



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Buczynski, Ana Karla; Castro, Glória Fernanda; Pomarico Ribeiro de Souza, Ivete
O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV: revisão de literatura
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 13, núm. 6, novembro-dezembro, 2008, pp. 1797-1805
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013611>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV: revisão de literatura

The impact of oral health on the quality of life of HIV infected children: a literature review

Ana Karla Buczynski ¹
 Glória Fernanda Castro ¹
 Ivete Pomerico Ribeiro de Souza ¹

Abstract *The search for improvement of the health of systemically compromised patients and for a better knowledge about the impact of diseases on their lives has brought great interest for health-related quality of life, mainly in children with chronic diseases. The quality of life related to oral health is thus relevant, not only for being an inseparable component of the general health but also due to the importance of oral problems in the lives of these patients. The evaluation of oral health-related quality of life in HIV infected children can be of great importance seen that these patients show high prevalence of caries and periodontal diseases besides the oral manifestations of the virus infection itself. The aim of this article is to present some concepts about quality of life and the use of instruments for its evaluation on the basis of a literature review as well as to analyze the impact of oral health on the quality of life of HIV infected children.*

Key words *Child, HIV infections, Quality of life, Oral health*

Resumo *Em busca de uma melhora da saúde de pacientes sistemicamente comprometidos e um maior entendimento do impacto de doenças nas suas vidas, grande interesse tem sido dado à qualidade de vida relacionada à saúde, principalmente em crianças com doenças crônicas. Neste sentido, a qualidade de vida relacionada à saúde bucal tem sua importância haja vista que a mesma é um componente indissociável da saúde geral e também pela relevância dos problemas orais na vida destes pacientes. Assim, a avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde bucal em pacientes infantis infectados pelo HIV pode ser de grande relevância uma vez que estas apresentam alta prevalência de doença cária e periodontal, além da presença de manifestações orais da própria infecção pelo vírus. Dessa forma, o objetivo deste artigo é, através de uma revisão de literatura, apresentar alguns conceitos relacionados à qualidade de vida e utilização de instrumentos de avaliação da mesma, bem como analisar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV.*

Palavras-chave *Criança, Infecções por HIV, Qualidade de vida, Saúde bucal*

¹ Departamento de Odontopediatria e Ortodontia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Av. Brigadeiro Trompowsky s/n, Cidade Universitária. 21941-590. Rio de Janeiro RJ. anabodonto@yahoo.com

Introdução

A saúde bucal (SB) é um componente indissociável da saúde geral, por isso tem havido grande interesse pelo desenvolvimento e utilização de instrumentos de mensuração de qualidade de vida relacionado à saúde (QVRS), com o objetivo de avaliar o impacto da doença na vida do indivíduo. Em crianças, a QVRS deve ser considerada de forma diferenciada de adultos¹. A avaliação da qualidade de vida (QV) em populações infantis com doença crônica permite determinar de maneira significativa o impacto dos cuidados com a saúde quando a cura não é possível².

Dentre as doenças crônicas de grande relevância para os pacientes infantis, destaca-se a infecção pelo HIV, uma vez que tiveram sua sobrevida aumentada com a terapia anti-retroviral, o que proporciona uma melhora significativa da QV para estes pacientes. Muitos dos que nasceram infectados na década de 1980, hoje, estão com a doença sob controle, tornaram-se adultos e estão tendo filhos sem o vírus, graças aos avanços da medicina. No entanto, ainda é significativo o número de crianças que convivem com os sintomas da doença, tornando-se urgente e essencial a busca de instrumentos que sejam capazes de relacionar a QV com a saúde e, ainda, o impacto da SB na vida dessas crianças, uma vez que a prevalência de manifestações orais ou de problemas gerados pela doença ainda são muito altos^{3,4}.

Cabe destacar que os indicadores tradicionais (morbidade, CPO-D, índice de placa, entre outros) são capazes de avaliar a patologia, mas são limitados quando se pretende avaliar os efeitos da doença⁵, principalmente no caso do indivíduo em desenvolvimento. Assim, merecido destaque tem sido dado a avaliação não só da presença da enfermidade causada pelo vírus HIV, como também da qualidade de vida destes pacientes infantis, em virtude deste ser um componente auxiliar na mensuração da saúde do paciente. Dentro deste contexto, objetiva-se, através de uma revisão de literatura, apresentar alguns conceitos relacionados à qualidade de vida e à utilização de instrumentos de avaliação da mesma, e ainda analisar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV.

Qualidade de vida e saúde bucal

O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde⁶ definiu QV como “a percep-

ção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Nesta definição, fica implícito que o conceito de QV é subjetivo, multidimensional e que inclui elementos de avaliação tanto positivos quanto negativos⁷.

Bastos⁸ destaca que, uma vez que a QV decorre dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais de uma sociedade, a problemática das doenças que afetam os indivíduos já não pode mais ser explicada unicamente pelos fatores biológicos que as caracterizam. Classificar a saúde em boa, má ou razoável é também definir a QV, pois ela surge das condições da classe social, das relações no trabalho, da alimentação, da moradia, do saneamento básico, do meio ambiente saudável, do acesso à educação, ao transporte, ao lazer, aos serviços de saúde, enfim, de tudo o que diz respeito à vida. Dessa forma, como as doenças refletem de várias formas na vida do indivíduo, a conceituação do termo saúde adquire uma complexidade muito grande, tendo em vista os vários aspectos que envolvem a vida em sociedade.

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença”. Esse é um conceito biológico, pertencente ao paradigma médico, com seu foco em agentes etiológicos e em resultados clínicos, cujas origens filosóficas do modelo são encontradas no dualismo do corpo-mente no qual a mente e o corpo são entidades separadas, e a saúde e a doença são vistos como fenômenos estritamente biológicos. A alta tecnologia e os serviços de saúde são vistos como sendo uma chave para restaurar e melhorar a saúde tanto individual quanto de populações. Como resultados, o corpo é isolado da pessoa e as experiências subjetivas de saúde e doença são ignorados. No entanto, houve, uma mudança do paradigma médico para um conceito mais amplo de comportamento social que se compromete a desenvolver maneiras de medir percepções, sentimentos e comportamentos⁹. Como resultado, tem-se passado de uma preocupação com a doença, para uma preocupação com a saúde; não preocupação em curar e sim em prevenir e promover saúde; não ênfase aos serviços de saúde e sim ao ambiente social e físico como maiores determinantes de saúde. Logo, o paciente é visto não como um corpo e sim como uma pessoa, dando-se uma crescente importância às experiências subjetivas do indivíduo e às suas interpretações de saúde e doença^{9,10}.

Esta mudança de paradigma refletiu-se também na odontologia. Antes, havia uma tendência de tratar cavidade bucal como se fosse uma estrutura anatômica autônoma que acontece de estar localizada em um corpo, mas não está conectado a ele ou a pessoa de maneira alguma. No entanto, com a busca de uma perspectiva mais holística de saúde e doença, esta visão está mudando e isto tem sido acompanhado por duas descobertas: a descoberta de corpo e a descoberta da pessoa, e isto tem resultado em um aumento nas pesquisas preocupadas em ligar as condições bucais a doenças de outras localidades da boca e a consequência da saúde na QV⁹.

Locker⁹ relatou que ainda permanece certa confusão a respeito dos conceitos de doença, saúde, SB e QV e as maneiras nas quais estes termos são relacionados. O discurso sobre ter SB é confuso e a boca é sempre foco de análise ao invés de se olhar o indivíduo como um todo, havendo uma ambigüidade do que seria SB e saúde geral e o quanto a SB interfere na QV de um indivíduo. SB é um estado da boca e estruturas associadas onde a doença está contida, a futura doença é inibida, a oclusão é suficiente para mastigar comida e o dente tem uma aparência social saudável¹¹. Assim, é uma dentição confortável e funcional que permite o indivíduo a continuar a desempenhar o papel social¹².

Sob a ótica da promoção de saúde, a relação entre SB e QV tem sido motivo de atenção dos profissionais da odontologia, principalmente pela relevância de problemas bucais e dos impactos físicos e psicossociais que ela acarreta na vida das pessoas. Os problemas bucais podem causar dor, desconforto, limitações e outras condições decorrentes de fatores estéticos que afetam a vida social, a alimentação, o exercício de atividades diárias e o bem-estar do indivíduo¹³, acarretando problemas significativos na QV do indivíduo, o que torna essencial entender como o indivíduo percebe a própria condição bucal, pois seu comportamento é condicionado por esta percepção¹⁴.

Índices como o CPO (cariados, perdidos e obturados) ou o IPC (índice periodontal comunitário) consideram apenas as dimensões clínicas, dependentes do diagnóstico profissional, da cárie dental e das doenças periodontais. Entretanto, alguns problemas possuem fortes raízes sociais e econômicas e só podem ser suficientemente compreendidos e explicados quando seus portadores são ouvidos e quando os autodiagnósticos e opiniões destas pessoas são tomados em consideração. Os indicadores QVRSB deveriam ser vistos não como substitutos para os

critérios normativos e sim como um importante complemento a eles⁵.

Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes

No caso do indivíduo em desenvolvimento, as propostas para definição de QV apresentadas ainda são muito conflitantes e algumas características do universo infantil contribuem para isto. A criança e o adolescente têm diferentes graus de percepção de si mesmos e do mundo, em função da sua fase de desenvolvimento e, com isso, dificilmente podem ser uniformizados numa só concepção de satisfação pessoal¹⁵.

Para crianças e adolescentes, QV pode significar “[...] o quanto seus desejos e esperanças se aproximam do que realmente está acontecendo”. Também “reflete sua prospecção, tanto para si, quanto para os outros” e “[...] é muito sujeita a alterações sendo influenciada por eventos cotidianos e problemas crônicos”¹⁶. E ainda, segundo Bradlyn *et al.*¹⁷, QV pode ser definida como multidimensional, pois inclui a interação social, o funcionamento físico e emocional da criança e do adolescente e, quando indicado, de sua família, devendo ser um parâmetro sensível às alterações que ocorram no evoluir do desenvolvimento do indivíduo.

Avaliações de QVRSB em pacientes infantis dão uma compreensão das consequências das doenças bucais e deformidades na vida da criança; desta maneira, muitas avaliações tradicionais de SB representam uma dimensão unidimensional do aspecto da SB da criança¹⁸. Isto não significa que os parâmetros clínicos não sejam importantes, eles são com certeza importantes, se não essenciais para mensurar a condição bucal; o problema começa quando os indicadores são comparados com SB e necessidade de tratamento¹⁹. SB é o padrão de saúde dos tecidos orais e relacionados que permitem um indivíduo comer, falar e socializar sem a atividade da doença, desconforto e embaraço, e o que contribui com o bem-estar geral²⁰. Assim, vai além de puramente indicadores clínicos e desta maneira não devem ser igualados com a ausência de doença e deformidade²¹.

Avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde

O desenvolvimento de instrumentos que avaliem o bem-estar e a QV tem sido cada vez mais

enfatizado, havendo uma proliferação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) (Quadro 1). Mulhern *et al*²² propuseram as seguintes características como essenciais a um instrumento de avaliação de QV: (1) incluir a abordagem da função física, desempenho escolar e ocupacional, ajustamento social e auto-satisfação; (2) ter sensibilidade para detectar os problemas funcionais mais comuns de crianças (câncer e aqui pode-se acrescentar “e outras doenças crônicas”); (3) ser confiável e

válido para o grupo de pacientes em que será utilizado; (4) ser breve, simples, fácil de administrar e computar, e reprodutível; (5) valer-se de informação de cuidadores familiares ao trato com a criança; (6) ser corrigido para a idade, sob normas populacionais; (7) estar adequado para detectar desempenho acima da média; (8) permitir estimativa confiável do funcionamento pré-mórbido; (9) e permitir à criança capaz de entender o conceito de QV ou seus componentes a oportunidade de fornecer sua auto-avaliação.

Quadro 1. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Índice	Autores	Objetivo	Impacto	Modo de administração	População	Nº de itens
Oral Health Impact Profile (OHIP)	Original: Slade e Spencer ⁴⁴ Formulário breve: Slade ⁴⁵	Avalia a percepção da pessoa do impacto social de alterações orais no seu bem-estar	Limitação funcional, desconforto psicológico, dor física, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade e empecilho social	Auto-administrado	Adultos	Original: 49 Formulário breve: 14
The Dental Impact on Daily Living (DIDL)	Leão e Sheiham ⁴⁶	Comparar consequências psicossociais relacionadas à qualidade de vida com o status em termos de SB de um indivíduo ou de uma comunidade	Aparência, dor, conforto, performance geral e restrições alimentares	Questionário	Adultos	36
Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)	Adulyanon e Sheiham ⁴⁷	Avaliar o impacto odontológico de desempenho diário	Estado da SB, alterações em tecidos bucais e satisfação com a aparência	Entrevista	Adolescentes e Adultos	8
Child Oral Health Quality of life Questionnaire (COHQoL)	Jokovic <i>et al</i> ⁴⁸	Avaliar o impacto físico, social e psicológico da saúde bucal na qualidade de vida	Alterações e doenças dental, oral e/ou orofacial	Auto-administrado	Crianças	49
Child-Oral Impact on Daily Performance Index (CHILD-OIDP)	Gherunpong <i>et al</i> ⁴⁹	Avaliar o impacto odontológico na qualidade de vida e a necessidade de tratamento odontológico	Saúde bucal, satisfação com aparência e desempenho psicológico e social	Auto-administrado	Crianças	8

Embora inúmeros instrumentos sejam utilizados para este fim, ainda não há nenhum instrumento que tenha conseguido abranger todas estas características. Principalmente porque a QV é uma concepção pessoal de difícil quantificação, variando suas definições de acordo com os interesses do indivíduo, de seu grupo cultural e de seus próprios valores. Assim, ela é um conceito global que aborda diferentes facetas da vida de um indivíduo (saúde, família e meio ambiente, entre outras)²³.

As medidas de QVRSB, mostrando a extensão para qual os distúrbios dentários e bucais condicionam e alteram o desempenho diário físico, psicológico e social, são fundamentais, traduzindo-se em impactos que podem ser categorizados como desempenho funcional e físico (por exemplo, comer e apreciar a comida, e falar e pronunciar com clareza); desempenho psicológico (como sorrir, dar risadas e mostrar os dentes sem constrangimento); e desempenhos sociais (afetando as interações com as pessoas e a realização de tarefas e funções importantes)⁵. Existe uma abundância de mensurações de QVRS desenvolvidos para adultos e que foram utilizados em crianças. Entretanto, mensurações desenvolvidas para adultos podem não ser adequadas para crianças pelo perfil e validade do conteúdo. É imperativo avaliar a confiança, validade e adequação do instrumento para faixa etária em particular do estudo¹.

Uma estratégia para abordar as diferentes fases de desenvolvimento da criança é criar múltiplas formas de um mesmo instrumento para crianças, cada uma desenhada para diferentes faixas etárias. Esta maneira é vantajosa por levar em consideração os diferentes estágios de desenvolvimento da criança, incluindo sua concepção de doença, assim como sua causa e impacto. Com esta estratégia, é possível desenhar uma série de questionários garantindo que o formato e o conteúdo sejam apropriados para a idade de todas as crianças²⁴.

Tem havido uma crescente preocupação com as populações pediátricas com doenças crônicas e para isso instrumentos de mensuração de QVRS genéricos e específicos para doença têm sido desenvolvidos. A avaliação através de um instrumento de QVRS genérico conta com a proteção de populações saudáveis, possibilita comparações padronizadas acerca das condições da saúde crônica pediátrica e facilita a comparação com populações saudáveis²⁵. No entanto, não é capaz de avaliar os sintomas específicos da doença e os efeitos colaterais do tratamento de relevância

particular ao grupo doente. Em contraste, avaliações específicas para doenças crônicas (por exemplo, para asma, diabetes e artrite) podem prover informações sobre o manejo dessas doenças no nível individual. Todavia, esses instrumentos são incapazes de prover comparação entre grupos saudáveis e doentes. Assim sendo, deve-se integrar uma abordagem combinando os méritos relativos de instrumentos de QVRS genéricos e específicos para doença²⁶, a fim de se obter um maior entendimento do impacto da doença nestes pacientes.

Há uma falta de consenso a respeito da administração do instrumento de avaliação de QVRS na criança ou num procurador (por exemplo, responsável ou equipe de saúde). Sempre que a criança for hábil em prover dados confiáveis e válidos, a aplicação direta nestes pacientes é a estratégia ideal porque é consistente com a definição de QVRS que enfatiza a perspectiva subjetiva do paciente²⁷. Entretanto, as crianças, particularmente as pequenas, podem não ser hábeis em prover informação confiável, devendo os pesquisadores avaliar a idade apropriada do instrumento, incluindo o vocabulário, instruções, estrutura das frases, conteúdo e opções de resposta, preocupando-se com as limitações de desenvolvimento. Uma opção para este problema seria desenvolver um instrumento administrado na forma de entrevista que pode incluir procedimentos padronizados para ensinar a criança a responder a mensuração e instruindo-a a não responder questões que não entender, e ainda, checando a compreensão dos itens pela criança. Entretanto, um instrumento administrado por entrevista pode ser mais dispendioso de ser usado que o questionário auto-administrado. Para crianças muito jovens ou gravemente debilitadas, responsáveis podem prover informações que não poderiam ser obtidas de outra forma. Além disso, a perspectiva dos responsáveis é importante por causa da natureza dependente da relação responsável-criança. É este responsável quem avalia o impacto da saúde da criança e decide se esta deve receber o tratamento, ele pode também informar o impacto da doença da criança e do tratamento no funcionamento familiar, o que é uma parte integral da QVRS da criança²⁴.

Entretanto, existem diversas desvantagens em usar os pais como respondentes. Primeiro, um relato por procuração é de alguma forma inconsistente como conceito de QVRS que é definido de acordo com a opinião subjetiva do paciente²⁴. Segundo, o relato de pais e mães pode não ser equivalente entre si^{28,29}, sendo recomendado que

seja feita avaliação dos dois pais e depois cruzar as informações com o objetivo de captar possíveis erros²⁴. Terceiro, o relato dos responsáveis sobre o impacto da doença nas suas crianças é baseado no conhecimento acerca de como eles mesmos são afetados. Finalmente, não é totalmente claro que pais sejam os adultos mais adequados a responder o questionário²⁹, uma vez que algumas crianças podem passar mais tempo com professores, cuidadores ou outro membro da família do que com os pais, e assim outro adulto teria um conhecimento maior acerca do funcionamento social e psicológico da criança²⁴.

Devido a esta falta de consenso, alguns pesquisadores têm sugerido obter em conjunto informações de responsáveis e crianças²⁸. Esta abordagem pode prover uma informação mais completa de como a doença ou o tratamento causam impacto na vida das crianças e suas famílias²⁴. No entanto, Kuczynski & Assumpção¹⁵ afirmam que é evidente que ainda se está muito aquém de uma concepção uniforme e universal de QV na infância, como também de meios de avaliação deste conceito adaptados ao universo infantil. É prioridade que se tenha clara a necessidade de instituir definições que traduzam os interesses das crianças e do adolescente, e não dos adultos que os avaliam, e que se instaurem métodos de avaliação que captem a percepção do indivíduo a ser avaliado, e não as expectativas e percepções do cuidador, seja ele pai ou profissional de saúde.

A avaliação da QVRS em criança reflete-se na percepção dos pacientes sobre sua SB e com isso pode melhorar a comunicação entre pacientes, pais e a equipe odontológica³⁰. Isto permite um melhor entendimento das consequências do estado de SB na vida da criança e da vida da sua família³¹, podendo ainda ajudar na priorização de cuidados e estimar a consequência das estratégias de tratamento e iniciativas³².

Qualidade de vida e saúde bucal em pacientes infantis infectados pelo HIV

Desde que a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) foi catalogada, o aumento de sua incidência foi progressivo, representando enorme desafio para a medicina. A doença deixou de afetar um grupo específico (homossexuais, hemofílicos e drogados), passando a ocorrer de forma crescente em mulheres e crianças³³. Graças à melhora do tratamento e evolução dos medicamentos, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) não é mais uma doença

aguda e letal, e tornou-se uma condição crônica e subaguda, embora a ameaça de mortalidade ainda esteja presente. Dessa forma, grande atenção tem sido voltada à QVRS, com as subsequentes implicações para o longo período de cuidados aos indivíduos HIV-positivos, sua regulação social com a doença e sua interação com os provedores de assistência médica³⁴.

Destacam-se, ainda, as condições orais que podem estar afetando a vida dos pacientes pediátricos, uma vez que as manifestações orofaciais são comuns na infecção pelo HIV e podem servir como marcadores da infecção ou prognóstico da progressão do HIV para aids³. Dentre as lesões orais encontradas em crianças, destacam-se a candidíase, hipertrofia de parótida, estomatite herpética, leucoplasia pilosa, estomatite aftosa, eritema linear gengival e linfadenopatia cervical³⁵.

Apesar da utilização de terapia medicamentosa em crianças infectadas pelo HIV estar promovendo a diminuição na prevalência de manifestações bucais em tecidos moles ao longo dos anos, observa-se uma constância na alta prevalência de doença cária e gengival, sobretudo devido à influência crônica de alguns fatores envolvidos no processo da infecção pelo HIV⁴. Dentre eles, destacam-se o uso prolongado de medicamentos açucarados⁴, alterações no fluxo salivar pelo uso de medicamentos e/ou por alterações de glândulas salivares³⁶, dieta rica em carboidratos^{4,37}, repetidos episódios de internação⁴, higiene oral deficiente³⁷ e imunossupressão pela infecção pelo HIV³⁷.

É importante considerar que nenhuma doença nos tempos atuais fez crescer tanto o número de papéis clínicos, emocionais ou éticos, como fez a infecção pelo HIV³⁸. O controle da pandemia de HIV/aids extrapola os limites da intervenção médica ou da saúde pública em sua concepção mais estreita. O complexo nosológico HIV/aids assume características de problema social e multifacetado, seja pelas associações doença, sexualidade e morte, seja pelo estigma a ele atribuído ou até mesmo pelas consequências econômico-produtivas que acarreta ao infectado ou doente. Assim, não se pode desprezar a força das representações simbólicas do processo saúde-doença e seu impacto sobre a vida dos indivíduos que com ela convivem no seu cotidiano³⁹.

A infecção pelo HIV é uma das poucas doenças crônicas e ameaçadoras da vida que afeta tanto país e criança simultaneamente. É verdadeiramente uma doença familiar onde todos são afetados^{40,41}. A doença parental pode levar a um aumento dos níveis de depressão, ansiedade e dificuldades de comportamento da criança^{42,43}. Dessa

forma, a QV do indivíduo portador do vírus HIV é significativamente afetada não só pelas manifestações da infecção, mas também pelo impacto que a doença causa em sua vida. Isto é ainda mais relevante ao se considerar os pacientes de baixa idade e ainda em desenvolvimento, uma vez que apresentam doença crônica e podem ter percepção diferenciada quanto a sua QV, quando comparados a outras crianças clinicamente saudáveis.

Por terem de lidar com doença cária e periodontal, que indubitavelmente podem levar à dor e problemas estéticos, e também com outras manifestações orais da infecção pelo HIV, torna-se relevante avaliar a QVRS. Todos estes problemas gerados pela doença afetam significativamente o cotidiano destas crianças. Seja o desempenho funcional e físico, psicológico e social, todas as esferas sofrem um impacto considerável ao serem analisadas e devem ser levadas em consideração quando se pretende cuidar e tratar estas crianças para que o universo delas seja melhor compreendido e o seu tratamento individualizado.

Identificar os fatores que reduzem a QV nos casos de HIV/aids é um importante passo para melhorar a QV nesta população, permitindo aos clínicos examinar esses fatores e intervir. Assim, tornam-se cada vez mais necessários instru-

mentos que auxiliem o cirurgião-dentista e demais profissionais responsáveis por estas crianças a avaliar não só a presença da enfermidade causada pelo vírus HIV, como também a QVRS destes pacientes infantis, em virtude deste ser um componente auxiliar na mensuração da saúde do paciente.

Conclusão

A qualidade de vida relacionada à saúde é um importante componente auxiliar aos indicadores clínicos na avaliação da saúde do paciente. Isto se torna ainda mais relevante em pacientes infantis e com doenças crônicas, em que a cura da doença não é possível. Dentre estas doenças crônicas, a infecção pelo HIV merece destaque, uma vez que estes pacientes convivem com os problemas sistêmicos bem como com manifestações bucais da infecção, que determinam um impacto significativo em sua qualidade de vida. Assim, tornam-se cada vez mais necessários instrumentos que auxiliem o cirurgião-dentista e demais profissionais responsáveis por estas crianças para avaliar não só a presença da enfermidade, como também a qualidade de vida destas crianças.

Colaboradores

AK Buczynski trabalhou na revisão bibliográfica, estruturação e redação do texto. GF Castro e IPR Souza foram orientadoras do estudo, participando da concepção, discussão e revisão final do estudo.

Referências

1. McGrath C, Broder H, Wilson-Genderson M. Assessing the impact of oral health on the quality of children: implications for research and practice. *Comm Dent Oral Epid* 2004; 32:81-85.
2. Burckhardt CS, Anderson KL. The quality of life scale (QOLS): reliability, validity and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003; 1:60.
3. Ramos-Gomez FJ, Hilton JF, Canchola AJ, Greenspan D, Greenspan JS, Maldonato YA. Risk factors for HIV-related orofacial soft-tissue manifestations in children. *Pediat Dent* 1996; 18(2):121-126.
4. Ribeiro AA, Portela M, Souza IP. Relação entre biofilme, atividade de cárie e gengivite em crianças HIV+. *Pesqui Odontol Bras* 2002; 16(2):144-150.
5. Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Editora Santos; 2000.
6. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994.
7. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(1):19-28.
8. Bastos JM, Saliba NA, Unfer B. Considerações a respeito de SB e classes sociais. *Rev Paul Odonto* 1996; 38(4): 38-41.
9. Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: Slade G. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina/ Dental Ecology; 1997.
10. Miotto MHMB, Barcellos LA. Uma revisão sobre o indicador subjetivo de SB "Oral Health Impact Profile" OHIP. *UFES Ver. Odontol. Vitória* 2001; 3(1):32-33.
11. Yewer-Dwyer M. The definition of oral health. *Brit Dent J* 1993; 174:224-225.
12. Dolan T. Identification of appropriate outcomes for an aging population. *Special Care in Dentistry* 1993; 13:35-39.
13. Leão ATT, Cidade MC, Varela JR. Impactos da saúde periodontal na vida diária. *Rev Bras Odontol* 1998; 5(4):238-241.
14. Barréto APR, Oliveira CS, Paiva SM, Pordeus IA. Qualidade de vida infantil: influência dos hábitos de higiene bucal e do acesso aos serviços odontológicos. *Rev Ibero-amer Odontop Odontol Bebê* 2004; 7(39):453-460.
15. Kuczynski E, Assumpção JR FP. Definições atuais sobre o conceito de qualidade de vida na infância e adolescência. *Ped Mod* 1999; 35(3):73-78.
16. Hinds P. Quality of life in children and adolescents with cancer. *Semin Oncol Nurs* 1990; 6:285-291.
17. Bradlyn AS, Ritche AK, Harris CV, Moore IM, O'Brien RT, Parsons SK, Patterson K, Pollock BH. Quality of life research in Pediatric Oncology. Research Methods and Barriers. *Cancer* 1996; 78(6):1333-1339.
18. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Comm Dent Health* 1998; 23:32-36.
19. Sheiham A, Crogg SH. The psychosocial impact of dental diseases on individuals and communities. *J Behav Med* 1981; 4:257-272.
20. Oral Health Strategy Group. *An oral health strategy for England*. London: Department of Health; 1994.
21. Cohen LK, Jago JD. Toward the formulation of socioindental indicators. *Int J Health Serv* 1976; 6:681-698.
22. Mulhern RK, Horowitz ME, Ochs J. Assessment of quality of life among Pediatric patients with cancer: Psychological assessment. *J Consult Clinic Psychol* 1989; 1:130-136.
23. Assumpção JR FB, Kuczynski E, Sprovieri MH, Aranha EMG. Escala de avaliação de qualidade de vida. *Arg Neuropsiquiatria* 2000; 58(1): 119-127.
24. Matza LS, Swensen AR, Flood EM, Seznik K, Leidy NK. Assessment of health-related quality of life in children: a review of conceptual, methodological, and regulatory issues. *Value in health* 2004; 7(1):79-92.
25. Varni JW, Burwinkle TM, Seid M, Skarr D. The PedsQL™ 4.00 as a pediatric population health measure: feasibility, reliability and validity. *Ambul Pediatr* 2003; 3:329-341.

26. Varni JW, Burwinkle TM, Lane MM. Health-related quality of life measurement in pediatric clinical practice: an appraisal and percept for future research and application. *Health and Quality of Life Outcomes* 2005; 3:34.
27. Eiser C, Mohay H, Morse R. The measurement of quality of life in young children. *Child: Care, Health and Develop* 2000; 26(5):401-414.
28. Eiser C, Morse R. Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Qual Life Res* 2001; 10:347-357.
29. Landgraf JM, Abetz LN. Measuring health outcomes in pediatric populations: issue in psychometrics and application. In: Spilker B, editor. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996
30. Weintraub JA. Uses of oral health related quality life measures in public health. *Comm Dent Health* 1998; 15:8-12.
31. Holt RD. Advances in dental public health. *Prim Dent Care* 2001; 8:99-102.
32. Sheiham A, Maizels JE, Cushing AM. The concept of need in dental care. *Int Dent J* 1982; 32:265-270.
33. Valentim C. Condições patológicas da cavidade bucal na infância. In: Corrêa MSNP. *Odontopediatria na primeira infânci*a. São Paulo: Editora Santos; 1998.
34. Elliott AJ, Russo J, Roy-Byrne PP. The effect of changes in depression on health related quality of life (HRQoL) in HIV infection. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24:43-47.
35. Chigurupati R, Raghavan SS, Studen-Pavlovich DA. Pediatric infection and its manifestations: a review. *Pediatric Dent* 1996; 18(2):106-113.
36. Ribeiro AA, Bunzman ER, Castro GF, Nishio C, Souza IP. Relation between salivary flow, medicines and caries in HIV + children. *J Dent Res* 1998; 77:841.
37. Souza IPR, Teles GS, Castro GF, Guimarães L, Viana RBC, Peres M. Prevalência de cárie em crianças infectadas pelo HIV. *Rev Bras Odontol* 1996; 53(1):49-51.
38. Sonis ST, Fazio RC, Fang L. *Princípios e prática de medicina oral*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
39. Santos EM, Carvalho AMT. Crônicas da vida mais contrariada: sofrimento psíquico, HIV/AIDS e trabalho em saúde. *Cad Saúde Col* 1999; 7(2):147-173
40. Gibb DM, Duggan C, Lwin R. The family and HIV. *Genitourinary Medicine* 1991; 67:363-366.
41. Melvin D, Sherr L. The child in the family – Responding to AIDS and HIV. *AIDS Care* 1993; 5(1):35-42.
42. Anderson CA, Hamen CL. Psychosocial outcomes of children of unipolar depressed, bipolar, medically ill and normal women: a longitudinal study. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61:448-454.
43. Siegal K, Mesagno FP, Karus D, Christ G, Banks K, Moynihan R. Psychosocial adjustment of children with terminally ill parent. *J American Academy Child Adolescent Psychiatry* 1992; 31(2):327-333.
44. Slade GD, Spencer AJ. Development and evolution of the oral health impact profile. *Comm Dent Health* 1994; 11:3-11.
45. Slade GD. Derivation and validation of a short form oral health impact profile. *Comm Dent Oral Epid* 1997; 25:284-290.
46. Leão A, Sheiham A. The development of measures on daily impacts on daily living. *Comm Dental Health* 1996; 13:22-26.
47. Adulyanon S, Sheiham A. Oral impacts on Daily performances. In: Slade GD. *Measuring Oral health and Quality of Life*. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997.
48. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res* 2002; 81:459-463.
49. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life, impact for children; the OIDP-CHILD. *Comm Dent Health* 2004; 21(2):161-169.

Artigo apresentado em 30/05/2006

Aprovado em 22/05/2007

Versão final apresentada em 15/06/2007