



MONOGRAFIA DE INVESTIGAÇÃO

O IMPACTO DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO NA
AUTOESTIMA E QUALIDADE DE VIDA DE ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS

ANA LUÍSA ÁLVARES PEREIRA DO ESPÍRITO SANTO

TESE DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA DA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

PORTO, 2021



MONOGRAFIA DE INVESTIGAÇÃO

O IMPACTO DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO NA
AUTOESTIMA E QUALIDADE DE VIDA DE ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS

ANA LUÍSA ÁLVARES PEREIRA DO ESPÍRITO SANTO

TESE DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA DA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

PORTO, 2021

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, para obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária

Autora

Ana Luísa Álvares Pereira do Espírito Santo

Aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

E-mail: up201603765@edu.fmd.up.pt

Orientadora

Prof.^a Doutora Maria Cristina Pinto Coelho Mendonça de Figueiredo Pollmann

Professora Associada com agregação da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

E-mail: mpollmann@fmd.up.pt

Coorientador

Prof. Doutor Eugénio Joaquim Pereira Martins

Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

E-mail: emartins@fmd.up.pt

Porto, 2021

“O Porto não é um lugar,
é um sentimento.”

Augustina Bessa-Luís

Agradecimentos

Aos meus pais,

Pela educação, dedicação, incentivo e esforço diário pelo meu futuro. Por acreditarem sempre em mim e nunca me largarem a mão.

Ao meu irmão,

É e será sempre o meu exemplo. Por me apoiar incondicionalmente em todas as etapas.

À minha família,

Por viver de perto os bons e maus momentos desta caminhada.

Aos meus amigos,

Os protagonistas desta viagem. Cinco anos indescritíveis que sem eles, nunca teriam sido tão especiais.

À Prof.^a Doutora Cristina Pollmann,

Pelo conhecimento transmitido, orientação e dedicação ao longo do meu percurso académico.

Ao Prof. Doutor Eugénio Martins,

Por toda a atenção, disponibilidade e ajuda.

Ao Professor Carlos André Pires,

Pela colaboração na análise estatística.

A todos os participantes que tornaram este estudo possível,

Obrigada.

Resumo

Introdução: Os efeitos psicológicos e sociais provocados pelas alterações dentofaciais, têm sido cada vez mais investigados nos últimos anos. Isto tem resultado num crescente foco clínico dos profissionais, no que se refere à melhoria da qualidade de vida e autoestima dos pacientes. É fundamental compreender a relação existente entre estes conceitos, a má oclusão e o tratamento ortodôntico a fim de desenvolver tratamentos eficazes.

Objetivos: Avaliar o impacto que o tratamento ortodôntico poderá ter na qualidade de vida e autoestima de estudantes universitários que o realizaram, as suas motivações e o grau de satisfação. Avaliar, em estudantes que nunca foram tratados ortodonticamente, as suas motivações, preocupações e interesses com a saúde oral, e os fatores limitantes do tratamento.

Metodologia: Aplicação de um questionário *online* na plataforma *Google Forms*, a estudantes universitários. Os dados foram recolhidos e tratados estatisticamente com recurso ao programa IBM SPSS®, versão 26 para *Windows*.

Resultados: A amostra foi constituída por 1356 estudantes, 869 já tinham realizado tratamento ortodôntico e 487 não, com idade média de 22.4 anos; a percentagem de estudantes que já realizaram tratamento ortodôntico foi significativamente mais alta no sexo feminino (66.6%) ($p < 0.001$); os motivos com mais influência na procura do tratamento foram a recomendação clínica e a estética, para ambos os grupos; dos estudantes que consideraram que a sua autoestima melhorou após o tratamento, 78.2% referiu que a sua qualidade de vida também melhorou, registando-se uma associação significativa entre as duas questões ($V = 0.392$, $p < 0.001$); a maioria dos estudantes ficou satisfeito (49.3%) ou muito satisfeito (46.5%) com o tratamento; registou-se uma associação significativa entre a recomendação do tratamento ortodôntico e a satisfação com o tratamento ($p < 0.001$).

Entre os que nunca realizaram tratamento, existe uma associação significativa entre a satisfação com o sorriso e a autoestima ($V = 0.388$, $p < 0.001$); dos 238 estudantes com boa autoestima, 92.0% afirmou ter boa qualidade de vida ($v = 0.227$, $p < 0.001$); entre os que acham que precisam de

tratamento ortodôntico, mas não fizeram, a questão económica foi o motivo que mais influenciou a decisão de não o realizar; nos que acham que não precisam foi a autoperceção da não necessidade do tratamento.

Conclusão: As principais motivações pela procura do tratamento ortodôntico são a recomendação clínica e a estética, e sua realização é significativamente mais alta nas mulheres; a autoestima e a qualidade de vida melhoram significativamente após o tratamento ortodôntico e existe, globalmente, grande satisfação com o tratamento efetuado, o que leva a sua recomendação a outros com problemas semelhantes; a experiência do tratamento ortodôntico melhora a autoperceção da higiene oral; a satisfação como o mesmo admite a sua repetição no caso de necessidade; a satisfação com o sorriso está associada a maiores valores de autoestima, nos estudantes sem tratamento; o principal motivo para a não realização do tratamento ortodôntico é a autoperceção da não necessidade do mesmo, no entanto, quando há autoperceção da necessidade de tratamento ortodôntico, o principal fator limitante é a questão económica.

PALAVRAS-CHAVE: “Tratamento ortodôntico”, “Autoestima”, “Qualidade de vida”, “Qualidade de vida relacionada à saúde oral”, “Motivações”, “OHIP-14”

Abstract

Introduction: The psychological and social effects caused by dentofacial changes have been increasingly investigated in recent years. This has resulted in a growing clinical focus of professionals regarding patient's quality of life and self-esteem improvement. It is essential to understand the relation between these concepts, malocclusion and orthodontic treatment in order to develop effective treatments.

Objectives: To evaluate orthodontic treatment's impact in university students' quality of life and self-esteem, their motivations and the degree of satisfaction. Evaluate, in students who had never been treated orthodontically, their motivations, concerns and interests with oral health, and the limiting factors of treatment.

Methodology: Application of an online questionnaire on Google Forms platform, to university students who had undergone orthodontic treatment and who had never done so. The data were collected and statistically processed using the IBM SPSS® program, version 26 for Windows.

Results: The sample consisted of 1356 students, 869 had already undergone orthodontic treatment and 487 had not, with a mean age of 22.4 years; the percentage of students who had already undergone orthodontic treatment was significantly higher in females (66.6%) ($p < 0.001$); the reasons the most influence on the treatment demand were: clinical recommendation and aesthetics, for both groups; of the students who considered that their self-esteem improved, 78.2% reported that their quality of life also improved, with a significant association between the two questions ($V = 0.392$, $p < 0.001$); most students were satisfied (49.3%) or very satisfied (46.5%) with orthodontic treatment; there was a significant association between the recommendation of orthodontic treatment and satisfaction with treatment ($p < 0.001$).

Among those who had never undergone treatment, there is a statistically significant relation between satisfaction with smile and self-esteem ($V = 0.388$, $p < 0.001$); from 238 students with good self-esteem, 92.0% reported a good quality of life ($v = 0.227$, $p < 0.001$); among those who considered they needed treatment but did not carry it out, the main reason that influenced the decision not to do so

was economic; in those who did not take treatment because they considered they did not need it, the majority relied on self-perception for that decision.

Conclusion: The main motivations for seeking orthodontic treatment are clinical recommendation and aesthetics and its accomplishment is significantly higher in women; self-esteem and quality of life improve significantly after orthodontic treatment; there is, overall, great satisfaction with the performed treatment, which leads to its recommendation to others with similar problems; the experience of orthodontic treatment improves self-perception of oral hygiene and admits its repetition in case of need; satisfaction with smile is associated with higher values of self-esteem in students without treatment; the main reason for not performing orthodontic treatment is the self-perception of its non-necessity, however, when there is self-perception of the need for orthodontic treatment, the main limiting factor is the economic issue.

KEYWORDS: "Orthodontic treatment", "Self-esteem", "Quality of life", "Oral health related quality of life", "Motivations", "OHIP-14"

Índice

Resumo.....	xi
Abstract.....	xiv
Índice de figuras.....	xix
Índice de tabelas.....	xx
Abreviaturas.....	xxii
1. INTRODUÇÃO.....	2
2. MATERIAIS E MÉTODOS.....	7
2.1. Tipo de estudo.....	7
2.2. Período do estudo.....	7
2.3. Revisão da literatura.....	7
2.4. Considerações éticas.....	7
2.5. Critérios de elegibilidade.....	7
2.6. Metodologia.....	8
2.7. Análise estatística.....	8
3. RESULTADOS.....	12
3.1. Caracterização da amostra.....	12
3.2. Influência do sexo e da área de estudos na realização de tratamento ortodôntico.....	14
3.3. Estudantes com tratamento ortodôntico.....	15
3.3.1. Tempo de tratamento e aparelhos usados.....	15
3.3.2. Motivações para a realização do tratamento ortodôntico.....	16
3.3.3. Impacto do tratamento ortodôntico.....	17
3.3.4. Satisfação com o tratamento ortodôntico.....	18
3.3.5. Associação entre variáveis.....	19
3.4. Estudantes sem tratamento ortodôntico.....	22
3.4.1. Interesse e motivações para realizar tratamento ortodôntico.....	22
3.4.2. Problemas, preocupações, satisfação e bem-estar.....	23
3.4.3. Motivos para a não realização de tratamento ortodôntico.....	26
3.4.4. Associação entre variáveis.....	27
4. DISCUSSÃO.....	33
4.1. Caracterização da amostra.....	33
4.2. Motivações.....	34

4.3. Estudantes com tratamento ortodôntico.....	36
4.4. Estudantes sem tratamento ortodôntico.....	40
4.5. Limitações do estudo	44
5. CONCLUSÃO.....	48
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	55

Índice de figuras

Figura 1. Distribuição da amostra relativamente à realização de tratamento ortodôntico.....	12
Figura 2. Percentagens de participantes que já realizaram tratamento ortodôntico, no total da amostra, por sexo e por área de estudo.	15
Figura 3. Motivações para a realização do tratamento ortodôntico – percentagens de estudantes que responderam “muita influência”.....	16
Figura 4. Impacto do tratamento ortodôntico – percentagens de estudantes que responderam “sim”.	18
Figura 5. Interesse na realização de tratamento ortodôntico “Gostaria de realizar tratamento ortodôntico?”.	22
Figura 6. Motivações para a realização do tratamento ortodôntico – percentagens de estudantes que responderam “muita influência”.....	23
Figura 7. Problemas, preocupações, satisfação e bem-estar – percentagens de estudantes que responderam “sim”.....	25
Figura 8. Motivo para não fazer tratamento ortodôntico.....	26

Índice de tabelas

Tabela I. Caracterização da amostra, no total, nos participantes que já fizeram tratamento ortodôntico e nos que nunca fizeram.	12
Tabela II. Comparação nos participantes que já fizeram tratamento ortodôntico e nos que nunca fizeram.	14
Tabela III. Tempo de tratamento e aparelhos usados para o tratamento ortodôntico.....	15
Tabela IV. Motivações para a realização do tratamento ortodôntico.	16
Tabela V. Impacto do tratamento ortodôntico.....	17
Tabela VI. Satisfação com o tratamento ortodôntico.	18
Tabela VII. Associação da melhoria de mastigação de alimentos com a melhoria do conforto ao comer.	19
Tabela VIII. Associação da melhoria do rosto com a melhoria do sorriso.	19
Tabela IX. Associação da melhoria da autoestima com a melhoria da qualidade de vida.....	20
Tabela X. Associação da recomendação do tratamento ortodôntico com a satisfação com o tratamento realizado.	20
Tabela XI. Associação da satisfação com o tratamento ortodôntico com a atenção à higiene oral, a melhoria do sorriso, a melhoria da autoestima e a melhoria da qualidade de vida.....	21
Tabela XII. Motivações para a realização do tratamento ortodôntico.	23
Tabela XIII. Problemas, preocupações, satisfação e bem-estar.	24
Tabela XIV. Fatores que influenciaram a não realização de tratamento ortodôntico – entre os que responderam “Acho que preciso, mas não fiz” – dados da Figura 8.	26
Tabela XV. Fatores que influenciaram a não realização de tratamento ortodôntico – entre os que responderam “Acho que não preciso” – dados da Figura 8.....	27
Tabela XVI. Associação da dificuldade em mastigar com o desconforto ao comer.	27
Tabela XVII. Associação da preocupação com a higiene oral com a satisfação com o sorriso.....	28
Tabela XVIII. Associação da satisfação com o rosto com a satisfação com o sorriso.	28

Tabela XIX. Associação da satisfação com o sorriso com a autoestima.....	29
Tabela XX. Associação da satisfação com o sorriso com a qualidade de vida.	29
Tabela XXI. Associação da autoestima com a qualidade de vida.	30

Abreviaturas

AE	Autoestima
DP	Desvio-padrão
M	Média
OHIP	<i>Oral Health Impact Profile</i>
OHIP-14	<i>Oral Health Impact Profile-14</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
p	valor de significância dos testes estatísticos
QV	Qualidade de vida
QVRSO	Qualidade de vida relacionada à saúde oral
TO	Tratamento ortodôntico
V	Coeficiente <i>V</i> de <i>Kramer</i>

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O conceito de saúde é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.¹ A saúde oral é uma componente de extrema importância da saúde geral e esta contribui para a qualidade de vida relacionada à saúde.²

A qualidade de vida (QV) é um conceito cada vez mais explorado na literatura médica nos últimos anos e é descrita como a “percepção do indivíduo da 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”.²⁻¹⁰

A qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QVRSO) é de natureza multifatorial e reflete a avaliação pessoal sobre a influência das condições orais na vida de um indivíduo, em vários domínios como o funcional, psicológico e social.^{3, 5, 10-15} Deste modo, investigar os fatores que influenciam a QVRSO é fundamental para identificar o impacto da má oclusão no cotidiano das pessoas, uma vez que esta será percebida de forma distinta e individual.^{5, 16, 17}

O conceito de autoestima (AE) refere-se à percepção e avaliação subjetiva que cada indivíduo tem sobre si mesmo, assim como a valorização das suas capacidades de enfrentar o meio envolvente.^{4, 11, 12, 18} Alguns estudos mencionam que este é um traço relativamente estável, contrariamente à QVRSO.^{4, 12} Afirma-se que as características faciais, particularmente as relacionadas com o sorriso, possam influenciar a AE de um indivíduo, em especial no decorrer da fase da adolescência e nos jovens adultos, onde existe maior interação social e afetiva. No entanto, o caráter multidimensional da AE poderá explicar as contradições ainda existentes na literatura sobre uma verdadeira relação direta entre a má oclusão ou o tratamento ortodôntico (TO) e a AE.^{3, 4, 11, 12, 18-20}

A má oclusão não é considerada uma doença, mas sim um desvio do padrão estético e, por isso, nem sempre necessita de intervenção ortodôntica, no entanto, existe uma crescente procura pelo TO na atualidade, por diversos motivos. Apesar de os ortodontistas avaliarem questões de

oclusão, mastigação e fonação para diagnosticar e definir a necessidade de tratamento, os pacientes nem sempre o procuram apenas para razões funcionais, mas também para melhoria da aparência física e do bem-estar psicológico e social.^{5, 6, 12, 21-23}

Algumas das motivações mais comumente relatadas pelos pacientes na procura do tratamento da má oclusão estão relacionadas com a AE, autoconfiança e QV. A visão do paciente é assim igualmente importante à do médico dentista, pois apesar de poderem divergir, a primeira vai complementar as medições clínicas protocolarmente usadas no diagnóstico ortodôntico.^{7, 24} A OMS, nos últimos anos, recomenda que a avaliação focada no paciente no que refere à sua QV seja incluída na investigação clínica. Desta forma, também os ortodontistas se têm direcionado para a autopercepção de cada paciente para compreender melhor as suas necessidades e expectativas, otimizando os resultados do tratamento.¹¹

O TO é capaz de melhorar a aparência física, a estética dentária e a função oral.^{11, 13} Assim, a investigação e compreensão ampla dos resultados da ortodontia na QVRSO e na AE é fundamental para executar cuidados ortodônticos de eficácia mais abrangente, numa visão holística dos pacientes.^{2-4, 25}

Os efeitos que as doenças ou alterações na cavidade oral provocam na QVRSO podem ser estudados através de avaliações quantitativas, como por exemplo questionários.²⁶ Com o crescente interesse por parte dos médicos dentistas, relativamente à autopercepção dos pacientes sobre o impacto das alterações da saúde oral na vida em geral, foram desenvolvidos vários questionários com o objetivo de avaliar essas questões, sendo o *Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14)* um dos instrumentos mais utilizados na atualidade, em diferentes populações. O OHIP na sua versão original é composto por 49 itens subdivididos em 7 domínios: limitação funcional, desconforto físico, desconforto psicológico, deficiência física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem. *Slade*, em 1997, desenvolveu uma versão mais reduzida deste questionário, com apenas 14 questões e este é um instrumento validado, com elevada confiabilidade e precisão.^{13, 27-29}

Esta investigação apresenta como principal objetivo, avaliar a autoperceção do impacto do tratamento ortodôntico na autoestima e qualidade de vida de estudantes universitários e as suas principais motivações na procura do tratamento.

MATERIAIS E MÉTODOS

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1. Tipo de estudo

Este estudo é do tipo transversal.

2.2. Período do estudo

O presente estudo foi desenvolvido de janeiro de 2021 a maio de 2021.

2.3. Revisão da literatura

Para o desenvolvimento deste estudo foi utilizada a base de dados *Medline (PubMed)*.

As palavras-chave utilizadas foram “tratamento ortodôntico”, “autoestima”, “qualidade de vida”, “qualidade de vida relacionada à saúde oral”, “motivações” e “OHIP-14”.

2.4. Considerações éticas

Esta investigação não prevê riscos ou desconfortos associados. O questionário foi de carácter totalmente anónimo, não sendo solicitadas informações que permitissem a identificação dos participantes.

O estudo obteve parecer favorável por parte da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (em anexo).

O questionário foi aprovado pelo Serviço de Tratamento de Dados da Universidade do Porto (em anexo).

2.5. Critérios de elegibilidade

2.5.1. População-alvo

Este estudo foi direccionado a estudantes universitários.

2.5.2. Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram: “estudantes universitários”, “ter realizado e terminado tratamento ortodôntico” ou “nunca ter realizado tratamento ortodôntico”.

2.5.3. Critérios de exclusão

Estudantes em fase ativa do tratamento ortodôntico no momento da recolha de dados.

2.6. Metodologia

Foi desenvolvido e aplicado um questionário *online*, suportado pela plataforma *Google Forms*, a estudantes universitários, com participação voluntária e anónima. Este apresentava toda a informação necessária acerca do seu preenchimento inclusivamente o consentimento do participante (em anexo).

O questionário aplicado neste estudo, denominado de “O impacto do tratamento ortodôntico na autoestima e qualidade de vida de estudantes universitários” foi baseado no “*OHIP-14*” e no questionário “*Quality of Life Questionnaire*” aplicado num estudo também direcionado a pacientes ortodônticos.²² As questões foram adaptadas ao tema deste estudo e foram ainda acrescentadas algumas questões específicas do tratamento ortodôntico, como motivações, limitações, expectativas e satisfação (em anexo).

O Serviço de Comunicação e Imagem da Universidade do Porto divulgou o questionário, através do *e-mail* institucional, no dia 15 de fevereiro de 2021, para potencialmente 21313 estudantes. Este foi ainda divulgado a diversos estudantes.

O questionário foi direcionado a estudantes universitários que já realizaram e terminaram o tratamento ortodôntico e a estudantes que nunca o fizeram. Desta forma, este está dividido em 4 secções:

- Secção I – consentimento informado;
- Secção II – caracterização sociodemográfica;
- Secção III – estudantes com tratamento ortodôntico;
- Secção IV – estudantes sem tratamento ortodôntico;

2.7. Análise estatística

A análise estatística foi realizada com o programa de análise estatística IBM SPSS®, versão 26 para *Windows* (IBM Corp. Released, 2018).³⁰

As variáveis incluídas no estudo foram caracterizadas através de frequência (variáveis qualitativas) e das medidas descritivas mínimo, máximo, média e desvio-padrão (variáveis quantitativas).

Relativamente aos testes estatísticos, foi utilizado o Teste de independência do Qui-quadrado para o estudo da associação entre variáveis qualitativas. Trata-se de um teste estatístico usado para estudar a associação/dependência entre duas variáveis qualitativas nominais. Pode ser usado para testar se dois ou mais grupos diferem relativamente a uma determinada característica avaliada através de uma variável nominal (Marôco, 2011).³¹ Foi ainda usado o Coeficiente V de *Kramer* para avaliar a correlação entre variáveis qualitativas nominais. Este coeficiente não paramétrico é apropriado para medir a força da intensidade de associação entre duas variáveis nominais. Pode variar entre 0 e 1 – quanto mais próximo de 1, mais forte é a associação entre as variáveis (Marôco, 2011).³¹

Foi considerado um nível de significância de 5% ($p < 0.05$) para as conclusões relativamente aos resultados dos testes estatísticos.

RESULTADOS

3. RESULTADOS

3.1. Caracterização da amostra

A amostra é composta por 1356 estudantes do Ensino Superior – 869 (64.1%) que “já realizaram algum TO” e 487 (35.9%) que “nunca realizaram TO” (Figura 1 e Tabela I).

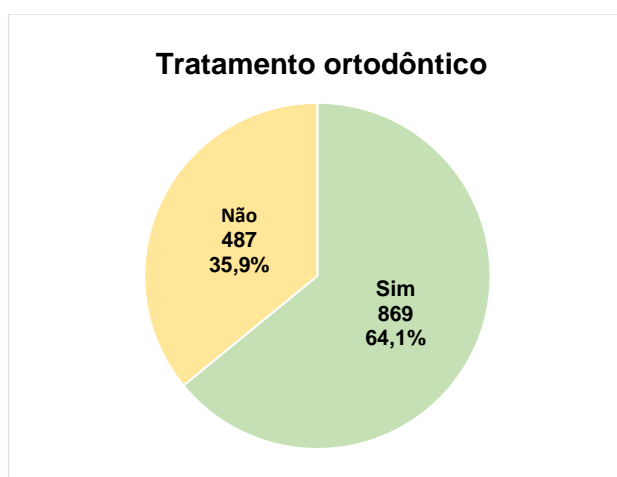


Figura 1. Distribuição da amostra relativamente à realização de tratamento ortodôntico (N = 1356).

Tabela I. Caracterização da amostra, no total, nos participantes que já fizeram tratamento ortodôntico e nos que nunca fizeram (percentagens por coluna).

	Tratamento ortodôntico		
	Total (N = 1356)	Não (n = 487)	Sim (n = 869)
Sexo			
Feminino	1065 (78.5%)	356 (73.1%)	709 (81.6%)
Masculino	291 (21.5%)	131 (26.9%)	160 (18.4%)
Idade			
Média (desvio-padrão)	22.4 (5.2)	22.4 (5.9)	22.4 (4.8)
Mínimo - máximo	17 - 59	18 - 59	17 - 57
Área de estudos			
Saúde	560 (41.3%)	176 (36.1%)	384 (44.2%)
Ciências	166 (12.2%)	76 (15.6%)	90 (10.4%)
Artes e Humanidades	162 (11.9%)	59 (12.1%)	103 (11.9%)
Engenharias	156 (11.5%)	52 (10.7%)	104 (12.0%)
Ciências Socioeconómicas	153 (11.3%)	60 (12.3%)	93 (10.7%)

Tabela I. Caracterização da amostra, no total, nos participantes que já fizeram tratamento ortodôntico e nos que nunca fizeram (percentagens por coluna). – Continuação.

Outra	159 (11.7%)	64 (13.1%)	95 (10.9%)
Instituição de Ensino			
Universidade do Porto	830 (61.2%)	290 (59.5%)	540 (62.1%)
Universidade do Minho	124 (9.1%)	51 (10.5%)	73 (8.4%)
Universidade Fernando Pessoa	68 (5.0%)	25 (5.1%)	43 (4.9%)
Instituto Politécnico do Porto	58 (4.3%)	24 (4.9%)	34 (3.9%)
Inst. Port. de Adm. de Marketing	38 (2.8%)	19 (3.9%)	19 (2.2%)
Universidade de Coimbra	38 (2.8%)	9 (1.8%)	29 (3.3%)
Universidade de Lisboa	31 (2.3%)	11 (2.3%)	20 (2.3%)
Universidade Católica Portuguesa	23 (1.7%)	4 (0.8%)	19 (2.2%)
Universidade Nova de Lisboa	22 (1.6%)	7 (1.4%)	15 (1.7%)
Univ. Trás-os-Montes e Alto Douro	11 (0.8%)	5 (1.0%)	6 (0.7%)
Universidade de Aveiro	8 (0.6%)	1 (0.2%)	7 (0.8%)
Outras	105 (7.7%)	41 (8.4%)	64 (7.4%)

A maioria dos estudantes da amostra é do sexo feminino (78.5%): 81.6% dos estudantes que já realizaram TO e 73.1% dos que nunca realizaram TO. Relativamente à idade, variou entre os 17 e os 59 anos. A idade média foi de 22.4 anos no total da amostra e em ambos os grupos de participantes (Tabela I).

Predominaram os alunos de cursos da área da Saúde (41.3%), tanto no grupo de estudantes que já realizaram TO (44.2%) como nos que nunca realizaram (36.1%). Relativamente à instituição de ensino, mais de metade estudavam na Universidade do Porto (61.2%) (Tabela I). Foram associadas num grupo denominado “Outras” as universidades com número reduzido de respostas em cada uma.

3.2. Influência do sexo e da área de estudos na realização de tratamento ortodôntico

Na Tabela II e Figura 2 são apresentadas as percentagens de estudantes que já realizaram TO por sexo e por áreas de estudos.

Os resultados mostram que, a percentagem de estudantes que já realizou TO é significativamente mais alta no sexo feminino (66.6%) do que no masculino (55.0%) ($p < 0.001$). Foram também encontradas diferenças significativas relativamente à área de estudos ($p = 0.013$): a percentagem foi mais alta nos estudantes das áreas da Saúde (68.6%) e Engenharias (66.7%) e mais baixa na área das Ciências (54.2%).

Tabela II. Comparação nos participantes que já fizeram tratamento ortodôntico e nos que nunca fizeram (percentagens por linha).

	N	Tratamento ortodôntico		Teste do Qui-quadrado
		Não	Sim	
Total da amostra	1356	487 (35.9%)	869 (64.1%)	-
Por sexo				
Feminino	1065	356 (33.4%)	709 (66.6%)	p < 0.001
Masculino	291	131 (45.0%)	160 (55.0%)	
Por área de estudos				
Saúde	560	176 (31.4%)	384 (68.6%)	p = 0.013
Ciências	166	76 (45.8%)	90 (54.2%)	
Artes e Humanidades	162	59 (36.4%)	103 (63.6%)	
Engenharias	156	52 (33.3%)	104 (66.7%)	
Ciências Socioeconómicas	153	60 (39.2%)	93 (60.8%)	
Outra	159	64 (40.3%)	95 (59.7%)	

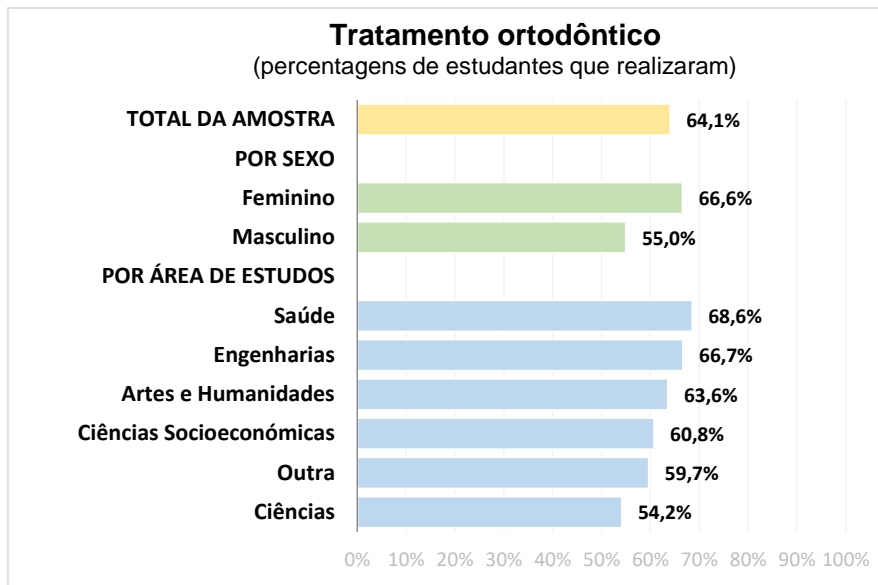


Figura 2. Percentagens de participantes que já realizaram tratamento ortodôntico, no total da amostra, por sexo e por área de estudo.

3.3. Estudantes com tratamento ortodôntico

Nesta secção são apresentados os resultados da análise das respostas dos 869 estudantes que já realizaram algum TO.

3.3.1. Tempo de tratamento e aparelhos usados

Dos 869 estudantes que referiram “já ter realizado algum TO”, cerca de metade fez “há mais de 5 anos” (49.3%). A grande maioria utilizou “aparelho fixo (*brackets*)” (95%) (Tabela III).

Tabela III. Tempo de tratamento e aparelhos usados para o tratamento ortodôntico (N = 869).

		n	%
Há quanto tempo terminou o tratamento ortodôntico?	Há menos de 1 ano	106	12.2%
	Há mais de 1 ano e menos de 5 anos	335	38.6%
	Há mais de 5 anos	428	49.3%
Aparelhos utilizados ⁽¹⁾	Aparelho fixo (<i>brackets</i>)	826	95.1%
	Aparelho removível	198	22.8%
	Expansor/disjuntor maxilar fixo	114	13.1%
	Alinhador invisível	76	8.7%
	Aparelho extra-oral	24	2.8%
	Outro	8	0.9%

(1) pergunta com mais do uma opção de resposta.

3.3.2. Motivações para a realização do tratamento ortodôntico

As principais motivações para a realização do TO foram a “recomendação clínica” (64.2% referiu que “teve muita influência” e 23.9% que “teve alguma influência”) e a “estética” (55.6% referiu que “teve muita influência” e 31.0% que “teve alguma influência”). Seguiu-se a “decisão pessoal”, que foi referida como tendo tido “muita influência” por 54.3% dos estudantes e “alguma influência” por 27.6%. De destacar que 31.2% dos estudantes afirmou que os “problemas de saúde oral” não foram uma motivação para a realização do TO (Tabela IV e Figura 3).

Tabela IV. Motivações para a realização do tratamento ortodôntico (N = 869).

	Sem influência (0)	Pouca influência (1)	Alguma influência (2)	Muita influência (3)	M (DP)
Estética	5.4%	8.1%	31.0%	55.6%	2.37 (0.85)
Recomendação clínica	4.0%	7.8%	23.9%	64.2%	2.48 (0.81)
Problemas de saúde oral	31.2%	22.9%	22.3%	23.6%	1.38 (1.15)
Opinião de outros	55.7%	27.8%	12.0%	4.5%	0.65 (0.86)
Decisão de pais ou tutores	16.8%	13.8%	31.8%	37.6%	1.90 (1.09)
Decisão pessoal	8.1%	10.0%	27.6%	54.3%	2.28 (0.94)

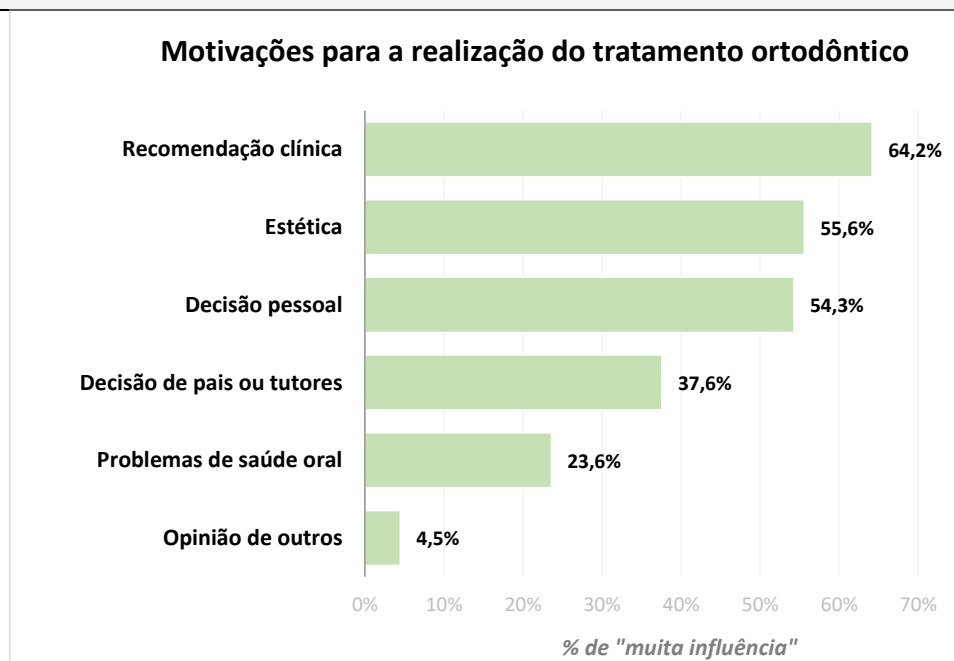


Figura 3. Motivações para a realização do tratamento ortodôntico – percentagens de estudantes que responderam “muita influência” (N = 869)

3.3.3. Impacto do tratamento ortodôntico

Relativamente ao impacto do TO (Tabela V e Figura 4), os aspetos mais referidos (por mais de 80% dos estudantes) foram a “melhoria considerável no alinhamento dos seus dentes” (94.7%), a “melhoria do sorriso” (92.4%), o “maior conforto em sorrir em público” (84.6%), a “melhoria da AE” (83.3%) e uma “maior atenção à higiene oral” (81.1%).

Tabela V. Impacto do tratamento ortodôntico (N = 869).

	Não	Talvez	Sim
Notou que melhorou na articulação de algumas palavras	52.4%	26.0%	21.6%
Notou melhoria considerável no alinhamento dos seus dentes	2.2%	3.1%	94.7%
Sente que agora tem menos problemas com a sua boca e dentes, no dia-a-dia	21.7%	23.7%	54.5%
Acha que a mastigação de alimentos melhorou	31.5%	31.1%	37.4%
Acha que na generalidade come com mais conforto	29.3%	29.3%	41.3%
Sente que passou a ser mais atento/a à sua higiene oral	10.2%	8.6%	81.1%
Considera que o seu rosto melhorou	16.9%	15.3%	67.8%
Considera que o seu sorriso melhorou	3.9%	3.7%	92.4%
Considera que a sua autoestima melhorou	7.8%	8.9%	83.3%
Considera que a sua qualidade de vida melhorou	11.9%	19.1%	69.0%
Sente-se mais confortável em sorrir em público	8.7%	6.7%	84.6%
Considera que o seu nível de aceitação social aumentou	44.3%	23.4%	32.3%
Considera que melhorou o seu bem-estar emocional e as suas relações sociais	28.2%	21.3%	50.5%
Sente que as pessoas que o/a rodeiam (familiares, amigos, colegas de trabalho) apreciam mais o seu sorriso	14.7%	27.6%	57.7%

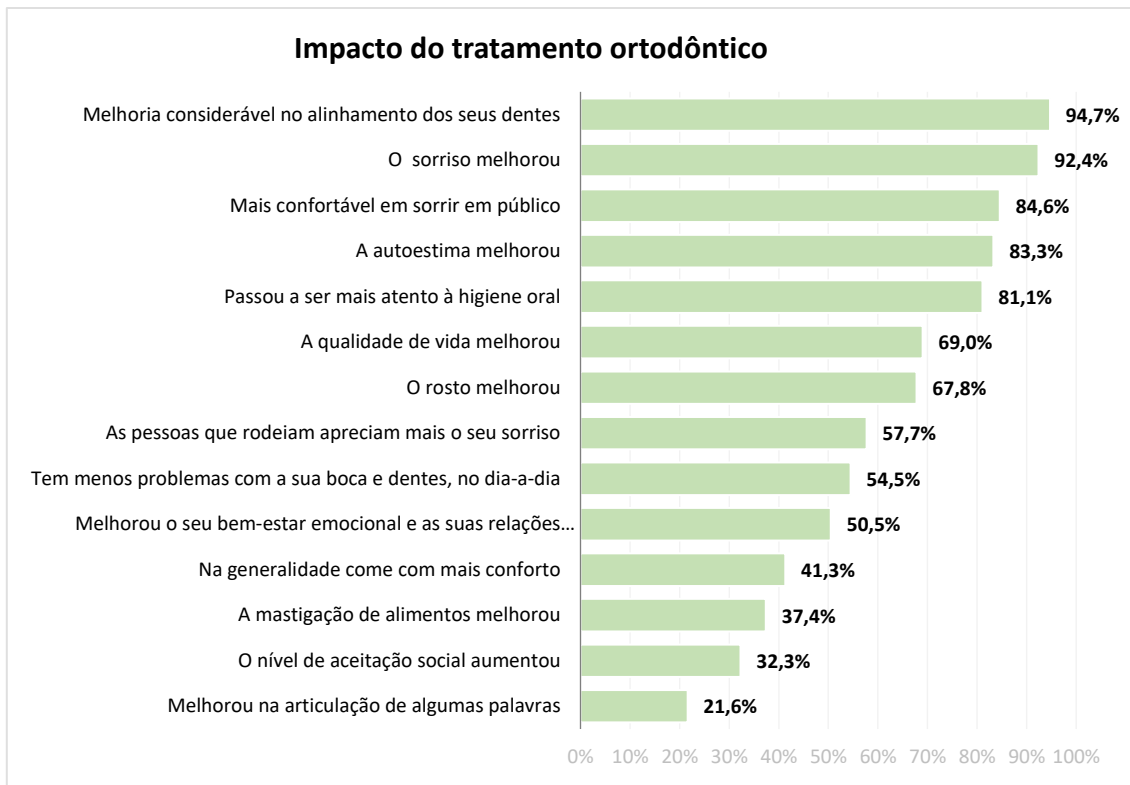


Figura 4. Impacto do tratamento ortodôntico – percentagens de estudantes que responderam “sim” (N = 869).

3.3.4. Satisfação com o tratamento ortodôntico

A maioria dos estudantes “está satisfeita” (50.4%) ou “totalmente satisfeita” (44.0%) com o TO que fez e referiu que “se fosse necessário, voltaria a realizar TO” (79.7%) e que o “recomendaria a pessoas com problema semelhante ao seu” (92.9%) (Tabela VI).

Tabela VI. Satisfação com o tratamento ortodôntico (N = 869).

		n	%
O quão satisfeito/a está com os resultados do seu tratamento ortodôntico	Nada satisfeito/a	9	1.0%
	Pouco satisfeito/a	40	4.6%
	Satisfeito/a	438	50.4%
	Totalmente satisfeito/a	382	44.0%
Se fosse necessário, voltaria a realizar tratamento ortodôntico?	Sim	693	79.7%
	Não	56	6.4%
	Talvez	120	13.8%
Recomendaria o tratamento ortodôntico a pessoas com problema semelhante ao seu?	Sim	807	92.9%
	Não	14	1.6%
	Talvez	48	5.5%

3.3.5. Associação entre variáveis

Dos 325 estudantes que acham que “a mastigação de alimentos melhorou”, 87.1% referiu que, na generalidade, “come com mais conforto”. Registou-se uma associação forte entre as respostas às duas questões ($V = 0.663$, $p < 0.001$), ou seja, uma tendência dos estudantes darem a mesma resposta às duas questões (Tabela VII).

Tabela VII. Associação da melhoria de mastigação de alimentos com a melhoria do conforto ao comer (percentagens por linha).

	Acha que na generalidade come com mais conforto?		
	Sim	Não	Talvez
Acha que a mastigação de alimentos melhorou?			
Sim (n = 325)	283 (87.1%)	13 (4.0%)	29 (8.9%)
Não (n = 274)	27 (9.9%)	206 (75.2%)	41 (15.0%)
Talvez (n = 270)	49 (18.1%)	36 (13.3%)	185 (68.5%)
Coeficiente V de Kramer		$V = 0.663$, $p < 0.001$	

Quase todos os estudantes que consideraram que “o seu rosto melhorou”, também consideraram que “o sorriso melhorou” (98.3%). Contudo nos que responderam que “o seu rosto não melhorou” ou “talvez tenha melhorado”, estas percentagens foram mais baixas, 72.8% e 88.0%, respetivamente. Registou-se uma associação significativa entre as respostas às duas questões ($V = 0.303$, $p < 0.001$) (Tabela VIII).

Tabela VIII. Associação da melhoria do rosto com a melhoria do sorriso (percentagens por linha).

	Considera que o seu sorriso melhorou?		
	Sim	Não	Talvez
Considera que o seu rosto melhorou?			
Sim (n = 589)	579 (98.3%)	4 (0.7%)	6 (1.0%)
Não (n = 147)	107 (72.8%)	29 (19.7%)	11 (7.5%)
Talvez (n = 133)	117 (88.0%)	1 (0.8%)	15 (11.3%)
Coeficiente V de Kramer		$V = 0.303$, $p < 0.001$	

Dos estudantes que consideraram que a sua “AE melhorou”, 78.2% referiu que a sua “QV também melhorou”, 5.4% referiu que a “QV não melhorou” e 16.4% respondeu “talvez”. Registou-se uma associação significativa entre as respostas às duas questões ($V = 0.392$, $p < 0.001$) (Tabela IX).

Tabela IX. Associação da melhoria da autoestima com a melhoria da qualidade de vida (percentagens por linha).

	Considera que a sua qualidade de vida melhorou?		
	Sim	Não	Talvez
Considera que a sua autoestima melhorou?			
Sim (n = 724)	566 (78.2%)	39 (5.4%)	119 (16.4%)
Não (n = 68)	13 (19.1%)	42 (61.8%)	13 (19.1%)
Talvez (n = 77)	21 (27.3%)	22 (28.6%)	34 (44.2%)
Coeficiente V de Kramer		$V = 0.392$, $p < 0.001$	

Dos apenas 14 estudantes que afirmaram que “não recomendariam o TO”, mais de metade (57.1%) ficou “nada” ou “pouco satisfeito” com o tratamento que realizou, 42.9% ficou “satisfeito” e nenhum ficou “muito satisfeito”. Registou-se uma tendência oposta nos que disseram que “recomendariam o TO”: a maioria ficou “satisfeito” (49.3%) ou “muito satisfeito” (46.5%) com o tratamento realizado. Registou-se uma associação significativa entre a recomendação do TO e a satisfação com o tratamento ($p < 0.001$) (Tabela X).

Tabela X. Associação da recomendação do tratamento ortodôntico com a satisfação com o tratamento realizado (percentagens por linha).

	Satisfação com os resultados do tratamento ortodôntico		
	Nada/pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Recomendaria o tratamento ortodôntico a pessoas com problema semelhante ao seu?			
Sim (n = 807)	34 (4.2%)	398 (49.3%)	375 (46.5%)
Não (n = 14)	8 (57.1%)	6 (42.9%)	0 (0.0%)
Talvez (n = 48)	7 (14.6%)	34 (70.8%)	7 (14.6%)
Teste do Qui-quadrado		$p < 0.001$	

Os resultados da Tabela XI mostram que maioria dos estudantes “satisfeitos” ou “muito satisfeitos” com o TO sente que “passou a ser mais atento à sua higiene oral” (81.1% nos satisfeitos e 84.0% nos muito satisfeitos), considera que o “sorriso melhorou” (94.7% nos “satisfeitos” e 96.9% nos “muito satisfeitos”), que a “AE melhorou” (82.2% nos “satisfeitos” e 90.8% nos “muito satisfeitos”) e que a “QV melhorou” (66.4% nos “satisfeitos” e 77.5% nos “muito satisfeitos”). Estas percentagens foram significativamente mais baixas ($p < 0.001$) nos estudantes “pouco” ou “nada satisfeitos” com o TO: 59.2% “passou a ser mais atento à sua higiene oral”, 36.7% considerou que o “sorriso melhorou”, 34.7% que a “AE melhorou” e 26.5% que a sua “QV melhorou”.

Tabela XI. Associação da satisfação com o tratamento ortodôntico com a atenção à higiene oral, a melhoria do sorriso, a melhoria da autoestima e a melhoria da qualidade de vida (percentagens por coluna).

	Satisfação com os resultados do tratamento ortodôntico			Teste do Qui-quadrado
	Nada/pouco satisfeito (n = 49)	Satisfeito (n = 438)	Muito satisfeito (n = 382)	
Sente que passou a ser mais atento/a à sua higiene oral?				$p < 0.001$
Sim	29 (59.2%)	355 (81.1%)	321 (84.0%)	
Não	17 (34.7%)	44 (10.0%)	28 (7.3%)	
Talvez	3 (6.1%)	39 (8.9%)	33 (8.6%)	
Considera que o seu sorriso melhorou?				$p < 0.001$
Sim	18 (36.7%)	415 (94.7%)	370 (96.9%)	
Não	20 (40.8%)	9 (2.1%)	5 (1.3%)	
Talvez	11 (22.4%)	14 (3.2%)	7 (1.8%)	
Considera que a sua autoestima melhorou?				$p < 0.001$
Sim	17 (34.7%)	360 (82.2%)	347 (90.8%)	
Não	22 (44.9%)	31 (7.1%)	15 (3.9%)	
Talvez	10 (20.4%)	47 (10.7%)	20 (5.2%)	
Considera que a sua qualidade de vida melhorou?				$p < 0.001$
Sim	13 (26.5%)	291 (66.4%)	296 (77.5%)	
Não	21 (42.9%)	54 (12.3%)	28 (7.3%)	
Talvez	15 (30.6%)	93 (21.2%)	58 (15.2%)	

3.4. Estudantes sem tratamento ortodôntico

Nesta secção são apresentados os resultados da análise das respostas dos 487 estudantes que nunca realizaram TO.

3.4.1. Interesse e motivações para realizar tratamento ortodôntico

Dos 487 estudantes que nunca realizaram TO, 35.7% afirmou que “gostaria de realizar TO”, 29.4% respondeu “não” e 34.9% respondeu “talvez” (Figura 5).

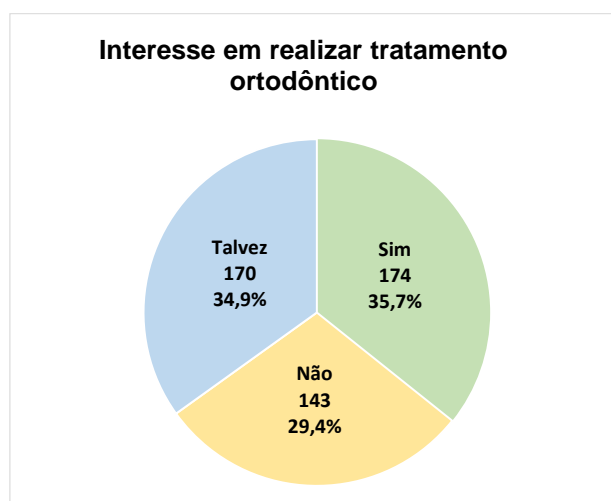


Figura 5. Interesse na realização de tratamento ortodôntico “Gostaria de realizar tratamento ortodôntico?” (N = 487).

Relativamente aos motivos que levariam os estudantes a realizar um TO (Tabela XII e Figura 6), os mais referidos foram a “estética” (48.7% referiu que teria “muita influência” e 40.2% que teria “alguma influência”), a “recomendação clínica” (57.1% referiu que teria “muita influência” e 27.3% que teria “alguma influência”), “problemas de saúde oral” (62.2% referiu que teria “muita influência” e 15.8% que teria “alguma influência”) e a “decisão pessoal” (51.5% referiu que teria “muita influência” e 35.7% que teria “alguma influência”).

Tabela XII. Motivações para a realização do tratamento ortodôntico (N = 487).

	Sem influência (0)	Pouca influência (1)	Alguma influência (2)	Muita influência (3)	M (DP)
Estética	4.7%	6.4%	40.2%	48.7%	2.33 (0.80)
Recomendação clínica	7.2%	8.4%	27.3%	57.1%	2.34 (0.91)
Problemas de saúde oral	13.3%	8.6%	15.8%	62.2%	2.27 (1.08)
Opinião de outros	35.3%	40.7%	18.1%	6.0%	0.95 (0.88)
Recomendação da família	27.9%	32.6%	32.2%	7.2%	1.19 (0.93)
Decisão pessoal	5.5%	7.2%	35.7%	51.5%	2.33 (0.84)

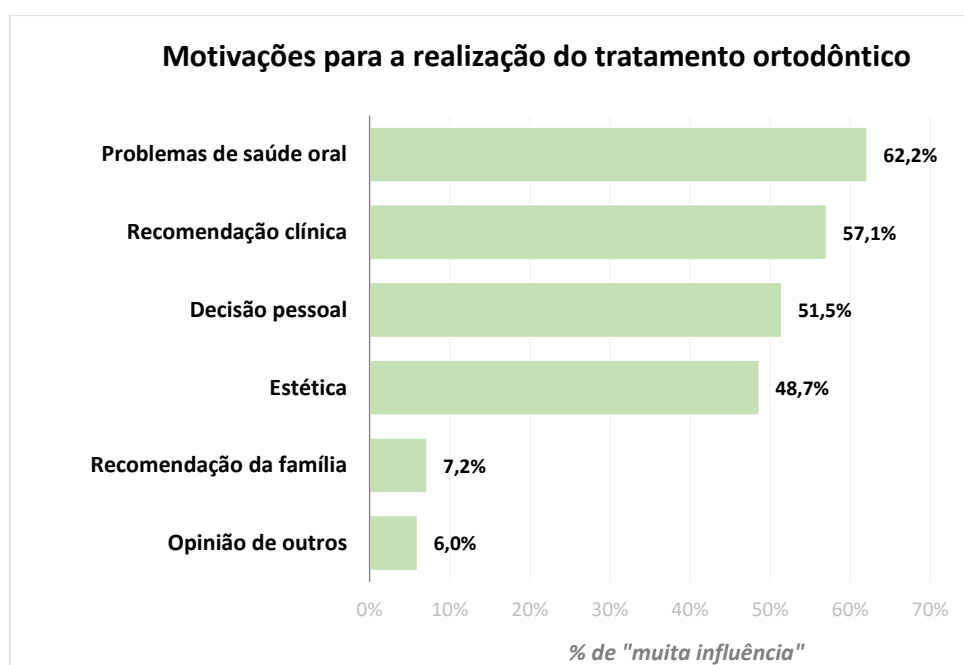


Figura 6. Motivações para a realização do tratamento ortodôntico – percentagens de estudantes que responderam “muita influência” (N = 487).

3.4.2. Problemas, preocupações, satisfação e bem-estar

Dos 487 estudantes que nunca realizaram TO, 96,1% referiu “estar preocupado com a sua higiene oral”. De destacar que 46.2% afirmou “ter problemas de alinhamento dentário” e 18.3% “sente que problemas orais (boca ou dentes) têm afetado o seu dia-a-dia” (Tabela XIII e Figura 7).

Tabela XIII. Problemas, preocupações, satisfação e bem-estar (N = 487).

	Não	Talvez	Sim
Problemas e preocupações			
Tem tido problemas em articular algumas palavras	85.8%	7.6%	6.6%
Tem problemas de alinhamento dentário	37.0%	16.8%	46.2%
Sente que problemas orais (boca ou dentes) têm afetado o seu dia-a-dia	70.4%	11.3%	18.3%
Acha que a sua mastigação está prejudicada devido a problemas de alinhamento dos dentes	80.1%	9.0%	10.9%
Na generalidade, sente algum desconforto enquanto come	85.2%	7.6%	7.2%
É preocupado/a com a sua higiene oral	0.4%	3.5%	96.1%
Satisfação e bem-estar			
Está satisfeito/a com o seu rosto	16.8%	15.4%	67.8%
Está satisfeito/a com o seu sorriso	31.2%	19.1%	49.7%
Considera-se uma pessoa com boa autoestima	24.4%	26.7%	48.9%
Considera-se uma pessoa com bom nível de qualidade de vida	4.9%	14.4%	80.7%
Sente-se confortável em sorrir em público	14.8%	12.9%	72.3%
Considera-se uma pessoa com boa aceitação social	2.9%	17.5%	79.7%
Considera-se uma pessoa com bem-estar emocional e boas relações sociais	7.0%	20.5%	72.5%
Sente que as pessoas que o/a rodeiam (familiares, amigos, colegas de trabalho) apreciam o seu sorriso	9.0%	27.1%	63.9%

A maioria considera-se uma pessoa com “bom nível de QV” (80.7%), com “boa aceitação social” (79.7%) e com “bem-estar emocional e boas relações sociais” (72.5%). Relativamente ao rosto e sorriso, 72.3% sente-se “confortável em sorrir em público”, 67.8% está “satisfeito com o seu rosto”, 49.7% está “satisfeito com o seu sorriso” e 63.9% sente que “as pessoas que os rodeiam apreciam o seu sorriso” (Tabela XIII e Figura 7).

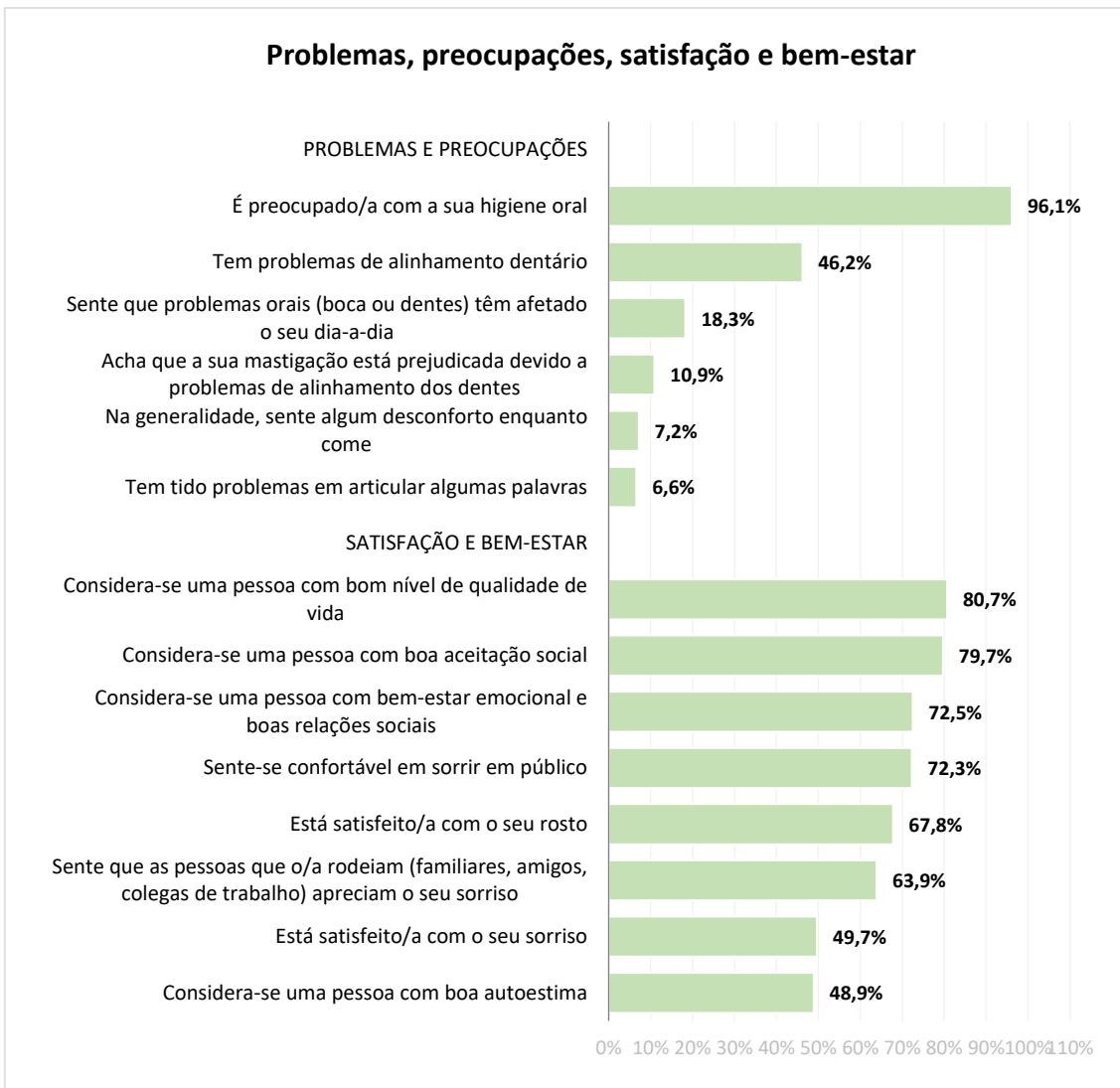


Figura 7. Problemas, preocupações, satisfação e bem-estar – percentagens de estudantes que responderam “sim” (N = 487).

3.4.3. Motivos para a não realização de tratamento ortodôntico

Dos 487 estudantes que nunca realizaram TO, 54.6% “acha que não precisa” e 45.4% “acha que precisam, mas não fez” (Figura 8).

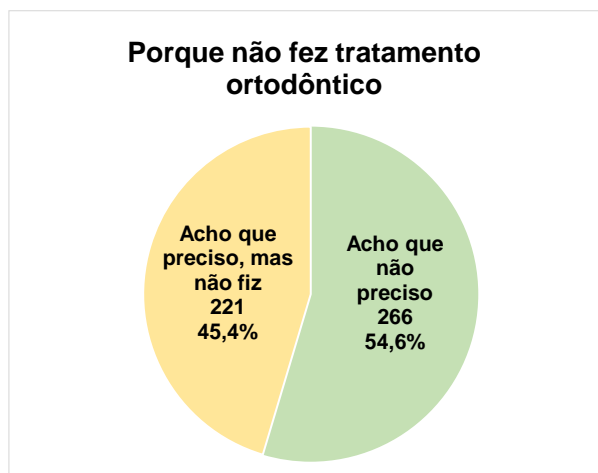


Figura 8. Motivo para não fazer tratamento ortodôntico (N = 487).

Entre os que responderam que “acham que precisam de TO, mas não fizeram” (Tabela XIV), as “questões económicas” foram o motivo que mais influenciou a decisão de não realizar o tratamento – mais de metade respondeu que teve “muita influência” (54.8%) e 19.5% que teve “alguma influência”.

Tabela XIV. Fatores que influenciaram a não realização de tratamento ortodôntico – entre os que responderam “Acho que preciso, mas não fiz” – dados da Figura 8 (N = 221).

	Não aplicável	Sem influência	Pouca influência	Alguma influência	Muita influência
Falta de motivação	13.1%	33.9%	21.3%	19.9%	11.8%
Despreocupação com saúde oral	15.4%	60.6%	14.5%	9.5%	0.0%
Receio/medo de tratamentos dentários	11.3%	35.3%	21.7%	19.9%	11.8%
Questões económicas	6.3%	8.1%	11.3%	19.5%	54.8%

Tabela XV. Fatores que influenciaram a não realização de tratamento ortodôntico – entre os que responderam “Acho que não preciso” – dados da Figura 8 (N = 266).

	Não aplicável	Sem influência	Pouca influência	Alguma influência	Muita influência
Falta de motivação	66.9%	19.5%	4.5%	5.3%	3.8%
Despreocupação com saúde oral	68.0%	24.4%	6.0%	0.4%	1.1%
Receio/medo de tratamentos dentários	65.8%	23.7%	3.8%	4.9%	1.9%
Questões económicas	65.0%	20.3%	3.4%	6.8%	4.5%

3.4.4. Associação entre variáveis

Entre os estudantes que acham que “a sua mastigação está prejudicada devido a problemas de alinhamento dos dentes”, 35.8% referiu que “sente algum desconforto enquanto come”, 45.3% referiu que “não sente desconforto” e 18.9% respondeu “talvez”. A maioria dos que consideram que “a mastigação não está prejudicada devido a problemas de alinhamento dos dentes”, “não sente desconforto enquanto come” (93.6%). Registou-se uma associação significativa entre as respostas às duas questões ($V = 0.386$, $p < 0.001$) (Tabela XVI).

Tabela XVI. Associação da dificuldade em mastigar com o desconforto ao comer (percentagens por linha).

	Na generalidade, sente algum desconforto enquanto come?		
	Sim	Não	Talvez
Acha que a sua mastigação está prejudicada devido a problemas de alinhamento dos dentes?			
Sim (n = 53)	19 (35.8%)	24 (45.3%)	10 (18.9%)
Não (n = 390)	13 (3.3%)	365 (93.6%)	12 (3.1%)
Talvez (n = 44)	3 (6.8%)	26 (59.1%)	15 (34.1%)
	Coeficiente V de Kramer		$V = 0.386$, $p < 0.001$

Na Tabela XVII são apresentados os resultados do estudo da associação entre a “preocupação com a higiene oral” e a “satisfação com o sorriso”. Dos 468 estudantes “preocupados com a sua higiene oral”, metade (50.2%) está “satisfeito com o seu sorriso”, 31.2% “não está satisfeito” e 18.6% respondeu “talvez”. Apenas 2 estudantes referiam “não estar preocupados com a sua higiene oral”, pelo que os resultados deste grupo, bem como da associação entre as duas variáveis, não permitem conclusões.

Tabela XVII. Associação da preocupação com a higiene oral com a satisfação com o sorriso (percentagens por linha).

	Está satisfeito/a com o seu sorriso?		
	Sim	Não	Talvez
É preocupado/a com a sua higiene oral?			
Sim (n = 468)	235 (50.2%)	146 (31.2%)	87 (18.6%)
Não (n = 2)	0 (0.0%)	2 (100.0%)	0 (0.0%)
Talvez (n = 17)	7 (41.2%)	4 (23.5%)	6 (35.3%)
Coeficiente V de Kramer		V = 0.087, p = 0.116	

Dos 82 estudantes que “não estão satisfeitos com o seu rosto”, 18.3% “está satisfeito com o seu sorriso”. A percentagem de estudantes “satisfeita com o seu sorriso” foi mais alta entre os que estão “satisfeitos com o rosto” (64.5%). Registou-se uma associação significativa entre as respostas às duas questões (V = 0.405, p < 0.001) indicando que estudantes “satisfeitos com o seu rosto” tendem a estar “satisfeitos também com o sorriso”, e vice-versa (Tabela XVIII).

Tabela XVIII. Associação da satisfação com o rosto com a satisfação com o sorriso (percentagens por linha).

	Está satisfeito/a com o seu sorriso?		
	Sim	Não	Talvez
Está satisfeito/a com o seu rosto?			
Sim (n = 330)	213 (64.5%)	57 (17.3%)	60 (18.2%)
Não (n = 82)	15 (18.3%)	65 (79.3%)	2 (2.4%)
Talvez (n = 75)	14 (18.7%)	30 (40.0%)	31 (41.3%)
Coeficiente V de Kramer		V = 0.405, p < 0.001	

Os resultados da Tabela XIX mostram uma associação significativa entre a “satisfação com o sorriso” e a “AE” ($V = 0.388$, $p < 0.001$). Dos 242 estudantes que “estão satisfeitos com o seu sorriso”, a maioria (64.5%) considera-se uma pessoa com “boa AE”, 24.0% respondeu “talvez” e apenas 11.6% “não tem boa AE”. Pelo contrário, entre os estudantes que “não estão satisfeitos com o seu sorriso”, apenas 28.3% tem “boa AE” e quase metade (47.4%) “não tem boa AE”.

Tabela XIX. Associação da satisfação com o sorriso com a autoestima (percentagens por linha).

	Considera-se uma pessoa com boa autoestima?		
	Sim	Não	Talvez
Está satisfeito com o seu sorriso?			
Sim (n = 242)	156 (64.5%)	28 (11.6%)	58 (24.0%)
Não (n = 152)	43 (28.3%)	72 (47.4%)	37 (24.3%)
Talvez (n = 93)	39 (41.9%)	19 (20.4%)	35 (37.6%)
Coeficiente V de Kramer		$V = 0.388$, $p < 0.001$	

Os resultados da Tabela XX mostram que a percentagem de estudantes que considera ter um “bom nível de QV” é mais alta nos que “estão satisfeitos com o seu sorriso” (84.3%) do que nos que “não estão satisfeitos” (70.4%). Pelo contrário, a percentagem dos que “não têm um bom nível de QV” é mais alta entre os que “não estão satisfeitos com o sorriso” (8.6%) do que nos que “estão satisfeitos” (3.7%). A associação entre as duas variáveis foi significativa, mas de fraca intensidade ($V = 0.130$, $p = 0.003$).

Tabela XX. Associação da satisfação com o sorriso com a qualidade de vida (percentagens por linha).

	Considera-se uma pessoa com bom nível de qualidade de vida?		
	Sim	Não	Talvez
Está satisfeito com o seu sorriso?			
Sim (n = 242)	204 (84.3%)	9 (3.7%)	29 (12.0%)
Não (n = 152)	107 (70.4%)	13 (8.6%)	32 (21.1%)
Talvez (n = 93)	82 (88.2%)	2 (2.2%)	9 (9.7%)
Coeficiente V de Kramer		$V = 0.130$, $p = 0.003$	

Dos 238 estudantes com “boa AE”, a maioria afirmou ter “boa QV” (92.0%). Esta percentagem foi mais alta do que nos estudantes que referiram “não ter boa AE” (73.1%) (Tabela XXI).

Tabela XXI. Associação da autoestima com a qualidade de vida (percentagens por linha).

	Considera-se uma pessoa com bom nível de qualidade de vida?		
	Sim	Não	Talvez
Considera-se uma pessoa com boa autoestima?			
Sim (n = 238)	219 (92.0%)	9 (3.8%)	10 (4.2%)
Não (n = 119)	87 (73.1%)	10 (8.4%)	22 (18.5%)
Talvez (n = 130)	87 (66.9%)	5 (3.8%)	38 (29.2%)
Coeficiente V de Kramer		V = 0.227, p < 0.001	

DISCUSSÃO

4. DISCUSSÃO

Atualmente, tem existindo um reconhecimento crescente dos efeitos das alterações dentofaciais no bem-estar emocional, social e psicológico das pessoas. Isto tem resultado num aumento do foco clínico na melhoria da QV e de outros aspetos psicológicos e, desta forma, as variantes psicológicas da má oclusão e do TO têm vindo a tornar-se temas comuns na ortodontia moderna.^{16, 21-23, 29}

Os benefícios que o TO oferece ultrapassam o alinhamento dentário e a harmonização da oclusão. Este pode melhorar o bem-estar das pessoas, contribuindo para a AE e para a QV.³

A QV está subdividida em vários domínios e é difícil de ser avaliada por uma só medida, por isso, são utilizados vários parâmetros para avaliá-la, como aspetos funcionais, psicológicos e sociais.²⁷

A AE é um conceito igualmente amplo que envolve subconceitos como a autovalorização global e, a autoperceção da forma como lidamos com o ambiente que nos rodeia.^{4, 18}

Deste modo, torna-se crucial compreender a interação entre a má oclusão, a QVRSO e a AE, para desenvolver cuidados ortodônticos eficazes. Portanto, a aplicação de medidas convergentes no paciente, em ortodontia, é fundamental para avaliar as necessidades de tratamento e os seus resultados, assim como gerir as expectativas do paciente.^{4, 11, 27}

Com esta investigação pretendeu-se estudar o impacto que o TO poderá ter na QV e AE de estudantes universitários que já realizaram e terminaram o tratamento, tal como as suas motivações e a satisfação com o mesmo. Foi igualmente avaliado, em estudantes que nunca foram tratados ortodonticamente, as suas principais motivações, preocupações e interesses com a saúde oral e os fatores limitantes do TO.

4.1. Caracterização da amostra

A amostra deste estudo é composta por 1356 estudantes. Esta foi dividida em dois grupos distintos, o grupo de estudantes que já realizou TO (N = 867) e o grupo que nunca realizou (N = 487) (Figura 1).

O facto de aqueles já terem experienciado o tratamento foi, provavelmente, a razão que despoletou maior interesse no preenchimento do questionário. O facto de mais de metade dos participantes já ter sido tratado ortodonticamente, presumivelmente está relacionado com a média de idades para este grupo ter sido 22.4 anos, uma vez que estes já passaram pelo intervalo de idades em que geralmente é realizado o TO, pois crianças, adolescentes e adultos jovens são os pacientes ortodônticos mais comuns. Apesar disso, existe uma tendência cada vez maior pela procura do TO por pacientes adultos. Este facto parece justificar-se principalmente pela crescente perspectiva preventiva da medicina dentária moderna, pelo padrão estético existente na sociedade, pela facilidade de acesso à informação e pelos avanços tecnológicos constantes na área da ortodontia.^{11, 12, 22, 24}

Estudos anteriores sobre este tema, afirmam que as mulheres apresentam maior preocupação com a beleza e têm melhor auto percepção da necessidade do TO e dos consequentes resultados estéticos. Mostram que a má oclusão é mais preocupante para as mulheres do que para os homens e, dessa forma, parece existir diferenças nos impactos psicossociais entre os sexos e nas suas percepções sobre a aparência dentária e facial. Atualmente, existe um número consideravelmente superior de estudantes mulheres em cursos de saúde comparativamente aos homens.^{20, 22, 32} Estas constatações poderão esclarecer a prevalência do sexo feminino no total de respostas (Tabela I).

Obtiveram-se mais respostas de estudantes de áreas da saúde comparativamente a outras, o que poderá ser justificado numa maior motivação e interesse em colaborar com estudos no âmbito da medicina (Tabela I).

4.2. Motivações

Está descrito na literatura que, a expectativa de melhoria na aparência dentária e facial, com consequente melhoria da QV, é um fator de motivação primordial no interesse pelo TO.^{13, 14, 17, 20, 21, 25, 27}

A procura pela ortodontia pode ser motivada por diversos fatores e, dentro daqueles que foram avaliados neste estudo, no grupo de estudantes que realizaram TO, os principais foram a “recomendação clínica” seguida da questão “estética” (Figura 3 e Tabela IV). Um estudo realizado no Reino Unido²⁴ referiu

que, para além das preocupações estéticas, o reconhecimento de uma má oclusão por profissionais de saúde pode motivar uma pessoa a procurar cuidados ortodônticos, o que comprova os resultados do presente estudo.

Durante a transição da infância para a adolescência, as crianças lidam com escolhas importantes relacionadas com a escola, com as amigas e o meio social, todas conduzindo ao desenvolvimento da personalidade nos seus diferentes domínios. Estas mudanças ocorrem simultaneamente com mudanças físicas. É de esperar que nesses períodos não exista tanta consciência e auto percepção dos problemas de saúde oral, uma vez que as crianças e adolescentes apresentam condições cognitivas diferentes das dos adultos, o que poderá explicar o facto de “problemas de saúde oral” não terem sido um motivo auto percebido com um valor elevado para realizar TO (Figura 3 e Tabela IV).^{4, 27}

É nessa fase de transição que, por norma, se iniciam os tratamentos ortodônticos e, tal como era expectável, por mais que a “decisão pessoal” de iniciar o tratamento tenha sido um forte motivo, a “decisão e motivação dos pais ou tutores” mostrou ser um fator relevante na decisão, para a maioria dos participantes com TO (Figura 3 e Tabela IV). Estes resultados parecem estar de acordo com um estudo realizado com pacientes e pais onde se avaliaram as motivações e expectativas quanto ao TO, que concluiu que os pais que realizaram TO mostravam interesse em que os seus filhos beneficiassem também do tratamento. Desta forma, inferiram que a motivação dos pais pela procura do tratamento para os seus filhos reflete a sua própria experiência positiva com o TO.^{22, 24, 25, 27}

Curiosamente, já no grupo de estudantes que nunca fez TO, a “estética” revelou-se o principal motivo, com “alguma” ou “muita influência”, no entanto, a “preocupação com a saúde oral” e a “recomendação clínica” foram os dois motivos mais respondidos com “muita influência” (Figura 6 e Tabela XII). Um estudo afirma que, a influência da interação social com os pais torna-se menos proeminente entre os adultos.¹⁵ Como seria de esperar, e sendo que todos os estudantes deste grupo tinham mais de 18 anos, a aprovação ou “recomendação por parte dos pais ou da família” não aparenta ter “muita influência” na procura do tratamento, contrariamente ao que se verificou no outro grupo no qual a maioria dos estudantes iniciaram o tratamento na fase da infância ou adolescência.

Um estudo realizado por *Pabari e col.*²⁴ considerou que a motivação pode ser dividida em motivação interna e externa. A motivação interna advém do desejo do tratamento para corrigir um problema autopercebido, enquanto a motivação externa resulta da pressão de outros, como familiares, amigos ou parceiros. Isto parece sugerir que as pessoas com motivações internas são mais propensas a estar satisfeitas com o resultado do tratamento do que aquelas que são motivadas externamente. No presente estudo, verificou-se que a grande parte dos estudantes, com ou sem TO, consideraram que a “opinião de outros”, foi ou seria “pouco” ou “nada influente” na procura do tratamento.

4.3. Estudantes com tratamento ortodôntico

Quase metade dos estudantes que já realizaram TO, terminou o tratamento “há mais de cinco anos” (Tabela III). A autopercepção que estes têm no que se refere ao impacto do tratamento na QV e AE pode não ser tão precisa quanto a de quem terminou “há menos de um ano”, o que poderá tornar-se um fator limitante deste estudo.

De modo a avaliar os efeitos do TO em pacientes já tratados, estes responderam a 14 questões adaptadas de inquéritos já elaborados.

Algumas más oclusões contribuem para a má articulação de palavras. Apesar disso, e sendo que se trata de uma questão funcional, na maioria dos casos em que ocorre, esta não é consciencializada pelos pacientes antes do TO, nem a sua melhoria no pós-tratamento, pois habitualmente é um tema mais referido durante a fase inicial do TO, por existir um corpo estranho na cavidade oral, o aparelho ortodôntico.^{14, 33} No entanto, a decisão de incluir a questão “Notou que melhorou a articulação de algumas palavras?” foi baseada num questionário aplicado a pacientes ortodônticos que associavam a necessidade de reabilitação protética e, por isso, a sua aplicabilidade neste contexto exclusivamente ortodôntico, poderá estar comprometida e deverá ser complementada em estudos futuros para melhor avaliar os seus resultados (Figura 4 e Tabela V).²²

Segundo a literatura existente, a principal razão pela procura do TO é a melhoria da estética do sorriso. Isto poderá explicar o facto de que, quando

questionado se “notou melhoria considerável no alinhamento dentário”, se obteve a maior percentagem (94,7%) de respostas afirmativas, pois a questão foi direcionada para uma das principais motivações dos pacientes. As respostas negativas a esta questão poderão ser resultantes da insatisfação com o tratamento ou até mesmo pelo facto de existirem más oclusões que não prejudicam notavelmente o alinhamento dos dentes anteriores e, por isso, os pacientes não se apercebem da melhoria no alinhamento dos dentes, entre o antes e o pós-tratamento (Figura 4 e Tabela V). Geralmente, as pessoas apresentam altos níveis de preocupação com problemas perceptíveis a nível da região anterior da arcada como o apinhamento dentário anterior e são tolerantes a más oclusões menos evidentes, como por exemplo uma relação molar de Classe II ou a mordida cruzada posterior.^{12, 14, 16, 21, 22}

Para além da má oclusão, existem inúmeros problemas que podem afetar a saúde oral como a cárie dentária, problemas periodontais ou da articulação temporomandibular. Esta pode ser uma explicação para os estudantes que negaram “sentir menos problemas na cavidade oral diariamente”, após o tratamento (21,7%); ou então já não sentiam problemas antes (Figura 4 e Tabela V). A melhoria de problemas na cavidade oral foi autopercebida por mais de metade dos estudantes, no entanto, seria necessário avaliar mais fatores que interferem com a saúde oral para entender a origem desta melhoria e perceber o impacto do TO.

Dos 325 estudantes que sentiram que a sua “mastigação melhorou”, 87.1% referiu que, na generalidade, “come com mais conforto”. Registou-se assim uma associação forte entre as respostas às duas questões ($V = 0.663$, $p < 0.001$), ou seja, observou-se uma tendência dos estudantes darem a mesma resposta às duas questões (Tabela VII).

O facto de 81.1% dos participantes ter sentido que “passou a ser mais atento à higiene oral” parece indicar que o TO oferece esse benefício aos pacientes, tornando-os mais cuidadosos, interessados e preocupados, não só com a questão ortodôntica, mas com a saúde oral, o que consequentemente provocará melhoria na sua QV (Figura 4 e Tabela V). Uma investigação realizada para avaliar o impacto do TO na AE e QV, revelou que houve um aumento da preocupação com a saúde oral no pós-tratamento comparativamente com o antes.²² *Geoghegan e col.*²⁵ afirmaram no seu estudo

que, a maioria dos pacientes esperava do TO não apenas melhoria da aparência facial e da oclusão, mas também maior capacidade de manter a higiene oral ideal.

Uma investigação realizada com crianças brasileiras⁹ mostrou que, embora o TO nem sempre favoreça a face, essa melhoria parece estar associada à melhor QV relatada pelos pacientes. As alterações do rosto são mais subtis e perceptíveis pelos profissionais ou mesmo por pessoas que são, por natureza, mais atentas. A melhoria do sorriso é o efeito do tratamento mais desejado, e este é considerado a segunda característica da face relacionada com a atratividade física.^{5, 21} Isto parece ir ao encontro dos resultados às questões feitas sobre a melhoria do rosto e do sorriso. Quase todos os estudantes que consideraram que “o seu rosto melhorou”, também consideraram que o “sorriso melhorou” (98.3%). Esta percentagem foi mais baixa entre os que responderam que “o seu rosto não melhorou” (72.8%) e entre os que responderam que “talvez tenha melhorado” (88.0%). Registou-se uma associação significativa entre as respostas às duas questões ($V = 0.303$, $p < 0.001$) (Tabela VIII).

De acordo com alguns autores, parece existir um aumento superior da QV após o TO em pacientes com más oclusões graves comparativamente às más oclusões leves. As pessoas que apresentam más oclusões que afetam a região estética do sorriso, apresentam mais mudanças na QV e AE quando comparadas a pessoas com más oclusões mais graves, mas que ocorrem somente na região posterior e não visível no sorriso. Algumas pessoas que apresentam más oclusões graves não referem um impacto negativo, contrariamente a outras com irregularidades ligeiras que mencionaram grandes impactos sobre a sua QV. A razão estética por si só pode justificar o TO, não só porque quase sempre resulta numa melhor autoimagem, mas também porque os pacientes prezam mais os resultados estéticos e psicológicos do que as melhorias ao nível funcional e de saúde oral.^{4, 12, 20-22}

Analisando os resultados deste estudo, é possível afirmar que, dos estudantes que consideraram que a sua “AE melhorou” (83,3%), a grande maioria referiu que a sua “QV também melhorou” ou “talvez tenha melhorado”, registando-se uma associação significativa entre as respostas às duas questões ($V = 0.392$, $p < 0.001$) (Tabela IX).

A literatura existente permanece escassa e fornece evidências heterogêneas, com alguns autores argumentando que a má oclusão afeta a AE enquanto outros referem efeitos fracos a não significativos da má oclusão ou do TO. As razões provavelmente estão associadas ao caráter multifatorial da AE e à maneira distinta como os indivíduos podem avaliar fatores individuais. São necessárias mais pesquisas para alcançar resultados relevantes sobre este tema.¹⁸

Algumas questões foram realizadas com o intuito de avaliar como o TO poderá ter afetado a autopercepção das relações sociais, o pensamento dos outros sobre si mesmo e o bem-estar emocional. Os dados parecem apontar para um maior impacto positivo do tratamento a nível pessoal comparativamente ao nível de aceitação social. A inibição do sorriso é, por vezes, uma atitude em pessoas que autoavaliam o seu sorriso negativamente, no entanto, isso parece inverter muitas vezes após o TO, tornando as pessoas mais confortáveis e confiantes com o seu sorriso e com a sua exposição no meio social, melhorando a AE e QV. Outras investigações semelhantes mostram que a QV, a AE e o bem-estar social estão intimamente relacionados e que os efeitos do TO podem ser positivos, não só nas limitações funcionais e psicológicas, mas também sociais dos indivíduos. As características do sorriso podem apresentar alto potencial para influenciar a AE, essencialmente nas fases na vida em que existe interação social e afetiva mais intensa.^{14, 18, 19, 22, 27}

Mais de 90% dos participantes sentiu-se “satisfeito” ou “totalmente satisfeito” após o TO, sendo que foram mais os que se sentiram apenas “satisfeitos” (Tabela VI). Este facto mostra que existem questões que não satisfizeram alguns pacientes. No entanto, os motivos de satisfação e insatisfação podem variar consideravelmente de indivíduo para indivíduo. Este resultado sugere a importância de compreender bem as expectativas do paciente antes de iniciar o tratamento, de modo a complementar a avaliação objetiva feita pelo médico dentista, compreender as expectativas do paciente, quer a nível funcional, quer estético, emocional ou social, ou seja, uma avaliação holística. Desta forma, é fundamental que o ortodontista informe e discuta os benefícios da correção da má oclusão com os pacientes, esclarecendo os resultados que são possíveis de ser atingidos. Apesar das mudanças positivas na aparência e alimentação serem dos principais resultados que satisfazem os

pacientes, a relação médico-paciente que é estabelecida durante o TO foi considerado, por *Pachecho-Pereira e col.*³³ o aspeto que melhor se correlacionou com vários fatores de satisfação do paciente. Outros estudos realizados anteriormente, analisaram os fatores associados à insatisfação, tais como a duração do tratamento, o tipo de aparelhos de retenção, a dor e problemas associados às contenções e o neuroticismo, um traço da personalidade.^{14, 24, 27}

*Couto Nascimento e col.*²² referiram que várias pessoas costumam procurar informações sobre o TO entre os seus pares e familiares com experiência prévia de TO, o que enfatiza o importante papel destes na motivação de outros e respetivo encaminhamento para o TO. No presente estudo, a maioria dos estudantes sentiu-se “satisfeito” ou “totalmente satisfeito” com o TO, referindo que “se fosse necessário, voltariam a realizá-lo” (79.7%) e “recomendaria a pessoas com problema semelhante ao seu” (92.9%) (Tabela X). O estudo referido anteriormente, apresentou resultados próximos, no qual 96,1% dos indivíduos afirmou que faria novamente o TO se fosse necessário e todos recomendariam o tratamento a outros indivíduos adultos com problemas semelhantes. Numa outra pesquisa, 100% dos pacientes submeter-se-ia de novo ao tratamento e, baseando-se na sua experiência pessoal, incentivaria outros a realizar também. Isto significa que, apesar da taxa de recomendação ter sido tão elevada, há condições que podem impedir os participantes de voltar a realizar TO. Dentro dessas limitações poderão enquadrar-se questões económicas, receio de tratamentos dentários ou até mesmo uma má experiência anterior.

4.4. Estudantes sem tratamento ortodôntico

A má oclusão tem um impacto negativo em diversas funções da cavidade oral: comer, falar e sorrir são considerados os aspetos mais afetados. Pode afetar a autossatisfação e, conseqüentemente, prejudicar o funcionamento psicológico e social. A evidência científica tem sugerido que a má oclusão pode estar associada à AE e questões de QV, mas que esta relação ainda não é inteiramente clara. Tendo em consideração que uma das principais motivações na procura do TO é a melhoria da aparência do sorriso, estudar a autopercepção

dos pacientes e as consequências da má oclusão na QV e na AE é fundamental para priorizar a necessidade de tratamento.^{3, 4, 14}

O facto de existirem muitos outros fatores que possam influenciar os aspetos psicológicos relativamente à AE, incluindo características físicas tão diversas como o cabelo, pele, olhos, formato do corpo, passando por pressões culturais e condições socioeconómicas, entre outras, o impacto psicológico de um único fator, como a má oclusão pode ser muito limitado, mas é significativo. A forma como é individualmente ponderado é muito variável.²¹

As particularidades dos pacientes com má oclusão variam bastante e, devido a preocupações estéticas, alguns pacientes mesmo com más oclusões muito ligeiras, procuram o TO.²¹ Isto pode justificar o facto de 35,7% dos estudantes deste grupo ter afirmado que “gostaria de realizar TO” e 34,9% “talvez gostasse” (Figura 5). Ou também poderemos ter um valor relativamente elevado de não tratados a considerarem que necessitavam de TO, por enviesamento da amostra; ou seja poderemos admitir que o grupo “sem tratamento ortodôntico” poderá incluir muitos que gostariam de o fazer e por isso se sentiram mais motivados em responder ao inquérito. De constatar que mais de 1/3 deste grupo afirmou que “gostaria de realizar TO” e quase 1/3 “talvez”.

No que se refere a problemas e preocupações dos estudantes, os resultados demonstraram que, quando questionados sobre desconfortos físicos ou psicológicos, estes apresentaram percentagens idênticas e muito baixas de respostas positivas. Relativamente a “problemas em articular palavras”, “problemas orais diários”, “mastigação prejudicada” e “desconforto ao comer”, foram poucos os que afirmaram ter. Contrariamente, verificou-se que uma parte considerável das pessoas “sentiu que tinha” ou “talvez tivesse problemas de alinhamento dentário” (Figura 7 e Tabela XIII). A autoperceção dos estudantes mostra que estes, tal como os do grupo já com TO, poderão dar mais ênfase a questões de estética, como já foi afirmado noutros estudos, ou de facto têm boa qualidade de saúde oral e não sofrem destes problemas. Uma vez que, para este estudo, não foi tida em consideração nem a necessidade de TO nem a gravidade da má oclusão de cada participante, não é possível concluir se a má oclusão está diretamente associada a estes valores.

A maioria dos estudantes afirmou “ser atento à sua higiene oral”, o que aponta para a consciencialização desta população da importância da saúde oral (Figura 7 e Tabela XIII).

A percentagem de estudantes “satisfeitos com o seu sorriso” foi mais alta entre os que “estão satisfeitos com o rosto”, registando-se uma associação significativa entre as respostas às duas questões ($V = 0.405$, $p < 0.001$), indicando que estudantes “satisfeitos com o seu rosto” tendem a estar “satisfeitos também com o sorriso”, e vice-versa (Tabela XVIII). No entanto, foi menos de metade dos estudantes que afirmou estar “satisfeito com o sorriso”. Quando questionado, aos estudantes que já tinham realizado TO, se “achavam que o sorriso tinha melhorado” comparativamente ao pré-tratamento, a grande maioria afirmou que sim. Isto poderá explicar a relevância do TO na autoavaliação do sorriso.

A relação direta entre a AE e a má oclusão ainda é um tema controverso na literatura.^{4, 18-20} Tal facto poderá ser explicado pela complexidade do conceito de AE; esta pode ser afetada por diversos fatores e não apenas pela má oclusão.¹¹

Alguns estudos referem que a má oclusão poderá afetar negativamente a AE e, conseqüentemente, a autossatisfação dos pacientes, contrariamente a outros que afirmam que apesar de poderem existir efeitos negativos da má oclusão na AE, estes são pouco significativos.^{18, 21}

*Gavric e col.*⁵ referiram que, as pessoas com maior AE sentem-se mais satisfeitas com a sua aparência dentária, o que provoca maior autoconfiança com o sorriso. Esta constatação vai ao encontro dos resultados deste estudo que mostraram uma associação significativa entre a “satisfação com o sorriso” e a “AE” ($V = 0.388$, $p < 0.001$). Dos 242 estudantes que “estão satisfeitos com o seu sorriso”, a maioria (64.5%) considera-se uma pessoa com “boa AE” e apenas 11.6% “não tem boa AE”. Pelo contrário, entre os estudantes que “não estão satisfeitos com o seu sorriso”, apenas 28.3% “tem boa AE” e quase metade (47.4%) “não tem boa AE” (Tabela XIX). Para melhor entender o impacto da má oclusão na AE e na satisfação com o sorriso seria interessante considerar a gravidade da má oclusão destes estudantes.

A autopercepção dos participantes relativamente ao “bem-estar emocional e relações sociais e à opinião dos que os rodeiam” foi, no geral, positiva (Tabela XIII). Isto poderá significar que, apesar de o sorriso ter impacto a nível pessoal, na AE e satisfação, relativamente ao meio social e à autopercepção da aceitação dos outros não aparenta ter tanta influência, uma vez que a maioria afirmou que “se sentia confortável em sorrir em público”. Contudo, um estudo⁵ referiu que pessoas com más oclusões graves não têm orgulho dos seus dentes, evitam mostrá-los enquanto sorriem e não estão satisfeitos com a sua aparência dentária. Os resultados dessa investigação mostram que, o impacto social e psicológico da estética dentária e da preocupação estética apresentou valores mais elevados entre pessoas com más oclusões mais graves. Parece que, apesar dos pacientes com más oclusões não estarem satisfeitos com a sua aparência dentária e isso afetar o seu estado emocional, estes não têm problemas em situações sociais. Constataram que, talvez o seu comportamento social seja mais afetado por outras características da aparência ou aceitação social. Esta fundamentação pode explicar os resultados semelhantes obtidos no presente estudo. As relações sociais são influenciadas pela má oclusão, afetando a forma como as pessoas são percebidas e como elas se apercebem. Portanto, sua autopercepção da saúde oral desempenha um papel essencial na compreensão da influência da má oclusão na QV.^{5, 17}

Foi relatado num estudo que, aproximadamente um em cada sete indivíduos, classificaram a sua própria estética dentária de forma menos favorável do que parece ser, e este enviesamento na autopercepção está associado à insatisfação dos pacientes com os seus dentes, bem como a deficiência na sua função social. Portanto, é importante avaliar a componente perceptual na avaliação do impacto psicossocial da estética.¹⁶

Mais de metade dos estudantes “achava que não precisava de TO”. Isto parece mostrar que, o principal motivo para a não realização do TO é a autopercepção da não necessidade do mesmo. Os restantes estudantes “achavam que precisavam TO, mas não o fizeram” (Figura 8). Para entender quais os fatores que poderão ter sido limitantes ou desmotivantes, foi realizada uma questão a todos os participantes deste grupo, de modo a avaliar a influência de cada fator. Foi pedido que os estudantes que “achavam que não precisavam de TO” respondessem a esta questão com “não aplicável” em todos as

respostas, no entanto, isto nem sempre se verificou pois, os valores absolutos das opções “não aplicável” destes resultados não correspondem ao número total de respostas “acho que não preciso”, sendo esta considerada uma limitação neste ponto do estudo. Apesar de isto se ter verificado, analisando as respostas, o principal motivo para a não realização do TO é a autopercepção da não necessidade do mesmo. No entanto, para o mesmo grupo de estudantes, a “questão económica” parece ser um possível fator limitante do TO caso existisse essa necessidade, uma vez que 11,3% afirmou que “questão económica” teria “alguma” ou “muita influência” (Tabela XV). Quando há autopercepção da necessidade de TO, o principal fator limitante da sua realização é igualmente o “fator económico” (Tabela XIV). Assim, esta condição é uma realidade para esta população (Tabela XIV e XV).

Deste modo, é fundamental que se realizem mais estudos com o objetivo de avaliar a autopercepção dos pacientes antes, durante e após o tratamento ortodôntico, com a finalidade de compreender as expectativas dos pacientes e as mudanças que realmente resultam do tratamento, o seu impacto na autoestima e na qualidade de vida.

4.5. Limitações do estudo

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser tidas em consideração.

Para a sua realização, foi desenvolvido um questionário adaptado de outros anteriores de modo a enquadrar-se no contexto da ortodontia. Desta forma, é fundamental criar e validar ferramentas capazes de avaliar, de forma quantitativa e qualitativa, a AE e a QV no domínio exclusivamente ortodôntico, tal como o questionário aplicado neste estudo.

É importante referir que, os resultados desta investigação não são passíveis de ser extrapolados para a população de jovens adultos e adultos uma vez que se trata de uma amostra de estudantes com algum grau de ensino superior.

Assim como qualquer investigação baseada em questionários de auto percepção, os dados deste estudo estão sujeitos a fatores de confusão, erros e viés, derivados de vários aspetos como o estado psicológico, traços de personalidade, situação socioeconómica, doenças, idade, sexo ou etnia.

CONCLUSÃO

5. CONCLUSÃO

Para a população de estudantes avaliada, conclui-se o seguinte:

- As principais motivações para a realização do tratamento ortodôntico são a recomendação clínica e a estética;
- A realização do tratamento ortodôntico é significativamente mais alta nas mulheres;
- A autoestima e a qualidade de vida melhoram significativamente após o tratamento ortodôntico;
- Globalmente, existe grande satisfação com o tratamento ortodôntico efetuado;
- A experiência prévia do tratamento ortodôntico melhora a autopercepção da higiene oral;
- A satisfação com o tratamento ortodôntico leva à recomendação deste a outros com problemas semelhantes;
- A satisfação com o tratamento ortodôntico admite a sua repetição no caso de necessidade;
- A satisfação com o sorriso associa-se a maiores valores de autoestima, nos estudantes sem tratamento.
- O principal motivo para a não realização do tratamento ortodôntico é a autopercepção da não necessidade do mesmo;
- Quando há autopercepção da necessidade de tratamento ortodôntico, o principal fator limitante da sua realização é o fator económico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health O. Programme on mental health : WHOQOL user manual. Geneva: World Health Organization; 1998 1998. Contract No.: WHO/HIS/HSI Rev.2012.03.
2. Cunningham SJ, Hunt NP. Quality of life and its importance in orthodontics. *J Orthod.* 2001;28(2):152-8.
3. Turpin DL. Orthodontic treatment and self-esteem. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2007;131(5):571-2.
4. Avontroodt S, Lemiere J, Cadenas de Llano-Pérula M, Verdonck A, Laenen A, Willems G. The evolution of self-esteem before, during and after orthodontic treatment in adolescents with dental malocclusion, a prospective cohort study. *Eur J Orthod.* 2020;42(3):257-62.
5. Gavric A, Mirceta D, Jakobovic M, Pavlic A, Zrinski MT, Spalj S. Craniodentofacial characteristics, dental esthetics-related quality of life, and self-esteem. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2015;147(6):711-8.
6. Jaeken K, Cadenas de Llano-Pérula M, Lemiere J, Verdonck A, Fieuws S, Willems G. Reported changes in oral health-related quality of life in children and adolescents before, during, and after orthodontic treatment: a longitudinal study. *Eur J Orthod.* 2019;41(2):125-32.
7. Grewal H, Sapawat P, Modi P, Aggarwal S. Psychological impact of orthodontic treatment on quality of life - a longitudinal study. *Int Orthod.* 2019;17(2):269-76.
8. Andiappan M, Gao W, Bernabé E, Kandala NB, Donaldson AN. Malocclusion, orthodontic treatment, and the oral health impact profile (OHIP-14): Systematic review and meta-analysis. *Angle Orthod.* 2015;85(3):493-500.
9. Feu D, Miguel JA, Celeste RK, Oliveira BH. Effect of orthodontic treatment on oral health-related quality of life. *Angle Orthod.* 2013;83(5):892-8.
10. Kolenda J, Fischer-Brandies H, Ciesielski R, Koos B. Oral health-related quality of life after orthodontic treatment for anterior tooth alignment: association with emotional state and sociodemographic factors. *J Orofac Orthop.* 2016;77(2):138-45.

11. Johal A, Alyaqoobi I, Patel R, Cox S. The impact of orthodontic treatment on quality of life and self-esteem in adult patients. *Eur J Orthod.* 2015;37(3):233-7.
12. Clijmans M, Lemiere J, Fieuws S, Willems G. Impact of self-esteem and personality traits on the association between orthodontic treatment need and oral health-related quality of life in adults seeking orthodontic treatment. *Eur J Orthod.* 2015;37(6):643-50.
13. Demirovic K, Habibovic J, Dzemic V, Tiro A, Nakas E. Comparison of oral health-related quality of life in treated and non-treated orthodontic patients. *Med Arch.* 2019;73(2):113-7.
14. Abreu LG, Dos Santos TR, Melgaço CA, Abreu MHN, Lages EMB, Paiva SM. Impact of orthodontic treatment on adolescents' quality of life: a longitudinal evaluation of treated and untreated individuals. *Qual Life Res.* 2018;27(8):2019-26.
15. Ao H, Deng X, She Y, Wen X, Wu Q, Chen F, et al. A biopsychosocial-cultural model for understanding oral-health-related quality of life among adolescent orthodontic patients. *Health Qual Life Outcomes.* 2020;18(1):86.
16. Deng X, Wang YJ, Deng F, Liu PL, Wu Y. Psychological well-being, dental esthetics, and psychosocial impacts in adolescent orthodontic patients: a prospective longitudinal study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2018;153(1):87-96.e2.
17. Dos Santos PR, Meneghim MC, Ambrosano GM, Filho MV, Vedovello SA. Influence of quality of life, self-perception, and self-esteem on orthodontic treatment need. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2017;151(1):143-7.
18. Florián-Vargas K, Honores MJ, Bernabé E, Flores-Mir C. Self-esteem in adolescents with Angle class I, II and III malocclusion in a peruvian sample. *Dental Press J Orthod.* 2016;21(2):59-64.
19. Seehra J, Newton JT, Dibise AT. Interceptive orthodontic treatment in bullied adolescents and its impact on self-esteem and oral-health-related quality of life. *Eur J Orthod.* 2013;35(5):615-21.
20. Jung MH. Evaluation of the effects of malocclusion and orthodontic treatment on self-esteem in an adolescent population. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2010;138(2):160-6.

21. Jung MH. An evaluation of self-esteem and quality of life in orthodontic patients: effects of crowding and protrusion. *Angle Orthod.* 2015;85(5):812-9.
22. de Couto Nascimento V, de Castro Ferreira Conti AC, de Almeida Cardoso M, Valarelli DP, de Almeida-Pedrin RR. Impact of orthodontic treatment on self-esteem and quality of life of adult patients requiring oral rehabilitation. *Angle Orthod.* 2016;86(5):839-45.
23. Correia LP, Morado Pinho M, Manso MC. Motivação, percepção do impacto e grau de satisfação com o tratamento ortodôntico. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial.* 2016;57(4):247-51.
24. Pabari S, Moles DR, Cunningham SJ. Assessment of motivation and psychological characteristics of adult orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2011;140(6):e263-72.
25. Geoghegan F, Birjandi AA, Machado Xavier G, DiBiase AT. Motivation, expectations and understanding of patients and their parents seeking orthodontic treatment in specialist practice. *J Orthod.* 2019;46(1):46-50.
26. Dimberg L, Arrrup K, Bondemark L. The impact of malocclusion on the quality of life among children and adolescents: a systematic review of quantitative studies. *Eur J Orthod.* 2015;37(3):238-47.
27. Yassir YA, McIntyre GT, Bearn DR. The impact of labial fixed appliance orthodontic treatment on patient expectation, experience, and satisfaction: an overview of systematic reviews. *Eur J Orthod.* 2020;42(3):223-30.
28. Kiyak HA. Does orthodontic treatment affect patients' quality of life? *J Dent Educ.* 2008;72(8):886-94.
29. Zhou Y, Wang Y, Wang X, Volière G, Hu R. The impact of orthodontic treatment on the quality of life a systematic review. *BMC Oral Health.* 2014;14:66.
30. Corp. I. IBM SPSS Statistics for Windows. Version 26.0. ed. Armonk, NY: IBM Corp; Released 2018.
31. Marôco J. *Análise Estatística com o SPSS Statistics.* 5 ed. Pêro Pinheiro: Report Number 2011.
32. DGES Direção-Geral do Ensino Superior [Disponível em: <https://www.dges.gov.pt/pt>].
33. Pacheco-Pereira C, Brandelli J, Flores-Mir C. Patient satisfaction and quality of life changes after Invisalign treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2018;153(6):834-41.

ANEXOS

Exm^a Senhora
Ana Luísa Álvares Pereira do Espírito Santo
Faculdade de Medicina Dentária da U. Porto

000011

05 MAR 2021

Assunto: Parecer relativamente ao Projeto de Investigação nº 4/2021.
(O impacto do tratamento ortodôntico na autoestima e qualidade de vida de estudantes universitários).

Informo V. Exa. que o projeto supracitado foi analisado na reunião da Comissão de Ética para a Saúde, da FMDUP, no dia 22 de janeiro de 2021.

A Comissão de Ética é **favorável** à realização do projeto tal como apresentado.

O formulário definitivo de apresentação do trabalho, aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde, da FMDUP, acompanha a presente comunicação.

A Comissão de Ética recomenda a existência de um seguro de responsabilidade civil e relembra que a inexistência de seguro responsabiliza diretamente os investigadores.

Subject: Recommendation on the research project nº 4/2021.
(O impacto do tratamento ortodôntico na autoestima e qualidade de vida de estudantes universitários).

I hereby inform that the aforementioned project was analyzed on January 22nd 2021, by the Ethics Committee for Health of the Faculty of Dental Medicine,

The Ethics Committee is **favourable** to the project execution.

The final submission form approved by FMDUP's Ethics Committee for Health is attached.

The Ethics Committee recommends the existence of liability insurance and recalls that the absence of insurance directly holds researchers accountable.

Com os melhores cumprimentos,
A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde, da FMDUP

Professora Doutora Inês Alexandra Costa Mo



Assinado por: Inês Alexandra
Costa de Moraes Caldas Paiva
Identificação: B110325794
Data: 2021-03-04 às 13:45:32

PARECER A-4/2021

Nome	Ana Luísa Espírito Santo
Nº Mecanográfico	201603765
Unidade Orgânica	Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)
Título	O impacto do tratamento ortodôntico na autoestima e qualidade de vida de estudantes universitários
Ticket Nº	2021011415004973

Sumário do Pedido

No âmbito da unidade curricular de «Monografia e Investigação/Relatório de Estágio», integrada no Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMDUP, pretende a requerente avaliar o impacto que o tratamento ortodôntico pode assumir na autoestima e qualidade de vida de estudantes universitários, bem como as motivações e as autopercepções relativamente à realização desse tratamento.

Para tal, será implementado um questionário online, na plataforma Google Forms, onde, para além de alguns dados sociodemográficos (idade; sexo; instituição de ensino e área de estudos), será solicitada a resposta a um conjunto de perguntas diretamente relacionadas com o objeto da investigação. Perguntas essas, as quais se dividirão em dois blocos distintos: o primeiro (Grupo III), destinado a respondentes que tenham já realizado e terminado os respetivos tratamentos ortodônticos; o segundo (Grupo IV), por sua vez, reservado a participantes que nunca tenham sido submetidos a um tratamento desta natureza.

Conclusões

Atento o exposto, parece-nos que os riscos para os direitos, liberdades e garantias dos participantes na investigação se demonstram baixos, seja pelo facto de estes fornecerem os dados de forma voluntária após decisão livre e informada, seja por as informações recolhidas a seu respeito se afigurarem tendencialmente anónimas, tendo por referência os meios (humanos; tecnológicos; temporais; financeiros; etc.) suscetíveis de ser razoavelmente utilizados para identificar uma pessoa singular.

Nesse sentido, somos do parecer que o tratamento de dados acima descrito não carece de autorização prévia do Senhor Reitor, podendo a requerente avançar com a sua realização, sem necessidade de mais formalismos.

**a Encarregada da Proteção de Dados
da Universidade do Porto**

Doutora Susana Rodrigues Pereira

O impacto do tratamento ortodôntico na autoestima e qualidade de vida de estudantes universitários

O presente estudo realiza-se no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. O principal objetivo é avaliar o impacto do tratamento ortodôntico (uso de aparelhos para correção dentária) na autoestima e qualidade de vida.

O questionário é destinado a estudantes universitários que realizaram e terminaram o tratamento OU que nunca o realizaram. O seu preenchimento é anónimo, isento de riscos e benefícios e não serão solicitadas informações que permitam a sua identificação.

Caso pretenda colaborar neste estudo prossiga com o preenchimento do seguinte questionário, assinalando a caixa abaixo.

Agradeço, desde já, o seu contributo.

Caso tenha alguma dúvida poderá contactar-me via email: up201603765@edu.fmd.up.pt

***Obrigatório**

1. *

Marcar tudo o que for aplicável.

Li, compreendo e aceito as questões subjacentes ao preenchimento do seguinte questionário.

Dados sociodemográficos

Por favor, leia atentamente todas as questões e seja o mais sincero/a possível.

2. Idade: *

3. Sexo: *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

4. Instituição de ensino (ex.: Universidade do Porto, Universidade do Minho, Universidade Católica Portuguesa): *

5. Área de estudos: *

Marcar apenas uma oval.

Saúde

Ciências

Engenharias

Ciências Socioeconómicas

Artes e Humanidades

Outra

6. Já realizou tratamento ortodôntico (usou aparelhos de correção dentária)? *

Marcar apenas uma oval.

Sim *Avançar para a pergunta 7*

Não *Avançar para a pergunta 27*

Com tratamento ortodôntico

7. Há quanto tempo terminou o tratamento ortodôntico? *

Marcar apenas uma oval.

- Há menos de 1 ano
- Há mais de 1 ano e menos de 5 anos
- Há mais de 5 anos

8. Qual(ais) o(s) aparelho(s) utilizado(s)? (Assinale uma ou mais respostas; aparelhos de contenção não estão incluídos) *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Aparelho fixo (brackets)
- Aparelho removível
- Aparelho extra-oral
- Alinhador invisível (aparelho removível totalmente transparente)
- Expansor / disjuntor maxilar fixo
- Outro

9. O que o/a motivou na realização do tratamento ortodôntico? *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sem influência	Pouca influência	Alguma influência	Muita influência
Estética	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recomendação clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de saúde oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opinião de outros (amigos, colegas de trabalho)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Decisão dos pais ou tutores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Decisão pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Responda às seguintes questões comparando o seu problema inicial com os resultados após ter terminado o seu tratamento ortodôntico.

10. Notou que melhorou na articulação de algumas palavras? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

11. Notou melhoria considerável no alinhamento dos seus dentes? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

12. Sente que agora tem menos problemas com a sua boca e dentes, no dia-a-dia?
*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

13. Acha que a mastigação de alimentos melhorou? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

14. Acha que na generalidade come com mais conforto? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

15. Sente que passou a ser mais atento/a à sua higiene oral? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

16. Considera que o seu rosto melhorou? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

17. Considera que o seu sorriso melhorou? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

18. Considera que a sua autoestima melhorou? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

19. Considera que a sua qualidade de vida melhorou? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

20. Sente-se mais confortável em sorrir em público? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

21. Considera que o seu nível de aceitação social aumentou? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

22. Considera que melhorou o seu bem-estar emocional e as suas relações sociais?

*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

23. Sente que as pessoas que o/a rodeiam (familiares, amigos, colegas de trabalho) apreciam mais o seu sorriso? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

24. O quão satisfeito/a está com os resultados do seu tratamento ortodôntico? *

Marcar apenas uma oval.

Nada satisfeito/a

Pouco satisfeito/a

Satisfeito/a

Totalmente satisfeito/a

25. Se fosse necessário, voltaria a realizar tratamento ortodôntico? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

26. Recomendaria o tratamento ortodôntico a pessoas com problema semelhante ao seu? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Talvez

Sem tratamento ortodôntico

27. Gostaria de realizar tratamento ortodôntico? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Talvez

28. O que o/a motivaria na realização do tratamento ortodôntico? *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sem influência	Pouca influência	Alguma influência	Muita influência
Estética	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recomendação clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de saúde oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opinião de outros (amigos, colegas de trabalho)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recomendação da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motivação pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Tem tido problemas em articular algumas palavras? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

30. Tem problemas de alinhamento dentário? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

31. Sente que problemas orais (boca ou dentes) têm afetado o seu dia-a-dia? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

32. Acha que a sua mastigação está prejudicada devido a problemas de alinhamento dos dentes? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

33. Na generalidade, sente algum desconforto enquanto come? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

34. É preocupado/a com a sua higiene oral? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

35. Está satisfeito/a com o seu rosto? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

36. Está satisfeito/a com o seu sorriso? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

37. Considera-se uma pessoa com boa autoestima? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

38. Considera-se uma pessoa com bom nível de qualidade de vida? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

39. Sente-se confortável em sorrir em público? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

40. Considera-se uma pessoa com boa aceitação social? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

41. Considera-se uma pessoa com bem-estar emocional e boas relações sociais? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

42. Sente que as pessoas que o/a rodeiam (familiares, amigos, colegas de trabalho) apreciam o seu sorriso? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

43. Porque não fez tratamento ortodôntico? *

Marcar apenas uma oval.

Acho que não preciso

Acho que preciso, mas não fiz

44. O que o/a influenciou a não fazer tratamento ortodôntico? (Se respondeu "Acho que não preciso" na questão anterior, responda "Não aplicável" nesta questão) *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sem influência	Pouca influência	Alguma influência	Muita influência	Não aplicável
Falta de motivação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despreocupação com saúde oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Receio ou medo de tratamentos dentários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Questões económicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários



INFORMAÇÃO

Monografia/Relatório de Estágio

(Entrega do trabalho final após cumprimento das diretivas emanadas pelo Serviço de Proteção de Dados da U.Porto)

Informo que, relativamente ao Trabalho com o título: “O impacto do tratamento ortodôntico na autoestima e qualidade de vida de estudantes universitários”, **foram cumpridas todas as diretivas emanadas pelo Serviço de Proteção de Dados da U.Porto, encontrando-se em condições de ser apresentado em provas públicas.**

17 / 05 / 2021

A Estudante,

(Nome em maiúsculas): ANA LUÍSA ÁLVARES PEREIRA DO ESPÍRITO SANTO

(Assinatura): *Ana Luísa Álvares Pereira do Espírito Santo*



DECLARAÇÃO

Monografia/Relatório de Estágio

Declaro que o presente trabalho, no âmbito da Monografia/Relatório de Estágio, integrado no MIMD, da FMDUP, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente referenciadas.

17 / 05 / 2021

A Estudante,

Ana Luísa Álvares Pereira do Espírito Santo

Ana Luísa Álvares Pereira do Espírito Santo

Exmo. Senhor

Diretor do Mestrado Integrado

Da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Professor Doutor César Fernando Coelho Leal da Silva

Assunto: Parecer da Orientadora para entrega definitiva do trabalho

Para os devidos efeitos informo que o trabalho de Monografia desenvolvido pela estudante Ana Luísa Álvares Pereira do Espírito Santo com o título “O impacto do tratamento ortodôntico na autoestima e qualidade de vida de estudantes universitários” está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

Com os meus respeitosos cumprimentos

Porto, 17 de maio de 2021



Maria Cristina Figueiredo Pollmann
Professora Associada com Agregação
mpollmann@fmd.up.pt

U. PORTO



FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Informo que o Trabalho de Monografia/Relatório de Estágio desenvolvido pela Estudante Ana Luísa Álvares Pereira do Espírito Santo com o título: "O impacto do tratamento ortodôntico na autoestima e qualidade de vida de estudantes universitários" está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

19 / 05 / 2021

O Coorientador,

Eugénio Joaquim Pereira Martins



FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

DECLARAÇÃO

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Monografia/Relatório de Estágio

Identificação do autor

Nome Completo: Ana Luísa Álvares Pereira do Espírito Santo

Nº de Identificação Civil: 15284670 **Nº de Estudante:** 201603765

Email Institucional: up201603765@edu.fmd.up.pt

Email Alternativo: ana.luisa.160497@gmail.com **Tlf/Tlm:** 914273996

Faculdade/Instituto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Identificação da Publicação

Dissertação de Mestrado Integrado (Monografia)

Relatório de Estágio

Título Completo

“O impacto do tratamento ortodôntico na autoestima e qualidade de vida de estudantes universitários”

Orientador

Maria Cristina Pinto Coelho Mendonça de Figueiredo Pollmann

Coorientador

Eugénio Joaquim Pereira Martins

Palavras-Chave “Tratamento ortodôntico”; “Autoestima”; “Qualidade de vida”; “Qualidade de vida relacionada à saúde oral”; “Motivações”; “OHIP-14”

Autorizo a disponibilização imediata do texto integral no Repositório da U.Porto: ____

Não Autorizo a disponibilização imediata do texto integral no Repositório da U.Porto : _X_

Autorizo a disponibilização do texto integral no Repositório da UPorto, com período de embargo, no prazo de:

6 Meses: ____ ; 12 Meses: ____ ; 18 Meses: ____ ; 24 Meses: _X_; 36 Meses: ____; 120 Meses: ____

Justificação para a não autorização imediata: Para publicação em revista.

Data 17/05/2021

Assinatura Ana Luísa Álvares Pequena do Espírito Santo

