process. This may contribute to a conceptual and dimensional adaptation, as well as the incorporation of cultural features of the items content.

In conclusion, the present study was intended as a first step toward a more comprehensive analysis of the validity of instruments. The high heterogeneity of generic and condition-specific measures represents both a benefit, offering a wide range of possibilities to policy makers and clinicians, and a difficulty to researchers when trying to synthesize the information about the psychometric properties scattered among all measures, with no standardized procedure for their validation. A higher number of CFA studies would be desirable for a better understanding of the factorial structure of widely used instruments.

## Acknowledgements

There is no conflict of interest. The authors would like to thank the librarians of the faculty of dentistry of UDELAR for their help in retrieving articles for this review.

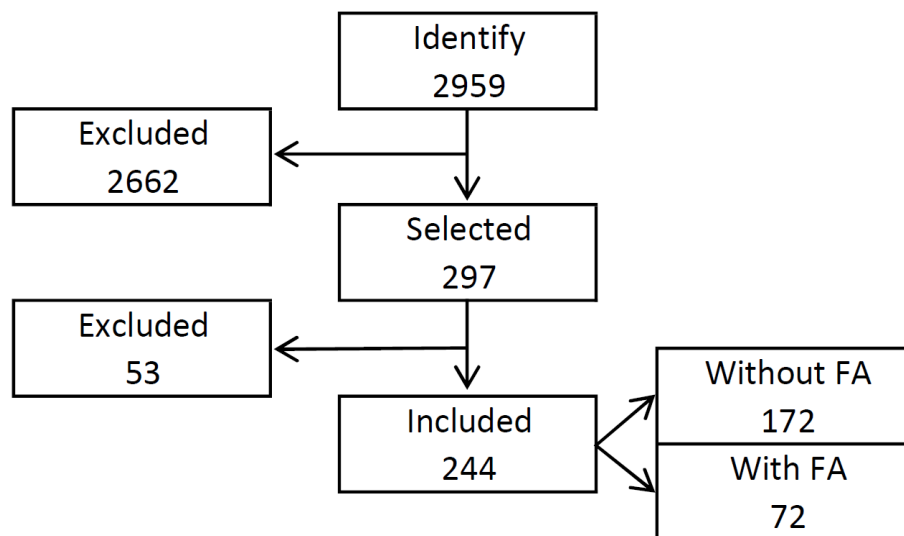


Figure 1 – Fluxogram of the selection process of articles

Some articles validated more than one instrument in more than one target population, the study units were instruments used and groups to which they were applied, resulting in n=262

Table 1 – Retrieved OHRQoL instruments and aim

ID	Name or description	Authors and year	n	T
SIDD	Social Impacts of Dental Disease	1986 CUSHING et al. [29]	1	4 2
GOHAI	Geriatric Oral Health Assessment Index	1990 ATCHISON; DOLAN., [30]	1	
DIP	Dental Impact Profile	1993 STRAUSS et al., [31]	1	
OHIP	Oral Health Impact Profile – Items: 49 (original), 14, 55, 54, 46, 45, 22, 7, 7 (NHANES), and 5	1994 SLADE; SPENCER [32]	10	
SOHSI	Subjective Oral Health Status Indicators	1994 LOCKER; MILLER [33]	1	
DIDL	Dental Impact on Daily Living – Items: 49 (original), 36, and 33	1996 LEAO; SHEIHAM [34]	3	
OHQOL	Oral Health Related Quality of Life Measure – Items: 3 (final) and 8	1996 KRESSIN et al., [35]	2	
OIDP	Oral Impact on Daily Performances – Items: 8 (original), 3, 7, 9, 10, 11, and 12	1996 ADULYANON et al., [36]	7	
OH-QoL	Oral Health Quality of Life Inventory	1997 CORNELL, et al., [37]	1	
ICSII-OHRQOL	International Collaborative Study on Oral Health Care Systems	1997 CHEN et al., [38]	1	
Rand Health Insurance St.	Dental health questions from the Rand Health Insurance Study	1997DOLAN, GOOCH [39]	1	
Gift1997	Oral clinically assessed impairment and self-reported acute symptoms affecting QoL	1997 GIFT et al., [40]	1	
OHQoL-UK	Oral Health Quality of Life – United Kingdom	2001 MCGRATH; BEDI, [41]	1	
FIS	Family Impact Scale – Items: 14 (original), 19, and 8	2002 LOCKER et al., [42]	3	
Chavers 2003	Incidence of oral disadvantages. Two years and chronic	2003 CHAVERS et al., [43]	1	
LORQ (v1-v3)	The Liverpool Oral Rehabilitation Questionnaire	2004 PACE-BALZAN et al., [44]	1	
Bagewitz 2005	Questions derived from literature analysis on conditions for oral health	2005 BAGEWITZ et al., [45]	1	
OQOL	Oral Quality Of Life – Items: 6 (short form), and 12 (long form)	2008 KRESSIN et al., [46]	2	
Daneshvar 2015	Young Adults age-specific self-perception issues and physical and social impediments	2015 DANESHVAR et al., [47]	1	
John 2016	Four-dimensional model	2016 JOHN et al., [48]	1	
POHW	Positive Oral Health and Wellbeing	2016 ZINI et al., [49]	1	
OHIP-30 TMD	OHIP for Temporo-mandibular disorders	1996 MURRAY et al., [50]	1	2 4
Gadbury-Amyot 1999	OHRQOL for Dental Hygiene	1999 GADBURY-AMYOT et al., [51]	1	
OQLQ	Orthognathic Quality of Life Questionnaire	2000 CUNNINGHAM et al., [53]	1	
Sonoyama 2002	QoL in patients with fixed prosthesis	2002 SONOYAMA et al., [53]	1	
OHIP-19 EDENT	OHIP for edentulous patients	2002 ALLEN; LOCKER [54]	1	
LDF-TMDQ	Limitations of daily function-Temporo mandibular disorders questionnaire	2005 SUGISAKI et al., [55]	1	
PIDAQ	Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire	2006 KLAGES et al., [56]	1	
MHISS	Mouth Handicap is Systemic Sclerosis scale	2007 MOUTHON et al., [57]	1	
SOOQ	Surgical Orthodontic Outcome Questionnaire	2007 LOCKER et al., [58]	1	
OES	Oral Esthetic Scale	2010 LARSSON et al., [59]	1	
DHEQ	Dentine Hypersensitivity Experience Questionnaire	2010 BOIKO et al., [60]	1	
PQL	Prosthetic quality of life	2011 MONTERO et al., [11]	1	
OHIP-22 TMD	OHIP for Temporo-mandibular disorders	2011 DURHAM et al., [61]	1	
COMDQ	Chronic Oral Mucosal Diseases Questionnaire	2011 NI RIORDAIN; MCCREARY, [62]	1	
Musurlieva 2012	Impact of Periodontal diseases on QOL	2012 MUSURLIEVA et al., [63]	1	
OHIP-20 EDENT	OHIP for Spanish edentulous patients	2012 MONTERO et al., [64]	1	
EORTC QLQ-OH17	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of life Quest. Oral supplementary module	2012 HJERMSTAD et al., [65]	1	
QoLIP-10	Quality of Life with Implant-Prostheses	2013 PRECIADO et al., [66]	1	
Matijević2014	QoL after removing of impacted lower wisdom	2014 MATIJEVIĆ et al., [67]	1	
OHIP-22 EDENT	OHIP for Chinese edentulous patients	2015 HE; WANG, [68]	1	
OHIP-7	OHIP for Masticatory efficiency	2015 CUSSON et al., [69]	1	
QoLDAS-9	Quality of Life associated with Dental Aesthetics Satisfaction	2015 PEREA et al., [70]	1	
TOQOL	Teen Oral Health Quality of Life	2017 WRIGHT et al., [71]	1	
OHIDL	Oral health impacts on Daily Living	2017 LIU et al., [72]	1	



Table 2 - Frequency and percentage of the studied variables

		n	%
OHRQoL Instrument and number of items	OHIP-14	81	30.92
	OHIP-49	44	16.79
	Other OHIP	29	11.07
	GOHAI-12	46	17.56
	OIDP-8	18	6.87
	Other OIDP	18	6.87
	Other OHRQoL	26	9.92
	Total	262	100.00
Year of publication by period	1990-2000	15	5.73
	2001-2005	42	16.03
	2006-2010	73	27.86
	2011-2017	132	50.38
	Total	262	100.00
Journal of publication by group of journals	Dental Public Health	64	24.43
	Dental	43	16.41
	Quality of life	20	7.63
	Others	135	51.53
	Total	262	100.00
Country of publication by language	English Speaking	67	25.57
	Portuguese speaking	28	10.69
	Germany/Netherlands	21	8.02
	Spanish Speaking	23	8.78
	Others	123	46.95
Total	262	100.00	
Validation as objective	yes	211	80.53
	no	51	19.47
	Total	262	100.00



## References

1. Celeste, R. K., Broadbent, J. M., & Moyses, S. J. (2016). Half-century of Dental Public Health research: bibliometric analysis of world scientific trends. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *44*(6), 557–563. doi:10.1111/cdoe.12249
2. The WHOQOL Group. (1998). the World Health Organization Quality of Life Assessment (Whoqol): Development and General Psychometric Properties. *Social Science and Medicine*, *46*(12), 1569–1585. doi:10.1016/S0277-9536(98)00009-4
3. Locker, D., Clarke, M., & Payne, B. (2000). Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. *Journal of Dental Research*, *79*(4), 970–975. doi:10.1177/00220345000790041301
4. Sheiham, A., & Watt, R. G. (2000). The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community dentistry and oral epidemiology*, *28*(6), 399–406.
5. Petersen, P. E. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community dentistry and oral epidemiology*, *31 Suppl 1*, 3–23.
6. Baker, S. R., Gibson, B., & Locker, D. (2008). Is the oral health impact profile measuring up? Investigating the scale's construct validity using structural equation modelling. *Community dentistry and oral epidemiology*, *36*(6), 532–541. doi:10.1111/j.1600-0528.2008.00440.x
7. Fayers, P. M., & Hand, D. J. (1997). Factor analysis, causal indicators and quality of life. *Quality of Life Research*, *6*, 139–150.
8. Pilotto, L. M., Scalco, G. P. C., Abegg, C., & Celeste, R. K. (2016). Factor analysis of two versions of the Oral Impacts on Daily Performance scale. *European journal of oral sciences*, *124*(3), 272–278. doi:10.1111/eos.12260

9. Mello dos Santos, C., de Oliveira, B. H., Nadanovsky, P., Hilgert, J. B., Celeste, R. K., & Hugo, F. N. (2013). The Oral Health Impact Profile-14: a unidimensional scale? *Cadernos de Saúde Pública*, *29*(4), 749–757. doi:10.1590/S0102-311X2013000400012
10. Montero, J., Bravo, M., Vicente, M. P., Galindo, M. P., Lopez, J. F., & Albaladejo, A. (2010). Dimensional structure of the oral health-related quality of life in healthy Spanish workers. *Health and quality of life outcomes*, *8*, 24. doi:10.1186/1477-7525-8-24
11. Montero, J., Bravo, M., & Lopez-Valverde, A. (2011). Development of a specific indicator of the well-being of wearers of removable dentures. *Community dentistry and oral epidemiology*, *39*(6), 515–524. doi:10.1111/j.1600-0528.2011.00620.x
12. Naik, A., John, M. T., Kohli, N., Self, K., & Flynn, P. (2016). Validation of the English-language version of 5-item Oral Health Impact Profile. *Journal of prosthodontic research*, *60*(2), 85–91. doi:10.1016/j.jpor.2015.12.003
13. Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use*. (Oxford University Press, Ed.) (5th ed.). Oxford.
14. Terwee, C. B., de Vet, H. C. W., Prinsen, C. A. C., & Mokkink, L. B. (2011). *Systematic reviews of measurement properties*. (COSMIN, Ed.). Amsterdam. doi:10.1017/cbo9780511996214.010
15. Terwee, C. B., Jansma, E. P., Riphagen, I. I., & De Vet, H. C. W. (2009). Development of a methodological PubMed search filter for finding studies on measurement properties of measurement instruments. *Quality of Life Research*, *18*(8), 1115–1123. doi:10.1007/s11136-009-9528-5
16. Marsh, H. W., Hau, K.-T., Balla, J. R., & Grayson, D. (1998). Is More Ever Too Much? The Number of Indicators per Factor in Confirmatory Factor Analysis. *Multivariate Behavioral Research*, *33*(2), 181–220. doi:10.1207/s15327906mbr3302\_1
17. Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, *22*(3), 502–508. doi:10.1046/j.1365-2648.1995.22030502.x

18. Broder, H. L., McGrath, C., & Cisneros, G. J. (2007). Questionnaire development: face validity and item impact testing of the Child Oral Health Impact Profile. *Community dentistry and oral epidemiology*, 35 Suppl 1, 8–19. doi:10.1111/j.1600-0528.2007.00401.x
19. Guyatt, G. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1993). Measuring Health-related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*, 118, 622–629. doi:10.7326/0003-4819-118-8-199304150-00009
20. Locker, D., & Allen, F. (2007). What do measures of “oral health-related quality of life” measure? *Community dentistry and oral epidemiology*, 35(6), 401–411. doi:10.1111/j.1600-0528.2007.00418.x
21. Slade, G. D. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community dentistry and oral epidemiology*, 25(4), 284–290.
22. Garratt, A. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *Bmj*, 324(7351), 1417–1417. doi:10.1136/bmj.324.7351.1417
23. Child, D. (1975). *The Essentials of Factor Analysis* (3rd ed.). London: Holt Rinehart and Winston.
24. Campos, J. A. D. B., Zucoloto, M. L., Geremias, R. F., Nogueira, S. S., & Maroco, J. (2015). Validation of the Geriatric Oral Health Assessment Index in complete denture wearers. *Journal of oral rehabilitation*, 42(7), 512–520. doi:10.1111/joor.12279
25. Mello dos Santos, C., Hugo, F. N., Leal, A. F., & Hilgert, J. B. (2013). Comparison of two assessment instruments of quality of life in older adults. *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology*, 16(2), 328–337. doi:10.1590/S1415-790X2013000200009
26. Allison, P. J., Locker, D., & Feine, J. S. (1997). Quality of life: A dynamic construct. *Social Science and Medicine*, 45(2), 221–230. doi:10.1016/S0277-9536(96)00339-5
27. Slade, G. D., & Sanders, A. E. (2011). The paradox of better subjective oral health in older age. *Journal of dental research*, 90(11), 1279–1285.

28. Uysal-Bozkir, Ö., Parlevliet, J. L., & De Rooij, S. E. (2013). Insufficient cross-cultural adaptations and psychometric properties for many translated health assessment scales: A systematic review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(6), 608–618. doi:10.1016/j.jclinepi.2012.12.004
29. Cushing, A. M., Sheiham, A., & Maizels, J. (1986). Developing socio-dental indicators--the social impact of dental disease. *Community dental health*, 3(1), 3–17.
30. Atchison, K. A., & Dolan, T. A. (1990). Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Journal of dental education*, 54(11), 680–687. doi:2229624
31. Strauss, R. P., & Hunt, R. J. (1993). Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. *Journal of the American Dental Association* (1939), 124(1), 105–110. doi:10.14219/jada.archive.1993.0019
32. Slade, G. D., & Spencer, A. J. (1994). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community dental health*, 11(1), 3–11.
33. Locker, D., & Miller, Y. (1994). Evaluation of subjective oral health status indicators. *Journal of public health dentistry*, 54(3), 167–76.
34. Leao, A., & Sheiham, A. (1996). The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. *Community dental health*, 13(1), 22–26.
35. Kressin, N., Spiro, A., Bosse, R., Garcia, R., & Kazis, L. (1996). Assessing oral health-related quality of life: findings from the normative aging study. *Medical care*, 34(5), 416–427.
36. Adulyanon, S., Vourapukjaru, J., & Sheiham, A. (1996). Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community dentistry and oral epidemiology*, 24(6), 385–389.
37. Cornell, J. E., Saunders, M. J., Paunovich, E. D., & Frisch, M. B. (1997). Oral Health Quality Of Life Inventory (OH-QoL). In G. D. Slade (Ed.), *Measuring Oral Health and Quality of Life* (pp. 135–149). North Carolina: Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology.

38. Chen, M., Andersen, R., & Barmes, D. (1997). *International Collaborative Study on Oral Health Care Systems. Comparing oral health care systems: a second international collaborative study*. Geneva: World Health Organization.
39. Dolan, T. A., & Gooch, B. R. (1997). Dental health questions from the Rand Health Insurance Study. In G. D. Slade (Ed.), *Measuring Oral Health and Quality of Life* (pp. 65–70). North Carolina: Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology.
40. Gift, H. C., Atchison, K. A., & Dayton, C. M. (1997). Conceptualizing oral health and oral health-related quality of life. *Social science & medicine* (1982), *44*(5), 601–608.
41. McGrath, C., & Bedi, R. (2001). An evaluation of a new measure of oral health related quality of life--OHQoL-UK(W). *Community dental health*, *18*(3), 138–143.
42. Locker, D., Jokovic, A., Stephens, M., Kenny, D., Tompson, B., & Guyatt, G. (2002). Family impact of child oral and oro-facial conditions. *Community dentistry and oral epidemiology*, *30*(6), 438–48.
43. Chavers, L. S., Gilbert, G. H., & Shelton, B. J. (2003). Two-year incidence of oral disadvantage, a measure of oral health-related quality of life. *Community dentistry and oral epidemiology*, *31*(1), 21–29.
44. Pace-Balzan, A., Cawood, J. I., Howell, R., Butterworth, C. J., Lowe, D., & Rogers, S. N. (2006). The further development and validation of the Liverpool Oral Rehabilitation Questionnaire: a cross-sectional survey of patients attending for oral rehabilitation and general dental practice. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, *35*(1), 72–78. doi:10.1016/j.ijom.2005.07.004
45. Bagewitz, I. C., Soderfeldt, B., Nilner, K., & Palmqvist, S. (2005). Dimensions of oral health-related quality of life in an adult Swedish population. *Acta odontologica Scandinavica*, *63*(6), 353–360.
46. Kressin, N. R., Jones, J. A., Orner, M. B., & Iii, A. S. (2008). A New Brief Measure of Oral Quality of Life. *Preventing chronic disease, public health search, practice and policy*, *5*(2), 1–12.

47. Daneshvar, M., Devji, T. F., Davis, A. B., & White, M. A. (2015). Oral health related quality of life: a novel metric targeted to young adults. *Journal of public health dentistry*, 75(4), 298–307. doi:10.1111/jphd.12099
48. John, M. T., Reissmann, D. R., Celebic, A., Baba, K., Kende, D., Larsson, P., & Rener-Sitar, K. (2016). Integration of oral health-related quality of life instruments. *Journal of dentistry*, 53, 38–43. doi:10.1016/j.jdent.2016.06.006
49. Zini, A., Bussing, A., Chay, C., Badner, V., Weinstock-Levin, T., Sgan-Cohen, H. D., ... Vered, Y. (2016). Validation of an innovative instrument of Positive Oral Health and Well-Being (POHW). *Community dentistry and oral epidemiology: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 25(4), 847–858. doi:10.1007/s11136-015-1142-0
50. Murray, H., Locker, D., Mock, D., & Tenenbaum, H. C. (1996). Pain and the quality of life in patients referred to a craniofacial pain unit. *Journal of orofacial pain*, 10(4), 316–323.
51. Gadbury-Amyot, C. C., Williams, K. B., Krust-Bray, K., Manne, D., & Collins, P. (1999). Validity and reliability of the oral health-related quality of life instrument for dental hygiene. *Journal of dental hygiene: JDH*, 73(3), 126–134.
52. Cunningham, S. J., Garratt, A. M., & Hunt, N. P. (2000). Development of a conditionspecific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: I. Reliability of the instrument. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28(3), 195–201. doi:10.1034/j.1600-0528.2000.280305.x
53. Sonoyama, W., Kuboki, T., Okamoto, S., Suzuki, H., Arakawa, H., Kanyama, M., ... Yamashita, A. (2002). Quality of life assessment in patients with implant-supported and resin-bonded fixed prosthesis for bounded edentulous spaces. *Clinical Oral Implants Research*, 13(4), 359–364. doi:10.1034/j.1600-0501.2002.130403.x
54. Allen, F., & Locker, D. (2002). A modified short version of the oral health impact profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. *The International journal of prosthodontics*, 15(5), 446–450.



55. Sugisaki, M., Kino, K., Yoshida, N., Ishikawa, T., Amagasa, T., & Haketa, T. (2005). Development of a new questionnaire to assess pain-related limitations of daily functions in Japanese patients with temporomandibular disorders. *Community dentistry and oral epidemiology*, 33(5), 384–395. doi:10.1111/j.1600-0528.2005.00238.x
56. Klages, U., Claus, N., Wehrbein, H., & Zentner, A. (2006). Development of a questionnaire for assessment of the psychosocial impact of dental aesthetics in young adults. *European Journal of Orthodontics*, 28(2), 103–111. doi:10.1093/ejo/cji083
57. Mouthon, L., Rannou, F., Bérezné, A., Pagnoux, C., Arène, J. P., Foïs, E., ... Poiraudeau, S. (2007). Development and validation of a scale for mouth handicap in systemic sclerosis: The Mouth Handicap in Systemic Sclerosis scale. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 66(12), 1651–1655. doi:10.1136/ard.2007.070532
58. Locker, D., Berka, E., Jokovic, A., & Tompson, B. (2007). Does self-weighting of items enhance the performance of an oral health-related quality of life questionnaire? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35(1), 35–43. doi:10.1111/j.1600-0528.2007.00317.x
59. Larsson P., John M T, Nilner K, Bondemark L, L. T. (2010). Development of an Orofacial Esthetic Scale in prosthodontic patients. *The International journal of prosthodontics*, 23(3), 249–256.
60. Boiko, O. V, Baker, S. R., Gibson, B. J., Locker, D., Sufi, F., Barlow, A. P. S., & Robinson, P. G. (2010). Construction and validation of the quality of life measure for dentine hypersensitivity (DHEQ). *Journal of Clinical Periodontology*, 37(11), 973–980. doi:10.1111/j.1600-051X.2010.01618.x
61. Durham, J., Steele, J. G., Wassell, R. W., Exley, C., Meechan, J. G., Allen, P. F., & Moufti, M. A. (2011). Creating a patient-based condition-specific outcome measure for Temporomandibular Disorders (TMDs): Oral Health Impact Profile for TMDs (OHIP-TMDs). *Journal of oral rehabilitation*, 38(12), 871–883. doi:10.1111/j.1365-2842.2011.02233.x

62. Ni Riordain, R., & McCreary, C. (2011). Validity and reliability of a newly developed quality of life questionnaire for patients with chronic oral mucosal diseases. *Journal of Oral Pathology and Medicine*, 40(8), 604–609. doi:10.1111/j.1600-0714.2011.01021.x
63. Musurlieva, N., Stoykova, M., & Boyadjiev, D. (2012). Validation of a scale assessing the impact of periodontal diseases on patients' quality of life in Bulgaria (pilot research). *Brazilian dental journal*, 23(5), 570–574.
64. Montero, J., Macedo, C., Lopez-Valverde, A., & Bravo, M. (2012). Validation of the oral health impact profile (OHIP-20sp) for Spanish edentulous patients. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*, 17(3), e469-76.
65. Hjerstad, M. J., Bergenmar, M., Fisher, S. E., Montel, S., Nicolatou-Galitis, O., Raber-Durlacher, J., ... Herlofson, B. B. (2012). The EORTC QLQ-OH17: A supplementary module to the EORTC QLQ-C30 for assessment of oral health and quality of life in cancer patients. *European Journal of Cancer*, 48(14), 2203–2211. doi:10.1016/j.ejca.2012.04.003
66. Preciado, A., Del Rio, J., Lynch, C. D., & Castillo-Oyague, R. (2013). A new, short, specific questionnaire (QoLIP-10) for evaluating the oral health-related quality of life of implant-retained overdenture and hybrid prosthesis wearers. *Journal of dentistry*, 41(9), 753–763. doi:10.1016/j.jdent.2013.06.014
67. Matijević, M., Užarević, Z., Ivanišević, Z., Gvozdić, V., Leović, D., Popić, B., ... Vcev, A. (2014). Determining the quality of life after removing of impacted lower wisdom tooth using the principal component analysis method. *Collegium antropologicum*, 38(2), 691–699.
68. He, S., & Wang, J. (2015). Reliability and validity of a Chinese version of the Oral Health Impact Profile for edentulous subjects. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 24(4), 1011–1016. doi:10.1007/s11136-014-0822-5

69. Cusson, V., Caron, C., Gaudreau, P., Morais, J. A., Shatenstein, B., & Payette, H. (2015). Assessing Older Adults' Masticatory Efficiency. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(6), 1192–1196. doi:10.1111/jgs.13443
70. Perea, C., Preciado, A., del Rio, J., Lynch, C. D., Celemin, A., & Castillo-Oyague, R. (2015). Oral aesthetic-related quality of life of muco-supported prosthesis and implant-retained overdenture wearers assessed by a new, short, specific scale (QoLDAS-9). *Journal of dentistry*, 43(11), 1337–1345. doi:10.1016/j.jdent.2015.08.010
71. Wright, W. G., Spiro, A., Jones, J. A., Rich, S. E., & Garcia, R. I. (2017). Development of the Teen Oral Health-Related Quality of Life Instrument. *Journal of Public Health Dentistry*, 77(2), 115–124. doi:10.1111/jphd.12181
72. Liu, J., Wong, M. C. M., & Lo, E. C. M. (2017). Development of Oral Health Impacts on Daily Living Questionnaire Items - a Qualitative Study. *The Chinese journal of dental research: the official journal of the Scientific Section of the Chinese Stomatological Association (CSA)*, 20(2), 79–88. doi:10.3290/j.cjdr.a38272

## 6.2 *MANUSCRITO 2*

### **THE CONCEPT OF QUALITY OF LIFE IN THE PERCEPTION OF OLDER URUGUAYANS**

Formatted for Quality of Life Research

#### **COUNTER**

Abstract: 249/250

Tables: 2 (No limits established)

Figures: 3 (No limits established)

Main Text: 3863/4000

References: 36/No limits established



**Abstract**

**Purpose:** On the assumption that the demographic structure of developing countries requires granting quality of life (QoL) for older people, the aim of this research was to investigate the conceptions of this construct, in pursuit of portraying a dynamic model of QoL for older Uruguayans. **Methods:** A qualitative study based on individual interviews drawing on some aspects of Grounded Theory methodology was conducted between 2017 and 2018 in several regions of Uruguay. Semi-structured interviews were performed with thirty older people aged between 63 and 91 years. Theoretical sampling was carried out using some strategies: snowball, constant comparison, and close and far-out comparisons. **Results:** A theory emerged with the core category: “living the best you can”, interpreted as the participants’ main concept of QoL. Interrelated themes emerged and were named as “contextual events”, “links with others”, “attitude toward life”, and “coping strategies”. When facing stressful events, participants cope with them through social support and internal locus of control, to enhance QoL and good ageing. **Conclusion:** Considering the cultural connotations of the QoL concept, as well as the complexity associated with its measurement, the empirical evidence developed from this study portrays a model of QoL from Uruguayan elders’ perceptions combining physical, psychological and social dimensions. With this new evidence, adaptation of items from Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL) measures could be done in order to use the actual adapted questionnaires. Furthermore, new measures can be generated in their cultural environment, supplementing the existing evidence of psychometric proprieties of instruments.

**Key words:** quality of life, ageing, qualitative research, Grounded Theory



## Introduction

The concept of old age has had different meanings and has changed over cultures and time. The ageing process shows characteristics common to all individuals but also others specific for each individual [1]. In 2050, it is expected that 15% of the world population will be 65 years of age or over [2]. Uruguay is in a post-transitional demographic phase, with an advanced ageing process. It passed through this demographic transition at least thirty years ahead of the rest of Latin America [3]. This situation must be addressed through public health policies, aiming at the maintenance of well-being, ensuring older people's human rights.

Older people's perspectives are often not included within the elaboration and/or validation of some scales used in QoL research [9]. Despite the shift of emphasis towards a positive view of old age, questionnaires in general reinforce a negative concentration on limitations of psychological functioning at the expense of the positive aspects involved in ageing [10]. When considering QoL models and scales, the perspective of individuals in their contextual environment should be considered [5], and special attention must be paid to their own views, once cultural differences between different populations may impact on their concepts of QoL [11].

Furthermore, differences in QoL as a concept might be observed with regards to ageing as people face different events of life during adulthood and older age. Although limitations to be expected during the latter might be considered severe for young people, QoL may be influenced by coping and adapting with limitations within a positive view of ageing, by the older [12]. Still, more evidence is needed on QoL as a construct, to corroborate with the discussion in the literature and the elaboration and adaptation of its measurement. Research on QoL needs to be contextualized within the environment in which people experience life [11].

The objective of this study is to understand the role of strategies used by older Uruguayans to enhance their QoL, and to provide with evidence to the development of a conceptual model of QoL adapted to them.



## **Method**

### ***Population and sample***

Uruguay is located in the southeast of South America. It has 19 departments and a total surface area of 186.926 km<sup>2</sup>. Older people make up almost 18% of the Uruguayan population, with a mean life expectancy of 76 years (72 for men and 79 for women), of which 12% are more than 84 years of age. In the region, Uruguay has the highest ratio of females to males in old age. Widowed people represent 32.65% of older people, 45.97% of who are women and 34.33% of who live alone. Almost 90% of older people describe their ethnicity as white, 3.41% as African descendants, and 3.54 % as descendants of indigenous people. Less than 4% of older people cannot read or write, and more than half have completed primary education [3,13].

### ***Study design***

This study was based on individual interviews conducted between 2017 and 2018, with older Uruguayans living in several regions of the country. Qualitative research drawing on some aspects of Grounded Theory was performed with searching to develop new theory from elder perspective.

Design stages were: firstly, informing the participants of the objectives of the research, reiterating the confidentiality of the process, and creating a comfortable atmosphere; secondly, starting the process using open-ended questions: "Tell me about yourself", "What do you do for a living?", followed by the predefined set of questions; and in third place, the research participant was asked to add whatever he or she would like. Focus was placed on their lives and their oral health.

A guide of questions elaborated from literature research orientated the interviews allowing the generation of open and axial coding, the selection of relevant codes and the construction of themes and categories. Strategies guiding the analysis and the selection criteria were: observation, discussion between researchers and constant comparative analysis, memos, interaction between researcher and subjects, preliminary diagrams and snowball and flip-flop techniques (Figure 1).

### *Data collection and analysis*

The initial selection strategy was orientated from sociodemographic information from the country [15,16] and took into consideration: ethnicity, social backgrounds, level of education, place of residence, family constitution, and experiences lived in the past. Questions related with these issues were asked using a form modified from Brondani (2010) (Figure 2) [12]. Further considerations for sampling emerged from the field research.

Participants were contacted through known people having no personal link with the researchers. Most of the participants did not know each other. When a family or friendship bond was found, notes were taken for analysis.

Once codes emerged, a preliminary synthesis and introductory diagrams were generated with the relationship between codes and categories until themes became evident. When categories emerged from field research, concepts were articulated with existing evidence [14]. With this information, data was synthesized and the final report produced [17]. The process involved examining and discarding existing theories and proposing new ones. In order to ensure bias control, a research (MS) conducted the analysis, as well as determined categories, themes and the emerging theory, which was audited by the second research (RDM, experienced in qualitative research) in all steps of the analysis [18]. The findings were discussed in exchange with all research team and literature references, based on empirical and theoretical arguments.

Theoretical sampling ceased with saturation around interview 25, because no new relevant information emerged from further interviews, considering the focus of the study [14].

Analyses were done using MAXQDA v. 2018 software (copyright © VERBI GmbH Berlin 1995-2017).

### ***Ethical concerns***

The process involved voluntary participation and confidentiality. The Ethics Committee of the Faculty of Dentistry of the Universidad de la República (UDELAR), Uruguay, approved the research protocol. At the first stage of the interview, a text describing free informed consent was read, explained and handed over to participants for signing indicating permission. Participants were allowed, if they wished, to stop the interview at any time.

## Results

Thirty semi-structured interviews, lasting about 60 minutes were held with 10 men and 20 women with an average age of 71 years of age (Table 1). One interview must be stopped because of the participant started to feel sad during the process. One subject signed with digital print because of being illiterate. Codification of interviews were number of interview, E#, gender of subject M=male and F= female, and age

Analyses resulted in a theory with a core category, namely “living the best you can”, and four related themes: “contextual events”, “coping strategies”, “links with others” and “attitude toward life” (Table 2). “*QoL is, apart from the illnesses one can have because of ageing, feeling prosperous, well. Not being fearful*” (E10A-F68). The themes and categories are presented below.

### **Contextual events**

Contextual events in older people may have a negative or positive impact on QoL. Whether external (death of a beloved companion) or internal (illness) situations, they are accepted experiences but are also stressful situations they have to deal with.

#### Loss of bonds of affection

For older people, the loss of affective bonds has a significant meaning, since it represents the proximity to death, and is the cause of loneliness and psychological problems. “*I’m at an age when they are going [death of friends]*” (E8-M68). This category is perceived as negative yet is taken by participants as a natural event of life.

#### Loneliness

For some participants, divorce, widowhood or being single was the cause of loneliness, which was associated with feelings of fear, and seen as a threat that limits participation in several activities such as going to parties or family reunions. “*I pray to God to attendant me, to be him the one who guide me, because I feel very lonely, without my family*” (E19-F87).

#### Physical and psychological changes in ageing

The process of ageing has consequences for the life styles of participants. Codes such as chronic diseases, physical limitations, retirement, and sedentary life were present. These can limit the ability of the elderly to move and do things, but it can also motivate them to look for help from others. “*Some days I*

*get up feeling really bad [...] now I can't clean, my daughter cleans everything"* (E26-F76).

### Social concerns

Social situations were expressed mostly with regard to violence and security, as well as politics or the economy. *"I'm affected by everything that's happening [...] I'm having a hard time adjusting [...] to domestic and social violence ..."* (E14-F68).

### **Adaptation strategies**

#### Adaptation to loneliness

When facing loneliness, older people can deal with the stressful situation by moving outward seeking the company of family and participating in social activities. *"Now I have a group of elderly people [...] we meet [...] have various activities, [...] I love it, is my life [...] this makes me feel good, because I spend so much time alone"* (E14-F68).

#### Resignation – acceptance of ageing

This category appears in participants who accept the process of ageing, giving up things they used to do when younger and changing their life styles, showing resignation or acceptance. *"I tried to assimilate old age to make it easier"* (E3-M73, married). *"Now I want to get to a new stage [...] I do yoga"* (E20-F67).

#### Adaptation to ageing

Participants perceived their active role in getting through the process of ageing, compared with the time when they were young. *"It depends on the person, on the capability you have to adapt to everything [...] the same as with your eyes [...] I had to wear multifocal lenses [...] I put them on and adapted"* (E8-M68).

#### Decision making

Responding to fear, finding solutions, deciding on treatments, and participating in health-promoting activities are codes in the decision-making category. *"It is the motivation of doing things that I think could be bad for me because of my age [...] I had all the medical tests [...] soon after my surgery my doctor said I could ride my bike, and I dared to do so"* (E14-F68).

### **Links with others**

Most participants emphasized the important role of family and "others" in their

QoL. “Links with others” appears as a positive theme, enhancing better ageing and QoL.

#### Recreational activities with others

Several codes emerge in this category: reading, family garden, gastronomy, meditation, yoga, walking, church, metaphysics, and handicraft. “Recreational activities” expresses actions with three common characteristics: they are performed with other people, giving the opportunity for dialog and exchange; they compensate loneliness by affording company; and they promote healthy habits by maintaining cognitive and physical activity, good nutrition and good values. “*It’s wonderful, we get together, we talk, have parties, birthdays [...], we go out [...] you have an entertaining time*” (E16-F68).

#### Family and social bonds

Codes that emerged in this category were: tranquility, security, protection, care and company, even in the face of death. Family bonds as well as friends and neighbors can enhance QoL either in psychological, social or physical dimensions. “*...I feel loved. I have my grandchildren who call me every day [...], I feel good, I have lovely neighbors, [...] to me, this is QoL, ... to me QoL is being accompanied*” (E7-F82).

#### Health support

“Links with others” can promote good health and better QoL. Family and friends as well as health providers can give health support. Family can be a health-promoting factor having a neutralizing effect on physical problems. “*... sometimes my children call me, I feel tired but I say no, come on, and then I go to see my grandchildren*” (E1-F65).

#### Meaning of life

“Links with others” was also expressed as the “meaning of life”, with *in vivo* codes. “*I’m a team*” (E13-F67); “*[my grandchildren] are my life*” (E7-F82); “*...It gives me so much pleasure to go out with my friends*” (E5-F65).

#### **Attitude towards life**

This theme reflects participants’ beliefs and perceptions about general aspects of life, including their own health.

#### General internal attitudes

Codes such as optimism, autonomy, feeling yourself, knowing your limits, self-

confidence, and finding solutions, were incorporated into this category. These reflect internal mechanisms that some participants believe they have to enhance QoL. “...I like to plan my life, not to leave it up to chance [...], if I want to reach 80, I have to do certain things and not do others” (E10-M68). Participants with “general internal attitudes” seem to be both critical and optimistic, since they analyze and accept contextual events (ageing) but look for solutions by planning their lives and/or seeking help.

#### Health-related internal attitudes

When thinking of control of their own health, beneficial attitudes were expressed by codes: try to find a solution, self-care, spirituality, diet, habits, self-analysis, and vitality. The *in vivo* code, “do your part” expresses the perspective about a personal role in health and illness. The “*doctor does his part, but you have to do your own*” (E18-M74).

#### **Core category “living the best you can”**

A core category appeared and was constituted by sub-categories, namely, physical activities, cognitive activities, economic wellbeing, and spiritual wellbeing. All of those sub-categories were linked to the themes described above.

#### Physical activities

Walking, swimming, exercise, mobility, and riding bicycles are codes found in this sub-category. Physical activities can be described as “strategies to cope with” the consequences of ageing. They are important for maintaining independence as well as for socializing. “*I walk 6 or 7 km three times a week, and at home I have a bike [...]. I don’t stop, I’m retired but I always keep active*” (E27-M72).

#### Cognitive activities

Cognitive activities were perceived as enabling good ageing and QoL. They were expressed as codes: activities they enjoy, keeping working, mental activity, teaching, socializing, painting, writing, studying, Internet, reading, politics, sharing, and enjoying. “...*I do a lot of mental activity [...]. I was very concerned with the knowledge of things that enhance QoL [...]. I read all about that*” (E10B-M68).

### Economic wellbeing

This is a sub-category associated with retirement as well as with the analysis of past achievements. Codes were expressed as limitations as well as opportunities for enhancing QoL in the ageing process: tranquility, autonomy, strength, limitations, and decisions. *“I think I did things well [...] and now what more can I ask of life than not having to pay the rent?”* (E13-F67).

### Spiritual wellbeing

Codes such as: simplicity of life, dignity, relaxation, liberty, self-esteem, balance between body and mind, avoiding sadness, being grateful, and feeling well were incorporated into this sub category.

It emerged in one participant speaking about yoga and goals of life *“It may be my age [...] now I want to find facets of myself I never knew [...] it took me a lot to reassure myself”* (E20-F67).

Living the best you can was interpreted as the way participants described their own life in a relatively positive way, with a critical analysis of the ageing process.

## **Discussion**

This qualitative research showed the Uruguayan elders perceptions in virtue of the emerged themes “contextual events”, “adaptation strategies”, “links with others” and “attitude toward life” connected by a core category “living the best you can”. By means of literature search, themes were interpreted and portrayed into a dynamic model of QoL (Figure 3) As far as we know, this is the first qualitative study, which combines strategies and process described by elderly to reach QoL in a cultural setting.

Possible limitations of this study are that no subject from very critical social context participated, and not all-geographic locations of the country were included. Nevertheless, the process of theoretical sampling allowed reaching diversity and saturation in all categories and themes. Furthermore, variability of subjects were taking into account [14,19].

Themes and a core category were consistent with the model of Selective Optimization with Compensation (SOC) described by Baltes and Baltes (1990) and Baltes and Carstensen (1996) [10,20] as well as with current models of life-span influences, since strategies proposed by participants and positive

beneficial behaviors were present [10,11].

“Contextual event” was related to the process of ageing and to other situations coming from the outside (violence, loss of a beloved). The recognition of contextual events was associated with Lazarus and Folkman (1984)’s definition of stress, in which the person taxes or exceeds their resources of wellbeing [21,22]. A cognitive appraisal indicates that a person perceives an event as stressful (having a physical problem, being lonely, or facing the loss of a beloved) and analyzes the possible consequences [21]. The person-environment system can be understood as a facet of QoL, since the environment affects the individual’s wellbeing, in addition to the individual affecting the environment [5]. Loneliness was found to be associated with fear and limitations related to cessation of participation in social activities. Loneliness and lack of connection to place have been found to be mediators of perceived QoL in older people, impairing their QoL [23]. Participants revealed strategies to handle those situations, living alone and feeling safe have been found to be associated with QoL in older people (the former decreases QoL and the latter increases it) [24,25].

Contextual events can affect QoL of older people, by changing the social circumstances that set the parameters of social participation [11]. The evaluation of “contextual events” as stressful and the “adaptation strategies” were interpreted as the process of coping described by Lazarus and Folkman [21,22]. This process requires an effort to handle specific demands initially appraised by participants as taxing. Then, a new cognitive appraisal is necessary to evaluate the adaptation strategies. Demands and context may affect the positive or negative outcome of coping strategies [22]. The way the older person handles loneliness is perceived as a secondary cognitive action that is needed for the coping process [21]. Retirement can be appraised differently according to the nature of the environment, as well as the nature of interactions with other people [11]. Taking care of children and grandchildren can be another adaptation strategy that improves QoL. Participants showed how they cope with stressful events in order to enhance their QoL. Coping efforts and adaptation can change over time, and can contribute to the dynamism of an individual’s evaluation of his or her QoL [4].

“Links with others” was interpreted as a social level of interaction, social



support, which is important for older people's perception of QoL [25,26]. Studies have shown the positive effect of social support on psychological adjustment [27]. Both the quality and density of social contact have shown a significant positive effect on older people's QoL [11]. Emotional and instrumental support received from family members was shown to be significantly associated with psychological wellbeing [28]. Sarason and Sarason (1985) introduced the concept of social support in the sphere of social science and stress and coping paradigms [26]. Social support acts in a reciprocal way, promoting QoL by stimulating continuation of activity in spite of physical problems. Social resources as well as family and friends have been associated with a positive perception of one's own health and life satisfaction [29]. However, the loss of affective bonds is a factor that can impair QoL in vulnerable people, promoting the feeling of loneliness and isolation. Social support from significant others gives socio-emotional aid, instrumental aid and informational aid [26]. In the presence of social bonds, participants showed they could look for benefit from others to compensate loneliness, thus coping with these stressful events. The feeling of connection to place has been shown to be associated with QoL, enhancing the link with neighbors and the feeling of being loved and cared for [23].

"Attitude toward life" was conceived of as a psychological level of interaction. It involves beliefs about the control of contextual events, and about how behavior affects QoL. The control exercised could be beneficial, "general, and health, internal attitudes", or not, "external focus attitudes". This theme was interpreted as locus of control, first described by Rotter (1954) as the degree to which an individual perceives reward to be coming from his or her own behavior or from outside forces, independent of his or her actions [30,31]. A multidimensional notion of the construct considers control by internality, powerful others and chance [32]. For older people, circumstances such as illness or ageing are stressful for reasons other than the loss of control they entail [33]. Greater internality has been associated with older people who wanted to live longer, did not accept the idea of death, and were actively seeking new goals in life [34]. Internality in participants allowed them to evaluate possible solutions to the problems associated with ageing, because they consider themselves responsible for their own behaviors. Internality can influence health behavior

and can be enhanced by education programs that promote an active role in maintaining one's own health [32].

The core category, "living the best you can", was interpreted as the ultimate goal of participants, blending the cognitive appraisal of a "contextual event", having beneficial "attitudes toward life", and being motivated to find solutions by linking with others, as a strategy to cope with the situation. Social support is behavior that helps the person to cope with difficulties arising from the environment [26] and the losses coming with old age. This is the way social support can mediate the process of coping and enhance QoL. In accordance with the SOC model of successful ageing [10, 20], participants expressed how they cope with physical problems of ageing through social support. For instance, when facing a physical limitation, the presence of others can motivate the older person to participate in collective networks and undertake light physical activities, because this optimizes other actions through enjoying talking with others and exercising cognitive functions.

Both social support and an internal locus of control were found to be mediators of the coping process [27,35,36]. Older people can cope with the loss of family support when they have high internality, which enables the feeling of good QoL. They can analyze the absence of relatives and understand the need for detachment, even if they recognize their own limitations, leading them to the feeling of peace and quiet and improving QoL. The role of internal and external beliefs in the coping process can change depending on the nature of the stressor [35]. Nevertheless, contextual events may not be important *per se*, compared with the degree of control exercised over them by an older person [9]. Strategies of the SOC model can be present when high internality is present in the elderly [10]. For some older people, social networks can be used to cope with the process of ageing. Emotional support can be psychologically beneficial by providing identity, positive self-evaluation and a sense of control [26]. By means of primary and secondary appraisal (coping), older people can enhance their internality (locus of control) and search for a solution in efforts to re-establish this emotional support (social support), which helps them to enhance good ageing (through SOC), improving their QoL.

In conclusion, considering the subjective and cultural connotations of the QoL concept, and the complexity associated with its measurement, the empirical

evidence developed from this qualitative study portrays a model of QoL from Uruguayan elders' perceptions combining physical, psychological and social dimensions. The next step will be adjusting this model to oral health situations so reflexes of OHRQoL can be ascertained. Consequently, adaptation of items from OHRQoL measures could be done in order to use the actual adapted questionnaires. Furthermore, new measures can be generated in their cultural environment, supplementing the existing evidence of psychometric proprieties of instruments.

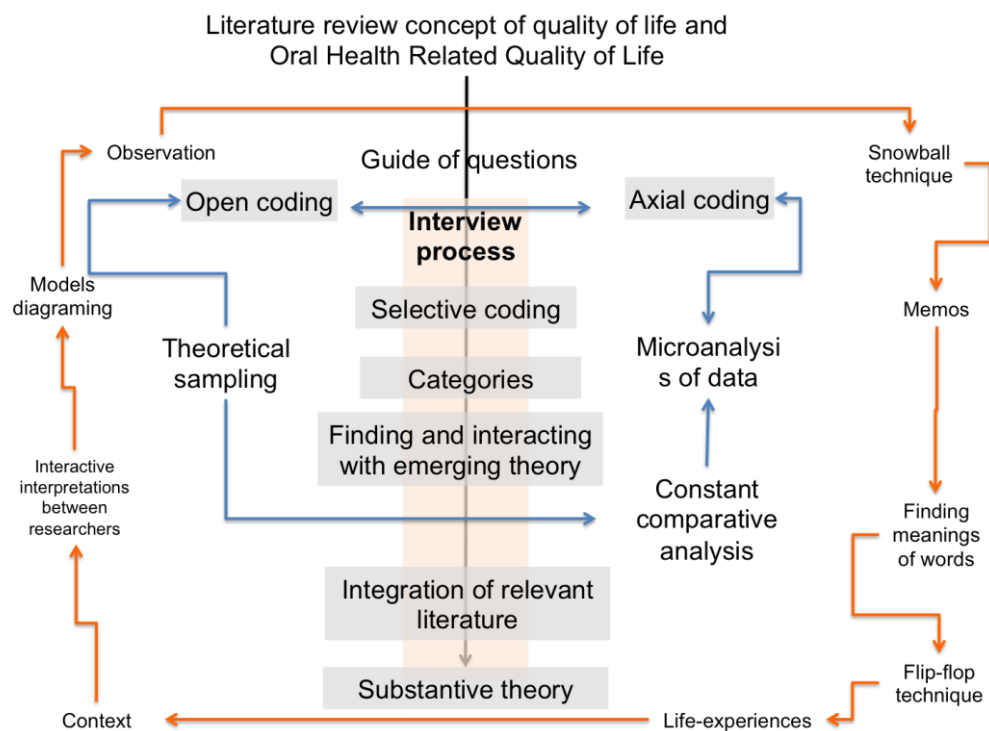


Figure 1: Research process based on Grounded Theory design.

Form auto perception - Modified from Brondani (2010)									
Cod. From interview									
1. Age			2. Sex						
3. Civil state									
Single		Married		Divorced		Widow		Free union	Other
4. Highest level of education reached (x)									
Elem. unfinished		Secondary school unfinished		Tech. unfinished		University unfinished			
Elem. finished		Secondary school finished		Tech. finished		University finished			
5. Ethnic ascendance (you think your ascendance is ....)									
6. Oral condition									
Only natural teeth		RPD***or CD/RPD							
Bridge*		CD in both maxilla							
CD** with RPD***		No teeth and no denture or extreme tooth loss and no denture							
7. Have you gone to the dentist in the last six month								Yes	No
8. In a scale between 0 and 10 where 0 is to bad and 10 is excellent, how would you describe your general health?									
9. In a scale between 0 and 10 where 0 is very bad and 10 is excellent, how would you describe your oral health?									
10. Do you take any medication, herb, etc.? Would you tell me why?									

Figure 2: Initial form for enhancing general profile of participants

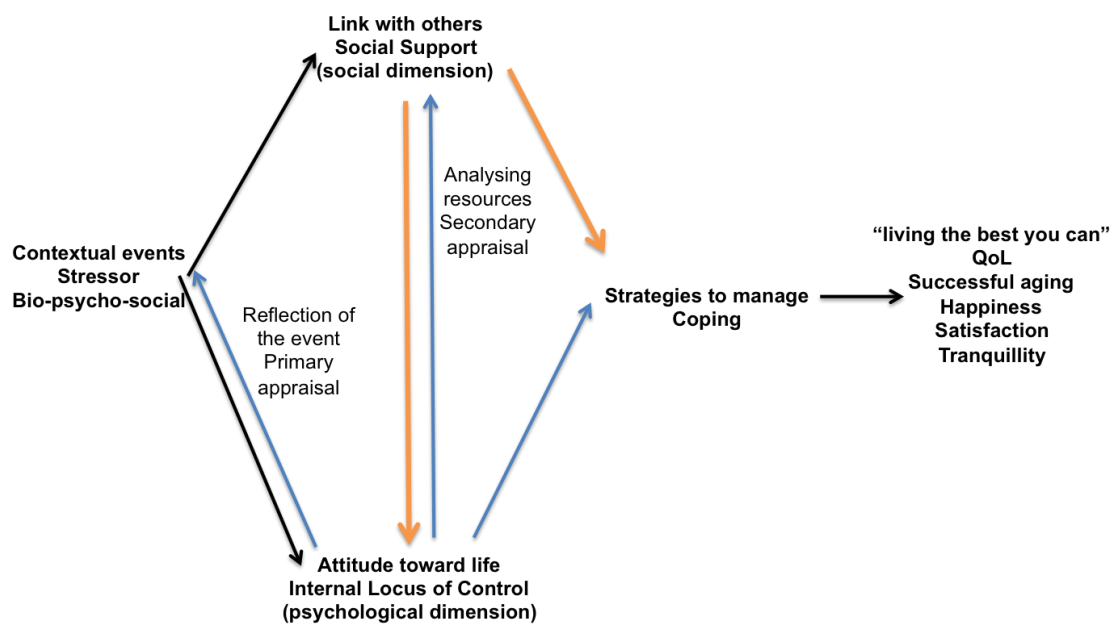


Figure 3: Dinamic model of QoL developed from Uruguayan elders perceptions

**Table 1: Characteristics of participants**

	City	Location	Sex	Age	Civil status	Activity	Link with family	Level Education	Home situation	General conditions	Duration (min.)
E1	Montevideo	College	F	65	Divorced	Retired	Yes	Elementary	Alone	Yes	51
E2	Montevideo	Home	F	64	Divorced	Work	No	Elementary	Alone	Yes	79
E3	Libertad	Bar	M	73	Married	Retired	Yes	Elementary	Partner	Yes	73
E4	Montevideo	Bar	M	76	Married	Retired	Yes	University	Partner	Yes	74
E5	Montevideo	Working place	F	65	Divorced	Work	Yes	University	Alone	No	62
E6	Montevideo	Faculty of Dentistry	F	68	Married	Work	Yes	University	Partner	Yes	75
E7	Montevideo	Home	F	82	Widow	Retired	Yes	Elementary	Daughter	Yes	54
E8	Montevideo/San José	Mother's home	M	68	Married	Retired	Yes	Secondary school	Family	No	40
E9	Montevideo/San José	Home	F	91	Widow	Retired	Yes	Secondary School	Alone	Yes	36
E10-A	Montevideo	Home	F	68	Married	Retired	Yes	Secondary School	Partner	Yes	54
E10-B	Montevideo	Home	M	68	Married	Retired	Yes	Secondary School	Partner	Yes	54
E11	Montevideo	Home	F	69	Divorce	Retired	Yes	Secondary School	Alone	Yes	46
E12	Montevideo	Bar	F	65	Divorce	Retired	Yes	Secondary School	Partner	Yes	50
E13	Montevideo	Home	F	67	Married	Work	Yes	Elementary	Yes		45
E14	Canelones	Home	F	68	Widow	Retired	Yes	Secondary School	Sola	Yes	51
E15	Canelones	Home	F	69	Widow	Retired	Yes	Secondary School	Sola	Yes	55

**Table 1: Characteristics of participants (cont.)**

	City	Location	Sex	Age	Civil status	Activity	Link with family	Level Education	Home situation	General conditions	Duration (min.)
E16	Canelones	Home	F	68	Widow	Retired	Yes	Elementary	Alone	Yes	51
E17	Paso de los Toros	Home	M	75	Divorce	Retired	Yes	Secondary School	Alone	Yes	49
E18	Paso de los Toros	Home	M	74	Married	Retired	Yes	Secondary School	Partner	No	57
E19	Tacuarembó	Homecare	F	87	Widow	Retired	Yes	Elementary	Other elders	Yes	47
E20	Tacuarembó	Home	F	67	Divorce	Retired	Yes	Elementary	Alone	Yes	57
E21	Rivera	Daughter home	F	80	Widow	Retired	Yes	Secondary School	Family	Yes	40
E22	Rivera	Neighbor home	M	63	Divorce	Retired	Yes	Elementary	Alone	Yes	40
E23	Rivera	Neighbor home	F	63	Widow	Retired	Yes	None	Alone	Yes	45
E24	Rivera	Home	M	73	Married	Retired	Yes	Elementary	Partner	Yes	45
E25	Rivera	Neighbor home	F	70	Married	Work	Yes	Elementary	Partner	Yes	40
E26	Rivera	Home	F	76	Married	Retired	Yes	Elementary	Partner	Yes	36
E27	Rivera	Neighbor home	M	72	Married	Retired	Yes	Elementary	Partner	Yes	53
E28	Rivera	Neighbor home	F	76	Widow	Retired	Yes	Elementary	Alone	Yes	54
E29	Rivera	Neighbor home	M	64	Married	Retired	Yes	Elementary	Family	No	59

**Table 2. Concepts included in domains of core category**

<b>Core category</b>	
<b>Themes</b>	<b>Categories</b>
Living the best you can	Physical activities Cognitive activities Economic wellbeing Spiritual wellbeing
Contextual events	Loss of bonds of affection Loneliness Physical and psychological changes in ageing Social concerns
Adaptation strategies	Adaptation to loneliness Resignation – acceptance of ageing Adaptation to ageing Decision making
Links with others	Recreational activities with others Family and social bonds Health support Meaning of life
Attitude towards life	General internal attitudes Health-related internal attitudes



## References

1. Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Cepal - Eclac* (Vol. 21). doi:ISSN: 1680-8991
2. Huenchuan, S. (2013). *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad*. Naciones Unidas/CEPAL. Retrieved from:  
[http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2617/LCG2553P\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2617/LCG2553P_es.pdf?sequence=1)
3. Brunet, N., & Márquez, C. (2016). Envejecimiento y personas mayores en Uruguay. In *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay* (1a., p. 78). Montevideo: Trilce.
4. Allison, P., Locker, D., & Feine, J. S. (1997). Quality of life: A dynamic construct. *Social Science and Medicine*. doi:10.1016/S0277-9536(96)00339-5
5. LAWTON, M. P. (1991). A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders. In *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly* (pp. 3–27). ACADEMIC PRESS, INC. doi:10.1016/B978-0-12-101275-5.50005-3
6. Molzahn, A., Skevington, S. M., Kalfoss, M., & Makaroff, K. S. (2010). The importance of facets of quality of life to older adults: An international investigation. *Quality of Life Research*, 19(2), 293–298. doi:10.1007/s11136-009-9579-7
7. Kuyken, W., & WHOQOL. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403–1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-K
8. Whoqol Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, 46(12). doi: 10.1016/S0277-9536(98)00009-4
9. Mollenkopf, H., & Walker, A. (2007). *Quality of life in old age. International and multi-disciplinary perspectives*. (H. Mollenkopf & A. Walker, Eds.). Springer Netherlands.
10. Baltes, P., & Baltes, M. M. (1990). *Successful Aging. Perspectives from the behavioral sciences*. (P. Baltes & M. M. Baltes, Eds.) (First.). New York:

- Cambridge University Press.
11. Walker, A. (2005). *Understanding Quality Of Life in Old Age*. (A. Walker, Ed.) (1st ed.). Berkshire England: Open University Press. doi:10.1002/ddrr.96
  12. Brondani, M. (2010). The voice of the elderly in accepting alternative perspectives on oral health. *Community Dent Health*, 20, 1–7. doi:10.1922/CDH
  13. Paredes, M., Ciarniello, M., Brunet, N. (2010). *Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: Una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano*. (C. Chiappara, Ed.) (1a.). Montevideo: Mastergraf S.R.L.
  14. Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of Qualitative Research* (4th ed.). Los Angeles: SAGE Publications Inc.
  15. Brunet, N., & Márquez, C. (2016). *Atlas Sociodemográfico*. (TRILCE, Ed.) (Primera ed.). Montevideo.
  16. Pellegrino, A. (2003). Caracterización Demográfica Del Uruguay. *Programa de Población Facultad de Ciencias Sociales Universidad de la República*, 1–37.
  17. Gomes VÍctora, C., Riva Knauth, D., & DeNazareth, A. H. M. (2000). *Pesquisa Qualitativa em Saúde* (1a. Edição.). Porto Alegre: Tomo Editorial.
  18. Babbie, E. (2011). *The Basic of Social Research* (1st.). London: Wadsworth. Cengage Learning.
  19. Strauss, A., & Corbin, J. (1994). Grounded Theory Methodology: an overview. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.) (Ed.), *Handbook of qualitative research*. (pp. 273–285). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
  20. Baltes, M., & Carstensen, L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and Society*, 16, 397–422. doi:10.1017/S0144686X00003603
  21. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York. New York: Springer Publishing Company. New York. doi:10.1037//0033-2909.116.2.340
  22. Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Flokman's Psychological Stress and Coping Theory. In C. L. Cooper & J. Campbell (Eds.), *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and*

- Practice* (pp. 351–364). Wiley-Blackwell.
23. Vitman Schorr, A., & Khalaila, R. (2018). Aging in place and quality of life among the elderly in Europe: A moderated mediation model. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 77(December 2017), 196–204. doi:10.1016/j.archger.2018.04.009
  24. Zhou, Z., Zhou, Z., Gao, J., Lai, S., & Chen, G. (2018). Urban-rural difference in the associations between living arrangements and the health-related quality of life ( HRQOL ) of the elderly in China — Evidence from Shaanxi province. *PLoS One.*, 13(9), 1–15.
  25. Banister, D., & Bowling, A. (2004). Quality of life for the elderly: the transport dimension. *Transport Policy*, 11, 105–115. doi:10.1016/S0967-070X(03)00052-0
  26. Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1985). *Social Support: Theory, Research and Applications*. (I. G. Sarason & B. R. Sarason, Eds.). Boston: Martinus Nijhoff Publishers. doi:10.1007/978-94-009-5115-0
  27. Solomon, Z., Mikulincer, M., & Avitzur, E. (1988). Coping, Locus of Control, Social Support, and Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: A Prospective Study. *Journal of Personality & Social Psychology*, 55(2), 279–285.
  28. Thanakwang, K. (2015). Family support, anticipated support, negative interaction, and psychological well-being of older parents in Thailand. *Psychogeriatrics*, 15(3), 171–178. doi:10.1111/psyg.12107
  29. Dumitrache, C. G., Rubio, L., & Cerdón-Pozo, E. (2018). Successful aging in Spanish older adults: the role of psychosocial resources. *International psychogeriatrics*, 1–11. doi:10.1017/S1041610218000388
  30. Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. *Journal of Counseling Psychology*. doi:10.1037/10788-000
  31. Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs*, 80(1), 1–28. doi:10.1037/h0092976
  32. Lefcourt, H. M. (1981). *Research with the locus of control construct. Volume 1: assessment methods* (1st ed.). London: ACADEMIC PRESS, INC.
  33. Skinner, E. A. (1996). Personality processes and individual differences: A guide to constructs of control. *Journal of Personality & Social Psychology*,

- 71(3), 549–570. doi:10.1037//0022-3514.71.3.549
34. Cicirelli, V. G. (2011). Elders' attitudes toward extending the healthy life span. *Journal of Aging Studies*, 25(2), 84–93. doi:10.1016/j.jaging.2010.08.011
  35. Sandler, I. N., & Lakey, B. (1982). Locus of control as a stress moderator: The role of control perceptions and social support. *American Journal of Community Psychology*, 10(1), 65–80. doi:10.1007/BF00903305
  36. Lefcourt, H. M., Martin, R. A., & Saleh, W. E. (1984). Locus of control and social support: Interactive moderators of stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(2), 378–389. doi:10.1037/0022-3514.47.2.378



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese abordou um conjunto de questões associadas à avaliação da OHRQoL que vinculam-se: 1) à concepção da QoL, 2) à complexidade para avaliar uma variável latente, 3) à limitada evidência, sistemática, sobre os mecanismos de validação psicométrica utilizados com os instrumentos de medição e, 4) ao modo em que concebe-se a participação dos sujeitos no processo de adaptação cultural, máxime quando a pesquisa centra-se em um grupo específico da população. Neste sentido foi necessário realizar duas metodologias, uma quantitativa para a RS e outra qualitativa para a geração do modelo de QoL adaptado culturalmente para idosos uruguaios. (Os Apêndices J e K apresentam as tabelas com os resultados dos estudos)

Existe consenso na literatura em que a QoL é um construto subjetivo, multicausal e dinâmico (ALLISON; LOCKER; FEINE, 1997; BOWLING, 2005; LAWTON, 1991; WHOQOL GROUP, 1998). Estas qualidades fazem difícil a medição do construto e determinam a geração de procedimentos de validação dos questionários que exigem um elevado nível de precisão.

O primeiro estudo realizado apresentou os resultados de uma RS da literatura a respeito da validação dos instrumentos de medição da OHRQoL. Foram descritos os métodos da FA, assim como outros métodos de validação. Até onde sabemos, este estudo é o primeiro que, sistematicamente, procura e descreve os métodos de avaliação psicométrica realizados nos instrumentos de medição da OHRQoL.

A FA, tanto a EFA quanto a CFA, constitui o método mais confiável para a avaliação psicométrica, visto que: 1) apresenta a dimensionalidade de um questionário, 2) permite verificar a relação entre as variáveis observáveis e a variável latente e, 3) comprova a correlação entre o modelo proposto e o instrumento de medição. Consequentemente, a maneira de garantir a validade de um questionário de OHRQoL assenta-se na possibilidade de demonstrar a sua estrutura fatorial (BYRNE, 2013; FAYERS et al., 1997). Por esse motivo, é possível considerar a FA, especialmente a CFA, como um padrão-ouro na **validação psicométrica** de instrumentos de medição de variáveis latentes.

Apesar de que este procedimento é aplicado há muito tempo na área da Psicometria (BYRNE, 2013), comprovou-se, na RS, que a FA começou a ser

utilizada em estudos de validação da OHRQoL várias décadas depois. Concebe-se que esta situação pode ser explicada pela relativa complexidade da CFA e, possivelmente, pelo crescente conhecimento na área da Odontologia e o acesso a hard e software estatísticos.

A incorporação de noções psicossociais na esfera da saúde bucal, assim como a origem disciplinar da FA, podem ser outras causas relacionadas com o atraso na incorporação deste procedimento na validação da OHRQoL.

Nesse ponto de vista, o OIDP tem 8 enunciados que sustentam-se no último nível de impacto do modelo de Locker e, portanto, associam-se com três dimensões (SLADE, 1997a). Apesar das variações encontradas na RS do OIDP, um artigo apresentou a análise CFA e confirmou a presença de um único fator (PILOTTO et al., 2016). Considerando que é um instrumento de fácil administração, a análise da sua estrutura constitui um elemento-chave para obter conclusões acertadas. Portanto, é necessário conceber mais estudos da CFA com o OIDP que permitam elaborar uma meta-análise e acrescentar o nível de evidência científica. Uma situação similar poderia acontecer com o OHIP, pois foram localizados estudos nos que o instrumento não respondeu ao modelo dos sete fatores, proposto por Locker (BAKER; GIBSON; LOCKER, 2008; MONTERO et al., 2010). No estudo de Baker, Gibson & Locker procuraram-se idosos, subministraram-se o OHIP-49 e foram desenvolvidas EFA, CFE modelado de equações estruturais (BAKER; GIBSON; LOCKER, 2008). Porém, no trabalho de Montero et al. (2010) exploraram-se adultos espanhóis, os instrumentos ministrados foram OHIP-14 e OIDP e realizou-se uma CFA. Os autores encontraram três fatores para ambos instrumentos

Salienta-se o valor da CFA na comprovação de uma hipótese preestabelecida, ou seja a confirmação de que uma escala tem tantos fatores quantas dimensões tem o modelo de referência (BAKER; GIBSON; LOCKER, 2008; FAYERS et al., 1997). Assim, os instrumentos da OHRQoL foram desenvolvidos seguindo os modelos de saúde, por exemplo, o OHIP baseia-se no modelo de Locker (SLADE, 1997a) Consequentemente, a CFA, realizada sobre os resultados da aplicação do OHIP em uma população, deveria exibir as sete dimensões para demonstrar a sua validade. Assim, os pesquisadores enfrentam o desafio no momento em que um instrumento apresente uma estrutura fatorial não correspondente com o modelo no qual está -em teoria-

suportado.

Os resultados da RS apresentaram que em relação ao OHIP-49, apenas cinco artigos (de 44 artigos) realizaram a CFA, ao passo que no OHIP-14, apresentou-se um valor maior de estudos (n=81) com unicamente 8 procedimentos da CFA. Supõe-se que um instrumento, com um reduzido número de itens, tem uma maior aceitação pelos pesquisadores, pois facilita o procedimento de coleta e análise de dados. Apesar disso, a redução de um questionário requer a comprovação de que conserva-se a mesma estrutura fatorial. No próximo trabalho, o grupo da pesquisa realizará uma meta-análise com os resultados atingidos da CFA em OHIP.

Considerando que os questionários da OHRQoL foram desenvolvidos em países de fala inglesa é provável uma elevada produção de artigos de validação com adaptação cultural. Apesar disso, a RS visualizou um número relativamente reduzido de instrumentos que fizeram uma adaptação cultural (n=34) e a intervenção dos sujeitos limitou-se ao processo de validação de aspecto e conteúdo, ou seja, após a tradução e a avaliação do instrumento pelos especialistas. Este ponto introduz três questões significativas: 1) o acordo com que a subjetividade e a variabilidade do construto manifestam-se na cultura, 2) a necessidade de procurar roteiros para realizar adaptações culturais e, 3) estabelecer o papel dos sujeitos neste processo. Conceber a QoL com caráter subjetivo e dinâmico deve ver-se refletido nos procedimentos de validação dos instrumentos. O embasamento de que os modelos conceituais não vão mudar entre culturas sustenta uma noção estática da QoL e, portanto, da OHRQoL. Ainda mais, o conceito apresenta diferenças segundo a faixa etária, assim a visão da OHRQoL dos idosos pode discordar com a visão dos jovens. A validação de aspecto e conteúdo é primordial no processo de adaptação cultural e é um procedimento padrão na maioria dos estudos analisados. Porém, é necessário estabelecer os modelos conceituais sobre os que os sujeitos sustentam seu conceito da QoL.

No segundo artigo apresentou-se a concepção da QoL nas pessoas idosas do Uruguai, atingindo um modelo conceitual dinâmico e com tópicos positivos e negativos e explorando a percepção das pessoas em seu contexto de vida, fornecendo uma proximidade entre o pesquisador e o objeto -sujeito- de estudo.



O modelo exibiu os aspectos mais representativos expressados pelos idosos. Salientou-se uma visão positiva da velhice, mas também realista, visto que os sujeitos relataram as questões da sua etapa da vida desde uma perspectiva reflexiva (BOWLING, 2005).

A categoria central e os temas surgidos apresentaram uma associação com diferentes aspectos da literatura (BALTES; CARSTENSEN, 1996; LAZARUS; FOLKMAN, 1984; LEFCOURT, 1981; SARASON; SARASON, 1985), mas neste trabalho foi possível associá-los em um único modelo, através da categoria central “*living the best you can*” representada como o modo em que os idosos descrevem a sua QoL.

Os resultados deste estudo revelaram a importância que têm as características pessoais para a melhoria da QoL e da OHRQoL. Visualizar o papel dos centros de saúde, como motivadores da “internalidade” nos sujeitos, pode constituir uma ferramenta para a manutenção da saúde bucal e para promover na terceira idade o sentimento de conquistas pessoais, de forma que eles sintam que são responsáveis da sua saúde.

Além disso, foram descritas diversas situações relacionadas com o papel relevante exercido pelos “outros” na QoL na velhice: a família, os amigos e as organizações sociais. Neste sentido, o suporte social proveniente dos profissionais da saúde, surge como um fator determinante que promove a QoL na frente de situações estressantes (como a fratura da prótese).

O modelo aprofunda nesses aspectos porquanto apresenta os mecanismos desenvolvidos pelos sujeitos através do que é possível atingir uma apropriada QoL, associando as características pessoais com a procura de um suporte social como mecanismo que opera no processo de *coping*.

O trabalho constituiu uma aproximação ao processo de adaptação cultural e, em uma segunda etapa, realizar-se-á um procedimento de validação de aspecto e conteúdo dos itens dos questionários OHIP-49, pois é o instrumento que apresenta o maior número de CFA e tem ligação com a meta-análise proposta.

Neste segundo estudo qualitativo se pretenderá, a partir de grupos focais com sujeitos na terceira idade, iniciar o processo de debate de acordo com o modelo atingido no artigo desta tese. Assim, a análise poderá centrar-se: 1) nos aspectos contextuais positivos e negativos que afetam a saúde bucal, 2)

nos fatores pessoais e sociais que atuam como estratégias fornecidas para atingir a adaptação ao contexto e, 3) na inserção dos reflexos de uma melhor OHRQoL.

Finalmente, estabelece-se uma hipótese na qual poderia ser exposta à comprovação em próximos estudos. No contexto cultural, os idosos uruguaios podem desenvolver estratégias de adaptação nas que o suporte social e a internalidade estabelecem os mecanismos para uma ótima OHRQoL e, nos atuais instrumentos, esses aspectos poderiam não surgir. Para indagar esta hipótese em profundidade é necessário testar em idosos uruguaios o modelo de QoL gerado nesta pesquisa, confrontando com situações de saúde bucal e com os itens dos instrumentos da OHRQoL que apresentam melhores qualidades psicométricas.



## 8 REFERÊNCIAS

- ABDI, H; WILLIAMS, L. J. Principal component analysis. **John Wiley&Sons, Inc**, v. 2, p. 433–459, 2010.
- ABEGG, C. et al. Adapting and testing the oral impacts on daily performances among adults and elderly in Brazil. **Gerodontology**, v. 32, n. 1, p. 46–52, 2015.
- ADULYANON, S.; SHEIHAM, A. Oral Impacts on Daily Performance. In: SLADE, Gary D. (Ed.). **Measuring Oral Health and Quality of Life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997. p. 151–161.
- ALLEN, F.; LOCKER, D. A Modified Short Version of the Oral Health Impact Profile for Assessing Health-Related Quality of Life in Edentulous Adults. **The International Journal of Prosthodontics**, United States, v. 15, n. 5, p. 446–450, 2002.
- ALLISON, P. J.; LOCKER, D.; FEINE, J. S. Quality of life: a dynamic construct. **Soc. Sci. Med.**, v. 45, n. 2, p. 221–230, 1997.
- ANDRÁŠKO, I. **Quality of Life : An Introduction to the Concept**. muniPRESS, 2013.
- ARANIBAR, P. **Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina**. [s.l: s.n.]. v. 21 Disponível em: <<http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/0/9260/P9260.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl>>
- ARMSTRONG, D. et al. Health-related quality of life and the transformation of symptoms. **Sociology of Health and Illness**, v. 29, n. 4, p. 570–583, 2007.
- ATCHISON, K. A.; DOLAN, T. A. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. **Journal of Dental Education**, United States, v. 54, n. 11, p. 680–687, 1990.
- ATCHISON, K. A. The General Oral Health Assesment Index. In: SLADE, Gary D. (Ed.). **Measuring Oral Health and Quality of Life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997. p. 71–80.
- BABBIE, E. **The Basic of Social Research**. 1st. ed. London: Wadsworth.

Cengage Learning, 2011.

BAE, K. et al. Validation of the Korean version of the oral health impact profile among the Korean elderly. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Denmark, v. 35, n. 1, p. 73–79, 2007.

BAIJU, R et al. Oral health and quality of life: Current concepts. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 11, n. 6, p. ZE21-ZE26, 2017.

BAKER, S. R.; GIBSON, B.; LOCKER, D. Is the oral health impact profile measuring up? Investigating the scale's construct validity using structural equation modelling. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 36, n. 6, p. 532–541, 2008.

BALTES, M.; CARSTENSEN, L. The process of successful ageing. **Ageing and Society**, v. 16, p. 397–422, 1996.

BALTES, P.; BALTES, M. **Successful Aging. Perspectives from the behavioral sciences**. First ed. New York: Cambridge University Press, 1990.

BANISTER, D; BOWLING, A. Quality of life for the elderly: the transport dimension. **Transport Policy**, v. 11, p. 105–115, 2004.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, 2000.

BENGSTON, V. L. **Adulthood and aging. Research on Continuities and Discontinuities**. New York: Springer Publishing Company. New York, 1996.

BERRY, J. W. et al. **Cross-Cultural Psychology. Research and Applications**. 2nd. ed.: Cambridge University Press, 2002.

BLUMER, H. **Symbolic Interactionism. Perspective and Method** London University of California Press, 1986.

BOWLING, A. Current state of the art in quality of life measurement. In: CARR, A. J.; HIGGINSON, I. J.; ROBINSON, P. G. (Eds.). **Quality of life**. 1st. ed. [s.l.] : BMJ Publishing Group, 2003.

BOWLING, A; EBRAHIM, S. **Handbook of Health research methods: Investigation, measurement and analysis**. 1st. ed. Berkshire England. 2005

BOWLING, A. **Ageing Well. Quality of Life in Old Age**. 1st. ed. Berkshire

England: Open University Press, 2005.

BRISLIN, R. W. Back-translation for cross-cultural research. **Journal of Cross-Cultural Psychology**, v. 1, n. 3, p. 185–216, 1970.

BRONDANI, M. The voice of the elderly in accepting alternative perspectives on oral health. **Community Dent Health**, v. 20, p. 1–7, 2010.

BRONDANI, M. A.; MACENTEE, Michael I. Thirty years of portraying oral health through models: What have we accomplished in oral health-related quality of life research? **Quality of Life Research**, v. 23, n. 4, p. 1087–1096, 2014.

BRUNET, N.; MÁRQUEZ, C. Envejecimiento y personas mayores en Uruguay. In: **Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay**. 1a. ed. Montevideo: Trilce, 2016. p. 78.

BYRNE, B. M. **Structural Equation Modeling with Mplus**. New York: Routledge, 2013.

CAMPOS, Juliana Alvares Duarte Bonini et al . Validation of a measuring instrument for the perception of oral health in women. **Braz. oral res.**, São Paulo , v. 28, n. 1, p. 1-7, 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-83242014000100244&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242014000100244&lng=en&nrm=iso)>.accession 27 Mar. 2019. Epub Aug 18, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2014.vol28.0033>.

CARR, Alison J.; HIGGINSON, Irene J.; ROBINSON, Peter G. **Quality of Life**. 1st. ed. London: BMJ Publishing Group, 2003.

CASTREJÓN-PÉREZ, R. C. et al. Validation of an instrument for measuring the effects of Oral Health on the quality of life of older adults in Mexico. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, United States, v. 27, n. 5, p. 321–329, 2010.

CHÁVEZ-REÁTEGUI, B.; MANRIQUE-CHÁVEZ, J. E.; MANRIQUE-GUZMÁN, J. A. Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura. **Rev. Estomatol. Herediana**, v. 24, n. 3, p. 199–207, 2014.

COHEN, Sh; UNDERWOOD, L. G.; GOTTLIEB, B. H. **Social support measutement and intervention. a guide for health and social scientist**. New

York: Oxford University Press, 2000.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of Qualitative Research**. 4th. ed. Los Angeles: SAGE Publications Inc., 2015.

COULTER, I. D.; MARCUS, M.; ATCHISON, K. A. Measuring Oral Health Status : Theoretical and Methodological Challenges. **Soc. Sci. Med.**, v. 38, n. 11, p. 1531–41, 1994.

CPU. **Datos estadísticos 2017. Caja de Profesionales del Uruguay**. Montevideo.

CPU. **Memoria completa e ilustrativa. Ejercicio 2017**. Montevideo.

CRESWELL, J. W. **Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches**. 4th. ed. London: SAGE Publications Inc., 2014.

DEL PAPOLO, F. **Población y Desarrollo**. Naciones Unidas CEPAL, 2004.

DUMITRACHE, Cristina G.; RUBIO, Laura; CORDÓN-POZO, Eulogio. Successful aging in Spanish older adults: the role of psychosocial resources. **International psychogeriatrics**, p. 1–11, 2018.

EARP, Jo. A.; ENNETT, S. T. Conceptual models for health education research and practice. **Health Education Quarterly**, v. 6, n. 2, p. 163–171, 1991.

FARQUHAR, M. Elderly people´s definitions of quality of life. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, n. 10, p. 1439–1446, 1995. a.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life : a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**, v. 22, p. 502–508, 1995. b.

FAYERS, P. M. et al. Factor analysis , causal indicators and quality of life. **Quality of Life Research**, v. 6, p. 139–150, 1997.

FLICK, U. **An introduction to qualitative research**. 4th. ed. London: SAGE Publications Inc., 2009.

GRAD, F. P. The Preamble of the Constitution of the World Health Organization. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 80, n. 12, p. 981–984, 2002.

GREEN, J.; THOROGOOD, Nicki. **Qualitative Methods for Health Research**. 1st. ed. London: SAGE Publications Inc., 2004.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. In: J., Denman C. y Haro (Ed.). **Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social**. [s.l: s.n.]. p. 113–45.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C. Cross-cultural adaptation of Health Related Quality of Life measures. Literature review and proposer guidelines. **Clinical Epidemiology**, v. 46, n. 12, p. 1417–1432, 1993.

HASSEL, A. J. et al. A German version of the GOHAI. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 36, n. 1, p. 34–42, 2008.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. “Equivalence” and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. **Quality of Life Research**, v. 6, n. 0962–9343 (Print), p. 237–247, 1997.

HUENCHUAN, S.. **Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad**. [s.l.] : Naciones Unidas CEPAL, 2013. Disponible en: <[http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2617/LCG2553P\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2617/LCG2553P_es.pdf?sequence=1)>

JOHN, M. T. et al. Dimensions of oral-health-related quality of life. **Journal of dental research**, United States, v. 83, n. 12, p. 956–960, 2004.

JOHN, M. T. et al. Factor analyses of the Oral Health Impact Profile - Overview and studied population. **Journal of Prosthodontic Research**, v. 58, n. 1, p. 26–34, 2014.

JOHN, M. T.; PATRICK, D. L.; SLADE, G. D. The German version of the Oral Health Impact Profile--translation and psychometric properties. **European journal of oral sciences**, England, v. 110, n. 6, p. 425–433, 2002.

KAPLAN, G.; BARON-EPEL, O. What lies behind the subjective evaluation of health status? **Social Science and Medicine**, v. 56, p. 1669–1676, 2003.

KIYAK, H. A. Successful aging: Implications for oral health. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 60, n. 4, p. 276–281, 2000.

KOSTKA, T.; JACHIMOWICZ, V. Relationship of quality of life to dispositional optimism , health locus of control and self-efficacy in older subjects living in different environments. **Quality of Life Research**, v. 19, n. 3, p. 351-361,2010.



- LAGUZZI, P. N. et al. Tooth loss and associated factors in elders: Results from a national survey in Uruguay. **Journal of Public Health Dentistry**, n. 10, p. 143–151, 2015.
- LARSSON, P. et al. Reliability and validity of a Swedish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-S). **Acta odontologica Scandinavica**, England, v. 62, n. 3, p. 147–152, 2004.
- LAWTON, M. P. A Multidimensional view of quality of life in frail elders. In: BIRREN, James E. et al. (Eds.). **The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly**. New York: ACADEMIC PRESS, INC., 1991. a. p. 3–27.
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, Appraisal, and Coping**. New York: Springer Publishing Company. New York, 1984.
- LAZARUS, Richard S. Coping Theory and Research : Past , Present , and Future. **Sycho-somatic Medicine**, v. 55, p. 234–247, 1993.
- LEFCOURT, H. M. **Research with the locus of control construct. Volume 1: assessment methods**. 1st. ed. London: ACADEMIC PRESS, INC., 1981.
- LEFCOURT, HM; MARTIN, RA; SALEH, WE. Locus of control and social support. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 47, n. 2, p. 378–389, 1984.
- LEÑÓN, S. et al. Validation of the Spanish version of the oral health impact profile to assess an association between quality of life and oral health of elderly Chileans. **Gerodontology**, Department of Oral Rehabilitation, University of Talca, Talca, Chile, England, v. 33, n. 1, p. 97–105, 2016.
- LEVENSON, H. Multidimensional Locus of Control in Psychiatric Patients. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 41, n. 3, p. 397–404, 1973.
- LOCKER, D. **An introduction to Behavioural Science & Dentistry**. 1st. ed. London: Tavistock/Routledge, 1989.
- LOCKER, D.; CLARKE, M.; PAYNE, B. Self-perceived Oral Health Status , Psychological Well-being , and Life Satisfaction in an Older Adult Population. **J Dent Res**, v. 79, n. 4, p. 970–975, 2000.
- LOCKER, D. Concept of Oral Health and Quality of Life. In: SLADE, Gary D. (Ed.). **Measuring Oral Health and Quality of Life**.: Chapel Hill: University of

North Carolina, Dental Ecology, 1997. p. 12–19.

LOCKER, D.; ALLEN, Fi. What do measures of “oral health-related quality of life” measure? **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 35, n. 6, p. 401–411, 2007.

LOCKER, D; WEXLER E.; JOKOVIC, A. What do older adults’ global self-ratings of oral health measure? **Journal of public health dentistry**, United States, v. 65, n. 3, p. 146–152, 2005.

LORENZO-ERRO, S. **Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos 2011**.Montevideo, 2018.

LORENZO, S. et al. Periodontal conditions and associated factors among adults and the elderly: findings from the first National Oral Health Survey in Uruguay. **Cadernos de Saúde Pública**, 2015.

MACENTEE, M. I.; HOLE, R.; STOLAR, E. The significance of mouth in old age. **Social Science and Medicine**, v. 45, n. 9, p. 1449–58, 1997.

MARTIN, P. et al. Defining successful aging: A tangible or elusive concept? **Gerontological**, v. 55, n. 1, 2015.

MIDES. **Programa Plan Juntos** Observatorio Social del Ministerio de Desarrollo Social. Montevideo. 2014

MONTERO-MARTÍN, J. et al. Validarion the Oral Health Impact Profile (OHIP-14SP) for adults in Spain. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 1, n. 14, p. 44–50, 2009.

MONTERO, J.; BRAVO, M.; ALBALADEJO, A. Validation of two complementary oral-health related quality of life indicators (OIDP and OSS 0-10 ) in two qualitatively distinct samples of the Spanish population. **Health and quality of life outcomes**, England, v. 6, p. 101, 2008.

MONTERO, J. et al. Dimensional structure of the oral health-related quality of life in healthy Spanish workers. **Health and quality of life outcomes**, England, v. 8, p. 24, 2010.

MONTERO, J. et al. Validation of the oral health impact profile (OHIP-20sp) for Spanish edentulous patients. **Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal**,

Spain, v. 17, n. 3, p. e469-76, 2012.

MSP. **Sistema Nacional Integrado de Salud. Anexo II. Catálogo de prestaciones** Montevideo Ministerio de Salud Pública - Uruguay, , 2008.

OLMOS, P. et al. Caries dental. La enfermedad oral más prevalente. Primer Estudio poblacional en jóvenes y adultos uruguayos del interior del país. **Odontoestomatología**, v. 15, p. 26–34, 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe mundial sobre el Envejecimiento y la Salud**. EUA.

PELLEGRINO, A. **Caracterización demográfica del Uruguay**. Programa de Población Facultad de Ciencias Sociales Universidad de la República. 2003.

PELLEGRINO, Adela. Uruguay: cien años de transición demográfica. **Migración y Desarrollo**, v. 11, n. 20, p. 186–207, 2013.

PERES, M. A. et al. Tooth loss in Brazil: Analysis of the 2010 Brazilian oral health survey. **Revista de Saude Publica**, [s. l.], v. 47, n. SUPPL.3, p. 78–89, 2014.

PILOTTO, L. M. et al. Factor analysis of two versions of the Oral Impacts on Daily Performance scale. **European Journal of Oral Sciences**, v. 124, n. 3, p. 272–278, 2016.

PUROHIT, B. M. et al. Assessment and validation of the oral impact on daily performance (OIDP) instrument among adults in Karnataka, South India. **Community dental health**, England, v. 29, n. 3, p. 203–208, 2012.

RITZER, G. **Teoría sociológica contemporánea**. 3rd. ed. Buenos Aires: McGraw-Hill Education, 1993.

RIVA, F.; SEOANE, M.; CELESTE, RK. **Evidence of validation and psychometric properties of oral health related quality of life measures: a systematic review with meta-analysis**. PROSPERO. [s.l: s.n.].

ROBINSON, P. G.; CARR, A. J.; HIGGINSON, I. J. How to choose a quality of life measure. In: CARR, Alison J.; HIGGINSON, Irene J.; ROBINSON, Peter G. (Eds.). **Quality of life**. 1st. ed. London: BMJ Publishing Group, 2003. p. 88–100.

SANCHEZ-GARCIA, S. et al. Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and dental status of an elderly Mexican population.

- Journal of Public Health Dentistry**, United States, v. 70, n. 4, p. 300-307, 2010.
- SANDLER, I. N.; LAKEY, B. Locus of control as a stress moderator: the role of control perceptions and social support. **American journal of community psychology**, v. 10, n. 1, p. 65–80, 1982.
- SARASON, I. G.; SARASON, Barbara R. **Social Support: Theory, Research and Applications**. Boston: Martinus Nijhoff Publishers, 1985.
- SINGH, J. A. Quality of Life. In: NAOMI SCHLESINGER, Peter E. Lipsky (Ed.). **Gout**.: Elsevier Inc., 2019. p. 119–139.
- SLADE, G. D.; SANDERS, A. E. The paradox of better subjective oral health in older age. **Journal of Dental Research**, v. 90, n. 11, p. 1279–1285, 2011.
- SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Community Dent Health**, v. 11, p. 3–11, 1994.
- SLADE, G. D. **Measuring Oral Health and Quality of Life**.: Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997. a.
- SLADE, Gary D. The Oral Health Impact Profile. In: SLADE, Gary D. (Ed.). **Measuring Oral Health and Quality of Life**. : Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997. b. p. 93–104.
- SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dentistry & Oral Epidemiology**, v. 25, n. 4, p. 284–290, 1997.c.
- SOUZA, R. F. et al. Reliability and validation of a Brazilian version of the Oral Health Impact Profile for assessing edentulous subjects. **Journal of oral rehabilitation**, England, v. 34, n. 11, p. 821–826, 2007.
- STRAUSS, A.; CORBIN, J. Grounded theory methodology: an overview. In: N. K. DENZIN N. K.; LINCOLN Y. S. (EDS.) (Ed.). **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc., 1994. p. 273–285.
- STREINER, D. L.; NORMAN, G. R.; CAIRNEY, J. **Health measurement scales. A practical guide to their development and use**. 5th. ed. [s.l.] : Oxford University Press, 2015.
- STROBL, R. et al. Relevance of community structures and neighbourhood characteristics for participation of older adults: a qualitative study. **Quality of Life**

**Research**, v. 25, n. 1, p. 143–152, 2016.

TERWEE, C. B. et al. Development of a methodological PubMed search filter for finding studies on measurement properties of measurement instruments. **Quality of Life Research**, v. 18, n. 8, p. 1115–1123, 2009.

TERWEE, C. B. et al. Rating the methodological quality in systematic reviews of studies on measurement properties: a scoring system for the COSMIN checklist. **Quality of Life Research**, v. 21, n. 4, p. 651–7, 2012.

THANAKWANG, K. Family support, anticipated support, negative interaction, and psychological well-being of older parents in Thailand. **Psychogeriatrics**, v. 15, n. 3, p. 171–178, 2015.

THE WHOQOL GROUP. THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT ( WHOQOL ): POSITION PAPER FROM THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, n. 10, p. 1403–1409, 1995.

VELARDE-JURADO, E.; AVILA-FIGUEROA, C. Evaluación de la calidad de vida. Methods for quality of life assessment. **Salud Pública de México**, v. 44, n. 4, p. 349–361, 2002.

WALKER, A. **Understanding Quality Of Life in Old Age**. 1st. ed. Berkshire England: Open University Press, 2005.

WALLSTON, K. A.; WALLSTON, Barbara Strudler. HEALTH LOCUS OF CONTROL SCALES. In: **Research with the locus of control construct. Volume 1: assessment methods**. New York. p. 189–243.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social science & medicine**, v. 46, n. 12, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps**. Geneva: World Health Organization, 1980.

YAMAZAKI, M. et al. Japanese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-J). **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 34, p. 159–168, 2007.

## 9 APÊNDICES

### *APÊNDICE A - Estratégia de pesquisa em PubMed*

((aged[All fields] OR Age[Text word] OR adult[Mesh Terms] OR "Middle aged"[MeSH Terms] OR "of age"[Text word]) NOT (adolescenc\*[All fields] OR child\*[All fields] OR "child, preschool"[MeSH Terms] OR infant\*[All fields] OR gestation[All fields] OR neonatal[All fields])) AND ("oral health related quality of life"[tiab] OR "ohip\*"[tiab] OR "oral health impact profile"[tiab] OR "oidp\*"[tiab] OR "oral impact on daily performance"[tiab] OR "oral impact on daily performances"[tiab] OR "oral impacts on daily performance index"[tiab] OR "oral impacts on daily performances"[tiab] OR "gohai\*"[tiab] OR "general oral health assessment index"[tiab] OR "geriatric oral health assessment"[tiab] OR "didl"[tiab] OR "dental impact on daily living"[tiab] OR "sidd"[tiab] OR "ohqoluk"[tiab] OR "dip"[tiab] OR "pohw"[tiab] OR "oqlq"[tiab] OR "miq"[tiab] OR "fis"[tiab] OR "family impact scale"[tiab] OR "qolip 10"[tiab] OR cosmin[tiab] OR "quality of life with implant prostheses qolip 10"[tiab]) AND (((instrumentation[sh] OR methods[sh] OR Validation Studies[pt] OR Comparative Study[pt] OR "psychometrics"[MeSH] OR psychometr\*[tiab] OR clinimetr\*[tw] OR clinometr\*[tw] OR "outcome assessment (health care)"[MeSH] OR outcome assessment[tiab] OR outcome measure\*[tw] OR "observer variation"[MeSH] OR observer variation[tiab] OR "Health Status Indicators"[Mesh] OR "reproducibility of results"[MeSH] OR reproducib\*[tiab] OR "discriminant analysis"[MeSH] OR reliab\*[tiab] OR unreliab\*[tiab] OR valid\*[tiab] OR coefficient[tiab] OR homogeneity[tiab] OR homogeneous[tiab] OR "internal consistency"[tiab] OR (cronbach\*[tiab] AND (alpha[tiab] OR alphas[tiab]))) OR (item[tiab] AND (correlation\*[tiab] OR selection\*[tiab] OR reduction\*[tiab]))) OR agreement[tiab] OR precision[tiab] OR imprecision[tiab] OR "precise values"[tiab] OR test-retest[tiab] OR (test[tiab] AND retest[tiab]) OR (reliab\*[tiab] AND (test[tiab] OR retest[tiab]))) OR stability[tiab] OR interrater[tiab] OR inter-rater[tiab] OR intrarater[tiab] OR intra-rater[tiab] OR intertester[tiab] OR inter-tester[tiab] OR intratester[tiab] OR intra-tester[tiab] OR interobserver[tiab] OR inter-observer[tiab] OR intraobserver[tiab] OR intra-observer[tiab] OR intertechnician[tiab] OR inter-technician[tiab] OR intratechnician[tiab] OR intra-technician[tiab] OR interexaminer[tiab] OR inter-examiner[tiab] OR

intraexaminer[tiab] OR intra-examiner[tiab] OR interassay[tiab] OR inter-assay[tiab] OR intraassay[tiab] OR intra-assay[tiab] OR interindividual[tiab] OR inter-individual[tiab] OR intraindividual[tiab] OR intra-individual[tiab] OR interparticipant[tiab] OR inter-participant[tiab] OR intraparticipant[tiab] OR intra-participant[tiab] OR kappa[tiab] OR kappa's[tiab] OR kappas[tiab] OR repeatab\*[tiab] OR ((replicab\*[tiab] OR repeated[tiab]) AND (measure[tiab] OR measures[tiab] OR findings[tiab] OR result[tiab] OR results[tiab] OR test[tiab] OR tests[tiab])) OR generaliza\*[tiab] OR generalisa\*[tiab] OR concordance[tiab] OR (intraclass[tiab] AND correlation\*[tiab]) OR discriminative[tiab] OR "known group"[tiab] OR factor analysis[tiab] OR factor analyses[tiab] OR dimension\*[tiab] OR subscale\*[tiab] OR (multitrait[tiab] AND scaling[tiab] AND (analysis[tiab] OR analyses[tiab])) OR item discriminant[tiab] OR inter scale correlation\*[tiab] OR error[tiab] OR errors[tiab] OR "individual variability"[tiab] OR (variability[tiab] AND (analysis[tiab] OR values[tiab])) OR (uncertainty[tiab] AND (measurement[tiab] OR measuring[tiab])) OR "standard error of measurement"[tiab] OR sensitiv\*[tiab] OR responsive\*[tiab] OR ((minimal[tiab] OR minimally[tiab] OR clinical[tiab] OR clinically[tiab]) AND (important[tiab] OR significant[tiab] OR detectable[tiab]) AND (change[tiab] OR difference[tiab])) OR (small\*[tiab] AND (real[tiab] OR detectable[tiab]) AND (change[tiab] OR difference[tiab])) OR meaningful change[tiab] OR "ceiling effect"[tiab] OR "floor effect"[tiab] OR "Item response model"[tiab] OR IRT[tiab] OR Rasch[tiab] OR "Differential item functioning"[tiab] OR DIF[tiab] OR "computer adaptive testing"[tiab] OR "item bank"[tiab] OR "cross-cultural equivalence"[tiab] OR cosmin[tiab] OR ("Oral Health"[MeSH Major Topic] AND "Psychometrics/instrumentation"[MeSH Major Topic] AND "Quality of Life"[MeSH Major Topic]))))

## *APÊNDICE B - Estratégia de pesquisa em Scopus*

( TITLE-ABS-KEY ( aged OR age OR adult OR "Middle aged" OR "of age" ) ) AND ( TITLE-ABS-KEY ( "oral health related quality of life" OR "ohip\*" OR "oral health impact profile" OR "oidp\*" OR "oral impact on daily performance" OR "oral impact on daily performances" OR "oral impacts on daily performance index" OR "oral impacts on daily performances" OR "gohai\*" OR "general oral health assessment index" OR "geriatric oral health assessment" OR "didl" OR "dental impact on daily living" OR "sidd" OR "ohqoluk" OR "dip" OR "pohw" OR "oqlq" OR "miq" OR "fis" OR "family impact scale" OR "qolip 10" OR "quality of life with implant prostheses qolip 10" ) ) AND ( TITLE-ABS-KEY ( instrumentation OR "Validation Studies" OR "reproducibility of results" OR reproducib\* OR "psychometrics" OR psychometr\* OR clinimetr\* OR clinometr\* OR "observer variation" OR "discriminant analysis" OR reliab\* OR valid\* OR coefficient OR "internal consistency" OR ( cronbach\* AND ( alpha OR alphas ) ) OR "item correlation" OR "item correlations" OR "item selection" OR "item selections" OR "item reduction" OR "item reductions" OR agreement OR precision OR imprecision OR "precise values" OR test-retest OR ( test AND retest ) OR ( reliab\* AND ( test OR retest ) ) OR stability OR interrater OR inter-rater OR intrarater OR intra-rater OR intertester OR inter-tester OR intratester OR intra-tester OR interobserver OR inter-observer OR intraobserver OR intra-observer OR intertechnician OR inter-technician OR intratechnician OR intra-technician OR interexaminer OR inter-examiner OR intraexaminer OR intra-examiner OR interassay OR inter-assay OR intraassay OR intra-assay OR interindividual OR inter-individual OR intraindividual OR intra-individual OR interparticipant OR inter-participant OR intraparticipant OR intra-participant OR kappa OR kappa's OR kappas OR "coefficient of variation" OR repeatab\* OR ( ( replicab\* OR repeated ) AND ( measure OR measures OR findings OR result OR results OR test OR tests ) ) OR generaliza\* OR generalisa\* OR concordance OR ( intraclass AND correlation\* ) OR discriminative OR "known group" OR "factor analysis" OR "factor analyses" OR "factor structure" OR "factor structures" OR dimensionality OR subscale\* OR "multitrait scaling analysis" OR "multitrait



scaling analyses" OR "item discriminant" OR "interscale correlation" OR "interscale correlations" OR ( ( error OR errors ) AND ( measure\* OR correlat\*or AND evaluat\*or AND accuracy OR accurate OR precision OR mean ) OR "individual variability" OR "interval variability" OR "rate variability" OR "variability analysis" ) OR ( uncertainty AND ( measurement OR measuring ) ) OR "standard error of measurement" OR sensitiv\* OR responsive\* OR ( limit AND detection ) OR "minimal detectable concentration" OR interpretab\* OR ( ( small\* AND ( real OR detectable ) AND ( change OR difference ) ) OR "meaningful change" OR "minimal important change" OR "minimal important difference" OR "minimally important change" OR "minimally important difference" OR "minimal detectable change" OR "minimal detectable difference" OR "minimally detectable change" OR "minimally detectable difference" OR "minimal real change" OR "minimal real difference" OR "minimally real change" OR "minimally real difference" OR "ceiling effect" OR "floor effect" OR "Item response model" OR irt OR rasch OR "Differential item functioning" OR dif OR "computer adaptive testing" OR "item bank" OR "cross-cultural equivalence" ) ) )

### *APÊNDICE C - Estratégia de pesquisa em Google Scholar*

("(cuestionario|questionnaire)" "("Malocclusion Impact Questionnaire" | "Family Impact Scale"|FIS|Qlip|"Dental Impact on Daily Living"|DIDL|"Geriatric Oral Health Assessment Index"|GOHAI|"Social Impacts of Dental Disease"| "Oral Health Quality of Life"-United Kindom|OHQOL-UK|"Dental Impact Profile"| "Positive Oral Health and Wellbeing"|POHW|"oral health impact profile"|OHIP|"Oral impacts on daily performance"|OIDP|"Orthognatic Quality of Life Questionarie"|OQLQ)" "("systematic|sistemática)"|"adult")

*APÊNDICE D - Compêndio tabelas da Revisão sistemática*

Instrument by name and number of items				
Instrument	Frequency	Percentage	F/inst.	P/inst.
DIDL-33	1	0.38		
DIDL-36	1	0.38	3	1.14
DIDL-49	1	0.38		
DIP-25	1	0.38	1	0.38
FIS-14	3	1.15		
FIS-19	1	0.38	5	1.91
FIS-8	1	0.38		
GOHAI-12	46	17.56	46	17.56
OHIP-14	81	30.92		
OHIP-19	5	1.91		
OHIP-20	2	0.76		
OHIP-22	4	1.53		
OHIP-30	2	0.76		
OHIP-45	2	0.76		
OHIP-46	3	1.15	154	58.78
OHIP-49	44	16.79		
OHIP-5	4	1.53		
OHIP-54	1	0.38		
OHIP-55	1	0.38		
OHIP-7	5	1.91		
OHQOL-3	2	0.76	3	1.14
OHQOL-8	1	0.38		
OHQoL-UK-16	6	2.29	6	2.29
OIDP-10	5	1.91		
OIDP-11	4	1.53		
OIDP-12	1	0.38		
OIDP-3	1	0.38	36	13.74
OIDP-7	1	0.38		
OIDP-8	18	6.87		
OIDP-9	6	2.29		
OQLQ-22	4	1.53	4	1.53
POHW-15	1	0.38	1	0.38
QoLIP-10	3	1.15	3	1.15
Total	262	100.00	262	100.00

<b>Instrument</b>	<b>Freq.</b>	<b>Percent</b>
OHIP-14	81	30.92
OHIP-49	44	16.79
Other OHIP	29	11.07
GOHAI-12	46	17.56
OIDP-8	18	6.87
Other OIDP	18	6.87
Other OHRQoL	26	9.92
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>100.00</b>

<b>Year</b>	<b>Freq.</b>	<b>Percent</b>
1990-2000	15	5.73
2001-2005	42	16.03
2006-2010	73	27.86
2011-2017	132	50.38
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>100.00</b>

<b>Journal</b>	<b>Freq.</b>	<b>Percent</b>
Dental Public Health	64	24.43
Dental	43	16.41
Quality of life	20	7.63
Others	135	51.53
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>100.00</b>

<b>Country of data</b>	<b>Freq.</b>	<b>Percent</b>
English Speaking	67	25.57
Portuguese speaking	28	10.69
Germany/Netherlands	21	8.02
Spanish Speaking	23	8.78
Others	123	46.95
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>100.00</b>

<b>Is valid. an objective?</b>	<b>Freq.</b>	<b>Percent</b>
yes	211	80.53
no	51	19.47
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>100.00</b>

Instrument Name-items	Type of validation			
	Construct	EFA/PCA	CFA/TRI	Total
OHIP-14	62	11	8	81
	76.54	13.58	9.88	100.00
OHIP-49	37	2	5	44
	84.09	4.55	11.36	100.00
Other OHIP	18	8	3	29
	62.07	27.59	10.34	100.00
GOHAI-12	21	21	4	46
	45.65	45.65	8.70	100.00
OIDP-8	13	4	1	18
	72.22	22.22	5.56	100.00
Other OIDP	15	2	1	18
	83.33	11.11	5.56	100.00
Other OHRQoL	18	8	0	26
	69.23	30.77	0.00	100.00
Total	184	56	22	262
	70.23	21.37	8.40	100.00
Pearson chi2(12) = 32.9942 Pr = 0.001				

Publication Year	Type of validation			
	Construct	EFA/PCA	CFA/TRI	Total
1990-2000	10	5	0	15
	66.67	33.33	0.00	100.00
2001-2005	36	6	0	42
	85.71	14.29	0.00	100.00
2006-2010	45	21	7	73
	61.64	28.77	9.59	100.00
2011-2017	93	24	15	132
	70.45	18.18	11.36	100.00
Total	184	56	22	262
	70.23	21.37	8.40	100.00
Pearson chi2(6) = 13.0087 Pr = 0.043 Fisher's exact = 0.033				

Journal	Type of validation			Total
	Construct	EFA/PCA	CFA/TRI	
Dental Public Health	46	16	2	64
	71.88	25.00	3.13	100.00
Dental	26	13	4	43
	60.47	30.23	9.30	100.00
Quality of life	14	3	3	20
	70.00	15.00	15.00	100.00
Others	98	24	13	135
	72.59	17.78	9.63	100.00
Total	184	56	22	262
	70.23	21.37	8.40	100.00

Pearson chi2(6) = 7.3285 Pr = 0.292 Fisher's exact = 0.243

Language of Country of data	Type of validation			Total
	Construct	EFA/PCA	CFA/TRI	
English	51	9	7	67
	76.12	13.43	10.45	100.00
Portuguese	17	3	8	28
	60.71	10.71	28.57	100.00
Germany/Netherlands	16	3	2	21
	76.19	14.29	9.52	100.00
Spanish Speaking	12	9	2	23
	52.17	39.13	8.70	100.00
Others	88	32	3	123
	71.54	26.02	2.44	100.00
Total	184	56	22	262
	70.23	21.37	8.40	100.00

Pearson chi2(8) = 29.6294 Pr = 0.000 Fisher's exact = 0.000

Is validation an objective?	Type of validation			Total
	Construct	EFA/PCA	CFA/TRI	
yes	149	46	16	211
	70.62	21.80	7.58	100.00
no	35	10	6	51
	68.63	19.61	11.76	100.00
Total	184	56	22	262
	70.23	21.37	8.40	100.00

Pearson chi2(2) = 0.9709 Pr = 0.615

Instrument Name-items	Cross-cultural validation		
	No	Yes	Total
OHIP-14	74 91.36	7 8.64	81 100.00
OHIP-49	35 79.55	9 20.45	44 100.00
Other OHIP	28 96.55	1 3.45	29 100.00
GOHAI-12	43 93.48	3 6.52	46 100.00
OIDP-8	14 77.78	4 22.22	18 100.00
Other OIDP	15 83.33	3 16.67	18 100.00
Other OHRQoL	20 76.92	6 23.08	26 100.00
Total	229 87.40	33 12.60	262 100.00
Pearson chi2(6) = 11.7449 Pr = 0.068			

Publication Year	Cross-cultural validation		
	No	Yes	Total
1990-2000	14 93.33	1 6.67	15 100.00
2001-2005	36 85.71	6 14.29	42 100.00
2006-2010	63 86.30	10 13.70	73 100.00
2011-2017	116 87.88	16 12.12	132 100.00
Total	229 87.40	33 12.60	262 100.00
Pearson chi2(3) = 0.6956 Pr = 0.874 Fisher's exact = 0.906			

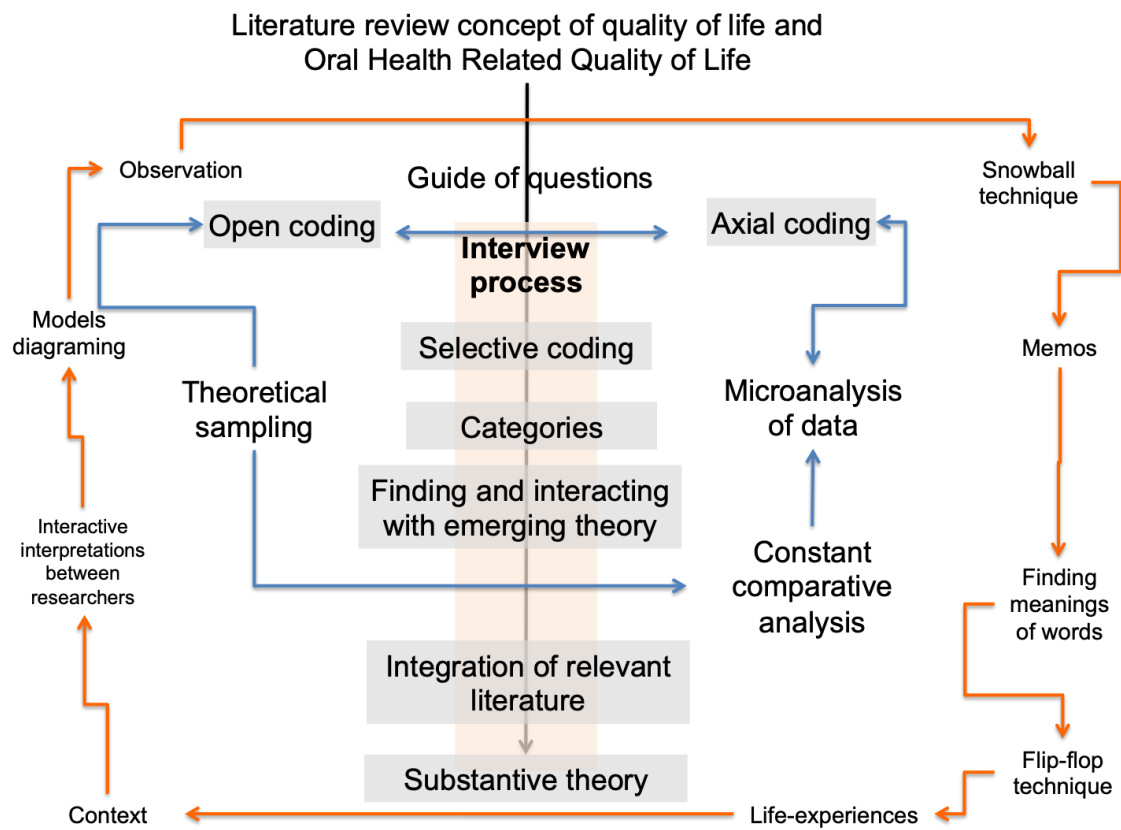
Journal	Cross-cultural validation		
	No	Yes	Total
Dental Public Health	60 93.75	4 6.25	64 100.00
Dental	40 93.02	3 6.98	43 100.00
Quality of life	18 90.00	2 10.00	20 100.00
Others	111 82.22	24 17.78	135 100.00
Total	229 87.40	33 12.60	262 100.00
Pearson chi2(3) = 6.9896 Pr = 0.072 Fisher's exact = 0.078			

Language of Country of data	Cross-cultural validation		
	No	Yes	Total
English Speaking	66 98.51	1 1.49	67 100.00
Portuguese speaking	24 85.71	4 14.29	28 100.00
Germany/Netherlands	17 80.95	4 19.05	21 100.00
Spanish Speaking	18 78.26	5 21.74	23 100.00
Others	104 84.55	19 15.45	123 100.00
Total	229 87.40	33 12.60	262 100.00
Pearson chi2(4) = 11.0245 Pr = 0.026 Fisher's exact = 0.005			

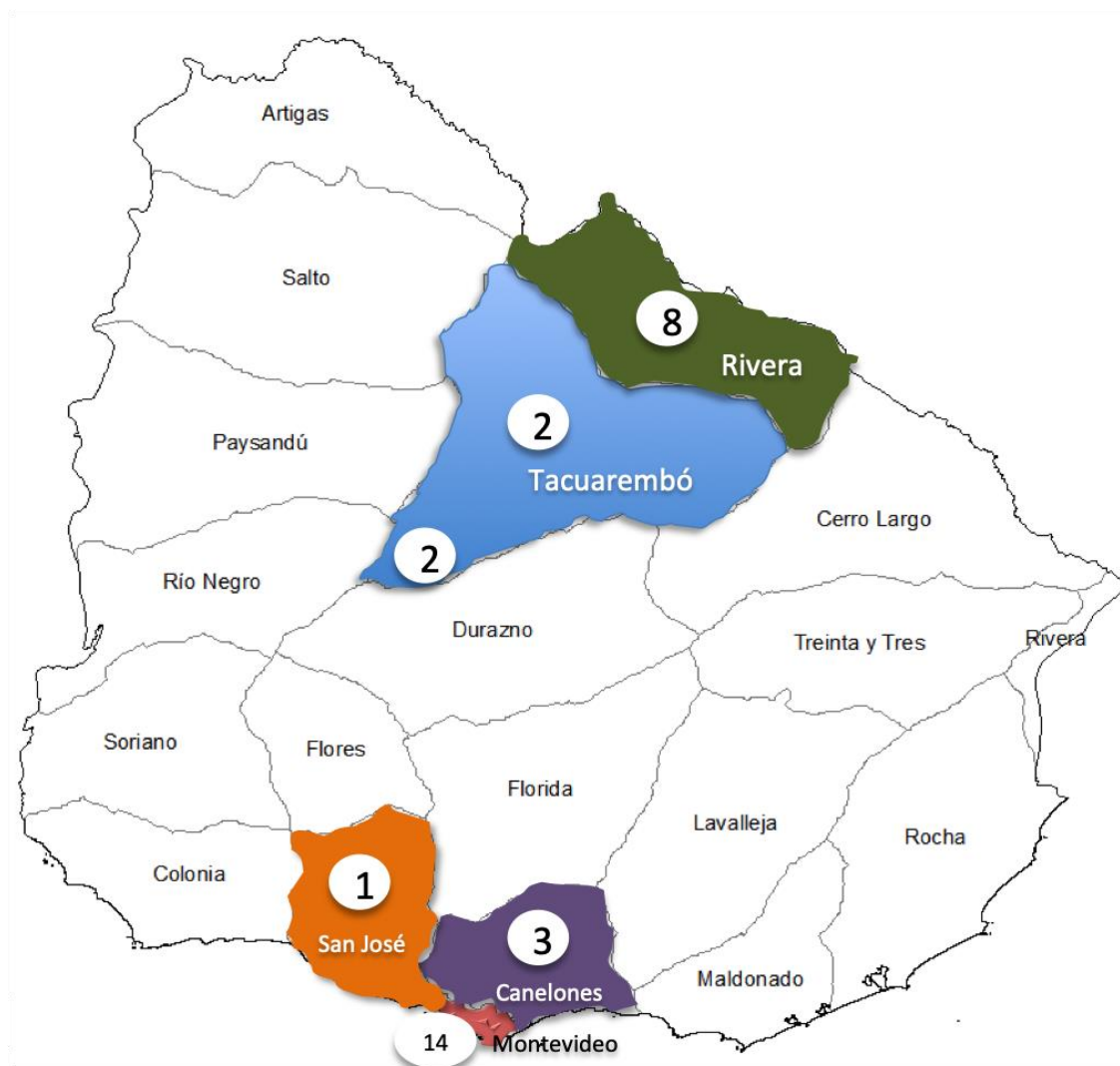


Is validation an objective?	Cross-cultural validation		
	No	Yes	Total
yes	179 84.83	32 15.17	211 100.00
no	50 98.04	1 1.96	51 100.00
Total	229 87.40	33 12.60	262 100.00
Pearson $\chi^2(1) = 6.5056$ Pr = 0.011			

## Apêndice E - Processo da pesquisa qualitativa



*APÊNDICE F - Regiões do Uruguai onde as entrevistas foram realizadas e número de participantes por Departamento.*



## *APÉNDICE G - Roteiro de entrevista*

### Presentación

“Buenos días, mi nombre es Mariana Seoane. Como le mencioné con anterioridad me encuentro realizando un estudio sobre cómo es percibida la salud bucal por las personas y cómo impacta en la vida.

Lo más importante en este estudio es rescatar lo que piensa usted por lo cual siéntase libre en mencionar y extenderse en sus respuestas. Luego de culminar la entrevista usted puede decidir que la misma no sea utilizada en esta investigación.

Cualquier información que quiera obtener sobre esta investigación puede solicitarla llamándome al 24873048 int. 169 los días lunes y viernes de 14:00 a 18:00 hs. El resultado de las entrevistas que realice podrán usarse en esta u otras investigaciones posteriores.

Ahora le haré una serie de preguntas buscando iniciar una conversación amena.

Le recuerdo asimismo que todo lo que conversemos es de carácter reservado y en ningún momento se difundirá su identidad en las diferentes fases de este estudio. Le agradezco su disposición por participar de este proyecto. Si bien comenzaré haciendo algunas preguntas, usted puede sentirse libre de realizar otros aportes o consideraciones que quizás yo no mencione”.

### **Contexto - estilo de vida – calidad de vida**

Cuénteme un poco de usted ¿Dónde vive?, ¿cuántos años tiene, con quién vive? Trabaja ....

¿le gusta dónde vive? ¿cómo se siente en su casa?, en su barrio?, qué actividades suele realizar con su familia, o con sus amigos?

¿Qué hace en un día común? Además de las actividades que son obligación para usted, qué otras actividades desempeña? Profundizar en actividades laborales, felicidad, stress, expresiones de sentimientos, alegría.....elementos que componen CV...

	¿Cómo diría que se siente a diario con las actividades que realiza habitualmente? Por qué?
	Qué cosas le hacen sentir bien? En qué momento del día se siente bien, a gusto, feliz? Qué cosas le hacen sentir mal, triste?
	¿Encuentra momentos en el día en los que siente placer? Cuáles?
	¿Se toma momentos para descansar?
	¿Cuál es su momento preferido del día? Por qué?
	¿Esto le sucede siempre? Desde cuándo?
	Qué cosas le dan Satisfacción? Por qué? Qué cosas le quitan satisfacción?
	¿Cómo se siente físicamente? ¿Cómo se siente personalmente, anímicamente (psicológicamente)?
	¿Es de salir con amigos, reunirse con la familia?
	¿Cómo diría que es su vida?
	Ha sentido hablar de CV? ¿Qué es? Tiene idea, qué imagen tiene de CV? Qué se imagina cuando alguien le dice Calidad de Vida?

### **Percepción sobre salud bucal**

	Piensa habitualmente o ha pensado en su boca? En qué momentos, por qué?
	Cómo considera que tiene su boca? Por qué? Si tuviera que decir del 1 al 10 su estado de salud bucal, qué valor le pondría? Por qué? ¿Cómo le hace sentir su estado bucal?
	Qué importancia tiene boca en su vida? Cómo afecta esto su bienestar? Existen momentos en el día en que considere que su boca le genera satisfacciones? Cuáles son esas sensaciones?
	Cómo influye su estado de salud bucal en la forma en que se siente. Su boca le provoca satisfacción, bienestar, felicidad? Por qué? En qué sentido? Cuándo? cómo? Puede darme ejemplos? Y con marido? Cómo influye su boca en sus relaciones personales, en sus relaciones sexuales?
	Qué tan seguro se siente con su boca?
	Su boca le provoca sentimientos negativos, en qué momentos? Puede darme ejemplos?
	Qué situaciones de su vida mejoran o lo hacen sentir mejor gracias al estado de salud de su boca? En qué momentos siente que su estado bucal le hace feliz?
	En qué situaciones su boca le genera tristeza o malestar? Encuentra situaciones en su vida en las que su estado bucal le perjudique? Cuáles?
	Cómo repercute su estado bucal en su vínculo con los demás? Siente que puede socializar o se comunica como usted quisiera? En qué sentido? ¿Cómo se siente al respecto?

	Qué cosas puede hacer gracias a su estado bucal?
	Siente que su estado bucal le limita en algo? En qué? ¿Qué imagen física tengo sobre mi boca? Siento seguridad? Me limita? Me permite?
	Cómo se siente con su estado bucal?

	Qué cosas le gusta comer? Cómo todo lo que le gusta? Se limita en su alimentación? Por qué?
	Es de hablar mucho?
	Recuerda algún momento particular en los últimos meses en que haya dejado de hacer algo por culpa de su estado bucal? Cómo fue?
	Recuerda algún momento particular en los últimos meses en que haya tenido algún problema de relacionamiento con las personas por su estado bucal? Cómo fue?
	Cuando algo de su boca le perjudica, cómo se siente? Cómo repercute en su vínculo con los demás? Con su pareja? Con sus amigos? Afecta sus actividades habituales?

	SI	NO	NS/NC
Dificultad para masticar los alimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para hablar o pronunciar palabras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sintió nervioso o tenso debido a problemas con sus dientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuvo dificultades en su aspecto, apariencia (estéticas) debido a sus dientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitó sonreír debido a sus dientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuvo que interrumpir el sueño debido a sus dientes o boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No concurrió al trabajo debido a sus dientes o boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuvo dificultades para realizar las actividades que suele realizar todos los días	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fue menos tolerante con su pareja, familiar cercano o amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redujo su participación en actividades sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## APÊNDICE H - Formulario – características dos participantes

Form auto perception - Modified from Brondani (2010)											
Cod. From interview											
1. Age		2. Sex									
3. Civil state											
Single		Married		Divorced		Widow		Free union		Other	
4. Highest level of education reached (x)											
Elem. unfinished		Secondary school unfinished		Tech. unfinished		University unfinished					
Elem. finished		Secondary school finished		Tech. finished		University finished					
5. Ethnic ascendance (you think your ascendance is ....)											
6. Oral condition											
Only natural teeth		RPD***or CD/RPD									
Bridge*		CD in both maxilla									
CD** with RPD***		No teeth and no denture or extreme tooth loss and no denture									
7. Have you gone to the dentist in the last six month								Yes	No		
8. In a scale between 0 and 10 where 0 is to bad and 10 is excellent, how would you describe your general health?											
9. In a scale between 0 and 10 where 0 is very bad and 10 is excellent, how would you describe your oral health?											
10. Do you take any medication, herb, etc.? Would you tell me why?											

## *APÉNDICE I - Compêndio dos principais memorandos utilizados no processo de entrevistas e aproximações conceituais.*

---

Junio, 2017 – luego de las primeras tres entrevistas.

Temas que pueden surgir de las entrevistas:

- El tema ideológico/religioso
- La soledad: como factor de adaptación, como factor de depresión

Código in vivo, estoy tranquila – abordarlo por adaptación o coping  
*trabajo, trabajo mucho para mantenerme, me siento bien, me siento tranquila, logré lo que en tantos años no había logrado que es la estabilidad emocional. Yo me quiero mucho....me miro al espejo y digo 'qué linda que estás hoy eh?'...me visto y lo mismo...entonces, eso es plenitud. (E2)*

La importancia del apoyo social en las personas mayores. Hasta ahora las entrevistas se realizaron con personas seleccionadas. Qué pasará con alguien que viva en una casa de salud y que no tenga familia que lo contenga? Aflorará la depresión, los sentimientos de tristeza por no tener quien cuide de uno? Qué pasa con las personas mayores que no son activas, que no tienen hijos, que no obtuvieron logros, se sentirán plenos, tendrán sentimiento de beneplácito?

Tengo que generar una tabla con:

- Código (no nombre) de persona
- Edad
- Contexto socio económico
- Nivel de formación
- Estado bucal – de lo que veo y puedo preguntar
- Montevideo/interior

---

4/1/2018

E15 vive en un balneario, Cuchilla Alta, en una linda casa, cómoda y grande, cerca de la playa. Está sola. Cuando llegué noté que no estaba muy contenta, al principio pensé que era porque teníamos la entrevista pero, cuando comenzó la entrevista percibí su desánimo propio de una conducta depresiva. A lo largo de la entrevista fue sintiéndose más cómoda y suelta en sus respuestas.

Se nota que proviene de un nivel socioeconómico medio, medio alto. La casa se notaba oscura pero muy bien arreglada y agradable.

Pienso que debe ser difícil para una mujer mayor el verse enfrentada a la soledad. Haber tomado decisiones junto con su pareja sobre el futuro y, luego de enfrentarse a la viudez, tener que asumir una vida solitaria y de independencia. Pero esto es una actitud que no todas las mujeres viudas manifestaron. En igualdad de condiciones, otra mujer E14 se muestra activa, vigorosa, feliz, sociable. Qué produce el desánimo o, por el contrario, salir adelante frente a la viudez? Qué rol juega la fibromialgia? Como enfermedad crónica. E14 se enfrentó a un problema de salud importante que le obligó a una intervención quirúrgica y, ni bien se lo permitió el médico, volvió a andar n

---



---

bicicleta. E15 sin embargo, no sostiene ni siquiera la frecuencia de hacer croché con sus compañeras. La visión de QoL o el sentimiento de bienestar puede verse afectado por estados de depresión. Estos estados serán crónicos, habrán llegado con la edad? Serán propios de esta etapa de la vida?

E1, por su parte, también tenía fibromialgia, mujer sola, pero, en este caso no era viuda. Era una mujer con una historia de vida muy sacrificada, y eso pudo haber sido un factor que le dio herramientas para salir adelante y no manifestar la depresión.

La edentación total una vez más, surge como un aspecto decisivo en el vínculo con los demás, en “salir de casa”.

---

Por qué pensar en QoL si la mayoría de las veces no saben de qué se trata? Ellos saben qué contestar pero, generalmente, sus primeras respuestas se corresponden con lo que debería ser, no con lo que posiblemente realmente hacen.

Esta sensación la tuve más cuando hacíamos referencia a la salud bucal. Obviamente pensé, si no está afectada, no piensan en ella. Pero en casos en los que visiblemente se encontraba afectada, en dos hombres, no parecía ser la salud bucal algo que realmente les afectara la QoL. No pasó esto con una mujer, que frente a una PPR francamente mal confeccionada, con un plano oclusal que descendía hacia distal y además invadía toda la corredera vestibular, sentía que su mayor inconveniente era el hecho de tener que ir al dentista. Porque se estaba poniendo implantes. Por dentro pensé, no peor tener la boca con el aspecto que tiene? No sería mejor definir un buen aparato removible? Pareciera que no es candidata real a implantes, por qué querrá eso? Será el estándar social, de profesionales? Ella, como profesional de referencia, tiene que tener implantes y no un removible. Una franca contradicción.

Otras contradicciones también vi con un hombre ex docente universitario, jubilado que tenía un gran nivel intelectual, se mantenía en actividad cognitiva intensa, rodeado de gente que ‘lo admitaba’ por que conocimiento...pero con un aspecto bucal malo, pérdida dentaria, sin uso de prótesis. Aquí otra vez la contradicción pero en este caso, admitiendo que no le daba mucho corte a su boca. Con él, sin dudas lo más sorprendente es que estuviera su esposa presente. Por qué la llevaría, mi impresión es que la llevó para que escuchara y aprendiera de su gran sabiduría ... me fui de tema.

---

E8 una hombre alto, de lentes, aparentemente serio y educado que se siente y se dispone a contestar las preguntas con su madre adelante.

Desde el inicio de la entrevista pude notar una persona culta, reflexiva, receptiva y colaboradora con la entrevista que aportaba respuestas pensando, no apresuradamente. De hablar pausado, sin levantar mucho la voz, se notaba que era tranquilo y que su vida no era de gran adrenalina.

---

E9 es la abuela de un colega. Tiene 91 años, jubilada y viuda que vive sola cerca de la casa de su nieto. Me pareció bastante interesante saber que tenía 91 años y vivía sola. En el imaginario de una persona adulta se encuentra la visión de que con 80

---

---

años o más, si no vive con un familiar, entonces vive en un residencial. Le consulté a mi colega si me permitiría entrevistarla para tener una charla e indagar cuáles son sus percepciones de su CV. Fui a realizar la entrevista a su casa, me sorprendió que estuviera tan oscura al frente, si bien en el fondo donde estaba ella había más luz. La encontré sentada en un sillón cómodo, frente a la televisión en un espacio amplio donde converge la cocina, living y estar. No era una casa hostentosa pero sí con comodidades propias de una clase media alta. Con muchos recuerdos acumulados en forma de porta retratos, cuadros, aparadores ... una casa de abuela.

La noté un tanto apática, con el cansancio que suele observarse en las personas muy mayores, con falta de ánimo. Me recordó una tía abuela que, hace ya muchos años, me dijo, “estoy cansada de vivir”. Pero esta imagen apática cambió rápidamente cuando su nieto le habló...él se dirige a ella levantando el tono voz mayor, porque sabe que no escucha bien ... con él sonrío un poco más ... pero se nota bastante apática a la entrevista, como si no tuviera muchas ganas de hablar y lo va a hacer sólo porque su nieto se lo pide. Aunque se lo expliqué, no entiende bien el porqué de la entrevista pero accede sin inconvenientes a realizarla igual.

No creo conveniente entrevistar más AM con estas características, ella en un momento de la entrevista se deprimió y tuve que teminarla para no hacerla sentir peor.

---

E29 llegó a la casa donde me encontraba en la ciudad de Rivera, queriendo ser entrevistado. No lo tenía dentro del listado acordado pero, viendo la energía y ganas que tenía, opté por entrevistarlo aunque no parecía un AM ...

Como primer imagen de él rescato: mucha energía, persona afable, que hace reír a los demás, y desde el punto de vista bucal, una ppr notoriamente mal realizada, superior e inferior. Incluso, mientras E29 hablaba, se podía ver cómo su musculatura debía tensarse para mantener los aparatos en su lugar. No era solo un problema de estabilidad, era además alteración de color, tamaño y posición dentaria, planos oclusales en caída...no parecía haber nada bueno en esos aparatos. Creo que alguien tuvo que esforzarse mucho para hacer tan mal un juego de prótesis...

---

E22GR fue la primera persona a la que entrevisté en Rivera. Mis contactos me dijeron que podía ser una buena oportunidad ya que le tiene mucho miedo al dentista, con escaso nivel de formación y con franco deterioro bucal. Llegué a Rivera a las 7AM, luego de toda una noche durmiendo en el bus. Apenas llego me estaba esperando E21, preparando el desayuno. Se habían enterado que me gusta desayunar con cocoa y me habían preparado eso especialmente para mí. Desayunamos y hablamos más de media hora. Realmente estaban contentos de recibirme y me trataron muy amablemente. Al poco rato entró E22 y ahí iniciamos la entrevista. Debo reconocer que estaba algo cansada ya que había dormido muy poco. Además, fue un día sumamente frío, y en la sala de enfrente de la casa no tenía con qué calefaccionarme ... pensaba ... tengo todo el día por delante, me tengo que concentrar y tomar energías. Fuimos al frente de la casa, coloqué mi campera sobre mi falda, y comenzamos a charlar

---

Las entrevistas debería realizarlas más cortas, y perderles al final que interpreten el borrador de modelo más el odip. En este último, pedirles que

---

---

digán qué cosas les parece bien del instrumento y cuáles les parece que deberían quitarse o agregarse. Sería bueno lograrlo pero ellos se incorporan tanto en el tema y son tan ricos sus aportes que resulta difícil abarcar todo.

---

20 de agosto de 2018

En el AM el concepto de **calidad de vida puede verse asociado a la noción de envejecimiento exitoso**. En hacer lo que uno quiera, en sentirse libre, en disfrutar con sus afectos. Pero existe una noción aparente de “lograr hacer lo que uno quiera” no porque antes no se pudo, sino porque quizás, a esta edad, sea difícil lograrlo, porque en cierta forma, saben que existe un deterioro en el futuro próximo al que no podrán eludir.

La actividad física puesta de manifiesto en algunos, fundamentalmente los más “educados” puede ser una dimensión dentro de esta categoría.

Quizás al definir calidad de vida, lo que están haciendo es definir envejecimiento exitoso.

---

E27 es un hombre de Rivera, afro-descendiente que de joven fue jugador de fútbol. Aparenta menos edad de la que tiene, es sumamente educado y se muestra con deseos de ser entrevistado.

Delgado, vestido de forma prolija, con lentes y cabellera blanca.

Me hizo sentir un poco incómoda cuando comenzó a hablar sobre su relación con su esposa, viven juntos pero duermen en cuartos separados. No esperaba que un hombre mayor me fuera a contar algo así. Al finalizar la entrevista me saludó con un abrazo, a pesar de ser sumamente respetuoso, realmente me incomodó. Debo estar más preparada para situaciones como estas.

---

SUCCESSFUL AGING\Percepción de QoLBIENESTAR FISICO\ACTIVIDAD COGNITIVA TRABAJO - MANTENERSE EN ACTIVIDAD

Trabajo y actividad asociado a la satisfacción.

Quizás, las personas mayores pueden lograr sentir satisfacción por lo que hacen...están en una etapa de sus vidas en las que no pareciera haber tanta “obligación” de lo laboral sino más bien, “trabajar de lo que me gusta” ... gracias a que pasaron los años y se encuentran cosecharon lo que sembraron.

---

”Siempre tuvimos el contacto con el río, toda la vida”

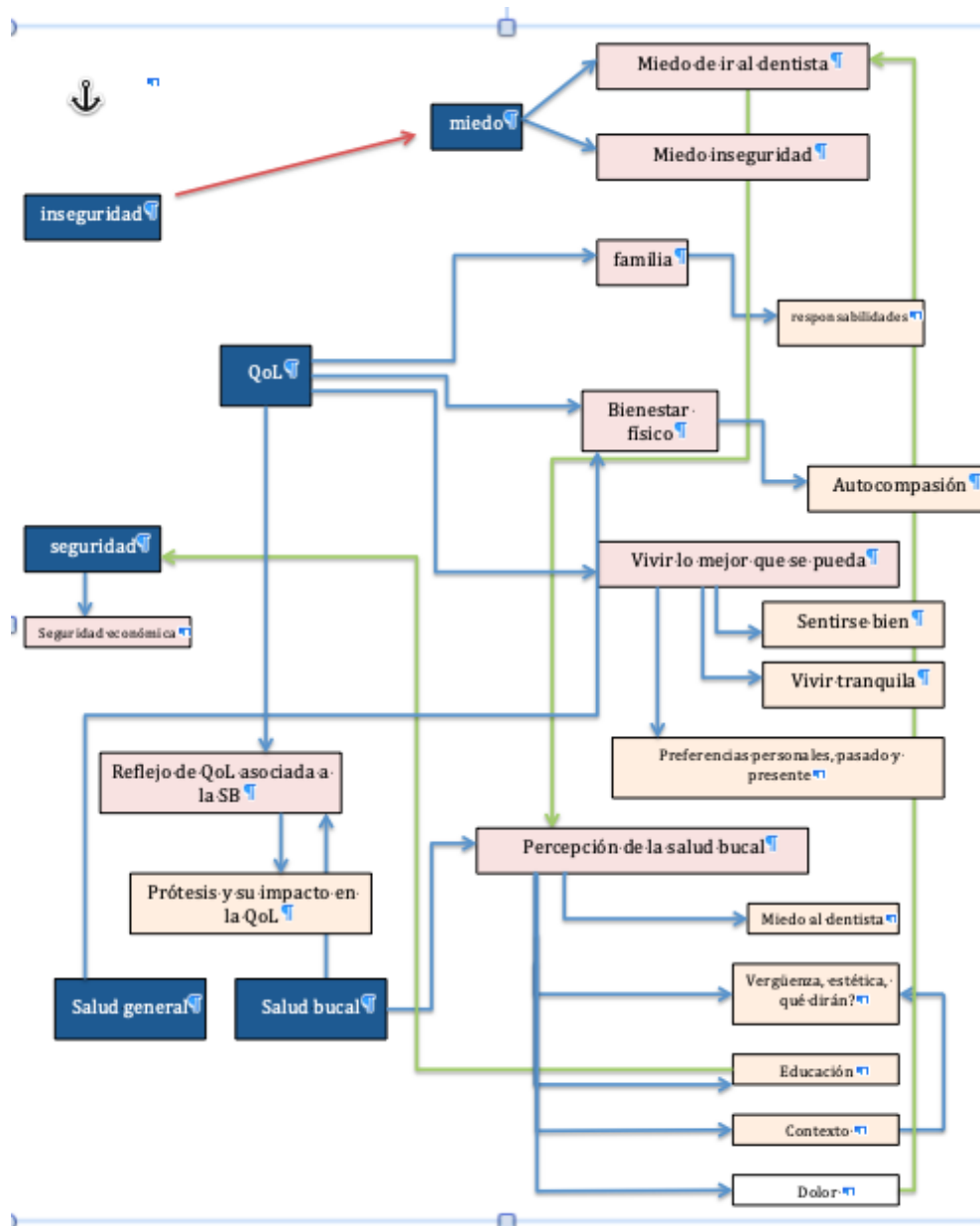
Aquí surge un código in vivo...qué representa el río...quizás sus recuerdos, los momentos felices que pasaba con su padre...la tranquilidad, la paz. Algo que no dejó en todos los años que pasó con muchos trabajos ... ahora continúa con ese hábito saludable muy común en las personas del interior que viven cerca del río. El río tiene un valor particular. Ahí construyeron sus vidas, habrán tenido largas charlas ... habrán pensado, reflexionado ....me hace recordar los cuentos de mi padre ... no hay persona del interior que haya crecido cerca de un río y que no te hable de él Quizás otros recuerden la bicicleta, jugar a la pelota ... pero el río, es algo que se vive de chico y que se mantiene con los años. Un hábito saludable, cultural que además tiene que ver con mantener salud orgánica, psíquica...un mediador de QoL?. Permite meditar, estar tranquilo, sentirse bien con uno mismo

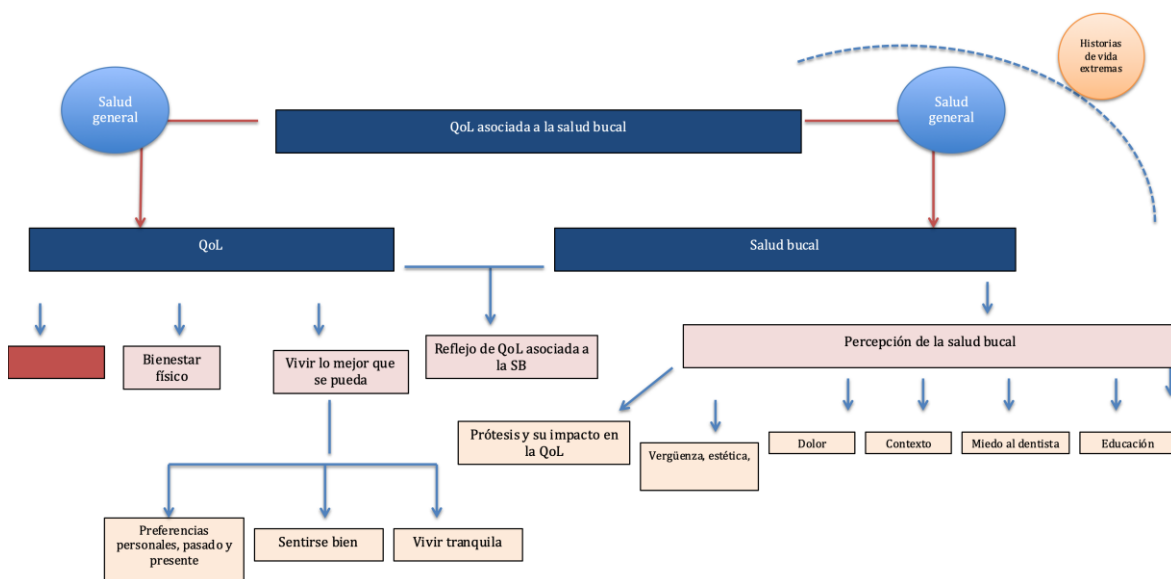
---

Evitar sentimientos negativos-discusiones, etc.

retomar esto con la entrevista E9 y con las dos anteriores, se reitera más que nada en mujeres el querer evitar sentimientos de tristeza

Primeiros avanços conceituais.





Historias de vida extremas

## *APÉNDICE J - Consentimiento Libre e Esclarecido*

1. Con el fin de mejorar las condiciones bucales de una población, conocer el impacto que la salud bucal tiene sobre la calidad de vida de los uruguayos constituye un insumo necesario y determinante que debe ser tenido en cuenta a la hora de diseñar políticas de salud pública.
2. Si bien es necesario contar con profesionales calificados para reconocer afecciones de forma de poder resolverlas, no siempre la visión del profesional atiende a las verdaderas necesidades de las personas. Y no siempre las valoraciones realizadas por expertos logran mejorar la calidad de vida de los sujetos.
3. Por ello, es necesario indagar la percepción que los individuos tienen sobre su propia salud bucal, sobre los aspectos que le otorgan bienestar y qué tanto la condición bucal afecta su modo de vivir.
4. El objetivo de este proyecto es indagar la percepción que los adultos mayores tienen sobre su calidad de vida y cómo la salud bucal impacta en ella.
5. Para lograr dicho objetivo, se propone que los participantes accedan a entrevistas, respondiendo una serie de preguntas orientadas a conocer su sentir con la libertad de aportar lo que piensan sin temor a equivocarse.
6. Estas entrevistas no suponen ningún riesgo para el participante, serán grabadas y en todo momento el participante podrá poner fin a la misma o solicitar que el material generado sea descartado.

7. Se garantiza en todo momento el anonimato y el carácter confidencial de cualquier información personal vertida en la entrevista y solo será objeto de análisis el contenido asociado al estudio. El participante podrá retirar su consentimiento en cualquier momento,
8. Su participación es de carácter voluntario.

La responsable de este proyecto es Mariana Seoane Campomar, número de celular 099515532, email [seoane32@gmail.com](mailto:seoane32@gmail.com). Este proyecto ha sido aprobado por el comité de ética de la Facultad de Odontología de la UDELAR y se encuentra en el Marco de la Tesis de Doctorado de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Río Grande do Sul orientada por los Profesores Roger Keller Celeste y Renato De Marchi

Yo \_\_\_\_\_, declaro haber leído la información que figura arriba, y comprendido lo que se me explicó de forma oral. Me encuentro plenamente de acuerdo con la realización de este estudio y consiento mi participación el mismo.

FECHA:

FIRMA:

ACLARACIÓN:

*APÊNDICE K - Compendio tabelas da pesquisa qualitativa*

	City	Location	Sex	Age	Civil status	Activity	Link with family	Level Education	Home situation	General conditions	Duration (min.)	
											Tooth loss*	
E1	Montevideo	College	F	65	Divorced	Retired	Yes	Elementary	Alone	Yes	C	51
E2	Montevideo	Home	F	64	Divorced	Work	No	Elementary	Alone	Yes	C + P	79
E3	Libertad	Bar	M	73	Married	Retired	Yes	Elementary	Partner	Yes	P	73
E4	Montevideo	Bar	M	76	Married	Retired	Yes	University	Partner	Yes	P	74
E5	Montevideo	Working place	F	65	Divorced	Work	Yes	University	Alone	No	N	62
E6	Montevideo	Faculty of Dentistry	F	68	Married	Work	Yes	University	Partner	Yes	P	75
E7	Montevideo	Home	F	82	Widow	Retired	Yes	Elementary	Daughter	Yes	C	54
E8	Montevideo/San José	Mother's home	M	68	Married	Retired	Yes	Secondary school	Family	No	P	40
E9	Montevideo/San José	Home	F	91	Widow	Retired	Yes	Secondary School	Alone	Yes	C	36
E10-A	Montevideo	Home	F	68	Married	Retired	Yes	Secondary School	Partner	Yes	P	54
E10-B	Montevideo	Home	M	68	Married	Retired	Yes	Secondary School	Partner	Yes	N	54
E11	Montevideo	Home	F	69	Divorce	Retired	Yes	Secondary School	Alone	Yes	N	46
E12	Montevideo	Bar	F	65	Divorce	Retired	Yes	Secondary School	Partner	Yes	C+P	50
E13	Montevideo	Home	F	67	Married	Work	Yes	Elementary	Yes			45
E14	Canelones	Home	F	68	Widow	Retired	Yes	Secondary School	Sola	Yes	P	51
E15	Canelones	Home	F	69	Widow	Retired	Yes	Secondary School	Sola	Yes	C+P	55



	City	Location	Sex	Age	Civil status	Activity	Link with family	Level Education	Home situation	General conditions	Duration (min.)
E16	Canelones	Home	F	68	Widow	Retired	Yes	Elementary	Alone	Yes	51
E17	Paso de los Toros	Home	M	75	Divorce	Retired	Yes	Secondary School	Alone	Yes	49
E18	Paso de los Toros	Home	M	74	Married	Retired	Yes	Secondary School	Partner	No	57
E19	Tacuarembó	Homecare	F	87	Widow	Retired	Yes	Elementary	Other elders	Yes	47
E20	Tacuarembó	Home	F	67	Divorce	Retired	Yes	Elementary	Alone	Yes	57
E21	Rivera	Daughter home	F	80	Widow	Retired	Yes	Secondary School	Family	Yes	40
E22	Rivera	Neighbor home	M	63	Divorce	Retired	Yes	Elementary	Alone	Yes	40
E23	Rivera	Neighbor home	F	63	Widow	Retired	Yes	None	Alone	Yes	45
E24	Rivera	Home	M	73	Married	Retired	Yes	Elementary	Partner	Yes	45
E25	Rivera	Neighbor home	F	70	Married	Work	Yes	Elementary	Partner	Yes	40
E26	Rivera	Home	F	76	Married	Retired	Yes	Elementary	Partner	Yes	36
E27	Rivera	Neighbor home	M	72	Married	Retired	Yes	Elementary	Partner	Yes	53
E28	Rivera	Neighbor home	F	76	Widow	Retired	Yes	Elementary	Alone	Yes	54
E29	Rivera	Neighbor home	M	64	Married	Retired	Yes	Elementary	Family	No	59

## Categoria central, temas e categorias da análise

### Core category

Living the best you can	Physical activities Cognitive activities Economic wellbeing Spiritual wellbeing
<b>Themes</b>	<b>Categories</b>
Contextual events	Loss of bonds of affection Loneliness Physical and psychological changes in ageing Social concerns
Adaptation strategies	Adaptation to loneliness Resignation – acceptance of ageing Adaptation to ageing Decision making
Links with others	Recreational activities with others Family and social bonds Health support Meaning of life
Attitude towards life	General internal attitudes Health-related internal attitudes

**10 ANEXOS****ANEXO A – Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da UDELAR**

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
**Sección Comisiones y Claustro**

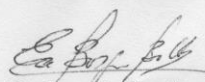
Montevideo, 11 de octubre de 2016.-

Reunido el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Odontología:

RESUELVE: .....

**APROBAR.:**

El Proyecto titulado "Calidad de vida y pérdida dentaria", presentado por la Dra. Mariana Seoane, el que le ha correspondido el número de expediente 323/16. ....

  
Dr. Ernesto Borgia  
Presidente



