ROBERTA BIANCA LOURENÇONE LINDENBERG

IMPACTO DA MÁ-OCLUSÃO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA E SENSO DE COERÊNCIA DE PACIENTES ADULTOS

CAMPO GRANDE

2016

ROBERTA BIANCA LOURENÇONE LINDENBERG

IMPACTO DA MÁ-OCLUSÃO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA E SENSO DE COERÊNCIA DE PACIENTES ADULTOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. José Carlos Garcia de Mendonça.

CAMPO GRANDE

2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

ROBERTA BIANCA LOURENÇONE LINDENBERG

IMPACTO DA MÁ-OCLUSÃO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA E SENSO DE COERÊNCIA DE PACIENTES ADULTOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Resultado_____

Campo Grande (MS), 26 de fevereiro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. José Carlos Garcia de Mendonça

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

_____

Prof. Dr. Paulo Zárate Pereira

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

_____

Prof. Dr. Túlio Marcos Kalife Coêlho

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

DEDICATÓRIA

À minha família, Alexandre, Guilherme, Fernanda e Gabriel.

À minha mãe, Jaimira.

Aos meus irmãos, Rodrigo e Renata.

Aos meus sobrinhos, Marco Antônio e João Flávio.

Obrigada por me fazerem almejar, acreditar, confiar, superar, prosseguir e conquistar.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. José Carlos Garcia de Mendonça, pela confiança, autonomia e apoio para o desenvolvimento do projeto.

Aos professores: Albert Schiaveto de Souza, Anísio Lima da Silva, Benícia Carolina Iaskieviscz Ribeiro, Carmen Regina Coldebella, Danilo Mathias Zanello Guerisoli, Elizeu Insaurralde, José Luiz Guimarães de Figueiredo, José Peixoto Ferrão Júnior, Key Fabiano Souza Pereira, Margareth da Silva Coutinho, Nara Rejane Santos Pereira, Paulo Zárate Pereira, Rosana Mara Giordano de Barros, Túlio Marcos Kalife Coêlho e Valéria Rodrigues de Lacerda. Obrigada por dividirem comigo todos os seus conhecimentos.

A todos os colegas de turma: Alessandra, Amanda, Bárbara, Camila, Cristina, Daniela, Laís, Leilane, Maeve, Nathalia, Omar, Simone, Sloan e Vanessa. É um privilégio participar desta turma.

Às instituições que promovem o curso de especialização em Ortodontia, nas pessoas de Carlos Magno de Oliveira Rodrigues (ABO/MS), Matheus Valieri (FACSET) e Mário Roberto Perussi (ABCD/MS); pela disponibilidade de seus espaços físicos e pacientes.

Aos participantes da pesquisa, pela colaboração e gentileza em ceder informações importantes de suas vidas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa.

“Tenha em mente que tudo que você aprende na escola é trabalho de muitas gerações. Receba essa herança, honre-a, acrescente a ela e, um dia, fielmente, deposite-a nas mãos de seus filhos”.

(Albert Einstein)

RESUMO

Lindenberg RBL. Impacto da má-oclusão sobre a qualidade de vida e senso de coerência de pacientes adultos. Campo Grande; 2016.

Estudos sobre o impacto das condições bucais na qualidade de vida do indivíduo revelam que os aspectos funcionais, sociais e psicológicos são significativamente afetados por uma condição bucal insatisfatória. A elevada procura por tratamentos ortodônticos, por adultos, justifica-se principalmente pela maior importância à estética facial, influenciando na qualidade de vida desse paciente. Senso de coerência (SOC) é um recurso psicológico no qual indivíduos com forte SOC lidam bem com fatores estressantes, resultando numa melhor percepção da qualidade de vida relacionada à saúde. O objetivo desse estudo transversal foi investigar o impacto da má-oclusão sobre a qualidade de vida e o senso de coerência, sendo realizado em três instituições que promovem cursos em nível de especialização lato sensu em Ortodontia, no município de Campo Grande (MS). Utilizou-se uma amostra de 130 pacientes adultos com idade a partir de 25 anos de idade. Os dados foram coletados através do questionário Perfil de Impacto de Saúde Bucal (OHIP-14), do questionário de Senso de Coerência (SOC) e do Índice de Estética Dental (DAI). De acordo com o DAI, 65,4% (n=85) dos pacientes apresentaram alguma anormalidade na oclusão, sendo que a extensão do impacto foi significativamente maior do que naqueles classificados como sem anormalidade (teste t-student. p=0,03). Não houve correlação entre o impacto na qualidade de vida e o SOC. Concluiu-se que adultos com má-oclusão tiveram um impacto negativo sobre a qualidade de vida e o SOC não contribuiu para a diminuição desse impacto.

Palavras-chave: qualidade de vida, senso de coerência, má-oclusão, adultos.

ABSTRACT

Lindenberg RBL. Impact of malocclusion on quality of life and sense of coherence of adult patients. Campo Grande; 2016.

Studies on the impact of oral conditions on the individual's quality of life reveal the functional, social and psychological aspects are significantly affected by a poor oral health. The high demand for orthodontic treatments for adults, justified mainly by greater emphasis on facial aesthetics, influencing the quality of life of patients. Sense of coherence (SOC) is a psychological feature in which individuals with strong SOC deal well with stressors, resulting in better perception of quality of life related to health. The purpose of this cross-sectional study was to investigate the impact of malocclusion on the quality of life and sense of coherence, was conducted at three institutions that promote specialization courses in the broad sense postgraduate level in Orthodontics in city of Campo Grande (MS). We used a sample of 130 adult patients aged from 25 years of age. Data were collected through the questionnaire Oral Health Impact Profile (OHIP-14), questionnaire Sense of Coherence (SOC) and the Dental Aesthetic Index (DAI). According to the DAI, 65.4% (n = 85) of patients had some abnormality in the occlusion, and the extent of the impact was significantly higher than in those classified as no abnormality (Student's t test. p = 0.03). There was no correlation between the impact on quality of life and the SOC. It was concluded that adults with malocclusion had a negative impact on quality of life and the SOC did not contribute to reducing this impact.

Keywords: quality of life, sense of coherence, malocclusion, adults.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes do estudo de acordo com os dados sociodemográficos. Campo Grande (MS), 2016. (n=130)..... 37

Tabela 2 - Avaliação da associação entre apresentar ou não anormalidade pelo DAI e as variáveis sexo e faixa etária Campo Grande (MS), 2016. (n=130)..... 38

Tabela 3 - Avaliação da associação entre apresentar ou não anormalidade pelo DAI e as variáveis prevalência, extensão e severidade dos impactos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Campo Grande (MS), 2016. (n=130)..... 39

Tabela 4 - Frequência do impacto relatado em cada item do OHIP-14 entre os participantes do estudo Campo Grande (MS), 2016. (n=130)..... 40

Tabela 5 - Escores médios no OHIP-14, SOC e DAI, de acordo com o sexo dos participantes deste estudo Campo Grande (MS), 2016. (n=130)..... 42

Tabela 6 - Escores médios no OHIP-14, SOC e DAI, de acordo com a faixa etária dos participantes deste estudo. Campo Grande (MS), 2016. (n=130)..... 42

Tabela 7 - Análise univariada dos fatores sociodemográficos nos grupos de participantes com e sem impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Campo Grande (MS), 2016. (n=130)..... 44

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Medição do diastema incisal em milímetros..... 32

Figura 2 - Posição da sonda CPI para medir a irregularidade anterior... 32

Figura 3 - Medição do *overjet* maxilar e mandibular anterior com a sonda CPI..... 33

Figura 4 - Medição da mordida aberta vertical anterior pela sonda CPI. 34

Figura 5 - Avaliação da relação molar anteroposterior..... 35

Figura 6 - Gráfico de dispersão apresentando a correlação linear positiva, porém fraca, entre o escore OHIP-14 e o escore DAI..... 41

Figura 7 - Gráfico de dispersão apresentando a correlação linear positiva, porém fraca, entre o escore OHIP-14 e o escore SOC..... 41

Figura 8 - Gráfico apresentando o escore na escala DAI, de acordo com a faixa etária..... 43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPI	Community Periodontal Index
DAI	Dental Aesthetic Index
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Mato Grosso do Sul
OHIP	Oral Health Impact Profile
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de vida
QVRSB	Qualidade de vida relacionada à saúde bucal
SOC	Senso de Coerência
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	12
2	**REVISÃO DE LITERATURA**	14
2.1	**Qualidade de vida**	14
2.2	**Senso de coerência**	15
2.3	**Qualidade de vida e saúde**	18
2.4	**Qualidade de vida e saúde bucal**	18
2.5	**Má-oclusão e impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal**	19
2.6	**Instrumento de avaliação do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida**	22
2.7	**Tratamento ortodôntico em adultos e qualidade de vida relacionada à saúde bucal**	23
2.8	**Índice de Estética Dental**	26
3	**OBJETIVOS**	28
3.1	**Objetivo geral**	28
3.2	**Objetivos específicos**	28
4	**MATERIAIS E MÉTODO**	29
4.1	**Aspectos éticos**	29
4.2	**Critérios de inclusão**	29
4.3	**Critérios de exclusão**	29
4.4	**População e amostra**	29
4.5	**Coleta de dados**	30
4.6	**Análise estatística**	36
5	**RESULTADOS**	37
6	**DISCUSSÃO**	45
7	**CONCLUSÕES**	52
	REFERÊNCIAS	53

1 INTRODUÇÃO

Qualidade de vida (QV) na perspectiva da Organização Mundial da Saúde (OMS) é “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1997b). Minayo et al., em 2000, abordaram QV como uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal) e também objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade.

Na saúde, o interesse pelo conceito de QV é recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que tem influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. O desenvolvimento do construto interdisciplinar QV poderá resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença, o que pode ser de grande valia para a superação de modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que negligenciam aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

A teoria salutogênica, proposta por Antonovsky, em 1979, considera que a saúde é o resultado da capacidade adaptativa do ser humano ao estresse, onde fatores insalubres fazem parte do meio ambiente e um estado saudável está mais relacionado com a percepção e a forma de lidar com esses fatores do que a sua mera presença. O construto elaborado a partir dessa teoria, o Senso de Coerência (SOC), consiste em um determinante importante da posição do indivíduo na contínua alternância entre presença e ausência de bem-estar, permitindo enfrentar as dificuldades da vida, conduzindo à QV (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2005; SILVA et al., 2008). Independente das medidas utilizadas, os resultados indicam que quanto mais forte o SOC, melhor a autopercepção da QV indivíduo, promovendo sua saúde (LINDSTRÖM; ERIKSSON, 2006; BOMAN et al., 2012).

A saúde bucal, especificamente, é um importante fator determinante da QV. Neste sentido, a epidemiologia tem agregado medidas de percepção aos indicadores clínicos para uma maior compreensão das necessidades dos pacientes a fim de refinar os diagnósticos e decidir o melhor tipo de tratamento, levando em

consideração aspectos sociopsíquicos até então ignorados pelos sistemas normativos. Os indicadores subjetivos devem ser utilizados de forma complementar aos indicadores objetivos permitindo conhecer a percepção do indivíduo a respeito de sua condição bucal e a sua necessidade de tratamento, melhorando sua QV (FEU et al., 2010; MIOTTO et al., 2012; GABARDO et al., 2013).

Condições que afetam a saúde bucal, inclusive a má-oclusão, são altamente prevalentes promovendo consequências físicas e psicológicas ao indivíduo. Por isso, o tratamento ortodôntico tem como benefício primordial a melhora na estética e função mastigatória, que por sua vez, resultam em melhorias no bem-estar social e psicológico do paciente refletidas em uma melhor QV (CUNNINGHAM; HUNT, 2001; FEU, 2011).

A demanda de pacientes adultos em busca de tratamento ortodôntico pode ser explicada por muitas razões, mas a mais importante é a mudança no conceito de normalidade, permitindo a seleção de terapias mais simples, conservadoras e consistentes. A promoção da conscientização da sociedade sobre as vantagens deste tratamento e o aumento da demanda estética, com uma vida cada vez mais longa e ativa nos aspectos sociais, afetivos e profissionais, cria um contexto em que a necessidade de Ortodontia é absolutamente estabelecida para os indivíduos adultos (CAPELOZZA FILHO et al., 2012).

O aprofundamento obtido no diagnóstico inicial com a introdução do uso de índices de QV permite ganhos na relação profissional-paciente, por ampliar o conhecimento dos fatores que levaram à busca do tratamento, estabelecendo um vínculo que possibilita compreender e respeitar suas expectativas em relação ao tratamento ortodôntico, alcançando uma maior cooperação, motivação e finalmente, o sucesso do tratamento instituído (OLIVEIRA et al., 2013; SOUZA et al., 2013; STANFORD et al, 2014).

E a partir dessa visão, tendo a medida de impacto na QV como desfecho, o objetivo dessa pesquisa é identificar o comprometimento da QV em adultos que procuram o tratamento ortodôntico, verificando as associações com o SOC e o grau de complexidade da má-oclusão.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Qualidade de vida

O interesse em conceitos como padrão de vida e qualidade de vida (QV) foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe como uma consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de QV refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (FLECK et al., 1999).

O conceito de QV surge na segunda metade do século XX quando ocorre a melhoria global de condições de vida, decorrente da redução de conflitos militares à escala mundial, um crescente desenvolvimento técnico-científico que contribui para a implementações de novas perspectivas terapêuticas, a redução da mortalidade e da morbidade infantil e o aumento da esperança de vida. Atribui-se atualmente muito valor à necessidade de viver bem, melhorando a qualidade do tempo de vida e a condição global da humanidade (SEIDL; ZANNON, 2004).

Num estudo multicêntrico realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo principal de elaborar um instrumento de avaliação da QV, numa perspectiva internacional e multicultural, foi definida QV como ‘a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações’ (OMS, 1997b). A definição reflete a natureza subjetiva da avaliação, sendo um conceito individual e perceptivo, depende dos sistemas de valores de cada pessoa, assim como de condicionantes emocionais e pessoais, associados a fatores socioeconômicos, culturais, espirituais e circunstâncias objetivas do momento; podendo modificar-se na mesma pessoa e ao longo do tempo (FLECK, 2000).

Nesta perspectiva, QV é uma noção eminentemente humana, subjetiva e polissêmica que se refere ao bem-estar que os indivíduos e a coletividade encontram na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Do ponto de vista

sociológico, pode ser definida como o padrão que uma sociedade determina e se mobiliza para conquistar, por meio de políticas públicas e sociais que induzam e orientem o desenvolvimento humano, as liberdades individuais e coletivas e as mudanças positivas no modo e no estilo de vida e nas condições sociais (MINAYO et al., 2000).

2.2 Senso de coerência

Em 1974, Lalonde apresentou novas perspectivas sobre a saúde dos canadenses, argumentando que a saúde é criada por complexas relações entre o indivíduo e a sociedade. Ele afirmou que o modelo biomédico foi demasiado limitado para explicar saúde (LALONDE, 2002). Ao mesmo tempo, Aaron Antonovsky, em 1979, introduziu a Teoria salutogênica e o Senso de Coerência (SOC), alegando que a orientação da vida das pessoas terá um impacto sobre a saúde, contribuindo para um desenvolvimento positivo da saúde e melhor QV. Portanto, uma certa possibilidade de modificar e ampliar a saúde é cada vez mais perceptível, transformando o SOC em um recurso de saúde, influenciando a QV (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2007)

Mais de 20 anos se passaram desde que o sociólogo médico americano-israelense Aaron Antonovsky introduziu a teoria salutogênica como uma orientação global a ver o mundo, alegando que a forma como as pessoas vêem a sua vida tem uma influência positiva sobre a sua saúde. O SOC explica por que as pessoas em situações estressantes ficam bem e ainda são capazes de melhorar a sua saúde (LINDSTRÖM; ERIKSSON, 2006). O SOC é altamente associado com aspectos psicológicos, incluindo estresse e aspectos comportamentais podendo-se concluir que a escala só pode servir como um indicador para a saúde que é medida através da incorporação de aspectos psicológicos, embora não seja capaz de explicar a saúde física que é medida apenas por meio de termos físicos (FLENSBORG-MADSEN et al., 2005).

O SOC também poderia ser um determinante da saúde bucal, onde indivíduos com um forte SOC tenham menos problemas bucais do que aqueles com um fraco SOC. O construto também tem os recursos necessários para lidar com os estressores que ameaçam a saúde em geral, promovendo uma manutenção da

saúde. Isto leva a uma suposição de que a saúde bucal poderia ter um papel essencial no conceito mais amplo de saúde relacionados com QV (SAVOLAINEN et al., 2005; BERNABÉ et al., 2009).

Segundo Antonovsky, o SOC apresenta-se como um atributo individual que protege o indivíduo contra as consequências prejudiciais do estresse, e o ser humano possui recursos internos e externos que são utilizados nestes tipos de situações. Em vez de priorizar fatores de risco e mudanças comportamentais, a teoria destaca a importância dos recursos e da capacidade de utilizá-los. O construto sugere explicações para a relação entre estressores e status de saúde. Quanto mais elevado o SOC, maior a capacidade dos indivíduos para lidar com os estressores e, portanto, manter a própria saúde. A teoria pode servir como referencial teórico para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde bucal que objetivem fortalecer os recursos disponíveis, criar outros melhores e permitir que as pessoas os identifiquem e deles possam se beneficiar (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2007).

O SOC de um indivíduo é baseado em recursos de resistência gerais que estão relacionados à habilidade do indivíduo em lidar com a tensão e evitar ou manejar o estresse. Eles são definidos por Antonovsky como sendo as variáveis relacionadas ao indivíduo, grupo social e meio ambiente que podem facilitar o manejo efetivo das tensões, sendo advindos de experiências vividas pelo indivíduo e incluem: recursos materiais (dinheiro, alimentação, moradia), conhecimento e inteligência, auto-conhecimento, estratégia de enfrentamento racional e flexível, apoio social, coesão e comprometimento com a sua cultura, religião e filosofia, comportamentos saudáveis, estado de saúde atual, e as próprias características genéticas e constitucionais que favorecem a determinação dos recursos de resistência intrínsecos aos sujeitos (SILVA et al., 2008).

Antonovsky argumenta que na terceira década de vida, os indivíduos já teriam sido expostos às experiências as quais permitiriam que eles tivessem uma percepção de suas vidas como coerentes, estruturadas e compreensíveis. São fenômenos que proporcionam ao ser humano um conjunto de experiências de vida caracterizado pela consistência, pela participação individual na obtenção dos resultados da ação e pela possibilidade de fazer um balanço dessa ação. Ressalta que nessa idade, geralmente, o ser humano já completou a sua formação educacional, escolheu sua profissão, constituiu família e definiu seus papéis sociais (LINDSTRÖM; ERIKSSON, 2006).

Assim, a estabilidade do SOC após o indivíduo atingir a idade adulta tem sido investigada através de estudos de seguimento de diferentes grupos populacionais (NILSSON et al., 2003). Os resultados revelam que SOC aumenta com a idade e que os adultos mais jovens têm uma pontuação estatisticamente significativamente menor quando comparados com indivíduos com mais de 30 anos de idade (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2005; LINDMARK et al., 2010).

Os pensamentos e as idéias por trás do modelo salutogênico para a saúde têm, por algum tempo, influenciado a discussão e o debate no movimento da promoção da saúde. A promoção da saúde tem de se adaptar às mudanças sociais, econômicas e políticas em um mundo onde as expectativas do público e preferências estão mudando constantemente. Nesta situação, as capacidades do indivíduo, do grupo e da sociedade para gerir a mudança tornar-se crucial. A forma como as pessoas são capazes de perceber estruturas, criar coerência e manter tudo junto tem um impacto fundamental sobre a saúde. O objetivo final das atividades de promoção da saúde é criar pré-requisitos para uma boa vida. A percepção de uma boa saúde é um fator determinante para a QV. O modelo salutogênico contribui para a manutenção e desenvolvimento da saúde e da QV (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2007; ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2008).

A escala SOC é uma escala padrão escrita originalmente em hebraico e inglês para ser usada de forma transcultural. Em seu formato operacional é denominada Questionário de Orientação para a Vida. A versão original consiste em um questionário fechado com 29 itens para operacionalizar o construto; também foi desenvolvida uma versão reduzida sobre o uso da escala SOC guiado por Eriksson e Lindström (2005).

No Brasil, uma nova versão da escala SOC-13 foi apresentada com adaptações, sendo testada e validada por Bonanato et al., em 2009. Devido a possibilidade de baixo percentual de respostas e elevado número de respostas extremas, esta versão passou por adaptação transcultural e adaptações nas propriedades psicométricas, e foi utilizada em estudo realizado com uma amostra de mães de pré-escolares. De acordo com este estudo, verificou-se que a adaptação transcultural proposta, foi consistente e confiável para população urbana de mães em diferentes condições sociais.

2.3 Qualidade de vida e saúde

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se num momento histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (BRASIL, 1986). O conceito ampliado define que "saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde". Essa definição envolve reconhecer o ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida (BRASIL, 2004).

A nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e QV, e não simplesmente com ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas. Nessa perspectiva, a intervenção sanitária refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença (BUSS, 2000).

O conceito de QV relacionada com a saúde refere-se à autopercepção do paciente em perceber a sua performance em quatro dimensões: física, funcional, psicológica e social. As noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si (MINAYO et al., 2000).

2.4 Qualidade de vida e saúde bucal

A saúde bucal afeta as pessoas física e psicologicamente, influenciando em como elas crescem, se veem, aproveitam a vida e se socializam, assim como seus sentimentos e bem-estar social (LOCKER, 1997). Significa mais do que bons dentes; é parte integrante da saúde geral e essencial para o bem-estar. O complexo

craniofacial nos permite falar, sorrir, beijar, tocar, cheirar, sentir o gosto, mastigar e engolir. Ele fornece proteção contra infecções microbianas e ameaças ambientais. Doenças bucais podem restringir as atividades na escola, no trabalho e em casa, além disso, o impacto psicossocial dessas doenças diminui de forma significativa a QV (OMS, 2003).

A OMS, em 2003, delineou os princípios para a promoção de saúde no Século 21:

- A saúde bucal é parte integral e essencial da saúde geral.
- A saúde bucal é um fator determinante da QV.
- A saúde bucal e a saúde geral estão fortemente associadas.

Relacionar a saúde bucal à QV melhora a compreensão da relação entre saúde bucal e saúde geral e demonstra aos pesquisadores clínicos e profissionais que a melhoria da qualidade do bem-estar de um paciente vai além de simplesmente tratar doenças dentárias. Doenças essas que podem diminuir a auto-estima, desencorajar a interação social, levar ao estresse crônico e depressão. Podem interferir nas funções vitais, como respirar, comer, deglutir e falar, bem como nas atividades da vida diária, tais como o trabalho e família (SISCHO; BRODER, 2011).

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) é determinada por uma variedade de condições que afetam a percepção do indivíduo, os seus sentidos e os comportamentos no exercício de sua atividade diária. Os dados de autopercepção são importantes, pois é possível verificar quando existe a necessidade de mudança de comportamento, a qual só ocorre quando há motivação, ou seja, quando o paciente tem a consciência de sua própria condição, fazendo com que o interesse em cuidar de sua saúde, transforme-se em bem-estar e aumente a QV (JOHANSSON; ÖSTBERG, 2015).

2.5 Má-oclusão e impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal

A má-oclusão é a deformidade dentofacial que, na maioria das ocasiões, não provêm de um único processo patológico específico. Mas é uma variação clínica significativa do crescimento normal, resultante da interação de vários fatores durante o desenvolvimento, tais como a interação entre influências ambientais e congênitas. É fundamental que, epidemiologicamente, sejam identificados os indivíduos ou

comunidades cujas más-oclusões ou anomalias dentofaciais estejam causando dificuldade ou impedimento psicossocial, pela gravidade da anomalia em questão, quando esta desvia significativamente dos padrões estéticos aceitáveis pela sociedade. Segundo diversos autores espera-se algo em torno de 20% a 30% de pessoas com anomalias graves, cujo tratamento torna-se obrigatório, pela forma como o problema afeta a QV, independentemente do local onde estejam ou do índice utilizado (BRASIL, 2008).

O estudo da QV em pacientes ortodônticos é de fundamental importância na compreensão do impacto da má-oclusão em sua vida diária, especialmente em relação às limitações funcionais e ao bem-estar psicossocial. O aprofundamento obtido no diagnóstico inicial, com a introdução do uso de índices de QV, permite ganhos inestimáveis na relação profissional-paciente, por ampliar o conhecimento dos fatores que levaram o paciente à busca do tratamento. Desse modo, o planejamento se torna individualizado baseando-se não só nas características da má-oclusão do paciente, mas também em relação às dimensões de impacto negativo que mais limitam sua vida, havendo maior clareza nas expectativas dos pacientes e profissionais quanto ao resultado final (CUNNINGHAM; O'BRIEN, 2007; FEU et al., 2010; FEU, 2011).

A cirurgia ortognática combinada com a terapia ortodôntica é uma modalidade de tratamento bem estabelecida para a correção de deformidades dentofaciais moderada a grave. A cirurgia visa principalmente corrigir a discrepância esquelética, de modo a facilitar ainda mais a terapia ortodôntica para corrigir a má-oclusão residual. Cada vez mais, reconhece-se as melhorias na QV dos pacientes após cirurgia ortognática e tratamento ortodôntico (CHOI et al., 2010; NAVABI et al., 2012; MIGUEL et al., 2014; ZHOU et al., 2014). Em 2010, Esperão et al. avaliaram o impacto dos problemas bucais na QV de três grupos de pacientes ortodônticos: 20 na fase inicial, 70 na fase pré-cirúrgica e 27 na fase pós-cirúrgica. As fases inicial e do tratamento ortodôntico pré-cirúrgico tiveram um impacto negativo 6,18 e 3,14 vezes, respectivamente, comparada à fase pós-cirúrgica. Concluíram que o tratamento ortodôntico associado à cirurgia ortognática afeta positivamente a QV dos pacientes.

Para avaliar a relação entre as características oclusais e a QVRSB de pacientes adultos que se submeteram ao tratamento ortodôntico (n=15) e ortodôntico-cirúrgico (n=36), Silvola et al., em 2012, coletaram os dados antes e

após o tratamento. Concluiram que o tratamento da má-oclusão severa reduziu os impactos bucais relatados ocorrendo, significativamente, a melhoria da QVRSB. Já em 2014, Silvola et al., avaliaram 52 pacientes adultos (com idade de 18 a 61 anos) submetidos ao tratamento ortodôntico da má-oclusão severa e concluiram que a melhoria na satisfação estética melhorou a qualidade de saúde e suas dimensões de desconforto psicológico e incapacidade psicológica.

Palomares et al., em 2012, avaliaram a QVRSB de 200 adultos, com idade entre 18 e 30 anos, que completaram o tratamento ortodôntico comparada com indivíduos que aguardavam por tratamento. A média do OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) foi de 3,1 (SD±2,99) e 15,1 (SD±8,02) no grupo tratado ortodonticamente e não tratados, respectivamente. Concluíram que adultos que receberam tratamento ortodôntico tem significativamente melhor QVRSB que os não tratados, independentemente da severidade da má-oclusão, do comprometimento estético, sexo e condição socioeconômica, evidenciando os benefícios funcionais e psicossociais do tratamento.

Os pacientes com má-oclusão severa podem relatar vários impactos que podem afetar sua QV de muitas maneiras. O tratamento ortodôntico não só melhora a função e a estética facial, mas também reduz o sofrimento emocional, melhorando a auto-estima do paciente, a socialização e a QV (SCHIMIDT et al., 2013).

Frejman et al., em 2013, avaliaram a QVRSB de 68 indivíduos adultos, com média de idade de 27,56 anos, sendo 55,9%, mulheres. O questionário OHIP-14 foi aplicado em dois grupos: pacientes com deformidades dentofaciais e pacientes com faces harmônicas (grupo controle). Concluiram que os pacientes com má-oclusão apresentaram maior impacto da saúde bucal sobre a QV ($p < 0,001$). Mesma conclusão dada pelo estudo de Johal e Joury (2015), com 62 pacientes adultos que procuravam por tratamento ortodôntico.

Com o objetivo de avaliar o efeito da má-oclusão ou do tratamento ortodôntico na QVRSB, Kang et al., em 2014, aplicaram o questionário OHIP-14 em 860 pacientes adultos (378 homens e 482 mulheres, com idades entre 18 e 39 anos). Dividiram a amostra em quatro grupos: oclusão normal, má-oclusão, tratamento com aparelho fixo e contenção pós-tratamento ortodôntico. Os resultados mostraram que os grupos má-oclusão e tratamento com aparelho fixo apresentaram os maiores scores no OHIP-14 ($p < 0,001$). Concluiram que a má-oclusão tem um

efeito negativo na QV e essa avaliação pode fornecer informações sobre aspectos psicológicos antes, durante e após o tratamento ortodôntico.

Através de um estudo qualitativo com pacientes adultos que compareceram em uma consulta com o ortodontista, Stanford et al., em 2014, concluiram que o conceito de normalidade não pode ser exclusivamente baseado em fatores biológicos mensuráveis. Pacientes percebem a normalidade através de experiências pessoais, que pode ser influenciada por fatores externos, tais como, opiniões de familiares, amigos, profissionais da odontologia e não apenas por medidas biológicas. Os desvios de características faciais normais resultam em impactos psicossociais.

2.6 Instrumento de avaliação do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida

A saúde bucal extrapola o conceito de manter os dentes saudáveis, sendo um ponto essencial para garantir o bem-estar do indivíduo, pois está inserida no contexto de saúde geral interferindo na QV. Os indicadores clínicos não são capazes de captar os agravos tais como dor e interferências na mastigação e na autoestima, a inferência desses aspectos é realizada através de questionários que medem o impacto da saúde bucal na QV (OMS, 2003).

Reconhecendo a importância do impacto da saúde bucal na QV dos indivíduos, a comunidade científica tem procurado criar e validar instrumentos, denominados indicadores sociodentais. Entre esses indicadores se destaca, por seu amplo uso, o OHIP, desenvolvido por Slade e Spencer, em 1994, com o objetivo de proporcionar uma medida abrangente da autopercepção do indivíduo sobre disfunção, desconforto e incapacidade atribuída à condição bucal (SLADE, 1997).

As avaliações subjetivas devem ser interpretadas como aportes críticos essenciais aos indicadores clínicos, auxiliando no refinamento dos diagnósticos e na identificação de pessoas ou grupos populacionais. Há influências importantes a serem consideradas quanto aos fatores pesquisados relativamente à autopercepção em saúde bucal e sua conexão com a QV. O OHIP é um importante auxiliar no esclarecimento de necessidades em saúde bucal e na elaboração de estratégias para controle e redução de doenças com impacto positivo na QV (GABARDO et al.,

2013).

Se a intenção é avaliar a prevalência dos resultados funcionais e psicossociais negativos das doenças bucais (desconforto, disfunção e incapacidade), instrumentos como o OHIP e seus análogos são perfeitamente adequados. Porém, se a intenção é identificar os efeitos das disfunções bucais na QV, como depressão, baixa autoestima, ansiedade, medidas adicionais são claramente necessárias para capturar esse fenômeno mais amplo. (LOCKER; QUIÑONEZ, 2011).

O OHIP foi originalmente desenvolvido com base na Classificação Internacioal de Danos, Limitações e Incapacidades da OMS (1980), que supõe que o conteúdo da QVRSB apresenta sete dimensões conceituais: limitação funcional; dor física; desconforto psicológico; incapacidade física; incapacidade psicológica; incapacidade social e deficiência. Essas dimensões indicam o impacto social das disfunções orais, ou seja, a disfunção, o desconforto e a incapacidade causada por essas condições. O objetivo da medida é amplo; avaliando as prioridades de atendimento ao documentar o impacto social entre indivíduos e grupos, entendendo os comportamentos de saúde bucal, avaliando o tratamento odontológico e fornecendo informações para advogar para a saúde bucal (LOCKER; ALLEN, 2007).

Em sua versão original é composto por 49 itens, o qual mais tarde seria abreviado a 14 itens (OHIP-14) (SLADE, 1997) que procuram descobrir se o paciente sofreu, nos últimos 12 meses, algum incidente social devido à problemas com seus dentes, boca ou próteses.

Oliveira e Nadanovsky, em 2005, concluiram que a versão brasileira do OHIP-14 possui boas propriedades psicométricas, sendo uma valiosa ferramenta para pesquisa internacional, pois é culturalmente válido e confiável.

2.7 Tratamento ortodôntico em adultos e qualidade de vida relacionada à saúde bucal

A busca por tratamento ortodôntico por pacientes adultos está aumentando. Esta exigência pode ser explicada por várias razões, mas o mais importante foi a alteração no conceito de normalidade, permitindo a seleção dos objetivos terapêuticos mais simples e mais conservadoras e consistentes. Esta evolução

conceitual, combinada com os avanços tecnológicos permitiram uma melhoria no tratamento ortodôntico, tornando-o mais eficaz, rápido e confortável. A conscientização da sociedade sobre as vantagens deste tratamento e o aumento da demanda estética, com uma vida cada vez mais longa e ativa, social, afetiva e profissionalmente, cria um contexto em que a necessidade de Ortodontia é absolutamente estabelecida para os indivíduos adultos (BUTTKE; PROFFIT, 1999; CAPELOZZA FILHO et al., 2001; CAPELOZZA FILHO et al., 2012); indicando a estética dental como um importante fator de inserção social do indivíduo (WERNECK et al., 2012).

A elevada procura por tratamentos ortodônticos, evidenciada nas últimas décadas, justifica-se principalmente pela maior importância à estética facial, influenciando a autoestima do indivíduo. Entretanto, muitas vezes o profissional não atinge todas as expectativas esperadas pelo paciente, por não estabelecer uma correta comunicação e conhecer os pontos críticos durante o tratamento ortodôntico (SOUZA et al., 2013). Por outro lado, esses mesmos pacientes adultos, uma vez bem esclarecidos sobre as limitações peculiares ao seu tratamento e sentindo-se bem amparados e orientados pelos profissionais responsáveis, apresentaram um alto índice de satisfação frente aos resultados finais do tratamento, sendo ótimos pacientes para a indicação e execução de procedimentos ortodônticos (OLIVEIRA et al., 2013).

Ao analisarem os fatores que motivam os pacientes adultos a buscarem por tratamento ortodôntico, Maltagliati e Montes, em 2007, avaliaram 70 pacientes (44 mulheres e 26 homens), com idades variando entre 20 e 55 anos. De acordo com os resultados obtidos através de questionários concluíram que a estética relacionada ao posicionamento dentário, principalmente em relação aos dentes anteriores, foi o fator que exerceu maior influência sobre a motivação dos pacientes a buscarem o tratamento ortodôntico.

Anseios de melhora estética foram os principais fatores para a procura pelo tratamento ortodôntico em um estudo com 130 pacientes adultos (idade média de 30,9 anos, sendo 87% do sexo feminino), realizado por Ambrizzi et al., em 2007. Analisaram telerradiografias e fotografias para categorizar o perfil facial e as informações referentes às queixas foram colhidas através de questionários. Em relação à queixa principal para a procura por tratamento, o anseio estético foi predominante (58,5 %, com nível de significância de 5%).

A demanda por tratamento ortodôntico adulto tem crescido rapidamente, mas ainda há uma escassez de informações sobre este subgrupo de pacientes. Entender as características psicológicas e os motivos de qualquer paciente é fundamental e esses fatores podem afetar a satisfação do paciente e a adesão ao tratamento. Pabari et al. (2011), através de um estudo qualitativo, com 135 pacientes com média de idade de 33,8 anos, concluiram que o desejo de melhorar a estética do sorriso foi o principal fator motivador para a busca pelo tratamento ortodôntico e que pacientes que concluiram o tratamento apresentaram maior autoestima sugerindo que o tratamento ortodôntico pode conferir alguns benefícios psicológicos para os pacientes adultos.

Aparência dental é uma característica importante na determinação do interesse de um rosto, e, portanto, desempenha um papel fundamental nas interações sociais humanas. Olsen e Inglehart (2011) concluiram que a oclusão tem uma influência significativa sobre a forma como os adultos percebem e avaliam outros adultos. Os dados da pesquisa foram coletados de 889 pacientes adultos (46% do sexo masculino, 54% do sexo feminino e faixa etária de 18 a 90 anos) que avaliaram fotos que tinham sido manipuladas para exibir uma oclusão normal ou com má-oclusão. Pessoas com oclusão normal foram classificados como mais atraente, inteligente, agradável e extrovertida. Participantes mais jovens e mais escolarizados foram mais críticos em suas avaliações.

Em 2014, Pithon et al., concluiram que pessoas com sorrisos ideais são considerados mais inteligentes e têm uma maior chance de encontrar um emprego, quando comparados com pessoas com sorrisos não ideais. A demanda por tratamento ortodôntico sugere que os pacientes desejam melhora na estética do seu sorriso, que pode ser refletida como maiores benefícios sociais.

Motivação é o impulso para que os pacientes procurem o tratamento ortodôntico, afetando a adesão, os resultados do tratamento e a satisfação. Tang et al. (2015) avaliou a motivação de 42 pacientes adultos do sexo feminino, com idade entre 25 e 26 anos, que procuram por tratamento ortodôntico e quatro fatores principais foram identificados: os pacientes que se concentram na auto-percepção de sua aparência; os pacientes que estão preocupados com a estética e função de seus dentes; os pacientes que são facilmente influenciados por outros e os pacientes que querem melhorar a sua confiança e evitar pensamentos negativos

causados por seus dentes. Sendo a satisfação com a aparência dental e facial a principal razão que leva os indivíduos adultos a procurar o tratamento ortodôntico.

A má-oclusão é o fator-chave associado à má QV em adultos sem tratamento ortodôntico, independente de fatores sociodemográficos e outras doenças bucais comuns; sendo, significativamente, associada à limitação funcional, dor física e incapacidade social. Esses resultados destacam a necessidade de se aumentar a consciência dos principais fatores que afetam a QVRSB com uma melhor compreensão dos efeitos da má-oclusão do ponto de vista do paciente (CHOI et al., 2015).

2.8 Índice de Estética Dental

A OMS (1997a) preconizou o Índice de Estética Dental (DAI, *Dental Aesthetic Index*) na 4ª edição do manual de Levantamentos Básicos em Saúde Bucal, para que houvesse um instrumento apto a colher informações em caráter epidemiológico. O princípio básico do DAI é de uma combinação de medidas (não somente problemas oclusais) as quais, em seu conjunto, expressam o estado oclusal do indivíduo e, consequentemente, sua necessidade de tratamento, devido à composição do índice que considera comprometimento estético além da oclusão (RONCALLI et al., 2012).

O DAI reflete a cultura, o padrão estético, e os valores psicossociais norte-americanos, dando importância para a atração física e considerando as normas socialmente definidas de boa aparência dental, reconhecendo condições que sejam potencialmente prejudiciais psicossocialmente (BORZABADI-FARAHANI, 2011).

O índice está baseado em padrões estéticos socialmente definidos e as indicações de tratamento devem servir apenas como um guia, uma vez que muitas outras características também influenciam na decisão de se iniciar um tratamento ortodôntico (GOYAL et al., 2013).

Ao todo são obtidas 11 medidas, considerando-se três grandes dimensões a serem avaliadas: a dentição, o espaço e a oclusão propriamente dita. O referido índice possui a característica de ser mensurável, objetivo, simples e de fácil aplicação. Porém, não se mostra sensível a alguns problemas de oclusão como:

mordida cruzada, dentes impactados, sobremordida profunda e falta de molares; evidenciando seu aspecto estético da má-oclusão (GARBIN et al., 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar o impacto da má-oclusão sobre a qualidade de vida e o senso de coerência de pacientes adultos, com idade a partir de 25 anos, que buscam por tratamento ortodôntico em cursos em nível de especialização lato sensu em Ortodontia, no município de Campo Grande (MS).

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes adultos que buscam por tratamento ortodôntico;
- Analisar a prevalência e a severidade das más-oclusões, e a necessidade de tratamento ortodôntico pelo Índice de Estética Dental (DAI);
- Aplicar o instrumento Perfil do Impacto da Saúde Bucal (OHIP-14);
- Aplicar o questionário para verificação do Senso de Coerência (SOC-13);
- Testar a associação entre as variáveis coletadas e a QV de pacientes adultos que procuram por tratamento ortodôntico.

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 Aspectos éticos

O estudo observacional foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (parecer nº 1.093.348) (ANEXO A).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue aos participantes anteriormente à aplicação dos questionários e do exame clínico odontológico e aqueles que concordaram, assinaram o termo (APÊNDICE A).

4.2 Critérios de inclusão

Os participantes foram de ambos os sexos, com idade a partir de 25 anos e estavam agendados para triagem ortodôntica nas três instituições participantes dessa investigação.

4.3 Critério de exclusão

Foram excluídos da pesquisa os participantes que deixaram de responder uma ou mais questões dos questionários

4.4 População e amostra

Foram incluídos na amostra todos os pacientes inscritos para triagem ortodôntica, no período de junho a setembro de 2015, em três instituições que promovem cursos em nível de especialização lato sensu em Ortodontia, no município de Campo Grande (MS). Aos representantes de cada instituição foram apresentados os objetivos da pesquisa, bem como a metodologia que foi empregada, com a entrega da cópia do Projeto (APÊNDICES B, C e D).

4.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora, no período de junho a setembro de 2015, consistindo de entrevistas e exame clínico. Avaliaram-se as informações sociodemográficas de cada participante como: idade, sexo, estado civil, renda e grau de instrução (APÊNDICE E).

O questionário OHIP-14 (ANEXO B) foi utilizado para avaliar o impacto da má-oclusão sobre a QV nos últimos 12 (doze) meses. Para codificação das respostas, utilizou-se uma escala do tipo Likert com cinco opções sobre a frequência de cada problema. A escala é constituída pelas seguintes opções: 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = repetidamente e 4 = sempre. Os escores do OHIP-14 foram apresentados por Prevalência, Extensão e Severidade, de acordo com Slade, em 2005. A Prevalência é o percentual de indivíduos que tiveram ao menos uma resposta “Repetidamente” ou “Sempre” no questionário. Já a Extensão é representada pela média de vezes de respostas “Repetidamente” ou “Sempre”, podendo variar de 0 a 14. E a Severidade é a média da somatória dos escores recebidos em cada item do instrumento, podendo variar de 0 a 56.

Para avaliar o SOC, foi utilizado o questionário SOC-13 (ANEXO C). Constitui-se de 13 perguntas, respondidas em uma escala de 1 a 5 pontos tipo Likert, na qual o número 1 corresponde ao extremo negativo, e o número 5 ao extremo positivo. Os escores foram somados para obter um valor absoluto, podendo variar de 13 a 65 pontos e categorizados a partir da mediana em menor e maior. Sendo que quanto maior o valor da escala, maior o SOC.

O exame clínico foi realizado em ambiente clínico, através da inspeção visual, com auxílio de sonda periodontal CPI (*Community Periodontal Index*) e espelho bucal plano número cinco. Foram atendidas as recomendações da Quarta Edição do “Manual de Instruções para Levantamento Epidemiológico Básico em Saúde Bucal” (OMS, 1997a), com o objetivo principal de se obter a manutenção de uma base metodológica uniforme. Ao todo foram obtidas 11 medidas, considerando-se três dimensões a serem avaliadas: a dentição, o espaço e a oclusão propriamente dita.

As condições da dentição foram expressas pelo valor correspondente ao número de incisivos, caninos e pré-molares permanentes perdidos que causam problemas estéticos, no arco superior e no arco inferior. Dentes perdidos não foram

considerados quando seu respectivo espaço estiver fechado ou com prótese instalada.

O espaço foi avaliado com base no apinhamento no segmento incisal, espaçamento no segmento incisal, presença de diastema incisal, desalinhamento maxilar anterior e desalinhamento mandibular anterior. São os seguintes códigos e condições:

I. Apinhamento no segmento incisal: o segmento foi definido de canino a canino. Considerou-se apinhamento quando ocorreram dentes com giroversão ou mal posicionados no arco. Não se considerou apinhamento quando os quatro incisivos estavam adequadamente alinhados e um ou ambos os caninos estavam deslocados.
   0 - sem apinhamento;
   1 - apinhamento em um segmento;
   2 - apinhamento em dois segmentos.

II. Espaçamento no segmento incisal: foram examinados os arcos superior e inferior. Ocorreu espaçamento quando a distância intercaninos foi suficiente para o adequado posicionamento de todos os incisivos e ainda sobrou espaço e/ou um ou mais incisivos tiveram uma ou mais superfícies proximais sem estabelecimento de contato interdental.
   0 - sem espaçamento;
   1 - espaçamento em um segmento;
   2 - espaçamento em dois segmentos.

III. Diastema incisal: definido como o valor correspondente ao espaço, medido com a sonda CPI, em milímetros, entre os dois incisivos centrais superiores permanentes, quando estes perdem o ponto de contato. Diastemas em outras localizações ou no arco inferior, mesmo envolvendo incisivos, não foram considerados (Figura 1).

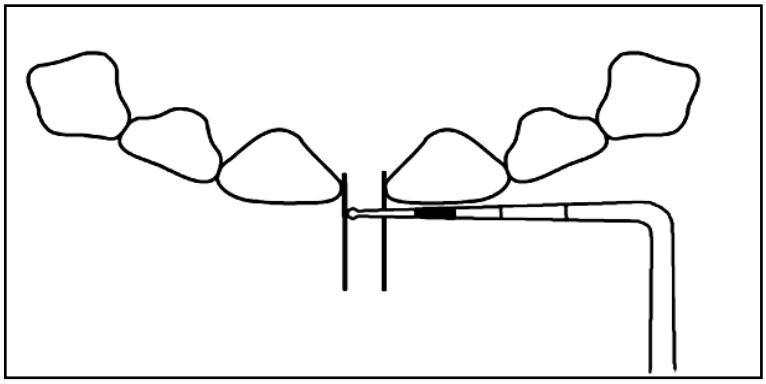

Figura 1 − Medição do diastema incisal em milímetros. (Fonte: Brasil, 2009, p.12).

IV. Desalinhamentos maxilar e mandibular anterior: podem ser giroversões ou deslocamentos em relação ao alinhamento normal. Os quatro incisivos superiores e inferiores foram examinados, registrando-se a maior irregularidade entre dentes adjacentes. A medida foi feita, em milímetros, com a sonda CPI, cuja ponta foi colocada sobre a superfície vestibular do dente posicionado mais para lingual, num plano paralelo ao plano oclusal e formando um ângulo reto com a linha do arco (Figura 2).

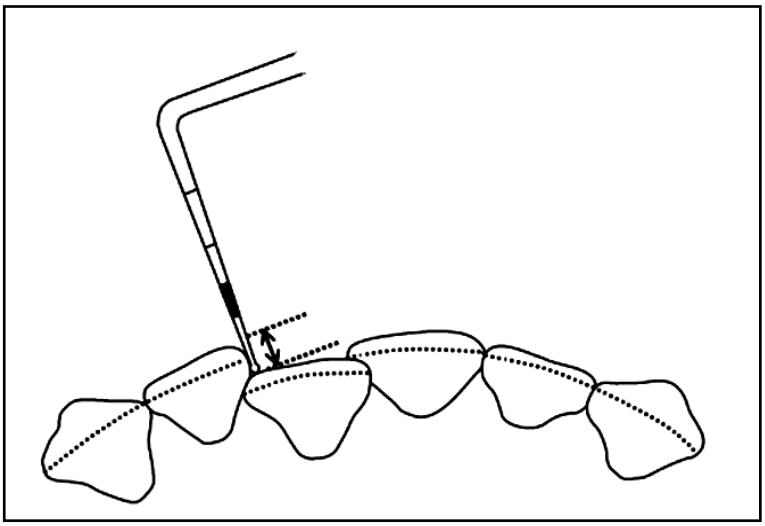

Figura 2 − Posição da sonda CPI para medir a irregularidade anterior (Fonte: Brasil, 2009, p.12).

A oclusão foi avaliada com base nas medidas do *overjet* maxilar anterior, do *overjet* mandibular anterior, da mordida aberta vertical anterior e da relação molar anteroposterior. São os seguintes códigos e as respectivas condições:

I. *Overjet* maxilar anterior: a relação horizontal entre os incisivos foi medida com os dentes em oclusão cêntrica, utilizando-se a sonda CPI, posicionada em plano paralelo ao plano oclusal. O *overjet* é a distância em milímetros, entre as superfícies vestibulares do incisivo superior mais proeminente e do incisivo inferior correspondente. O *overjet* não foi registrado se todos os incisivos superiores foram perdidos ou apresentaram mordida cruzada lingual. Quando a mordida for do tipo topo a topo o valor foi zero (Figura 3).

II. *Overjet* mandibular anterior: o *overjet* mandibular é caracterizado quando algum incisivo inferior se posiciona anteriormente ou por vestibular em relação ao seu superior correspondente. A protrusão mandibular, ou mordida cruzada, foi medida com a sonda CPI, em milímetros (Figura 3). Foram desconsideradas as situações em que há giroversão do incisivo inferior, com apenas parte do bordo incisal em cruzamento.

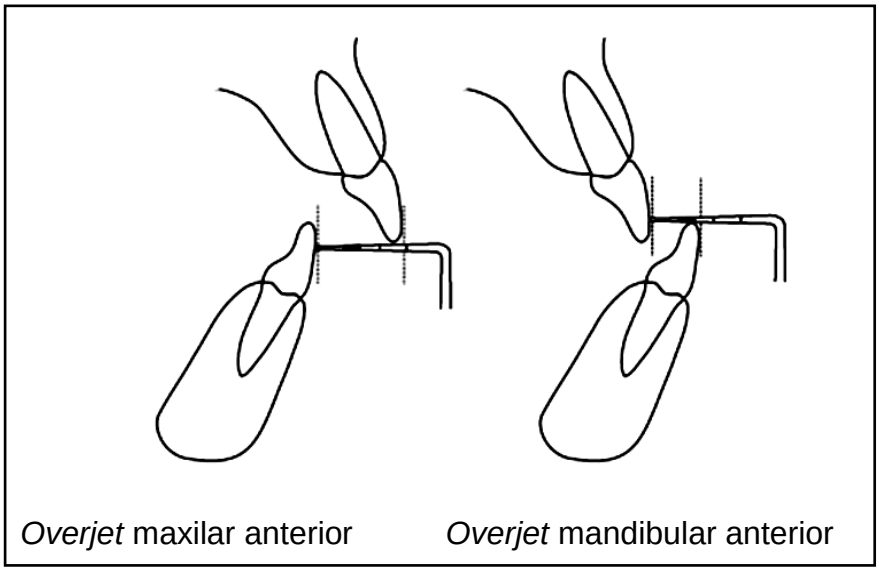

Figura 3 − Medição do *overjet* maxilar e mandibular anterior com a sonda CPI (Fonte: Brasil, 2009, p.12).

III. Mordida aberta vertical anterior: quando há falta de ultrapassagem vertical entre os incisivos opostos caracterizou-se mordida aberta. A distância entre os bordos incisais foi medida com a sonda CPI, em milímetros (Figura 4).

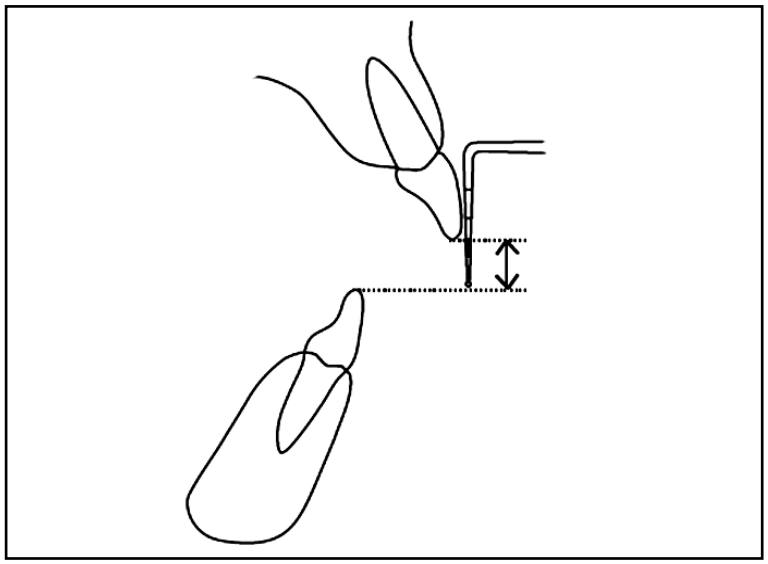

Figura 4 − Medição da mordida aberta vertical anterior pela sonda CPI (Fonte: Brasil, 2009, p.12).

IV. Relação molar anteroposterior: a avaliação foi feita com base na relação entre os primeiros molares permanentes, superior e inferior. Caso um ou ambos estiveram ausentes ou alterados por cárie ou restaurações, foram utilizados os caninos e pré-molares. O lado esquerdo e direito foram analisados com os dentes em oclusão cêntrica e apenas o maior desvio da relação molar normal foi registrado. Os seguintes códigos foram empregados (Figura 5):

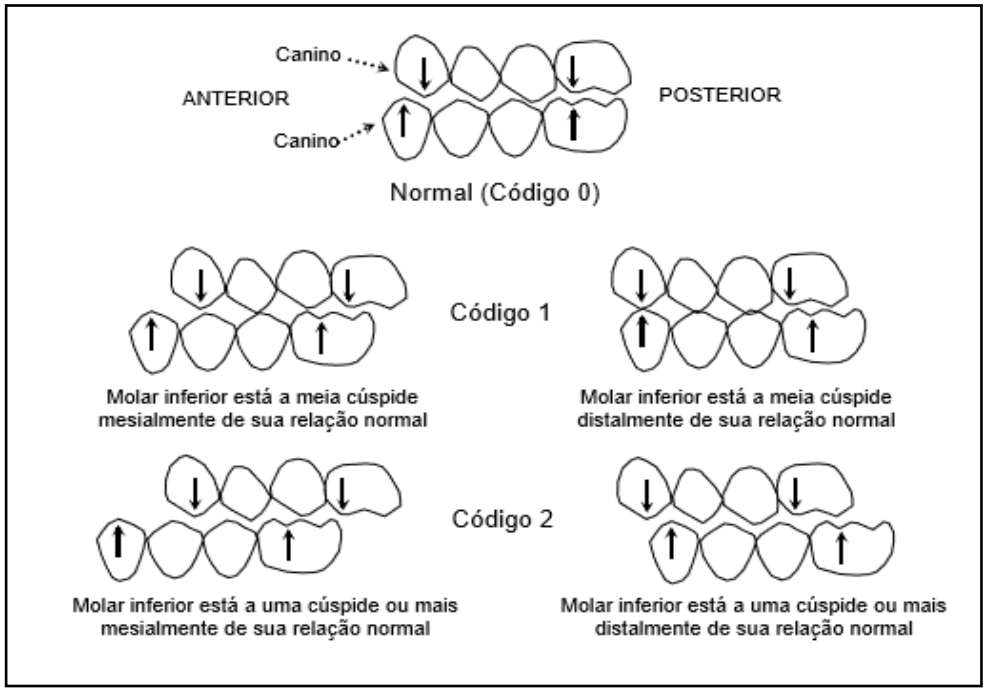

Figura 5− Avaliação da relação molar anteroposterior (Fonte: OMS, 1997a, p.47).

A equação de regressão para se calcular o DAI (OMS, 1997a, p. 61) pode ser vista a seguir:

DAI = (dentes ausentes visíveis x 6) + (apinhamento) + espaçamento) + (diastema x 3) + (desalinhamento maxilar anterior) + (desalinhamento mandibular anterior) + (*overjet* maxilar anterior x 4) + (*overjet* mandibular anterior x 4) + (mordida aberta vertical anterior x 4) + (relação molar anteroposterior x 3) + 13

O quadro abaixo representa a severidade da má-oclusão segundo o valor encontrado pela equação de regressão para o DAI e as sugestões de prioridades para indicação de tratamento ortodôntico.

Quadro 1 − Valores do DAI, severidade da má-oclusão e sugestões de prioridades para indicação de tratamento ortodôntico (Fonte: OMS, 1997a, p.62).

DAI	Severidade da má-oclusão	Indicação de tratamento
< 25	normal ou leve	nenhuma ou pouca necessidade
26 a 30	definida	eletivo
31 a 35	severa	altamente desejável
> = 36	incapacitante	imprescindível

4.6 Análise estatística

A comparação entre sexos, em relação aos escores nas escalas OHIP-14, SOC e DAI, foi realizado por meio do teste t-student. O mesmo teste foi utilizado na comparação entre participantes com e sem impacto na QV, em relação à idade e na comparação entre os pacientes com e sem anormalidade no DAI, em relação à extensão e à severidade dos impactos na QV. Já a comparação entre faixas etárias, em relação aos escores nas escalas OHIP-14, SOC e DAI, foi realizado por meio do teste ANOVA de uma via, seguido pelo pós-teste de Tukey. A avaliação da associação entre ter ou não impacto na QV e as variáveis sexo, renda mensal e escolaridade foi realizada por meio do teste do qui-quadrado. O mesmo teste foi usado na avaliação da associação entre ter ou não anormalidade no DAI e as variáveis sexo, faixa etária e a prevalência dos impactos na QV. A avaliação da correlação linear entre as variáveis idade, escore no OHIP-14, escore no SOC e escore no DAI, foi realizada por meio do teste de correlação linear de Pearson. Os demais resultados deste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabelas e gráficos. A análise estatística foi realizada por meio do programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 22.0, considerando um nível de significância de 5%.

5 RESULTADOS

A distribuição dos participantes do estudo de acordo com os dados sociodemográficos está apresentada na Tabela 1. De forma geral, a maior parte dos participantes era do sexo feminino (71,5% - n=93), tinha idade entre 25 e 45 anos (80,8% - n=105), era casado (a) (52,3% - n=68), tinha renda de até dois salários mínimos (66,2% - n=86) e apresentava escolaridade até o ensino médio completo (60,8% = n=79). Em relação ao escore no DAI, 22,3% (n=29) deles apresentavam alteração classificada como má-oclusão definida, 15,4% (n=20) apresentavam má-oclusão severa e 27,7% (n=36) deles apresentavam má-oclusão incapacitante.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes do estudo de acordo com os dados sociodemográficos. Campo Grande (MS), 2016. (n=130)

Variável	n (%)
Sexo	
Feminino	93 (71,5)
Masculino	37 (28,5)
Faixa etária	
Entre 25 e 35 anos	64 (49,2)
Entre 36 e 45 anos	41 (31,5)
Entre 46 e 55 anos	21 (16,2)
56 anos ou mais	4 (3,1)
Estado civil	
Solteiro (a)	50 (38,5)
Casado (a)	68 (52,3)
Viúvo (a)	0 (0,00
Outros	12 (9,2)
Renda mensal	
Até 2 salários mínimos	86 (66,2)
De 3 a 5 salários mínimos	34 (26,2)
De 6 a 10 salários mínimos	9 (6,9)
Mais de 10 salários mínimos	1 (0,8)
Escolaridade	
Não alfabetizado (a)	2 (1,5)
Ensino fundamental ou 1º grau incompleto	18 (13,8)
Ensino fundamental ou 1º grau completo	6 (4,6)
Ensino médio ou 2º grau incompleto	13 (10,0)
Ensino médio ou 2º grau completo	40 (30,8)
Ensino superior ou 3º grau incompleto	18 (13,8)
Ensino superior ou 3º grau completo	25 (19,2)
Pós-graduação	8 (6,2)
DAI	
Oclusão normal ou má-oclusão leve	45 (34,6)
Má-oclusão definida	29 (22,3)
Má-oclusão severa	20 (15,4)
Má-oclusão incapacitante	36 (27,7)

Entre os pacientes do sexo feminino, 67,7% (n=63) delas foram classificadas como tendo anormalidade na avaliação pelo DAI, enquanto que entre os pacientes do sexo masculino, 59,5% (n=22) também apresentavam anormalidade. Não havendo diferença entre os sexos, em relação a apresentar anormalidade pelo DAI (teste do qui-quadrado, p=0,370). Por outro lado, o percentual de pacientes com mais de 35 anos de idade que foram classificadas como tendo anormalidade na avaliação pelo DAI (74,2% - n=49) foi significativamente maior do que o daqueles com até 35 anos de idade que também apresentavam anormalidade pelo DAI (56,3% - n=36; p=0,031). Estes resultados estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Avaliação da associação entre apresentar ou não anormalidade pelo DAI e as variáveis sexo e faixa etária. Campo Grande (MS), 2016. (n=130)

Variável	DAI		Valor de p
	Sem anormalidade 45 (34,6)	Com anormalidade 85 (65,4)	
Sexo			0,370
Feminino	30 (32,3)	63 (67,7)	
Masculino	15 (40,5)	22 (59,5)	
Faixa etária			0,031
Até 35 anos	28 (43,8)	36 (56,3)	
Mais de 35 anos	17 (25,8)	49 (74,2)	

Os resultados estão apresentados em frequência absoluta (frequência relativa). Teste do qui-quadrado.

Os resultados da avaliação da associação entre apresentar ou não anormalidade pelo DAI e as variáveis prevalência, extensão e severidade dos impactos na QV, em relação à saúde bucal dos participantes deste estudo, estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Avaliação da associação entre apresentar ou não anormalidade pelo DAI e as variáveis prevalência, extensão e severidade dos impactos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Campo Grande (MS), 2016. (n=130)

	DAI		Valor de p	Total
	Sem anormalidade	Com anormalidade		
Prevalência	51,1 (37,00 – 65,04)	62,4 (51,73 – 71,91)	0,294	40,77 (32,25 – 49,25)
Extensão	1,40 (0,83 – 1,97)	2,39 (1,79 – 2,98)	0,03	2,05 (1,61 – 2,48)
Severidade	16,04 (13,31 – 18,77)	19,08 (16,76 – 21,40)	0,109	18,03 (16,25 – 19,81)

Os resultados estão apresentados em percentual (intervalo de confiança de 95% - prevalência) ou em média (intervalo de confiança de 95% - extensão e severidade). Valor de p no teste do qui-quadrado (prevalência) ou no teste t-student (extensão e severidade).

Em relação à prevalência dos impactos da QV, 40,8% dos participantes do estudo responderam uma ou mais vezes “repetidamente” ou “sempre” às questões do OHIP-14, sendo que em média 2,05 itens foram respondidos como “repetidamente” ou “sempre” (Extensão). A severidade do impacto na QV, avaliado pela escala OHIP-14 foi de 18,03 pontos.

Não houve diferença entre os pacientes sem anormalidades e aqueles com anormalidades, pelo DAI, em relação à prevalência (teste do qui-quadrado, p=0,294) e à severidade (teste t-student, p=0,109) dos impactos na QV. Por outro lado, a extensão entre os pacientes que apresentavam anormalidade foi significativamente maior do que entre aqueles que não apresentavam anormalidade pelo DAI (teste t-student, p=0,03).

Na Tabela 4 está apresentada a frequência do impacto relatado em cada item do OHIP-14 entre os participantes do estudo, sendo os maiores impactos observados (escore 4) no desconforto psicológico (Se sentiu preocupado: 27,7% - n=36; Se sentiu estressado: 18,5% - n=24) e na inabilidade psicológica (Se sentiu envergonhado: 23,8% - n=31).

Tabela 4 - Frequência do impacto relatado em cada item do OHIP-14 entre os participantes do estudo. Campo Grande (MS), 2016. (n=130)

	OHIP-14	0	1	2	3	4
Limitação funcional	Pronúncia das palavras	68 (52,3)	19 (14,6)	39 (30,0)	4 (3,1)	0 (0,0)
	Paladar dos alimentos	80 (61,5)	18 (13,8)	27 (20,8)	2 (1,5)	3 (2,3)
Dor física	Dor constante	31 (23,8)	19 (14,6)	61 (46,9)	10 (7,7)	9 (6,9)
	Ao comer alimentos	11 (8,5)	11 (8,5)	71 (54,6)	20 (15,4)	17 (13,1)
Desconforto psicológico	Se sentiu preocupado	33 (25,4)	10 (7,7)	38 (29,2)	13 (10,0)	36 (27,7)
	Se sentiu estressado	36 (27,7)	14 (10,8)	45 (34,6)	11 (8,5)	24 (18,5)
Incapacidade física	Alimentação	46 (35,4)	21 (16,2)	47 (36,2)	8 (6,2)	8 (6,2)
	Refeições interrompidas	49 (37,7)	34 (26,2)	40 (30,8)	3 (2,3)	4 (3,1)
Incapacidade psicológica	Dificuldade para relaxar	62 (47,7)	30 (23,1)	28 (21,5)	1 (0,8)	9 (6,9)
	Se sentiu envergonhado	29 (22,3)	12 (9,2)	48 (36,9)	10 (7,7)	31 (23,8)
Incapacidade social	Se sentiu irritado	64 (49,2)	19 (14,6)	33 (25,4)	7 (5,4)	7 (5,4)
	Dificuldade para trabalhar	82 (63,1)	21 (16,2)	21 (16,2)	1 (0,8)	5 (3,8)
Deficiência	Vida menos satisfatória	52 (40,0)	18 (13,8)	42 (32,3)	6 (4,6)	12 (9,2)
	Totalmente incapaz	89 (68,5)	21 (16,2)	15 (11,5)	1 (0,8)	4 (3,1)

Os resultados estão apresentados em frequência absoluta (frequência relativa).

Houve uma correlação linear significativa positiva, porém, fraca, entre o escore no OHIP-14 (severidade) e o escore na escala DAI ($p<0,001$, $r=0,365$). Também foi observada correlação linear significativa positiva, porém fraca, entre o escore no OHIP-14 e o escore na escala SOC (teste de correlação linear de Pearson, $p<0,001$, $r=0,399$). Estes resultados estão ilustrados nas Figuras 6 e 7, respectivamente. Finalmente, a idade dos participantes foi correlacionada positivamente, porém, de forma fraca, com o escore na escala DAI ($p<0,001$, $r=0,366$). Por outro lado, não houve correlação linear entre a idade dos participantes e as variáveis escore no OHIP-14 ($p=0,076$, $r=0,156$) e escore na escala SOC (0,428, $r=0,070$). Também não houve correlação linear entre o escore na escala SOC e o aquele obtido na escala DAI ($p=0,318$, $r=0,088$).

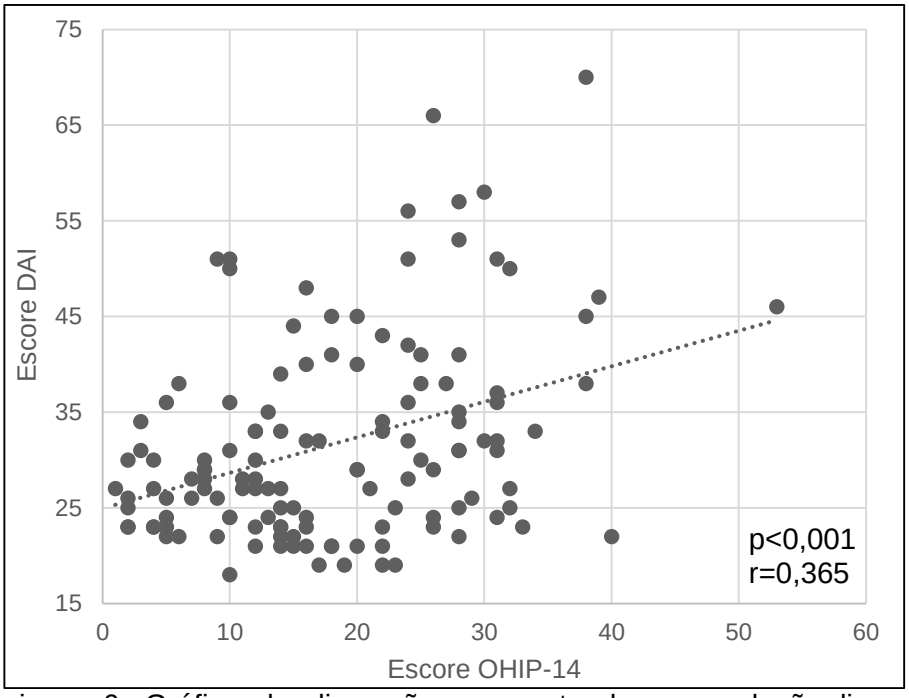

Figura 6: Gráfico de dispersão apresentando a correlação linear positiva, porém fraca, entre o escore OHIP-14 e o escore DAI. Cada símbolo representa o valor para ambas as variáveis, de um único participante. Valor de p no teste de correlação linear de Pearson. r=coeficiente de correlação linear de Pearson.

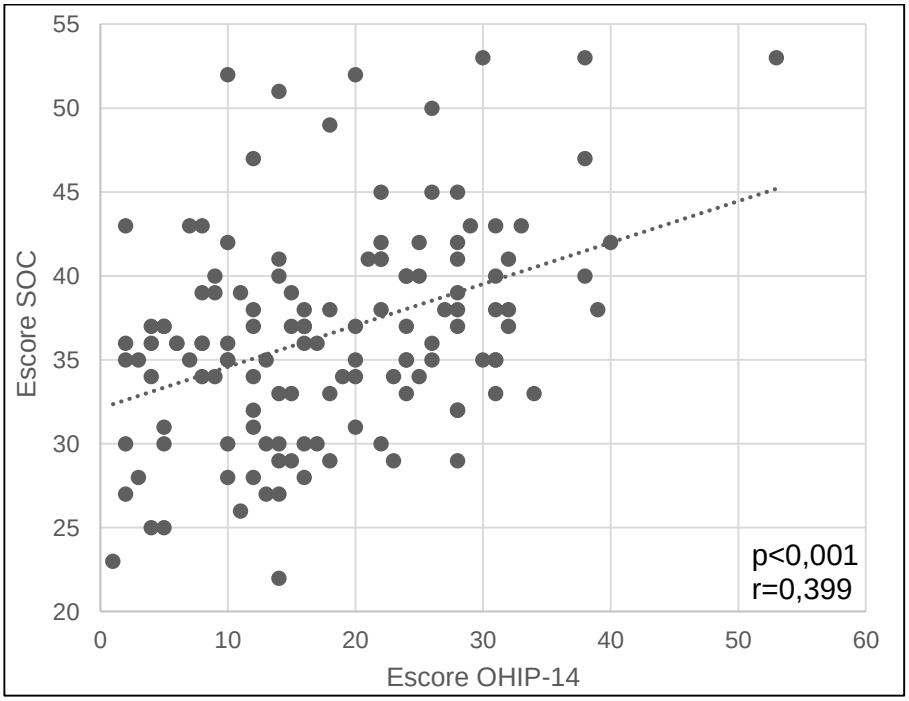

Figura 7: Gráfico de dispersão apresentando a correlação linear positiva, porém fraca, entre o escore OHIP-14 e o escore SOC. Cada símbolo representa o valor para ambas as variáveis, de um único participante. Valor de p no teste de correlação linear de Pearson. r=coeficiente de correlação linear de Pearson.

Os escores médios no OHIP-14 (severidade), SOC e DAI, de acordo com o sexo dos participantes deste estudo, estão apresentados na Tabela 5. O escore na escala OHIP-14 entre as mulheres (19,34±10,3), foi significativamente maior do que aquele observado entre os homens (14,73±1,71 - teste t-student, p=0,020), sendo o mesmo observado em relação ao escore na escala SOC (mulheres: 37,28±0,64; homens: 34,76±1,07 – p=0,040). Por outro lado, não houve diferença entre os sexos, em relação ao escore no DAI (p=0,235).

Tabela 5 - Escores médios no OHIP-14, SOC e DAI, de acordo com o sexo dos participantes deste estudo. Campo Grande (MS), 2016. (n=130)

Escore	Sexo		Valor de p
	Feminino	Masculino	
OHIP-14	19,34±10,3	14,73±1,71	0,020
SOC	37,28±0,64	34,76±1,07	0,040
DAI	32,33±1,12	29,92±1,55	0,235

Os resultados estão apresentados em média±erro padrão da média. Valor de p no teste t-student.

Na Tabela 6, estão apresentados os escores médios no OHIP-14, SOC e DAI, de acordo com a faixa etária dos participantes deste estudo. Participantes com 46 anos ou mais (46 a 55 anos e 56 anos ou mais) apresentaram escore no DAI maior do que aqueles com idade entre 25 e 35 anos e aqueles com 36 a 45 anos (teste ANOVA de uma via, p<0,001, pós-teste de Tukey, p<0,05 – Figura 8), porém, sem diferença significativa entre faixas etárias para os escores na escala OHIP-14 e na SOC (p=0,254 e 0,378, respectivamente).

Tabela 6 - Escores médios no OHIP-14, SOC e DAI, de acordo com a faixa etária dos participantes deste estudo. Campo Grande (MS), 2016. (n=130)

Escore	Faixa etária				Valor de p
	25 a 35	36 a 45	46 a 55	56 ou mais	
OHIP-14	16,33±1,35	19,59±1,48	19,14±2,12	23,50±5,42	0,254
SOC	35,95±0,89	37,51±0,84	35,86±1,07	40,25±4,77	0,378
DAI	29,03±0,99b	30,34±1,26b	39,48±3,06a	45,75±8,96a	<0,001

Os resultados estão apresentados em média±erro padrão da média. Valor de p no teste ANOVA de uma via. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre as faixas etárias (pós-teste de Tukey, p<0,05).

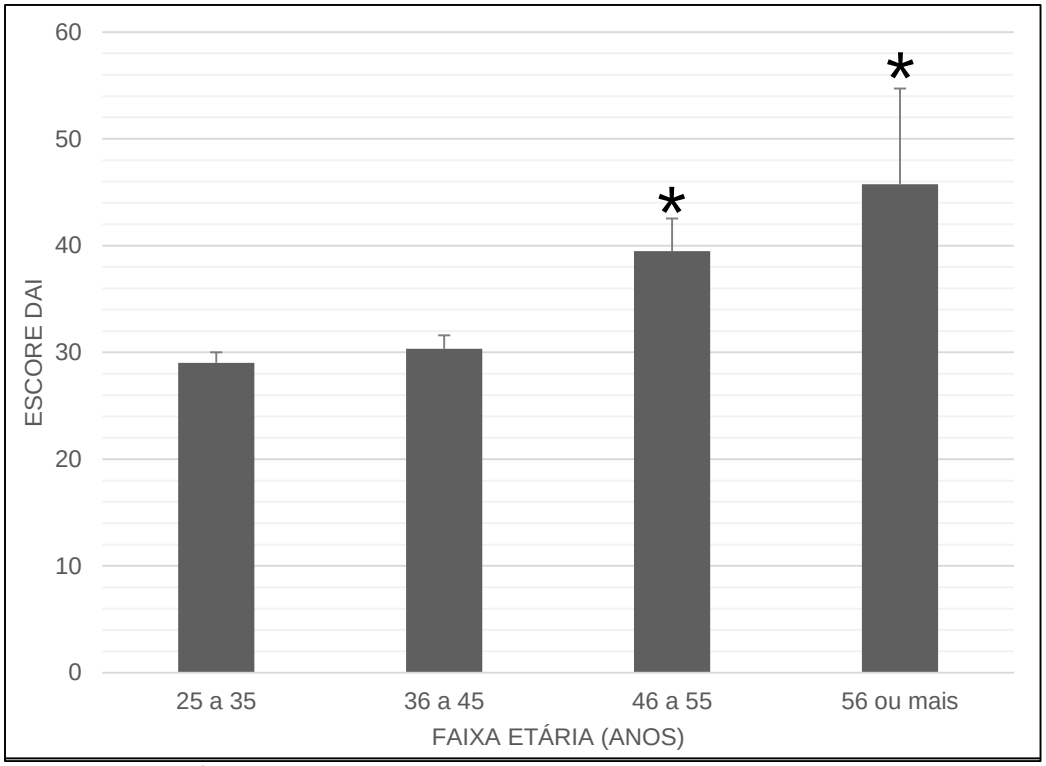

Figura 8 - Gráfico apresentando o escore na escala DAI, de acordo com a faixa etária. Cada coluna representa a média e a barra o erro padrão da média. * Diferença significativa em relação às faixas etárias de 25 a 35 anos e de 36 a 45 anos (teste ANOVA, p<0,001, pós-teste de Tukey, p<0,05).

Os resultados da análise univariada dos fatores sociodemográficos nos grupos de participantes com e sem impacto na QV (prevalência), em relação à saúde bucal, estão apresentados na Tabela 7. Não houve diferença entre participantes com impacto e aqueles sem impacto, em relação à idade dos mesmos (teste t-student, p=0,112). Também não houve associação entre o impacto na QV e as variáveis sexo (teste do qui-quadrado, p=0,637), renda mensal (p=0,709) e escolaridade (p=0,311).

Tabela 7 - Análise univariada dos fatores sociodemográficos nos grupos de participantes com e sem impacto na qualidade de vida, em relação à saúde bucal. Campo Grande (MS), 2016. (n=130)

Variável	Com impacto (>16)	Sem impacto (16 ou menos)	Valor de p
	Média±EPM	Média±EPM	
Idade	35,74±1,14	38,33±1,15	0,112
	n (%)	n (%)	
Sexo			0,637
Feminino	46 (49,5)	47 (50,5)	
Masculino	20 (54,1)	17 (45,9)	
Renda mensal			0,709
Até 2 salários mínimos	45 (52,3)	41 (47,7)	
De 3 a 5 salários mínimos	16 (47,1)	18 (52,9)	
De 6 a 10 salários mínimos	4 (44,4)	5 (55,6)	
Mais de 10 salários mínimos	1 (100,0)	0 (0,0)	
Escolaridade			0,311
Analfabeto até ensino fundamental completo	10 (38,5)	16 (61,5)	
Ensino médio incompleto até completo	27 (50,9)	26 (49,1)	
Ensino superior incompleto até completo ou pós-graduação	29 (56,9)	22 (43,1)	

Valor de p no teste t-student (idade) ou no teste do qui-quadrado (sexo, renda mensal e escolaridade).

6 DISCUSSÃO

A mudança do paradigma médico para um mais amplo de comportamento social nos compromete a desenvolver novas maneiras de medir percepções, sentimentos e comportamentos, dando uma crescente importância às experiências subjetivas do indivíduo, como seu bem-estar funcional, social e psicológico e as suas interpretações de saúde e doença (LOCKER, 1997). Isto é baseado na suposição de que os impactos funcionais e psicossociais afetem a QV (LOCKER; ALLEN, 2007).

A saúde bucal relacionada à QV é um dos assuntos que tem se destacado recentemente em estudos epidemiológicos. No passado, a expectativa do paciente limitava-se ao alinhamento dos dentes. Hoje, o nível de exigência se elevou em termos do paciente desejar realçar a estética e o bem-estar psicológico. Ressalta-se que a face humana e o sorriso são elementos chaves da expressão, identidade e análise da atração física e das emoções. Portanto, a má-oclusão pode adversamente afetar a interação social e o bem-estar psicológico (LIU et al., 2011).

A decisão de tratamento para pacientes individuais reside na interface entre achados objetivos e experiências subjetivas dos sintomas. O OHIP pode ser entendido por refletir eficientemente as experiências subjetivas associadas à saúde bucal, à percepção de saúde e doença e a outros sintomas como problemas na vida das pessoas (SAVOLAINEN et al., 2005). Sendo o instrumento mais tradicional para avaliar a QVRSB.

Lee et al., em 2007, testaram diversos instrumentos avaliativos da QV em pacientes com e sem deformidades dentofaciais. Foi utilizado um instrumento genérico relacionado à saúde (SF-36/*Short Form-36*), um genérico relacionado à saúde bucal (OHIP-14) e um específico na avaliação das deformidades (OQLQ/ *Orthognathic Quality of Life Questionnaire*). Os resultados sugerem que a deformidade dentofacial afeta indivíduos em muitos aspectos de suas vidas, e que os instrumentos genéricos e específicos são capazes de determinar o impacto na QV.

Com a crescente demanda por tratamento ortodôntico, uma variedade de índices clínicos foram desenvolvidos para classificar vários tipos de má-oclusão e determinar a sua necessidade de tratamento ortodôntico. Os dados epidemiológicos

relativos às condições oclusais foram acumulados pela OMS de todo o mundo utilizando o DAI. O índice está se tornando um padrão comum para a avaliação de má-oclusão, e a OMS reconheceu-o como um índice internacional transcultural (PERES et al., 2011).

Os estudos e os levantamentos epidemiológicos presentes na literatura nacional e internacional concentraram as pesquisas em crianças, adolescentes ou adultos jovens. Dessa forma, a maioria dos trabalhos relacionados ao DAI foi desenvolvida dentro da faixa etária dos 11 aos 21 anos dificultando a comparação entre as pesquisas com adultos. Sendo assim, esse estudo ofereceu informações sobre a má-oclusão em pacientes adultos dos 25 anos até a velhice.

Como podemos observar em nossos resultados (Tabela 1), dos 130 pacientes adultos examinados, utilizando o DAI, foram encontrados 45 (34,6%) com oclusão normal/má-oclusão leve (abaixo do escore 25 do DAI) e 85 (65,4%) com má-oclusão; sendo 29 (22,3%) com má-oclusão definida; 20 (15,4%) com má-oclusão severa e 36 (27,7%) com má-oclusão incapacitante. Sendo a prevalência da má-oclusão superior à encontrada no estudo de Santos et al., em 2011 (63,5%) e Claudino; Traebert, em 2013 (45,6%). Analisando o estudo de Reis et al., em 2002, que compara a prevalência de oclusão normal e das má-oclusões em brasileiros adultos, constataram a existência de 92,4% de portadores de má-oclusão, confirmando assim que há espaço substancial para o tratamento ortodôntico em adultos.

Uma comparação entre o presente estudo e outros realizados anteriormente é complicada devido a utilização de métodos e faixa etária diferentes. Estudos em populações adultas mostram resultados semelhantes aos obtidos no presente caso, com necessidades objetivas de tratamento ortodôntico que variam entre 54,4% a 89% (HASSAN; AMIN, 2010, LIU et al., 2011, ARCÍS et al., 2012, GOYAL et al., 2013 e CHOI et al., 2015).

Obviamente que as diferenças percentuais verificadas nesses vários estudos podem ser decorrentes de critérios metodológicos distintos, como diferentes índices oclusais. Com relação a essa observação, é importante destacar que independente dos critérios metodológicos adotados, todas as pesquisas demonstram alta prevalência das má-oclusões em indivíduos adultos, sendo assim, um preocupante problema de saúde pública.

No presente estudo (Tabela 2), optou-se por categorizar a severidade do DAI em “sem anormalidade” (DAI<25) e “com anormalidade” (DAI>26) a fim de facilitar a comparação entre as variáveis, dando maior poder de interpretação aos dados. Quando os escores foram comparados entre os sexos, não houve diferença significativa em relação a apresentar anormalidade, entretanto, uma porcentagem significativa entre as mulheres apresentou anormalidade (67,7%).

Um outro resultado do estudo foi o percentual de pacientes com anormalidade sendo significativamente maior naqueles com 35 anos ou mais de idade. Podendo ser justificado pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, SBBrasil, em 2010 (BRASIL, 2011), onde os resultados principais mostraram que indivíduos, na faixa etária dos 35 aos 44 anos, apresentaram uma média de 7,48 dentes perdidos e a necessidade de algum tipo de prótese ocorreu em 68,8% dos adultos. Esta informação explicaria a classificação do DAI, pois os dentes ausentes representam um alto valor na equação de regressão usada para se calcular o valor do índice.

Com o aumento do número de adultos procurando por tratamento ortodôntico, é importante determinar a relação entre a má-oclusão e QV, por isso o estudo teve como principal objetivo avaliar o impacto da má-oclusão na QVRSB, medido através do OHIP-14 (Tabela 3). O instrumento mostrou um maior comprometimento da QV em indivíduos com maior escore no DAI (correlação linear positiva, mas fraca. Figura 6). Estes resultados enfatizam o impacto da má-oclusão na QVRSB de adultos (HÄGG et al., 2007; HASSAN; AMIN, 2010).

No estudo de Gravic et al., em 2015, o impacto social e psicológico da estética dentária mostrou resultados mais elevados entre as pessoas com má-oclusão mais graves; isto é explicável porque maiores resultados nestes domínios se referem a contatos sociais difíceis, de inferioridade em comparação com as pessoas com estética dentária superior e insatisfação com a imagem dos dentes em fotos ou vídeos. Estes dados mostram uma tendência que com o aumento da severidade da má-oclusão a QV diminui, embora a correlação seja moderada.

Klages et al., em 2005, observaram que o impacto da saúde bucal na QV era predominantemente através de atributos físicos, e as pessoas com alto nível de exigência estética dentária parecem ter crenças fortes que o posicionamento dental é importante para a aparência saudável e interações sociais bem-sucedidas do que

os indivíduos com estética dentária deficiente. Sendo que os adultos têm uma atitude mais crítica à aparência aceitável do que as crianças (STENVIK et al., 1997).

O domínio OHIP mais acometido foi o desconforto psicológico (que aborda a ocorrência de situações em que o indivíduo ficou preocupado ou estressado devido a problemas com seus dentes, sua boca ou prótese), e a inabilidade psicológica (Tabela 4). Isto é consistente com achados em outros estudos (ARROW et al., 2011; MASOOD et a., 2013) e pode justificar a busca por tratamento ortodôntico mesmo por pessoas sem má-oclusão definida pelo DAI (34,6%) indicando que a experiência subjetiva da má-oclusão tem impacto na QV como a má-oclusão objetiva (determinada pelo DAI).

Há ampla evidência de que os pacientes se concentram principalmente em aspectos estéticos e sociais da QV como um motivo para a procura de tratamento ortodôntico, e que a terapia com aparelho ortodôntico fixo afetou a QV dos paciente (ANASTASI; SPENNATO, 2014). A má-oclusão tem um impacto negativo sobre a QV, mas isso poderia ser melhorado através de tratamento ortodôntico (KANG; KANG, 2014). Reforçando a tese de que o tratamento ortodôntico não só resulta em melhoria na estética dental, mas também tem um impacto significativo sobre os aspectos psicossociais da vida do paciente (ZHANG et al., 2006, GAZIT-RAPPAPORT et al., 2010). Assim a má-oclusão e a necessidade de tratamento ortodôntico parecem coexistir.

A maior proporção de mulheres na amostra (71,5%; Tabela 1) deste estudo pode refletir as diferenças no comportamento por procura de tratamento entre os sexos, com maior participação das mulheres. Os dados da pesquisa Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2005) e do Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) mostraram que as mulheres cuidam mais e preventivamente da sua saúde do que os homens. As pesquisas revelaram que as mulheres se preocupam com a aparência, peso e com o envelhecimento bem-sucedido, assumindo em maior grau atitudes preventivas de cuidados com a saúde, lidam melhor com o enfretamento do diagnóstico e a adesão ao tratamento.

O fato dos homens estarem em menor número na amostra pode estar relacionado com uma menor exigência masculina em relação à própria imagem,

como também a uma menor disposição em aceitar as regras do tratamento (MALTAGLIATI; MONTES, 2007).

Pequenas diferenças na estética dental podem ter um efeito significativo sobre a QVRSB e este efeito é mais significativo em indivíduos com elevada autopercepção (KLAGES et al., 2004; BRENNAN et al., 2006). Como o OHIP-14 é um instrumento subjetivo e relevante que permite às pessoas se autoavaliarem, diversas variáveis e fatores podem influenciar esta percepção de forma favorável ou desfavorável. Parece que esta dimensão da aparência física e da auto-estima não é apenas relevante na adolescência, mas em vista dos resultados continua a ser importante durante a idade adulta, com uma maior percepção do impacto nas mulheres (RUSANEN et al., 2012; ROMERO-MAROTO et al., 2015).

Maior impacto na QVRSB foi encontrado entre as mulheres (Tabela 5), sendo semelhante às taxas relatadas em estudos anteriores (HASSAN; AMIN, 2010; TIN-OO et al., 2011; ARCÍS et al., 2012; SCHIMIDT et al., 2013; GABARDO, 2015; GRAVIC et al., 2015). Influências sobre a QVRSB parecem diferentes para homens e mulheres, que podem ter implicações para a eficácia das intervenções de saúde pública e promoção da saúde.

Nos artigos em que foi encontrada uma associação positiva entre as mulheres e os impactos QVRSB, as mulheres relataram um maior número de impactos negativos (MASON et al., 2006; DAHL, 2011; COHEN-CARNEIRO et al., 2011; GABARDO et al., 2015; JOHAL; JOURY, 2015) e mais insatisfação com a aparência (KLAGES et al., 2005; TIN-OO et al., 2011; SHAHRANI, 2014); sendo mais propensas a perceber a má-oclusão e, portanto, estão mais motivadas a se submeter a tratamentos ortodônticos (SCHIMIDT et al., 2013).

No presente trabalho não houve diferença significativa entre as faixas etárias para os escores na escala OHIP-14 (Tabela 6). Essa relação positiva entre a idade e o impacto na QVRSB, tanto quanto sabemos, não foi apresentada na literatura anterior (TIN-OO et al., 2011; ROMERO-MAROTO et al., 2015). No trabalho de Gabardo et al., em 2015, indivíduos com 40 anos ou mais, perceberam um maior impacto da saúde bucal sobre a QV.

Em relação às variáveis renda e escolaridade não houve diferença estatística entre os pacientes com impacto e sem impacto (Tabela 7). No trabalho de Gabardo et al., em 2015, tendo uma menor renda e menor escolaridade predispôs a maiores taxas de impacto da saúde bucal na QV. Pobres determinantes sociais

contextuais e posição sócio-econômica individual mais baixa estão associados com pior QVRSB entre adultos brasileiros (VETTORE; AQEELI, 2015).

A escolaridade fornece dados conclusivos relativamente à sua influência na percepção da QVRS. Os indivíduos com maior o nível de instrução, apresentam melhor percepção de QV, com diferenças estatisticamente significativa. A escolaridade tem uma função relevante na avaliação da percepção de QV, pois é um recurso que condiciona a saúde, pessoas com níveis de escolaridade mais altos aderem melhor a medidas de prevenção da doença e promoção da saúde e corrigem com maior frequência os seus hábitos e estilos de vida menos saudáveis (VINTÉM, 2008).

A ausência de associação entre a QV e o SOC é um achado relevante do presente estudo. Houve uma correlação linear positiva, onde de acordo com a literatura (SAVOLAINEN et al., 2005; BOMAN et al., 2012), a QVRSB e o SOC deveriam apresentar uma relação inversa. Concluindo que o senso de coerência não contribuiu para a diminuição do impacto da má-oclusão na QVRSB. No estudo de Emami et al., em 2010, com pacientes edêntulos, também ocorreu a falta de associação entre SOC e QVRSB, resultado esse que poderia ser atribuído ao tipo de estudo, características da amostra (idade), a natureza da condição bucal e o tamanho da população.

Há poucas publicações na literatura científica sobre a relação entre a teoria salutogênica, medida pelo conceito de SOC e QVRSB (BOMAN et al., 2012), dificultando a comparação entre os estudos.

O sexo figura-se também como um fator importante na maneira como cada pessoa aprecia o seu próprio estado de saúde, evidenciando que fatores psicológicos essencialmente individuais e ainda incógnitos são responsáveis pela variação da percepção do paciente (PALLANT; LAE, 2002). Esta observação foi confirmada pela diferença significativamente maior do SOC entre as mulheres do que aquele observado entre os homens (Tabela 5).

Os resultados nos mostraram não haver diferença significativa entre as faixas etárias (Tabela 6). Estudos anteriores confirmaram que o SOC permanece relativamente estável ao longo do tempo (KIVIMÄKI et al., 2000), mas não tão estável quanto Antonovsky assumiu, uma vez que existem pequenas variações no valor médio SOC e estudos têm mostrado que SOC parece aumentar (LINDMARK et al., 2010) ou diminuir com a idade (NILSSON et al., 2003).

Em sua revisão, Eriksson e Lindström, 2005 mostraram que os entrevistados não têm geralmente encontrado dificuldades para preencher os questionários, mesmo que haja algumas exceções. Como as perguntas SOC são mais gerais do que específicas da situação, isso pode ser tanto positivo quanto negativo, positivo, pois os participantes não precisam demonstrar um comportamento ou hábito específico, mas também negativos, como poderia ser difícil de entender as questões por causa da perda de um relacionamento pessoal com uma situação específica. Mas ainda há o problema de interpretar a posição individual sobre a saúde/doença. Com essas observações, não se pode descartar a presença de fatores de confusão durante o preenchimento do questionário.

Um SOC mais forte foi associado a melhores comportamentos relacionados com a saúde bucal, por parte dos adultos, descrevendo a capacidade psicossocial de uma pessoa para promover sua saúde, ocasionando uma maior procura pelo tratamento odontológico (SAVOLAINEN et al., 2005; ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2005; ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2007; BERNABÉ et al., 2009; ELYASI et al., 2015). Um SOC forte sozinho ou em conjunto com recursos suficientes e devidamente coordenados pode aliviar o fardo da vida, diminuindo o estresse negativo. Tal alívio poderia vir por meio de comportamentos saudáveis, refletindo em melhor saúde (SUOMINEN et al., 2001).

Acreditamos que estes resultados nos permitem avançar na compreensão do impacto da má-oclusão na QVRSB e também têm implicações clínicas importantes para a concepção da intervenção psicossocial como parte essencial do tratamento ortodôntico: aumentar a adesão ao tratamento ortodôntico, através do conhecimento do impacto da má-oclusão e aumentar a satisfação com o tratamento, obtendo-se melhores resultados em saúde e QV.

7 CONCLUSÕES

Pelos resultados obtidos no presente trabalho chegamos às seguintes conclusões:

1. A extensão do impacto sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, medida através do OHIP-14, entre os participantes com algum tipo de má-oclusão foi significativamente maior do que entre aqueles que não apresentaram anormalidade classificada pelo DAI; sendo significativamente maior entre as mulheres; com maiores impactos no desconforto psicológico e incapacidade psicológica;

2. A maior parte dos pacientes que procuraram por tratamento ortodôntico foram do sexo feminino, com idade entre 25 e 45 anos, com média de idade de 37 anos, casado, com renda até dois salários mínimos e apresentavam escolaridade até o nível médio;

3. Neste estudo, 65,4% dos pacientes apresentaram algum tipo de anormalidade na oclusão e necessitam de algum tipo de tratamento; sendo 22,3% com má-oclusão definida e tratamento eletivo; 15,4% apresentavam má-oclusão severa com tratamento altamente desejável e 27,7% foram classificados com má-oclusão incapacitante, sendo o tratamento ortodôntico imprescindível;

4. Não se observou a associação do OHIP-14 com o SOC, demostrando que o SOC não foi capaz de diminuir o impacto da má-oclusão sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

REFERÊNCIAS

Ambrizzi DR, Franzi SA, Pereira Filho VA, Gabrielli MAC, Gimenez CMM, Bertoz FA. Avaliação das queixas estético-funcionais em pacientes portadores de deformidades dentofaciais. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2007; 12(5):63-70.

Anastasi G, Spennato A. Impact of orthodontic treatment on oral health-related quality of life and other psychological variables. 2014 [acesso em 10 jan 2016]. Disponível em: http://www.webmedcentral.com/article_view/4496

Arcís CB, Company JMM, Pastor DM, Silla JMA. Orthodontic treatment need in a Spanish young population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2012; 17(4):38-43.

Arrow P, Brennan D, Spencer AJ. Quality of life and psychosocial outcomes after fixed orthodontic treatment: a 17-year observational cohort study. Community Dent Oral Epidemiol. 2011; 39:505-14.

Bernabé E, Watt RG, Sheiham A, Suominen-Taipale AL, Nordblad A, Savolainen J et al. The influence of sense of coherence on the relationship between childhood socioeconomic status and adult oral health-related behaviours. Community Dent Oral Epidemiol. 2009; 37:357-65.

Conforme *International Committee of Medical Journal Editors* (Vancouver Style) – Grupo de Vancouver

Boman UW, Wennström A, Stenman U, Hakeberg M. Oral health-related quality of life, sense of coherence and dental anxiety: an epidemiological cross-sectional study of middle-aged women. BMC Oral Health. 2012 [acesso em 10 jan 2016]. Disponível em: http://www.biomedcentral.com/1472-6831/12/14

Bonanato K, Branco DBT, Mota JPT, Ramos-Jorge ML, Paiva SM, Pordeus IA et al. Trans-cultural adaptation and psychometric properties of the “sense of coherence scale” in mothers of preschool children. R. Interam. Psicol. 2009; 43(1):407-16.

Borzabadi-Farahani A. An insight into four orthodontic treatment need indices. Prog Orthod. 2011; 12(2):132-42.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência nacional de Saúde. Brasília; 1986.

Brasil. Ministério da Saúde Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº17). Brasília; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Projeto técnico. Brasília; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados principais. Brasília; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília; 2014.

Brennan DS, Singh KA, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF. Positive and negative affect and oral health-related quality of life. 2006.[acesso em 10 jan 2016]. Disponível em: http://www.hqlo.com/content/4/1/83

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. saúde coletiva. 2000; 5(1):163-77.

Buttke TM, Proffit WR. Reffering adult patients for orthodontic treatment. JADA. 1999; 130:73-9.

Capelozza Filho L, Braga AS, Cavassan AO, Ozawa TO. Tratamento ortodôntico em adultos: uma abordagem direcionada. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2001; 6(5):63-80.

Capelozza Filho L, Aranha MFB, Ozawa TO, Cavassan AO. Orthodontic treatment in adults: restoring smile esthetics. Dental Press J Orthod. 2012; 17(5):53-63.

Choi WS, Lee S, McGrath C, Samman N. Change in quality of life after combined orthodontic-surgical treatment of dentofacial deformities. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2010; 109:46-51.

Choi SH, Kim BL, Cha JY, Hwang CJ. Impacto f malocclusion and common oral diseases on oral health-related quality of life in Young adults. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2015; 147:587-95.

Claudino D, Traebert J. Malocclusion, dental aesthetic self-perception and quality of life in a 18 a 21 year-old populaion: a cross section study. 2013 [acesso em: 10 jan 2016]. Disponível em: http://www.biomedcentral.com/1472-6831/13/3

Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Rebelo MAB. Quality of life related to oral health: contribuition from social factors. Ciênc. saúde coletiva. 2011; 16(Supl.1):1007-15.

Cunningham SJ, Hunt NP. Quality of life and its importance in orthodontics. JO. 2001; 28(2):152-8.

Cunningham SJ, O'Brien C. Quality of life and orthodontics. Semin Orthod. 2007; 13:96-103.

Dahl KE. Oral heath-related quality of life in Norwegian adults. Faculty of Dentistry: School of dental hygiene and oral health, University of Oslo. 2011.

Elyasi M, Abreu LG, Badri P, Saltaji H, Flores-Mir C, Amin M. Impact of sense of coherence on oral health behaviors: a systematic review. PLoS ONE. 2015; 10(8):e0133918, doi:10.1371/ journal.pone.0133918.

Emami E, Allison PJ, Grandmont P, Rompré PH, Feine JS. Better oral health related quality of life: type of prosthesis or psychological robustness? J Dent. 2010; 38:232-6.

Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. J epidemiol. community Health. 2005; 59:460-6.

Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. J epidemiol community health. 2007; 61:938-44.

Eriksson M, Lindström B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. Health Promot. Int. 2008; 23(2):190-9.

Esperão PTG, Oliveira BH, Almeida MAO, Kiyak HA, Miguel JAM. Oral health-related quality of life in orthognathic surgery patients. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2010; 137:790-5.

Feu D, Quintão CCA, Miguel JAM. Indicadores de qualidade de vida e sua importância na Ortodontia. Dental Press J Orthod. 2010; 15(6):61-70.

Feu D. Why orthodontists should be aware of the quality of life of their patients. Dental Press J Orthod. 2011; 16(1):13-6.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G et al., Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr. 1999; 21(1):19-28.

Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciênc. saúde coletiva. 2000; 5(1):33-8.

Flensborg-Madsen T, Ventegodt S, Merrick J. Sense of coherence and physical health. A review of previous findings. Sci World J. 2005; 5:665-73.

Frejman MW, Vargas IA, Rösing CK, Closs LQ. Dentofacial deformities are associated with lower degrees of self-esteem and higher impact on oral health-related quality of life: results from an observational study involving adults. J Oral Maxillofac Surg. 2013; 71:763-7.

Gabardo MCL, Moysés ST, Moysés SJ. Autopercepção de saúde bucal conforme o perfil de impacto da saúde bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. Rev Panam Salud Publica. 2013; 33(6):439-45.

Gabardo MCL, Moysés SJ, Moysés ST, Olandoski M, Olinto MTA, Pattussi MP. Social, economic and variables associated with oral health-related quality of life among Brazilian adults. Ciênc. saúde coletiva. 2015; 20(5):1531-40.

Garbin AJI, Perin PCP, Garbin CAS, Lolli LF. Prevalência de oclusopatias e comparação entre a Classificação de Angle e o Índice de Estética Dentária em escolares do interior do estado de São Paulo – Brasil. Dental Press J Orthod. 2010; 15(4):94-102.

Gazit-Rappaport T, Shalish MH, Gazit E. Psychosocial reward of orthodontic treatment in adult patients. Eur J Orthodont. 2010; 32:441-6.

Gift HC: Oral health outcomes research – challenges and opportunities. In: Slade GD. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology; 1997; 25-46.

Goyal S, Goyal S, Muhigana A. Assessment of malocclusion severity levels and orthodontic treatment needs using the Dental Aesthetic Index (DAI): a retrospective study. RMJ. 2013; 70(3):20-7.

Gravic A, Mirceta D, Jakobovic, Pavlic A, Zrinski MT, Spalj S. Craniodentofacial characteristics, dental esthetics-related quality of life, and self-esteem. Am J Orthod dentofacial Orthop. 2015; 147:711-8.

Hägg U, McGrath C, Zhang M. Quaity of life and orthodontic treatment need related to occlusal indices. HKMD. 2007; 12(10):8-12.

Hassan AH, Amin HES. Association of orthodontic treatment needs and oral health-related quality of life in young adults. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2010; 137:42-7.

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. Rio de Janeiro; 2005.

Johal A, Joury E. What factors predict the uptake of orthodontic treatment among adults? Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2015; 147:704-10.

Johansson G, Östberg AL. Oral health-related quality of life in Swedish young adults. Int J Qualitative Stud Health Well-being. 2015. [acesso em: 12 jan 2016). Disponível em: http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.27125

Kang JM, Kang KH. Effect of malocclusion or orthodontic treatment on oral health-related quality of life in adults. Korean J Orthod. 2014; 44(6):304-11.

Kivimäki M, Feldt T, Vahtera J, Nurmi JE. Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples. Soc Sci Med. 2000; 50:583-97.

Klages U, Bruckner A, Zentner A. Dental aesthetics, self-awareness, and oral health-related quality of life in young adults. Eur J Orthod. 2004; 26(5):507-14.

Klages U, Bruckner A, Guld Y, Zentner A. Dental aesthetics, orthodontic treatment, and oral health atitudes in young adults. Am J Orthod dentofacial Orthop. 2005; 128:442-9.

Lalonde M. New perspective on the health of Canadians: 28 years later. Pan Am J Public Health. 2002; 12(3):149-52.

Lee S, McGrath C, Samman N. Quality of life in patients with dentofacial deformity: a comparison of measure approaches. Int. J. Oral Maxillofac. Sur. 2007; 36:488-92.

Lindmark U, Stenström ULF, Gerdin EW, Hugoson A. The distribuition of “sense of coherence” among Swedish adults: a quantitative cross-sectional population study. SJPH. 2010; 38:1-8.

Lindström B, Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. Health Promot Int. 2006; 21(3):238-44.

Liu Z, McGrath C, Hägg U. Associations between orthodontic treatment need and oral health-related quality of life among young adults: does it depend on how you assess them? Community Dent Oral Epidemiol. 2011; 39:137-44.

Locker D. Concepts of oral health, disease, and the quality of life. In: Slade GD, Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology; 1997; 11-23.

Locker D, Allen F. What do measures of ‘oral health-related quality of life’ measure? Community Dent Oral Epidemiol. 2007; 35:401-11.

Locker D, Quiñonez C. To what extent do oral disorders compromisse the quality of life? Community Dent Oral Epidemiol. 2011; 39:3-11

Maltagliati LA, Montes LAP. Análise dos fatores que motivam os pacientes adultos a buscarem o tratamento ortodôntico. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2007; 12(6):54-60.

Mason J, Pearce MS, Walls AWG, Parker L, Steele JG. How do factors at different stages of the lifecourse contribute to oral-health-related quality of life in middle age for men and women? J Dent Res. 2006; 85(3):257-61.

Masood Y, Masood M, Zainul NNB, Araby NBAA, Hussain SF, Newton T. Impacto f malocclusion on oral health related quality of life in young people. 2013. [acesso em: 10 jan 2016]. Disponível em: http://www. hqlo.com/contente/11/1/25

Miguel JAM, Palomares NB, Feu D. Life-quality of orthognathic surgery patients: The search for an integral diagnosis. Dental Press J Orthod. 2014; 19(1):123-37.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc. saúde coletiva. 2000; 5(1):7-18.

Miotto MHMB, Barcellos LA, Velten DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da região Sudeste. Ciênc. saúde coletiva. 2012; 17(2);397-406.

Navabi N, Farnudi H, Rafiei H, Arashlow MT. Orthodontic treatment and the oral health-related quality of life of patients. J Dent. 2012; 9(3):247-54.

Nilsson B, Holmgren L, Stegmayr B, Westman G. Sense of coherence-stability over time and relation to health, disease, and psychosocial changes in a general population: a longitudinal study. Scan J Public Health. 2003; 31:297-304.

Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. Community Dent Oral Epidemiol 2005; 33:307-14.

Oliveira PG, Tavares RR, Freitas JC. Assessment of motivation, expectations and satisfaction of adult patients submitted to orthodontic treatment. Dental Press J Orthod. 2013; 18(2):81-7.

Olsen JA, Inglehart MR. Malocclusions and peceptions of attractiveness, intelligence, and personality, and behavioral intentions. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2011; 140:669-79.

Organização Mundial da Saúde (OMS). International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. Genebra; 1980.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal: manual de instruções. 4 ed. Genebra; 1997a.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Measuring quality of life. Genebra; 1997b.

Organização Mundial da Saúde (OMS). The World Oral Health Report. Genebra; 2003.

Pabari S, Moles DR, Cunningham SJ. Assessment of motivation and psychological characteristics of adult orthodontic patients. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2011; 140:e263-e72.

Pallant JF, Lae L. Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. Pers Indiv Differ. 2002; 33:39-48.

Palomares NB, Celeste RK, Oliveira BH, Miguel JA. How does orthodontic treatment affect young adults' oral health-related quality of life? Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2012; 141:751-8.

Peres SHCS, Goya S, Cortellazzi KL, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Pereira AC. Self-perception and malocclusion and their relation to oral appearance and function. Ciênc. saúde coletiva. 2011; 16(10):4059-66.

Pithon MM, Nascimento CC, Barbosa GCG, Coqueiro RS. Do dental esthetics have any influence on finding a job? Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2014; 146:423-9.

Reis SAB, Capelozza Filho L, Mandetta S. Prevalência de oclusão normal e má-oclusão em brasileiros, adultos, leucodermas, caracterizados pela normalidade do perfil facial. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2002; 7(5):17-25.

Romero-Maroto M, Santos-Puerta N, Olmo MJG, Peñacoba-Puente C. The impact of dental appearance and anxiety on self-esteem in adult orthodontic patients. Orthod Craniofac Res. 2015; 18:143-55.

Roncalli AG, Silva NN, Nascimento AC, Freitas CHSM, Casotti E, Peres KG et al. Aspectos metodológicos do Projeto SBBrasil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(Supl):40-57.

Rusanen J, Silvola AS, Tolvanen M, Pirttiniemi P, Lahti S, Sipilä K. Pathways between temporomandibular disorders, occlusal characteristics, facial pain , and oral health-related quality of life among patients with severe malocclusion. Eur J Orthodont. 2012; 34:512-7.

Santos JA, Florentino VGB, Sarmento DJS, Cavalcanti AL. Prevalência de maloclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em indivíduos adultos. Acta Sci Health Sci. 2011; 33(2):197-202.

Savolainen J, Suominen-Taipale AL, Hausen H, Harju P, Uutela A, Martelin T et al. Sense of coherence as a determinant of the oral health-related quality of life: a national study in Finnish adults. Eur J Oral Sci. 2005; 113:121-7.

Schimidt A, Ciesielski R, Orthuber W, Koos B. Survey of oral health-related quality of life among skeletal malocclusion patients following orthodontic treatment and orthognatic surgery. J Orafac Orthop. 2013; 74:287-94.

Seidl EMF, Zannon, CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(2):580-88.

Shahrani IA. Self-perception of personal dental appearance among students of King Khaled University Abha, Saudi Arabia. European J Gen Dent. 2014; 3(3):80-4.

Silva AN, Mendonça MHM, Vettore MV. A salutogenic approach to oral health promotion. Cad. Saúde Pública. 2008; 24 Sup 4:S521-30.

Silvola AS, Rusanen J, Tolvanen M, Pirttiniemi P, Lahti S. Occlusal characteristics and quality of life before and after treatment of severe malocclusion. Eur J Orthod. 2012; 34:704-9.

Silvola AS, Varimo M, Tolvanen M, Rusanen J, Lahti S, Pirttiniemi P et al. Dental aesthetic and quality of life in adults with severe malocclusion before and after treatment. Angle Orthod. 2014; 84(4):594-9.

Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. J Dent Res. 2011; 90(11):1264-70.

Slade GD. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology. 1997.

Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lathi S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. BDJ. 2005; 198(8):489-93.

Souza RA, Oliveira AF, Pinheiro SMS, Cardoso JP, Magnani MBBA. Expectations of orthodontic treatment in adults: the conduct in orthodontist/patient relationship. Dental Press J Orthod. 2013; 18(2):88-94.

Stanford ND, Bill T, Durham J. Adult orthodontic patients' views regarding dentofacial normality: a qualitative study. AJO-DO. 2014; 145(3):287-95.

Stenvik A, Espeland L, Linge BO, Linge L. Lay attitudes to dental appearance and need for orthodontic treatment. Eur J Orthodont. 1997. 19:271-7.

Suominen S, Helenius H, Blomberg H, Uutela A, Koskenvuo M. Sense of coherence as a predictor of subjective state of health Results of 4 years of follow-up of adults. J Psychosom Res. 2001; 50:77-86.

Tang X, Cai J, Lin B, Yao L, Lin F. Motivation of adult female patients seeking orthodontic treatment: an application of Q-methodology. Dove Press Journal. 2015; 9:249-56.

Tin-Oo MM, Saddki N, Hassan N. Factors influencing patient satisfaction with dental appearance and treatments they desire to improve aesthetics. BMC Oral Health. 2011 [acesso em 10 jan 2016]. Disponível em: http://www.biomedcentral.com/1472-6831/11/6

Vettore MV, Aqeeli A. The roles of contextual and individual social determinants of oral health-related quality of life in Brazilian adults. Qual Life Res. 2015. [acesso em: 12 jan 2016]. Disponível em: Qual Life Res.2015 Sep [Epub ahead of print].

Vintém JM. Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. Rev Port. Saúde Pública 2008; 26(2):5-16.

Werneck EC, Mattos FS, Silva MG, Prado RF, Araújo AM. Evaluation of the increase in orthodontic treatment demand in adults. Braz Dent Sci. 2012; 15(1):47-52.

Zhang M, McGrath C, Hägg U. The impact of malocclusion and its treatment on quality of life: a literature review. Int J Paediatr Dent. 2006; 16:381-7.

Zhou Y, Wang Y, Wang X, Volière G, Hu R. The impact of orthodontic treatment on the quality of life systematic review. BMC Oral Health. 2014 [acesso em 10 jan 2016]. Disponível em: http://www.biomedcentral.com/1472-6831/14/66

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL - UFMS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto da má-oclusão sobre a qualidade de vida e senso de coerência de pacientes adultos.

Pesquisador: Roberta Bianca Lourençone Lindenberg

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44361415.6.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.093.348

Data da Relatoria: 28/05/2015

Apresentação do Projeto:

Estudos sobre o impacto das condições bucais na qualidade de vida e no bem estar do indivíduo revelam que os aspectos funcionais, sociais e psicológicos são significativamente afetados por uma condição bucal insatisfatória

Objetivo da Pesquisa:

Estabelecer a relação entre a má-oclusão e o impacto na qualidade de vida e o senso de coerência de pacientes adultos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora informa que as atividades não apresentam riscos aos participantes, apenas eventual constrangimento ao responder o questionário, sendo que o participante estará livre para não responder à(s) questão(s) e em caso de leve desconforto durante o exame clínico bucal, medidas serão tomadas imediatamente para soluciona-lo.

A pesquisadora informa os benefícios que o participante terá de forma indireta e relaciona a um melhor entendimento do seu ortodontista a respeito da sua queixa principal e do quanto seu problema afeta sua qualidade de vida. E os resultados da pesquisa serão apresentados aos participantes sob a forma de um impresso nominal.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância social

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPO GRANDE, 03 de Junho de 2015

Assinado por:
PAULO ROBERTO HAIDAMUS DE OLIVEIRA BASTOS
(Coordenador)

ANEXO B – Questionário OHIP-14

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Por favor, responda com carinho e atenção marcando **apenas uma resposta** para cada pergunta. Não se preocupe, pois não existe resposta certa ou errada, apenas marque baseando-se no que você sente.

Perguntas	Nunca	Raramente	Ás vezes	Repetidamente	Sempre
Você tem problemas para pronunciar palavras por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?					
Você já sentiu mudança no sabor dos alimentos por causa de problemas com seus dentes ou a boca?					
Você já sentiu dor na sua boca?					
Você já teve desconforto para comer qualquer alimento por causa de problemas com seus dentes ou a boca?					
Você já ficou inibido por causa de seus dentes ou sua boca?					
Você já se sentiu estressado por causa de seus dentes ou sua boca?					
A sua alimentação tem sido ruim por causa de problemas com seus dentes ou boca?					
Você já teve que interromper alguma refeição por causa de seus dentes ou boca?					
Você já teve dificuldade para descansar por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?					
Você já se sentiu um pouco envergonhado por causa de seus dentes e sua boca?					
Você já ficou um pouco irritado com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes ou boca?					
Você tem dificuldades para fazer suas atividades diárias por causa de seus dentes ou sua boca?					
Você já sentiu que de maneira geral a vida te satisfaz menos por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?					
Você já esteve totalmente incapaz de agir por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?					

ANEXO C – Questionário SOC

QUESTIONÁRIO SENSO DE COERÊNCIA

Aqui estão 13 perguntas sobre vários aspectos da sua vida. Cada pergunta tem cinco possíveis Respostas. Marque com um X a resposta que melhor expresse sua maneira de pensar e sentir em relação ao que está sendo falado. Dê apenas uma **única resposta para cada pergunta.**

	Um enorme sofrimento e aborrecimento	Um sofrimento e aborrecimento	Nem aborrecimento nem satisfação	Um prazer e satisfação	Um enorme prazer e satisfação
Aquilo que você faz diariamente é					
	Sem nenhum objetivo	Com poucos objetivos	Com alguns objetivos	Com muitos objetivos	Repleta de objetivos
Até hoje sua vida tem sido					
	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Você tem interesse pelo que se passa ao seu redor?					
Você acha que é tratado com injustiça?					
Você tem ideias e sentimentos confusos?					
Você acha que as coisas que você faz na vida tem pouco sentido?					
Você já se decepcionou com pessoas que confiava?					
Você tem sentimentos que gostaria de não ter?					
Você tem dúvida se pode controlar o que sente?					
Já lhe aconteceu de ficar surpreendida com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?					
Em algumas situações, as pessoas sentem-se fracassadas. Você já se sentiu fracassada?					
Você sente que está numa situação pouco comum, e sem saber o que fazer?					
	Totalmente errada	Errada	Nem correta e nem errada	Correta	Totalmente correta
Às vezes acontecem coisas na vida da gente que achamos que não damos a devida importância. Quando alguma coisa acontece na sua vida, você acaba achando que deu a importância:					

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para você participar da pesquisa com o título: “IMPACTO DA MÁ-OCLUSÃO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA E RELAÇÃO COM SENSO DE COERÊNCIA EM PACIENTES ADULTOS”, realizada pela pesquisadora Roberta Lindenberg.

Você responderá a algumas questões sobre você e sua saúde bucal e consentir com o exame de sua boca. O exame da sua boca será realizado com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Estas atividades não apresentam riscos a você, apenas eventual constrangimento ao responder o questionário, sendo que você está livre para não responder à(s) questão(s) e em caso de leve desconforto durante o exame clínico bucal, serão tomadas medidas para solucioná-lo.

E os benefícios que você terá serão indiretos e relacionados a um melhor entendimento do seu ortodontista a respeito da sua queixa principal e do quanto seu problema afeta sua qualidade de vida. Quando for identificada alguma necessidade de tratamento odontológico além da má-oclusão, você será alertado, orientado e encaminhado imediatamente para o tratamento adequado, na especialidade específica, na própria instituição, ou em outra, caso não houver o tratamento específico nesta.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados individuais serão do conhecimento apenas da pesquisadora, guardados em local seguro e a divulgação apenas dos resultados será feita de forma a não identificar os pesquisados. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Para esclarecimentos entre em contato pessoalmente ou por telefone com a pesquisadora (67-9968-3010). Caso você tenha dúvidas e/ou denúncias a respeito da sua participação na pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS pelo telefone 3345-7187 ou através do e-mail bioética@propp.ufms.br. Este documento será elaborado em duas vias, uma sua e outra da pesquisadora.

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos na pesquisa e autorizo a realização do exame.

_____ _____

Nome completo do participante Assinatura do participante

Campo Grande, ____ de _____ de 2015.

_____

Roberta Lindenberg
(pesquisadora)

APÊNDICE B – Autorização 1

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Campo Grande, 31 de maio de 2015.

Ao Senhor Presidente da Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas,
Seção Mato Grosso do Sul,
Dr. Mário Roberto Perussi.

Assunto: Autorização para realização de pesquisa científica.

Senhor Presidente,

Solicitamos autorização para realização do Projeto de Pesquisa, intitulado "Impacto da má-oclusão sobre a qualidade de vida e senso de coerência de pacientes adultos", sob a responsabilidade dos pesquisadores Roberta Bianca Lourençone Lindenberg e José Carlos Garcia de Mendonça. Com o objetivo de investigar o impacto da má-oclusão sobre a qualidade de vida e senso de coerência de pacientes ortodônticos adultos.

Os procedimentos adotados serão: a aplicação do questionário de qualidade de vida relacionada à saúde bucal, do questionário de senso de coerência e aplicação do Índice de estética Bucal. Estas atividades não apresentam riscos aos participantes, apenas eventual constrangimento ao responder os questionários, sendo o participante livre para não responder à(s) questão(s) sem prejuízo ao seu tratamento. E em caso de leve desconforto durante o exame clínico bucal, medidas serão tomadas imediatamente para saná-lo. Solicitamos ainda a disponibilidade da sala de atendimento clínico para a fase do exame clínico bucal.

O período previsto para coleta de dados será de junho de 2015 a outubro de 2015, conforme disponibilidade da instituição.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida através do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFMS, através do telefone 67-3345-7187 e pela pesquisadora (roberta.lindenberg@hotmail.com, 9968-3010).

Programa de Pós-Graduação em Odontologia – PPGO.
.Campus Universitário –Cidade Universitária.
S/nº Caixa Postal 549 –CEP: 79070-900-Campo Grande/MS-
Fone-fax: 3345.7385 E-mail: posdod.faodo@ufms.br

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÂO EM ODONTOLOGIA

A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos e que, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição como nome, endereço e outras informações pessoais não serão em hipótese alguma publicados. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento.

Conforme Resolução CNS 466 de 12/12/2012 a pesquisa só terá início nesta instituição após o **Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.**

Roberta Lindenberg
Pesquisadora

Ciente e autorizo:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIRURGIÕES DENTISTAS
SEÇÃO - MS
Rua Castro Alves nº 97
Autenticação - CEP: 79.002-460
Campo Grande - MS

Responsável pela Instituição

Programa de Pós-Graduação em Odontologia – PPGO.
.Campus Universitário –Cidade Universitária.
S/nº Caixa Postal 549 –CEP: 79070-900-Campo Grande/MS-
Fone-fax: 3345.7385 E-mail: posdod.faodo@ufms.br

APÊNDICE C – Autorização 2

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÂO EM ODONTOLOGIA

Campo Grande, 18 de maio de 2015.

Ao Senhor Presidente da Associação Brasileira de Odontologia,
Seção Mato Grosso do Sul,
Dr. Carlos Magno de Oliveira Rodrigues.

Assunto: Autorização para realização de pesquisa científica.

Senhor Presidente,

Solicitamos autorização para realização do Projeto de Pesquisa, intitulado "Impacto da má-oclusão sobre a qualidade de vida e senso de coerência de pacientes adultos", sob a responsabilidade dos pesquisadores Roberta Bianca Lourençone Lindenberg e José Carlos Garcia de Mendonça. Com o objetivo de investigar o impacto da má-oclusão sobre a qualidade de vida e senso de coerência de pacientes ortodônticos adultos.

Os procedimentos adotados serão: a aplicação do questionário de qualidade de vida relacionada à saúde bucal, do questionário de senso de coerência e aplicação do Índice de estética Bucal. Estas atividades não apresentam riscos aos participantes, apenas eventual constrangimento ao responder os questionários, sendo o participante livre para não responder à(s) questão(s) sem prejuízo ao seu tratamento. E em caso de leve desconforto durante o exame clínico bucal, medidas serão tomadas imediatamente para saná-lo. Solicitamos ainda a disponibilidade da sala de atendimento clínico para a fase do exame clínico bucal.

O período previsto para coleta de dados será de junho de 2015 a outubro de 2015, conforme disponibilidade da instituição.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida através do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFMS, através do telefone 67-3345-7187 e pela pesquisadora (roberta.lindenberg@hotmail.com, 9968-3010).

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÂO EM ODONTOLOGIA

A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos e que, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição como nome, endereço e outras informações pessoais não serão em hipótese alguma publicados. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento.

Conforme Resolução CNS 466 de 12/12/2012 a pesquisa só terá início nesta instituição após o **Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.**

Roberta Lindenberg
Pesquisadora

Ciente e autorizo:

Responsável pela Instituição

Carlos Magno de Oliveira Rodrigues
Dir. Presidente - ABO - MS

Programa de Pós-Graduação em Odontologia – PPGO.
.Campus Universitário –Cidade Universitária.
S/nº Caixa Postal 549 –CEP: 79070-900-Campo Grande/MS-
Fone-fax: 3345.7385 E-mail: posdod.faodo@ufms.br

APÊNDICE D – Autorização 3

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÂO EM ODONTOLOGIA

Campo Grande, 25 de maio de 2015.

Ao Senhor Coordenador do curso de Especialização em Ortodontia (FACSET)
Dr. Matheus Valieri.

Assunto: Autorização para realização de pesquisa científica.

Dr. Matheus Valieri,

Solicitamos autorização para realização do Projeto de Pesquisa, intitulado "Impacto da má-oclusão sobre a qualidade de vida e senso de coerência de pacientes adultos", sob a responsabilidade dos pesquisadores Roberta Bianca Lourençone Lindenberg e José Carlos Garcia de Mendonça. Com o objetivo de investigar o impacto da má-oclusão sobre a qualidade de vida e senso de coerência de pacientes ortodônticos adultos.

Os procedimentos adotados serão: a aplicação do questionário de qualidade de vida relacionada à saúde bucal, do questionário de senso de coerência e aplicação do Índice de estética Bucal. Estas atividades não apresentam riscos aos participantes, apenas eventual constrangimento ao responder os questionários, sendo o participante livre para não responder à(s) questão(s) sem prejuízo ao seu tratamento. E em caso de leve desconforto durante o exame clínico bucal, medidas serão tomadas imediatamente para saná-lo. Solicitamos ainda a disponibilidade da sala de atendimento clínico para a fase do exame clínico bucal.

O período previsto para coleta de dados será de junho de 2015 a outubro de 2015, conforme disponibilidade da instituição.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida através do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFMS, através do telefone 67-3345-7187 e pela pesquisadora (roberta.lindenberg@hotmail.com, 9968-3010).

Programa de Pós-Graduação em Odontologia – PPGO.
.Campus Universitário –Cidade Universitária.
S/nº Caixa Postal 549 –CEP: 79070-900-Campo Grande/MS-
Fone-fax: 3345.7385 E-mail: posdod.faodo@ufms.br

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos e que, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição como nome, endereço e outras informações pessoais não serão em hipótese alguma publicados. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento.

Conforme Resolução CNS 466 de 12/12/2012 a pesquisa só terá início nesta instituição após o **Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.**

Roberta Lindenberg
Pesquisadora

Ciente e autorizo:

Responsável pelo curso

Dr. Matheus Valieri
CRO-MS 4436

Programa de Pós-Graduação em Odontologia – PPGO.
.Campus Universitário –Cidade Universitária.
S/nº Caixa Postal 549 –CEP: 79070-900-Campo Grande/MS-
Fone-fax: 3345.7385 E-mail: posdod.faodo@ufms.br

APÊNDICE E – Questionário de informações gerais

INFORMAÇÕES GERAIS

Para alcançar os objetivos da pesquisa, precisamos saber de algumas informações sobre você. Procure marcar **apenas uma questão**, com veracidade. As informações prestadas serão mantidas em absoluto sigilo.

1. Qual sua idade? _____ anos.

2. Qual seu sexo?

   ( )feminino
   ( )masculino

3. Qual é o seu estado civil?

   ( )solteiro(a)
   ( )casado(a)
   ( )viúvo(a)
   ( )outros (desquitado(a), separado(a) ou divorciado(a))

4. Qual é sua renda mensal? (Salário mínimo= R$ 788,00)

   ( )até dois salários mínimos (até R$ 1576,00)
   ( )de três a cinco salários mínimos (de R$ 2364,00 a R$ 3940,00)
   ( )de seis a dez salários mínimos (de R$ 4728,00 a R$ 7880,00)
   ( )mais de dez salários mínimos (mais de R$ 7880,00)

5. Qual é o seu grau de escolaridade?

   ( )não alfabetizado(a)
   ( )ensino fundamental ou 1º grau incompleto
   ( )ensino fundamental ou 1º grau completo
   ( )ensino médio ou 2º grau incompleto
   ( )ensino médio ou 2º grau completo
   ( )ensino superior ou 3º grau incompleto
   ( )ensino superior ou 3º grau completo
   ( )pós-graduação