



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



BEATRIZ AGUIAR DO AMARAL

**Diferenças entre critérios normativos e autopercebidos na identificação da
necessidade de tratamento ortodôntico, satisfação com a aparência e mastigação
em adolescentes**

Natal/RN

2013

Beatriz Aguiar do Amaral

Diferenças entre critérios normativos e autopercebidos na identificação da necessidade de tratamento ortodôntico, satisfação com a aparência e mastigação em adolescentes.

Dissertação apresentada ao programa de Pós- graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Kenio Costa de Lima

Natal/RN

2013

Catálogo na Fonte. UFRN/ Departamento de Odontologia
Biblioteca Setorial de Odontologia “Profº Alberto Moreira Campos”.

Amaral, Beatriz Aguiar do.

Diferenças entre critérios normativos e autopercebidos na identificação da necessidade de tratamento ortodôntico, satisfação com a aparência e mastigação em adolescentes / Beatriz Aguiar do Amaral. – Natal, RN, 2013.

55 f. : il.

Orientadora: Prof. Dr. Kenio Costa de Lima.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Área de Concentração em Odontologia.

1. Maloclusão – Dissertação. 2. Percepção – Dissertação. 3. Ortodontia – Dissertação. 4. Terapêutica – Dissertação. I. Lima, Kenio Costa de. II. Título.

Beatriz Aguiar do Amaral

Diferenças entre critérios normativos e autopercebidos na identificação da necessidade de tratamento ortodôntico, satisfação com a aparência e mastigação em adolescentes.

Dissertação apresentada ao programa de Pós- graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre.

Aprovada em 21/03/2013

Prof. Dr. Kenio Costa de Lima

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Orientador

Profa. Dra. Hallissa Simplício Gomes Pereira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Membro Interno

Prof. Dr. Rogério Lacerda dos Santos

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Membro Externo

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a Deus, que representa tudo o que tenho. Foi Ele quem me deu o Dom da vida, me fez nascer em uma família sem igual, sempre me ofereceu excelentes oportunidades e pessoas maravilhosas ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente aos meus pais e melhores amigos José Ivo e Teresa. Obrigada pelo amor e apoio incondicional em todos os projetos da minha vida. Não conseguiria nada sem a base e o suporte que vocês sempre me deram. Minha eterna gratidão, amo demais!

Ao meu amor Victor, pela sintonia, momentos de descontração, risadas e principalmente pelo companheirismo. Obrigada por tudo!

Às minhas irmãs- amigas e colegas de profissão que tanto amo e quero bem, Bruna e Cris. Agradeço também a Diogo, meu irmão de coração.

Ao meu sobrinho Davi, por quem sinto um amor inexplicável. O seu sorriso foi um dos melhores remédios em dias de estresse.

Às avós mais lindas desse mundo, “minha Lulu” e “vovó Non”. Exemplos de superação, amor e alegria de viver. Amor sem tamanho é o que sinto por vocês.

Novamente ao meu pai José Ivo Amaral como exemplo a ser seguido na Odontologia (clínica e docência). Meu grande professor não somente durante a faculdade, mas por toda a vida. Ao lado da minha irmã Bruna compõem os doutores da casa, minha inspiração.

Ao Prof. Dr. Kenio Costa de Lima, que conheci desde a época da graduação na UFRN, me auxiliou na monografia da minha especialização em Ortodontia, e hoje é meu querido orientador no mestrado da UFRN. Além de ter grande admiração por você saiba que sou realmente grata por tudo.

Aos demais professores do mestrado em Saúde Coletiva da UFRN. Todos os ensinamentos aprendidos durante esses dois anos jamais serão esquecidos. Especialmente a Profa. Dra. Hallissa Simplício que me acompanhou na área da Ortodontia durante o estágio à docência.

A todos meus colegas de turma, especialmente a alguns deles. Aos meus colegas ortodontistas Ana Heloíza Souza e Arthur Farias, por todos os créditos, trabalhos, estágios, aulas e dúvidas divididas. A Ana Cristina Filgueira, que durante a segunda fase do mestrado esteve presente ao meu lado dividindo o trabalho e a angústia da interminável coleta de dados. Muito obrigada pela fácil e agradável convivência. A Patrícia, que também esteve presente e dividiu muitos momentos, aulas e dificuldades.

Aos funcionários do mestrado em Saúde Coletiva da UFRN, especialmente ao nosso secretário Lucas, que sempre nos atendeu prontamente.

Aos alunos do IFRN que participaram da minha pesquisa. Muito obrigada!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo incentivo, que foi de extrema importância para o meu desenvolvimento na área da pesquisa.

Às bibliotecárias Cecília, Hadassa e Mônica pela contribuição na estruturação do meu trabalho e por serem tão acessíveis.

A todos os amigos e familiares que ajudaram direta ou indiretamente para a realização de mais uma etapa em minha vida.

RESUMO

Tratamentos ortodônticos são realizados na expectativa de melhorar a aparência e função mastigatória dos indivíduos e geralmente são indicados por meio de critérios clínicos, não levando, algumas vezes, em consideração a percepção do indivíduo. O objetivo desse estudo foi avaliar a relação entre as necessidades ortodônticas tecnicamente definidas (critérios normativos) e a satisfação com a aparência, mastigação e necessidade de tratamento percebida em um grupo de adolescentes. Foi realizado um estudo transversal com 215 alunos entre 15 e 19 anos foi realizado no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia (IFRN). Questionário na forma de entrevista estruturada foi aplicado aos indivíduos com perguntas a respeito da satisfação com a aparência, satisfação com a mastigação e percepção quanto à necessidade de tratamento ortodôntico. Um único examinador, treinado e calibrado, coletou os dados normativos de necessidade de tratamento ortodôntico através de critérios estabelecidos pelo Índice Dental Estético (DAI). Os resultados demonstram que existe associação significativa entre o escore do DAI e a percepção do participante quanto à necessidade de tratamento ortodôntico ($p < 0,001$), satisfação com a aparência ($p = 0,003$) e satisfação com a mastigação ($p = 0,047$). Os alunos que possuíam necessidade normativa de tratamento se perceberam mais com problemas. Quando as características oclusais foram analisadas separadamente, uma maior quantidade de problemas estava associada à necessidade percebida pelo paciente e à satisfação com a aparência, dentre eles o apinhamento, a irregularidade da maxila, a irregularidade da mandíbula e o trespasse maxilar acentuado ($p < 0,05$). Na análise com a satisfação com a mastigação, foi encontrada associação apenas com a mordida aberta ($p = 0,003$). Esses achados demonstram uma tendência dos indivíduos de relacionar os problemas oclusais mais à estética, tornando esse aspecto bastante relevante ao tratamento ortodôntico.

Palavras chaves: Maloclusão. Percepção. Ortodontia. Terapêutica.

ABSTRACT

Orthodontic treatments are performed in the expectation of improving the appearance and masticatory function of individuals, and are usually indicated by clinical criteria, not taking into account the individual's perception. The aim of this study was to evaluate the relationship between orthodontic needs technically defined (normative criteria) and satisfaction regarding appearance, satisfaction regarding mastication and perceived need for treatment in a group of teenagers. A cross-sectional study with 215 students aged between 15 and 19 years was held at the *Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia* (IFRN). A questionnaire in the form of a structured interview was applied, with questions about satisfaction with appearance, satisfaction with mastication and perception of the need for orthodontic treatment. A single examiner – who was trained and calibrated – collected the normative data of need for orthodontic treatment via criteria established by the Dental Aesthetic Index (DAI). The results demonstrated a significant association between the DAI score and a patient's perception of the need for orthodontic treatment ($p < 0.001$), satisfaction regarding appearance ($p = 0.003$) and satisfaction regarding mastication ($p = 0.047$). It was more common for students who had a normative need for treatment to perceive problems in themselves. When the occlusal characteristics were analyzed separately, a larger amount of problems was associated to the perceived need by the patient and to satisfaction regarding appearance, including dental crowding, irregularity of the maxilla, irregularity of the jaw and overjet ($p < 0, 05$). In the analysis of satisfaction with mastication, it was only found association with the open bite ($p = 0.003$). These findings demonstrate a tendency of individuals to relate occlusal problems more to aesthetics, making this aspect essential to orthodontic treatment.

Keywords: Malocclusion. Perception. Orthodontics. Therapeutics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|-------------------|--|-----------|
| Quadro 1 - | Descrição das variáveis independentes do estudo. Natal/ RN, 2013 | 19 |
| Quadro 2 - | Descrição das variáveis dependentes do estudo. Natal, RN, 2013 | 21 |
| Quadro 3 - | Componentes oclusais considerados no Índice Dental Estético (DAI) e respectivos coeficientes de regressão. Natal-RN, 2013 | 23 |
| Quadro 4 - | Equação do DAI com os dez componentes e seus respectivos pesos somados à constante com valor igual a 13. Natal-RN, 2013 | 24 |
| Quadro 5 - | Escore do DAI distribuídos de acordo com a severidade da oclusopatia e da necessidade de tratamento ortodôntico. Natal-RN, 2013 | 24 |
| Figura 1 - | Frequência percentual para variáveis relacionadas ao tipo de tratamento realizado na última consulta. Natal-RN, 2013 | 28 |
| Fugura 2 - | Frequência percentual para variáveis relacionadas à autopercepção quanto a dois tipos de tratamentos em regiões diferentes da boca, anterior (A) e posterior (B). Natal-RN, 2013 | 29 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|--------------------|---|-----------|
| Tabela 1 - | Média e desvio padrão para a variável quantitativa idade e frequências absoluta e percentual para as variáveis sócio-econômicas-demográficas categóricas do estudo. Natal-RN, 2013 | 25 |
| Tabela 2 - | Média e desvio padrão para as variáveis quantitativas e frequências absoluta e percentual para as variáveis relacionadas com o acesso ao serviço de saúde bucal do estudo. Natal-RN, 2013 | 27 |
| Tabela 3 - | Frequências absoluta e percentual para as variáveis relacionadas ao exame clínico- epidemiológico (DAI). Natal-RN, 2013 | 29 |
| Tabela 4 - | Frequências absoluta e percentual para as variáveis dependentes do estudo. Natal-RN, 2013 | 31 |
| Tabela 5 - | Relação entre as variáveis sócio-econômico-demográficas e as de acesso ao serviço de saúde bucal com a autopercepção quanto à necessidade de tratamento ortodôntico. Natal-RN, 2013 | 33 |
| Tabela 6 - | Relação entre as variáveis sócio-econômico-demográficas e as de acesso ao serviço de saúde bucal com a satisfação com a aparência. Natal-RN, 2013 | 35 |
| Tabela 7 - | Relação entre as variáveis sócio-econômico-demográficas e as de acesso ao serviço de saúde bucal com a satisfação com a mastigação. Natal-RN, 2013 | 36 |
| Tabela 8 - | Relação entre variáveis relacionadas ao exame clínico-epidemiológico (DAI) e a mordida cruzada posterior com a autopercepção quanto à necessidade de tratamento ortodôntico. Natal-RN, 2013 | 37 |
| Tabela 9 - | Relação entre as variáveis relacionadas ao exame clínico-epidemiológico (DAI) e a mordida cruzada posterior com a satisfação com a aparência. Natal-RN, 2013 | 39 |
| Tabela 10 - | Relação entre as variáveis relacionadas ao exame clínico-epidemiológico (DAI) e a mordida cruzada posterior com a satisfação com a mastigação. Natal-RN, 2013 | 40 |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA | 13 |
| 3 | OBJETIVOS | 17 |
| 3.1 | OBJETIVO GERAL | 17 |
| 3.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 17 |
| 4 | METODOLOGIA | 18 |
| 4.1 | TIPO DE ESTUDO | 18 |
| 4.2 | CENÁRIO DO ESTUDO | 18 |
| 4.3 | POPULAÇÃO | 18 |
| 4.4 | AMOSTRA | 19 |
| 4.5 | VARIÁVEIS | 19 |
| 4.6 | PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS | 22 |
| 4.7 | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 24 |
| 4.8 | ANÁLISE DOS DADOS | 24 |
| 5 | RESULTADOS | 25 |
| 5.1 | CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA | 25 |
| 5.2 | ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES | 31 |
| 6 | DISCUSSÃO | 42 |
| 7 | CONCLUSÕES | 48 |
| | REFERÊNCIAS | 49 |
| | ANEXOS | 52 |
| | ANEXO A | 52 |
| | ANEXO B | 55 |

1 INTRODUÇÃO

No campo da saúde pública, diversos problemas de saúde bucal possuem alta relevância, destacando-se a cárie dentária. Com o avanço nos projetos na atenção básica de saúde, essa doença passou, em alguns locais e faixas etárias, a não representar mais o principal acometimento em termos de saúde bucal e atenção deve ser dada aos demais problemas (CARTES-VELASQUEZ; ARAYA; VALDÉS, 2010).

Alta prevalência de oclusopatias tem sido encontrada não apenas no Brasil como em outros países. Esse problema, que afeta grande parte da população mundial, além de provocar alterações na função oral, suscetibilidade maior ao trauma, à doença periodontal e à cárie, pode causar problemas psicossociais, interferindo na qualidade de vida dos indivíduos afetados (BERNABÉ; FLORES-MI, 2006; MARQUES et al., 2009; COSTA et al., 2011).

Com o intuito de determinar quantitativamente, de forma simples, rápida e precisa, a severidade da oclusopatia e de indicar os casos com maior necessidade de tratamento ortodôntico, permitindo a análise estatística dos estudos epidemiológicos, foram criados vários índices oclusais que, de modo normativo, diagnosticam o referido agravo em nível individual e coletivo (DANAIEI; SALEHI, 2010).

Grande parte dos índices comumente utilizados para o diagnóstico e classificação das oclusopatias baseia-se em critérios essencialmente clínicos e ou epidemiológicos. Instrumentos baseados exclusivamente em critérios normativos não consideram a opinião dos indivíduos sobre a própria saúde e/ou sobre a estética, e nem quais desvios de oclusão são percebidos como um problema para os mesmos. Nesse sentido, admite-se que esse critério não pode ser subestimado quando o objetivo é aferir um problema que pode ou não afetar a vida de um indivíduo (PERES; TRAEBERT; MARCENES et al., 2002; PHILLIPS; BEAL, 2009; BORGES; PRES; PERES et al., 2010; AIKINS et al., 2012).

Vários estudos têm sido realizados utilizando esses índices normativos, porém ainda são escassos estudos que investigam a associação entre as oclusopatias definidas por critérios normativos e a autopercepção dos indivíduos quanto a essa necessidade, bem como sua relação com a satisfação com a aparência e a mastigação.

Sendo assim, considerando que as oclusopatias são um problema de saúde pública, devido à sua prevalência e o seu impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, é importante primeiro conhecer os tipos de oclusopatias mais prevalentes em uma população, determinados normativamente, para assim direcionar atitudes preventivas e curativas, baseadas em tais critérios.

O tratamento da maioria dos problemas oclusais possui maior eficácia e melhor prognóstico quando realizado o mais precocemente possível. No que diz respeito ao tratamento corretivo, esse é bem mais eficiente quando realizado em adolescentes, que possuem menor incidência de doença periodontal, e menos (ou nenhuma) perda dentária comparada aos adultos.

Nesse sentido, em virtude dos limitados recursos no serviço público e a dificuldade de diagnosticar corretamente a gravidade das oclusopatias, a utilização de um instrumento para avaliar objetivamente os critérios para a recomendação e prioridade dos tratamentos em adolescentes é sim necessária, porém não suficiente. É importante associar tal necessidade àquela percebida pelo paciente, aliando a sua opinião acerca da sua satisfação com a aparência e mastigação, trazendo um maior benefício àqueles que realmente necessitam de tratamento ortodôntico.

2 REVISÃO DE LITERATURA

No Brasil, levantamento epidemiológico realizado pelo ministério da saúde em 2010 constatou que a situação de saúde bucal melhorou desde 2003. Na idade de 12 anos, utilizada mundialmente para avaliar a situação da cárie em crianças, a doença atingia 69% da população em 2003. Essa porcentagem diminuiu para 56% em 2010. O percentual de crianças “livres de cárie” (CPO = 0) passou de 31% em 2003 para 44% em 2010, indicando que em crianças de 12 anos ocorreu significativa redução na prevalência e na gravidade da doença, associada a um maior acesso a serviços odontológicos restauradores. Essa importante tendência de declínio da cárie e o incremento no acesso aos serviços se reproduzem também nos adolescentes (15 a 19 anos) e foi mais marcante ainda em adultos (35 a 44 anos) (BRASIL, 2010).

Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que, segundo a classificação adotada pela OMS, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4), para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6) (BRASIL, 2010).

Esses números positivos estão sendo encontrados não apenas no Brasil como em outros países do mundo. A prevalência das enfermidades bucais mais frequentes, cárie e doença periodontal, tem mostrado um declínio nas últimas décadas. Por outro lado, as oclusopatias encontram-se bastante prevalentes (MOURA; CAVALCANTI, 2007; CARTES-VELASQUEZ; ARAYA; VALDÉS, 2010).

No que diz respeito à aferição dos problemas de oclusão dentária, como mordida aberta anterior, mordida cruzada anterior, apinhamentos, desalinhamentos, sobremordidas, protrusões, dentre outros, dois grandes levantamentos epidemiológicos foram realizados em adolescentes (15 a 19 anos) nos anos de 2003 e 2010. (BRASIL, 2010).

Em 2003, 53,3% apresentavam problemas de oclusão. Em 32,79% desses adolescentes, os problemas se expressaram como oclusopatia severa ou muito severa, sendo estas as condições que requerem tratamento mais imediato, constituindo-se prioridade em termos de Saúde Pública. Em 2010, a prevalência de oclusopatias foi 34,9%, sendo que 16,9% se expressaram de forma severa e muito severa. Não foram encontradas diferenças significativas entre as regiões brasileiras (BRASIL, 2010).

Além de ser um problema de alta prevalência, estudos mostram que deformidades faciais causam mais impacto do que outras incapacidades físicas, muitas vezes sendo mais relevantes para o indivíduo do que outros aspectos físicos como o sobrepeso e a obesidade. A

presença de dentes alinhados pode exercer forte influência sobre a percepção de beleza, a identificação com o sucesso profissional, a inteligência e a associação com indivíduos mais favorecidos socialmente. De forma contrária, pacientes com desarmonias dento-faciais podem apresentar angústia e insegurança pessoal causada pela sua aparência (KEROSUO et al., 1995; PERES; TRAEBERT; MARCENES, 2002; VAN DER GELD, 2007; PHILLIPS; BEAL, 2009; BORGES; PRES; PERES et al., 2010).

Nos estudos envolvendo oclusopatias, os índices oclusais são muito requeridos, dentre eles o Índice de Estética Dental (DAI), que é um índice ortodôntico baseado em normas estéticas socialmente definidas, incluindo aspectos psicossociais na avaliação da oclusopatia e permite também uma estimativa das possíveis disfunções sociais decorrentes de uma oclusopatia que desvia significativamente das normas estéticas da sociedade. O Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (IOTN) é composto pelo Componente de Saúde Dental (DHC) e pelo Componente de Estética Dental (AC). O primeiro classifica a necessidade de tratamento ortodôntico de acordo com a importância e a gravidade de várias características oclusais para a saúde e funções dentárias. O Componente de Estética Dental (AC) baseia-se numa escala de 10 fotografias que abrangem grande espectro de oclusopatias. Existe também o Índice de Complexidade, Efeito e Necessidade de Tratamento Ortodôntico (ICON), que é um índice quantitativo multifuncional que pode ser utilizado para medir simultaneamente a necessidade de tratamento ortodôntico, sua complexidade e a aceitabilidade do seu resultado (CONS; JENNY; KOHOUT, 1986; BROOK; SHAW, 1989; FIRESTONE et al., 2002).

O DAI foi formulado em 1986 na Universidade de Iowa, com o intuito de realizar mensurações estéticas e oclusais, minimizando percepções subjetivas dos profissionais e dos pacientes. A partir das medidas computadas, provenientes de 200 condições oclusais, dez componentes ligados à estética e à função mastigatória foram identificados por adolescentes, pais e especialistas em Ortodontia (todos americanos) como os mais importantes (CONS; JENNY; KOHOUT, 1986; HAMAMCI; BASARAN; UYSAL, 2009; MARQUES et al., 2009; DANAEI; SALEHI, 2010; NAGARAJAN; PUSHPANJALI, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual buscava a criação de um método objetivo pelo qual fossem estipuladas as prioridades do tratamento ortodôntico, em ação conjunta com a Federação Dentária Internacional (FDI), adotou o DAI como um índice transcultural, passando o mesmo a ser largamente utilizado tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, devido à sua simplicidade, alta precisão e alta validade

(CONS; JENNY; KOHOUT, 1986; HAMAMCI; BASARAN; UYSAL, et al., 2009; MARQUES et al., 2009; DANAEI; SALEHI, 2010; NAGARAJAN; PUSHPANJALI, 2010).

Em virtude da forma como o DAI foi criado, levando em consideração a opinião dos pacientes e seus pais, ele se tornou um índice bastante estético. Outros índices, como o IOTN e o ICON também possuem um componente estético na sua composição. Mesmo assim, apesar de todos os índices buscarem a percepção do paciente quanto à sua aparência, nenhum deles o faz de forma específica e direta, e podem acabar subestimando essa questão.

Um contraponto na lógica normativa dos índices, que são essencialmente técnicos, tem surgido em diversos estudos, como o de AIKINS et al. (2012) e tem chamado a atenção para a importância de se escutar a queixa do paciente. Em seu estudo, diferença significativa foi encontrada entre a percepção do indivíduo e a percepção do profissional. Sabendo-se que para a maioria das pessoas a demanda por tratamento está relacionada ao desejo de melhorar a estética, a percepção do paciente não pode ser subestimada.

Estudo realizado por Phillips e Beal (2009) avaliou a associação entre a autopercepção da oclusopatia e a atratividade facial. Os resultados mostraram significância estatística, estando a autopercepção mais fortemente relacionada ao autoconceito da atratividade facial que até mesmo à severidade da oclusopatia.

Segundo Peres et al. (2011), fatores sociais, culturais e psicológicos influenciam a percepção da atratividade física, e a mesma desempenha um papel importante na interação social. Dessa forma, a melhoria na aparência dento-facial não seria apenas uma questão de estética, mas um fator de motivação para o indivíduo, representando uma vantagem do tratamento ortodôntico. Nessa pesquisa, realizada com adolescentes brasileiros da cidade de Maringá- PR, as oclusopatias foram aferidas utilizando o DAI e questionários semi-estruturados foram respondidos de acordo com as percepções dos indivíduos quanto à atratividade física. O impacto das oclusopatias na vida dos adolescentes foi confirmado nesse estudo.

Peres, Traebert e Marcenes (2002) realizaram na cidade de Florianópolis- SC, sul do Brasil, um dos primeiros entre os poucos estudos que confrontam especificamente os critérios subjetivos com os técnicos. Foram realizados exames epidemiológicos, com alunos entre 14 e 18 anos, para diagnóstico das principais oclusopatias (através do DAI), e aplicado um questionário para conhecer a satisfação dos indivíduos quanto à aparência, mastigação e necessidade percebida de tratamento ortodôntico. Os resultados mostraram que um número pequeno de oclusopatias esteve associado à insatisfação pessoal. Dessa forma, os autores

consideraram que os critérios normativos para tratamento ortodôntico superestimaram a prevalência dos problemas oclusais.

Estudo semelhante realizado por Tessarolo, Feldens e Closs (2012) em Balneário Camboriú, Sul do Brasil, com adolescentes entre 12 e 13 anos, encontrou associação significativa entre o escore DAI e vários componentes individuais do índice com a satisfação com a aparência. Em relação às funções orais, como a mastigação e a fala, o DAI não esteve associado significativamente.

Danaei e Salehi (2010) encontraram em Shiraz, Irã, resultados bem semelhantes em adolescentes entre 12 e 15 anos. Os alunos responderam a um questionário e também foram submetidos ao exame clínico, tendo como referência o DAI. Os achados mostraram que a satisfação com a aparência estava associada à necessidade normativa de tratamento. O estudo também mostrou não haver associação entre o DAI e a dificuldade em mastigar e falar, não sendo, portanto, fatores determinantes da necessidade de tratamento.

Pesquisa realizada por Claudino e Traebert (2013) na cidade de Tubarão, SC, Brasil, em uma faixa etária um pouco mais elevada (18- 21 anos), também encontrou associação entre a insatisfação com a estética e a presença de oclusopatias. Os autores ressaltaram, ainda, que a atratividade dental e facial representa um elemento importante para a qualidade de vida, e que alterações nos dentes anteriores são as mais relacionadas com a insatisfação da estética bucal.

Pelo que se pode observar, após o estudo de Peres, Traebert e Marcenes (2002), alguns estudos foram realizados com a temática, porém não tão específicos, e em outra faixa etária. É importante avaliar a concepção dos adolescentes no mundo atual, dez anos após o primeiro trabalho, em uma sociedade que está em constante modificação. A motivação pela busca de tratamento ortodôntico, conhecida em toda ficha clínica como a queixa principal do paciente, deve ser sempre questionada e levada em consideração.

Além de uma evolução do estudo realizado no sul do Brasil, essa pesquisa representa principalmente um dado novo para a região nordeste.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a relação entre as necessidades ortodônticas tecnicamente definidas (critérios normativos) e a satisfação com a aparência, mastigação e percepção da necessidade de tratamento ortodôntico em adolescentes escolares.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar, normativamente, a prevalência de oclusopatias, sua severidade e necessidade de tratamento ortodôntico.

- Verificar a satisfação com a aparência, mastigação e percepção da necessidade de tratamento ortodôntico.

- Identificar entre os problemas oclusais quais repercutem mais na satisfação dos pacientes, quanto à mastigação, aparência e percepção da necessidade de tratamento ortodôntico.

- Investigar a influência das condições sócio-econômico-demográficas e de acesso aos serviços de saúde bucal sobre a relação com a satisfação com a aparência, mastigação e percepção da necessidade de tratamento ortodôntico.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa trata-se de um estudo seccional, e a amostra foi de conveniência, já que não obedeceu à alocação por sorteio.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado através de um levantamento epidemiológico com alunos adolescentes, na faixa etária de 15 a 19 anos, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia/IFRN - Campus Natal Central.

O ensino proporcionado pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte é oferecido por meio de cursos e programas de formação inicial e continuada, de educação profissional técnica de nível médio e de educação superior de graduação e de pós-graduação, desenvolvidos articuladamente à pesquisa e à extensão. Do total de vagas disponibilizadas para o ingresso de novos alunos a cada semestre letivo, 50% são destinadas a candidatos que possuam histórico escolar integral a partir do 6º ano do ensino fundamental até o 3º ano do ensino médio, em escola pública no país. As demais vagas são preenchidas por alunos advindos de escolas particulares.

Dentre suas atividades assistenciais, o IFRN possui um Serviço de Saúde que oferece assistência médico-odontológica e fisioterapêutica aos alunos regularmente matriculados.

4.3 POPULAÇÃO

A pesquisa teve como população-alvo os adolescentes regularmente matriculados no IFRN – Campus Natal Central, na faixa etária entre 15 e 19 anos de idade. Optou-se por essa faixa etária tomando-se como base os níveis etários do SB Brasil 2010.

Atualmente, o IFRN – Campus Natal Central conta com 5.666 alunos matriculados, dos quais 2.826 desses alunos são adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos de idade, o que representa 49,88% do total de alunos do IFRN. Na faixa etária estudada, 51,84% pertencem ao sexo feminino e 48,16% ao sexo masculino.

4.4 AMOSTRA

O estudo foi realizado com uma amostra representativa dos 2.826 adolescentes de 15 a 19 anos, de ambos os sexos, do ensino médio, técnico e tecnológico do IFRN, Campus Natal-Central, matriculados no 2º semestre letivo de 2012.

Através do cálculo amostral com dados obtidos do estudo piloto realizado em julho de 2012 com 30 alunos, foi definida uma amostra mínima de sujeitos. O cálculo foi realizado a partir da variável que apresentava o menor percentual (insatisfação com a mastigação), logo as variáveis de percentual mais alto também estariam representadas. Adotando um nível de significância de 5%, o tamanho da amostra calculado foi de 215.

Esses indivíduos foram selecionados por conveniência, recrutando assim os adolescentes que estavam disponíveis no pátio, ou seja, no intervalo, entrada e saída das aulas. Inicialmente houve uma tentativa de alocação por sorteio, mas como não foi possível, seguiu-se a coleta respeitando apenas a distribuição entre os sexos. O objetivo dessa separação foi que a amostra final representasse a mesma proporção quanto ao sexo daquela encontrada para os alunos dessa faixa etária no IFRN. Todas as coletas foram realizadas no período entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013.

4.5 VARIÁVEIS

Nos quadros 1 e 2 estão elencadas as variáveis do estudo, separadas de acordo com sua classificação em variáveis independentes ou dependentes.

Quadro 1 – Descrição das variáveis independentes do estudo. Natal/ RN, 2013.

| Variáveis Independentes | Descrição | Classificação | Categorias / Escalas de medida |
|--|---|-----------------------|--------------------------------|
| <i>Relacionadas com dados sócio-econômico-demográficos</i> | | | |
| Sexo | Conjunto de pessoas que têm morfologia idêntica relativamente ao aparelho sexual | Catagórica nominal | Masculino/ Feminino |
| Idade | Número de anos que uma pessoa conta desde o seu nascimento até à época de que se fala | Quantitativa discreta | 0 - ∞ |
| Tipo de escola que estudou anteriormente ao IFRN | Que tipo de escola estudava antes de ingressar no IFRN | Catagórica | Pública, privada. |

| | | | |
|---|--|-----------------------|---|
| Moradia | Casa de habitação | Categórica | Casa dos pais, casa de familiares, casa do estudante, outros. |
| Escolaridade da mãe ou responsável | Frequência ou permanência na escola | Categórica | Analfabeta, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio, ensino técnico ou profissionalizante, ensino superior. |
| Renda familiar | Quanto recebem juntos (por mês) todas as pessoas da casa | Categórica | Menos de 01 salário mínimo, 01 salário mínimo, 02 ou 03 salários mínimos, 04 ou 05 salários mínimos, mais de 05 salários mínimos, não sabe |
| <i>Relacionadas com o acesso ao serviço de saúde bucal</i> | | | |
| Já visitou um consultório odontológico | Se o indivíduo já visitou um consultório odontológico | Categórica | Sim, não. |
| Última consulta | Quando foi a última consulta (em meses) | Quantitativa discreta | 0 - ∞ |
| Tipo de serviço | Qual o tipo de serviço onde foi atendido | Categórica | Posto de saúde, escola, nos 2 serviços anteriores, particular, credenciado/convênio, sindicato, outro. |
| Motivação da última consulta | Qual o principal motivo que levou a procurar atendimento | Categórica | Dor de dente, dente cariado, dente “torto”/ fora de posição, sangramento na gengiva, mau hálito, acidente/ pancada na boca, refazer restauração por estética, refazer restauração porque quebrou, revisão, outro. |
| Tipo de tratamento recebido na última consulta | Que tipo de tratamento recebeu na última consulta | Categórica | Extração, restauração, limpeza somente, aplicação de flúor somente, os 2 anteriores, aplicação de selante, tratamento de canal, tratamento para colocação de prótese, cirurgia periodontal, tratamento ortodôntico. |
| Frequência das revisões | De quanto em quanto tempo faz revisão (em meses) | Quantitativa | 0 - ∞ |
| Já recebeu ou recebe tratamento ortodôntico | Se o indivíduo já recebeu ou recebe tratamento ortodôntico | Categórica | Não; Sim, no passado; Sim, no presente. |
| <i>Autopercepção quanto ao tipo de tratamento</i> | | | |
| Extraír ou colocar prótese em dentes posteriores | Se preciso extraír ou restaurar um dente posterior com coroa o que prefere | Categórica | Extraír, restaurar com coroa. |
| Extraír ou colocar | Se preciso extraír ou restaurar | Categórica | Extraír, restaurar com |

| | | | |
|----------------------------------|--|------------|--|
| prótese em dentes anteriores | um dente anterior com coroa o que prefere | | coroa. |
| DAI | | | |
| Ausência dentária | Se o indivíduo já perdeu algum elemento dentário | Categórica | Não possui, 1 ou mais. |
| Espaçamento | Se o espaço para a acomodação dos dentes anteriores é maior que o necessário | Categórica | Nenhum, 1 ou 2 segmentos. |
| Apinhamento | Se o espaço para a acomodação dos dentes anteriores é menor que o necessário. | Categórica | Nenhum, 1 ou 2 segmentos. |
| Diastema | Se existe diastema na linha média superior | Categórica | Possui (≥ 2 mm), não possui (< 2 mm). |
| Irregularidade mandibular | Se existe algum dente fora de posição no arco inferior | Categórica | Possui (≥ 2 mm), não possui (< 2 mm). |
| Irregularidade maxilar | Se existe algum dente fora de posição no arco superior | Categórica | Possui (≥ 2 mm), não possui (< 2 mm). |
| Trespasse maxilar acentuado | Se existe trespasse maxilar acentuado | Categórica | Possui (≥ 4 mm), não possui (< 4 mm). |
| Mordida cruzada anterior | Se existe mordida cruzada anterior | Categórica | Possui, não possui. |
| Relação molar | Se os molares se encontram em chave | Categórica | Nenhum desvio (está em chave), desvio de $\frac{1}{2}$ cúspide ou mais (não está em chave). |
| Mordida aberta | Se existe uma mordida aberta | Categórica | Possui, não possui. |
| Escore do DAI | Escore final baseado na equação dada pelo índice que determina necessidade de tratamento | Categórica | Nenhuma necessidade de tratamento (< 25), necessidade eletiva de tratamento (26-30), necessidade altamente desejável de tratamento (31-35), necessidade obrigatória de tratamento (≥ 36). |
| Mordida cruzada posterior | Se existe uma mordida cruzada posterior | Categórica | Possui, não possui. |

Fonte: Autor.

Quadro 2 – Descrição das variáveis dependentes do estudo. Natal, RN, 2013.

| Variáveis Dependentes | Descrição | Classificação | Categorias |
|--|---|---------------|--|
| Satisfação com a aparência | Satisfação pessoal do indivíduo quanto à sua aparência. | Categórica | Muito insatisfeito/ insatisfeito, indiferente, satisfeito/ muito satisfeito. |
| Satisfação com a mastigação | Satisfação pessoal do indivíduo quanto à sua mastigação. | Categórica | Muito insatisfeito/insatisfeito, indiferente, satisfeito, muito satisfeito. |
| Autopercepção quanto à necessidade de tratamento ortodôntico | Opinião pessoal quanto à necessidade de tratamento ortodôntico. | Categórica | Sim/ Não. |

Fonte: Autor.

4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os alunos inicialmente foram examinados com relação à presença ou não de oclusopatias. Em seguida, um questionário, na forma de entrevista estruturada, foi aplicado com perguntas a respeito da satisfação com a aparência, satisfação com a mastigação, percepção quanto à necessidade de tratamento ortodôntico e questões referentes com ao acesso ao serviço de saúde bucal. (Anexo A).

Para os dados clínicos, foram utilizados os critérios estabelecidos pelo *Dental Aesthetic Index* (DAI), os quais foram anotados em ficha clínica epidemiológica. Foi verificado também presença ou não de mordida cruzada posterior (situação onde as cúspides vestibulares dos dentes póstero- superiores ocluem lingualmente as cúspides vestibulares dos inferiores). (Anexo B).

Os dez componentes do DAI estão dispostos em três grupos: dentição, espaço e oclusão (Quadro 3). Alguns desses componentes são determinados quanto à sua ausência ou presença (através de códigos), outros são medidos milimetricamente com uma sonda periodontal CPI (Community periodontal index). Para cada componente existe um coeficiente de regressão, que foi determinado por meio de procedimentos estatísticos de análise de regressão (peso) (Quadro 3). Todos os valores aferidos (em códigos ou milímetros) e seus pesos são colocados dentro de uma equação (Quadro 4), e uma constante pré- determinada pelo índice também é adicionada, obtendo-se um escore para o DAI (Quadro 5) (CONS; JENNY; KOHOUT et al., 1986).

As medidas milimétricas dos índices normativos foram tomadas de forma otimizada e precisa, de tal forma que, após a calibração do examinador, o componente foi medido com facilidade e precisão. Todos os valores de Kappa para a calibração foram maiores que 0,7.

Quadro 3 - Componentes oclusais considerados no Índice Dental Estético (DAI) e respectivos coeficientes de regressão. Natal-RN, 2013.

| Dimensões | Componentes do DAI | Peso |
|-----------|---|------|
| Dentição | Dentição | 6 |
| Espaço | Apinhamento no segmento incisal (API) | 1 |
| | Espaçamento no segmento incisal (ESP) | 1 |
| | Diastema incisal (DI) | 3 |
| | Desalinhamento maxilar anterior (DMXA) | 1 |
| | Desalinhamento mandibular anterior (DMDA) | 1 |
| Oclusão | Overjet maxilar anterior (OMXA) | 3 |
| | Overjet mandibular anterior (OMDA) | 4 |
| | Mordida aberta vertical anterior (MAA) | 4 |
| | Relação molar ântero-posterior (RMAP) | 3 |

Fonte: Autor.

Quadro 4 - Equação do DAI com os dez componentes e seus respectivos pesos somados à constante com valor igual a 13. Natal-RN, 2013.

$$\text{DAI} = (\text{dentes perdidos} \times 6) + (\text{API}) + (\text{ESP}) + (\text{DI} \times 3) + (\text{DMXA}) + (\text{DMDA}) + (\text{OMXA} \times 3) + (\text{OMDA} \times 4) + (\text{MAA} \times 4) + (\text{RMAP} \times 3) + 13$$

Fonte: Autor.

Quadro 5 - Escores do DAI distribuídos de acordo com a severidade da oclusopatia e da necessidade de tratamento ortodôntico. Natal-RN, 2013.

| Grau | Escores | Níveis de severidade e necessidade do tratamento ortodôntico |
|--------|---------|--|
| Grau 1 | < 25 | Oclusão normal ou oclusopatia leve Nenhuma ou pequena necessidade de tratamento |
| Grau 2 | 26-30 | Oclusopatia definida Necessidade eletiva de tratamento |
| Grau 3 | 31-35 | Oclusopatia severa Necessidade altamente desejável de tratamento |
| Grau 4 | ≥ 36 | Oclusopatia muito severa ou deformadora Necessidade obrigatória de tratamento |

Fonte: Autor.

Os exames foram realizados no consultório odontológico da própria instituição. Todas as normas de biossegurança foram rigorosamente atendidas.

As entrevistas foram realizadas em uma sala de reuniões, ao lado do consultório odontológico, com condições adequadas para sua realização. Os alunos depois de esclarecidos quanto ao instrumento, responderam por escrito todas as perguntas sem influências externas.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O protocolo da pesquisa foi enviado para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, de acordo com normas da Resolução CNS/MS 196/96, tendo sido APROVADO através do Parecer N° 489/2011.

Para a realização da pesquisa, os pais dos alunos participantes (quando esses menores de 18 anos) ou os próprios alunos (quando maiores de 18 anos) preencheram e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Após a realização de exames clínicos e entrevistas, foi construído um banco de dados, no programa Stata 10.0, para análise dos resultados obtidos.

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva de todos os dados para aferir frequência absoluta e percentual para as variáveis categóricas e médias e desvios padrão para as variáveis quantitativas.

A segunda etapa consistiu em buscar associação entre a autopercepção quanto à necessidade de tratamento, satisfação com a mastigação e aparência e os dados sócio-econômico-demográficos e de acesso ao serviço de saúde bucal. Buscou-se também a associação entre a autopercepção quanto à necessidade de tratamento, a satisfação com a mastigação e aparência e os dados normativos.

Para avaliar a associação das variáveis em tabelas 3x2 foi utilizado o teste do qui-quadrado. Para as tabelas 2x2 foi utilizado o teste do qui-quadrado com correção de continuidade. Quando houve célula com contagem esperada menor do que 5 foi utilizado o Exato de Fisher. Foi verificado também a razão de prevalência e seu intervalo de confiança de 95% como medida de magnitude de associação. Para todos os testes utilizou-se um nível de significância de 5%.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A tabela 1 traz os dados relativos à caracterização da amostra em relação às variáveis sócio- econômico-demográficas.

Tabela 1 - Média e desvio padrão para a variável quantitativa idade e frequências absoluta e percentual para as variáveis sócio-econômico-demográficas categóricas do estudo. Natal-RN, 2013.

| | Média | Desvio padrão |
|---|----------|---------------|
| Idade | 17,01 | 1,33 |
| | n | % |
| Sexo | | |
| Masculino | 104 | 48,4 |
| Feminino | 111 | 51,6 |
| Tipo de escola que estudou anteriormente ao IFRN | | |
| Pública | 134 | 62,3 |
| Privada | 81 | 37,7 |
| Moradia | | |
| Casa do estudante | 4 | 1,9 |
| Casa de familiares | 33 | 15,3 |
| Casa dos pais | 173 | 80,5 |
| Outros | 5 | 2,3 |
| Escolaridade da mãe ou responsável | | |
| Analfabeta | 3 | 1,4 |
| Ensino fundamental incompleto | 32 | 15 |
| Ensino fundamental completo | 32 | 15 |
| Ensino médio | 90 | 42,1 |
| Ensino técnico ou profissionalizante | 13 | 6,1 |
| Ensino superior | 44 | 20,6 |
| Renda | | |
| Menos que 1 salário | 7 | 3,4 |
| 1 salário | 63 | 30,3 |
| 2- 3 salários | 95 | 45,7 |
| 4- 5 salários | 28 | 13,5 |
| Mais que 5 salários | 15 | 7,2 |

Fonte: Autor.

Ocorreu um predomínio do sexo feminino sobre o masculino, tendendo para uma homogeneidade entre eles. A distribuição de idade contemplou bem todas as faixas. No que diz respeito ao tipo de escola que estudou anteriormente a maior parte dos adolescentes foi proveniente de escola pública.

Os dados mostram que a maioria dos estudantes mora com os pais e apenas 19,5% possuem outro tipo de moradia. Já a respeito da escolaridade da mãe ou responsável, a grande maioria (68,8%) possui pais que concluíram o ensino médio, e 66,4% das famílias recebem dois ou mais salários. A amostra representou bem os pobres e não pobres, havendo um predomínio da classe média brasileira.

A tabela 2 expõe os dados relativos às variáveis relacionadas com o acesso ao serviço de saúde bucal.

Tabela 2 - Média e desvio padrão para as variáveis quantitativas e frequências absoluta e percentual para as variáveis relacionadas com o acesso ao serviço de saúde bucal do estudo. Natal-RN, 2013.

| | Média | Desvio padrão |
|--|----------|---------------|
| Última consulta em meses | 11,36 | 13,93 |
| Frequência das revisões | 6,92 | 4,67 |
| | n | % |
| Já visitou o dentista | | |
| Não | 5 | 2,3 |
| Sim | 210 | 97,7 |
| Tipo de serviço | | |
| Consultório do posto de saúde | 43 | 20,3 |
| Consultório da escola | 28 | 13,2 |
| Nos dois serviços | 7 | 3,3 |
| Consultório particular | 87 | 41,0 |
| Consultório credenciado/ convênio | 30 | 14,2 |
| Consultório de sindicato | 9 | 4,2 |
| Outro | 8 | 3,8 |
| Motivação da última consulta | | |
| Dor de dente | 20 | 9,6 |
| Dente cariado | 36 | 17,2 |
| Dente “torto”/ fora de posição | 41 | 19,6 |
| Sangramento na gengiva | 3 | 1,4 |
| Acidente/ pancada na boca | 3 | 1,4 |
| Refazer restauração por estética | 4 | 1,9 |
| Refazer restauração porque quebrou | 18 | 8,6 |
| Revisão | 79 | 37,8 |
| Outro | 5 | 2,4 |
| Já recebeu ou recebe tratamento ortodôntico | | |
| Não | 140 | 69,3 |
| Sim, no passado | 28 | 13,9 |
| Sim, no presente | 34 | 16,8 |

Fonte: Autor.

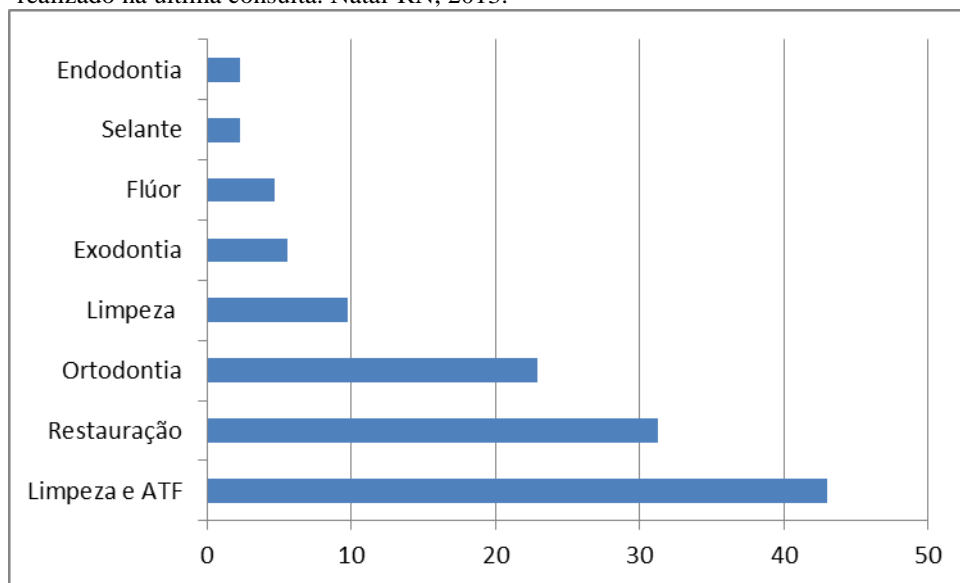
Do total de alunos examinados, observa-se uma pequena parcela que nunca visitou o dentista. Dos 210 alunos que já o fizeram, 94 relataram que não costumam fazer revisão, correspondendo a 44,7%. Já os alunos que fazem revisões periódicas, realizam-nas em pouco tempo.

Alguns dados merecem atenção. No que diz respeito ao tipo de serviço que procuram, poucos recorrem ao consultório da escola ou postos de saúde. A maioria dos alunos procura

por serviços particulares. Outro dado bastante relevante é a motivação da última consulta. A busca por estética, no que diz respeito ao posicionamento dos dentes, foi o segundo motivo mais elencado, atrás apenas de quem procura o cirurgião- dentista para fazer revisão. E chama-se atenção, ainda, para a percentagem de 30,7 que já teve ou está tendo experiência com a utilização de aparelho ortodôntico.

Na figura 1 encontra- se a frequência percentual para cada tipo de tratamento recebido na última consulta.

Figura 1 - Frequência percentual para variáveis relacionadas ao tipo de tratamento realizado na última consulta. Natal-RN, 2013.

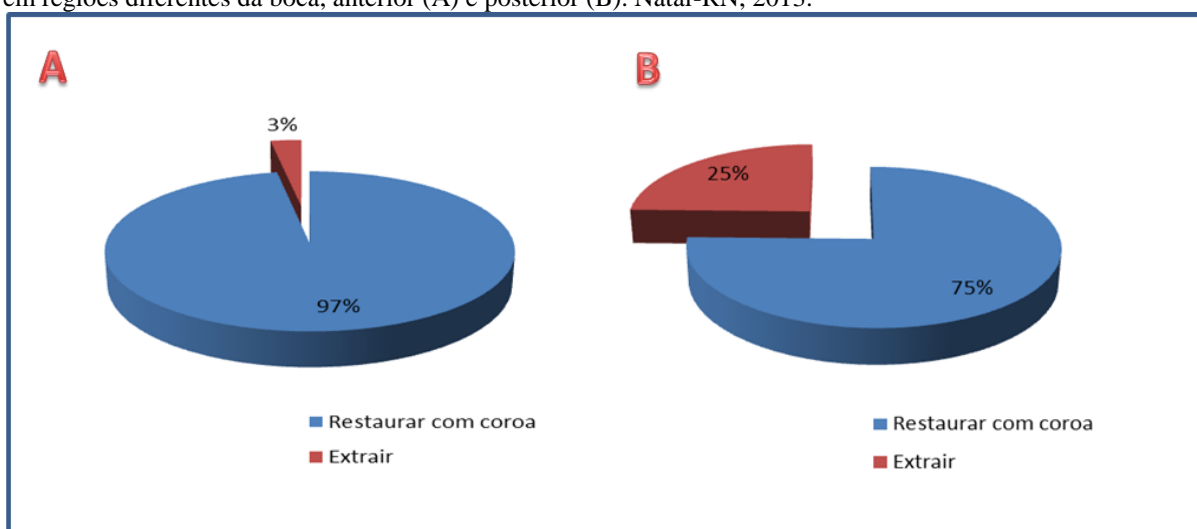


Fonte: Autor.

O tratamento ortodôntico mereceu destaque, sendo o terceiro tipo de procedimento mais realizado entre os adolescentes. Nesse item estão englobados os alunos que estão propriamente em tratamento, e os que fizeram a primeira consulta ortodôntica. Percentual maior que esse foi encontrado apenas para os procedimentos rotineiros da clínica odontológica, como limpeza com aplicação de flúor e restauração.

A figura 2 traz a frequência percentual para variáveis relacionadas à autopercepção quanto a dois tipos de tratamentos em regiões diferentes da boca. Demonstra o que os alunos optam por fazer diante de um problema dentário na região anterior (A), possuindo apenas duas alternativas, e qual decisão eles tomam se o mesmo problema acontecer na região posterior (B).

Figura 2 - Frequência percentual para variáveis relacionadas à autopercepção quanto a dois tipos de tratamentos em regiões diferentes da boca, anterior (A) e posterior (B). Natal-RN, 2013.



Fonte: Autor.

A estética mais uma vez prevaleceu, visto que o percentual de extração aumenta consideravelmente quando o problema dentário envolve um dente posterior.

Os dados relacionados ao exame clínico, compreendido pelo DAI, estão expostos na tabela 3.

Tabela 3 - Frequências absoluta e percentual para as variáveis relacionadas ao exame clínico-epidemiológico (DAI). Natal-RN, 2013.

| | n | % |
|------------------------------------|-----|------|
| Ausência dentária | | |
| Uma ou mais | 8 | 3,7 |
| Nenhuma | 207 | 96,3 |
| Apinhamento anterior | | |
| 1 ou 2 segmentos | 76 | 35,3 |
| Nenhum | 139 | 64,7 |
| Espaçamento anterior | | |
| 1 ou 2 segmentos | 70 | 32,6 |
| Nenhum | 145 | 67,4 |
| Diastema | | |
| Possui (2mm ou mais) | 16 | 7,4 |
| Não possui (<2mm) | 199 | 92,6 |
| Irregularidade da maxila | | |
| Possui (2mm ou mais) | 44 | 20,5 |
| Não possui (<2mm) | 171 | 79,5 |
| Irregularidade da mandíbula | | |

| | | |
|--|-----|------|
| Possui (2mm ou mais) | 94 | 43,7 |
| Não possui (<2mm) | 121 | 56,3 |
| Trespasse maxilar acentuado | | |
| Possui (4mm ou mais) | 55 | 25,6 |
| Não possui (<4mm) | 160 | 74,4 |
| Mordida cruzada anterior | | |
| Possui | 6 | 2,8 |
| Não possui | 209 | 97,2 |
| Mordida aberta | | |
| Possui | 36 | 16,7 |
| Não possui | 179 | 83,3 |
| Relação molar | | |
| Não está em chave | 93 | 43,7 |
| Está em chave | 120 | 56,3 |
| Escore do DAI | | |
| Oclusão normal e nenhuma necessidade de tratamento | 90 | 42,3 |
| Oclusopatia definida e necessidade eletiva de tratamento | 56 | 26,3 |
| Oclusopatia severa e necessidade altamente desejável de tratamento | 39 | 18,3 |
| Oclusopatia muito severa e necessidade obrigatória de tratamento | 46 | 13,1 |

Fonte: Autor.

A prevalência de oclusopatias foi de 57,7%. Merecem destaque a irregularidade encontrada na mandíbula e a relação molar, sendo esses os problemas cujos valores encontrados foram elevados. Com valores intermediários encontra-se o apinhamento e espaçamento da região anterior, seguido do trespasse maxilar e irregularidade maxilar. Já a ausência dentária e a mordida cruzada anterior foram os problemas oclusais menos prevalentes.

Outro dado coletado no exame clínico, que não está presente no DAI, foi a mordida cruzada posterior, sendo a frequência percentual encontrada de 10,3%, o que representa uma baixa ocorrência desse problema.

Em relação ao escore do DAI, a necessidade eletiva de tratamento (grau 2) é frequentemente categorizada juntamente com o grau 1 como não necessidade de tratamento na literatura. Nesse estudo realizamos tal categorização, quando somados grau 1 e 2 foi

encontrado um percentual de 68,5%, ou seja, apenas 31,5% (correspondente aos graus 3 e 4) dos adolescentes possuem necessidade real de tratamento.

Na tabela 4 encontra-se os dados relativos às variáveis dependentes desse estudo.

Tabela 4 - Frequências absoluta e percentual para as variáveis dependentes do estudo. Natal-RN, 2013.

| | n | % |
|---|-----|------|
| Autopercepção quanto à necessidade de tratamento ortodôntico | | |
| Sim | 122 | 68,9 |
| Não | 55 | 31,1 |
| Satisfação com a aparência | | |
| Muito insatisfeito | 18 | 8,5 |
| Insatisfeito | 59 | 28 |
| Indiferente | 46 | 21,8 |
| Satisfeito | 73 | 34,6 |
| Muito satisfeito | 15 | 7,1 |
| Satisfação com a mastigação | | |
| Muito insatisfeito | 6 | 2,8 |
| Insatisfeito | 27 | 12,7 |
| Indiferente | 28 | 13,2 |
| Satisfeito | 108 | 50,9 |
| Muito satisfeito | 43 | 20,3 |

Fonte: Autor.

Dos alunos examinados, a grande maioria acha que necessita de tratamento ortodôntico. No que diz respeito à satisfação com a aparência, nota-se uma predominância de insatisfação ou indiferença, visto que apenas 41,7% dos alunos estão satisfeitos com a mesma. Quanto à mastigação, o mesmo não é encontrado, pois 71,2% estão satisfeitos com sua capacidade de mastigar os alimentos.

Um dado interessante de ser ressaltado é a autopercepção quanto à necessidade de tratamento e a satisfação com a aparência dos pacientes que já realizaram tratamento ortodôntico no passado. Quando esses adolescentes foram questionados sobre a necessidade de tratamento, uma parcela considerável de 40% respondeu que sim, achavam que precisavam de aparelho ortodôntico. E desse mesmo grupo apenas 32,1% estavam satisfeitos com a aparência.

5.2 ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES

A tabela 5 mostra a associação existente entre a variável dependente autopercepção quanto à necessidade de tratamento e as variáveis sócio-econômico- demográficas e de acesso ao serviço de saúde bucal.

Tabela 5 - Relação entre as variáveis sócio-econômico-demográficas e as de acesso ao serviço de saúde bucal com a autopercepção quanto à necessidade de tratamento ortodôntico. Natal-RN, 2013.

| Autopercepção quanto à necessidade de tratamento ortodôntico | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------|-----------|---------------------|
| Variáveis independentes | Sim n (%) | Não n (%) | p | RP | IC (95%) |
| Idade | | | | | |
| 15- 17 anos | 77 (68,1) | 36 (31,9) | 0,896 | 0,969 | 0,791- 1,187 |
| 18- 19 anos | 45 (70,3) | 19 (29,7) | | | |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 50 (61,7) | 31 (38,3) | 0,082 | 0,823 | 0,669- 1,012 |
| Feminino | 72 (75) | 24 (25) | | | |
| Tipo de escola que estudou anteriormente ao IFRN | | | | | |
| Pública | 79 (70,5) | 33 (29,5) | 0,661 | 1,066 | 0,863- 1,317 |
| Privada | 43 (66,6) | 22 (33,8) | | | |
| Moradia | | | | | |
| Outros | 23 (74,2) | 8 (25,8) | 0,628 | 1,094 | 0,864- 1,385 |
| Casa dos pais | 99 (67,8) | 47 (32,2) | | | |
| Escolaridade da mãe ou responsável | | | | | |
| Ensino fundamental completo ou incompleto | 41 (74,5) | 14 (25,5) | 0,634 | 1,18 | 0,868- 1,440 |
| Ensino Médio | 49 (68,1) | 23 (31,9) | | 1,021 | 0,791- 1,317 |
| Ensino técnico ou superior | 32 (66,7) | 16 (33,3) | | 1 | |
| Renda | | | | | |
| 1 salário ou menos | 41 (70,7) | 17 (29,3) | 0,561 | 0,979 | 0,753- 1,272 |
| 2- 3 salários | 49 (63,6) | 28 (36,4) | | 0,881 | 0,677- 1,147 |
| Mais de 3 salários | 26 (72,2) | 10 (27,8) | | 1 | |
| Tipo de serviço que teve acesso ao atendimento de saúde bucal | | | | | |
| Público | 42 (68,9) | 19 (31,1) | 0,976 | 0,978 | 0,791- 1,209 |
| Privado | 69 (70,4) | 29 (29,6) | | | |

Fonte: Autor.

Nenhuma das variáveis foi associada com a autopercepção quanto à necessidade de tratamento, visto que todos os valores de p estavam acima do nível de significância considerado.

Em relação à satisfação com a aparência, a tabela 6 traz a associação entre essa e as variáveis sócio- econômico-demográficas e de acesso ao serviço de saúde bucal.

Tabela 6 - Relação entre as variáveis sócio-econômico-demográficas e as de acesso ao serviço de saúde bucal com a satisfação com a aparência. Natal-RN, 2013.

| Variáveis independentes | Satisfação com a aparência | | | <i>p</i> |
|--|----------------------------|----------------------|---------------------|----------|
| | Insatisfeito n (%) | Indiferente n (%) | Satisfeito n (%) | |
| Idade | | | | |
| 15- 17 anos | 47 (37,6) | 26 (20,8) | 52 (41,6) | 0,885 |
| 18- 19 anos | 30 (34,9) | 20 (23,3) | 36 (41,9) | |
| Sexo | | | | |
| Masculino | 36 (35,6) | 22 (21,8) | 43 (42,6) | 0,964 |
| Feminino | 41 (37,3) | 24 (21,8) | 45 (40,9) | |
| Tipo de escola que estudou anteriormente ao IFRN | | | | |
| Pública | 52 (39,4) | 26 (19,7) | 54 (40,9) | 0,453 |
| Privada | 25 (31,6) | 20 (25,3) | 34 (43) | |
| Moradia | | | | |
| Outros | 16 (38,1) | 11 (26,2) | 15 (35,7) | 0,621 |
| Casa dos pais | 61 (36,1) | 35 (20,7) | 73 (43,2) | |
| Escolaridade da mãe ou responsável | | | | |
| Ensino fundamental completo ou incompleto | 28 (44,4) | 14 (22,2) | 21 (33,3) | 0,306 |
| Ensino Médio | 31 (35,2) | 21 (23,9) | 36 (40,9) | |
| Ensino técnico ou superior | 16 (28,6) | 11 (19,6) | 29 (51,8) | |
| Renda | | | | |
| 1 salário ou menos | 31 (45,6) | 11 (16,2) | 26 (38,2) | 0,316 |
| 2- 3 salários | 30 (31,6) | 24 (25,3) | 41 (43,2) | |
| Mais de 3 salários | 13 (31,7) | 8 (19,5) | 20 (48,8) | |
| Tipo de serviço que teve acesso ao atendimento de saúde bucal | | | | |
| Público | 33 (42,3) | 14 (17,9) | 31 (39,7) | 0,635 |
| Privado | 41 (36) | 25 (21,9) | 48 (42,1) | |

Fonte: Autor.

Do mesmo modo que para a autopercepção quanto à necessidade de tratamento, nenhum dos valores foi significativo.

A associação entre esses mesmos dados e a satisfação com a mastigação está exposta na tabela 7.

Tabela 7 - Relação entre as variáveis sócio-econômico-demográficas e as de acesso ao serviço de saúde bucal com a satisfação com a mastigação. Natal-RN, 2013.

| Variáveis independentes | Satisfação com a mastigação | | | <i>p</i> |
|--|-----------------------------|---------------------|--------------------|----------|
| | Insatisfeito n(%) | Indiferente n(%) | Satisfeito n(%) | |
| Idade | | | | |
| 15- 17 anos | 21 (16,7) | 15 (11,9) | 90 (71,4) | 0,725 |
| 18- 19 anos | 12 (14) | 13 (15,1) | 61 (70,9) | |
| Sexo | | | | |
| Masculino | 12 (11,7) | 16 (15,5) | 75 (72,8) | 0,239 |
| Feminino | 21 (19,3) | 12 (11) | 76 (69,7) | |
| Tipo de escola que estudou anteriormente ao IFRN | | | | |
| Pública | 23 (17,3) | 17 (12,8) | 93 (69,9) | 0,664 |
| Privada | 10 (12,7) | 11 (13,9) | 58 (73,4) | |
| Moradia | | | | |
| Outros | 7 (16,7) | 8 (19) | 27 (64,3) | 0,417 |
| Casa dos pais | 26 (15,3) | 20 (11,8) | 124 (72,9) | |
| Escolaridade da mãe ou responsável | | | | |
| Ensino fundamental completo ou incompleto | 11 (17,2) | 7 (10,9) | 46 (71,9) | 0,922 |
| Ensino Médio | 12 (13,6) | 12 (13,6) | 64 (72,7) | |
| Ensino técnico ou superior | 10 (17,9) | 8 (14,3) | 38 (67,9) | |
| Renda | | | | |
| 1 salário ou menos | 14 (20,6) | 9 (13,2) | 45 (66,2) | 0,391 |
| 2- 3 salários | 10 (10,5) | 11 (11,6) | 74 (77,9) | |
| Mais de 3 salários | 8 (19) | 6 (14,3) | 28 (66,7) | |
| Tipo de serviço que teve acesso ao atendimento de saúde bucal | | | | |
| Público | 17 (22,1) | 12 (15,6) | 48 (62,3) | 0,211 |
| Privado | 15 (13) | 16 (13,9) | 84 (73) | |

Fonte: Autor.

Do mesmo modo que para a percepção de tratamento e a satisfação com a aparência, a satisfação com a mastigação também não mostrou associação com esses dados.

É notório, portanto, que os fatores sócio-econômico-demográficos e de acesso ao serviço de saúde bucal não estão associados à opinião dos adolescentes, não sendo motivação para a busca de tratamento ortodôntico, nem causa da insatisfação com a estética e a mastigação.

A tabela 8 traz a associação entre a autopercepção quanto à necessidade de tratamento ortodôntico e os dados normativos.

Tabela 8 - Relação entre variáveis relacionadas ao exame clínico-epidemiológico (DAI) e a mordida cruzada posterior com a autopercepção quanto à necessidade de tratamento ortodôntico. Natal-RN, 2013.

| Autopercepção quanto à necessidade de tratamento ortodôntico | | | | | |
|---|---------------------|---------------------|------------------|--------------|---------------------|
| Oclusopatias | Sim n(%) | Não n(%) | p | RP | IC (95%) |
| Apinhamento | | | | | |
| Possui | 54 (81,8) | 12 (18,2) | 0,007 | 1,336 | 1,108- 1,610 |
| Não possui | 68 (61,3) | 43 (38,7) | | | |
| Espaçamento | | | | | |
| Possui | 42 (76,4) | 13 (23,6) | 0,208 | 1,165 | 0,958- 1,416 |
| Não possui | 80 (65,6) | 42 (34,4) | | | |
| Diastema | | | | | |
| Possui (2mm ou mais) | 11 (78,6) | 3 (21,4) | 0,554 | 1,154 | 0,863- 1,547 |
| Não possui (<2mm) | 111 (68,1) | 52 (31,9) | | | |
| Irregularidade da maxila | | | | | |
| Possui (2mm ou mais) | 34 (87,2) | 5 (12,8) | 0,009 | 1,367 | 1,149- 1,627 |
| Não possui (<2mm) | 88 (63,8) | 50 (36,2) | | | |
| Irregularidade da mandíbula | | | | | |
| Possui (2mm ou mais) | 67 (83,8) | 13(16,3) | <0,001 | 1,477 | 1,201- 1,802 |
| Não possui (<2mm) | 55 (56,7) | 42(43,3) | | | |
| Trespasse maxilar acentuado | | | | | |
| Possui (4mm ou mais) | 40 (88,9) | 5 (11,1) | 0,002 | 1,431 | 1,209- 1,694 |

| | | | | | |
|----------------------------------|-----------|-----------|------------------|--------------|---------------------|
| mais) | | | | | |
| Não possui (<4mm) | 82 (62,1) | 50 (37,9) | | | |
| Mordida aberta | | | | | |
| Possui | 24 (80) | 6 (20) | 0,222 | 1,200 | 0,970- 1,484 |
| Não possui | 98 (66,7) | 49 (33,3) | | | |
| Relação molar | | | | | |
| Não está em chave | 61 (79,2) | 16 (20,8) | 0,012 | 1,316 | 1,080- 1,603 |
| Em chave | 59 (60,2) | 39 (39,8) | | | |
| Escore do DAI | | | | | |
| Precisa de tratamento | 51 (89,5) | 6 (10,5) | <0,001 | 1,530 | 1,283- 1,825 |
| Não precisa de tratamento | 69 (58,5) | 49 (41,5) | | | |
| Mordida cruzada posterior | | | | | |
| Possui | 12 (66,7) | 6 (33,3) | 1,000 | 0,966 | 0,686- 1,362 |
| Não possui | 109 (69) | 49 (31) | | | |

Fonte: Autor.

No que diz respeito aos dados normativos, diversos problemas oclusais estiveram associados à autopercepção.

Destaque maior deve ser dado ao escore final do DAI, que apresentou valor de *p* altamente significativo, juntamente com a irregularidade da mandíbula que apresentou o mesmo valor, seguido pelo trespasse maxilar acentuado, irregularidade da maxila, apinhamento em um ou mais arcos e relação molar.

Em relação à percepção da necessidade de tratamento, aqueles indivíduos que apresentaram necessidade normativa de tratamento foram 53% mais classificados na categoria que percebiam necessidade de tratamento. Outras razões de prevalências que chamaram atenção foram às relacionadas com a irregularidade da mandíbula, trespasse maxilar acentuado e irregularidade da maxila, sendo respectivamente 47%, 43% e 36% mais vezes classificados na categoria que percebiam necessidade de tratamento.

Os dados normativos também foram associados com a satisfação com a aparência, mostrando similaridade ao que aconteceu para a autopercepção da necessidade de tratamento, como visto na tabela 9.

Tabela 9 - Relação entre as variáveis relacionadas ao exame clínico-epidemiológico (DAI) e a mordida cruzada posterior com a satisfação com a aparência. Natal-RN.

| Oclusopatias | Satisfação com a aparência | | | <i>p</i> |
|------------------------------------|----------------------------|---------------------|--------------------|------------------|
| | Insatisfeito n(%) | Indiferente n(%) | Satisfeito n(%) | |
| Apinhamento | | | | |
| Possui | 35 (46,1) | 22 (28,9) | 19 (25) | 0,001 |
| Não possui | 42 (31,1) | 24 (17,8) | 69 (51,1) | |
| Espaçamento | | | | |
| Possui | 28 (42,4) | 15 (22,7) | 23 (34,8) | 0,359 |
| Não possui | 49 (33,8) | 31 (21,4) | 65 (44,8) | |
| Diastema | | | | |
| Possui (2mm ou mais) | 8 (50) | 6 (37,5) | 2 (12,5) | 0,042 |
| Não possui (<2mm) | 69 (35,4) | 40 (20,5) | 86 (44,1) | |
| Irregularidade da maxila | | | | |
| Possui (2mm ou mais) | 22 (51,2) | 11 (25,6) | 10 (23,3) | 0,019 |
| Não possui (<2mm) | 55 (32,7) | 35 (20,8) | 78 (46,4) | |
| Irregularidade da mandíbula | | | | |
| Possui (2mm ou mais) | 40 (43) | 28 (30,1) | 25 (26,9) | <0,001 |
| Não possui (<2mm) | 37 (31,4) | 18 (15,3) | 63 (53,4) | |
| Trespasse maxilar acentuado | | | | |
| Possui (4mm ou mais) | 25 (45,5) | 14 (25,5) | 16 (29,1) | 0,085 |
| Não possui (<4mm) | 52 (33,3) | 32 (20,5) | 72 (46,2) | |
| Mordida aberta | | | | |
| Possui | 19 (52,8) | 4 (11,1) | 13 (36,1) | 0,056 |
| Não possui | 58 (33,1) | 42 (24) | 75 (42,9) | |
| Relação molar | | | | |
| Não está em chave | 35 (38,5) | 22 (24,2) | 34 (37,4) | 0,472 |
| Em chave | 40 (33,9) | 24 (20,3) | 54 (45,8) | |
| Score do DAI | | | | |
| Precisa de tratamento | 34 (50,7) | 15 (22,4) | 18 (26,9) | 0,003 |
| Não precisa de tratamento | 41 (28,9) | 31 (21,8) | 70 (49,3) | |
| Mordida cruzada posterior | | | | |

| | | | | |
|-------------------|-----------|-----------|---------|-------|
| Possui | 9 (40,9) | 2 (9,1) | 11 (50) | 0,305 |
| Não possui | 67 (35,6) | 44 (23,4) | 77 (41) | |

A irregularidade da mandíbula, o apinhamento, o escore do DAI e a irregularidade da maxila também apresentaram interferência na satisfação com a aparência.

Além desses valores, que foram comuns ao que aconteceu para a autopercepção, a presença de diastema também mostrou associação significativa.

Esses mesmos dados foram associados com a satisfação com a mastigação, como exposto na tabela 10.

Tabela 10 - Relação entre as variáveis relacionadas ao exame clínico-epidemiológico (DAI) e a mordida cruzada posterior com a satisfação com a mastigação. Natal-RN, 2013.

| Oclusopatias | Satisfação com a mastigação | | | p |
|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------|
| | Insatisfeito n(%) | Indiferente n(%) | Satisfeito n(%) | |
| Apinhamento | | | | |
| Possui | 15 (20,3) | 13 (17,6) | 46 (62,2) | 0,102 |
| Não possui | 18 (13) | 15 (10,9) | 105 (76,1) | |
| Espaçamento | | | | |
| Possui | 11 (15,9) | 13 (18,8) | 45 (65,2) | 0,225 |
| Não possui | 22 (15,4) | 15 (10,5) | 106 (74,1) | |
| Diastema | | | | |
| Possui (2mm ou mais) | 1 (6,3) | 5 (31,3) | 10 (62,5) | 0,067 |
| Não possui (<2mm) | 32 (16,3) | 23 (11,7) | 141 (71,9) | |
| Irregularidade da maxila | | | | |
| Possui (2mm ou mais) | 11 (25,6) | 6 (14) | 26 (60,5) | 0,112 |
| Não possui (<2mm) | 22 (13) | 22 (13) | 125 (74) | |
| Irregularidade da mandíbula | | | | |
| Possui (2mm ou mais) | 16 (17,4) | 12 (13) | 64 (69,6) | 0,813 |
| Não possui (<2mm) | 17 (14,2) | 16 (13,3) | 87 (72,5) | |
| Trespasse maxilar acentuado | | | | |
| Possui (4mm ou mais) | 4 (7,3) | 10 (18,2) | 41 (74,5) | 0,091 |
| Não possui (<4mm) | 29 (18,5) | 18 (11,5) | 110 (70,1) | |
| Mordida aberta | | | | |

| | | | | |
|----------------------------------|-----------|-----------|------------|--------------|
| Possui | 12 (34,3) | 2 (5,7) | 21 (60) | 0,003 |
| Não possui | 21 (11,9) | 26 (14,7) | 130 (73,4) | |
| Relação molar | | | | |
| Não está em chave | 14 (15,2) | 15 (16,3) | 63 (68,5) | 0,526 |
| Em chave | 18 (15,3) | 13 (11) | 87 (73,7) | |
| Escore do DAI | | | | |
| Precisa de tratamento | 12 (17,9) | 14 (20,9) | 41 (61,2) | 0,047 |
| Não precisa de tratamento | 20 (14) | 14 (9,8) | 109 (76,2) | |
| Mordida cruzada posterior | | | | |
| Possui | 7 (31,8) | 1 (4,5) | 14 (63,6) | 0,058 |
| Não possui | 26 (13,8) | 27 (14,3) | 136 (72) | |

Fonte: Autor.

Não foram encontradas muitas oclusopatias associadas à satisfação com a mastigação. Apenas o escore do DAI e a mordida aberta mostraram valores significativos. Valor próximo à significância foi encontrado para a mordida cruzada posterior.

6 DISCUSSÃO

Desde muito tempo, estudos como o de Shaw, Lewis e Robertson (1975) sugerem que adolescentes apresentam consciência e percepção desenvolvida para identificar as oclusopatias. Entretanto, segundo Peres, Traebet e Marcenes (2002) a tendência dos jovens em perceber seus problemas oclusais não tem sido acompanhada com os critérios clínicos das oclusopatias. Em seu estudo realizado em adolescentes entre 14 e 18 anos observou que os critérios normativos identificaram mais problemas do que os percebidos pelos indivíduos.

Na literatura científica pesquisada, não consta, no decorrer desse período de quase 11 anos, nenhum estudo específico realizado nessa mesma faixa etária, avaliando todas as características sobre a autopercepção quanto à necessidade de tratamento, a satisfação com a aparência e a mastigação em um mesmo estudo. É importante avaliar se houve nesse interstício alguma modificação na percepção dos adolescentes. Além disso, a pesquisa anterior foi realizada em outra realidade, no Sul do país. É importante ressaltar ainda que a adolescência é uma fase marcada por características de variabilidade e diversidade dos parâmetros biológicos e psicossociais, e a sociedade exerce forte influência sobre os indivíduos. Essa influência também se dá sobre a estética que pode ser compreendida de diversas formas, em diferentes populações, dependendo das tradições sociais e culturais (KEROSUO 1995; EINSENTEIN, 2005).

Para aferir normativamente os problemas oclusais dos adolescentes, optou-se pelo DAI visando compará-lo à autopercepção quanto à necessidade de tratamento, a satisfação com a aparência e a mastigação na presente pesquisa em virtude da sua adoção pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Federação Dentária Internacional (FDI), além de sua alta precisão e validade. Soma-se a isso o fato de ser o índice utilizado nas maiores pesquisas de saúde bucal do Brasil – SBBrasil 2003 e 2010 (BRASIL, 2010).

A faixa etária selecionada, e os dados sócio- econômico- demográficos coletados no estudo seguiram a mesma lógica do SBBrasil. Já o questionário utilizado para verificar os dados subjetivos dos alunos foi o mesmo utilizado na pesquisa de Peres, Traebet e Marcenes (2002), possibilitando grande comparabilidade de dados com o estudo que nos serviu de referência. Portanto, metodologicamente, o estudo se encontra validado, tomando como base os estudos clássicos utilizados como referência.

Em relação à amostra aqui selecionada, observa-se que a distribuição dos jovens quanto o tipo de escola que estudou anteriormente ao IFRN apresentou valores bem próximos aos da cidade de Natal, que possui 65,72% dos adolescentes entre 15 e 19 anos que estudam

em escolas públicas e 34,27% em escolas particulares (EQUIPE da estatística RN, 2013). O fato da escolaridade da mãe e a renda familiar se mostrarem bem distribuídas, tendo percentual de resposta considerável para quase todas as classificações, revela a heterogeneidade da amostra. Esses dados nos permitem afirmar que há similaridade entre os alunos da nossa amostra e aqueles que estão regularmente matriculados na rede de ensino da cidade do Natal, garantindo assim a validade externa do estudo.

Os dados de acesso ao serviço de saúde bucal revela que os adolescentes realmente tem procurado atendimento odontológico, e esse fato corrobora os dados positivos encontrados no SBBrazil. A melhoria encontrada em muitos dos problemas de saúde bucal pode ser um dos motivos do aumento da procura pela estética (BRASIL, 2010).

Isso se revela no nosso estudo na grande busca por tratamento ortodôntico, na alta taxa de percepção de necessidade de tratamento e na grande insatisfação com a aparência. No estudo de Peres, Traebet e Marcenes (2002), algum tipo de oclusopatia foi encontrada em 71,3% dos jovens, e alguns desses problemas oclusais foram aceitáveis pelos mesmos, visto que o percentual de adolescentes que achavam que precisavam de tratamento foi inferior à necessidade normativa (61,1%). Já no presente estudo, a percentagem de indivíduos que perceberam necessidade de tratamento (68,9%) superou a prevalência de oclusopatia encontrada (57,7%). Esse fato já havia sido registrado por Marques (2009) na cidade de Belo Horizonte, MG. Utilizando o mesmo índice normativo, o pesquisador encontrou uma prevalência de oclusopatias de 49% e o desejo em receber tratamento ortodôntico foi de 78%. Assim como encontrado em nosso trabalho, até mesmo quem não tinha nenhum problema oclusal se percebia como tal. Esses números mostram que o jovem de hoje se encontra bastante exigente em relação a si mesmo, podendo ser indício que não existem limites pela busca da estética. Tal aspecto pode ser embasado por Elias, Cano, Mestriner Júnior e Ferriani (2001). Segundo esses pesquisadores, o jovem tende a comparar seu corpo com um modelo, e busca aspectos da sua cultura. Ele afirma que a importância da boa aparência física em nossa sociedade é consenso.

Uma maior prevalência de oclusopatias (76%) foi encontrada por Soares (2011) em um município vizinho a Natal, em uma faixa etária semelhante a nossa. Dessa percentagem, 52% se encontravam na forma severa ou muito severa. Um contraponto social pode ser feito por se tratar de uma população com uma menor renda e menor acesso aos serviços de saúde. A prevalência de oclusopatias encontrada em nossa pesquisa pode ser comparada as duas grandes pesquisas nacionais (SBBrazil), principalmente a de 2003. Em 2003 a prevalência encontrada foi de 53,23%, sendo que 32,79% se encontravam na forma severa ou muito

severa. Em 2010 a prevalência foi de 38,2%, sendo que 16,9% se encontravam na forma severa ou muito severa. Diversos outros autores, em vários países do mundo, também encontraram alta prevalência de oclusopatias, porém esses dados não foram analisados em relação aos problemas percebidos. (BRASIL, 2010; CARTES-VELASQUEZ; ARAYA; VALDÉS, 2010; HANGCOCK; BLINKHORN, 1996; MANDALL, 1999; PAULA JUNIOR, 2009).

A associação entre as variáveis sócio- econômico- demográficas e as variáveis relacionadas à percepção individual reforçou a teoria de consenso citada no texto (ELIAS; CANO; MESTRINER JÚNIOR; FERRIANI, 2001), já que os resultados mostraram que não houve associação entre elas. Pode- se interpretar que qualquer indivíduo, independente da sua condição social e econômica, pode estar igualmente afetado quanto à autopercepção da necessidade de tratamento, satisfação com a aparência e com a mastigação. Esse achado também foi encontrado em outros estudos como o de Marques et al. (2005 e 2009), Danaei e Salehi (2010), Tessaloro, Feldens e Closs (2012). Todas as pesquisas reafirmam que a preocupação com a boa aparência ocorre de forma generalizada em toda sociedade.

A associação existente entre a autopercepção quanto à necessidade de tratamento e os dados normativos foi encontrada anteriormente por Peres, Traebet e Marcenes (2002). Em seu estudo, os autores encontraram associação entre essa e o escore do DAI, o apinhamento e a irregularidade da mandíbula. Pode-se observar um menor número de problemas associados do que o encontrado atualmente, que mostrou associação também para a irregularidade da maxila, trespasse maxilar acentuado e relação ântero- posterior alterada. Marques et al. (2009), estudando adolescentes entre 14 e 18 anos também encontrou associação significativa para quase todos os problemas encontrados em nosso estudo, exceto irregularidade da maxila. Há unanimidade em afirmar que isso se justifica pelo fato de que os problemas que afetam a região anterior dos dentes são os mais percebidos pelos pacientes. O destaque que alguns problemas oclusais receberam, como a irregularidade da mandíbula e o apinhamento, se deve por esses terem sido os mais prevalentes.

Analisando a associação entre a satisfação com a aparência e os dados normativos foram encontradas diferenças interessantes ao estudo de Peres, Traebet e Marcenes (2002). No trabalho realizado por eles, apesar de alguns problemas isolados mostrarem significância, como o apinhamento e a irregularidade da mandíbula, a maior parte dos indivíduos que possuíam oclusopatias estavam satisfeitos com sua aparência (62,3%). Os trabalhos realizados recentemente, como o de Tessarolo, Feldens e Closs (2012) e Danaei e Salehi (2010) se assemelharam ao presente trabalho, e associação foi encontrada entre o DAI e a satisfação

com a aparência. A pesquisa de Tessarolo, Feldens e Closs (2012), apesar de ter sido realizada em uma faixa etária inferior, revelou associação também para o apinhamento, irregularidade da maxila e irregularidade da mandíbula (os mesmos problemas que afetaram o grupo de adolescentes da presente pesquisa). Esse fato, segundo Peres, Traebet e Marcenes (2002) tem uma explicação semelhante ao que aconteceu para a percepção de tratamento. Problemas ortodônticos na região dos dentes posteriores parecem não ter impacto na satisfação com a aparência e na percepção da necessidade de tratamento ortodôntico. Isso pode ser demonstrado no presente estudo pela ausência de associação dessas duas variáveis com a mordida cruzada posterior.

Em relação à satisfação com a mastigação, a pesquisa também seguiu a mesma tendência dos trabalhos anteriores. Entretanto, os trabalhos existentes na literatura, dentre eles o de Peres, Traebet e Marcenes (2002), Moura e Cavalcante (2007), Tessarolo, Feldens e Closs (2012) e Danaei e Salehi (2010) não mostraram nenhuma associação significativa e o atual, apesar de pouca associação, mostrou alguma. É importante ressaltar que esses dois trabalhos mais recentes foram realizados em indivíduos mais jovens, que tendem, segundo Phillips e Beal (2009) a avaliar seus problemas oclusais mais positivamente. E mesmo encontrando associação para duas variáveis no presente estudo, a insatisfação com a mastigação quando comparada à insatisfação estética foi mínima. Dessa forma, fica evidente a importância dessa última para o grupo estudado. Dentre os achados sobre a mastigação, o único problema isolado que teve associação foi a mordida aberta anterior, o que é coerente, pois a ausência de contato dificulta, de fato, a mastigação. Em relação ao escore do DAI, é fácil entender que pequenos problemas isolados que não repercutem na mastigação, quando somados, podem afetar tal função. Entretanto, é necessário mais estudos para comprovar esses achados.

Vários trabalhos existentes na literatura demonstram uma maior importância ao fator estético. Soares (2011) em seu estudo com adolescentes da mesma faixa etária em questão, em um município vizinho a Natal, encontrou que os indivíduos que possuíam dano estético positivo estavam com a qualidade de vida mais afetada, achado esse corroborado por Barnabé e Flores-Mir (2006). Os autores observaram que alterações na relação ântero- posterior dos dentes, com ênfase no segmento anterior, tinham um grande impacto na qualidade de vida. O impacto na qualidade de vida observado nesses trabalhos pode representar que os adolescentes realmente se preocupam com tal fator. Shaffiula, Chandu e Shivakumar (2009) ainda foram mais enfáticos, e afirmaram que a busca pelo tratamento ortodôntico está basicamente influenciada pelo desejo de uma aparência mais atraente.

Para alguns autores, o desejo de possuir uma boa aparência não é mais encarado como sinal de vaidade. Em uma sociedade tão competitiva, boa aparência se tornou uma necessidade. Existem ainda aqueles que acreditam existir uma associação do uso de aparelho ortodôntico com “modismo”. Em adolescentes esse fato pode ser verdade, visto que essa fase se caracteriza, dentre outras coisas, por anseios e esforços em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive (EISENSTEIN, 2005; MARQUES et al., 2005; BADRAN, 2010).

Sendo ou não “modismo”, é fato que o tratamento ortodôntico, quando bem realizado, pode beneficiar quem o recebe, como confirmado na pesquisa de Bandran (2010). Em seu trabalho ele verificou que pacientes que realizaram tratamento ortodôntico melhoraram sua auto-estima. O mesmo também foi verificado por Borges, Peres e Peres (2010) e Feu, Oliveira, Celeste e Miguel (2012).

Os resultados da pesquisa apontam para a necessidade da continuidade dos estudos sobre a incorporação dos critérios subjetivos aos normativos, visando reduzir as muitas lacunas existentes neste campo. Entender como e quais oclusopatias são perceptíveis para os indivíduos e, conseqüentemente, podem causar impacto negativo na vida dos mesmos contribuirá na definição dos critérios que priorizarão o tratamento ortodôntico.

Os problemas de saúde bucal têm sido cada vez mais reconhecidos como importantes causadores de impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade. A Organização Mundial da Saúde, através dos seus relatórios, reconheceu que as doenças bucais causam dor, sofrimento, constrangimentos psicológicos e privações sociais, acarretando prejuízos em nível individual e coletivo.

Por se tratar de um problema de saúde pública, as oclusopatias merecem ser tratadas como tal e, portanto, critérios devem ser estabelecidos para selecionar quem de fato deveria ter acesso e como priorizar quem mais necessita, levando-se em consideração os poucos recursos públicos disponíveis para o seu tratamento. Segundo os resultados do presente estudo, o DAI foi bastante coerente com a opinião dos adolescentes. Com isso não advoga-se dispensar esse dado tão valioso, quando possível a sua coleta. Sendo assim, em inquéritos populacionais grandes, o DAI pode ser considerado uma boa ferramenta epidemiológica no auxílio da definição e priorização do atendimento ortodôntico, a fim de contribuir para a alocação de recursos públicos para a saúde, garantindo a equidade. Já no planejamento do tratamento ortodôntico propriamente dito, o profissional sempre deve coletar todos os dados subjetivos possíveis em sua ficha clínica.

Em relação a grande insatisfação dos pacientes que já foram tratados ortodonticamente, pesquisas direcionadas devem ser realizadas a fim de verificar os motivos. O alto percentual encontrado é bastante relevante e preocupante. Tendo em vista a alta prevalência de oclusopatias e a grande demanda por tratamento, a ausência do atendimento ortodôntico no serviço público pode levar os pacientes a procurarem por serviços menos especializados, de custo acessível, e que não trazem bons resultados. Tal hipótese deve ser evidenciada em um novo estudo.

A inserção de políticas que tragam acesso ao tratamento ortodôntico é fundamental, pois como é garantido pela Política Nacional de Saúde Bucal, todos os indivíduos, independente da classe social, têm o direito de melhorar sua autoestima e seu aspecto psicossocial com a melhora da saúde bucal (BRASIL, 2010). Novos estudos devem ser realizados a fim de reforçar o embasamento científico e comprovar tal interferência.

7 CONCLUSÕES

- Alta prevalência de oclusopatias foi encontrada, e os adolescentes possuíram percepção suficiente para detectar tais problemas.

- As condições sociais, econômicas e demográficas não se associaram com a autopercepção quanto à necessidade de tratamento ortodôntico, nem com a satisfação com a aparência e a mastigação.

- Os problemas oclusais que afetam os sextantes anteriores foram os que mais se associaram à autopercepção de necessidade de tratamento ortodôntico e satisfação com a aparência. Já em relação à satisfação com a mastigação, a maioria desses problemas não esteve associada.

- Os problemas oclusais estão mais fortemente relacionados à estética do que a função mastigatória.

REFERÊNCIAS

- AIKINS, E. A. et al. Self-perception of malocclusion among nigerian adolescents using the aesthetic component of the IOTN. **Open. Dent. J.**, v. 6, p. 61-66, 2012. No prelo.
- BANDRAN, A. B. The effect of malocclusion and self- perceived aesthetics on the self-esteem of a samole of Jordanian adolescents. **Eur. J. Orthod.**, v. 32, n. 6, p. 638-644, 2010.
- BERNABÉ, E.; FLORES-MIR, C. Normative and self-perceived orthodontic treatment need of a Peruvian university population. **Head Face Med.**, v. 2, p. 22-29, 2006.
- BORGES, C. M.; PERES, M. A.; PERES, K. G. Associação entre presença de oclusopatias e insatisfação com a aparência dos dentes e gengivas: estudo com adolescentes brasileiros. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 13, n. 4, p. 713-723, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal.** Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/CNSB/>>. Acesso em: 31 ago. 2012.
- BROOK P.H.; SHAW W.C. The development of an index of orthodontic treatment priority. **Eur J Orthod.**, v.11, n.3, p. 309-20, 1989.
- CARTES-VELASQUEZ, R.; ARAYA, E.; VALDÉS, C. Maloclusiones y su Impacto Psicosocial en Estudiantes de un Liceo Intercultural. **Int. J. Odontostomat.**, v. 4, n. 1, p.65-70, 2010.
- CLAUDINO, D; TRAEBERT, J. Malocclusion, dental aesthetic self- perception and quality of life in a 18 to 21 year- old population: a cross section study. **BMC Oral Health**, v. 13, n.3, 2013.
- COSTA, R. N et al. Validity of two occlusal indices for determining orthodontic treatment needs of patients treated in a public university in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 581-590, 2011.
- CONS, N. C.; JENNY, J.; KOHOUT, F. J. **DAI**: the dental aesthetic index. Iowa City: Iowa College of Dentistry, 1986.
- DANAEI, S. M.; SALAHI, P. Association between normative and self-perceived orthodontic treatment need among 12- to 15-year-old students in Shiraz, Iran. **Eur. J. Orthod.**, v. 32, n. 5, p. 530-534, 2010.
- EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolesc. Saúde**, v. 2, n. 2, 2005.
- ELIAS, M. S.; CANO, M. A. T.; MESTRINER JUNIOR, W; FERRIANI, M. G. C. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 88- 95, 2001.

EQUIPE da estatística RN. **Distribuição dos alunos entre 15 e 19 anos quanto ao tipo de escola que estuda.** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <biamarall@hotmail.com> em 30 jan. 2013.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa.** 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIRESTONE A. R et al. Validity of the Index of Complexity, Outcome, and Need (ICON) in determining orthodontic treatment need. **Angle Orthod.**, v. 72, n. 1, p. 15- 20, 2002.

FEU, D. et al. Influence of orthodontic treatment on adolescents's self- perceptions of esthetics. **Am. J. Orthod.**, v. 141, n. 6, p. 743- 750, 2012.

GARBIN, A. J. et al. Malocclusion prevalence and comparison between the Angle classification and the Dental Aesthetic Index in scholars in the interior of São Paulo state – Brazil. **Dent. Press J. Orthod.**, v. 15, n. 4, p. 94-102, 2010.

HAMAMCI, N.; BAŞARAN, G.; UYSAL, E. Dental Aesthetic Index scores and perception of personal dental appearance among Turkish university students. **Eur. J. Orthod.**, v. 31, n. 2, p. 168-173, 2009.

HANGCOCK, P. A.; BLINKHORN, A. S. A comparison of the perceived and normative needs for dental care in 12-year-old children in the Northwest of England. **Community Dent. Health**, v. 13, n. 2, p. 81-85, 1996.

KEROSUO H. et al. The influence of incisal malocclusion on the social attractiveness of young in Finland. **Eur. J. Orthod.**, v. 17, n. 6, p. 505-512, 1995.

MANDALL, N. A. et al. Perceived aesthetic impact of malocclusion and oral self-perceptions in 14-15- year-old Asian and Caucasian children in greater Manchester. **Eur. J. Orthod.**, v. 22, n. 2, p. 175-83, 1999.

MARQUES, L. S. et al. Prevalência da maloclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em escolares de 10 a 14 anos de idade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: enfoque psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1099-1106, 2005.

MARQUES, L. et al. Factors associated with the desire for orthodontic treatment among Brazilian adolescents and their parents. **BMC Oral Health**, v. 9, p. 34-40, 2009.

MOURA, C; CAVALCANTI, A. L. Maloclusões, cárie dentária e percepções de estética e função mastigatória: um estudo de associação. **Rev. Odonto Ciênc.**, v. 22, n. 57, p. 256-262, 2007.

NAGARAJAN, S.; PUSHPANJALI, K. The relationship of malocclusion as assessed by the Dental Aesthetic Index (DAI) with perceptions of aesthetics, function, speech and treatment needs among 14- to 15-year-old schoolchildren of Bangalore, India. **Oral Health Prev. Dent.**, v. 8, n. 3, p. 221-228, 2010.

PAULA JUNIOR, D. F. et al. Psychosocial impact of dental esthetics on quality of life in adolescents. **Angle Orthod.**, v. 79, n. 6, p. 1188-1193, 2009.

PERES, K. G.; TRAEBERT, E. S.; MARCENES, W. Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 230-6, 2002.

PERES, S. H. C. S et al. Self-perception and malocclusion and their relation to oral appearance and function. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 10, p. 4059-4066, 2011.

PHILLIPS, C; BEAL, K. N. E. Self-concept and the perception of facial appearance in children and adolescents seeking orthodontic treatment. **Angle Orthod.**, v. 79, n. 1, p. 12-16, 2009.

RIOS-VERA, V. et al. Relationship among malocclusion, number of occlusal pairs and mastication. **Braz. Oral Res.**, v. 24, n. 4, p. 419-424, 2010.

SANTOS, P. C et al. Uma ferramenta alternativa para avaliação do Índice Dental Estético. **Rev. Clín. Ortodon. Dental Press**, v. 7, n. 5, p. 34-39, 2008.

SOARES, A. M. M. **Impacto sócio-dentário das oclusopatias e suas respectivas necessidades de tratamento na qualidade de vida dos adolescentes**. 2011. 69 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

SHAFIULLA, M. D.; CHANDU, G. N.; SHIVAKUMAR, K. M. Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment needs among middle and high school children of Davangere city, India by using Dental Aesthetic Index. **J. Indian Soc. Pedod. Prevent. Dent.**, v. 27, n. 4, p. 211-218, 2009.

SHAW, W. C.; LEWIS, H. G.; ROBERTSON, N. R. E. Perception of malocclusion. **Br. Dent. J.**, v. 138, n. 6, p. 211-217, 1975.

TESSAROLO, F. R.; FELDENS, C. A.; CLOSS, L. Q. The impact of malocclusion on adolescent's dissatisfaction with dental appearance and oral functions. **Angle Orthod.**, v. 82, n. 3, p. 403- 409, 2012.

VAN DER GELD, P. Smile attractiveness. Self-perception and influence on personality. **Angle Orthod.**, v. 77, n. 5, p. 7597-65, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. 4. ed. Geneve: WHO, 1997.

ANEXOS

ANEXO A

**QUESTIONÁRIO- (Sócio-econômico e autopercepção)**

____/____/____ Número do entrevistado

Data: ____/____/____

- 1- Nome: _____
- 2- Endereço: _____
- 3- Bairro: _____ Cidade: _____
- 4- Telefones: _____
- 5- Data de nascimento (dia, mês, ano): ____ / ____ / ____
- 6- Idade: _____
- 7- Sexo (1) Masculino (2) Feminino
- 8- Antes de entrar no IFRN, você estudou em qual instituição de ensino?
- (1) Escola Pública
 (2) Escola Privada
 (3) Instituição Filantrópica
 (4) Não sabe ou não se lembra
- 9- Onde você mora?
- (1) Casa dos pais
 (2) Casa de familiares
 (3) Casa do estudante/república
 (4) Outros
- 10- Quantas pessoas, incluindo você, residem na sua casa?
- 11- Quantos cômodos sua residência possui?
- 12- Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores de sua residência?
- 13- Qual a escolaridade de sua mãe ou responsável?
- (1) Analfabeta
 (2) Ensino fundamental incompleto
 (3) Ensino fundamental completo
 (4) Ensino médio
 (5) Ensino técnico ou profissionalizante
 (6) Ensino Superior
- 14- No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa, incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos?
- (1) Menos de 01 salário mínimo (menos de R\$ 620,00)
 (2) 01 salário mínimo (R\$ 620,00)
 (3) 02 ou 03 salários mínimos (R\$1240,00- R\$1860,00)
 (4) 04 ou 05 salários mínimos (R\$ 2480,00- R\$3100,00)
 (5) Mais de 05 salários mínimos (Mais de R\$ 3101,00)
 (8) Não sabe
- 15- Você já foi a um consultório de dentista?
- (1) Sim
 (2) Não (passar para a questão 26 e preencher as questões 16 a 25 com 8 ou 88)
- 16- Você foi ao consultório do dentista para:
- (1) Tratamento

- (2) Revisão
 (8) Não se aplica

17- |__|__| Quando foi a última visita ao dentista? (Em número de meses desde a última consulta. Preencher as duas caselas)

18- |__| Em qual serviço abaixo você foi ao dentista: (Marcar apenas uma opção)

- (1) Consultório do posto de saúde
 (2) Consultório da escola
 (3) Nos dois serviços
 (4) Consultório particular
 (5) Consultório credenciado/ convênio
 (6) Consultório de sindicato
 () Outro (especificar): _____
 (8) Não se aplica

19- |__|__| Ainda sobre a última consulta que você foi ao dentista, qual foi o principal motivo? (Marque apenas uma alternativa)

- (1) Dor de dente
 (2) Dente cariado
 (3) Dente "torto", fora de posição
 (4) Sangramento na gengiva
 (5) Mau hálito
 (6) Acidente, queda ou pancada na boca
 (7) Refazer obturação (restauração) por razão estética
 (8) Refazer obturação (restauração) que caiu ou quebrou
 (9) Revisão
 () Outro (especificar) _____
 (88) Não se aplica

20- Que tipo de tratamento você recebeu na última vez que foi ao dentista?

- (01) Sim (02) Não (08) Não se aplica

10.1 |__|__| Extração

10.2 |__|__| Obturação (restauração)

10.3 |__|__| Limpar os dentes somente

10.4 |__|__| Aplicar flúor somente

10.5 |__|__| Limpar e aplicar flúor

10.6 |__|__| Aplicar selante

10.7 |__|__| Tratamento de canal

10.8 |__|__| Tratamento para colocação de prótese

10.9 |__|__| Cirurgia periodontal (alguma cirurgia na gengiva)

10.10 |__|__| Tratamento ortodôntico

10.11 |__|__| Outro (especificar) _____

21- |__| Qual motivo mais frequente de você ir ao dentista? (Marcar apenas uma opção)

- (1) Na maioria das vezes para revisão
 (2) Na maioria das vezes por um pequeno problema na boca, como: pequeno desconforto associado à comida quente ou fria, pequena obturação que caiu ou quebrou, ou problema que não atrapalha muito suas atividades diárias (passar para questão 23 e preencher a 22 com 88)
 (3) Na maioria das vezes somente quando tem problema sério, como: muita dor, boca inchada ou outro problema que atrapalhe muito suas atividades diárias (passar para questão 23 e preencher a 22 com 88)
 (4) Por questões estéticas (dentes tortos/ fora de posição)
 (8) Não se aplica

22- |__|__| De quanto em quanto tempo (frequência), você faz a revisão no dentista?

Anotar em meses. Se não faz revisão, preencher com 88.

23- |__| Comparado há cinco anos atrás, você atualmente vai ao dentista:

- (1) Mais frequentemente
 (2) Com a mesma frequência
 (3) Menos frequentemente
 (8) Não se aplica

24- |__|__| Você sempre vai ao mesmo dentista?

- (1) Sim
 (2) Não, muda de vez em quando
 (3) Não, sempre muda de dentista
 (8) Não se aplica

25-|___| Algumas pessoas têm problemas com dentes mal posicionados. Você já recebeu ou está recebendo tratamento para dente mal posicionado (torto)? (por exemplo, uso de aparelho)

- (1) Sim, está em tratamento agora
- (2) Sim, já tratou no passado
- (3) Não, nunca teve tratamento
- (8) Não se aplica

26-|___| Você acha que precisa de tratamento para correção de dentes mal posicionados neste momento? (Ex.: aparelho ortodôntico)

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe

27- |___| Se seu dentista lhe disser que seu dente da frente deverá ser extraído (arrancado) ou restaurado com uma coroa (prótese de um dente), o que você prefere?

- (1) Extrair
- (2) Restaurar com coroa

28- |___| Se seu dentista lhe disser que seu dente de trás deverá ser extraído (arrancado) ou restaurado com uma coroa (prótese de um dente), o que você prefere?

- (1) Extrair
- (2) Restaurar com coroa

29- |___| Como você se sente quando perde (extrai) um dente permanente?

- (1) Muito aborrecido
- (2) Um pouco aborrecido
- (3) Nem um pouco aborrecido
- (8) Não se aplica (nunca perdeu dente)

30- |___| De um modo geral, você está satisfeito com a aparência de seus dentes?

- (1) Muito satisfeito
- (2) Satisfeito
- (3) Indiferente
- (4) Insatisfeito
- (5) Muito insatisfeito
- (9) Não sabe

31- |___| De um modo geral, você está satisfeito com a sua capacidade de mastigar os alimentos?

- (1) Muito satisfeito
- (2) Satisfeito
- (3) Indiferente
- (4) Insatisfeito
- (5) Muito insatisfeito
- (9) Não sabe

ANEXO B

**FICHA DE EXAME CLÍNICO****DAI:**

| Componentes do DAI (valores possíveis) | | Valores | |
|---|-----------|----------------|--|
| Dentes ausentes (PM a PM – 0 a 10 por arcada) | Maxila | | |
| | Mandíbula | | |
| Apinhamento anterior (0= nenhum, 1= 1segmento, 2= 2 segmentos) | | | |
| Espaçamento anterior (0= nenhum, 1= 1segmento, 2= 2 segmentos) | | | |
| Diastema na linha média (mm arredondados) | | | |
| Maior irregularidade anterior na maxila (mm arredondados) | | | |
| Maior irregularidade anterior na mandíbula (mm arredondados) | | | |
| Trespasse horizontal maxilar (mm arredondados) | | | |
| Trespasse horizontal mandibular – mordida cruzada anterior (mm arredondados) | | | |
| Mordida aberta anterior (mm arredondados) | | | |
| Relação ântero- posterior de molares (lado c/ maior desvio: 0= nenhum desvio, 1=1/2cúspide, 2=1cúspide) | | | |

Outras oclusopatias:

Mordida Cruzada Posterior: () Sim () Não

Classificação de Angle: () Classe I () Classe II, 1 () Classe II, 2 () Classe III