



FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Inara Pereira da Cunha

**AUTOPERCEPÇÃO DA NECESSIDADE DE TRATAMENTO
ORTODÔNTICO: REVISÃO DE LITERATURA**

SETE LAGOAS – MG

2018



FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Inara Pereira da Cunha

**AUTOPERCEÇÃO DA NECESSIDADE DE TRATAMENTO
ORTODÔNTICO: REVISÃO DE LITERATURA**

Artigo apresentado ao curso de Especialização
da FACSET Unidade Avançada Campo Grande
/MS – como requisito parcial para a conclusão
do Curso de Ortodontia.

Orientador: Prof. Fabiano Regalado

SETE LAGOAS – MG

2018

RESUMO

A má oclusão é um dos principais problemas bucais na população brasileira, principalmente entre os adolescentes. Assim, observa-se a necessidade de se utilizar métodos de avaliação que priorize o atendimento dos indivíduos com maior necessidade de tratamento, bem como, aumentar a adesão ao tratamento ortodôntico proposto. Torna-se assim importante a avaliação da autopercepção da má oclusão na qualidade de vida e na estética dentária dos acometidos. Buscando elucidar as formas de avaliação da autopercepção, o presente artigo encontrou na literatura o uso de instrumentos que mensuram o impacto da saúde bucal na qualidade de vida Oral Health-Related Quality of Life Measure (OHQOL), Oral Health Impact Profile – Perfil de Impacto na Saúde Oral (OHIP), Dental Impacts on Daily Living – Impactos Dentais na Vida Diária (DIDL), e o Oral Impact on Daily Performance – Impactos Oraís nas Atividades Diárias (OIDP), e instrumentos que avaliam a necessidade de tratamento ortodôntico por meio da percepção estética, o Dental Aesthetic Index (DAI), o Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (IOTN) e o Orthodontic Aesthetic Subjective Impact Score (SAS). Conclui-se que os instrumentos relatados na literatura são aplicáveis e podem auxiliar o ortodontista no planejamento do tratamento e aumentar a cooperação do paciente adolescente.

Palavras-chave: Ortodontia. Autopercepção. Adolescentes.

INTRODUÇÃO

A má oclusão é compreendida como uma alteração do crescimento e desenvolvimento crânio facial que compromete a oclusão dentária (DIAS; GLEISER et al. 2008). É considerada pela Organização Mundial da saúde como o terceiro maior problema na escala de prioridades da saúde bucal (OMS, 1989), o que a define como um alvo de políticas e ações públicas.

Sabe-se que as alterações oclusais impactam negativamente na qualidade de vida (PAKPOUR et al. 2017; COLUSSI et al. 2017). Isto porque, a má oclusão é sentida por meio das dificuldades de mastigação, fonação, respiração, além de contribuir com a postura corporal. Ainda, influência nas relações interpessoais, pois o comprometimento do sorriso promove constrangimento e abala as interações sociais, podendo até mesmo dificultar o acesso ao emprego (JUNG et al. 2010; OLSEN et al. 2011) e o bem-estar psicológico, principalmente em se tratando dos adolescentes.

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (UNICEF), a adolescência é um termo que define sujeitos entre 10 a 19 anos de idade (UNICEF, 2011). É nessa fase que os indivíduos passam por intensas transformações tanto físicas como psicológicas que irão determinar a sua identidade, hábitos e comportamentos na fase adulta (WILLIAMS et al. 2000). Esse é um período que a aparência facial faz diferença na socialização. Adolescentes com má oclusão, por exemplo, tornam-se tímidos e com baixa autoestima, podendo desenvolver depressão (BADRAN et al. 2010). Reconhecer as limitações causadas pelas alterações oclusais é uma forma de auto perceber a doença.

A autopercepção da condição bucal é um dos fatores que promove o acesso aos serviços odontológicos. Ademais, é dita como responsável pelo autocuidado da saúde, e complementa as medidas clínicas (NASCIMENTO et al., 2015). Essa é uma temática que vem sendo estudada em trabalhos que visam identificar os fatores associados a necessidade subjetiva de tratamento odontológico em diversas faixas etárias (MOREIRA et al., 2009). Ressalta-se que apesar de avaliar a subjetividade, a autopercepção também pode ser

utilizado como um indicador da necessidade de tratamento dentário (NASCIMENTO et al., 2015).

Historicamente, a odontologia utiliza-se de critérios exclusivamente clínicos para avaliar a necessidade de tratamento odontológico. Na ortodontia, essa prática não é diferente. Na maioria das vezes utilizam-se dados cefalométricos e a medida de índices oclusais, como meios de definir a necessidade de tratamento ortodôntico. No entanto, os critérios clínicos e epidemiológicos não são capazes de mensurar o quanto a má oclusão impacta na vida dos indivíduos afetados (PERES et al., 2002).

Medidas de qualidade de vida relacionadas à saúde bucal foram desenvolvidas com o objetivo de mensurar o quanto os problemas orais interferem no cotidiano. É interessante que o Cirurgião-Dentista reconheça essas medidas para identificar as pessoas ou populações que necessitam de tratamento imediato, por sentirem com maior intensidade o agravo da má oclusão. Além disso, reconhecer de que maneira os adolescentes percebem a necessidade de tratamento ortodôntico, pode ajudar no planejamento do caso e no esclarecimento das técnicas a serem utilizadas, sendo um meio de motivar também a adesão do cliente.

Deste modo, o presente artigo tem como objetivo abordar a importância dos instrumentos relatados na literatura que podem ser utilizadas pelos ortodontistas na identificação da autopercepção da má oclusão entre os adolescentes.

REVISÃO DE LITERATURA

Instrumentos de qualidade de vida utilizados na mensuração da autopercepção da necessidade de tratamento

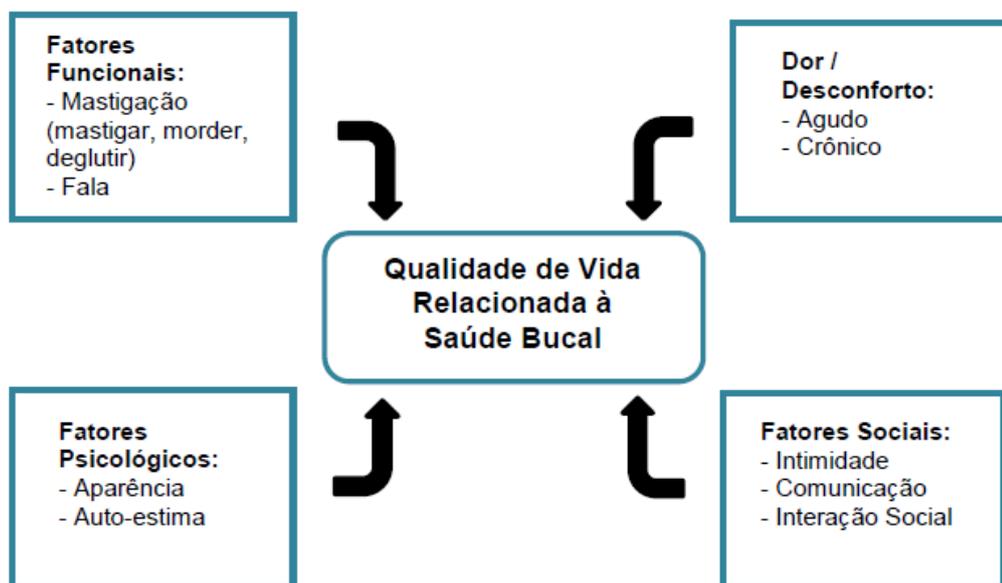
Desde de 1960 já se afirmava que os índices baseados em critérios puramente clínicos não satisfaziam como métodos de definição de necessidade de tratamento odontológico (DRACKER, 1960).

Assim, longo do tempo foram desenvolvidos instrumentos para mensurar o impacto social, psicológico, cultural e econômico dos problemas bucais, bem

como a percepção subjetiva dos indivíduos sobre sua condição e suas necessidades em saúde. Dentre os instrumentos mais utilizados entre os adolescentes, encontram-se: Oral Health-Related Quality of Life Measure (OHQOL) (KRESSIN, 1991), Oral Health Impact Profile – Perfil de Impacto na Saúde Oral (OHIP) (SLADE & SPANCER, 1994), Dental Impacts on Daily Living – Impactos Dentais na Vida Diária (DIDL) (LEÃO et al. 1996), e o Oral Impact on Daily Performance – Impactos Oraís nas Atividades Diárias (OIDP) (ADULYANOS; SHEIHAM, 1997).

Para Inglerhart e Bagramian (2002), os fatores que devem ser avaliados pelos instrumentos de qualidade de vida, são os funcionais, psicológicos (relacionados à aparência e auto-estima), sociais (interação com os outros) e a experiência de dor/desconforto. Quando esses fatores se relacionam, temos a definição de um instrumento que mensura a qualidade de vida relacionada a saúde bucal (Figura 1).

Figura 2 – Fatores que afetam a QVRSB



Fonte: (INGLEHART; BAGRAMIAN, 2002)

A partir desse modelo, a Organização Mundial de Saúde fez recomendações sobre a construção e uso de instrumentos de medida do impacto da saúde na qualidade de vida e consideram essenciais questões relacionadas à condição biológica, comportamento e capacidade funcional, as quais dimensionarão o estado de saúde dos indivíduos. A avaliação subjetiva deve conter questionamentos sobre satisfação acerca da saúde, em cada uma das dimensões: física, psicológica e social.

Na odontologia, são diversos os instrumentos aplicados para mensurar a qualidade de vida dos indivíduos na perspectiva da saúde bucal (LEÃO, 1995). Esses instrumentos são utilizados com frequência em populações de adolescentes e adultos. Para os idosos e crianças outras formas de mensuração são mais utilizadas, pois se entende que esses segmentos apresentam peculiaridades na autopercepção e que devem ser consideradas na avaliação (FEU et al. 2010).

Seguindo a ordem cronológica de elaboração, os instrumentos mais utilizados entre os adolescentes para mensurar o impacto das condições bucais é apresentado abaixo.

O Oral Health Related Quality of Life (OHQOL) representa um conjunto de índices multidimensionais que se referem à forma como os problemas bucais podem afetar o indivíduo. Este conjunto de índices vem sendo utilizado em estudos europeus, que tentam relacionar o impacto da saúde bucal na vida dos indivíduos. Kressin (1991) desenvolveu o OHQOL, tendo como base instrumentos já existentes para este fim, como: SIDD, GOHAI e outros. Três itens foram incluídos, relacionados aos possíveis efeitos de doença bucal: os problemas com seus dentes ou gengivas têm: (A) afetado suas atividades diárias, como trabalho e lazer? (B) Afetado suas atividades sociais com familiares, amigos e colegas de trabalho? (C) Feito você evitar conversas com outras pessoas, por causa de sua aparência? As respostas a cada um dos itens foram agrupadas em escores variando de “todo o tempo” até “em nenhuma ocasião” (KRESSIN, 1997).

O Oral Health Impact Profile (OHIP) considera as consequências sociais dos problemas bucais de acordo com a percepção dos próprios indivíduos

afetados. O instrumento foi desenvolvido por pesquisadores Australianos Slade & Spencer (1994), e na sua versão original o questionário apresenta 49 itens. Em 1997, foi validado no Brasil a versão reduzida, conhecido como OHIP-14, contendo 14 questões (Anexo) (SLADE et al. 1997). O instrumento contempla sete dimensões do impacto a ser medido: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. As respostas são dadas de acordo com uma escala codificada (SLADE et al. 1997). Vale ressaltar que originalmente tanto o OHIP quanto o OHIP-14 foram originalmente desenvolvidos para populações idosas, entretanto, esses instrumentos vêm sendo utilizados com sucesso para mensurar o impacto de problemas orais em adolescentes (OLIVEIRA, 2004; FERREIRA et al. 2004).

O índice de Impactos Dentais na Vida Diária (DIDL) avalia o reflexo dos problemas psicossociais na condição bucal. Esse índice considera cinco dimensões: conforto (relacionado com a saúde gengival e ausência de impacção alimentar), aparência (autoimagem do individuo), dor, performance (habilidade de realizar normalmente atividades diárias e interagir socialmente), e restrições alimentares (em morder e mastigar) (LEÃO et al. 1996).

O DIDL é um questionário de 36 itens que objetiva obter escores para cada dimensão e também um escore geral que avalia o impacto de todas as dimensões envolvidas. O escore por dimensões é feito somando-se os valores de cada item (questão) que compõe uma dimensão — por exemplo, os quatro itens ou questões que compõem a dimensão “Aparência” — e posteriormente dividindo-se pelo número de itens que compõem a dimensão, que nesse caso é 4. Os impactos são interpretados como positivos se o valor final for +1, como negativos se for -1, e como não completamente negativos quando o valor final for zero (LEÃO et al. 1996).

As dimensões recebem pesos proporcionais ao impacto percebido pelo entrevistado, utilizando-se uma escala visual graduada de 1 a 10, com as dimensões posicionadas lado a lado. O escore total é obtido com o cálculo do escore de cada dimensão (a soma dos itens dividida pelo número de itens que formam a dimensão), e para esses escores são atribuídos pesos determinados

pelos entrevistados. As dimensões são então somadas, obtendo-se o escore total (LEÃO et al. 1996).

Baseado no International Classification of Impairments, Disabilities and Handcaps (World Health Organization, 1980), o OIDP foi um instrumento adaptado para a Odontologia por Locker, no ano de 1989. São utilizadas medidas de frequência e severidade dos impactos que afetam o desempenho diário dos indivíduos e dessa forma, fornece um escore individual (ADULYANOS; SHEIHAM, 1997). Por menor, este instrumento aborda nove dimensões relacionadas aos aspectos físicos, psicológicos e sociais, que são: dificuldade para comer, sorrir, estudar, falar, fazer atividades físicas, limpar os dentes, dormir; aspectos emocionais, tais como, relaxar, estado emocional e de contato social como sair e trabalhar (ADULYANON; VOURAPUKJARU; SHEIHAM, 1996).

Instrumentos de avaliação ortodôntica utilizados na mensuração da autopercepção da necessidade de tratamento

Diversos índices têm sido utilizados para avaliar a prevalência e a gravidade de má oclusão em estudos epidemiológicos e para categorizar os indivíduos em grupos de acordo com o nível de urgência de tratamento. Com isso, visam atuar como método eficaz para se conseguir uma avaliação mais uniforme da necessidade de tratamento ortodôntico. Assim, a literatura reporta os seguintes índices mais utilizados: Dental Aesthetic Index (DAI) (CONS, JENNY, KOHOUT, 1986), O Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (IOTN) (BROOK, SHAW, 1989) e o Orthodontic Aesthetic Subjective Impact Score (SAS) (Mandall, 1999). No entanto, apenas dois dos instrumentos citados consideram a autopercepção do indivíduo avaliado a respeito da sua satisfação com a oclusão, como reportado abaixo.

Em 1986, Cons Cons, Jenny e Kohout desenvolveram na Uiniversidade de Iowa, Estados Unidos, o índice de Estética Dentária (DAI - Dental Aesthetic Index). De acordo com os autores, o Dai integra critérios psicossociais e físicos das oclusopatias. O índice análise dez aspectos da oclusão: número de dentes perdidos, presença de apinhamento, espaçamento entre os dentes, diastemas entre os incisivos, desalinhamento maxilar e mandibular, overjet maxilar e

mandibular, mordida aberta anterior e por fim, a relação molar ântero-posterior (Anexo B).

O Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (IOTN) foi descrito por Brook e Shaw , em 1989, na Inglaterra. Este índice classifica a necessidade de tratamento ortodôntico de acordo com a importância e a gravidade de várias características oclusais para a saúde e a função dentais e de acordo com o prejuízo estético percebido. Assim, o índice é formado por dois componentes: O componente da saúde dental, conhecido como DHC (Dental Health Component) e o componente estético conhecido como AC (Aesthetic Component) (BROOK, SHAW, 1989).

O componente DHC do IOTN avalia as ausências dentárias (incluindo ausências congênitas e dentes impactados); sobressaliência (positiva ou negativa); mordida cruzada; deslocamentos de pontos de contato; sobremordida/mordida aberta, e as classifica de acordo com a gravidade. O componente AC é a avaliação subjetiva do IOTN. É composto por uma escala de avaliação da atratividade dental ilustrada por 10 fotografias coloridas numeradas. Esta escala apresenta um grau de atratividade decrescente e contínuo, onde a foto 1 representa o arranjo dentário mais atrativo e a foto 10, o menos atrativo. Lunn et al. (1993) sugeriram uma redução na classificação dos componentes do IOTN para três níveis: Grau 1 e 2 (fotos de 1 a 4), grau 3 (fotos de 5 a 6), grau 4 (fotos de 8 a 10), representando nenhuma necessidade de tratamento, moderada e grande respectivamente (Figura 1).

Um estudo realizado por Mandall et al (1999), avaliando 434 adolescentes asiáticos e caucasianos, avaliaram o efeito da classificação étnica, privação social e necessidade normativa para tratamento ortodôntico, sobre o impacto estético oral da má oclusão, além de investigar a influência deste impacto sobre a necessidade percebida e o desejo de tratamento ortodôntico. Os pesquisadores utilizam o índice IOTN-AC e IOTN-DH para determinar a necessidade normativa e o impacto da má oclusão. Foi desenvolvida uma medida do impacto estético oral da má oclusão, para avaliar o grau de descontentamento da criança em relação aos seus dentes, o qual foi denominado OASIS (Orthodontic Aesthetic Subjective Impact Score). O registro consistia em cinco perguntas com as respostas sendo assinaladas sobre uma

escala de Likert de sete pontos (Figura 2). Em seguida, o participante era solicitado a identificar no componente estético do IOTN a fotografia que melhor retratasse a sua condição bucal, e questionada sobre seu desejo de receber tratamento ortodôntico. Os resultados mostraram uma relação positiva entre valores normativos de necessidade de tratamento ortodôntico e impacto estético. Registros mais altos para o OASIS foram encontrados para crianças com maiores privações sociais e com maiores necessidades estéticas, relacionadas à má oclusão.



Figura 1. Componente estético (AC) do IONT (BROOK, SHAW, 1989).

Como você se sente considerando a aparência dos seus dentes?

1 Sem preocupação - 2-3-4-5-6- 7 muito preocupado

Você tem observado que outras pessoas comentam sobre a aparência dos seus dentes?

1 Nunca - 2-3-4-5-6 7 Sempre

Você evita sorrir devido a aparência dos seus dentes?

1 Nunca - 2-3-4-5-6 7 Sempre

Você já cobriu a boca com a mão, no momento de sorrir, devido a aparência dos seus dentes?

1 Nunca - 2-3-4-5-6 7 Sempre

Você gostaria de corrigir os dentes para melhorar a sua aparência?

1 Nunca - 2-3-4-5-6 7 Gostaria

Figura 2. Questionário da autopercepção da má oclusão (OASIS - MANDALL ET AL. 2000).

Aplicação dos instrumentos relatados nas pesquisas acadêmicas

No ano de 2000, Mandall et al. avaliaram a associação os fatores que influenciam na necessidade de tratamento ortodôntico normativo e percebido, além do uso de serviços ortodônticos. Foi selecionada uma amostra aleatória de 434 crianças entre 14 e 15 anos de idade nas escolas de Manchester, Reino Unido. O instrumento utilizado para mensurar a autopercepção da estética dentária foi a Escala de Impacto Subjetivo Aesthetic Oral (OASIS). A Necessidade de tratamento ortodôntico normativo foi medida com o Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (IOTN). As crianças que apresentaram maior necessidade de tratamento normativo se perceberam em pior situação de oclusão. Meninas, socialmente desfavorecidas e asiáticas, tiveram maiores escores no IOTN.

Pesquisa realizado por Peres et al. 2002, avaliou o impacto das necessidades ortodônticas tecnicamente definidas (critérios normativos) sobre a satisfação com a aparência e a mastigação e comparou com as autopercebidas (critérios subjetivos). Para isso, foram selecionados alunos

entre 14 e 18 anos de idade (n=315) de um colégio em Florianópolis, SC, Brasil. Uma cirurgiã-dentista realizou os exames clínicos para diagnóstico das principais oclusopatias (*Dental Aesthetic Index*) e aplicou um questionário para conhecer a satisfação dos indivíduos quanto à aparência, mastigação e percepção das necessidades de tratamento ortodôntico. Foi utilizada análise de regressão logística múltipla para conhecer o impacto de cada oclusopatia sobre a percepção dos indivíduos a respeito dos problemas oclusais. A prevalência de pelo menos um tipo de oclusopatia foi de 71,3%. Presença de apinhamento incisal (OR=2,8 [1,6-4,9]) e *overjet* (trespasse horizontal) (OR=2,4[1,4-4,3]) foram fatores de risco para insatisfação com a aparência. Adolescentes que apresentaram irregularidade anterior da mandíbula (OR=3,3 [1,6-6,9]), *overjet* (OR=1,7 [1,1-3,0]) e diastema anterior (OR=3,1 [1,4-6,9]) apresentaram maior percepção para a necessidade de tratamento ortodôntico. Os resultados sugerem que existem graus de problemas oclusais tecnicamente definidos que são aceitáveis pela população e que devem influenciar na decisão de tratamento, interferindo diretamente na demanda para esse tipo de atendimento. Medidas subjetivas poderiam ser incorporadas aos critérios clínicos atualmente utilizados.

Dias et al. 2008, em uma revisão de literatura buscaram elucidar o Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (IOTN). Os autores concluíram que o IOTN apresenta duas características importantes, a primeira é a presença de um componente objetivo (DHC) que atua como um método uniforme de triagem e evita a falta de padronização nos encaminhamentos e seleções de pacientes. A segunda característica é a presença de um componente subjetivo (AC) que possibilita a avaliação da percepção do profissional, do paciente e de seu responsável quanto à necessidade estética de tratamento. Visa refletir o impacto psicossocial da má oclusão e o real interesse do paciente, itens fundamentais na colaboração durante a terapia. O conjunto destas duas avaliações pode ser particularmente interessante na saúde pública brasileira, visto a procura por estes tratamentos ser muito maior que a oferta, principalmente devido à dificuldade da população menos favorecida de ter acesso a serviços voltados para esta problemática.

Em 2009, Marques et al. buscaram determinar o impacto biopsicossocial da má oclusão na vida diária de adolescentes brasileiros (14 a 18 anos) por meio de registros normativos e subjetivos e identificar fatores diretamente envolvidos na autopercepção de más oclusões. O impacto oral da má oclusão foi avaliado utilizando o Impacto Oral no Desempenho Diário (OIDP), enquanto que os critérios clínicos foram avaliados utilizando o Índice de Estética Dentária (DAI). Os autores identificaram que os adolescentes acomeditos tinham maior percepção do impacto da má oclusão em suas atividades diárias, principalmente no que tange a socialização e o abraço com a estética.

Feu et al. 2010, avaliaram a gravidade da má-oclusão e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de adolescentes brasileiros de 12 a 15 anos de idade que buscaram tratamento. A amostra foi constituída de 325 jovens. A qualidade de vida foi mensurada utilizando o Oral Health Impact Profile, em sua versão reduzida (OHIP-14), e a necessidade normativa e estética de tratamento ortodôntico foi avaliada com o Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (IOTN). As regressões logísticas múltiplas e simples mostraram que os adolescentes que buscaram tratamento apresentaram pior qualidade de vida do que os do grupo de comparação ($p < 0,001$). A gravidade da má-oclusão teve influência inferior à procura por tratamento, por outro lado, os adolescentes com autoavaliação estética ruim tiveram 11,7 vezes mais chances de ter impacto negativo no OHIP-14. Sendo assim, foi possível concluir que os indivíduos que procuraram tratamento ortodôntico apresentaram más-oclusões mais graves, pior impacto estético e impacto mais negativo em sua qualidade de vida.

Borges et al. 2010, utilizaram os dados de um estudo transversal realizado com adolescentes de 15 a 19 anos de idade de 250 cidades localizadas nas cinco macrorregiões do Brasil. O desfecho foi a insatisfação com a aparência dentária e gengival, sendo a principal variável exploratória as oclusopatias, medidas através do Índice de Estética Dental – DAI. A análise multivariável ajustada mostrou que a autoavaliação negativa da aparência em adolescentes com oclusopatias graves ou muito graves foi 40% e 80% maior quando comparados àqueles com oclusão normal, respectivamente. Os

resultados contribuem para a inclusão do critério de autoavaliação durante as decisões de tratamento ortodôntico.

Younis et al. 2012, investigaram a relação entre o impacto dentário na vida diária dos pacientes, satisfação com a aparência dentária e a personalidade dos participantes da pesquisa. Foram selecionados 22 homens e 30 mulheres. Um questionário de "impacto dental na vida diária" (DIDL) foi usado para avaliar a satisfação dos pacientes com a dentição e os impactos na vida diária. O inventário de cinco fatores do NEO (NEO-FFI) foi usado para avaliar os perfis de personalidade. A dentição teve impactos mensuráveis na vida diária, bem como satisfação com a aparência, níveis de dor, conforto bucal, desempenho geral e capacidade alimentar ($p < 0,001$). Os pacientes mais velhos ficaram mais satisfeitos ($p = 0,014$), mais satisfeitos com a aparência ($p = 0,034$) e menos satisfeitos com o desempenho geral ($p = 0,024$). O estado da cavidade oral pode afetar a vida diária dos pacientes e a satisfação com a dentição. A satisfação dos pacientes com a dentição tem impactos definitivos na vida diária e na percepção dentária. Perfis de personalidade podem influenciar a percepção dentária; Desempenhar um papel significativo na definição da satisfação com a dentição e ajudar na previsão de impactos dentais na vida diária. A satisfação do paciente e os perfis psicológicos devem ser considerados ao formular um plano de tratamento, a fim de obter a aceitação do tratamento oferecido pelo paciente.

Em 2014, Almeida et al. avaliaram a necessidade normativa de tratamento ortodôntico e os fatores que determinam o impacto subjetivo da má oclusão, em escolares brasileiros de 12 anos. O estudo utilizou para mensurar a percepção um instrumento de satisfação com a estética conhecido como Orthodontic Aesthetic Subjective Impact Score (OASIS). A prevalência da necessidade normativa de tratamento ortodôntico foi de 65,6% ($n = 155$) e a prevalência do impacto estético ortodôntico subjetivo foi de 14,9%. Concluíram que a necessidade normativa de tratamento ortodôntico superestimou a necessidade percebida.

DISCUSSÃO

O tratamento ortodôntico tem como perspectiva melhorar a função e aparência dentária. Geralmente, a indicação e o tratamento são definidos por critérios estabelecidos pelos Cirurgiões-Dentistas, ou seja, é uma decisão técnica profissional. No entanto, é um desafio determinar o quão importante é a má oclusão na saúde dos indivíduos afetados, por isso, é interessante considerar a percepção dos sujeitos, e como essa condição afeta a sua vida (LOCKER et al, 1989).

Estudos demonstraram que há diferenças entre a autopercepção do indivíduo (critério subjetivo) e os critérios clínicos de necessidade de tratamento (critérios normativos) (MANDALL et al. 1999; PERES et al. 2002; ALMEIDA et al. 2014). Pesquisa realizado por Peres et al. (2002), identificou que entre uma amostra de adolescentes de 14 a 18 anos de idade, 71,3% apresentavam algum tipo de má oclusão, entretanto nem todos os participantes afetados reconheceram a necessidade de tratamento ortodôntico, evidenciando assim a diferença entre a autopercepção e critérios normativos.

Através dos estudos revisados, observa-se que a autopercepção da necessidade de tratamento ortodôntico pode ser avaliado tanto pelo impacto das condições oclusais na qualidade de vida dos indivíduos, (MARQUES et al. 2009; FEU et al. 2010), quanto pela satisfação com a estética dentária, mensurado por instrumentos de avaliação oclusal (MANDALL et al. 1999; DIAS et al. 2008; ALMEIDA et al., 2014).

Instrumentos que mensuram o impacto das condições de saúde na qualidade de vida como o OHQOL, OHIP-14, OIDP e o DIDL, demonstraram que são úteis para avaliar o impacto da má oclusão na vida diária dos adolescentes (MARQUES et al. 2009; FEU et al. 2010; YOUNIS et al. 2012). A maioria dos estudos que utilizaram essas ferramentas revelou que os adolescentes com má oclusão sentiam que a fala, a mastigação e até mesmo a interação social era comprometida pelas alterações oclusais (YOUNIS et al. 2012). Essa autopercepção do comprometimento da saúde bucal contribuiu para que os

adolescentes acometidos buscassem o acesso ao tratamento ortodôntico (FEU et al. 2010).

No entanto, é interessante destacar que os instrumentos que mensuram o impacto dos problemas bucais no cotidiano dos sujeitos não são específicos para as diferentes doenças orais e geralmente são utilizados em associação com os indicadores clínicos específicos. Na ortodontia, os instrumentos de qualidade de vida escolhidos para avaliar a autopercepção da necessidade de tratamento, geralmente são acompanhados por índices de avaliação oclusão, como, por exemplo, a Classificação de Angle, Dental Aesthetic Index (DAI) (CONS, JENNY, KOHOUT, 1986) e pelo o Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (IOTN) (BROOK, SHAW, 1989).

A análise subjetiva da má oclusão também pode ser estudada através da percepção da aparência dentária e não apenas por meio da percepção do impacto na saúde, sendo essa a abordagem mais comum entre os estudos de má oclusão e autopercepção (MARQUES et al., 2006; PERES et al., 2011). Assim o componente AC do IONT e o OASIS, foram os instrumentos mais encontrados na literatura para avaliar a autopercepção da estética dentária, principalmente entre os adolescentes (MANDALL et al. 2000; ALMEIDA et al. 2014).

Contudo os instrumentos que avaliam a estética dentária apresentam algumas limitações. A avaliação da necessidade de tratamento por meio de imagens, como utilizado pelo componente AC do IONT, pode provocar diferenças de opiniões a respeito do arranjo dentário aceitável, e isso vai de acordo com a cultura local (BROOK, SHAW, 1989). Em se tratando do OASIS (MANDALL et al. 2000), observa-se que é um instrumento restrito para a percepção da estética dentária, e não leva em consideração a autopercepção do impacto funcional que a má oclusão pode provocar na mastigação, fonação e deglutição. Esse é um aspecto mais bem elucidado quando aplicado em conjunto os instrumentos de qualidade de vida relacionados à saúde bucal.

Sabendo que a má oclusão é um problema de saúde, deve-se inicialmente reconhecer a sua prevalência e determinar aqueles indivíduos em que o problema causa maior prejuízo. Através disso, pode-se elaborar um

plano de ação direcionado para aqueles identificados como portadores de má oclusões graves e com maior dano para sua estética e função (DIAS et al. 2008). Portanto a avaliação normativa e subjetiva da alteração oclusal de faz necessária, uma vez que identifica os grupos de riscos e prioriza-se o tratamento, principalmente no serviço público.

Em se tratando dos adolescentes, essa é uma informação aplicável dentro do consultório odontológico. A identificação de como a má oclusão impacta na qualidade de vida dos adolescentes, ou mesmo na estética dentária, pode auxiliar o ortodontista a direcionar o tratamento. Isso porque, ao avaliar através da autopercepção do adolescente que a má oclusão interfere, por exemplo, na fonação ou na mastigação, o ortodontista terá mais facilidade de explicar as técnicas utilizadas e promover maior adesão à mecânica ortodôntica.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os instrumentos que mensuram a saúde bucal na qualidade de vida (DIDL, OHQOL, OHIP e o OIDP) e os instrumentos de avaliação ortodôntica com componentes a respeito da estética dentária (IONT e OASIS), são instrumentos interessantes a serem utilizados na mensuração da autopercepção da má oclusão, e quando associados a indicadores clínicos usuais, podem contribuir com a indicação do tratamento ortodôntico de forma inclusiva e cooperativa com o paciente.

AUTOPERCEPTION OF THE NEED FOR ORTHODONTIC TREATMENT: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Malocclusion is one of the main oral problems in the Brazilian population, especially among adolescents. Thus, it is observed the need to use evaluation methods that prioritize the care of individuals with greater need for treatment, as well as, increase the adhesion to the proposed orthodontic treatment. It is therefore important to evaluate the self-perception of malocclusion in the quality of life and in the dental aesthetics of the patients. In order to elucidate the forms of evaluation of self-perception, the present article found in the literature the use of instruments that measure the impact of oral health on quality of life. Oral Health Impact Profile (OHQOL) Dental Impacts on Daily Living (DIDL), and Oral Impact on Daily Performance (OIDP), and instruments that assess the need for orthodontic treatment through aesthetic perception, the Dental Aesthetic Index (DAI), the Orthodontic Aesthetic Treatment Need Index (IOTN) and the Orthodontic Aesthetic Subjective Impact Score (SAS). It is concluded that all the instruments reported in the literature are applicable and can help the orthodontist in planning the treatment and increase the cooperation of the adolescent patient.

Key words: Orthodontics. Self perception. Adolescents.

REFERÊNCIA

DIAS, Patricia Fernanda; GLEISER, Rogerio. O índice de necessidade de tratamento ortodôntico como um método de avaliação em saúde pública. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 74-81, Feb. 2008

OMS. **Organização Mundial de saúde**. Health through oral health: guidelines for planning and monitoring for oral health care. World Health Organization and Federation Dentaire Internationale. London: Quintessence, 1989.

PAKPOUR, Amir H; LIN, Chung-Ying; KUMAR, Santhosh; FRIDLUND, Benget; JANSSON, Henrik. Predictors of oral health-related quality of life in Iranian adolescents: A prospective study. **J Investig Clin Dent**. 2017.

COLUSSI, Paulo Roberto Grafitti et al . Oral Health-Related Quality of Life and Associated Factors in Brazilian Adolescents. **Braz. Dent. J.**, Ribeirão Preto, v. 28, n. 1, p. 113-120, Feb. 2017 .

JUNG, Min-ho. Evaluation of the effects of malocclusion and orthodontic treatment on self-esteem in an adolescent population. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 138, n.2, p. 160-166, 2010.

OLSEN, Jase A; INGLEHART, Marita Rohr. Malocclusions and perceptions of attractiveness, intelligence, and personality, and behavioral intentions. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.140, n.5, p.669-679. 2011.

UNICEF. **UNITED NATIONS CHILDREN'S FUNDATION**. The emerging GENERATION. THE STATE OF THE WORLD'S CHILDREN 2011. NEW YORK; 2011.

WILLIAMS, Joanne M; CURRIE, Candace. Self-esteem and physical development in early adolescence: pubertal timing and body image. **J Early Adolescence**. V.20, n.2, p.129-149, 2000.

BADRAN, Serene Adnan. The effect of malocclusion and self-perceived aesthetics on the self esteem of a sample of Jordanian adolescents. **Eur J Ortho**.v.32, n.16, p.638-644, 2010.

MOREIRA, Rafael da Silveira; NICO, Lucélia Silva; SOUSA, Maria da Luz Rosário de. Fatores associados à necessidade subjetiva de tratamento odontológico em idosos brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 12, p. 2661-2671, Dec. 2009.

DRACKER, Harry L. Handicapping labio-lingual deviati- ons: a propose index for public health purposes. **Am. J. Orthodontics**. v.46, n.4, p.295-305,1960.

LOCKER, D. Measuring oral health: sócio-dental indicators. In: LOCKER, D. (Ed.) **An introduction to behavioral science & dentistry**. New York/ London: Routledge, 1989.

SLADE, Gary D; SPENCER Andrew Jhon. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Community Dent Health**. v.11, n.1, p.3-11, 1994.

SLADE, Gary D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dent Oral Epidemiol**. v.25, n.4, p. 284-290, 1997.

OLIVEIRA, Cessar Messias; SHEIHAM, Aubrey. Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. **Journal of Orthodontics**. v.31, n.2, p.20-27, 2004.

NASCIMENTO, Alex Rodrigues do; ANDRADE, Fabíola Bof de; CESAR, Cibele Comini. Validade e utilidade da autopercepção de necessidade de tratamento odontológico por adultos e idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 8, p. 1765-1774, Aug. 2015 .

KRESSIN, NR. The oral health-related quality of life measure (OHRQOL). In: SLADE, G. D. (Ed.) **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, 1997.

ADULYANON, S; SHEIHAM, A. Oral impacts on daily performances. In: SLADE, G. D., (Ed.) **Measuring Oral Health and Quality of Life**. Chapel Hill: School of dentistry, University of North Carolina, 1997.

FEU, Daniela; DE OLIVEIRA, Branca Heloísa; DE OLIVEIRA, Almeida Marco Antônio; KIYAK, H Asuman, MIGUEL José Augusto. Oral health-related quality of life and orthodontic treatment seeking. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**. v.138, n.2, p. 152-159, 2010.

FERREIRA, Christiane Alves; LOUREIRO, Carlos Alfredo; ARAUJO, Vânia Eloísa. Psychometrics properties of subjective indicator in children. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 38, n. 3, p. 445-452, June 2004 .

WHO. **World Health Organization**. International classification of impairments, disabilities and handcaps. Geneva: WHO; 1980.

CONS, N.C.; JENNY,J.;KOUOUT, F.J. **DAI: The dental aesthetic index**. IOWA City: College of Dentistru, University of Iowa, 1986.

BROOK, P. H.; SHAW, W. C. The development of an index of orthodontic treatment priority. **Eur. J. Orthod.**, Oxford, v. 11, no. 3, p. 309–320, Aug. 1989.

LUNN, H.; RICHMOND, S.; MITROPOULOS, C. The use of the Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) as a public health tool: a pilot study. **Community Dent. Health**, London, v. 10, no. 2, p. 111-121, June 1993.

MANDALL, NA; MCCORD, JF; BLINKHORN, AS; WORTHINGTON, HV; O'BRIEN, KD. Perceived aesthetic impact of malocclusion and oral selfperceptions in 14–15 year-old Asian and Caucasian children in Greater Manchester. **Eur J Orthod**. v.22, n.2, p.175-183, 2000.

MARQUES, LS; FILOGÔNIO, CA; FILOGÔNIO, CB; PEREIRA, LJ; PORDEUS IA; PAIVA, SM, Ramos-Jorge ML. Aesthetic impact of malocclusion in the daily living of Brazilian adolescents. **J Orthod.** v.36, n.3, p. 152-159, 2009.

YOUNIS, A; AL-OMIRI, MK; HANTASH, RO; ALRABAB'AH, M; DAR-ODEH, N; ABU HAMMAD, O; KHRAISAT A. Relationship between dental impacts on daily living, satisfaction with the dentition and personality profiles among a Palestinian population. **Odontostomatol Trop.** v.35, n. 138, p; 21-30, 2012.

GIBILINI, Cristina et al . Acesso a serviços odontológicos e auto-percepção da saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v. 46, n. 4, dez. 2010.

LEÃO, A; SHEIHAM, A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. **J Dent Res.** v. 74, n.7, p.1408-1413,1995.

STENVIK, A. et al. Lay attitudes to dental appearance and need for orthodontic treatment. **Eur. J. Orthod.** v. 19, no. 3, p. 271–277, 1997.

ALMEIDA, Anderson Barbosa de et al. Dissatisfaction with dentofacial appearance and the normative need for orthodontic treatment: determinant factors. **Dental Press J. Orthod.**, Maringá , v.19, n. 3, p. 120-126, 2014 . .

INGLEHART, MR; BAGRAMIAN, RA. **Oral health-related quality of life: an introduction.** In: Oral health-related quality of life. Chicago: Quintessence Publishing Co., Inc., p. 1-6. 2002.

PERES, Karen Glazer; TRAEBERT, Eliane Silva de Azevedo; MARCENES, Wagner. Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 36, n. 2, p. 230-236, Apr. 2002 .

BORGES, Carolina Marques; PERES, Marco Aurélio; PERES, Karen Glazer. Associação entre presença de oclusopatias e insatisfação com a aparência dos dentes e gengivas: estudo com adolescentes brasileiros. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 13, n. 4, p. 713-723, Dec. 2010 .

ANEXO

Crítérios Adotados pela Organização Mundial de Saúde (12 anos)
(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997)

DENTAL AESTHETIC INDEX (DAI)

Para avaliação das anormalidades dentofaciais, os critérios do Índice de Estética Dental (IED) foram adotados pela OMS.

Recomenda-se que este índice seja usado para os grupos etários nos quais não existam mais dentes decíduos, geralmente a partir dos 12 anos. Os códigos e critérios são os seguintes:

Ausência de incisivo, canino e pré-molar: O número de incisivos, caninos e pré- molares permanentes ausentes, nos arcos superior e inferior, deve ser verificado. Isto pode ser feito pela contagem dos dentes presentes, começando pelo segundo pré-molar direito indo até o segundo pré-molar esquerdo. Devem estar presentes 10 dentes em cada arco, portanto, se houver menos de 10, a diferença é o número de ausentes. O número de dentes ausentes nos arcos superior e inferior deve ser registrado nas caselas 166 e 167 da ficha padrão (casela 166 para o arco superior e 167 para o arco inferior). Deve ser verificada a história da ausência de todos os dentes anteriores com a finalidade de saber se extrações foram realmente feitas com finalidade estética. Os dentes não devem ser registrados como ausentes se os espaços estão fechados, se um dente decíduo está ainda na posição de seu sucessor que ainda não erupcionou, ou se um incisivo, canino ou pré-molar ausentes tiverem sido substituídos por próteses fixas.

Apinhamento na região de incisivos: A região dos incisivos dos arcos superior e inferior deve ser examinada para verificação de apinhamentos. O apinhamento na região dos incisivos é a condição na qual o espaço disponível entre os caninos direito e esquerdo é insuficiente para acomodar todos os quatro incisivos em um alinhamento normal. Os dentes em geral ficam rotacionados ou colocados fora do alinhamento do arco. O apinhamento na região dos incisivos é registrado como se segue:

- 0 - Sem apinhamento.
- 1 - Apenas uma região com apinhamento.
- 2 - Ambas as regiões com apinhamento.

Se houver alguma dúvida, o menor escore deve ser assinalado. O apinhamento não deve ser registrado se os quatro incisivos estiverem alinhados apropriadamente, porém com um ou ambos os caninos situados fora de seu local original.

Espaçamentos na região dos incisivos: A região dos incisivos dos arcos superior e inferior deve ser examinada também para verificação de espaçamentos. Quando medido na região de incisivos, espaçamento é a condição na qual o total de espaço disponível entre os caninos direito e

esquerdo excede o requerido para acomodar todos os quatro incisivos em um alinhamento normal. Se um ou mais incisivos tem uma superfície interproximal sem nenhum contato interdentário, a região é registrada como apresentando espaçamento. O espaço de uma esfoliação recente de um dente decíduo não deve ser registrada se estiver claro que a substituição pelo dente 134 permanente se dará em breve. O espaçamento na região de incisivos é registrado como se segue:

- 0 - Sem espaçamento.
- 1 - Uma região com espaçamento.
- 2 - Ambas as regiões com espaçamento.

Se houver alguma dúvida, o menor escore deve ser assinalado.

Diastema: Um diastema na linha média é definido como o espaço, em milímetros, entre os dois incisivos permanentes maxilares em posição normal dos pontos de contato. Esta medida pode ser feita em qualquer nível entre as superfícies mesiais dos incisivos centrais e deve ser registrado como o milímetro inteiro mais próximo.

Desalinhamento maxilar anterior: Desalinhamentos são maus posicionamentos e rotações em relação ao alinhamento normal dos dentes e devem ser verificados pelo exame dos quatro incisivos do arco superior (maxila). O local dos desalinhamentos entre dentes adjacentes é medido através da sonda periodontal (Fig. 5). A ponta da sonda é colocada em contato com superfície vestibular do dente que está posicionado mais lingualmente ou rotacionado, enquanto a sonda é mantida no sentido paralelo ao plano oclusal e em ângulo reto com a linha normal do arco. O desalinhamento em milímetros pode ser estimado pelas marcas da sonda. Deve ser registrado o milímetro inteiro mais próximo. Os desalinhamentos podem ocorrer com ou sem apinhamento. Se existe espaço suficiente para todos os quatro incisivos em alinhamento normal, mas somente alguns estão rotacionados ou fora do lugar, os desalinhamentos devem ser registrados como descrito acima e, assim, a região não deve ser registrada como apinhamento. Desalinhamentos na superfície distal dos incisivos laterais devem também ser considerados, quando presentes. Desalinhamento mandibular anterior: A medida é feita da mesma maneira do arco superior, exceto pelo fato de que é feita na mandíbula. O desalinhamento entre dentes adjacentes no arco inferior é localizado e medido como descrito anteriormente.

Overjet maxilar anterior: É a medida da relação horizontal entre os incisivos e deve ser feita com os dentes em oclusão cêntrica. A distância entre a borda incisalvestibular do incisivo superior mais proeminente e a superfície vestibular do incisivo correspondente é medida com a sonda periodontal paralela ao plano oclusal. O overjet maxilar máximo é registrado pelo milímetro inteiro mais próximo. Esta medida não deve ser obtida se todos os incisivos superiores estiverem perdidos ou em mordida cruzada lingual. Se os incisivos ocluírem topo a topo, o escore é zero.

Overjet mandibular anterior: O overjet mandibular é registrado quando algum incisivo inferior está protruído anteriormente ou vestibularmente em relação ao incisivo superior oposto, ou seja, quando está em mordida cruzada. O overjet mandibular máximo (protrusão mandibular), ou mordida cruzada, é registrado pelo milímetro inteiro mais próximo. A medida é feita da mesma forma que a do arco superior. O overjet mandibular não deve ser registrado se um incisivo inferior está rotacionado a tal ponto que uma parte da borda incisal está em mordida cruzada (ou seja, está localizada vestibularmente em relação ao incisivo superior), mas a outra 135 parte da borda incisal não está.

Mordida aberta vertical anterior: Se é verificada uma ausência de sobreposição vertical entre qualquer um dos pares de incisivos opostos (mordida aberta), a medida desta deve ser estimada com a utilização da sonda periodontal. A mordida aberta é então registrada pelo milímetro inteiro mais próximo.

Relação molar ântero-posterior: Esta avaliação é mais frequentemente baseada na relação dos primeiros molares permanentes superiores e inferiores. Se a avaliação não puder ser feita com base nos primeiros molares porque um ou ambos não estão presentes, não totalmente erupcionados, ou destruídos por causa de cárie ou restaurações, a relação entre caninos e pré-molares deve ser avaliada. Os lados direito e esquerdo são avaliados com os dentes em oclusão e somente o maior desvio da relação molar normal é registrado. Os seguintes códigos são utilizados:

0 - Normal.

1 - Meia cúspide. O primeiro molar inferior está deslocado meia cúspide para mesial ou para distal da relação oclusal normal.

2 - Cúspide inteira. O primeiro molar inferior está deslocado uma cúspide inteira ou mais para a mesial ou distal da relação oclusal normal.