

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

MESTRADO EM ODONTOLOGIA

**IMPACTO DA MÁ OCLUSÃO NA QUALIDADE E SATISFAÇÃO
COM A VIDA**

ANTONIO FRANKLIN CORDEIRO NETO

Recife – PE

2012

ANTONIO FRANKLIN CORDEIRO NETO

**IMPACTO DA MÁ OCLUSÃO NA QUALIDADE E SATISFAÇÃO
COM A VIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do Grau de Mestre em Odontologia com área de concentração em Clínica Integrada.

Prof^a. Dr^a Renata Cimões Jovino Silveira
(Orientadora)

Prof. Dr. Arnaldo de França Caldas Júnior
(Co-orientador)

Recife– PE

2012

Catálogo na Publicação
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

C794i Cordeiro Neto, Antonio Franklin.
Impacto da má oclusão na qualidade e satisfação com a vida / Antonio Franklin Cordeiro Neto. – Recife: O autor, 2012.
38 folhas: il.; tab.; 30 cm.

Orientador: Renata Cimões Jovino Silveira.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, 2012.
Inclui bibliografia.

1. Qualidade de vida. 2. Má oclusão. 3. Classificação de Angle. I. Silveira, Renata Cimões Jovino (Orientador). II. Título.

615.3 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2013-002)

4
Ata da 119ª Defesa de Dissertação do Curso de Mestrado em Odontologia com área de Concentração em Clínica Integrada do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 23 de julho de 2012.

Às 09:00(nove horas) do dia 23 (vinte e três) do mês de julho do ano de dois mil e doze, reuniram-se no auditório do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco, os membros da Banca Examinadora, composta pelos professores: Profa. Dra. Alessandra de Albuquerque Tavares Carvalho , atuando como presidente, Profa. Dra. Cátia Maria Fonseca Guerra , atuando como primeiro examinador , Prof. Dr. Luiz Alcino Monteiro Gueiros, atuando como segundo examinador, para julgar o trabalho intitulado **“IMPACTO DA MÁ OCLUSÃO NA QUALIDADE E SATISFAÇÃO COM A VIDA ”**, do CD.ANTONIO FRANKLIN CORDEIRO NETO, candidato ao Grau de Mestre em Odontologia, na Área de Concentração em CLINICA INTEGRADA, sob orientação da Profa. Dra. Renata Cimoies Jovino Silveira e Co-orientação do Prof. Dr. Arnaldo de França Caldas Júnior. Dando início aos trabalhos Profa.Dra. Alessandra de Albuquerque Tavares Carvalho, membro do colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia abriu os trabalhos convidando os senhores membros para compor a Banca Examinadora, foram entregues aos presentes cópias das Normas do Curso de Mestrado em Odontologia, que trata dos critérios de avaliação para julgamento da Dissertação de Mestrado. A presidente da mesa após tomar posse conferiu os membros, seguindo convidou o candidato para expor sobre o aludido tema, tendo sido concedido trinta minutos. O candidato expôs o trabalho e em seguida colocou-se à disposição dos Examinadores para argüição. Após o término da argüição os examinadores reuniram-se em secreto para deliberações formais. Ao término da discussão, atribuíram ao candidato os seguintes conceitos: Profa.Dra. Cátia Maria Fonseca Guerra **(APROVADO)**, Prof. Dr. Luiz Alcino Monteiro Gueiros **(APROVADO)** Profa.Dra. Alessandra de Albuquerque Tavares Carvalho **(APROVADO)**, o candidato recebeu três conceitos**(APROVADO)** é considerado **(APROVADO)**, devendo o mesmo acatar as sugestões da Banca Examinadora, face a aprovação, fica o candidato, apto a receber o Grau de Mestre em Odontologia desde que tenha cumprido as exigências estabelecidas de acordo com o Regimento Interno do Curso, cabendo a Universidade Federal de Pernambuco através de sua Pró-Reitoria para Assuntos de Pesquisa e Pós Graduação, tomar as providências cabíveis. Nada mais havendo a tratar, O Presidente da Banca Examinadora encerrou a sessão e para constar foi lavrada a presente ata que vai por mim assinada , Oziclere Sena de Araújo e pelos demais componentes da Banca Examinadora e pelo recém formado mestre pela UFPE. **ANTONIO FRANKLIN CORDEIRO NETO.**

Recife, 23 de julho de 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Dr. Silvio Romero Barros Marques

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Francisco de Sousa Ramos

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR

Prof. Dr. Nicodemos Telles de Pontes Filho

COORDENADOR DA PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

MESTRADO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA INTEGRADA

COLEGIADO – MEMBROS PERMANENTES

Profa. Dra. Alessandra Albuquerque Tavares Carvalho

Prof. Dr. Arnaldo de França Caldas Júnior

Prof. Dr. Anderson Stevens Leônidas Gomes

Prof. Dr. Carlos Menezes Aguiar

Prof. Dr. Cláudio Heliomar Vicente da Silva

Prof. Dr. Danyel Elias da Cruz Perez

Prof. Dr. Edvaldo Rodrigues de Almeida

Profa. Dra. Flávia Maria de Moraes Ramos Perez

Prof. Dr. Geraldo Bosco Lindoso Couto

Prof. Dr. Jair Carneiro Leão

Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

Profa. Dra. Liriane Baratela Evêncio

Prof. Dr. Luiz Alcino Monteiro Gueiros

Profa. Dra. Renata Cimões Jovino Silveira

MEMBRO COLABORADOR

Profa. Dra. Lúcia Carneiro de Souza Beatrice

SECRETARIA

Oziclere Sena de Araújo

Dedicatória

Dedico esta dissertação a minha família e em especial a minha querida esposa Sofia Lacerda pelo apoio, força e compreensão do início até a conclusão do mestrado em Odontologia com área de concentração em Clínica Integrada.

Agradecimentos Especiais

A Deus.

A minha esposa, Sofia Lacerda, por tudo.

Aos meus pais, Sérgio e Estela, por terem me dado à oportunidade dos estudos.

A todos os meus familiares, por fazerem parte da minha vida e sempre me ajudarem direta ou indiretamente.

A minha orientadora, Prof^a Dr^a Renata Cimões Jovino Silveira e meu co-orientador Prof. Dr. Arnaldo de França Caldas Júnior, pela dedicação e esforço despendidos para elaboração deste trabalho.

Agradecimentos

Aos professores do curso de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) que contribuíram para a minha formação e transmitiram ensinamentos que tornaram possível a realização deste trabalho.

Aos funcionários da pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal

Aos colegas de turma pelos momentos de convivência e trocas de conhecimento que ajudaram no desenvolvimento deste trabalho.

Às colegas Ana Katharina Chaves e Daniela França pelo enorme apoio para realização desta pesquisa.

A todos os pacientes que participaram das entrevistas e tornaram possível o desenvolvimento da pesquisa.

À CAPES pelo auxílio financeiro à pesquisa por meio de concessão de bolsa de mestrado.

Enfim, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para o sucesso deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS E FIGURAS	07
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	08
RESUMO	09
ABSTRACT	10
ARTIGO	11
INTRODUÇÃO	12
MATERIAL E MÉTODO	13
RESULTADOS	16
DISCUSSÃO	20
CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
FIGURAS E TABELAS	30
APÊNDICES	34
ANEXO	37

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 01. Classificação social familiar de acordo com o IBGE 2012	30
Figura 01. Distribuição percentual dos pacientes que responderam ocasionalmente, quase sempre e sempre no questionários OHIP-14..	30
Figura 02. Distribuição percentual dos pacientes com impacto negativo na qualidade de vida segundo OHIP-14 (sub-escores).	30
Tabela 02. Distribuição dos pacientes de acordo com o impacto na satisfação de vida em relação ao sexo, classificação, classe social familiar, estado civil, instrução, renda individual e idade	31
Tabela 03. Distribuição dos pacientes de acordo com o impacto na qualidade de vida (OHIP-14) em relação ao sexo, classificação, classe social familiar, estado civil, instrução, renda individual e idade	31
Tabela 04. Modelo final de regressão logística sobre o impacto positivo na satisfação com a vida considerando a classe social familiar como variável explicativa	32
Tabela 05. Modelo final de regressão logística sobre o impacto na qualidade de vida (OHIP-14) considerando o sexo, Classificação má-oclusão e idade como variável explicativa	32
Figura 03. Distribuição percentual dos pacientes com impacto negativo na qualidade de vida segundo OHIP-14 (sub-escores) em relação à classificação da má-oclusão.	32
Tabela 06. Distribuição dos pacientes segundo a classificação da má-oclusão com relação ao impacto negativo na qualidade de vida (sub-escores)	33

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

OHIP	Oral Health Impact Profile
ESV	Escala de satisfação com a vida
SM	Salário Mínimo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OR	Odds Ratio
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SWLS	Satisfaction With Life Scale.

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi avaliar se o tipo de má oclusão interfere na percepção de qualidade e na satisfação com a vida das pessoas. **Materiais e Métodos:** Para pesquisa foram aplicados três questionários: o primeiro avaliou os fatores sócio-econômicos e o diagnóstico do tipo de má oclusão por meio da classificação de Angle; o segundo foi o OHIP-14 que mede o impacto das condições bucais na qualidade de vida e o terceiro foi a Escala de Satisfação com a Vida (ESV). **Resultados:** Foram entrevistados 444 pacientes com idade variando de 18 a 72 anos, com média de 33,78 (\pm 12,53); 239 (53,83%) eram homens e 205 (46,17%) eram mulheres. Segundo a classificação da má-occlusão 48,65% era Classe I, 22,75% era Classe II 1ª divisão, 12,16% era Classe II 2ª divisão e 16,44% Classe III. A má oclusão não obteve impacto negativo no nível de satisfação com a vida, porém em todas as dimensões analisadas pelo OHIP-14, a má oclusão obteve impacto negativo na qualidade de vida e foi estatisticamente significativa. As más oclusões mais severas, como a Classe II e III de Angle, representam um maior impacto negativo em relação aos portadores de má oclusão Classe I de Angle. Além disso, em relação às dimensões avaliadas pelo OHIP-14, a dor física e o desconforto psicológico foram as que sofreram maior impacto negativo na qualidade de vida. **Conclusões:** As más oclusões não interferem no julgamento do nível de satisfação com a vida das pessoas, porém elas produzem um impacto negativo na qualidade de vida.

Palavras-chave: qualidade de vida, má oclusão, classificação de Angle

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to evaluate whether the type of malocclusion affects the perception of quality and satisfaction with people's lives. **Materials and Methods:** It was applied three questionnaires: the first one assessed the socio-economic factors and the diagnosis of malocclusion through the Angle's classification, the second was the OHIP-14 and the third was the Satisfaction Life Scale (SLS). **Results:** 444 patients were interviewed from 18 to 72 years old (33.78 ± 12.53); 239 (53.83%) were men and 205 (46.17%) were women. According to the classification of malocclusion 48.65% was Class I, 22.75% was Class II division 1, 12.16% was Class II division 2 and Class III 16.44%. The malocclusion did not receive negative impact on the level of satisfaction with life, but in all dimensions analyzed by OHIP-14, malocclusion obtained negative impact on quality of life and was statistically significant. The most severe malocclusions such as Class II and Class III represent a more negative impact when compared to Class I malocclusion. Moreover, for the dimensions assessed by the OHIP-14, physical pain and psychological discomfort were those who showed a greater negative impact on quality of life. **Conclusions:** Malocclusions do not interfere in the judgment of the level of satisfaction with people's lives, but they produce a negative impact on quality of life.

Key words: quality of life; malocclusion; Angle's classification

IMPACTO DA MÁ OCLUSÃO NA QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO COM A VIDA

Antonio Franklin Cordeiro Neto¹

Arnaldo de França Caldas Júnior¹

Renata Cimões¹

¹Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Endereço para correspondência:

Renata Cimões Jovino Silveira

Av. Professor Moraes Rego, 1235 – Cidade Universitária, Recife – PE/Brasil

CEP: 50670-90. Fone/Fax: +55 81 2126-8816

URL – www.ufpe.br/ppgodonto

e-mail – renata.cimoes@globo.com

INTRODUÇÃO

O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o aporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade¹, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e, ou, atividades diárias e o ambiente em que se vive².

Embora não haja um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, três aspectos fundamentais referentes ao construto qualidade de vida foram obtidos através de um grupo de *experts* de diferentes culturas: (1) subjetividade; (2) multidimensionalidade (3) presença de dimensões positivas (p.ex. mobilidade) e negativas (p.ex. dor). O desenvolvimento destes elementos conduziu a definição de 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"³.

Até recentemente, poucos estudos investigaram a relação entre as condições bucais e seu impacto na vida das pessoas; mas, na última década, houve aumento do interesse em quantificar as consequências das doenças. Vários instrumentos foram desenvolvidos na tentativa de conhecer e avaliar como os problemas bucais têm afetado a vida diária das pessoas. Estes estudos têm sido dominados quase exclusivamente por modelos quantitativos utilizando questionários estruturados⁴.

Na tentativa de avaliar como a natureza das desordens orais afeta a qualidade de vida, um grande número de índices tem sido desenvolvido. Os

índices são formas padronizadas para obter informações e quantificar os efeitos das desordens bucais no bem-estar social, psicológico e funcional do paciente^{5,6,7;8,9}.

Com o declínio marcante na prevalência da cárie dentária¹⁰ outras condições de saúde bucal tem recebido maior atenção nas últimas décadas, entre elas as más oclusões, relatado pela OMS como o terceiro mais importante problema de saúde pública dental¹¹.

De fato, as más oclusões representam um dos problemas estudados, ao longo dos tempos, por meio de diversas classificações e em diferentes populações, geralmente para o conhecimento de sua prevalência, etiologia e estabelecimento de medidas de tratamento¹².

Com isso, o objetivo deste trabalho foi avaliar se o tipo de má oclusão interferia na percepção de qualidade de vida e na satisfação com a vida.

MATERIAIS E MÉTODOS

Amostra

O presente estudo transversal foi realizado em 2011, para avaliar o impacto da má oclusão na qualidade de vida e na satisfação com a vida de indivíduos da cidade do Recife (Pernambuco-Brasil). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Pernambuco pelo processo 427/2011.

O tamanho da amostra foi calculado através do programa estatístico Epi info adotando-se um intervalo de confiança de 95%, nível de significância de 5%, para este cálculo foi considerada a prevalência da má oclusão de Classe I

(55%)¹³, admitia-se uma perda amostral de até 20% sem haver perda da significância, assim um mínimo de 381 indivíduos deveriam ser incluídos.

Os pacientes foram selecionados aleatoriamente e preencheram os seguintes critérios de inclusão: Idade igual ou superior a 18 anos; não ser analfabeto; apresentar no mínimo 20 dentes naturais com presença dos primeiros molares; concordar em participar do estudo. Foram excluídos do estudo os indivíduos que realizaram tratamento ortodôntico prévio e que apresentavam alguma deformidade facial.

Instrumento de Pesquisa

Um único pesquisador conduziu todas as entrevistas. Foi aplicado um formulário para avaliação dos fatores sócio-econômicos que incluíram: renda individual, renda familiar, sexo, idade, estado civil, instrução e diagnóstico da má oclusão.

Para o diagnóstico da má oclusão foi utilizada a classificação de Angle¹⁴. Na pesquisa foi adotado o instrumento Oral Health Impact Profile na sua versão simplificada (OHIP-14), desenvolvido por Slade¹⁵ e validada para língua portuguesa por Oliveira e Nadanovsky¹⁶, além da Escala de Satisfação com a Vida (ESV) que foi desenvolvida por Diener¹⁷, e validada no Brasil por Gouveia¹⁸.

O OHIP-14¹⁵ consiste em um formulário que contém 14 questões que abordam as dimensões baseadas no modelo teórico e conceitual de saúde oral formulado por Locker¹⁹: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, limitação física, limitação psicológica, limitação social e incapacidade. A coleta desses dados fornece informações sobre a percepção do impacto causado

pelo estado de saúde oral. Para cada pergunta, os pacientes podem escolher entre 5 respostas: 0-nunca; 1-quase nunca; 2-ocasionalmente; 3-quase sempre; 4-sempre. O valor do OHIP-14 pode obter uma pontuação mínima de 0 e a máxima de 56.

A ESV¹⁷ é composta por cinco itens que avaliam um componente cognitivo do bem-estar subjetivo (por exemplo, *na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal; se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida*). Os participantes dão suas respostas em uma escala de 7 pontos, com os extremos 1 (*discordo totalmente*) e 7 (*concordo totalmente*). A versão brasileira foi desenvolvida e adaptada por Gouveia¹⁸ para torná-la culturalmente mais adequada. Para cada afirmação, os participantes atribuíram um valor de 1 a 7, resultando em 5 valores que são somados para compor o escore final. Este pode variar de 5 a 35, ou seja, de extremamente insatisfeito até altamente satisfeito. De 5 a 9 considera-se muito insatisfeito; 10 a 14: insatisfeito; 15 a 19: levemente insatisfeito; 20 nem satisfeito, nem insatisfeito; 21 a 25: levemente satisfeito; 26 a 30: satisfeito; 31 a 35: muito satisfeito²⁰.

Análise estatística

Para as análises de associações, os valores de OHIP-14 foram dicotomizados em presença de impacto na qualidade de vida (quando pelo menos uma resposta do questionário era “ocasionalmente”, “quase sempre” e “sempre”) e ausência de impacto (quando no questionário existiam apenas respostas “nunca” e “quase nunca” para todas as perguntas). A presença de

impacto do OHIP-14 denota grandes problemas orais percebidos pelos entrevistados e a repercussão desses problemas sobre sua qualidade de vida.

As principais covariáveis também foram dicotomizadas. Para a idade os indivíduos apresentaram uma mediana de 31 anos e foram divididos em duas faixas etárias de até 31 anos e acima de 31 anos. Para renda individual foram divididos em até 2 salários mínimos (considerados baixa renda) e acima de 2 salários mínimos. O Estado civil em casado e Solteiro/divorciado/viúvo. A Instrução em até o ensino médio e acima do ensino médio grau. A renda familiar foi dividida em classes sociais familiares de acordo com a visão do IBGE 2012, baseada no número de salários mínimos (SM R\$ 622,00) conforme Tabela 01.

As variáveis categóricas foram analisadas pelo teste Qui-quadrado de Pearson para proporções e teste exato de Fischer para tabelas 2 x 2. Foi utilizada a análise de regressão logística binária para traçar a relação entre a variável independente e dependente. Para a entrada das variáveis independentes no modelo foi utilizado um p-valor de 0,05 e para a permanência da variável no modelo final, adotou-se um nível 20% de significância. Foi estimada a Odds Ratio (razão de chances), assumindo-se um Intervalo de Confiança de 95%. Para avaliação do modelo, foi usado o teste estatístico de Hosmer e Lemeshow. Foram realizados dois modelos, um para a variável dependente satisfação com a vida e outro com a variável dependente impacto na qualidade de vida. Para todas as análises foi utilizado o software SPSS 17,0.

RESULTADOS

Quatrocentos e quarenta e quatro pacientes com idade variando de 18 a 72 anos, com média de 33,78 (\pm 12,53) participaram do estudo, a maioria tinha menos de 31 anos (51,47%); 239 (53,83%) eram homens e 205 (46,17%) eram mulheres. Pouco mais da metade dos pacientes era casada (50,45%). A maioria tinha o ensino médio completo (38,15%). O rendimento médio individual foi de R\$2.335,89 (\pm R\$2.222,05) e mediana de R\$1.500,00 e o rendimento familiar médio foi de R\$4.138,71 (\pm R\$3.684,70) e mediana de R\$3.000,00. Em relação à classe social, 17,32% pertencia à classe A e B, 42,73% pertencia à classe C e 39,95% a classe D e E. Segundo a classificação da má-oclusão 48,65% era Classe I, 22,75% era Classe II 1ª divisão, 12,16% era Classe II 2ª divisão e 16,44% era Classe III.

Os escores médios obtidos com a satisfação com a vida foi de 26,20 (\pm 4,89), mediana 27,00 e valor máximo de 35. Dos pacientes entrevistados, 87,16% se considerava satisfeito com a vida, pois obtiveram pontuação em nível de levemente satisfeito, satisfeito e muito satisfeito.

O somatório dos escores do questionário OHIP-14 obteve uma média de 13,82, uma mediana de 12 e desvio padrão de 9,76. Os valores de OHIP-14 tiveram uma distribuição assimétrica para a esquerda (com escores variando de zero a 47), com maior frequência da ausência de impacto. Em média 31,81% dos pacientes tiveram impacto negativo na qualidade de vida, pois responderam ocasionalmente, quase sempre e sempre em pelo menos uma questão. Os maiores índices foram na conscientização da saúde bucal (67,57%) e desconforto ao comer (58,10%) e o menor índice foi da incapacidade na função (9,02%), conforme a Figura 01.

A Figura 02 mostra a distribuição percentual de pacientes com impacto negativo na qualidade de vida segundo OHIP-14. A dor física (70,72%) e o desconforto psicológico (70,50%) foram os itens que tiveram maior impacto negativo na qualidade de vida. O menor percentual foi da incapacidade (19,59%) que inclui dificuldade de realizar tarefas e satisfação com a vida.

Conforme mostrado na Tabela 02 foi observada diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes que tiveram impactos positivos e os que tiveram impactos negativos na satisfação com a vida com as variáveis independentes: sexo e classe social familiar. Os indivíduos com impacto mais positivo na satisfação com a vida foram do sexo masculino, das classes sociais A e B. Entretanto, não foram observadas diferenças significativas entre a satisfação com a vida em relação à classificação de má oclusão, Estado civil, nível de instrução, renda individual e idade.

De acordo com a Tabela 03 foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes que não tiveram impactos negativos e os que tiveram impacto negativo na qualidade de vida segundo OHIP-14 com as variáveis independentes: sexo, classificação de má-oclusão, estado civil, renda individual e idade. A proporção de pacientes com impacto mais negativo na qualidade de vida foram os pacientes do sexo feminino. Os pacientes com a classificação de má oclusão II e III tiveram impacto mais negativo do que os indivíduos Classe I, como também os casados em relação aos solteiros, divorciados e viúvos. Os pacientes com idade acima de 31 anos tiveram maior impacto em relação aos mais novos e os com maior renda também. No entanto, não foram observadas diferenças significativas entre o

impacto na satisfação com a vida em relação à classe social familiar e instrução.

Com o objetivo de medir a razão de chances (OR) de ter impacto positivo na satisfação com a vida e ter impacto negativo na qualidade de vida foi realizado um análise multivariada utilizando o modelo de regressão logística binária, onde as variáveis que tiveram significância na análise bivariada foram levadas para o modelo logístico: sexo e classe social para o modelo sobre a satisfação com a vida e sexo, classificação da má oclusão, Estado Civil, nível de instrução, renda individual e Idade para o modelo sobre o impacto na qualidade de vida.

Utilizou-se a estatística de Hosmer-Lemeshow para verificar a qualidade de ajuste do modelo. Se o p-valor dessa estatística for maior que 0,05 o modelo estará bem ajustado.

A análise multivariada demonstrou que as variáveis associadas ao impacto positivo na satisfação com a vida foram a faixa etária e a classe social. O modelo pode ser visto na Tabela 04 e mostra que os pacientes da classe social A e B tem 3,88 vezes mais chance de estar satisfeito com a vida do que os de classe D e E, como também os da classe C tem 2,9 vezes mais chances de estar satisfeito com a vida do que os da classe D e E. Ainda, quem tem idade até 31 anos tem 2,04 vezes mais chances de estar satisfeito com vida em relação aos mais velhos.

A análise multivariada demonstrou que a variável associada ao impacto negativo na qualidade de vida foi apenas a Classificação má-oclusão. Portanto, no modelo de regressão logística a renda individual, estado civil, sexo e idade

não teve significância estatística para entrar no modelo. O modelo pode ser visto na Tabela 05 e mostra que os pacientes com má oclusão classe II tem 2,22 vezes mais chances de ter impacto negativo na qualidade de vida em comparação aos pacientes da classe I e os da classe III tem 2,08 vezes mais chances de ter impacto negativo na qualidade de vida do que os pacientes da classe I.

Em todas as dimensões analisadas pelo OHIP-14, a má oclusão obteve impacto negativo na qualidade de vida e foi estatisticamente significativa (Tabela 06), das quais a dor física e o desconforto psicológico foram as que obtiveram maior impacto negativo, enquanto que a incapacidade obteve o menor impacto (Figura 03).

DISCUSSÃO

A análise dos resultados dos pacientes entrevistados que apresentavam algum tipo de má oclusão, permitiu avaliar o impacto causado por essa condição sobre a satisfação com a vida e qualidade de vida desses pacientes utilizando a escala de satisfação com a vida (ESV)¹⁷ e o OHIP-14¹⁵ respectivamente.

Na literatura existem vários instrumentos desenvolvidos para avaliar o bem estar subjetivo^{17,20,21}, porém a maioria desses instrumentos apresenta algum tipo de limitação tais como: contar com um único item, ter sido construído para populações específicas (por exemplo, crianças e idosos) e cobrir fatores outros que não especificamente a satisfação com a vida¹⁷. Para resolver esses problemas foi proposta a *Satisfaction With Life Scale* (SWLS)¹⁷, traduzida para o português por Neto²² e validada para o Brasil por Gouveia¹⁸. A

ESV vem sendo utilizada amplamente em vários países^{23,24,25}. Sua estrutura fatorial e fidedignidade foram comprovadas em diversos estudos^{17,26,27,28} inclusive no Brasil¹⁸, sendo uma medida válida para avaliar o quanto as pessoas estão satisfeitas com suas vidas.

Outra ferramenta de pesquisa utilizada neste estudo foi o OHIP, que de acordo com a literatura, é um dos questionários mais utilizados e com confiabilidade confirmada para avaliar o impacto das doenças bucais na qualidade de vida. O OHIP foi criado e desenvolvido na Austrália²⁹, e também traduzido e adaptado para várias línguas e culturas^{19,30}. Posteriormente o questionário foi reduzido de 49 para 14 questões que se mostraram efetivas e úteis¹⁵. No Brasil, o questionário reduzido (OHIP-14) foi adaptado e validado por Oliveira e Nadanovsky¹⁶, sendo uma ferramenta válida para pesquisas internacionais.

De acordo com os resultados desse trabalho, a satisfação com a vida foi afetada pelas variáveis independentes sexo e classe social familiar. Os homens se mostraram mais satisfeitos com a vida do que as mulheres, resultado contrário a estudos prévios, onde, não houve diferença estatisticamente significativa entre o sexo dos participantes^{18,20,31}. As classes sociais familiares com renda mais elevadas se julgavam mais satisfeitas com a vida em relação às outras classes, isso foi confirmado através da análise de regressão-logística. Em outros estudos a relação idade e satisfação com a vida demonstrou que as pessoas mais velhas são mais satisfeitas com a vida^{18,32}, resultado contrário ao observado nesse estudo, onde não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos etários dicotomizados. Da mesma forma, neste

estudo, não houve diferença estatisticamente significativa entre os diferentes tipos de má oclusão e o nível de satisfação com a vida.

Nesse estudo o OHIP-14 mostrou que a má oclusão interferiu negativamente na qualidade de vida das pessoas e isso está de acordo com outros estudos realizados no Brasil que afirmam que a má oclusão teve um impacto negativo na qualidade de vida^{33,34} dos indivíduos independentemente da gravidade de sua condição estética graduada pelo ortodontista³⁵.

Vários estudos relataram que as condições bucais interferem na qualidade de vida das pessoas, como por exemplo, pessoas com problemas periodontais^{36,37}, sofrem impactos negativos na qualidade de vida. Porém na literatura existem poucos estudos sobre a influência da má oclusão na qualidade de vida das pessoas. A má oclusão é uma das condições bucais mais prevalentes¹¹, e neste estudo os resultados mostraram que dos indivíduos entrevistados 48,65% eram Classe I, 22,75% eram Classe II 1ª divisão, 12,16% eram Classe II 2ª divisão e 16,44% eram Classe III resultados semelhantes aos encontrados em outros estudos brasileiros^{13,33}.

Os indivíduos portadores de má oclusão classe II foram os que obtiveram o maior impacto negativo, seguidos dos indivíduos classe III e classe I, respectivamente. Esses dados estão de acordo com estudos semelhantes realizados em adolescentes brasileiros³³ e iranianos³⁸. Por meio de uma análise de regressão-logística pôde-se calcular que as pessoas com má oclusão classe III e II possuem mais chances de ter impacto negativo na qualidade de vida do que os indivíduos classe I, isso certamente se deu devido aos indivíduos portadores de más oclusões mais severas serem mais

suscetíveis a sofrerem problemas físicos e psicossociais³⁹ como traumas dentais⁴⁰ e *bullying*⁴¹ que interferem diretamente na qualidade de vida das pessoas. Uma meta-análise sobre os efeitos sociais do *bullying* associado à má oclusão sugeriu que as vítimas sofrem problemas psicológicos⁴² e o presente estudo mostra que a dor física e o desconforto psicológico, seguidos da limitação psicológica (Figura 03), foram os que mais impactaram negativamente na qualidade de vida. Além disso, indivíduos com má oclusão severa se sentem inúteis, envergonhados e inferiores⁴³ e quanto mais severa for a má oclusão mais o indivíduo se sente envergonhado^{44,45}. Um estudo longitudinal sugere que não há relação entre má oclusão e trabalho⁴⁶ e este estudo mostrou, de fato, que a incapacidade foi a dimensão que menos sofreu impacto na qualidade de vida em relação à má oclusão.

Outros fatores que influenciaram sobre o impacto negativo na qualidade de vida foram a idade e o sexo. Neste estudo os resultados mostram que quanto maior a idade maior o impacto negativo sobre a qualidade de vida, e que as mulheres apresentam uma qualidade de vida pior que a dos homens. Em outro estudo realizado no Brasil³⁶, foram encontrados resultados semelhantes em relação à idade, mas resultados contrários em relação ao sexo.

Embora amplamente utilizada e aceita mundialmente, a classificação de Angle¹⁴ só avalia a relação ântero-posterior sendo provável que outras deformidades também possam interferir na qualidade de vida como, mordida cruzada posterior uni ou bilateral e mordida aberta. Além disso, outros fatores tais como lesões de cárie e dor não relacionadas à má oclusão, que podem ter

uma influência negativa sobre a qualidade de vida, não foram considerados na amostra.

CONCLUSÃO

- As más oclusões não interferem no julgamento do nível de satisfação com a vida das pessoas.
- As más oclusões impactam negativamente na qualidade de vida.
- Em relação às dimensões avaliadas pelo OHIP-14, a dor física ligada à má oclusão e o desconforto psicológico foram as que sofreram maior impacto negativo na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Elderly quality of life in the community: application of the Flanagan's Scale. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002; 10(6): 757-64.
2. Bowling A, Gabriel Z, Dakes J, Dowding LM, Evans O, Fleissig A, Banister D, Sutton S. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *Int J Aging Hum Dev*. 2003; 56(4): 269-306.
3. WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *Int. J. Mental Health*. 1994; 23(3): 24-56.
4. MacEntee MI., Hole R & Stolar E. The significance of the mouth in old age. *Social Science and Medicine*. 1997; 45(9): 1449-1458.
5. Slade GR, Spencer JA. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994; 11(1): 3-11.

6. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med.* 1998; 28(3): 551-8.
7. McGrath C, Bedi R, Gilthorpe MS. Oral health related quality of life views of the public in the United Kingdom. *Community Dent Health.* 2000; 17(1): 3-7.
8. Leão ATT, Sheiham A. The development of socialdental measure of dental impacts on daily living. *Community Dent Health.* 1996; 13(17): 22-6.
9. Locker D, Slade G. Oral Health and the quality of life among older adults: the oral health impact profile. *J Scient.* 1993; 59(10): 830-44.
10. Murray JJ. Comments on results reported at the Second International Conference: 'Changes in caries prevalence'. *Int Dent J.* 1994; 44(4): 457-458.
11. Petersen PE. The World Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003; 31(Suppl 1): 3-24.
12. Garbin AJÍ, Perin PCP, Garbin CAS, Lolli LF. Malocclusion prevalence and comparison between the Angle classification and the Dental Aesthetic Index in scholars in the interior of São Paulo state – Brazil. *Dental Press J Orthod.* 2010; 15(4): 94-102.
13. Reis SAB, Capelozza Filho L, Mandetta S. Prevalência de oclusão normal e má oclusão em brasileiros, adultos, leucodermas, caracterizados pela normalidade do perfil facial. *R Dental Press Ortop Facial.* 2002; 7(5): 17-25.

14. Angle EH. Classification of malocclusion. *Dent Cosmos*. 1899; 41: 350–357.
15. Slade GD. Derivation and validation of a short-form Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997; 25: 284–290
16. Oliveira, B. H.; Nadanovsky, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005; 33: 307-314.
17. Diener E, Emmons Ra, Larsen Rj, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Person Assess*. 1985; 49(1): 71-75.
18. Gouveia VV, Barbosa GA, Andrade EO, Carneiro MB. Medindo a satisfação com a vida dos médicos no Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2005; 54: 298-305.
19. Locker D. Concepts of oral health, disease and quality of life. In: Slade GD, ed. *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina; 1997: 11–24.
20. Pavot W, Diener E. Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychol Assess*. 1993; 5: 164-72.
21. Kim D-Y. The implicit life satisfaction measure. *Asian J Soc Psychol*. 2004; 7: 236-62.
22. Neto F. The Satisfaction With Life Scale: psychometrics properties in an adolescent sample. *J Youth Adolescence*. 1993b; 22: 125-34.
23. Fouquereau E, Rioux L. Elaboration de l'Echelle de Satisfaction de Vie Professionnelle (ESVP) en langue française: une démarche exploratoire. *Can J Behav Sci*. 2002; 34: 210-5.

24. Sachs J. Validation of the Satisfaction With Life Scale in a Sample of Hong Kong University Students. *Psychologia*. 2004; 46: 225-34.
25. Atienza FL, Balaguer I, García-Merita M. Satisfaction With Life Scale: analysis of factorial invariance across sexes. *Pers Individ Differ*. 2003; 35: 1255-60.
26. Lewis CA, Shevlin ME, Smekal V, Dorahy MJ. Factor structure and reliability of a Czech translation of the Satisfaction With Life Scale among Czech university students. *Studia Psychologica*. 1999; 41: 239-44.
27. Pavot W, Diener E, Colvin CR, Sandvik E. Further validation of the Satisfaction With Life Scale: evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *J Person Assess*. 1991; 57: 149-61.
28. Shevlin ME, Bunting BP. Confirmatory factor analysis of the Satisfaction With Life Scale. *Percept Motor Skills*. 1995; 79: 1316-8.
29. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994; 11(1): 3-11.
30. Locker D. Oral health and quality of life. *Oral Health Prev Dent*. 2004; 2 (Suppl 1): 247-53.
31. Arrindell WA, Heesink J, Feij JA. The Satisfaction With Life Scale (SWLS): Appraisal with 1700 health young adults in The Netherlands. *Pers Individ Differ*. 1999; 26: 815-26.
32. Ehrlich BS, Isaacowitz DM. Does subjective well-being increase with age? *Perspect Psychol*. 2002; 5: 20-6.
33. Bernabé E, Sheiham A, Tsakos G, Messias OC. The impact of orthodontic treatment on the quality of life in adolescents: a case control study. *Eur J Orthod*. 2008; 30(5): 515-20.

34. Bernabé E, Tsakos G, de Oliveira CM, Sheiham A. Impacts on Daily Performances Attributed to Malocclusions Using the Condition-Specific Feature of the Oral Impacts on Daily Performances Index. *Angle Orthod.* 2008; 78: 241-47.
35. Feu D, Oliveira BH, Oliveira AMA, Kiyak HA, Miguel JA. Oral health-related quality of life and orthodontic treatment seeking. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2010; 138(2): 152-9.
36. Araújo ACS, Gusmão ES, Batista JEM, Cimões R. Impact of periodontal disease on quality of life. *Quintessence Int.* 2010; 41: e111–e118.
37. Lopes MWF, Gusmão ES, Alves RV, Cimões R. The impact of chronic periodontitis on quality of life in brazilian subject. *Acta Stomatol Croat.* 2009; 43 (2): 89-98.
38. Haravi F, Farzanegan F, Tabatabaee M, Sadeghi M. Do Malocclusions Affect the Oral Health-related Quality of Life?. *Oral Health Prev Dent.* 2011; 9: 229-233.
39. Bernabé E, Sheiam A, de Oliveira CM. Condition-Specific Impacts on Quality of Life Attributed to Malocclusion by Adolescents with Normal Occlusion and Class I, II and III Malocclusion. *Angle Orthod.* 2008; 78: 977-982.
40. Shulman JD, Peterson J. The association between incisor trauma and occlusal characteristics in individuals 8–50 years of age. *Dent Traumatol.* 2004; 1: 67–74.
41. DiBiase AT, Sandler PJ. Malocclusion, orthodontics and bullying. *Dent Update.* 2001; 28: 464–466.

42. Hawker DS, Boulton MJ. Twenty years' research on peervictimization and psychosocial maladjustment: a meta-analytic review of cross-sectional studies. *J Child Psychol Psychiatry Allied Disciplines*. 2000; 41: 441–455.
43. Kenealy P, Hackett P, Frude N, *et al*. The psychological benefit of orthodontic treatment. Its relevance to dental health education. *N Y State Dent J*. 1991; 57: 32–34.
44. Zhou YH, Hägg U, Rabie AB. Concerns and motivations of skeletal Class III patients receiving orthodontic-surgical correction. *Int J of Adult Orthod Orthognath Surg*. 2001; 16: 7–17.
45. Zhou YH, Hägg U, Rabie AB. Severity of dentofacial deformity, the motivations and the outcome of surgery in skeletal Class III patients. *Chin Med J*. 2002; 115: 1031–1034.
46. Helm S, Kreiborg S, Solow B. Psychosocial implications of malocclusion: a 15-year follow-up study in 30-year-old Danes. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1985; 87: 110–118.

FIGURAS E TABELAS

Tabela 1 – Classificação social familiar de acordo com o IBGE 2012

Classe	Salários Mínimos (SM)	Renda Familiar (R\$)
A	Acima 20 SM	R\$ 12.440 ou mais
B	10 a 20 SM	De R\$ 6.220 a R\$ 12.440
C	4 a 10 SM	De R\$ 2.488 a R\$ 6.220
D	2 a 4 SM	De R\$ 1.244 a R\$ 2.488
E	Até 2 SM	Até R\$ 1.244

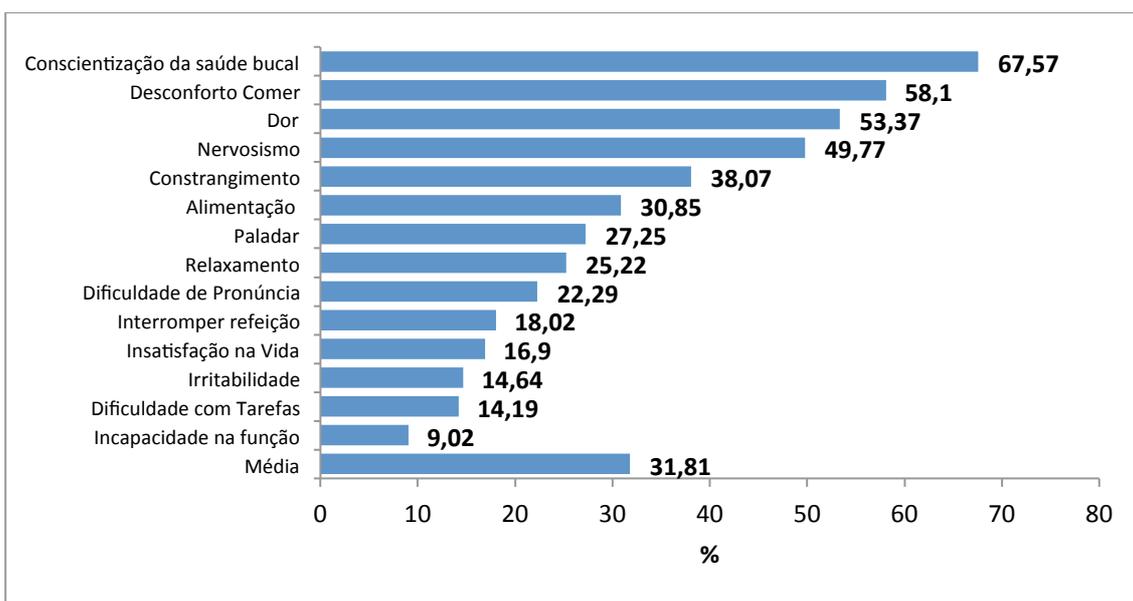


Figura1 – Distribuição percentual dos pacientes com impacto negativo na qualidade de vida segundo o OHIP-14.

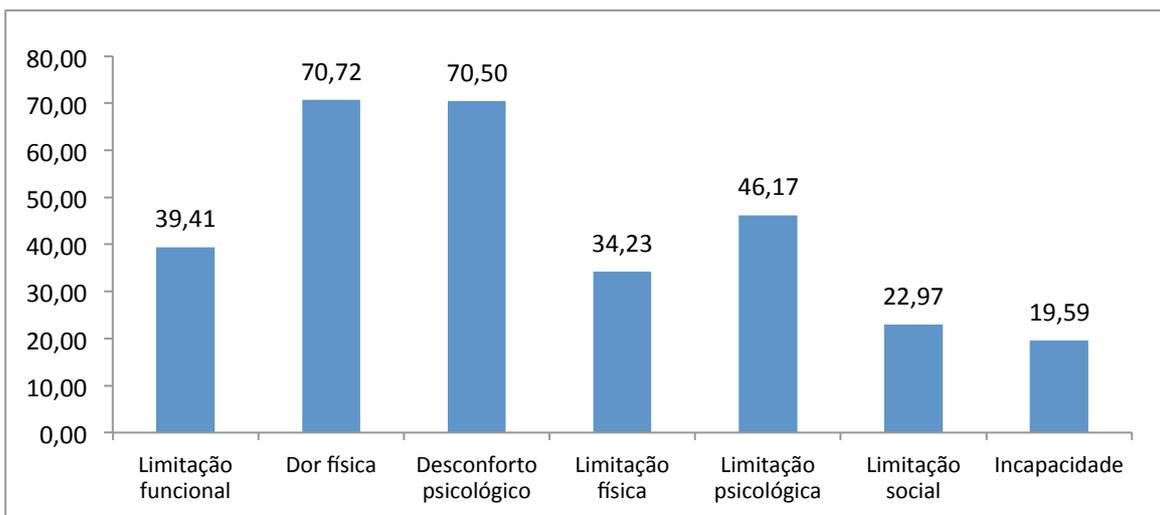


Figura 02 – Distribuição percentual dos pacientes com impacto negativo na qualidade de vida segundo o OHIP-14.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes de acordo com o impacto na satisfação de vida em relação ao sexo, classificação, classe social familiar, estado civil, instrução, renda individual e idade.

Variáveis	Sem Impacto Positivo		Impacto positivo*		Total		p-valor	
	n	%	N	%	n	%		
SEXO	Masculino	24	10,04	215	89,96	239	100,00	0,039
	Feminino	33	16,10	172	83,90	205	100,00	
Má oclusão	Classe I	23	11,06	185	88,94	208	100,00	0,461
	Classe II	20	13,07	133	86,93	153	100,00	
	Classe III	12	16,67	60	83,33	72	100,00	
Classe Social Familiar	A ou B	5	6,67	70	93,33	75	100,00	0,002
	C	16	8,65	169	91,35	185	100,00	
	D ou E	34	19,65	139	80,35	173	100,00	
Estado Civil	Casado	22	10,95	179	89,05	201	100,00	0,173
	Solteiro/Divorciado/Viúvo	35	14,40	208	85,60	243	100,00	
Instrução	Até o 2º grau completo	31	14,98	176	85,02	207	100,00	0,136
	3º grau incompleto ou superior	26	11,02	210	88,98	236	100,00	
Renda Individual	Até 2 SM	24	14,20	145	85,80	169	100,00	0,268
	Acima de 2SM	24	11,54	184	88,46	208	100,00	
Idade	Até 31 anos	24	10,53	204	89,47	228	100,00	0,085
	Acima de 31 anos	33	15,35	182	84,65	215	100,00	

*impacto positivo = levemente satisfeito, satisfeito e muito satisfeito; impacto negativo = muito insatisfeito, insatisfeito, nem satisfeito e nem insatisfeito.

Tabela 03 - Distribuição dos pacientes de acordo com o impacto na qualidade de vida (OHIP-14) em relação ao sexo, classificação, classe social familiar, estado civil, instrução, renda individual e idade,

Variáveis	Sem impacto negativo		Com impacto negativo		Total		p-valor	
	n	%	n	%	n	%		
SEXO	Masculino	42	17,57	197	82,43	239	100,00	0,003
	Feminino	17	8,29	188	91,71	205	100,00	
Má oclusão	Classe I	38	18,27	170	81,73	208	100,00	0,025
	Classe II	14	9,15	139	90,85	153	100,00	
	Classe III	7	9,72	65	90,28	72	100,00	
Classe Social Familiar	A ou B	9	12,00	66	88,00	75	100,00	0,769
	C	24	12,97	161	87,03	185	100,00	
	D ou E	26	15,03	147	84,97	173	100,00	
Estado Civil	Casado	18	8,96	183	91,04	201	100,00	0,010
	Solteiro/Divorciado/Viúvo	41	16,87	202	83,13	243	100,00	
Instrução	Até o 2º grau completo	26	12,56	181	87,44	207	100,00	0,383
	3º grau incompleto ou superior	33	13,98	203	86,02	236	100,00	
Renda Individual	Até 2 SM	35	20,71	134	79,29	169	100,00	P< 0,001
	Acima de 2SM	14	6,73	194	93,27	208	100,00	
Idade	Até 31 anos	50	21,93	178	78,07	228	100,00	P< 0,001
	Acima de 31 anos	9	4,19	206	95,81	215	100,00	

*Com impacto negativo = ocasionalmente, quase sempre e sempre; Sem impacto = todos responderam nunca e quase nunca.

Tabela04 - Modelo final de regressão logística sobre o impacto positivo na satisfação com a vida considerando a classe social familiar como variável explicativa

	B	S.E.	Wald	df	p-valor	OR	IC 95% para OR	
							Limite inferior	Limite Superior
Até 31 Anos	0,714	0,305	5,465	1	0,019	2,041	1,122	3,713
Classe D e E (referência)			14,287	2	0,001			
Classe A e B	1,357	0,507	7,170	1	0,007	3,883	1,439	10,483
Classe C	1,076	0,332	10,500	1	0,001	2,932	1,530	5,619
Constant	1,161	0,231	25,354	1	0,000	3,194		
Ajuste do modelo*	0,605							

* Ajuste do modelo pelo teste estatístico de Hosmer-Lemeshow

Tabela 05 - Modelo final de regressão logística sobre o impacto na qualidade de vida(OHIP-14) considerando o sexo, Classificação má-oclusão e idade como variável explicativa.

	B	S.E.	Wald	df	p-valor	OR	IC 95% para OR	
							Limite inferior	Limite Superior
Classe I (Referência)			7,108	2	0,029			
Classe II	0,797	0,333	5,735	1	0,017	2,219	1,156	4,262
Classe III	0,730	0,436	2,800	1	0,094	2,076	0,882	4,882
Constante	1,498	0,179	69,713	1	0,000	4,474		
Ajuste do modelo*	1,000							

* Ajuste do modelo pelo teste estatístico de Hosmer-Lemeshow

Figura 03 – Distribuição percentual dos pacientes com impacto negativo na qualidade de vida segundo OHIP-14 (sub-escores) em relação à classificação da má-oclusão.

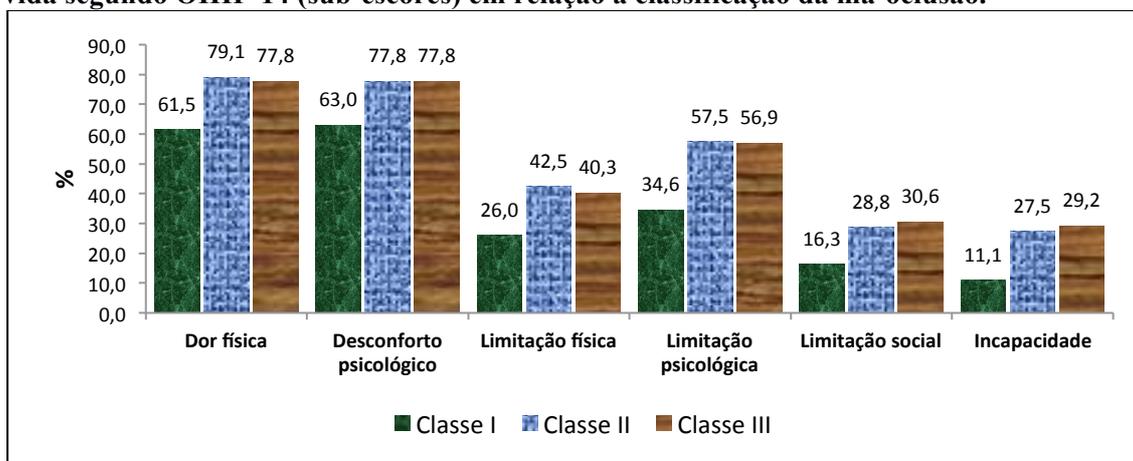


Tabela 6 - Distribuição dos pacientes segundo a classificação da má-oclusão com relação ao impacto negativo na qualidade de vida (sub-escores)

Qualidade OHIP-14 (sub-escores)		Classificação da Má-oclusão						p-valor*
		Classe I		Classe II		Classe III		
		n	%	n	%	n	%	
Limitação funcional	sem impacto	150	72,12	78	50,98	34	47,22	<0,001
	com impacto	58	27,88	75	49,02	38	52,78	
Dor física	sem impacto	80	38,46	32	20,92	16	22,22	<0,001
	com impacto	128	61,54	121	79,08	56	77,78	
Desconforto psicológico	sem impacto	77	37,02	34	22,22	16	22,22	<0,001
	com impacto	131	62,98	119	77,78	56	77,78	
Limitação física	sem impacto	154	74,04	88	57,52	43	59,72	<0,001
	com impacto	54	25,96	65	42,48	29	40,28	
Limitação psicológica	sem impacto	136	65,38	65	42,48	31	43,06	<0,001
	com impacto	72	34,62	88	57,52	41	56,94	
Limitação social	sem impacto	174	83,65	109	71,24	50	69,44	<0,001
	com impacto	34	16,35	44	28,76	22	30,56	
Incapacidade	sem impacto	185	88,94	111	72,55	51	70,83	<0,001
	com impacto	23	11,06	42	27,45	21	29,17	

* Teste qui-quadrado de Pearson

APÊNDICE 1

FORMULÁRIO: VARIÁVEIS SOCIO ECONOMICAS

NOME: _____

SEXO: 1. () M 2. () F

IDADE: ____

ESTADO CIVIL:

1. () Solteiro 2. () Casado 3. () Divorciado 4. () Viúvo

ESCOLARIDADE:

1. () Analfabeto 2. () 1º Grau incompleto 3. () 1º Grau completo
 4. () 2º Grau incompleto 5. () 2º Grau completo 6. () 3º Grau incompleto
 7. () 3º Grau completo 8. () Pós-graduado

RENDA INDIVIDUAL: _____

RENDA FAMILIAR: _____

CLASSIFICAÇÃO DA MÁ OCLUSÃO.

1. () CLASSE I
2. () CLASSE II 1ª Divisão
3. () CLASSE II 2ª Divisão
4. () CLASSE III

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA

Instruções

Abaixo você encontrará cinco afirmações com as quais pode ou não concordar. Usando a escala de resposta a seguir, que vai de 1 a 7, indique o quanto concorda ou discorda com cada uma; escreva um número no espaço ao lado da afirmação, segundo sua opinião. Por favor, seja o mais sincero possível nas suas respostas.

7 = Concordo totalmente

6 = Concordo

5 = Concordo ligeiramente

4 = Nem concordo nem discordo

3 = Discordo ligeiramente

2 = Discordo

1 = Discordo totalmente

1. _____ Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal.

2. _____ As condições da minha vida são excelentes.

3. _____ Estou satisfeito(a) com minha vida.

4. _____ Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da vida.

5. _____ Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida.

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

NOME: _____

Nº _____

DATA: _____

(0) Nunca; (1) quase nunca; (2) ocasionalmente; (3) quase sempre; (4) sempre.

1 – você teve problemas em pronunciar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	(0) (1) (2) (3) (4)
2 – você sentiu que o seu paladar piorou por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	(0) (1) (2) (3) (4)
3 – você teve dores na sua boca?	(0) (1) (2) (3) (4)
4 – você já achou desconfortável mastigar algum alimento por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	(0) (1) (2) (3) (4)
5 – você esteve preocupado por causa de problemas dentários?	(0) (1) (2) (3) (4)
6 – você se sentiu tenso por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	(0) (1) (2) (3) (4)
7 – sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	(0) (1) (2) (3) (4)
8 – você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	(0) (1) (2) (3) (4)
9 – você teve dificuldade de relaxar por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	(0) (1) (2) (3) (4)
10 – você ficou envergonhado por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	(0) (1) (2) (3) (4)
11 – você ficou um pouco irritado com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	(0) (1) (2) (3) (4)
12 – você teve dificuldades em fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	(0) (1) (2) (3) (4)
13 – você sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	(0) (1) (2) (3) (4)
14 – você teve sua capacidade de trabalho reduzida por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	(0) (1) (2) (3) (4)

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Impacto da má oclusão na qualidade de vida e satisfação com a vida.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA: Av. da Engenharia s/n – 1º andar, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600. Tel: 2126 8588.

PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA UFPE: Av Prof Moraes Rego, 1235, Cidade Universitária, Recife-PE. Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Prótese e Cirurgia Buco-Maxilo-Facial. CEP 50670-901. Tel: 2126 8338/8817.

OBJETIVO: Aplicar a versão portuguesa do instrumento OHIP-14 em pacientes portadores de má oclusão.

METODOLOGIA: Serão aplicados três questionários: o primeiro avaliará os fatores sócio-econômicos que inclui: renda individual, renda familiar, sexo, idade, estado civil, escolaridade e diagnóstico do tipo de má oclusão que o entrevistado possui; o segundo será o OHIP-14 um índice que quantifica de forma padronizada os efeitos das desordens bucais no bem-estar social, psicológico e funcional (qualidade de vida) dos entrevistados; e o terceiro será a Escala de Satisfação com a Vida (ESV) com o objetivo de avaliar o julgamento que as pessoas fazem do quanto estão satisfeitas com suas próprias vidas. Serão entrevistados pacientes com idade acima de 18 anos e de ambos os sexos que procurarem o Curso de Odontologia da UFPE.

BENEFÍCIO: Todos os participantes diagnosticados com má oclusão serão encaminhados para Centros de tratamento ortodôntico como os Cursos de Especialização em Ortodontia da Associação Brasileira de Odontologia (ABO-PE), do Exército, da Universidade de Pernambuco(FOP-PE) e do Sindicato dos Odontologistas no Estado de Pernambuco(SOEPE).

RISCOS: Os riscos inerentes a esta pesquisa se referem a algum tipo de constrangimento que os pacientes possam vir a ter em responder os formulários sócio-econômicos e a versão portuguesa do OHIP-14 e Escala de Satisfação com a Vida.

Convido o(a) senhor(a), _____ RG nº _____, a participar desta pesquisa, para o trabalho dissertação do mestrado realizado no Curso de Pós-graduação de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, bem como autorizar toda a documentação necessárias, a divulgação e a publicação da mesma, em periódicos científicos, na área de odontologia, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados

DIREITOS:

1. A garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso me traga prejuízo, sem que isso interrompa meu tratamento;
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido caráter confidencial da informação relacionada com minha privacidade;
4. O compromisso de proporcionar-me informação atualizada durante o estudo, ainda que este possa afetar a minha vontade de continuar participando;

Tendo ciência do exposto acima, desejo participar da pesquisa.

Recife, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Pesquisador

Assinatura da Testemunha

Assinatura da Testemunha

ANEXO 1

Parecer do comitê de Ética em pesquisa da UPE



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Av. da Engenharia, s/n – 1º Andar. Cid. Universitária. CEP 50740-600. Recife - PE.
Tel/fax: 81 2126 8588 - www.ufpe.br/ccs; e-mail: cepccs@ufpe.br

Of. Nº. 914/2011 - CEP/CCS

Recife, 02 dezembro de 2011

A
Professora Renata Cimões Jovino Silveira
Pós-Graduação em Odontologia – CCS/UFPE

Registro do SISNEP FR – 463418
CAAE –0414.0.172.000-11
Registro CEP/CCS/UFPE Nº 427/11
Título: *Impacto da má oclusão na qualidade de vida e satisfação com a vida.*

Senhor (a) Pesquisador (a):

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 01 de dezembro 2011.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

ANEXO 2

NORMAS DA REVISTA ANGLE ORTHODONTIST

Please organize and enter your Original Article manuscript using the following headings (Case reports and other types of articles may vary):

COVER LETTER - Must contain the following: **Copyright Releases** - The following written statement, signed by one of the authors and acting on behalf of all of the authors, must accompany all manuscripts:

"The undersigned author transfers all copyright ownership of the manuscript (fill in the title of your manuscript) to *The Angle Orthodontist* in the event the work is published. The undersigned author warrants that the article is original, is not under consideration for publication by another journal and has not been previously published. I sign for and accept responsibility for releasing this material on behalf of any and all coauthors."

Direct quotations, tables or images that have appeared elsewhere in copyrighted material must be accompanied by a signed release from the copyright owner. Complete information identifying the source of the material is required.

Patient Releases - A signed release must be obtained for all images that contain identifiable patients or human subjects. These releases must be retained indefinitely by the Corresponding Author. A cover letter must be submitted with the manuscript attesting to the fact that all applicable patient releases were obtained and are on file with the Corresponding Author.

Each release statement must be on a separate page, include the manuscript title, all authors' names and contain a copy of the following statement signed by the patient:

"I hereby grant all rights to publish photographs or other images of me in the above manuscript where I appear as a patient or subject without payment of any kind. I have been informed that any images of me that do appear may be modified."

ARTICLE FILE

Articles must be original and written in clear English. The total article file must be entered as one document and must contain the Title, Abstract, Text References and Figure Legends. The article file must not exceed a maximum of 3500 words. To determine the number of words in your document, go to the toolbar, click on tools and then click on word count.

Please enter only the following items in the article file:

Title of the manuscript

Abstract - *The Angle Orthodontist* is using a structured abstract which must be limited to 250 words. The abstract should conform to the following outline and not contain an introduction, literature review or discussion.

ABSTRACT

Objective: List the specific goal(s) of the research.

Materials and Methods: Briefly describe the procedures you used to accomplish this work. Leave the small details for the manuscript itself.

Results: Identify the results that were found as a result of this study.

Conclusion: List the specific conclusion(s) that can be drawn based on the results of this study.

Manuscript text - Please remove all references to the author's identity or institutions as manuscripts are peer reviewed anonymously. An original article text will contain the following in order:

INTRODUCTION - This section states the purpose of the research and includes a brief summary of the literature describing the current state of the field.

MATERIALS AND METHODS - This section states exactly what was done and should enable a reader to replicate the work. Materials or methods described elsewhere in the literature can be referenced without repeating these details. Identify teeth using the full name of the tooth or the FDI annotation. If human subjects or animals were involved in the work, this section must contain a statement that the rights of the human or animal subjects were protected and approval was obtained from an identified institutional review board, or its equivalent.

RESULTS - This section should describe the objective findings without any comment on their significance or relative importance. Cite all tables and figures in sequential order in the text.

DISCUSSION - Only this section allows you freedom to interpret your data and to give your opinion of the value of your findings relative to previous work. All opinions must be limited to this section.

CONCLUSION - This section states what conclusions can be drawn specifically from the research reported. Bullet points are preferred. Do not repeat material from other sections.

REFERENCES - References cited must refer to published material. Number references consecutively in order of their appearance in the manuscript using superscript and Arabic numerals. References to "personal communication" or unpublished theses are not acceptable. The style and punctuation of references should strictly conform to *American Medical Association Manual of Style: A Guide for Authors and Editors*, 9th ed (Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1998). Consult previous issues of *The Angle Orthodontist* for guidance (Available at <http://www.angle.org>).

FIGURE LEGENDS - All figures must be numbered sequentially in the manuscript and a legend for each figure must appear in this section.

TABLE FILES

Each table must be in WORD or EXCEL format and entered as a separate file. Each table must have its own legend accompanying it, numbered with Arabic numerals and sequentially referred to in the text. All abbreviations used in the table must be defined in a footnote. Use * $P=0.05$; ** $P=0.01$; *** $P=0.001$; **** $P=0.0001$ as needed. Tables cannot be in pictorial or image formats. Pictorial or image formats are figures and must be entered as figures.

FIGURE FILES

Each figure must be of sufficient resolution for high quality publication usually in TIFF or EPS format. All images need to be at 300 DPI when the figure is of the size to be used in publication.

If you enter a large image at 300 DPI and reduce it to a much smaller size for publication, this will increase the DPI and the image will be very heavy and slow to open electronically. If you enter a small image (such as a 35 mm picture) and plan to enlarge it for publication, it needs to be entered at more than 300 DPI since enlargement will only reduce the resolution.

Figures in WORD or presentation software such as PowerPoint, Corel Draw or Harvard Graphics do not contain sufficient resolution for publication and will not be accepted. Authors will be charged for publication of figures in color.

Manuscript Review After you have entered your manuscript, you will receive automated responses from the system as the manuscript is processed. You may also follow the progress of your manuscript via the web site and your own password you created when you first entered the system.

Your manuscript will be peer reviewed and the reviewers' comments will be sent to you. Please allow adequate time for this process. Our automated system is instantaneous, but the reviewers are busy people who donate their expertise and time.

A manuscript returned to an author with suggested revisions must be returned within 3 months. Revised manuscripts returned after this time will be considered new submissions.

After the revisions are complete, the editor will submit the manuscript to the printer and an electronic copy of your galley proof will be sent to you for corrections and final approval. Expect the figures in the galley proof to be of low resolution for ease of transmission. The final publication will contain your high quality figures.

Reprints Reprints are available through special order for a nominal charge. Your galley copy will contain an order form for you to request any reprints desired. When you complete this application, return it directly to the printer. Reprints are not sent out or billed to you until the printed copy of your article is mailed out.

General Information The E. H. Angle Education and Research Foundation invites manuscripts concerning the dental and craniofacial complex. Original research, clinical observations and review articles as well as guest editorials, letters to the editor and case reports are welcome.

Articles are peer reviewed and subject to editorial revision. Statements and opinions expressed in articles are not necessarily those of the editor or publisher. The editor and the publisher disclaim any responsibility or liability for such material.

The Angle Orthodontist is now ONLINE for all manuscript submissions and review. Please go to the Internet: <http://angle.allentrack.net/> and follow the easy instructions for manuscript submission. If you have questions regarding the submission of your manuscript, please e-mail those questions to <rjisaacson@aol.com>.