

## A atratividade do rosto nas dismorfoses dento-faciais

Inês Francisco<sup>1</sup>, Maria Silva<sup>2</sup>, David Sanz<sup>3</sup>, Adriana Guimarães<sup>1</sup>, Lara Palmeira<sup>4</sup>, Francisco do Vale<sup>5</sup>

1. Assistente convidada, Instituto de Ortodontia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
2. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
3. Departamento de Cirurgia Maxilofacial, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
4. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra
5. Coordenador do Instituto de Ortodontia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

INTRODUÇÃO

O termo deformidade dento-facial (DDF) refere-se a alterações das relações esqueléticas e dentárias. Esta patologia requer usualmente um tratamento ortodôntico-cirúrgico.<sup>1</sup> As deformidades dento-faciais apresentam, para além de problemas estéticos, diferentes graus de comprometimento da função normal da respiração, da deglutição, da mastigação e da fonação. A má oclusão associada pode prejudicar a função oclusal, causar disfunção da articulação temporomandibular e dor nos músculos da cabeça e do pescoço.

Proffit e colaboradores, sugeriram que 15% a 37% dos pacientes ortognáticos apresentam sofrimento psicológico.<sup>5</sup> Pacientes com dismorfose dento-facial grave são mais suscetíveis de sofrimento psicológico, uma vez que são mais instáveis emocionalmente, menos sociáveis e apresentam maiores níveis de ansiedade e neuroticismo.<sup>6</sup> Alanko e colaboradores, relataram que os pacientes com DDF não apresentam mais problemas psicológicos, mas apresentam mais sintomas de ansiedade e depressão.<sup>7</sup> Estes dados sugerem que a personalidade e/ou processos psicológicos podem interferir na relação entre a DDF e sintomas psicopatológicos.

### Amostra

A população geral foi composta por 90 alunos da Universidade de Coimbra, 76 (84,4%) mulheres e 14 (15,6%) homens. A média de idades é superior a 22 anos (DP=1.60) enquanto a média de escolaridade é superior a 15 anos (DP= 1.29). Pacientes com historial de doença mental ou desvio lateral funcional foram excluídos.

A população clínica consistiu em 46 pacientes com DDF consultados no Instituto de Ortodontia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. A amostra foi composta por 29 (63%) mulheres e 16 (34,8%) homens, com uma média de idades superior a 25 anos (SD = 8,140). A média de escolaridade foi de 12.90 anos (SD = 2.39).

### Métodos

Todos os participantes realizaram o preenchimento de duas escalas: Escala de Comparação Social através da Aparência do Rosto (E.C.S.A.R.) e a Escala de Ansiedade em Situações Sociais devido à aparência do Rosto (E.A.S.S.R.).

A E.C.S.A.R. foi desenvolvida através da Escala de Comparação Social através da Aparência Física (E.C.S.A.F.). Perante a E.C.S.A.R., o sujeito é convidado a responder a 11 itens, numa escala tipo Likert de 10 pontos com constructos bipolares (por exemplo Inferior/Superior), selecionando o número que melhor traduz a forma como se sente quando compara o seu rosto com alvos proximais. O estudo apresentou uma consistência interna elevada ( $\alpha = 0.81$ ).

A E.A.S.S.R. foi desenvolvida tendo por base a Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações devido ao Peso e Aparência Física (E.A.E.S.P.A.F.), versão portuguesa de Palmeira e Pinto-Gouveia. A E.A.S.S.R. apresenta 26 itens que refletem situações variadas (situações de interação, de desempenho, de confronto com a aparência do rosto) em que as pessoas podem sentir desconforto ou mal-estar. Os participantes devem assinalar o grau de desconforto que cada uma das situações lhes provoca numa escala tipo Likert de 6 pontos (1 = “nada” e 4 = “muito”). A consistência interna foi muito elevada ( $\alpha = 0.96$ ).

### Análise Estatística

A relação entre a idade, os anos de escolaridade, a classe esquelética, a E.C.S.A.R. e a E.A.S.S.R., foi determinada pelo coeficiente de correlação de Pearson. Para avaliar as diferenças entre E.C.S.A.R. e na E.A.S.S.R. nas diferentes classes esqueléticas recorreu-se à análise univariável da variância (One Way ANOVA). As análises *post-Hoc* com o método LSD (*Least Significant Difference*) foram utilizados de modo a averiguar as diferenças entre as classes esqueléticas. Por fim, foram ainda realizadas regressões linear múltiplas pelo método *stepwise*, de modo a explorar se a classe esquelética e a E.C.S.A.R. são preditores da ansiedade e desconforto em situações sociais devido à aparência do rosto.

Tabela 1: Médias (M), Desvios-padrão (DP), e Correlação de Pearson entre as variáveis em estudo para a amostra total (N=136)

Medidas	General sample (N=90)		Clinical sample (N=46)		r(g)	p	Cohen's d
	M	DP	M	DP			
Idade	22.11	1.60	25.22	8.14	-2.539 (133)	.015	.46
Anos de Escolaridade	15.21	1.29	12.90	2.39	5.877 (133)	<.001	1.07
Classe Esquelética	1.54	0.66	2.33	.60	-6.767 (133)	<.001	1.23
E.C.S.A.R.	65.52	16.30	63.27	15.91	0.764 (133)	.446	.14
E.A.S.S.R.	38.83	13.83	46.54	15.95	-2.918 (133)	.004	.53

Nota: E.C.S.A.R.= Escala de comparação social através da Aparência do Rosto; E.A.S.S.R.= Escala de Ansiedade em Situações Sociais devido à aparência do Rosto; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001.

Tabela 2: Análises univariadas da variância (One Way ANOVA) para as diferentes classes esqueléticas na E.C.S.A.R. e E.A.S.S.R.

	Classificação			F	p	Post-hoc comparisons		
	Classe I	Classe II	Classe III			Classe I - Classe II	Classe I - Classe III	Classe II - Classe III
E.C.S.A.R.	64.69 (13.84)	63.91 (19.17)	66.81 (13.33)	.285	.004	.78 (3.11)	-2.12 (3.90)	-2.90 (3.84)
E.A.S.S.R.	37.81 (13.26)	48.00 (15.88)	45.50 (16.41)	6.54	0.002	-10.19 (2.87)	-7.69 (0.01)	2.50 (3.55)

Nota: E.C.S.A.R.= Escala de comparação social através da Aparência do Rosto; E.A.S.S.R.= Escala de Ansiedade em Situações Sociais devido à aparência do Rosto; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001.

Tabela 3: Análise de regressão múltipla hierárquica utilizando as medidas classe esquelética e E.C.S.A.R. para prever a ansiedade e desconforto em situações sociais devido à aparência do rosto (E.A.S.S.R.) na população geral (N = 90) e na população clínica (N = 46).

População	Modelo	Preditores	β	t	p	F	ΔR <sup>2</sup>
Geral (N=90)	1	Classe Esquelética	.276	2.696	.008	7.270*	.08
		E.C.S.A.R.	-.317	-3.261	.002	9.355***	.18
Clínica (N=46)	1	Classe Esquelética	-.181	-1.205	.235	1.452	.03
		E.C.S.A.R.	-.062	-.419	.667	4.463*	.18

Nota: E.C.S.A.R.= Escala de comparação social através da Aparência do Rosto; E.A.S.S.R.= Escala de Ansiedade em Situações Sociais devido à aparência do Rosto; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001.

RESULTADOS

A literatura tem demonstrado que indivíduos mais atraentes apresentam mais vantagens sociais, por exemplo na posição social do indivíduo no grupo.<sup>8</sup> Os resultados deste estudo demonstraram que a população clínica apresenta níveis mais elevados de ansiedade e desconforto do que indivíduos sem DDF ( $p = 0.002$ ). A classe esquelética e a comparação social evidenciaram-se como preditores dos níveis de ansiedade e desconforto na população geral [F (1,88) = 7.270;  $p < .05$ ], sendo que apenas a comparação social foi preditor da ansiedade e desconforto na população clínica [F (2, 42) = 4.463;  $p < .05$ ]. Quando o indivíduo apresenta características que são socialmente vistas como sendo negativas (por exemplo a aparência física) isso

coloca-o numa posição social mais desfavorável, estando em risco de ser criticado, rejeitado ou excluído pelos seus pares, o que por sua vez, poderá desencadear o desenvolvimento de estratégias defensivas como esconder. Paradoxalmente, estas estratégias tendem a ter um impacto negativo na qualidade de vida e poderão levar ao desenvolvimento psicopatologia, nomeadamente sintomas de depressão e ansiedade. Estes dados corroboram pesquisas anteriores que mostram que a aparência física é um aspecto relevante para definir a posição social do indivíduo. Myers e Crowther, demonstraram que comparações sociais desfavoráveis se relacionam positivamente com a insatisfação corporal, e consequentemente, podem fazer submergir dificuldades psicológicas, como a ansiedade.<sup>9</sup>

## CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo demonstram que o Ortodontista deve ser conhecedor da percepção que os seus doentes têm sobre o seu rosto comparativamente a outros bem como o impacto da dismorfose dento-facial no funcionamento social do indivíduo. Este conhecimento permitirá a individualização do tratamento ortodôntico-cirúrgico.

## REFERÊNCIAS

1. Posnick JC. Definition and Prevalence of Dentoalveolar Deformities. *Stomatol* 2012; 12: 2. Alanko OM, Svedström-Orito AL, Peltomäki T, Kesäniemi T, Tuomisto MT. Psychosocial well-being of prospective orthognathic-surgical patients. *Acta Odontol Scand*. 2014;72(9): 897-97. 3. Barrero-Mora JM, Espinar Escalera E, Abalos Labraña C, Usmeas Carrera JM, Ballesteros El, Solano Reina E, et al. The Relationship Between Malocclusion, Benignlymph Hypermobility Syndrome, Condylar Position and TMD Symptom. *Journal Craniofacial Pract*. 2012;34(2): 121-30. 4. Ruusaniemi I, Lahti S, Tolvanen M, Pirttimäki P. Quality of life in patients with severe malocclusion before treatment. *Eur J Orthod*. 2010;32(1): 43-8. 5. Proffit W, Fields H. *Contemporary Orthodontics* (4th ed). Mosby, ed. St. Louis; 2000. 6. Kovalenko A, Slobodskaya A, Drobysheva N, Perin L, Drobyshev A, Madaloni M. The association between the psychological status and the severity of facial deformity in orthognathic patients. *Angle Orthod*. 2012;82(3): 396-402. 7. Alanko OM, Svedström-Orito AL, Tuomisto MT. Patients' perceptions of orthognathic treatment, well-being, and psychological or psychiatric status: a systematic review. *Acta Odontol Scand*. 2016;68(5): 248-60. 8. Ferreria C, Palmeira I, Trindade JR. Turning eating psychopathology risk factors into action: The pervasive effects of body image-related cognitive fusion. *Appetite*. 2014;80: 137-52. 9. Myers TA, Crowther JN. Social Comparison as a Predictor of Body Dissatisfaction: A Meta-Analytic Review. *J Abnorm Psychol*. 2009;118(6): 685-98.

