



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

YURE GABRIEL FERREIRA ALVES

ETIOLOGIA DA MÁ OCLUSÃO E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA

Palmas – TO

2020

YURE GABRIEL FERREIRA ALVES

ETIOLOGIA DA MÁ OCLUSÃO E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA

Trabalho de conclusão de curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã Dentista pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof MsC Igor Fonseca dos Santos

Palmas – TO

2020

YURE GABRIEL FERREIRA ALVES

ETIOLOGIA DA MÁ OCLUSÃO E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA

Trabalho de conclusão de curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião Dentista pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof. MsC Igor Fonseca dos Santos

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Igor Fonseca dos Santos

Orientador

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof. Eduardo Fernandes Marques
Centro Universitário Luterano de Palmas-CEULP

Profa. Christiane Colombo Santos
Centro Universitário Luterano de Palmas-CEULP

Palmas – TO

2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, pois sem ele nada existiria. Agradeço minha família que sempre buscou me incentivar, principalmente a minha mãe pelo apoio incansável e imensurável, durante os anos de faculdade e de toda minha existência.

Agradeço aos mestres pelos conhecimentos compartilhados, ao meu orientador Igor Fonseca que me direcionou nessa etapa conclusiva.

Sintam-se todos imensamente agradecidos.

RESUMO

ALVES, Yure Gabriel Ferreira. **Etiologia da má oclusão e sua relação com a qualidade de vida.** Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Curso de Odontologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2020.

As más oclusões ocupam a terceira posição na escala de prioridades e de problemas de saúde bucal no Brasil podendo ser causadas por padrões neuromusculares atípicos determinados por hábitos deletérios, modificando a posição dos dentes e promovendo alterações no Sistema Estomatognático. Essas forças podem ser fisiológicas, emocionais ou aprendidas e os danos serão determinados pela frequência, intensidade, duração e tipo de objeto utilizado, bem como, a idade do sujeito na época de instalação dos hábitos. Com isso o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde bucal surgiu na literatura ortodôntica para explicar a variabilidade profissionalmente determinada e a necessidade determinada pelo paciente de tratamento ortodôntico. O conceito de qualidade de vida relacionada à saúde bucal é um resultado relatado pelo paciente avaliado por questionários para medir o impacto psicológico da dentição. Mais precisamente, o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde bucal é a interação entre variáveis bucais de saúde, como status funcional biológico e fisiológico, bem como atributos pessoais como função, funcionamento social e psicológico, que representam a percepção multidimensional e individual da saúde. Desta forma, descreve o padrão da oralidade e tecidos relacionados que permitem que um indivíduo coma, fale, socialize, sem doença ativa, sem desconforto ou constrangimento e que contribui para o bem-estar geral. O aspecto estético dos dentes pode afetar seriamente a adaptação de um indivíduo à vida, exercendo papel importante na sua interação social, embora o grau da má oclusão possa ser meramente uma condição sem maiores consequências para um certo indivíduo, mas possa ser um problema grave para outro. E com base nos estudos pesquisados foi possível verificar que a má oclusão interfere sim na qualidade de vida dos indivíduos.

Palavras chaves: Má oclusão, Qualidade de vida, tratamento ortodôntico.

ABSTRACT

As more occlusions occupy a third position on the scale of oral health problems and problems in Brazil, they can be caused by atypical neuromuscular patterns limited by deleterious habits, modifying the position of the teeth and promoting changes in the Stomatognathic System. These forces can be physiological, emotional or learned and the damages are caused by the frequency, intensity, duration and type of object used, as well as, the age of the individual at the time of the installation of the habits. Thus, the concept of quality of life in oral health emerged in the orthodontic literature to explain the specified professional variability and the specific need for orthodontic treatment by the patient. The concept of quality of life in oral health is a result related to the patient evaluated by questionnaires to measure the psychological impact of dentition. More precisely, the concept of quality of life in oral health is an interaction between oral health variables, such as biological and physiological functional status, as well as personal characteristics such as functions, social and psychological functioning, which represent a multidimensional and individual perception of health . In this way, it describes the pattern of orality and related tissues that can cause a state of coma, talk, socialize, without active disease, without discomfort or embarrassment and that contributes to general well-being. The aesthetic aspect of teeth can seriously affect an individual's adaptation to life, playing an important role in social interaction, although the degree of malocclusion may be merely a condition without major consequences for a certain individual, but it can be a serious problem for another . And based on the researched studies, it was possible to verify that malocclusion does interfere with the quality of life of the products.

Key words: Malocclusion, Quality of life, orthodontic treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM: articulações temporomandibulares

DAI: Índice de Estética Dentária

OMS: Organização Mundial de Saúde

OHRQoL: Qualidade de vida relacionada à saúde bucal

IOTN: Índice de necessidade de tratamento ortodôntico

QVRS: Qualidade de vida relacionado a saúde.

QV: Qualidade de vida

HSNN: Hábitos de sucção não nutritiva

QVRSB: Qualidade de vida relacionado a saúde bucal

LILACS: Literatura latino-americana e do caribe em ciências da saúde

DeCS: Descritores controlados em ciências da saúde

BDTD: Biblioteca digital brasileira de teses e dissertações

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA.....	11
1.2 HIPÓTESES.....	11
1.3 OBJETIVOS.....	11
1.3.1 Objetivo Geral.....	11
1.3.2 Objetivos Específicos.....	11
1.4 JUSTIFICATIVA.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
3 METODOLOGIA.....	20
3.1 DESENHO DO ESTUDO (TIPO DE ESTUDO).....	20
3.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	20
4 DISCUSSÃO.....	21
5 CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

A má oclusão é uma das principais condições de saúde bucal, e os tratamentos são comumente realizados durante a adolescência, quando a dentição permanente está surgindo. A má oclusão é a má relação entre a maxila e mandíbula. Quando não há um encaixe perfeito entre as arcadas dentárias, podendo prejudicar o desenvolvimento ósseo da face e das articulações temporomandibulares (ATM). (Kunz, F. et al., 2018)

Tradicionalmente, a má oclusão foi descrita apenas por normativos, sendo o Índice de Estética Dentária (DAI), proposto por Cons. et al. em 1989, o recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para estudos de epidemiologia. Baseia-se em padrões estéticos socialmente definidos e tem sido usado em pesquisas que avaliam condições oclusais e necessidade de tratamento. (Kunz, F. et al., 2018)

A má oclusão é um problema dental mundial que influencia os indivíduos afetados em graus variados. Muitos fatores contribuem para anomalia na dentição, incluindo aspectos hereditários e ambientais. Cárie dentária, lesões pulpares e periapicais, trauma, anormalidade no desenvolvimento e hábitos orais são as doenças dentárias mais comuns em crianças que se relacionam fortemente má oclusão. (Jaeken, K. et al., 2018)

No Brasil, pesquisa realizada em 2003 (SB-Brasil 2003) indicou uma prevalência de má oclusão grave e muito grave de 8,2% e 9,8%, respectivamente, entre os adolescentes de 12 anos. Resultados da mais recente pesquisa nacional brasileira (SB Brasil 2010) divulgaram prevalência de má oclusão aos 12 anos ligeiramente inferiores aos de 2003: 7,1% graves e 6,5% má oclusão muito grave. (Jaeken, K. et al., 2018)

A má oclusão é um defeito físico, existem vários tipos, como: Classe II, Classe III, Mordida aberta, Mordida Cruzada, Mordida Profunda e Apinhamento. (Kunz, F. et al., 2018)

Na primeira infância, as mais prevalentes más oclusões são: mordida aberta anterior, e posterior mordida cruzada, enquanto, em crianças em idade escolar, os deslocamentos dos dentes são mais comuns. A necessidade de tratamento ortodôntico é geralmente avaliada por classificação da gravidade da má oclusão. Portanto, quando avaliar a necessidade individual de tratamento, pode ser igualmente importante considerar o impacto que a má oclusão pode ter na autopercepção oral da qualidade de vida relacionada à saúde. (Dogramac, E. J. et al., 2017)

A estética do sorriso dos pacientes está se tornando cada vez mais a principal motivação para o diagnóstico das más oclusões. Os benefícios são: melhora da função oral, bem-estar psicossocial e aparência. (Rosa, G. N. et al., 2018)

A organização mundial de saúde (OMS) define qualidade de vida como a percepção dos indivíduos de sua posição na vida, no contexto da cultura, e dos sistemas de valores em que vivem e em relação as suas metas, expectativas, padrões e preocupações. A influência oral das condições dentárias na qualidade de vida de um indivíduo é chamada de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Medidas de qualidade de vida relacionada à saúde bucal são cruciais para identificar os aspectos funcionais, emocionais e impactos sociais da má oclusão. (Rosa, G. N. et al., 2018)

Portanto, esse estudo tem como objetivo investigar à possível relação entre má oclusão e qualidade de vida.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Qual a relação entre má oclusão e qualidade de vida?

1.2 HIPÓTESES

O presente estudo levanta as seguintes hipóteses:

- A má oclusão tem relação com a qualidade de vida
- A má oclusão não tem nenhuma relação com a qualidade de vida

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Verificar a possível relação entre má oclusão e qualidade de vida.

1.3.2 Objetivos Específicos

- 1 Verificar a etiologia da má oclusão;
- 2 Apresentar conceitos de qualidade de vida com relação a odontologia;
- 3 Investigar possibilidades de tratamento da má oclusão.

1.4 JUSTIFICATIVA

A má oclusão é uma das principais condições de saúde bucal. Ela resulta de mudanças no crescimento e desenvolvimento do sistema craniofacial, afetando os músculos e ossos da mandíbula. As más oclusões podem ter consequências que vão muito além do funcional ou estético.

A qualidade de vida depende de uma forma saudável onde o indivíduo deve buscar todos os tratamentos para que alcance esses padrões.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

MÁ OCLUSÃO

As más oclusões são desvios da normalidade do arco dental do esqueleto facial ou de ambos, com reflexos variados nas diversas funções do aparelho estomatognático (Sabbatini, 2012).

A má oclusão é uma das principais condições de saúde bucal, e os tratamentos são comumente realizados durante a adolescência, quando a dentição permanente está surgindo. Dados da última pesquisa nacional no Brasil mostrou que aproximadamente 37,6% das crianças de 12 anos apresentaram algum tipo de má oclusão. (Rosa, G. N. et al., 2015)

Tradicionalmente, a má oclusão foi descrita apenas por normativos, sendo o Índice de Estética Dentária (DAI), proposto por Cons. et al. em 1989, recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para estudos de epidemiologia. (Rosa, G. N. et al., 2015)

A má oclusão foi definida com a CLASSIFICAÇÃO DE ANGLE em 1907, onde:

Classe I: a relação anteroposterior dos primeiros molares superior e inferior é normal. A mandíbula e o arco dentário a ela superposto estão em correta relação mesiodistal com a maxila e demais ossos da face. A cúspide mesio-vestibular do primeiro molar superior oclui no sulco central do primeiro molar inferior. A má oclusão está geralmente confinada aos dentes anteriores. (Angle, 1899)

Classe II: a arcada inferior se encontra em relação distal com a arcada superior. A cúspide mesio-vestibular do primeiro molar superior oclui no espaço entre a cúspide vestibular do primeiro molar inferior e a face distal da cúspide vestibular do segundo pré-molar inferior. Apresentam duas divisões:

Classe II-, divisão 1: ocorre a protrusão dos incisivos superiores que apresentam uma inclinação axial labial. A forma da arcada se assemelha a um "V", está geralmente associada com funções musculares anormais, respiração bucal ou hábitos de sucção de dedo ou língua. (Angle, 1899)

Classe II - divisão 2: os incisivos superiores estão com inclinação axial vertical ou lingual. O arco superior geralmente apresenta-se achatado na região anterior, devido à inclinação lingual excessiva dos incisivos centrais superiores. Existe uma sobre mordida vertical excessiva, e o arco inferior apresenta frequentemente curva de Spee exagerada. A função muscular e respiração são normais. (Angle, 1899).

Subdivisão - os molares de um lado apresentam relações de classe I e o outro lado em relação de classe II. Recebe a denominação de subdivisões direita ou esquerda, conforme a chave de oclusão de classe II esteja do lado direito ou esquerdo, respectivamente. (Angle, 1899)

Classe III: o primeiro molar inferior encontra-se em posição mesial na relação com o primeiro molar superior. A cúspide méso vestibular do primeiro molar superior oclui no espaço entre a cúspide distal do primeiro molar inferior e a cúspide mesio-vestibular do segundo molar inferior. Também neste caso é usada a sub-divisão quando existe um lado em chave de oclusão. Os incisivos podem ou não apresentar mordida cruzada, com as faces vestibulares dos incisivos superiores contactando com as faces linguais dos incisivos inferiores. Os incisivos e caninos inferiores encontram-se com excessiva inclinação lingual. Frequentemente a arcada superior está atrofiada. (Angle, 1899)

A denominação das más posições dentárias individualmente de Lischer, (Moyers, 1991), envolve a adição do sufixo "versão" à palavra indicadora da direção para a qual o dente desvia-se da posição normal. São termos sugeridos por Lischer, usados para demonstrar anomalias individuais dos dentes, na qual influencia a oclusão com má formação do processo alveolar e sem deformação dos maxilares e das características faciais. A terapia ortodôntica geralmente é efetiva nestes tipos de más oclusões. (Angle, 1899)

- a) Mesioversão - mesial à posição normal.
- b) Distoversão - distal à posição normal.
- c) Linguoversão - lingual à posição normal.
- d) Lábio ou Vestibuloversão - em direção ao lábio ou à bochecha.
- e) Infraversão - aquém à linha de oclusão.
- f) Supraversão - além da linha de oclusão.
- g) Axiversão - inclinação axial incorreta.
- h) Giroversão ou Torsiversão - rotação sobre seu longo eixo.
- i) Transversão ou Transposição - alteração da ordem normal dos dentes no arco.

Classificação de Simon

Descrita por Moyers (1991) e Martins & Ferreira (1996).

Os arcos dentais no Sistema de Simon estão relacionados a três planos antropológicos baseados em pontos craniométricos. Os planos são: o Frankfurt, o orbital e o sagital médio.

- Relações ântero-posteriores (plano orbital)

Quando o arco dental, ou parte dele, está colocado mais anteriormente que o normal, em relação ao plano orbital, diz-se que está em protrusão. Quando o arco, ou parte dele, está colocado mais posteriormente que o normal em relação ao plano orbital, diz-se que está em retração. Robert Moyers (1991)

- Relações médio-laterais (plano sagital médio)

Quando o arco dental, ou parte dele, está mais próximo do plano sagital médio do que o normal, diz-se que está em contração. Quando o arco ou parte dele, está mais distanciado do plano sagital do que o normal, diz-se que está em distração. Robert Moyers (1991)

- Relações verticais (plano de Frankfurt)

Quando o arco dental, ou parte dele, está mais próximo do plano de Frankfurt do que o normal, diz-se que está em atração. Quando o arco, ou parte dele, está mais distante do plano de Frankfurt do que o normal, diz-se que está em abstração. (Robert Moyers (1991)

O sistema descrito tem grande importância clínica, pois orienta os dentes ou arcos dentais em relação ao esqueleto craniofacial, dando uma visão tridimensional da má oclusão. (Robert Moyers (1991)

Classificação das más posições dos grupos de dentes, Robert Moyers (1991):

- Variações verticais dos grupos de dentes

Sobre mordida profunda é o termo empregado quando há sobreposição vertical excessiva dos incisivos.

Mordida aberta é o termo aplicado quando há ausência localizada de oclusão. É vista mais frequentemente na parte anterior da boca, embora mordidas abertas posteriores também sejam encontradas. (Robert Moyers (1991)

- Variações transversais dos grupos de dentes

Mordida cruzada é vista quando as cúspides bucais de alguns dos dentes maxilares posteriores ocluem lingualmente com as cúspides bucais dos dentes inferiores. Quando um ou mais dentes superiores estão em mordida cruzada, na direção da linha média, denomina-se mordida cruzada lingual. Quando as cúspides linguais dos dentes posteriores superiores ocluem completa e vestibularmente com as cúspides bucais dos dentes inferiores, denomina-se mordida cruzada bucal. (Robert Moyers (1991)

Classificação das más oclusões de acordo com sua origem etiológica, Robert Moyers (1991);

- Má oclusão de origem dental: cuja principal alteração está nos dentes e osso alveolar. Moyers inclui aqui as más posições dentais individuais e as anomalias de forma, tamanho e número de dentes. Robert Moyers (1991)

- Má oclusão de origem óssea: inclui problemas do crescimento, tamanho, forma ou proporções anormais de qualquer um dos ossos do complexo craniofacial.

Síndromes das más oclusões:

O termo síndrome da má oclusão é utilizado por Moyers (1991), porém, Petrelli (1992) e Martins & Ferreira (1996) também descrevem aspectos e características encontradas nas más oclusões de Classes I, II e III descritas por Angle.

Síndrome da Classe I

As más oclusões de Classe I (neutroclusão) são caracterizadas por relações esquelética e molar normais. O perfil esquelético é reto e, portanto, o problema frequentemente é de origem dental. (Adair SM, Milano M, Lorenzo I, Russell C., 1995)

Síndrome da Classe II

A Classe II é a má oclusão severa mais frequentemente encontrada. Ela é caracterizada por uma dentição mandibular “distal” ao maxilar, cuja má relação pode ser causada por displasia óssea básica ou por movimento para frente do arco dental superior e por um processo alveolar ou pela combinação dos fatores esqueléticos e dentais. (Adair SM, Milano M, Lorenzo I, Russell C., 1995)

Na Classe II, Divisão 1ª a sobressaliência é excessiva e a mordida é provavelmente profunda. O perfil retrognático e a excessiva sobressaliência exigem que os músculos faciais e a língua se adaptem a padrões anormais de contração. (Adair SM, Milano M, Lorenzo I, Russell C., 1995)

Tipicamente, existe uma hiperatividade do músculo mentoniano, o qual se contrai fortemente para elevar o orbicular dos lábios e efetuar o selamento labial. Podemos observar, associada à Classe II divisão 1ª, a presença de:

- Mordida profunda: já que o contato oclusal dos incisivos está alterado pela sobressaliência, estes tendem a estruir, aprofundando a mordida.

- Mordida aberta: presente nos pacientes que possuem hábitos inadequados seja devido à interposição de lábio, língua, sucção digital ou de chupeta.

- Problemas de espaço: falta ou excesso de espaço no arco.
- Cruzamentos de mordida: nos casos com sobressaliência, a língua tende a se projetar para anterior durante as funções de deglutição e fonação, mantendo-se assentada no assoalho bucal (ao invés de tocar o palato duro) durante o repouso. Este desequilíbrio favorece a lingualização dos pré-molares e molares superiores, podendo gerar mordidas cruzadas. (Adair SM, Milano M, Lorenzo I, Russell C., 1995)
- Más posições dentais individuais.

A Classe II, Divisão 2^a é caracterizada por distoclusão, mordida profunda, labioversão dos incisivos laterais superiores, e uma função labial mais normal. A Classe II, Divisão 2^a esquelética facial não é, em geral, tão dramaticamente retrognática como a Classe II, Divisão 1^a. (Adair SM, Milano M, Lorenzo I, Russell C., 1995)

Síndrome da Classe III

A Classe III (mesioclusão, oclusão pré-normal) é caracterizada por prognatismo mandibular e/ou por deficiência maxilar, uma relação molar Classe III, e os incisivos inferiores estão labiais aos incisivos superiores. Mais freqüentemente, é uma displasia esquelética bem-definida, embora sejam vistas Classes III funcionais. (Adair SM, Milano M, Lorenzo I, Russell C., 1995)

Os cruzamentos de mordida anterior ou posterior são mais freqüentes. Eventualmente encontram-se problemas de espaço (falta ou excesso), mordidas abertas ou profundas e más posições dentais individuais. (Adair SM, Milano M, Lorenzo I, Russell C., 1995)

A mordida aberta anterior é definida como a ausência de oclusão no segmento anterior dos arcos dentários e sua etiologia pode estar agregada a anomalias do desenvolvimento do processo frontonasal, traumatismos na 9 região da pré-maxila (Pinto, 2008), padrões esqueléticos alterados, obstruções das vias aéreas, má posicionamento da língua (Araújo, 1988 apud Carvalho, 2009), além de poder estar ligada à prática de hábitos deletérios como os hábitos de sucção não-nutritiva (HSNN) adotados, principalmente, por crianças que os utilizam como forma de compensação psicológica (Dawson, 1988).

QUALIDADE DE VIDA

O termo "saúde" como um "estado de completo estado físico, mental bem-estar social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades" já foi definido pelo World Health e Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946. O objetivo desta definição não era apenas incluir aspectos puramente físicos, mas também componentes de saúde mental. Segundo a OMS, qualidade de vida é "a percepção dos indivíduos de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". (Kunz, F. et al., 2018)

Vincular saúde com qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) constitui, portanto, um construto multidimensional que inclui aspectos físicos, componentes emocionais, mentais, sociais e comportamentais de bem-estar e função. A percepção subjetiva da qualidade de vida também se tornou de crescente importância na medicina dentária. (Kunz, F. et al., 2018)

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) foi introduzida na mesma linha da QVRS. (Kunz, F. et al., 2018)

As avaliações de Qualidade de Vida (QV) foram introduzidas para apoiar e melhorar as decisões na área da saúde, bem como por razões éticas. Para facilitar a comparabilidade das medidas, a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) foi introduzida como um indicador do bem-estar de um indivíduo. A QVRS descreve o impacto de uma doença específica na QV de um indivíduo. Nas últimas décadas, aumentou o interesse em estudar as experiências de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (OHRQoL). O OHRQoL considera as perspectivas dos indivíduos em relação à saúde bucal e qual o impacto que a saúde bucal tem no seu bem-estar cotidiano. (Akesson et al., 2016, Massod et al., 2017).

A má oclusão é um dos distúrbios orais mais comuns. Existe uma variedade de características oclusais desviantes que, em si pode variar em gravidade. (Kragt, L. et al., 2015)

O conceito de qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHRQOL) surgiu na literatura ortodôntica para explicar a variabilidade profissionalmente determinada (objetivamente) e necessidade (subjetiva) determinada pelo paciente de tratamento ortodôntico. O OHRQOL é um resultado relatado pelo paciente avaliado por questionários para medir o impacto psicológico da dentição. (Kragt, L. et al., 2015)

Mais precisamente, o OHRQOL é a interação entre variáveis orais de saúde, como status funcional biológico e fisiológico, bem como atributos pessoais como função, funcionamento social e psicológico, que representam a percepção multidimensional e individual da saúde. Desta forma, descreve o padrão da oralidade e tecidos relacionados que permitem que um indivíduo

coma, fale, socialize, sem doença ativa, sem desconforto ou constrangimento e que contribui para o bem-estar geral. (Kragt, L. et al., 2015)

O impacto de más oclusões e QVRS pode ser diferente em crianças e em adultos, pois eles lidam de maneira diferente com doença, mas também com fatores psicológicos, sociais e emocionais. Além disso, crianças e adultos têm medidas de OHRQOL diferentes; assim, eles não deveriam ser investigados simultaneamente. Quando o foco está no OHRQOL em crianças, existe uma variedade de instrumentos sem ser universalmente aceito. (Kragt, L. et al., 2015)

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DE ESTUDO (TIPO DE ESTUDO)

O presente estudo foi uma revisão de literatura que buscou explicar a etiologia da má oclusão e sua relação com a qualidade de vida.

A metodologia selecionada para este trabalho foi por meio de uma revisão de literatura, onde foi abordado a etiologia da má oclusão e a relação com a qualidade de vida. Com a ajuda de fichamentos o estudo foi executado pela reunião de artigos na língua portuguesa, inglesa e espanhola. No método de busca sobre o tema, foram usados os bancos de dados online LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PUBMED e GOOGLE ACADÊMICO.

Para seleção dos artigos estabeleceram-se como critérios de inclusão: artigos disponíveis nas bases de dados que falassem sobre o tema etiologia da má oclusão de forma independente e também da sua relação com a qualidade de vida. E como critérios de exclusão: artigos que não falassem sobre o tema etiologia da má oclusão de forma independente e também da sua relação com a qualidade de vida.

O tempo de procura pelos artigos envolveu o período entre 2010 - 2020.

Foram utilizados os descritores controlados em ciências da saúde (DeCS): má oclusão, qualidade de vida e ortodontia.

3.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa por se tratar de uma revisão de literatura será realizada em base de dados, como *Pubmed* e *Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD)*. A pesquisa será realizada no primeiro e segundo semestre de 2020.

4 DISCUSSÃO

O termo a que se refere má oclusão significa todos os desvios dos dentes e dos maxilares do alinhamento normal (má posição individual dos dentes, discrepância ósteo-dentária e má relação dos arcos dentais, sagital, vertical e transversal), sendo difícil conhecer a sua causa precisa, já que existe uma interação complexa de múltiplos fatores e que as duas categorias básicas são as influências hereditárias e as ambientais. (PINTO et al., 2008; PROFFIT et al., 2008)

Os achados de alguns estudos confirmaram a associação entre hábitos alimentares e a ocorrência de má oclusão na dentição decídua. De fato, tanto a amamentação quanto a mamadeira tem sido associada a uma maior chance de mordida cruzada quando crianças pré-escolares são avaliadas. Além disso, uma recente revisão sistemática mostrou que nas evidências científicas, o aleitamento materno poderia proteger contra a má oclusão. (ABREU, L. G. et al., 2015)

Sucções não nutritivas foram sugeridas como causa de má oclusão em dentições mistas e permanentes. Há também algumas evidências de que roer unhas, roer objetos, morder bochechas ou lábios, ranger os dentes, durante os primeiros anos de vida podem estar associado ao uso de chupeta ou chupar dedo, hábitos em crianças que por sua vez, podem aumentar a risco de má oclusão. No entanto, a associação entre histórico de hábitos alimentares e má oclusão em dentição mista e permanente tem sido pouco discutidos até o momento. (ABREU, L. G. et al., 2015)

Na população estudada por Gimenez (2008), a chupeta revelou-se a mais significativa no desencadeamento de más oclusões em crianças de 24 a 58 meses.

Pesquisa feita por Monteiro (2009) relata que sinais sugestivos de respiração oral, o hábito prolongado da mamadeira, as alterações de posicionamento lingual e as alterações oclusais, foram fatores de risco estatisticamente significantes para a ocorrência dessa má oclusão.

Pacientes com más oclusões graves ou de longo prazo não tratadas podem sofrer de dor devido a problemas temporomandibulares distúrbios ou trauma dentário. Má oclusão pode também causar problemas funcionais, como problemas de fala, mastigação e subsequente escolha alimentar restrita (Kragt et al., 2015).

A associação de má oclusão e OHRQOL é baseada em várias ideias. Na maioria das vezes, no entanto, os pesquisadores escrevem sobre o impacto das más oclusões no domínio socioemocional de OHRQOL. Este domínio reflete a aparência da dentição e o bullying relacionado a autoestima reduzida,

relacionada à saúde bucal e ter vergonha de rir ou interagir com colegas (Kragt et al., 2015).

De fato, a literatura mostra que a má-oclusão pode se tornar muito limitante para o indivíduo, não por causa das questões funcionais possivelmente relacionadas, mas porque ela muitas vezes afeta negativamente a interação social, o bem-estar psicológico, a autopercepção do indivíduo (PORTILHO et al., 2000; MARQUES et al., 2005; PROFFIT et al., 2008) e conseqüentemente a sua qualidade de vida (AGOU et al., 2008).

BERNABÉ et al. (2008) avaliaram o impacto da má oclusão nas atividades diárias de adolescentes e verificaram que as más oclusões não tratadas têm consequências físicas, psicológicas e sociais sobre a qualidade de vida dos indivíduos e dentre as atividades diárias, o sorriso, foi o único que sofreu impacto.

Outro estudo de BERNABÉ et al. (2009) avaliando o mesmo tema sobre o impacto da má oclusão no desempenho diário de adolescentes, verificaram uma prevalência de impacto sobre as atribuições diárias de 26,5%. Os resultados suportam a ideia que a má oclusão tem efeitos físicos, psicológicos e sociais sobre a qualidade de vida desses indivíduos.

RODD et al. (2011), propôs avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de adolescentes em relação à aparência dental. Como conclusão do estudo foi observada que as condições dentais que resultaram diferenças visíveis na posição dos incisivos estavam associadas com níveis mais elevados de insatisfação com a aparência, tendo um potencial para causar um impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal desses adolescentes.

Os adolescentes que perceberam que tinham uma má oclusão relataram impactos negativos sobre OHRQoL, corroborando estudos anteriores (Arcis et al., 2013; Sousa et al., 2014; Benson et al., 2015; Kragt et al., 2017).

Além disso, os estudos mostraram que a autoestima estava relacionada à OHRQoL. Auto-estima é um complexo traço psicológico relativamente não relacionado a características craniodentofaciais. (Gavric et al., 2015).

O estudo mostrou que as associações entre más oclusões e OHRQOL variou entre os diferentes subgrupos de avaliações de má oclusão. Esses métodos de avaliações enfocam diferentes aspectos da oclusão e, portanto, as associações dentro desses subgrupos podem ser traduzidas para um determinado domínio de OHRQOL. A maior diferença nas pontuações OHRQOL entre crianças com e crianças sem más oclusões, quando esta última foi avaliada com o DAI. Isso apoia, que as más oclusões impactam amplamente o domínio socioemocional da OHRQOL (Kragt et al., 2015).

Estudo de TAYLOR et al. (2009) foi o único que apresentou que o efeito da má oclusão e seu tratamento na qualidade de vida de adolescentes e verificaram em seus resultados que a má oclusão parece não afetar a qualidade

de vida relacionada à saúde bucal e geral, apesar do seu tratamento melhorar a aparência, função bucal e bem-estar social.

O aspecto estético dos dentes pode afetar seriamente a adaptação de um indivíduo à vida, exercendo papel importante na sua interação social, embora o grau da má oclusão possa ser meramente uma condição sem maiores consequências para um certo indivíduo, mas possa ser um problema grave para outro. Isso se deve ao fato de que cada pessoa possui uma autopercepção de sua imagem. O impacto de um defeito físico em um indivíduo é fortemente influenciado pela sua autoestima (PORTILHO et al., 2000; PROFFIT et al., 2008), considerada um fator determinante na qualidade de vida relacionada à saúde bucal em indivíduos que buscam tratamento ortodôntico (AGOU et al., 2008).

Nesse contexto, é importante uma maior compreensão sobre os aspectos biopsicossociais da má oclusão e sua repercussão na qualidade de vida dos indivíduos, para isso é fundamental a utilização de instrumentos que meçam a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (AGOU et al., 2008).

A percepção estética da má oclusão parece ser importante quando se almeja um tratamento ortodôntico (MANDALL et al., 1999).

Indivíduos com maior necessidade de tratamento ortodôntico tiveram maior impacto negativo no componente estético. Com esse resultado, os autores destacam a importância da introdução de uma medida de percepção (componente subjetivo) do impacto estético da má oclusão, somando-se as tradicionais medidas normativas (critérios clínicos) da necessidade de tratamento ortodôntico (MANDALL et al., 1999).

De acordo com AGOU et al. (2008), a autoestima é um fator determinante em crianças que procuram tratamento ortodôntico. O impacto da má oclusão na qualidade de vida é substancial em indivíduos com baixa autoestima. Isso significa que o perfil psicológico da criança pode influenciar no impacto social e emocional da má oclusão, sugerindo o autor que atributos psicológicos sejam considerados ao se avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em ortodontia.

A condição de saúde bucal constitui fator de relevante interferência na qualidade de vida dos indivíduos. Estudos de revisão sobre o impacto de má oclusão na qualidade de vida concluíram que os pacientes são motivados a procurar tratamento ortodôntico, devido aos aspectos físicos, psicológicos e os efeitos sociais da má oclusão. (ZHANG et al., 2006; LIU et al., 2009).

Assim, os adolescentes avaliados neste estudo reforçam a influência dos aspectos psicossociais sobre OHRQoL, como a autopercepção ortodôntica, necessidade de tratamento e baixa autoestima (Gavric et al., 2015).

A experiência subjetiva da necessidade de tratamento ortodôntico tem mais impacto na OHRQoL do que a má oclusão diagnosticada clinicamente. Se uma pessoa considera sua estética dentária desfavorável, mesmo sem um

diagnóstico clínico, isso afetará sua OHRQoL negativamente (Gavric et al., 2015).

Essas características psicossociais estão relacionadas à demanda por tratamento ortodôntico (Badran et al., 2010; Lin et al., 2016; Isiekwe et al., 2016).

Os autores levantam a questão se realmente os adolescentes considerados para tratamento ortodôntico (critérios normativos) deveriam receber tratamento, uma vez que a maioria da amostra do estudo não sofreu impacto sobre a realização de suas atividades diárias (BERNABÉ et al. 2008).

Os autores destacam a deficiência de se usar apenas índices clínicos para estimar as necessidades de tratamento ortodôntico (BERNABÉ et al. 2009).

5 CONCLUSÃO

Com base nos principais estudos realizados foi possível verificar que a má oclusão interfere sim na qualidade de vida dos indivíduos em suas mais variadas faixas etárias. Necessitando mais estudos no que se refere ao aparelho ortodôntico.

Referências

Adair SM, Milano M, Lorenzo I, Russell C. Effects of current and former pacifier use on the dentition of 24- to 59-month-old children. *Pediatr Dent* 1995;17(7):437-444.

Agou S, Locker D et al. Impact of self-esteem on the oral-health-related quality of life of children with malocclusion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 134(4):484-9, 2008.

Akesson ML, Warnberg Gerdin E, Soderstrom U, Lindahl B, Johansson I. Health-related quality of life and prospective caries development. *BMC Oral Health* 2016; 16: 15.

Angle EH. Classification of malocclusion. *Dental cosmos*, Philadelphia, 1899; 41(2): 248-264.

Arcis, C.B., Montiel-Company, J.M. and Almerich-Silva, J.M. (2013): Psychosocial impact of malocclusion in Spanish adolescents. *Korean Journal of Orthodontics* 43,193-200.

Badran, S.A. (2010) The effect of malocclusion and self-perceived aesthetics on the self-esteem of a sample of Jordanian adolescents. *European Journal of Orthodontics* 32, 638-644.

Benson, P.E., Da'as, T., Johal, A., Mandall, N.A., Williams, A.C. and Baker, S.R. (2015): Relationships between dental appearance, self-esteem, socio-economic status, and oral health-related quality of life in UK schoolchildren: A 3-year cohort study. *European Journal of Orthodontics* 37, 481-490.

Bernabé E, Sheiham A et al. Impacts on daily performances attributed to malocclusions by British adolescents. *Oral Rehabil*, 36(1):26-31, 2009.

Bernabé E, Tsakos G et al. Impacts on daily performances attributed to malocclusions using the condition-specific feature of the Oral Impacts on Daily Performances Index. *Angle Orthod*, 78(2):241-7, 2008.

Carvalho CM, Carvalho LFPC. Prevalence of Anterior Open Bite among the Children Aged 3 to 5 Years in Cabedelo, PB, Brazil, and its Relationship with Deleterious Oral Habits. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, [internet] 2009; [acesso 2014 jan17]; 9(2):205-210.

Dawson PE. Evaluation, Diagnosis, and Treatment of Occlusal Problems. 2. ed. St. Louis, MO: CV Mosby Co., 1988. 632p.

Dogramacı EJ, Peres MA, Peres KG. Breastfeeding and malocclusions: the quality and level of evidence on the Internet for the public. *JADA*. 2017; 147(10):817-825

Gavric, A., Mirceta, D., Jakobovic, M., Pavlic, A., Zrinski, M.T. and Spalj, S. (2015): Craniodentofacial characteristics, dental esthetics-related quality of life, and self-esteem. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 147, 711-718.

Isiekwe, G.I., Sofola, O.O., Onigbogi, O.O., Utomi, I.L., Sanu, O.O. and Da Costa, O.O. (2016): Dental esthetics and oral health-related quality of life in Young adults. *American Journal of Orthodontic and Dentofacial Orthopedic* 150, 627-635.

Jaeken, K.; Cadenas de Llano-Perula, 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, 125–132.

Kragt L, Tiemeier H, Wolvius EB, Ongkosuwito EW (2015) Measuring oral health-related quality of life in orthodontic patients with a short version of the child oral health impact profile. *J Public Health Dent*.

Kragt, L., Wolvius, E.B., Jaddoe, V.W.V., Tiemeier, H. and Ongkosuwito, E.M. (2017): Influence of self-esteem on perceived orthodontic treatment and oral health-related quality of life in children: the Generation R Study. *European Journal of Orthodontics* 25, 254-261.

Kunz, F., Platte, P., Keß, S., Geim, L., Zeman, F., Proff, P., Hirschfelder U, and Stellzig-Eisenhauer A. (2018): Correlation between oral health-related quality of life and orthodontic treatment need in children and adolescents – a prospective interdisciplinary multicenter cohort study. *Journal of Orofacial Orthopedic* 79, 297-308

Lin, F., Ren, M., Yao, L., He, Y., Guo, J. and Yef, Q. (2016): Psychosocial impact of dental esthetics regulates motivation to seek orthodontic treatment. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 150, 476-82.

Liu Z, McGrath C et al. The Impact of Malocclusion/Orthodontic Treatment Need on the Quality of Life: A Systematic Review. *Angle Orthod*, 79(3):585-591, 2009.

Mandall NA, McCord JF et al. Perceived aesthetic impact of malocclusion and oral self-perceptions in 14-15-year-old Asian and Caucasian children in Greater Manchester. *European Journal of Orthodontics*, 21:175-183, 1999.

Martins AS & Ferreira FV. - Classificação das más oclusões. In: FERREIRA, F.V. Ortodontia - diagnóstico e planejamento clínico. São Paulo, Artes Médicas, 1996. 97-114.

Masood M, Suominen AL, Pietila T, Lahti S. 2017. Malocclusion traits and oral health-related quality of life in Finnish adults. *Community Dent Oral Epidemiol.* 45(2):178–188.

Moyers R. Manual de Ortodontia. Buenos Aires: Editorial Panamericana, 1992; (4): 76-203.

Moyres RE. Ortodontia. 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991; 127(155): 438-9.

Pinto EM, Gondim PPC et al. Análise crítica dos diversos métodos de avaliação e registro das más oclusões. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*, 13(1):82-91, 2008.

Pinto VG. Saúde bucal coleiva. 5. ed. São Paulo: Santos, 2008. Apud Carvalho CM, Carvalho LFPC. Prevalence of Anterior Open Bite among the Children Aged 3 to 5 Years in Cabedelo, PB, Brazil, and its Relationship with Deleterious Oral Habits. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, [internet] 2009; 9(2):205-210.

Portilho JAC, Paes AMC. Autopercepção de Qualidade de Vida relativa à Saúde Proffit WR, Fields HW et al. *Ortodontia Contemporânea*, Ed. Elsevier, Cap 1, 2008.

Rodd HD, Marshman Z et al. Oral health-related quality of life of children in relation to dental appearance and educational transition. *Br Dent J*, Jul 22; 211(2), 2011.

RosaGN, Del Fabro JP, Tomazoni F, Tuchtenhagen S, Alves, LS, Ardenghi TM. Association of malocclusion, happiness, and oral health-related quality of life (OHRQoL) in schoolchildren. *J Public Health Dent*. 2015; Jul 30.

Sabbatini IF. Avaliação dos componentes anatômicos do sistema estomatognático de crianças com bruxismo, por meio de imagens obtidas por tomografia computadorizada cone beam. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria)–Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto. Universidade do Estado de São Paulo, São Paulo. 2012

Sousa, R.V., Clementino, M.A., Gomes, M.C., Martins, C.C., Granville-Garcia, A.F. and Paiva, S.M. (2014): Malocclusion and quality of life in Brazilian preschoolers. *European Journal of Oral Science* 122, 223-229.

Taylor KR, Kiyak A et al. Effects of malocclusion and its treatment on the quality of life of adolescents. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 136(3):382-92, 2009.

Zhang M, Mcgrath C et al. The impact of malocclusion and its treatment on quality of life: a literature review. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 16:381-387, 2006.