

Por que o ortodontista deve conhecer a qualidade de vida de seu paciente?

Daniela Feu*

Devido à natureza eletiva do tratamento ortodôntico, a decisão de iniciá-lo torna-se dependente da opinião dos pacientes e dos pais, que significa, muitas vezes, a motivação causada pelo impacto negativo que a má oclusão lhes gerou, seja ele estético, funcional ou social. Portanto, essa autonomia do paciente desempenha um importante papel na previsão de resultados finais, uma vez que a satisfação teoricamente estaria relacionada à redução ou eliminação dos fatores que o levaram a buscar tratamento. Então como seria possível desempenhar tratamentos que possibilitariam ganhos psicossociais aos pacientes e obter sucesso sem conhecer o impacto gerado pela má oclusão?

Frente a esse novo paradigma, a Odontologia Baseada em Evidências trouxe para a Ortodontia um de seus maiores desafios: conhecer o impacto do tratamento ortodôntico na vida diária dos pacientes. Isso porque, para que seja considerado viável, todo e qualquer tratamento, incluindo a terapia ortodôntica, deve ser capaz de trazer um benefício significativo, que supere os custos biológicos e financeiros para cada paciente individualmente^{3,20,26}.

Existe evidência de que pacientes portadores de más oclusões têm pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal em comparação a pacientes que possuem oclusões equilibradas^{7,13,24,23,26}. Entretanto, não existe evidência científica de que más oclusões não tratadas possam aumentar o risco de desenvolvimento de cáries dentárias¹,

gingivites e alterações periodontais^{24,25}, e nem de que o tratamento ortodôntico possa prevenir o desenvolvimento de desordens articulares^{16,22} ou melhorar a efetividade mastigatória^{10,18} dos pacientes. Portanto, os principais benefícios do tratamento ortodôntico estariam relacionados com a estética e a função mastigatória, que causarão, como consequências e objetivos, melhoras no bem-estar social e psicológico do paciente, objetivando “qualidade de vida”^{3,6,7,8,13,24,25}.

Os benefícios do tratamento ortodôntico fixo convencional para a qualidade de vida dos pacientes tratados, especialmente em suas dimensões psicossociais, foram comprovados recentemente por um estudo de caso-controle³ e duas avaliações prospectivas longitudinais^{6,8}. A “qualidade de vida relacionada à saúde bucal” é um conceito multidimensional, que inclui a percepção subjetiva do bem-estar físico, psicológico e social de cada um, além de um senso de bem-estar geral subjetivo. Sua essência, de acordo com alguns autores, seria o reflexo das experiências de um indivíduo, que influenciariam sua satisfação com a vida em todos os seus aspectos^{4,12,13}.

Para avaliar a qualidade de vida dos pacientes, são usados questionários conhecidos como “indicadores sociodentais”. O que esses indicadores procuram revelar é o impacto percebido dos problemas bucais sobre a qualidade de vida das pessoas que os possuem. O relato do paciente permitirá conhecer em maior amplitude a consequência advinda das alterações bucais,

* Mestre em Ortodontia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Doutoranda em Ortodontia – UERJ.

como doenças, alterações funcionais e estéticas, já que se trata de uma experiência individual^{4,12,14}.

A necessidade de avaliar a qualidade de vida dos pacientes ortodônticos deve-se à importância da estética dental e facial na vida das pessoas e à amplitude com a qual elas autoavaliam essa estética. Dentro de um contexto social de culto ao belo, significativamente presente no Brasil, esse tipo de análise não pode deixar de fazer parte do diagnóstico. Essa avaliação buscará, principalmente, avaliar o impacto e/ou as desvantagens que a má oclusão e as consequentes alterações estéticas, funcionais e sociais vão gerar, uma vez que, para uma mesma má oclusão, existirão diferentes impactos psicossociais. Isso significa que a mesma má oclusão pode ser percebida de diferentes maneiras pelas pessoas, e que essa percepção individual provavelmente é a chave para a busca de tratamento ortodôntico, relacionando-se ou não com a gravidade dessa má oclusão¹⁹. Do mesmo modo, para essas diferentes percepções, surgirão expectativas de resultados diferentes e que nem sempre serão proporcionais à dimensão da má oclusão, mas, sim, à dimensão do impacto que ela gerou para aquele determinado paciente. Consequentemente, essas expectativas de resultados irão variar de indivíduo para indivíduo, mesmo se tratando da mesma má oclusão⁴.

Em geral, os questionários são divididos em “dimensões de impacto”. Ou seja, grupos de perguntas que vão identificar se uma dimensão específica — por exemplo, a função mastigatória ou o convívio social do paciente entrevistado — está sendo afetada pelo problema que ele apresenta¹⁴.

Locker¹⁴ foi um dos primeiros autores a afirmar que esses indicadores devem ser utilizados em consultórios e clínicas odontológicas para auxiliar os profissionais no entendimento das necessidades individuais de tratamento de cada paciente, as quais, normalmente, não são conhecidas. Além de permitir um melhor conhecimento de cada paciente individualmente, o uso desses

questionários na consulta inicial permitirá uma reflexão sobre o tipo de demanda que geramos. As dimensões de impacto mais negativamente afetadas por nossos pacientes podem indicar a visão que a sociedade e que nossos colegas que nos encaminharam esses pacientes têm sobre nosso trabalho. Ou seja: qual dimensão de impacto negativo faz o paciente procurá-lo? Estética? Funcional? Psicossocial? Esse conhecimento pode auxiliar cada um de nós a buscar nossas falhas e deficiências, melhorar o marketing e a visibilidade de outras áreas de impacto e abrir novos caminhos em nossas clínicas e consultórios.

Mas as pesquisas científicas na área trazem também dados muito interessantes, que podem nos ajudar muito em nosso dia a dia. Um estudo que descreveu a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de 250 adolescentes chineses em tratamento ortodôntico, nos períodos de uma semana, um mês, três meses, seis meses e após o tratamento ortodôntico, demonstrou que a terapia ortodôntica fixa foi capaz de melhorar a qualidade de vida dos adolescentes chineses após sua finalização⁶. Esse estudo também concluiu que o tratamento ortodôntico tem um efeito negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos pacientes, como já foi observado em outros estudos^{8,15,19}. Nesses estudos, a dor decorrente do tratamento foi o principal fator causador da manutenção do impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes em tratamento. De fato, houve uma preponderância da dimensão “dor física”, que aumentou significativamente durante o tratamento ortodôntico^{6,8}. Chen et al.⁶ observaram um impacto ainda mais negativo na primeira semana de tratamento.

De acordo com os autores, o impacto negativo da primeira semana é significativamente pior do que o que fez o paciente buscar o ortodontista inicialmente, e só se normaliza após três meses de tratamento⁶. Nesse período, o paciente deve ser orientado claramente sobre os prováveis efeitos do início do tratamento, para que não haja uma quebra de confiança. De fato,

Pringle et al.²¹ relataram que, em sua amostra, 91% dos pacientes tratados ortodonticamente experimentam episódios de dor, e que essa dor foi descrita como o pior aspecto do tratamento e como a maior razão para se desejar interromper um tratamento ortodôntico^{17,21}. Para os pacientes, o maior problema de relacionamento foi a falta de “feedback” do ortodontista no início do tratamento e nos episódios de dor aguda devida a problemas com o aparelho. Não podemos deixar de ter em mente que, durante os períodos de dor, a queda na qualidade de vida dos nossos pacientes é significativa e, portanto, não podemos deixar de prestar atendimento imediato.

Após a montagem do aparelho, alguns autores recomendam um telefonema estruturado no dia seguinte, e relatam que observaram resultados significativos na redução da percepção de dor dos pacientes^{2,17}. Barlett et al.² observaram ainda que o conteúdo do telefonema não fez diferença no impacto positivo que ele gerou sobre esses pacientes. Esses estudos não abordaram a qualidade de vida dos indivíduos tratados, mas sim sua percepção de dor e, considerando os resultados negativos observados na primeira semana de tratamento, atitudes que possam melhorar a qualidade de vida de nossos pacientes devem ser empregadas.

Em relação à cooperação com o tratamento, a avaliação da qualidade de vida também pode nos ajudar a conhecer melhor o paciente antes de propor e iniciar uma modalidade de tratamento. Chew e Aw⁵ observaram que, em adolescentes, o impacto de uma condição estética ruim é significativamente pior para os pais. Muitas vezes, é esse impacto dos pais que os leva a buscar tratamento para seus filhos, e o que nós devemos tentar identificar é se os filhos, que serão de fato

os pacientes, também têm um impacto negativo frente à sua má oclusão ou não. Para isso, é recomendável que questionários sociodontais sejam aplicados nos pais e nos adolescentes separadamente, para identificar corretamente suas queixas. Um impacto negativo na qualidade de vida dos adolescentes não significa necessariamente que eles serão mais cooperadores durante o tratamento¹⁵, contudo, conhecer sua percepção e saber se de fato existem impactos negativos certamente nos auxiliará na individualização e adequação do plano de tratamento.

O conhecimento do impacto das condições bucais de um adolescente em sua qualidade de vida tem diversas implicações positivas^{7,15}, já que vai refletir a percepção do adolescente em relação à sua saúde e aparência bucal e, portanto, vai proporcionar uma melhora na comunicação entre o paciente, seus pais e o ortodontista^{9,11}. Isso acontece uma vez que o ortodontista passa a conhecer as consequências e a importância da situação bucal do adolescente em sua vida diária e também na vida de seus pais, fornecendo, portanto, um guia de qualidade de tratamento individualizado para cada paciente e para sua família¹¹.

Portanto, a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos pacientes, antes e depois do tratamento, pode produzir importantes melhoras na relação profissional-paciente e, principalmente, pode facilitar a obtenção de resultados finais mais satisfatórios. Obviamente, a busca pela “queixa principal” do paciente demonstra uma preocupação com o impacto negativo gerado pela má oclusão e vem sendo realizada pela Ortodontia e por outras especialidades odontológicas há anos. Mas atualmente, com as ferramentas desenvolvidas para a mensuração específica desses impactos, ela ainda é suficiente?

REFERÊNCIAS

1. Alves PV, Alviano WS, Bolognese AM, Nojima LI. Treatment protocol to control *Streptococcus mutans* level in an orthodontic patient with high caries risk. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2008 Jan;133(1):91-4.
2. Bartlett BW, Firestone AR, Vig KW, Beck FM, Marucha PT. The influence of a structured telephone call on orthodontic pain and anxiety. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2005 Oct;128(4):435-41.
3. Bernabé E, Sheiham A, Tsakos G, Messias de Oliveira C. The impact of orthodontic treatment on the quality of life in adolescents: a case-control study. *Eur J Orthod.* 2008 Oct;30(5):515-20.
4. Bowling A. *Measuring health: a review of quality of life measurement scales.* 3rd ed. Buckingham: Open University Press; 2005.
5. Chew MT, Aw AK. Appropriateness of orthodontic referrals: self-perceived and normative treatment needs of patients referred for orthodontic consultation. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002 Dec;30(6):449-54.
6. Chen M, Wang DW, Wu LP. Fixed orthodontic appliance therapy and its impact on oral health-related quality of life in chinese patients. *Angle Orthod.* 2010 Jan;80(1):49-53.
7. Feu D, Oliveira BH, Oliveira Almeida MA, Kiyak HA, Miguel JA. Oral health-related quality of life and orthodontic treatment seeking. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2010 Aug;138(2):152-9.
8. Feu D, Oliveira BH, Miguel JA. Avaliação prospectiva longitudinal da qualidade de vida de adolescentes submetidos a tratamento ortodôntico. *Braz Oral Res.* 2009;23:319.
9. Holt RD. Advances in dental public health. *Prim Dent Care.* 2001; 8(1):99-102.
10. Karakay S. Dynamic MRI evaluation of tongue posture and deglutitive movements in a surgically corrected open bite. *Angle Orthod.* 2006 Nov;76(6):1057-65.
11. Kiyak AH, Bell R. Psychosocial considerations in surgery and orthodontics. In: Proffit WR, White RP, editors. *Surgical-orthodontic treatment.* St. Louis: Mosby; 1991. p. 421-37.
12. Klages U, Bruckner A, Guld Y, Zentner A. Dental esthetics, orthodontic treatment, and oral-health attitudes in young adults. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2005 Oct;128(4):442-9.
13. Liu Z, McGrath C, Hägg U. The impact of malocclusion/orthodontic treatment need on the quality of life: a systematic review. *Angle Orthod.* 2009 May;79(3):585-91.
14. Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: Slade GD, editor. *Measuring oral health and quality of life.* North Carolina: University of North Carolina; 1997.
15. Mandall NA, Matthew S, Fox D, Wright J, Conboy FM, O'Brien KD. Prediction of compliance and completion of orthodontic treatment: are quality of life measures important? *Eur J Orthod.* 2008 Feb;30(1):40-5.
16. McNamara JA Jr, Seligman DA, Okeson JP. Occlusion, orthodontic treatment and temporomandibular disorders: a review. *J Orofac Pain.* 1995 Winter;9(1):73-90.
17. Murray AM. Discontinuation of orthodontic treatment: a study of the contributing factors. *Br J Orthod.* 1989 Feb;16(1):1-7.
18. Nakata Y, Ueda HM, Kato M, Tabe H, Shikata-Wakisaka N, Matsumoto E et al. Changes in stomatognathic function induced by orthognathic surgery in patients with mandibular prognatism. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007 Mar;65(3):444-51.
19. Oliveira CM, Sheiham A. Orthodontic treatment and its impact in oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. *J Orthod.* 2004 Mar;31(1):20-7.
20. Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century – implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009 Feb;37(1):1-8.
21. Pringle AM, Petrie A, Cunningham SJ, McKnight M. Prospective randomized clinical trial to compare pain levels associated with 2 orthodontic fixed bracket systems. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2009 Aug;136(2):160-7.
22. Rinchuse DJ, McMinn JT. Summary of evidence-based systematic reviews of temporomandibular disorders. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2006 Dec;130(6):715-20.
23. Rivera SM, Hatch JP, Rugh JD. Psychosocial factors associated with orthodontic and orthognathic surgical treatment. *Semin Orthod.* 2000 Dec;6(4):259-69.
24. Sandy J, Roberts-Harry D. *A clinical guideline to orthodontics.* London: British Dental Association; 2003.
25. Shaw WC, Richmond S, O'Brien KD, Brook P, Stephens CD. Quality control in orthodontics: treatment need and treatment standards. *Br Dent J.* 1991 Feb 9;170(3):107-12.
26. Sheiham A, Tsakos G. Oral health needs assessments. In: Pine C, Harris R, editors. *Community Oral Health.* New Malden: Quintessence; 2007. p. 59-79.

Endereço para correspondência
Daniela Feu
E-mail: danifeutz@yahoo.com.br