

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Lisiane Martins Fracasso

**A INFLUÊNCIA DAS “MALOCLUSÕES” DENTÁRIAS NA QUALIDADE DE VIDA
DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES BRASILEIROS: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

PORTO ALEGRE

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Lisiane Martins Fracasso

**A INFLUÊNCIA DAS “MALOCLUSÕES” DENTÁRIAS NA QUALIDADE DE VIDA
DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES BRASILEIROS: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso de
Especialização apresentado como requisito
parcial para obtenção do título de Especialista
em Saúde Pública.

Prof^ª. Dra. Cristianne Famer Rocha

PORTO ALEGRE

2014

SUMÁRIO

1 Revisão de literatura	2
2 Referências bibliográficas	18
3 Artigo científico	22
4 Apêndice 1 – Estudos utilizados para esta pesquisa	37
5 Anexo 1 – Orientações para submissão do artigo científico.....	38

REVISÃO DE LITERATURA

1 Infância e adolescência

O conceito de infância sofreu modificações significativas no final do século XVIII e início do século XIX, percebendo-a como uma fase distinta da vida adulta e com especificidades próprias. Antes disso, as crianças eram tratadas como mini adultos e, recebiam cuidados diferenciados (quando os recebiam) somente nos primeiros anos de vida. A partir dos três ou quatro anos de vida, as atividades realizadas por crianças eram exatamente as mesmas exercidas pelos adultos (SALLES, 2005; FROTA, 2007).

Ao longo do século XX, a adolescência também foi reconhecida como um período a parte do desenvolvimento humano (Grossman, 2010), caracterizada como uma fase na qual ocorrem significativas mudanças físicas, sexuais, sociais, mentais e emocionais (Eisenstein, 2005). Além disso, entende-se que cada indivíduo possa vivenciá-la de modo diferente.

Tanto a infância quanto a adolescência podem ser definidas, então, como invenções da sociedade industrial, ligadas a leis trabalhistas e ao sistema educacional que torna o jovem dependente de seus pais (SALLES, 2005).

O período correspondente à infância e adolescência sofre modificações de acordo com a entidade que os determina. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a infância é compreendida pelo nascimento até os 10 anos de idade, e a adolescência entre os 10 e 19 anos. Já para a Organização das Nações Unidas, os limites cronológicos são até os 15 anos, e a adolescência até os 24 (Eisenstein, 2005). No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, determina que crianças apresentam até 12 anos de idade incompletos, e adolescentes, até 18, e quando disposto na lei, até 21 anos de idade.

Através desses conceitos, verifica-se que compreender crianças e adolescentes apresenta-se como um tema complexo e atual.

2 Saúde geral e bucal

2.1 Saúde geral

Desde a Antiguidade, tenta-se entender o binômio saúde-doença, e diversas conceituações têm sido empregadas ao longo da história.

Nos primórdios, associava-se o fato de adoecer a fatores naturais ou sobrenaturais e a compreensão deste fenômeno era atribuída a filosofias religiosas (Backes et al., 2008). No mesmo período, porém, na medicina hindu e chinesa, a doença era gerada por ambientes físicos, astros, clima, insetos e animais. Todavia, verifica-se que mesmo com estas contextualizações sendo as referências na época, o ato de observar as doenças e praticar empiricamente medicina não foram impedidos (OLIVEIRA e EGRY, 2000).

Já na Idade Média, ocorre um determinado retrocesso na medicina ocidental ocasionado pelo Cristianismo, que promovia o abandono da prática clínica e, em contrapartida, determinava a salvação do espírito. Com crescentes epidemias ocorrendo no período, ressurgiu a ideia de contágio (OLIVEIRA e EGRY, 2000).

As ciências básicas se originaram desse conhecimento empírico, e este permanece até os dias de hoje, influenciando o binômio saúde-doença; mas, na Idade Moderna, ocorre uma transição com direcionamento da doença para o “corpo”, na busca de um estado biológico normal. Assim, referencia-se a uma medicina biologicista, a qual reduz a doença à dimensão individual, sem valorizar ações coletivas (ALVES, 2005).

Foi somente após a II Guerra Mundial, com o controle das principais doenças transmissíveis, que a questão social foi reincorporada.

Em 1946, a OMS definiu saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença” (OMS, 1946). A partir de então, a contextualização de saúde em um sentido mais amplo, no qual abrange não apenas o processo biológico saúde-doença, mas, também, a interpretação e subjetividade de cada indivíduo em relação à sua saúde, tornaram-se importantes para a conceituação do termo.

Devido à complexidade do conceito criado pela OMS, na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), foi sugerido um novo conceito:

(...)saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde (p.4).

Já para crianças, esse conceito de saúde e doença varia conforme a capacidade cognitiva da mesma, podendo sofrer modificações de acordo com a idade e os diferentes estágios de desenvolvimento emocional, social e linguagem. A percepção também pode ser influenciada pela saúde, cultura e condição sócioeconômica do indivíduo (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007).

O direito à vida e à saúde para crianças e adolescentes foi determinado pela Lei N. 8.069 (1990) que dispõe sobre o ECA, garantindo, através de políticas públicas, o nascimento e desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de assistência para estes indivíduos. Porém, referia-se somente ao cuidado médico. Com a Lei N. 11.185 (2005) ocorreu a ampliação do cuidado, determinando o cuidado integral à saúde por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

2.2 Saúde bucal

A Saúde Bucal é parte essencial da saúde geral e é definida por Narvai (2001) como sendo

(...)um conjunto de condições objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas) que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição, fonação e, também, tendo em vista a dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a autoestima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento (p.1).

Segundo Sheiham et al. (2001), a Saúde Bucal pode afetar os indivíduos física e psicologicamente, podendo interferir em como as pessoas aproveitam a vida, olham-se, falam, mastigam, apreciam os alimentos, socializam-se, bem como interfere na autoestima, imagem própria e sentimento de bem-estar social.

Além disso, foi definido no Relatório Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) que todos os indivíduos devem dispor de uma

condição de Saúde Bucal que lhes permita falar, mastigar, reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, viver livre de dor e desconforto, e se relacionar com outras pessoas sem constrangimento.

Apesar do grande avanço ocorrido na Saúde Bucal nas últimas décadas, muitas pessoas, em todo o mundo, ainda são afetadas pelos principais problemas bucais: cárie e doença periodontal. Outras enfermidades como transtornos associados à erupção dentária, traumatismos dentários, patologias dos tecidos moles da boca, oclusopatias, fissuras labiopalatais e a fluorose dentária também são evidentes em graus variados (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007).

É interessante notar que, segundo a OMS, as maloclusões se encontram em terceiro lugar na escala de prioridades relacionadas à Saúde Bucal, porém, determinadas regiões brasileiras podem não apresentar cárie dentária como o principal acometimento associado à Saúde Bucal, nesses casos, qualquer outro problema pode se tornar mais relevante e prioritário em termos sociais e sanitários (MOURA e CAVALCANTI, 2007).

Mesmo assim, entende-se que a promoção de Saúde Bucal infantil deva englobar concomitantemente a prevenção de cáries, tratamento precoce de traumatismos dentários, prevenção primária e diagnóstico precoce de maloclusão dentária (MIÑANA, 2011).

Em 1985, Nikias (1985) sugeriu que a avaliação do efeito das doenças bucais na qualidade de vida poderia ser muito útil para auxiliar planejadores de serviços de saúde a estabelecer programas e prioridades institucionais; pesquisadores a estudar os determinantes do processo saúde/doença e a identificar medidas terapêuticas e preventivas realmente eficientes; além de assistir clínicos a tomarem decisões de tratamento e a monitorarem a evolução clínica de seus pacientes.

3 Dentições humanas

Os seres humanos apresentam duas dentições ao longo de sua vida, justificadas pela discrepância que ocorre durante o crescimento do indivíduo e não acompanhada pelos dentes decíduos. Assim, dentes maiores e em maior número são necessários para a vida adulta e caracterizam a dentição permanente (MACIEL, 2009).

A erupção dentária caracteriza-se pela movimentação do órgão dental de sua posição intraóssea na maxila ou mandíbula para sua posição funcional (Vitalle et al., 2012). Para que ocorra adequada disposição nas arcadas dentárias, os dentes devem seguir uma determinada ordem de erupção. A literatura disponível sugere que há influência genética e do meio ambiente determinando variações durante o processo de erupção (Almeida et al., 2000), porém essas estão muito mais relacionadas ao período em que ocorrerão as erupções e não na ordem de erupção em si.

3.1 Dentição decídua

A dentição decídua tem o início de sua formação durante as seis primeiras semanas de vida intrauterina e a erupção dos primeiros dentes decíduos se dá por volta dos 6 meses de idade. O término ocorre, normalmente, cerca de 24 a 30 meses após o nascimento da criança, quando os segundos molares decíduos entram em oclusão (MACIEL, 2009).

3.2 Fase mista

Há um período que corresponde à substituição da dentição decídua pela permanente, que se inicia por volta dos 6, até, normalmente, os 12 anos de idade, denominada fase mista. Caracteriza-se por apresentar dentes decíduos e permanentes ao mesmo tempo.

Inicialmente, há a erupção dos primeiros molares permanentes sem que ocorra a esfoliação de nenhum dente decíduo, o posicionamento é determinado pelas superfícies distais dos segundos molares decíduos.

Concomitantemente, há a erupção dos incisivos inferiores e superiores e projeção desses últimos para frente, além de divergência do longo eixo apical para incisal, presença de sobremordida e diastemas, determinando a fase conhecida como “patinho feio” conforme figura 1.

Outra situação recorrente dessa fase é o desalinhamento dos incisivos inferiores que não devem ser corrigidos precocemente, pois, normalmente, reposicionam-se adequadamente (MIGUEL; BRUNHARO; ESPERÃO, 2005).

Portanto, esta fase apresenta-se com peculiaridades como mudanças estéticas nas arcadas dentárias, que não devem ser confundidas com maloclusão (Miguel, Brunharo e Esperão, 2005). Informar e explicar para a criança/adolescente e seus pais que estas particularidades são fisiológicas, e que é necessário aguardar um período de tempo para reavaliação da ocorrência ou não de um correto alinhamento dos dentes ou se haverá necessidade de correção ortodôntica e/ou cirúrgica, é fundamental para uma adequada indicação de tratamento, mesmo quando fatores estéticos interferem na qualidade de vida desses adolescentes.



Figura 1 – Fase do “patinho feio”

Fonte: Rakosi T.; Jonas I.; Graber TM (1999, p. 118)

3.3 Dentição permanente

Normalmente, completa-se por volta dos doze anos de idade através da erupção dos segundos molares. Variações de um a dois anos são consideradas normais, sem significância clínica (GARCIA DE VALENTE, 1998).

Os terceiros molares (ou dentes sisos) erupcionam no período correspondente ao final da adolescência e início da fase adulta. Associa-se a este fenômeno apinhamento tardio dos incisivos inferiores, porém, até hoje, a literatura é controversa, definindo esse apinhamento como multifatorial e parecendo estar mais associado ao crescimento mandibular tardio do que a erupção dos terceiros molares propriamente dita (CARDOSO et al., 2012).



Figura 2 – Dentição permanente

Fonte: Rakosi T.; Jonas I.; Graber TM (1999, p. 55)

4 Oclusão e maloclusão dentária

4.1 Oclusão dentária

A conceituação de oclusão dentária vem sofrendo modificações ao longo das décadas, assim como o entendimento do que se apresenta como oclusão satisfatória ou não.

Angle (2008) foi o primeiro autor a empregar o termo oclusão normal em 1907, e definiu-a como sendo “as relações normais dos planos inclinados dos dentes quando os maxilares são ocluídos”.

Em 1972, Andrews realizou uma pesquisa na qual identificou “as seis chaves da oclusão normal”, que correspondiam a seis requisitos fundamentais que uma pessoa deveria apresentar para condizer com o perfil de oclusão normal e também definiu que esses requisitos deveriam estar presentes em todos os tratamentos ortodônticos finalizados. Porém, utilizando estes critérios de Angle e Andrews, Maltagliati et al. (2006) selecionaram uma população de brasileiros, leucodermas, com oclusão normal, segundo Angle (6118 indivíduos procedentes de escolas de ensino fundamental, médio e superior do ABC paulista) e nenhum se apresentou com oclusão normal, conforme os critérios de Andrews.

Diversas outras classificações já foram empregadas e todas elas são baseadas através de estudos em amostras de grupos populacionais com características raciais e étnicas específicas, portanto, não necessariamente, esses conceitos se aplicam em todos os tipos populacionais (Maltagliati et al., 2006).

Além disso, mesmo não tendo sido estabelecido a relação entre oclusão decídua e erupção e oclusão permanente, muitos estudos têm sido realizados tentando correlacioná-las (FERREIRA et al., 2001).

4.2 Maloclusões dentárias

A OMS definiu, no seu Relatório Mundial de Saúde (OMS, 2003), que

maloclusão corresponde a um distúrbio do crescimento e/ou desenvolvimento crânio-facial que pode determinar alterações funcionais, com prejuízo estético e consequentes implicações psicossociais. É um dos problemas de saúde bucal de maior prevalência no mundo, ficando atrás somente da cárie dental e da doença periodontal. Assim, define-se como um problema de saúde pública devido à alta prevalência.

Já para Marques et al. (2005), maloclusão é definida como uma alteração do crescimento e do desenvolvimento que afeta a oclusão dentária, com causas multifatoriais nas quais podem ser de origem hereditária ou adquirida. As adquiridas dividem-se em: gerais, locais e proximais. As gerais são exemplificadas pelos fatores traumáticos, endocrinopatias, enfermidades sistêmicas e fatores nutricionais. Já as locais são determinadas por fatores mais associados à cavidade bucal como perda prematura de dentes decíduos ou permanentes, retenção prolongada e reabsorção anormal de dentes decíduos. Por fim, as causas proximais (hábitos bucais) se caracterizam por hábitos de sucção de dedo e chupeta, pressionamento lingual atípico, interposição e sucção labial, além da respiração bucal, que é provocada por obstrução das vias aéreas superiores (ALMEIDA et al., 2000).

Nas últimas décadas, percebe-se um aumento da prevalência de maloclusões e acredita-se que esteja relacionado ao desenvolvimento crânio-facial devido à evolução do homem, aos hábitos alimentares e sociais adquiridos e à miscigenação racial (ALMEIDA et al., 2000).

As maloclusões podem gerar alterações estéticas nos dentes e/ou face, e distúrbios na oclusão, mastigação, deglutição, fonação e respiração (Brizon, 2013). Também podem interferir negativamente no bem-estar psicológico, na interação social e na qualidade de vida dos indivíduos acometidos (MARQUES et al., 2005).

A necessidade e desejo de adquirir uma imagem culturalmente aceitável, e o anseio de atingir padrões de estética dentária são os principais motivos para a busca de tratamentos para a maloclusão (PIASSI et al., 2012).

Os tratamentos empregados para maloclusões são ortodontia e cirurgia ortognática. A determinação da necessidade de tratamento ortodôntico é complexa devido à dificuldade de definir se a oclusão é satisfatória ou não (Moura, 2007; Marques et al., 2005). Além disso, independente de fatores funcionais, sua indicação pode ser meramente por motivos estéticos.

No Brasil, as instituições públicas que fornecessem esse tipo de tratamento não apresentam recursos suficientes para atender toda a demanda e, nesse caso, um sistema de priorização é indicado. Além disso, Dias e Gleiser (2008) sugerem que atualmente há um processo arbitrário e subjetivo na seleção de pacientes para o tratamento ortodôntico, no qual alguns indivíduos, com menor necessidade, recebem tratamento enquanto que outros, com maior necessidade, não são atendidos.

Para Moura (2007), um adequado diagnóstico é essencial para que o profissional realize exame clínico e obtenha conhecimentos referentes à existência de impacto negativo da maloclusão sobre a qualidade de vida do indivíduo. Frequentemente, esse conhecimento é obtido por meio de métodos de medição de necessidades subjetivas ou percebidas.

Com o intuito de agrupar indivíduos com características semelhantes, autores propuseram classificações para as más oclusões, determinando diferentes classes ou padrões, porém não há consenso de que uma forma de classificação e registro possa ser utilizada como padrão para todos os estudos de maloclusão (PINTO; GONDIM; LIMA, 2008).

Para uma satisfatória comparabilidade epidemiológica de maloclusões entre as populações, seria mais fácil se houvesse a padronização dos critérios de registro. Além disso, questiona-se se os mesmos índices utilizados por ortodontistas deveriam ser utilizados por sanitaristas, já que os primeiros tratam de medir todos os desvios da normalidade segundo critérios estabelecidos por autores (PINTO; GONDIM; LIMA, 2008).



Figura 3 - Exemplos de maloclusões: A – Maloclusão do tipo classe III, de Angle; B – Mordida aberta anterior; C – Maloclusão do tipo classe II, de Angle; D – Sobremordida excessiva

Fonte: Rakosi T.; Jonas I.; Graber TM (1999, p. 48)

5 Qualidade de vida

Com o surgimento da Medicina Social, entre os séculos XVIII e XIX, o termo qualidade de vida entrou no campo da saúde, porém de forma inespecífica e generalizada, ampliando-se ao longo do contexto até os dias atuais. Atualmente, relaciona-se qualidade de vida ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial, além disso abrange muitos significados determinados pelos conhecimentos, valores e experiências individuais e coletivas, refletindo época, história e espaço diferentes. Ademais, está associada a sentimentos como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Somente nas últimas décadas verifica-se um maior interesse para conceituar o termo Qualidade de Vida e justifica-se pelos novos paradigmas que têm influenciado políticas e práticas de saúde (SEIDL e ZANNON, 2004).

Na década de 1970, percebe-se a dificuldade de esclarecer o tema, visível na conceituação de Campbell (1976, apud Award & Voruganti), “qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é”.

Porém, na década de 1990, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995) definiu qualidade de vida como:

a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Verifica-se que este conceito é representado por uma subjetiva avaliação de sensação de bem-estar, é multidimensional e inclui tanto dimensões positivas quanto negativas (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007; SEIDL e ZANNON, 2004).

Instrumentos para a avaliação de mortalidade e morbidade são mais fáceis de serem elaborados do que aqueles que determinam fatores subjetivos como qualidade de vida ou bem-estar, já que estes são influenciados por características temporais e culturais. Assim, entende-se que o desenvolvimento desses elementos é um grande desafio (FLECK, 2000).

Inicialmente, a Saúde Bucal era avaliada apenas por critérios clínicos, os quais não refletiam adequadamente a Saúde Bucal populacional. Como problemas

buciais podem causar dor, desconforto, limitações e outras consequências associadas à estética que podem afetar a vida social, a alimentação, o exercício de atividades diárias e o bem-estar do indivíduo (Leão, Cidade e Varela, 1998), torna-se essencial avaliar a própria compreensão do paciente em relação às suas doenças.

Outra questão que também deve ser refletida é a validade de ferramentas de avaliação a serem utilizadas de modo generalizado, ou seja, por outros países que não os de desenvolvimento das mesmas, já que hábitos culturais podem influenciar os resultados das mesmas.

Além disso, o emprego de conceitos de qualidade de vida para crianças e adolescentes deve ser diferenciado do utilizado para adultos, já que os valores destes indivíduos podem ser distintos.

5.1 Indicadores de qualidade de vida e saúde bucal

A princípio, os índices de avaliação e diagnóstico eram exclusivamente clínicos. A partir da década de 1990, ocorreu uma percepção de que outros fatores também eram necessários para avaliar o impacto das doenças bucais no cotidiano, assim surgiram índices que levavam em consideração aspectos sociais, psicológicos e a autopercepção do paciente em relação à sua doença.

Os indicadores de qualidade de vida associados à saúde são desenvolvidos através de grupos de perguntas organizados sob a forma de questionários. Objetivam mensurar, por meio de respostas sistematizadas, através de escalas numéricas, o quanto os aspectos da vida das pessoas, nos domínios físico, psicológico, material e social, entre outros, são afetados pelas condições de saúde (WALLANDER; SCHMITT; KOOT, 2001; SEVENHUYSEN e TRUMBLE-WADDELL, 1997).

Assim, uma característica importante desse tipo de instrumento é a capacidade de representar, através de forma numérica, as diversidades entre pessoas e comunidades (Sevenhuysen e Trumble-Waddell, 1997). Porém, deve-se sempre lembrar que qualidade de vida não pode ser completamente operacionalizada, e diretamente medida (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007; BARBOSA et al., 2009). Normalmente, os instrumentos de coleta de dados de pesquisas sobre qualidade de vida são formulados em língua inglesa e são

traduzidos para a aplicação em outros países. Além disso, devem ser facilmente administrados e não demandarem muito tempo de aplicação (BARBOSA et al, 2009).

Os primeiros instrumentos criados para a mensuração de Saúde Bucal foram o *Social Impact of Dental Disease* (SIDD) e, para pacientes geriátricos, o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI). Esse último foi adaptado por Atcison (1997) para aplicação em populações de outras faixas etárias chamando-o de *General Oral Health Assessment Index* (TRAEBERT, 2004).

Logo após, outros índices também surgiram, como o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), em 1994, desenvolvido por Slade e Spencer, o *Dental Impact on Daily Living* (DIDL), surgiu em 1995, por Leão e Sheiham, e, por fim, Strauss (1997) criou o *Dental Impact Profile* (DIP) (TRAEBERT, 2004).

Em comum, todos esses índices foram criados para populações adultas (com exceção do GOHAI), e são utilizados nesta mesma forma ou com adaptações/modificações para crianças.

Posteriormente, índices especificamente para crianças foram criados:

a) *Child Perceptions Questionnaire (CPQ)*: apresenta duas versões, que são referentes a crianças de 8 a 10 anos (CPQ₈₋₁₀) e outro adaptado para idade de 11 a 14 anos (CPQ₁₁₋₁₄). Oferece a vantagem de utilização das duas versões para estudos longitudinais (BRODER, 2012).

b) *Child Oral Health Quality of Life Instrument (COHQOL)*: criado com o intuito de avaliar a qualidade de vida associada à Saúde Bucal de crianças com idades entre 6 e 14 anos. Inclui questionário sobre a influência da Saúde Bucal da criança nos pais e na família, além da avaliação na própria criança. Baseia-se no modelo conceitual proposto por Locker, que interliga conceitos de doença, deficiência, limitação funcional, incapacidade e desvantagem social, determinando uma forma progressiva da análise do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007)).

c) *Child Oral Health Impact Profile (COHIP)*: desenvolvido para crianças / adolescentes entre 8 e 17 anos, tem como metodologia um questionário de 34 perguntas, relacionando aspectos positivos e, pela primeira vez,

negativos da qualidade de vida com a Saúde Bucal conferindo-lhe um caráter inovador em relação aos demais (Broder, 2012).

d) CHILD-OIDP: adaptado do OIDP (*Oral Impacts on Daily Performances*) para uso em crianças com idades de 11 e 12 anos. Baseia-se no impacto sobre a capacidade de executar as atividades da vida diária relativas aos desempenhos físico, psicológico e social. Apresenta a facilidade de utilizar figuras para ilustrar as perguntas.

e) The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS): assim como o COHQOL, é fundamentado no modelo conceitual proposto por Locker. Contém componentes originados do COHQOL, que foram considerados relevantes para a avaliação da qualidade de vida associada à Saúde Bucal de crianças de 2 a 5 anos de idade. Avalia tanto as necessidades bucais quanto os tratamentos odontológicos já realizados (ABANTO, 2011; ALDRIGUI et al., 2011).

Especificamente, para determinar a prevalência de maloclusões em estudos epidemiológicos e para categorizar os indivíduos em grupos de acordo com o nível de urgência de tratamento, desenvolveram-se os índices oclusais (DIAS e GLEISER, 2008).

f) Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (IOTN): tem por característica avaliar a necessidade de tratamento ortodôntico de acordo com a importância e a gravidade de várias características oclusais para a saúde e a função dentais e de acordo com o prejuízo estético percebido (Dias e Gleiser, 2008). Objetiva, enfim, avaliar quem mais se beneficiaria com o tratamento ortodôntico. Utiliza dois artifícios distintos: o Componente de Saúde Dental (*Dental Health Component - DHC*) e o Componente Estético (*Aesthetic Component - AC*).

g) Dental Aesthetic Index (DAI): foi proposto pela OMS para auxiliar a normatizar a necessidade de tratamento ortodôntico. Apresenta-se como uma combinação de 11 medidas que, associadas, expressam o estado oclusal do indivíduo e a necessidade de tratamento ortodôntico (Brizon, 2013). Avalia a dentição, espaço e oclusão (medidas de overjet maxilar e mandibular anterior, mordida aberta vertical

anterior e relação molar ântero-posterior). Oferece quatro possibilidades de desfecho:

- ausência de anormalidades ou maloclusões leves (tratamento ortodôntico desnecessário);
- maloclusão definida (tratamento eletivo);
- maloclusão severa (tratamento é altamente desejável);
- maloclusão muito severa ou incapacitante (tratamento é fundamental) (MOURA E CAVALCANTI, 2007).

REFERÊNCIAS

- ABANTO, Jenny et al. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *The Community Dentistry of Oral Epidemiology*, Copenhagen, v. 39, p. 105-114, 2011.
- ALDRIGUI, Janaina Merli et al. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of young children. *Health and Quality of Life Outcomes*, Hamilton, v. 9, p. 78-85, 2011.
- ALMEIDA, Márcio Rodrigues et al. Etiologia das Más Oclusões - Causas Hereditárias e Congênitas, Adquiridas Gerais, Locais e Proximais (Hábitos Bucais). *Dental Press Journal of Orthodontics*, Maringá, v. 5, n. 6, p. 107-29, 2000.
- ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-53, 2005.
- ANGLE, Edward Hartley. *Treatment of Malocclusion of the Teeth*. 7 ed. Michigan: S. S. White, 2008.
- AWAD A. George; VORUGANTI Lakshmi Narayana Pant. Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. *Schizophr Bull*, Oxford, v. 26, p. 557-64, 2000.
- BACKES, Marli Terezinha Stein et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 111-7, 2008.
- BARBOSA, Taís de Souza et al. Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes: aspectos conceituais e metodológicos. *Revista de Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 283-300, 2010.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União, Seção 1, Brasília, DF, 16 de julho de 1990. Disponível em : <http://www.planalto.gov.br/>.
- BRASIL. Lei nº 11.185, de 07 de outubro de 2005. Altera o caput do art. 11 da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União , Seção 1, p.2, Brasília, DF, 07 de outubro de 2005.
- BRIZON, Valéria Silva Cândido et al. Fatores individuais e contextuais associados à má oclusão em crianças brasileiras. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, supl. 3, p.118-28, 2013.

BRODER, Hillary L.; WILSON-GENDERSON, Maureen; SISCHO Lacey. Reliability and validity testing for the Child Oral Health Impact Profile-Reduced (COHIP-SF 19). *Journal of Public Health Dentistry*, v. 72, p. 302-12, 2012.

CARDOSO, Randerson Menezes et al. O dilema do cirurgião-dentista na decisão da extração dos terceiros molares. *Odontologia Clínico-Científica*, Recife, v. 11, n. 2, p. 103-8, 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf

DIAS, Patricia Fernanda; GLEISER, Rogerio. O índice de necessidade de tratamento ortodôntico como um método de avaliação em saúde pública. *Dental Press Journal of Orthodontics*, Maringá, v. 13, n. 1, p. 74-81, 2008.

EISENSTEIN, Evelyn. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 6-7, 2005.

FERREIRA, Rívea Inês et al. Prevalência de características da oclusão normal na dentição decídua. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 23-28, 2001.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-8, 2000.

FROTA, Ana Maria Monte Coelho. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. *Estudos e pesquisas em psicologia*, Rio de Janeiro, n. 1, p. 145-57, 2007.

GARCIA DE VALENTE, M. Shirley. Saúde oral na adolescência. *Adolescência Latinoamericana*, Porto Alegre, v. 1, n. 3, p. 170-174, 1998.

GROSSMAN, Eloisa. A construção do conceito de adolescência no Ocidente. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 47-51, 2010.

LEÃO, Ana Thereza Thomé; CIDADE, Mônica da Cunha; VARELA, Juliana Ribeiro. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 238-41, 1998.

MACIEL, Maria Cristina Durce. Estudo da prevalência de maloclusões dentoalveolares em crianças de três a cinco anos, no PSF de Nova Brasília, Complexo do Alemão, Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009.

MALTAGLIATI, Liliana Ávila et al. Avaliação da prevalência das seis chaves de oclusão de Andrews, em jovens brasileiros com oclusão normal natural. *Dental Press Journal of Orthodontics*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 99-106, 2006.

MARQUES, Leandro Silva 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. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1099-1106, 2005.

MIÑANA, Vitoria. Promoción de la salud bucodental. *Pediatría Atención Primaria*, Madrid, v. 13, n. 51, 2011.

MIGUEL, José Augusto Mendes. BRUNHARO, Ione Portela. ESPERÃO, Priscila Tayah Garcia. Oclusão normal na dentadura mista: reconhecimento das características oclusais por alunos de graduação. *Dental Press Journal of Orthodontics*, Maringá, v. 10, n. 1, p. 59-66, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MOURA, Cristiano; CAVALCANTI, Alessandro Leite. Maloclusões, cárie dentária e percepções de estética e função mastigatória: um estudo de associação. *Revista Odonto Ciência*, Porto Alegre, v. 22, n. 57, 2007.

NARVAI Paulo Capel. Saúde bucal e incapacidade bucal. *Jornal do Site Odonto*, n.45, 2001. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/artcapel10.htm>

NIKIAS, Mata. Oral disease and quality of life. *The American Journal of Public Health*, Washington, v.75, p. 11-2, 1985.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; EGRY, Emiko Yoshikawa. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 9-15, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Constituição disponível no Relatório Internacional da Conferência Mundial de Saúde*. Nova York: 19 Junho a 22 Julho de 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, v. 41, p. 1403-10, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2003. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dental Oral Epidemiology*, Suppl 1:3-23, 2003.

PIASSI, Eluza et al. Má oclusão e seu impacto na qualidade de vida de crianças e adolescentes. *Revista Fluminense de Odontologia*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 38, p. 39-42, 2012.

PINTO, Edvaldo de Melo; GONDIM, Pedro Paulo da Costa; LIMA, Niedje Siqueira de. Análise crítica dos diversos métodos de avaliação e registro das más oclusões. *Dental Press Journal of Orthodontics*, Maringá, v. 13, n. 1, p. 82-91, 2008.

RAKOSI, Thomas; JONAS, Irmtrud; GRABER, Thomas M. *Ortodontia e Ortopedia Facial: Diagnóstico*. Artmed, Porto Alegre, 1999.

SALLES, Leila Maria Ferreira. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. *Estudos de psicologia*, Natal, v. 22, n. 1, p. 33-41, 2005.

SEIDL, Eliane Maria Fleury. ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SEVENHUYSEN, Gustaaf P.; TRUMBLE-WADDELL Jan. A new perspective on quality of life. *Journal of Clinical Epidemiology*, Oxford, v. 50, p. 231-2, 1997.

SHEIHAM, Aubrey et al. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Sheffield, v. 29, p. 195-203, 2001.

TESCH, Flávia Cariús. OLIVEIRA, Branca Heloísa de. LEÃO, Anna. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2555-2564, 2007.

TRAEBERT, Eliane Silva de Azevedo. Impacto das oclusopatias na qualidade de vida de jovens de 18 anos de idade do sexo masculino de Florianópolis, SC, Brasil, 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

VITALLE, Maria Sylvia de S. et al. Atraso na erupção dental em adolescente com hipotireoidismo. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 613-6, 2012.

WALLANDER, Jan L.; SCHMITT, Margaret; KOOT, Hans M. Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications. *Journal of Clinical Psychology*, Londres, v. 57, p. 571-85, 2001.

**A INFLUÊNCIA DAS “MALOCLUSÕES” DENTÁRIAS NA QUALIDADE DE VIDA
DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES BRASILEIROS: UMA REVISÃO DE
LITERATURA¹**

**The influence of malocclusion on quality of life of Brazilian children and
adolescents: a literature review**

Autores:

Lisiane Martins Fracasso

Pós-graduanda em Saúde Pública – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Doutoranda e Mestra em Odontologia – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Endereço: Instituto de Psicologia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rua Ramiro Barcelos, 2600 - Bairro Santa Cecília, Porto Alegre - RS – Brasil CEP: 90035-003 - Fone: 3308-5066.

E-mail: lisianefracasso@yahoo.com.br

Cristianne Maria Famer Rocha

Doutora em Educação

Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Endereço: Instituto de Psicologia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rua Ramiro Barcelos, 2600 - Bairro Santa Cecília, Porto Alegre - RS – Brasil CEP: 90035-003 - Fone: 3308-5066.

E-mail: cristianne.rocha@terra.com.br

Autor para correspondência:

Lisiane Martins Fracasso

Pós-graduanda em Saúde Pública – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Doutoranda e Mestra em Odontologia – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Endereço: Instituto de Psicologia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rua Ramiro Barcelos, 2600 - Bairro Santa Cecília, Porto Alegre - RS – Brasil CEP: 90035-003 - Fone: 3308-5066.

E-mail: lisianefracasso@yahoo.com.br

¹ Este artigo será submetido ao Dental Press Journal of Orthodontics.

RESUMO

Introdução: as maloclusões se apresentam como de grande prevalência na população brasileira, constituindo um problema de saúde pública. Podem ocasionar problemas estéticos e funcionais e interferir negativamente na qualidade de vida. **Objetivo:** avaliar, através da bibliografia disponível, se as maloclusões influenciam a qualidade de vida de crianças e adolescentes brasileiros. **Métodos:** através da seleção de artigos científicos, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – LILACS, BBO, Scielo e Medline e teses e dissertações do repositório da CAPES e LUME. O período selecionado, para este estudo, foi de 2000 a 2014, os descritores empregados para a busca foram “qualidade de vida”, “maloclusão”, “má-oclusão”, “criança” e “adolescente”. **Resultados:** quinze estudos foram selecionados, sendo seis referentes a crianças de até cinco anos. Para esta faixa etária, apenas um indica que as maloclusões influenciam a qualidade de vida. Nove estudos se referem a crianças e adolescentes de oito a dezoito anos, nos quais todos mostraram que a maloclusão teve impacto na qualidade de vida. Porém, os parâmetros utilizados para avaliação de maloclusão e qualidade de vida são diferentes entre eles. Os estudos envolveram amostras de base populacional, pacientes de faculdades de odontologia e amostra por conveniência. Além disso, foram realizados em três regiões do país: Sul, Sudeste e Nordeste. **Conclusão:** a mensuração da saúde bucal, através da avaliação de fatores associados à qualidade de vida, apresenta-se como uma boa estratégia para melhor compreender a influência das maloclusões em crianças e adolescentes. Todavia a padronização de métodos torna-se imprescindível para uma adequada análise e comparação de resultados.

PALAVRAS-CHAVE: Maloclusão; Qualidade de Vida; Criança; Adolescente; Saúde Bucal.

ABSTRACT

Introduction: malocclusions have highly prevalence in Brazilian population, constituting a public health problem. Moreover, it may cause aesthetic and functional problems and negative effects on the quality of life. **Objective:** to evaluate, through the available literature, if malocclusion influence the quality of life of Brazilian children and adolescents. **Methods:** a search was performed in electronic databases of Virtual Health Library - LILACS, BBO, SciELO and MEDLINE and theses and dissertations from CAPES and LUME repository. The selected period, for this study, was from 2000 to 2014, the descriptors used: "quality of life", "malocclusion", "child" and "adolescent". **Results:** fifteen studies were selected, six relating to children up to five years, and only in one of these age it was concluded that the malocclusion influence the quality of life. Nine studies about children and adolescents from eight to eighteen years and in all malocclusion had an impact on quality of life. However the parameters used for assessing malocclusion and quality of life are different between them. The studies involved population-based samples, patients from dental schools and convenience sample. Also, these were conducted in three regions of the country: south, southeast and northeast. **Conclusion:** the measurement of oral health through the evaluation of factors associated to the quality of life, presents itself as a good strategy to understand better the influence of malocclusion in children and adolescents. But the standardization of methods becomes essential for a proper analysis and comparison of results.

KEYWORDS: Malocclusion; Quality of Life; Child; Adolescent; Oral Health.

INTRODUÇÃO

Desde a Antiguidade, tenta-se entender o binômio saúde-doença, e diversas conceituações têm sido empregadas ao longo da história. A Saúde Bucal é parte essencial da saúde geral e é definida por Narvai (2001) como sendo “um conjunto de condições objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas) que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição, fonação e, também, tendo em vista a dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a autoestima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento.”

Apesar do grande avanço ocorrido na Saúde Bucal nas últimas décadas, muitas pessoas, em todo o mundo, ainda são afetadas pelos principais problemas bucais: cárie dentária e doença periodontal. Outras enfermidades como transtornos associados à erupção dentária, traumatismos dentários, patologias dos tecidos moles da boca, oclusopatias, fissuras labiopalatais e a fluorose dentária também são evidentes em graus variados (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007).

Malocclusão corresponde a um distúrbio do crescimento e/ou desenvolvimento crânio-facial que pode determinar alterações funcionais, com prejuízo estético e consequentes implicações psicossociais (ALMEIDA, 2010, p.14).

É interessante notar que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), as maloclusões se encontram em terceiro lugar na escala de prioridades relacionadas à Saúde Bucal. Porém, determinadas regiões brasileiras podem não apresentar cárie dentária como o principal acometimento associado à Saúde Bucal, nesses casos, qualquer outro problema pode tornar-se mais relevante e prioritário em termos sociais e sanitários (MOURA e CAVALCANTI, 2007).

Nas últimas décadas, percebe-se um aumento da prevalência de maloclusões e acredita-se que esteja relacionado ao desenvolvimento crânio-facial devido à evolução do homem, aos hábitos alimentares e sociais adquiridos e à miscigenação racial (ALMEIDA et al., 2000).

Segundo a OMS (WHO, 1995), qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores

nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Acredita-se que as maloclusões podem interferir negativamente na qualidade de vida.

Assim, objetiva-se avaliar, através da bibliografia disponível, o quanto as maloclusões podem influenciar na qualidade de vida de crianças e adolescentes brasileiros já que verifica-se que na atualidade há uma maior demanda de crianças e adolescentes com maloclusões.

MATERIAIS E MÉTODOS

Artigos científicos, dissertações e teses foram selecionados a partir de buscas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS (LILACS, BBO, Scielo e Medline) e repositório de universidades brasileiras CAPES e LUME. O período selecionado, para este estudo, foi de 2000 a 2014. Além disso, foram consultadas as listas de referências bibliográficas de todos os materiais inicialmente selecionados. Todos os documentos encontrados estão evidenciados através do fluxograma representado na *Figura 1*.

Os descritores empregados para a busca foram “qualidade de vida”, “maloclusão”, “má oclusão”, “criança” e “adolescente” nos idiomas inglês, espanhol e português. Inicialmente, a avaliação foi realizada através da leitura de título e resumo dos trabalhos. Nos casos em que o título e o resumo não foram esclarecedores, acessou-se o artigo na íntegra.

Foi realizada análise textual descritiva a partir dos seguintes padrões de inclusão e exclusão:

- Padrões de inclusão:
 - Estudos de pesquisas originais;
 - Utilização de instrumento, com registro de validação na literatura, para avaliar maloclusões e qualidade de vida;
 - Artigos que avaliaram o impacto da maloclusão na qualidade de vida de crianças e adolescentes (compreendido até 19 anos);
 - Estudos de revisões de literatura referentes ao tema.

- Padrões de exclusão:
 - Estudos que avaliaram somente o impacto do tratamento ortodôntico na qualidade de vida de crianças e adolescentes;
 - Estudos que avaliaram somente a prevalência das maloclusões nas populações;
 - Estudos que avaliaram somente o impacto da maloclusão, mas não associados à qualidade de vida;
 - Estudos envolvendo adultos e idosos;
 - Publicações regionais não indexadas;
 - Publicações em anais de congressos.

A busca inicial gerou 524 estudos. Foram excluídos os 214 artigos repetidos, e a seleção inicial de estudos para avaliação da metodologia empregada correspondeu a 27 artigos. Destes, 15 estudos apresentaram as características necessárias para serem incluídas na revisão.

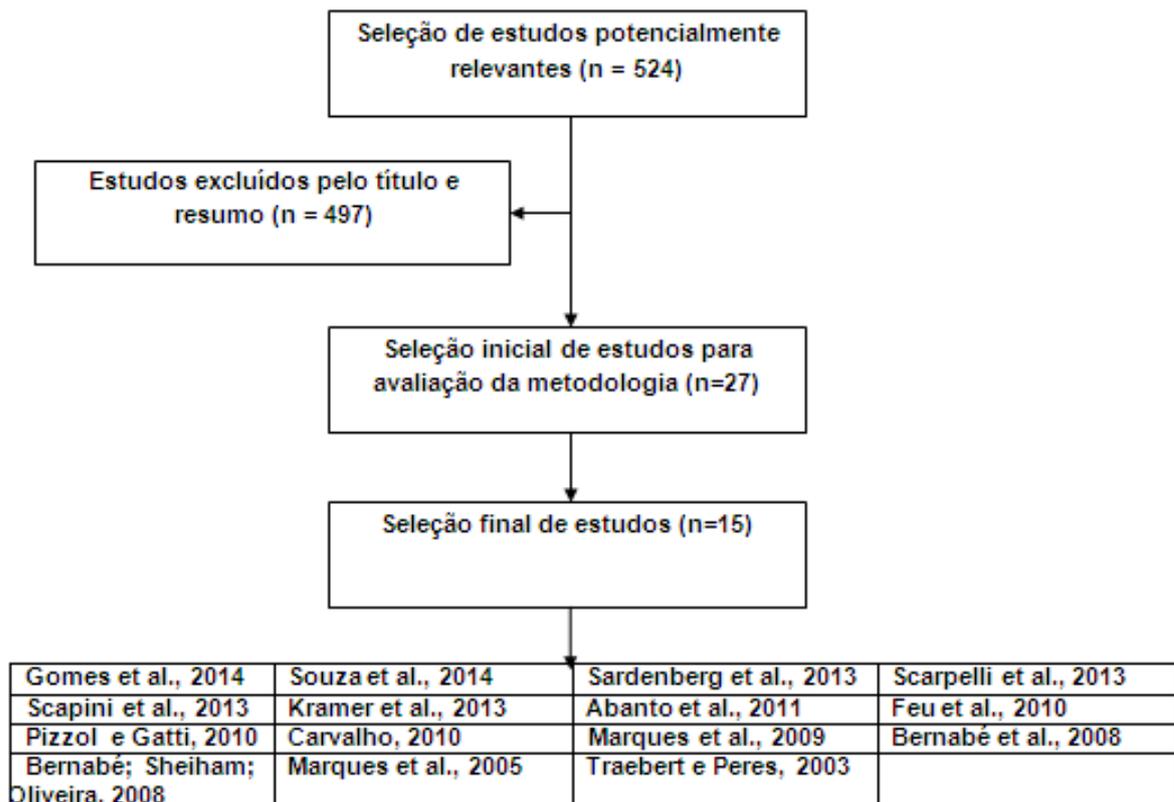


Figura 1 – Fluxograma de seleção de estudos
Fonte: Autora da pesquisa (2014)

RESULTADOS

O total de artigos encontrados referentes ao tema deste estudo foram 524, dos quais 497 foram excluídos após leitura do título e resumo dos mesmos. Através da leitura dos artigos na íntegra, 15 artigos se apresentaram adequados de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos (ver *Apêndice 1*).

Dos 15 estudos selecionados, 6 se referem a crianças de até 5 anos de idade, 8 se reportam a crianças/adolescentes com idades de 10 a 18 anos e apenas 1 de crianças entre 8 e 10 anos de idade.



Gráfico 1 – Idade das crianças/adolescentes envolvidos no estudo

Fonte: Autora da pesquisa (2014)

Além disso, 3 estudos foram realizados em universidades brasileiras, utilizando, como amostra, crianças/adolescentes que estavam buscando atendimento odontológico, 4 obtiveram amostra através de critério por conveniência, e 8 por meio de avaliação de base populacional.

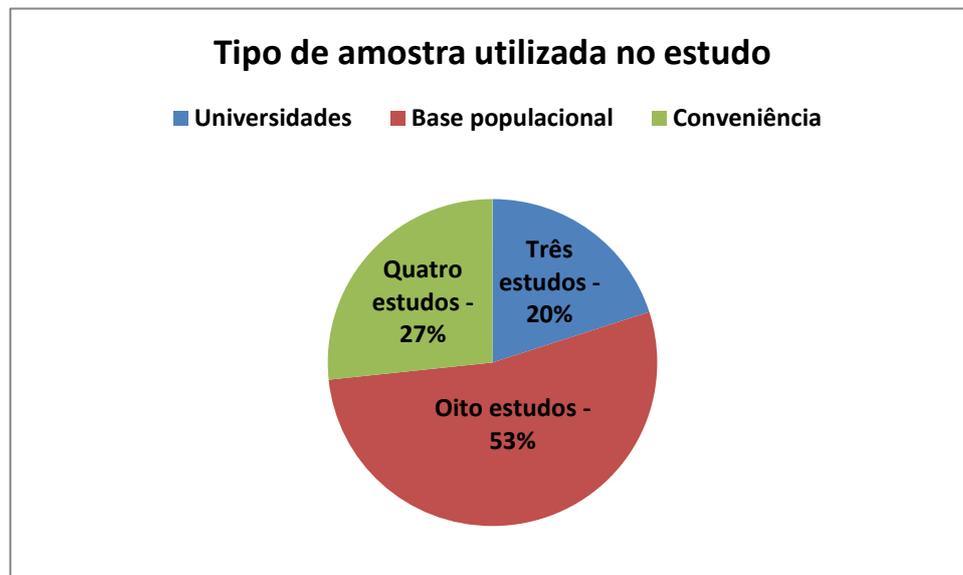


Gráfico 2 – Tipo de amostra utilizada no estudo
Fonte: Autora da pesquisa (2014)

Em relação às regiões do Brasil, nas quais os estudos foram realizados, 2 são da região Nordeste, 9, da Sudeste e 4, da Sul. Nenhum estudo foi realizado nas regiões Norte e Centro-Oeste.

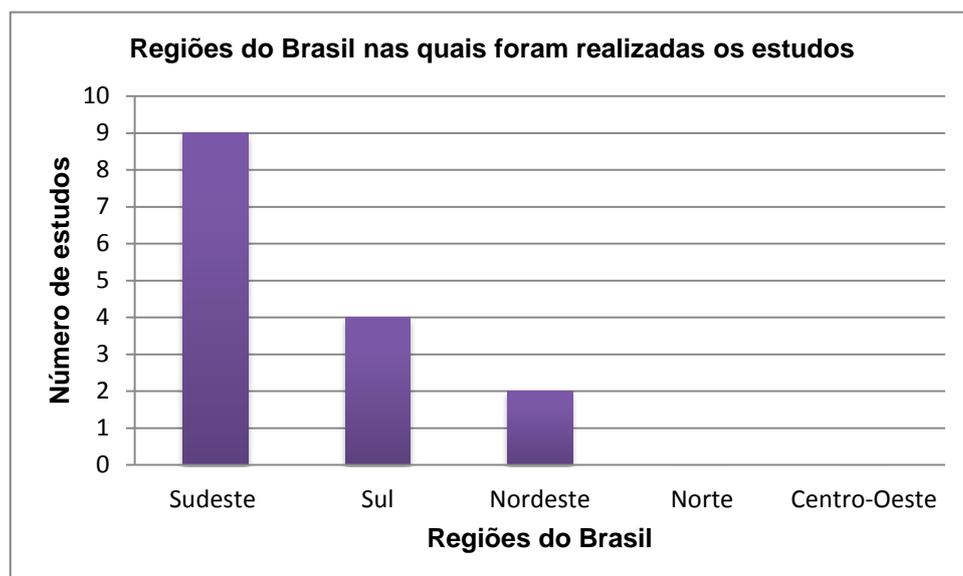


Gráfico 3 – Regiões do Brasil nas quais foram realizadas os estudos
Fonte: Autora da pesquisa (2014)

Em 5 dos 6 estudos referentes a crianças de até 5 anos de idade, as maloclusões não afetaram a qualidade de vida dos envolvidos. Já os estudos abrangendo crianças/adolescentes de 8 a 10 anos e 10 a 18 anos mostraram que alterações na Saúde Bucal como maloclusões influenciaram negativamente a qualidade de vida das amostras selecionadas.

Os indicadores utilizados para avaliar patologias, baseados em fatores clínicos tradicionais (morbidade), revelam-se limitados em relação ao efeito das doenças (Pinto, 2000), já que as mesmas podem se refletir de maneiras diferentes nas pessoas. Assim, índices que avaliem fatores subjetivos como a qualidade de vida e bem-estar se tornam interessantes para mensurar o impacto negativo que desordens e doenças podem gerar nos seres humanos.

Como os primeiros índices criados não eram específicos para crianças e/ou adolescentes, havia a possibilidade de não serem adequados para essas populações, assim, verifica-se um maior interesse neste tipo de estudo a partir da década de 1990, com a criação e validação de índices para estes públicos (BARBOSA et al., 2010).

No Brasil, o primeiro estudo realizado referente ao assunto data do ano de 2003 (Traebert e Peres, 2003), e a utilização de amostra com base populacional ocorreu somente no ano de 2006 (Marques et al., 2006). Além disso, verifica-se que dos 15 artigos referentes ao assunto, 10 são posteriores a 2010, sugerindo que há um interesse maior neste tipo de avaliação na última década.

Os 6 estudos que utilizaram como amostra crianças de até 5 anos de idade empregaram o método de avaliação de qualidade de vida *The Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS). Entretanto, a avaliação da presença ou não de maloclusão foi realizada com critérios diferentes em cada estudo, dificultando a comparação entre eles. Somente um dos estudos (Kraemer et al., 2013) concluiu que a maloclusão afeta a qualidade de vida das crianças. Explicações para estes resultados podem estar associadas ao indicador ECOHIS, que talvez não seja tão acurado para verificar possíveis resultados negativos para maloclusões, ou nesta faixa de idade, a percepção de maloclusão na qualidade de vida não seja realmente tão significativa.

Apenas 1 estudo foi encontrado com idade entre 8 a 10 anos (Sardenberg et al., 2013). Como resultado, obtiveram 32,2% de crianças com maloclusão e com impacto na qualidade de vida.

Referente à idade entre 10 e 18 anos, os estudos utilizaram diferentes tipos de amostras (referente à base populacional, conveniência, pacientes de universidade), além disso, um estudo utilizou apenas adolescentes do sexo masculino (Traebert e Peres, 2003). Índices para avaliação de qualidade de vida e maloclusão também não são padronizados, o que dificulta a comparação entre eles. Porém, todos obtiveram como resultado impacto das maloclusões na qualidade de vida.

O contexto cultural e linguístico, no qual o instrumento de avaliação da qualidade de vida é utilizado, pode influenciar a validade e confiabilidade dos relatos obtidos (Barbosa et al., 2010), portanto sua adaptação torna-se fundamental para obtenção dos resultados de forma adequada. Da mesma maneira, torna-se necessário um tipo de instrumento para cada faixa etária, já que as crianças e adolescentes percebem saúde e doença de modo diferente ao longo dos anos.

Outra questão interessante é a participação dos pais que podem apresentar visões diferentes, podendo até superestimar ou subestimar os problemas de seus filhos, como relatam Zhang, McGrath e Hägg (2007). Além disso, é evidente que talvez os adultos não consigam representar bem a realidade das crianças, porém sabe-se que esta relação responsável-criança torna a perspectiva de ambos importante para um correto entendimento do impacto de desordens orais na qualidade de vida das crianças/adolescentes (BARBOSA et al., 2010).

Todos os estudos encontrados foram do tipo transversal. Como se entende que o conceito de qualidade de vida pode sofrer alterações ao longo do tempo, seria interessante a realização de estudos longitudinais para avaliação de possíveis mudanças com o avançar da idade.

CONCLUSÃO

Através da seleção de artigos científicos, teses e dissertações, foi possível encontrar 15 estudos referentes a maloclusões e qualidade de vida em crianças e adolescentes brasileiros.

Nos 6 estudos envolvendo crianças de até 5 anos de idade, apenas 1 obteve como resultado influência de maloclusões na qualidade de vida, porém os critérios utilizados para avaliar maloclusões não foram idênticos para os estudos.

Explicações para estes resultados podem ser o fato de que o indicador ECOHIS não seja tão acurado para verificar possíveis implicações negativas para maloclusões, ou, talvez, nesta faixa de idade, a percepção de maloclusão, na qualidade de vida, não seja realmente significativa.

Já para idades entre 8 e 18 anos foram encontrados 9 estudos, nos quais todos apresentaram influência das maloclusões na qualidade de vida.

Os estudos envolveram amostras de base populacional, pacientes de faculdades de odontologia e amostra por conveniência. Além disso, foram realizados em apenas três regiões do Brasil: Sul, Sudeste e Nordeste.

Através dos dados avaliados neste estudo, verifica-se que a mensuração da Saúde Bucal, por meio de avaliação de fatores associados à qualidade de vida, apresenta-se como uma boa estratégia para compreender a influência negativa que as maloclusões podem gerar em crianças e adolescentes.

Entende-se que, a padronização de métodos de avaliação torna-se imprescindível para uma adequada análise e comparação de resultados. Do mesmo modo, torna-se necessário um tipo de instrumento para cada faixa etária, já que as crianças e adolescentes percebem saúde e doença de modo diferente ao longo dos anos.

Verifica-se que, dos 15 estudos encontrados, 10 foram realizados após 2010, sugerindo que há um maior interesse no assunto nos últimos 5 anos no Brasil.

Mesmo assim, mais estudos necessitam ser realizados com o intuito de elucidar melhor o tema, principalmente com amostras de base populacionais. Além disso, a avaliação longitudinal poderia ser mais adequada para a compreensão do tema, já que se sabe que a qualidade de vida pode sofrer modificações ao longo dos anos das crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

ABANTO, Jenny et al. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Copenhagen, v. 39, p. 105-114, 2011.

ALMEIDA, Márcio R et al. Etiologia das Más Oclusões - Causas Hereditárias e Congênitas, Adquiridas Gerais, Locais e Proximais (Hábitos Bucais). *Dental Press Journal of Orthodontics*, Maringá, v. 5, n. 6, p. 107-29, 2000.

ALMEIDA, Anderson Barbosa de. *Prevalência de má oclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em escolares de 12 anos de idade na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2010*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

BARBOSA, Taís de Souza et al. Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes: aspectos conceituais e metodológicos. *Revista de Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 283-300, 2010.

BERNABÉ, Eduardo; SHEIHAN Aubrey; OLIVEIRA, Cesar Messias de. Condition-Specific Impacts on Quality of Life Attributed to Malocclusion by Adolescents with Normal Occlusion and Class I, II and III Malocclusion. *Angle Orthodontists*, Appleton, v. 78, n. 6, p. 977-82, 2008.

BERNABÉ, Eduardo et al. Impacts on Daily Performances Attributed to Malocclusions Using the Condition-Specific Feature of the Oral Impacts on Daily Performances Index. *Angle Orthodontists*, Appleton, v. 78, n. 2, 241-7, 2008.

CARVALHO, Anita Cruz. *Prevalência e impacto da malocclusão na qualidade de vida de crianças pré-escolares de Belo Horizonte*. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Programa de Pós Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

FEU, Daniela et al. Oral health-related quality of life and orthodontic treatment seeking. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, Saint Louis, v. 138, n. 2, p. 152-9, 2010.

GOMES, Monalisa Cesarino et al. Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, Hamilton, v. 12, n.1, p. 55-67, 2014.

KRAMER, Paulo Floriani et al. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Copenhagen, v. 41, p. 327–35, 2013.

MARQUES, Leandro Silva 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. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 1099-1106, 2005.

MARQUES, Leandro Silva et al. Aesthetic impact of malocclusion in the daily living of Brazilian adolescents. *Journal of Orthodontics*, Londres, v. 36, p. 152–159, 2009.

MOURA, Cristiano; CAVALCANTI, Alessandro Leite. Maloclusões, cárie dentária e percepções de estética e função mastigatória: um estudo de associação. *Revista Odonto Ciência*, Porto Alegre, v. 22, n. 57, 2007.

NARVAI Paulo Capel. Saúde bucal e incapacidade bucal. *Jornal do Site Odonto*, n.45, 2001. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/artcapel10.htm>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Copenhagen, Suppl 1:3-23, 2003.

PINTO Vitor Gomes. *Saúde bucal coletiva*. 4. ed. São Paulo: Editora Santos, 2000.

PIZZOL, Fábio Dal; GATTI, Fernanda dos Santos. Avaliação do impacto da presença de maloclusões na qualidade de vida de pacientes de 12 a 15 anos. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Odontologia) – Programa de Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SARDENBERG, Fernanda et al. Malocclusion and oral health-related quality of life in Brazilian school children: A population-based study. *Angle Orthodontist*, Appleton, v. 83, n. 1, p. 83-9, 2013.

SCAPINI, Annarosa et al. Malocclusion impacts adolescents' oral health-related quality of life. *Angle Orthodontist*, Appleton, v. 83, n. 3, p. 512-8, 2013.

SCARPELLI, Ana Carolina et al. Oral health-related quality of life among Brazilian preschool children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Copenhagen, v. 41, p. 336-344, 2013.

SOUZA, Raulison Vieira et al. Malocclusion and quality of life in Brazilian preschoolers. *European Journal of Oral Science*, Copenhagen, v.122, p. 223-9, 2014.

TESCH, Flávia Cariús. OLIVEIRA, Branca Heloísa de. LEÃO, Anna. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2555-2564, 2007.

TRAEBERT, Eliane Silva de Azevedo; PERES, Marco Aurélio de Anselmo. Prevalence of Malocclusions and their Impact on the Quality of Life of 18-year-old young male adults of Florianópolis, Brazil. *Oral Health & Preventive Dentistry*, Londres, v. 3, p. 217-24, 2003.

ZHANG, Man; MCGRATH, Colman, Hägg Urban. Who knows more about the impact of malocclusion on children's quality of life, mothers or fathers? *European Journal of Orthodontics*. Londres, v. 29, p. 180-185, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The WHOQOL Group 1995. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, v. 10, p. 1403-1409, 1995.

Apêndice 1 – Estudos (artigos científicos , dissertações e teses) utilizados para esta pesquisa.

Autores	Ano	Amostra	Idade	População	Métodos de avaliação	Resultados
Abanto <i>et al</i>	2011	n = 260	2 – 5 anos	Crianças que buscaram atendimento na FO-USP	ECOHIS + classificação de Andreasen e Andreasen	Sem influência na qualidade de vida
Bernabé <i>et al</i>	2008	n = 1060	15 – 16 anos	Base populacional, Bauru, SP	OIDP + IOTN	Com influência na qualidade de vida
Bernabé, Sheiham e Oliveira	2008	n = 220	15 – 16 anos	Amostragem de conveniência, Bauru, SP	OIDP + Classificação de Angle	Com influência na qualidade de vida
Carvalho	2010	n = 1069	60 – 71 meses	Base populacional, Belo Horizonte, MG	ECOHIS + critérios definidos por outros autores	Sem influência na qualidade de vida
Feu <i>et al</i>	2010	n = 194	12 – 15 anos	Crianças que buscaram atendimento na FO-UERJ e de escola próxima a UERJ	OHIP + IOTN	Com influência na qualidade de vida
Gomes <i>et al</i>	2014	n = 843	3 – 5 anos	Base populacional, Campina Grande, PB	ECOHIS + critérios próprios de malocclusão	Sem influência na qualidade de vida
Kramer <i>et al</i>	2013	n = 1036	2 – 5 anos	Pré-escolares da rede pública de Canoas, RS	ECOHIS + critérios previamente definidos por outros autores	Com influência na qualidade de vida
Marques <i>et al</i>	2006	n = 333	10 – 14 anos	Base populacional, Belo Horizonte, MG	OIDP + DAI	Com influência na qualidade de vida
Marques <i>et al</i>	2009	n = 403	14 – 18 anos	Base populacional, Belo Horizonte	OIDP + OASIS e GSE	Com influência na qualidade de vida
Pizzol e Gatti	2010	n = 24	12 – 15 anos	Pacientes pré-tratamento com Classe I, II ou III de Angle - FO-UFRGS	OHIP-14 + Classificação de Angle	Com influência na qualidade de vida
Sardenberg <i>et al</i>	2013	n = 1204	8 – 10 anos	Base populacional, Belo Horizonte, MG	CPQ ₈₋₁₀ + DAI	Com influência na qualidade de vida
Scapini <i>et al</i>	2013	n = 519	11 – 14 anos	Escolares da rede pública de Osório, RS	CPQ ₁₁₋₁₄ + DAI	Com influência na qualidade de vida
Scarpelli <i>et al</i>	2013	n = 1632	5 anos	Base populacional, Belo Horizonte, MG	ECOHIS + FSE + critérios próprios de malocclusão	Sem influência na qualidade de vida
Souza <i>et al</i>	2014	n = 732	3 – 5 anos	Base populacional, Campina Grande, PB	ECOHIS + critérios próprios de malocclusão	Sem influência na qualidade de vida
Trailer e Peres	2003	n = 414	18 anos	Homens para o serviço militar Florianópolis, SC	OIDP + DAI	Com influência na qualidade de vida

Siglas e abreviações: ECOHIS: *The Early Childhood Oral Health Impact Scale*; OIDP: *Oral Impacts on Daily Performances*; IOTN: Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico; OHIP: *Oral Health Impact Profile*; DAI: *Dental Aesthetic Index*; CPQ: *Child Perceptions Questionnaire*; OASIS: *Oral Aesthetic Subjective Impact Scale*; GSE: *Global Negative Self-Evaluation*

Anexo 1 - Orientações para submissão de artigo para a Revista Dental Press Journal of Orthodontics.

Dental Press Journal of Orthodontics:

ISSN: 2176-9451 (versão impressa)

ISSN: 2177-6709 (versão online)

Forma e preparação de manuscritos: O Dental Press Journal of Orthodontics publica artigos de investigação científica, revisões significativas, relatos de casos clínicos e de técnicas, comunicações breves e outros materiais relacionados à Ortodontia e Ortopedia Facial.

ORIENTAÇÕES PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

- Submeta os artigos através do site <http://dpjo.dentalpresspub.com/>. Organize sua apresentação como descrito a seguir:

1. Página de título

- deve conter título em português e inglês, resumo e abstract, palavras-chave e keywords;
- coloque todas as informações relativas aos autores em uma página separada, incluindo: nomes completos dos autores, títulos acadêmicos, afiliações institucionais e cargos administrativos. Ainda, deve-se identificar o autor correspondente e incluir seu endereço, números de telefone e e-mail. Essa informação não estará disponível para os revisores.

2. Resumo/Abstract

- os resumos estruturados, em português e inglês, de 250 palavras ou menos são os preferidos;
- os resumos estruturados devem conter as seguintes seções: INTRODUÇÃO, apresentando a proposição do estudo; MÉTODOS, descrevendo como o mesmo foi realizado; RESULTADOS, descrevendo os resultados primários; e CONCLUSÕES, relatando o que os autores concluíram dos resultados, além das implicações clínicas;
- os resumos devem ser acompanhados de 3 a 5 palavras-chave, ou descritores, também em português e em inglês, as quais devem ser adequadas conforme MeSH/DeCS.

3. Texto

- o texto deve ser organizado nas seguintes seções: Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Referências, e Legendas das figuras;
- os textos devem ter o número máximo de 4.000 palavras, incluindo legendas das figuras, resumo, abstract e referências;
- envie figuras e tabelas em arquivos separados (ver abaixo);
- também insira as legendas das figuras no corpo do texto, para orientar a montagem final do artigo.

4. Figuras

- as imagens digitais devem ser no formato JPG ou TIF, em CMYK ou tons de cinza, com pelo menos 7 cm de largura e 300 dpis de resolução;

- as imagens devem ser enviadas em arquivos independentes;
- se uma figura já foi publicada anteriormente, sua legenda deve dar todo o crédito à fonte original;
- confirmar se todas as figuras foram citadas no texto.

5. Gráficos e traçados cefalométricos

- devem ser enviados os arquivos contendo as versões originais dos gráficos e traçados, nos programas que foram utilizados para sua confecção;
- não é recomendado o envio dos mesmos apenas em formato de imagem bitmap (não editável);
- os desenhos enviados podem ser melhorados ou redesenhados pela produção da revista, a critério do Corpo Editorial.

6. Tabelas

- as tabelas devem ser autoexplicativas e devem complementar, e não duplicar o texto;
- devem ser numeradas com algarismos arábicos, na ordem em que são mencionadas no texto;
- forneça um breve título para cada uma;
- se uma tabela tiver sido publicada anteriormente, inclua uma nota de rodapé dando crédito à fonte original;
- apresente as tabelas como arquivo de texto (Word ou Excel, por exemplo) e não como elemento gráfico (imagem não editável).

7. Declaração de Cessão de Direitos Autorais

- todos os manuscritos devem ser acompanhados da seguinte declaração escrita, assinada por todos os autores: "O(s) autor(es) abaixo assinado(s) transfere(m) todos os direitos autorais do manuscrito [inserir título do artigo aqui] para a Dental Press International, caso o trabalho seja publicado. O(s) autor(es) abaixo assinado(s) garante(m) que o artigo é original, não infringe qualquer direito autoral ou outro direito de propriedade de terceiros, não está sendo analisado por outra revista e não foi publicado anteriormente, seja em mídia impressa ou eletrônica. Eu (nós) assino (assinamos) e aceito (aceitamos) a responsabilidade de publicar este material."
- digitalize esse termo de liberação de direitos autorais e o envie pelo site*, junto com o artigo.

8. Comitês de Ética

- Os artigos devem, se aplicável, fazer referência a pareceres de Comitês de Ética.

9. Referências

- todos os artigos citados no texto devem constar na lista de referências;
- todas as referências listadas devem ser citadas no texto;
- com o objetivo de facilitar a leitura do texto, as referências serão citadas no texto apenas indicando a sua numeração;
- as referências devem ser identificadas no texto por números arábicos sobrescritos e numeradas na ordem em que são citadas no texto;
- as abreviações dos títulos dos periódicos devem ser normalizadas de acordo com as publicações "Index Medicus" e "Index to Dental Literature";
- a exatidão das referências é de responsabilidade dos autores; as mesmas devem conter todos os dados necessários à sua identificação;

- as referências devem ser apresentadas no final do texto obedecendo às Normas Vancouver (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html);
- não devem ultrapassar o limite de 30;

Artigos com um até seis autores

Sterrett JD, Oliver T, Robinson F, Fortson W, Knaak B, Russell CM. Width/length ratios of normal clinical crowns of the maxillary anterior dentition in man. *J Clin Periodontol*. 1999 Mar;26(3):153-7.

Artigos com mais de seis autores

De Munck J, Van Landuyt K, Peumans M, Poitevin A, Lambrechts P, Braem M, et al. A critical review of the durability of adhesion to tooth tissue: methods and results. *J Dent Res*. 2005 Feb;84(2):118-32.

Capítulo de livro

Kina S. Preparos dentários com finalidade protética. In: Kina S, Brugnera A. *Invisível: restaurações estéticas cerâmicas*. Maringá: Dental Press; 2007. cap. 6, p. 223-301.

Capítulo de livro com editor

Breedlove GK, Schorfheide AM. Adolescent pregnancy. 2ª ed. Wiecezorek RR, editor. White Plains (NY): March of Dimes Education Services; 2001.

Dissertação, tese e trabalho de conclusão de curso

Beltrami LER. Braquetes com sulcos retentivos na base, colados clinicamente e removidos em laboratórios por testes de tração, cisalhamento e torção. [dissertação]. Bauru: Universidade de São Paulo; 1990.

Formato eletrônico

Câmara CALP. Estética em Ortodontia: Diagramas de Referências Estéticas Dentárias (DRED) e Faciais (DREF). *Rev Dental Press Ortod Ortop Facial*. 2006 nov-dez;11(6):130-56. [Acesso 12 jun 2008]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/dpress/v11n6/a15v11n6.pdf.