

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO – ODONTOPEDIATRIA**

Fernanda Cunha Soares

**PERCEPÇÃO SOCIAL E AUTOPERCEPÇÃO DE
CRIANÇAS DE 4 E 5 ANOS EM RELAÇÃO A ALTERAÇÕES
ESTÉTICAS NO INCISIVO CENTRAL DECÍDUO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre em Odontologia– Área de Concentração em Odontopediatria
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mariane Cardoso
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Michele Bolan

Florianópolis

Dezembro,2011

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

S676p Soares, Fernanda Cunha

Percepção social e autopercepção de crianças de 4 e 5 anos em relação a alterações estéticas no incisivo central decíduo [dissertação] / Fernanda Cunha Soares ; orientadora, Mariane Cardoso. - Florianópolis, SC, 2011.

63 p.: il., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Inclui referências

1. Odontologia. 2. Dentes decíduos. 3. Odontopediatria.
4. Estética dentária. I. Cardoso, Mariane. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

CDU 616.314

FERNANDA CUNHA SOARES

**PERCEPÇÃO SOCIAL E AUTO PERCEPÇÃO DE CRIANÇAS
DE 4 E 5 ANOS EM RELAÇÃO A ALTERAÇÕES ESTÉTICAS
NO INCISIVO CENTRAL DECÍDUO.**

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de MESTRE EM ODONTOLOGIA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM ODONTOLOGIA, e aprovada em sua forma final pelo Curso de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 01 de dezembro de 2011.

Prof. Dr. Ricardo de Souza Magini
Coordenador do curso

Banca Examinadora

Profa. Dra. Mariane Cardoso
Orientadora
Presidente da Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Letícia Ramos-Jorge
Membro

Profa. Dra. Renata Gondo
Membro

Aos meus pais, Toninho e Cida pela estrutura de amor e
confiança da nossa família. Vocês são a razão das minhas
conquistas

Ao meu irmão Fábio pelo apoio,
amizade e companheirismo

Dedico este trabalho

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por acreditarem em mim, mesmo quando deixei de acreditar. Por nossa família linda, pela estrutura de amor, carinho e dedicação.

Ao meu pai, por apoiar as minhas decisões mais loucas, pelo amor incondicional demonstrado em todos os momentos. Quem sempre se preocupou e sempre me enxergou como realmente sou com minhas virtudes e fraquezas. Sou muito orgulhosa de ser sua filha!

A minha mãe, minha fortaleza! Luz da minha casa! Pelo otimismo diante da vida, pelos puxões de orelhas, pelo amor incondicional, por ser uma leoa na minha criação e por ter semeado o amor no meu coração.

Fábio, meu amigo de fé, irmão camarada. Por toda a vida compartilhada. O que dizer de alguém que amo tanto? Palavras não seriam suficientes para falar de alguém que me faz levantar a cabeça nas horas mais difíceis, me ajuda em todos os problemas, me lembra de quem realmente sou e não de quem eu queria ser. Se existe alguém que me conhece esse alguém é você!

Vó Nilza. Tenho muito orgulho de ser sua neta. Obrigada pelo amor, pelo carinho, pela alegria! Amo você incondicionalmente.

Ao tio Antonio Carlos, por sempre estar do meu lado, fazendo com que meus sonhos se tornem realidade! Você é muito especial.

A tia Nil, tio Bel, e ao Rodrigo, meu afilhado querido, que mesmo distante sempre me apoiaram, me deram força e torceram pelo meu sucesso! Amo vocês.

Aos meus tios, tias, primos por fazerem parte da minha vida. Vocês moram no meu coração.

Saione, minha amiga, companheira, confidente e minha irmã postiça. Obrigada por tudo!!! Palavras não são suficientes para expressar o que você representa na minha vida. Você é uma pessoa abençoada. Nossos caminhos se cruzaram por uma causa nobre!!! Nada é por acaso!

Sou muito feliz por você fazer parte da minha história

Carlinha, você é sensacional! Mulher mil e uma utilidades! Quando crescer quero ser igual a você. Nossa sintonia foi espontânea e gratuita. Obrigada por tudo! Obrigada pelo carinho, paciência e dedicação.

Rildo, obrigado por cada conselho, conversa, risada. Cada vez que eu estava desesperada e você conseguiu me acalmar! Você é muito especial! O carinho, e amizade ficarão para sempre.

Rodrigo, você foi o professor de estatística que estava sempre de plantão, o companheiro de baladas, de jogos, o revisor dos textos....Em fim o colega que se tornou um amigo muito especial!!! Obrigado por tudo, sempre!!!!

Carol, você é muito especial. Torço pelo seu sucesso!!! Obrigada pelo apoio nos diversos momentos. Obrigada pela hospedagem, carinho, e amizade.

Livea e Isabella, minhas eternas amigas! Vocês moram no meu coração.

Daniel, meu melhor amigo... Que desde os meus 13 anos, mesmo longe sempre me incentivou e me apoiou! Adoro você.

A minha orientadora, Mariane Cardoso, pelo apoio científico, pela paciência e dedicação nas minhas dúvidas, pelas manifestações explícitas de alegria nas minhas conquistas! Sou eternamente grata por todas as oportunidades, pelas conquistas e momentos de alegria que você me proporcionou. Sua força de vontade e energia são as minhas motivações na vida acadêmica!

Thaís e Marcos vocês são um exemplo a ser seguido! Meus “chefinhos”. Sou fã de vocês. Alegria de vocês faz toda a diferença no meu dia a dia. Tenho muito orgulho da nossa amizade. Me sinto privilegiada por vocês fazerem parte da minha vida. Obrigada por todas as oportunidades. Vocês moram no meu coração!

Aos demais professores do curso de Mestrado em Odontopediatria da
Universidade de Santa Catarina:

Joeci, pela alegria e dedicação contagiante na arte de ensinar;

Michele, pela dedicação, pelo aprendizado nas suas aulas teóricas e seminários;
Izabel, pelo carinho, confiança e a contagiante paixão pela odontopediatria;
Ricardo, pelo carinho e paciência que demonstrou durante os ensinamentos práticos e teóricos
Rosa, que em tão pouco tempo conseguiu me entender de uma forma única. Sempre com a palavra certa! Obrigada pela torcida nas minhas conquistas.

A minha amiga de curso Juliana! Sucesso e tudo de melhor para você sempre. Obrigada pelo apoio e torcida! Obrigada por tudo!

Aos Núcleos de Educação Infantil de Florianópolis por permitirem a realização desta pesquisa.

As crianças e aos pais que participaram da pesquisa, pela atenção e disponibilidade

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento Profissional de Nível Superior, pelo apoio financeiro.

Na minha caminhada sempre fui abençoada por Deus e amparada por vários anjos da guarda que estiveram comigo em diversos momentos e não seria diferente durante o processo de construção da minha dissertação. Só tenho que agradecer a Deus e a todos que fazem parte da minha vida.

“Sou ariano
e ariano não pede licença,
entra, arromba a porta
nunca tive medo de me mostrar
você pode ficar escondido em casa,
protegido pelas paredes mas você tá vivo,
e essa vida é pra se mostrar
esse é o meu espetáculo
só quem se mostra se encontra
por mais que se perca no caminho.”

(Cazuza)

SOARES F. C. Percepção social e autopercepção de crianças de 4 e 5 anos em relação a alterações estéticas no incisivo central decíduo. 2011. 63f. Dissertação (Mestrado em Odontologia – área de concentração Odontopediatria) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar a percepção social de crianças em relação à indivíduos da mesma idade que apresentam alterações estéticas dentais, bem como verificar a auto-percepção das crianças a respeito de suas próprias alterações dentais. Um estudo transversal foi realizado com 431 crianças de 4 e 5 anos. Foram apresentadas aos participantes quatro fotografias de rosto de crianças, sendo: criança com incisivo central escurecido; criança com incisivo decíduo fraturado; criança sem o incisivo central e; criança sem alterações no incisivo central. A partir das fotografias, foram realizadas 4 perguntas para cada criança para análise da percepção social. Para a análise da auto percepção, foram realizadas duas perguntas. As crianças responderam questões abertas e fechadas, estas respondidas por meio da Escala de Faces. Para análise estatística foram utilizados o teste Qui-Quadrado e a Regressão Logística Binária. Os resultados mostraram que as crianças apresentam uma percepção social negativa, isto é, houve associação do sentimento de tristeza com a alteração estética dental de outra criança ($p < 0,05$). O dente foi apontado como o principal motivo deste sentimento (4,68 vezes – 95% CI: 2,39-9,15). Na análise da autopercepção, verificou-se a associação entre a tristeza das crianças e sua própria alteração estética ($p < 0,05$). Isto é, crianças com alterações estéticas sentem-se 1,92 vezes mais tristes do que crianças sem alterações dentais (95% CI: 1,22-3,02). Em relação ao motivo do sentimento de tristeza, o dente foi apontado como o principal causador ($p < 0,05$). A probabilidade de uma criança responder que o dente é o motivo da tristeza é 1,22 vezes maior do que os outros motivos citados. Portanto, pode-se concluir que as crianças apresentam uma percepção social e uma autopercepção negativa em relação à estética bucal sendo necessário que o odontopediatra recorra a tratamentos estéticos que visem reduzir o impacto causado por essas alterações decorrentes do traumatismo, melhorando a auto-estima e a qualidade de vida de seus pacientes.

Palavras chaves: decíduos, percepção social, alterações estéticas

SOARES C. F. Social perception and self perception of children aged 4 to 5 years in relation to aesthetic changes in the deciduous central incisor. 2011. 63 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia – área de concentração Odontopediatria) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ABSTRACT

The aim of this study was to assess the social perception of children in relation to individuals of the same age who have dental cosmetic changes, and to verify the self-perception of children about their own dental alterations. A cross-sectional study was conducted with 431 children aged 4 to 5 years. Participants were shown four photographs of the faces of children, as follows: children with darkened central incisor; child with deciduous incisor fractured central incisor without the child and, without changes to the child central incisor. From the photographs, there were four questions for each child for analysis of social perception. For the analysis of self-perception were two questions. The children answered questions via closed Faces Scale. The results showed that children have a negative social perception, that is, there was the feeling of sadness associated with dental aesthetic alteration of another child ($p < 0,05$). The tooth was identified as the main reason for this feeling (4,68X - 95% CI: 2,39 - 9,15). In the analysis of perception, there was an association between children and the sadness of his own aesthetic alteration ($p < 0,05$). That is, children with aesthetic feel sad 1.92 more chance than children without dental alterations (95% CI: 1,22 - 3,02). Regarding the reason for the feeling, the tooth was identified as the main cause ($p < 0,05$). The probability of a child responds that the tooth is the reason for sadness is 1,22 times that of the other reasons cited. Therefore, it can be concluded that children have a social awareness and a negative self-perceptions in relation to oral aesthetics is necessary that the dentist refer to aesthetic treatments that reduce the impact of these changes resulting from trauma, improving self-esteem and quality of life of their patients.

Keywords: deciduous, social perception, changes aesthetic

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. ARTIGO	17
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
APÊNDICES	46
A. Metodologia Expandida.....	47
B. Termo de Consentimento Livres e Esclarecido.....	54
C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para fotografia.....	55
D. Ficha Clínica para preenchimento odontológico.....	57
E. Questionário PERCEPÇÃO SOCIAL.....	58
F. Questionário AUTOPERCEPÇÃO.....	59
ANEXOS	60
A. Escala de Faces de Claro - Masculina.....	61
B. Escala de Faces de Claro - Feminina.....	62
C. Parecer substanciado do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina.....	63

Introdução

1. INTRODUÇÃO

A aparência é reconhecida como sendo fundamental para as interações sociais ao longo da vida (HARRIS, 1997; LOVEGROVE, RUMSEY, 2005). Vivemos em uma sociedade onde as questões como, corpo estereotipado idealizado e imagens faciais são aplaudidas pela mídia (MATTICK, GORDON, GILLGRASS, 2004; NEWTON, MINHAS, 2005).

As evidências indicam que somos julgados pelos outros com base na nossa aparência, incluindo a aparência dento facial (JENNY, PROSHEK, 1986). Há um consenso geral entre adultos de que os indivíduos com uma dentição saudável são percebidos como mais competentes socialmente, intelectualmente e mais ajustados psicologicamente que indivíduos com alterações estéticas dentais (FENG, NEWTON, ROBINSON, 2001; NEWTON, PRABHU, ROBINSON, 2003).

Tais alterações podem ser decorrentes de inúmeras causas, dentre elas: injúrias traumáticas (GARCIA-GODOY, GARCIA-GODOY, GARCIA-GODOY, 1989; GONDIM, MOREIRA NETO, 2005); patologia-pulpar (SOXMAN, NAZIF, BOUGUOT, 1984.); cáries; distúrbios de desenvolvimento (DAUGAARD-JENSEN, NODAL, KJAER, 1997; TASA, LUKACS, 2000); fluorose; opacidades e outros (PRAHL-ANDERSEN *et al.*, 1979; LEVY *et al.*, 2005).

Sabe-se que o traumatismo dento-alveolar é uma ocorrência muito comum na infância e, frequentemente, resulta no comprometimento estético do dente (RODD *et al.*, 2010). Todavia, a impressão clínica sugere que os dentistas podem estar relutantes em fornecer "tratamento estético" para os dentes decíduos traumatizados até que a criança fique mais velha e com melhor comportamento. A ausência de intervenção rápida e adequada, não só pode afetar negativamente o prognóstico a longo prazo do dente lesado (ANDREASEN *et al.*, 2002), mas pode ter um efeito psicológico negativo sobre a criança (RODD *et al.*, 2010).

Lesões em incisivos produzidas por trauma dental podem produzir dor, alteração estética ou outros efeitos psicológicos em crianças (ALONGE, NARENDRA, WILLIAMSON, 2001), além de produzir significativos custos emocionais e sociais para elas e suas famílias (CORTES, MARCENES, SHEIHAM, 2002).

Um efeito profundo e permanente sobre a criança e seus pai é percebido no traumatismo dental de crianças em relação a percepção da

dor e da qualidade de vida. As lesões dentais graves produzem dor inicial e contínua, e os efeitos prejudiciais para a qualidade de vida das crianças e dos pais ainda estão presentes mesmo após um ano do trauma, segundo Berger *et al.* (2009).

A influência do aspecto dental em avaliações subjetivas das características pessoais, competências sociais, capacidade intelectual e ajuste psicológico foi estudada por Newton, Prabhu, Robinson (2003). O estudo foi realizado através de uma entrevista com universitários, sendo que cada participante fez julgamentos sobre as características pessoais do sujeito de uma fotografia. Foram utilizadas oito fotografias, cada uma com um grau da doença (visível ou sem doença visível). Os indivíduos com menos doenças dentárias foram classificados como mais competentes socialmente, tendo maior realização intelectual e uma melhor adaptação psicológica. Na ausência de outras informações, o indivíduo faz julgamentos influenciados pela aparência dental sobre as características pessoais de outros indivíduos.

Estudos realizados por Shaw *et al.* na década de 1980 exploram o conceito da estética em dentes anteriores usando fotografias de indivíduos adultos com uma variedade de maloclusões. Os participantes foram convidados a classificar os indivíduos retratados nas fotografias em uma série de características pessoais. As principais conclusões foram que pessoas exibindo uma relação normal dos incisivos tiveram avaliações significativamente mais elevadas para a amizade, classe social, popularidade e inteligência (SHAW, 1981; SHAW *et al.*, 1985). Em um estudo semelhante, envolvendo jovens e adultos, as crianças com uma aparência dentária "normal" foram julgadas como tendo melhor aparência, mais desejável, como mais amigos, mais inteligentes e menos propensas a se comportar de forma agressiva (SHAW, 1981; SHAW, HUMPHREVS, 1982).

Shaw, Humphreys (1982) determinaram se a presença de uma anomalia dento-facial em uma criança seria desfavorável às expectativas de suas professoras. Fotos de incisivos hígidos, incisivos protuídos, ausência do incisivo lateral e fissura unilateral foram visualizadas. A hipótese de que os rostos das crianças com uma aparência dental normal ou de alta atratividade facial ganharia preferência nas expectativas das professoras não foi confirmada.

Mattick e Gordon (2004) examinaram como jovens menores de 16 anos enxergam a má oclusão em modelos de revistas para adolescentes. Verificou-se que a pontuação negativa para estética é baixa para a maioria dos modelos com má oclusão indicando que não há necessidade de tratamento para estes casos. Apenas 7,2% dos modelos

que apresentavam má oclusão foram indicadas com necessidade de tratamento.

Vlok *et al.* (2011) relataram que poucos estudos têm investigado como os pacientes se sentem sobre lesões traumáticas nos dentes. Dentistas podem se concentrar em tratar uma lesão e deixar de abordar a forma como o paciente vê a gravidade, ou a estética. O estudo comparou a percepção de crianças, adolescentes e adultos jovens sobre lesões dentárias em incisivos centrais. Para os participantes foram mostrados seis fotografias coloridas de pessoas com incisivos centrais traumatizados e foram realizadas quatro perguntas. As respostas dos participantes mais jovens parece ser afetada pela presença de sangue nas fotografias, enquanto adolescentes tinham mais foco no dente. O estudo sugeriu que as crianças e adultos jovens podem perceber o significado de sua lesão dental de forma bastante diferente do que profissionais da odontologia

A percepção dos pais sobre a estética facial das crianças e as áreas do rosto consideradas como as mais importantes do ponto de vista estético foram avaliados por DiBlasio *et al.* (2009). A maioria dos pais mostrou atenção para deformidades craniofacial de seus filhos e considerou o papel do pediatra muito importante no diagnóstico precoce. As áreas do rosto citadas como as mais importantes foram dentes, olhos e nariz. Apesar da opinião pública, os adultos estão preocupados não apenas com a saúde geral e do crescimento de seus filhos, mas também sobre sua estética facial. Eles, de fato, não só julgam a estética de todo o rosto, mas também tem diferentes visões sobre áreas específicas do rosto (BLASIO, *et al.*, 2009).

Ao analisar a auto-percepção das crianças em relação a morfometria de seu perfil facial comparada com as percepções das mães e dentistas, percebe-se que pacientes e suas mães superestimam a protusão da mandíbula. As mães tendem a ter menor tolerância para mudança no perfil dos tecidos moles do que as crianças ou dentistas (ROBERT *et al.*, 2007).

O impacto social de dentes anteriores fraturados sem tratamento em escolares brasileiros foi avaliado por Cortes; Marcenes; Sheiham (2002), os quais concluíram que crianças com fratura dos dentes permanentes sofreram maior impacto negativo em sua vida diária do que crianças sem qualquer lesão traumática. Um estudo foi realizado recentemente sobre o impacto do trauma dentário na qualidade de vida das crianças canadenses de 12 a 14 anos. Crianças com dentes traumatizados não tratados apresentaram maior dificuldade de mastigação, evitaram sorrir e tiveram suas interações sociais afetadas em

comparação às crianças sem traumatismo dentário demonstrando assim uma associação significativa entre o traumatismo dentário e o bem-estar emocional das crianças (FAKHRUDDIN *et al.*, 2008).

Ramos-Jorge, et al. (2007) também investigaram o impacto do tratamento de fratura dental na vida de adolescentes de 11 a 17 anos. O estudo apresentou um grupo com adolescentes com restauração definitiva da fratura por mais de 6 meses e um grupo composto por adolescentes sem histórico de trauma dental. A chance dos adolescentes com fraturas tratadas apresentarem um impacto negativo nas atividades diárias foi de 3,3 vezes maior do que entre adolescentes sem trauma dental.

A relação entre a auto-estima e saúde bucal relacionadas com a qualidade de vida foi pesquisada em crianças de 11 a 14 anos que procuram tratamento ortodôntico. Em crianças com baixa auto-estima foi evidenciado que o impacto que a maloclusão exerce na qualidade de vida é significativo (AGOU *et al.*, 2008). O impacto da aparência dental, a importância dos dentes para a aparência facial e maloclusão sobre a qualidade de vida foi avaliado em crianças e adolescentes de 8 a 19 anos com necessidade de tratamento ortodôntico. A má oclusão tem mais impacto no bem-estar emocional do que nos contatos sociais (SPALJ *et al.*, 2009). A avaliação do impacto biopsicossocial e a autopercepção da maloclusão foram estudadas em escolares de 14 a 18 anos de idade. Repercussões negativas foram encontradas na vida de adolescentes com maloclusões que afetam a estética dental (MARQUES, *et al.*, 2009).

Rodd *et al.* (2010) determinaram como as crianças vêem outras crianças com trauma visível no incisivo. Foi pedido para crianças de 11 a 15 anos qualificar fotografias de crianças com e sem incisivos traumatizados. Crianças mais novas classificaram negativamente as crianças com trauma no incisivo em relação à criança com aparência normal. Em vista da importância da aparência na interação social do adolescente, tratamento estético dental para crianças com trauma no incisivo pode produzir importantes benefícios psicossociais.

Vale *et al.* (2009) avaliaram a percepção dos componentes estéticos da saúde bucal em pacientes infantis em diferentes fases do desenvolvimento psicológico de Piaget. Foram analisadas 20 crianças, entre 21 meses e 11 anos. Crianças de todas as idades representam claramente a sua percepção do que são "dentes bonitos" e "dentes feios". Os desenhos são uma fonte útil de informações para avaliar a percepção estética de pacientes pediátricos e que o conhecimento da percepção estética pelas crianças é relevante para os odontopediatras, pois as

crianças estão conscientes sobre a sua estética dental e sobre a aparência de outras crianças.

Estudos procuraram determinar como as crianças vêem outras crianças com alterações estéticas em incisivos decíduos, entretanto, esses estudos utilizam questionários respondidos totalmente por adultos, sem o envolvimento das crianças (RODD *et al.*, 2010).

Há uma mudança no sentido de pesquisa com crianças e da adoção do conceito de pesquisa centrada na criança. No entanto, a maioria das pesquisas em saúde bucal é realizado em crianças, ao invés de ser realizada com elas (MARSHMAN e HALL, 2008). Marshman e Hall (2008) visaram fornecer uma visão geral das abordagens contemporâneas de pesquisa com crianças. Os autores concluíram que há uma margem considerável para o acesso das perspectivas infantis e de sua saúde bucal sendo necessário ter os cuidados através de sua participação ativa na investigação.

É evidente que certo número de traços de personalidade é atribuído com base na aparência dentária, particularmente entre os adultos. No entanto, existe uma escassez de dados sobre os julgamentos das crianças em relação à saúde bucal. Isto é inacreditável num contexto de elevados níveis relatados relacionando aparência com zombaria ou *bullying* em adolescentes (LOVEGROVE, RUMSEY, 2005).

Surpreendentemente, nenhuma investigação epidemiológica tem sido feita sobre o impacto social causado por alterações em dentes decíduos anteriores, e pouco se sabe sobre como as crianças se sentem em ter incisivos com alterações estéticas e as possíveis conseqüências sócio-psicológicas e emocionais sobre seu comportamento (CORTES, MARCENES, SHEIHAM, 2002).

A realização desse estudo justifica-se, pois visa estabelecer a percepção infantil frente à alteração estética nos incisivos superiores decíduos e como tal pode afetar a relação da criança com o meio em que vive. Desta forma, odontopediatras poderão lançar mão de tratamentos que visem reduzir o impacto causado, melhorando a qualidade de vida de seus pacientes.

O objetivo deste trabalho é estabelecer a percepção infantil frente à alteração estética nos incisivos superiores decíduos em crianças de 4 e 5 anos.

Artigo

2. ARTIGO

REVISTA

Dental Traumatology

TÍTULO

Percepção social e auto percepção de crianças de 4 e 5 anos em relação a alterações estéticas no incisivo central decíduo

AUTORES

Fernanda Cunha Soares¹, Mariane Cardoso², Michele Bolan³

¹ Mestrado, Programa de pós- graduação em Odontologia – área de concentração Odontopediatria.

^{2,3} Professora da Disciplina de Odontopediatria.

Departamento de Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC, Brasil.

Endereço para correspondência:

Fernanda Cunha Soares

Rua Floriano Peixoto, 391 – Igarapava, São Paulo –
SP, Brasil

CEP: 14540-000

55 16 31726306

fercsoares@gmail.com

Resumo

O objetivo deste estudo foi verificar a percepção social e autopercepção infantil de pré-escolares em relação a alterações estéticas dentais. Um estudo transversal foi realizado com 431 crianças de 4 e 5 anos. Foram apresentadas aos participantes quatro fotografias de rosto de crianças, sendo: criança com incisivo central escurecido; criança com incisivo decíduo fraturado; criança sem o incisivo central e; criança sem alterações no incisivo central. A partir das fotografias, foram realizadas 4 perguntas para cada criança para análise da percepção social. Para a análise da auto percepção foram realizadas duas perguntas. As crianças responderam as questões abertas e fechadas, estas por meio da Escala de Faces. Para análise estatística foram utilizados o teste Qui-Quadrado e a Regressão Logística Binária. Os resultados mostraram que as crianças apresentam uma percepção social negativa, isto é, houve associação do sentimento de tristeza com a alteração estética dental de outra criança ($p < 0,05$). O dente foi apontado como o principal motivo deste sentimento (4,68 vezes – 95% CI: 2,39-9,15). Na análise da autopercepção, verificou-se a associação entre a tristeza das crianças e sua própria alteração estética ($p < 0,05$). Isto é, crianças com alterações estéticas sentem-se 1,92 vezes mais tristes do que crianças sem alterações dentais (95% CI: 1,22-3,02). Em relação ao motivo do sentimento, o dente foi apontado como o principal causador ($p < 0,05$). A probabilidade de uma criança responder que o dente é o motivo da tristeza é 1,22 vezes maior do que os outros motivos citados. Portanto, pode-se concluir que as crianças apresentam uma percepção social e uma autopercepção negativa em relação à alteração estética bucal sendo necessário que o odontopediatra recorra a tratamentos estéticos que visem reduzir o impacto causado por essas alterações decorrentes do traumatismo, melhorando a auto-estima e a qualidade de vida de seus pacientes.

Introdução

A aparência é reconhecida como sendo fundamental para as interações sociais ao longo da vida (1,2). A sociedade atual impõe regras tanto para o corpo estereotipado quanto para imagens faciais (3,4).

As evidências indicam que somos julgados com base na nossa aparência, incluindo a estética dento facial. Portanto, uma aparência dentária que se desvia das normas aceitáveis pode afetar negativamente as perspectivas de um indivíduo (5).

Crianças com uma aparência dental normal podem ser consideradas mais atraentes, resultando em uma maior aceitação social (6). Indivíduos com uma dentição saudável são percebidos como mais competentes socialmente, intelectualmente e mais ajustados psicologicamente que indivíduos com alteração dentária visível (7,8).

Uma das principais causas de alterações estéticas em incisivos decíduos é o trauma dental, que vem sendo considerado um problema de saúde pública, principalmente, onde há um declínio considerável dos índices de cárie (9,10). Em crianças, traumatismos dentais em incisivos centrais superiores acontecem com relativa frequência, sendo relatada um prevalência de até 30% na dentição decídua (11,12). Dentre as sequelas que podem acometer a estética dental, pode-se citar a alteração de cor da coroa, perda precoce do elemento dentário e fratura da coroa.

Alteração estética não tratada pode acarretar problemas psicológicos e sociais nas crianças (13), comprometendo suas relações sociais (14). Quando os dentes anteriores são acometidos, não só o indivíduo pode ser consciente da sua aparência dental, mas as alterações podem ser facilmente vistas por outras pessoas, afetando suas interações sociais (15). O não fornecimento de intervenção rápida e adequada em dentes traumatizados, não só pode afetar negativamente o prognóstico a longo prazo do dente lesado (16), como também pode ter um efeito psicológico negativo sobre a criança (17). Os problemas de aceitação social na infância pode influenciar negativamente toda a vida de um indivíduo (18-21).

A percepção de crianças e adolescentes sobre lesões em incisivos centrais foi avaliada por meio de fotografias de traumatismo de incisivos centrais. As crianças foram afetadas pela presença de sangue nas fotografias, enquanto os adolescentes tiveram mais foco no dente. Crianças e adultos jovens percebem o significado de suas lesões dentais de forma bastante diferente do profissionais da odontologia (13).

Surpreendentemente, raras são as investigações epidemiológicas que tem sido realizada sobre o impacto social causado por alterações em dentes decíduos anteriores. Pouco se sabe sobre como as crianças se

sentem em ter alterações estéticas dentais e as possíveis conseqüências sócio-psicológicas e emocionais sobre seu comportamento (22).

No entanto, obter as informações sobre o que a criança pensa e sente sem distorções ou induções torna-se complexo, pois muitas vezes ela ainda não possui habilidade para descrever suas sensações verbalmente. Assim, decifrar as manifestações psicológicas infantis, bem como interpretá-las, torna-se uma tarefa difícil para o profissional odontológico (23). Por isso, a maioria das pesquisas em saúde bucal é realizada em crianças, ao invés de ser realizada com crianças (24).

Portanto este estudo tem por objetivo avaliar a percepção social e a auto percepção de crianças frente à alteração estética nos incisivos centrais superiores decíduos decorrente de traumatismo.

Metodologia

Inicialmente, foi realizado um estudo piloto com o objetivo de testar a metodologia proposta e também determinar a prevalência da percepção social negativa das crianças para o cálculo da amostra. A prevalência foi determinada em 34% e, após o cálculo amostral, o estudo foi realizado com 431 alunos de 4 e 5 anos dos Núcleos de Ensino Infantil (NEIs) da cidade de Florianópolis, Santa Catarina – Brasil. A aprovação ética para o estudo foi concedida pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina.

O estudo foi realizado em 2 etapas: (a) avaliação da percepção social da criança em relação a estética dental de outras crianças e; (b) avaliação da auto percepção da criança em relação à sua condição de estética bucal.

Avaliação da percepção social

Para a primeira etapa foram utilizadas fotografias coloridas, padronizadas no tamanho 18x21 cm, de rosto inteiro de quatro crianças sorrindo, sendo 2 meninos e 2 meninas, com idades de 4 e 5 anos, atendidas na clínica de Odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O consentimento informado foi assinado pelos responsáveis das crianças permitindo a utilização das fotografias para os fins específicos desse estudo. As crianças fotografadas apresentavam as seguintes características no incisivo central superior: alteração de cor na coroa visível a uma distância de conversação (figura 1a), fratura de mais da metade da coroa (figura 1b), ausência de alterações estéticas (figura 1c), e, ausência do incisivo central direito superior (figura 1d).



Figura 1: Fotografias de rosto das crianças utilizadas para o estudo: (a) alteração de cor na coroa; (b) fratura de mais da metade da coroa; (c) ausência de alterações estéticas e; (d) ausência do incisivo central direito superior.

Para verificar o sentimento das crianças em relação às fotografias, foi utilizado como instrumento a Escala de Faces validada por Claro (25). A escala foi apresentada para as crianças da amostra em uma folha A4, no tamanho de 18x8, composta por quatro figuras com diferentes expressões faciais na seguinte sequência: muito feliz, feliz, triste e muito triste (figura 2). Foram apresentadas uma escala para o gênero feminino (figura 2a) e uma escala para o gênero masculino (figura 2b). A explicação da Escala de Faces validada por Claro (1993) foi realizada separadamente para cada criança.

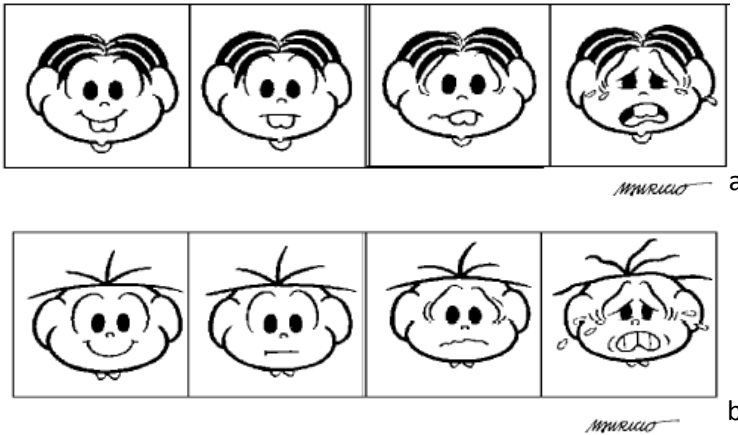


Figura 2: Escala de Faces validada por Claro (25): (a) escala para o gênero feminino; (b) escala para o gênero masculino.

b

Cada fotografia foi apresentada 4 vezes, separadamente, para cada criança sendo que, cada uma das vezes, foi realizada uma pergunta. Do total das 4 perguntas, 2 perguntas foram fechadas e 2 foram abertas. As perguntas fechadas tinham como objetivo determinar o sentimento da criança e as perguntas abertas tinham por objetivo determinar os motivos do sentimento. A seguir estão descritas as perguntas relacionadas as fotografias: (1) “Olhe a fotografia e aponte na carinha. Como você sentiria se tivesse um amiguinho como esse da foto?”; (2) “Por que você se sentiria assim?”; (3) “Olhe para a boca na fotografia e aponte na carinha. Como você sentiria se tivesse um amiguinho como esse da foto?”; (4) “Por que você se sentiria assim?”

Todas as respostas foram anotadas em uma ficha específica desenvolvida para o estudo.

Avaliação da auto-percepção

Para a segunda etapa do estudo a pesquisadora entrevistou as 431 crianças, verificando nestas crianças da amostra quais apresentavam alterações estéticas dentais visíveis a uma distância de conversação. Foram consideradas as seguintes alterações estéticas: alteração de cor na coroa, fratura de mais da metade da coroa e ausência dental. Todas as informações foram anotadas na ficha específica do estudo.

Utilizando a Escala de Faces, foram realizadas 2 perguntas para cada criança sendo uma pergunta fechada e outra pergunta aberta. As perguntas foram: (a) “Aponte na carinha como você se sente quando

olha sua boca”; (b) “Por que você se sente assim?”. Assim como na avaliação anterior, a pergunta fechada tinha como objetivo determinar o sentimento da criança e a pergunta aberta tinha por objetivo determinar os motivos do sentimento. A criança não possuía espelho nem nenhum outro instrumento para olhar sua boca.

Tabulação dos dados

As respostas para as variáveis dependentes *percepção social* e *auto percepção* utilizando a Escala de Faces foram dicotomizadas em: feliz (faces muito feliz e feliz da Escala de Faces)=0 e; triste (faces muito triste e triste)=1 .

As variáveis independentes foram dicotomizadas desta forma: *Motivo do sentimento*: outros motivos (cabelo, cor de pele, gênero, entre outros)=0; motivo dente = 1; *Alteração estética*: não = 0; sim = 1. *Gênero*: masculino = 0; feminino = 1. *Idade*: 4 anos = 0; 5 anos =1.

Os dados foram digitados em Microsoft Excel e analisados utilizando o SPSS (versão 17.0 SPSS Inc, Chicago,IL, EUA). Para verificar se houve associação entre as variáveis foi utilizado o Teste Qui-quadrado, haja vista que são dados categóricos e dicotomizados. A estimativa do efeito das diversas variáveis independentes, sobre o desfecho, foi calculada através da Regressão Logística Binária. Em ambos os testes estatísticos o nível de significância foi fixado em $p < 0,05$.

Resultados

Foram visitadas 16 NEIs (69% do total de NEIs de Florianópolis). Não houve perdas no processo de amostragem dos alunos porque o procedimento amostral foi conduzido com reposição das recusas e faltas. O quantitativo de recusas e faltas à aula no dia da coleta de dados não foi registrado. A amostra deste estudo foi composta por 431 escolares dos NEIs de Florianópolis, com idades entre 4 e 5 anos.

A tabela 1 apresenta as descrições e frequências simples das variáveis estudadas nas crianças.

Tabela 01: Descrição e frequência simples das variáveis estudadas.

Variáveis	n*	%
Gênero		
Masculino	165	38,3
Feminino	266	61,7
Idade		
4 anos	217	50,3
5 anos	214	49,7
Sentimento da criança → rosto da fotografia		
Feliz	95	22,0
Triste	336	78,0
Motivo do sentimento da criança → rosto da fotografia		
Outros	294	68,2
Dentes	137	31,8
Sentimento da criança → boca da fotografia		
Feliz	45	10,4
Triste	386	89,6
Motivo do sentimento da criança → boca da fotografia		
Outros	106	24,6
Dentes	325	75,4
Sentimento da criança → sua boca		
Feliz	329	76,3
Triste	102	23,7
Motivo do sentimento da criança → sua boca		
Outros	375	87,0
Dentes	56	13,0
Presença de alteração Estética		
Ausente	251	58,2
Presente	180	41,8

*Número de observações válidas

Análise do rosto nas fotografias

A tabela 2 descreve a associação entre a variável *sentimento da criança em relação ao rosto na fotografia* e as demais variáveis com a aplicação do Teste Qui-quadrado.

Na variável *motivo do sentimento* no item *outros* pode-se destacar as seguintes respostas das crianças: 23,4 % cor/tipo de cabelo, 15,3% beleza, 11,9 % gênero, entre outros.

Com base no Teste Qui-quadrado, as variáveis *gênero* e *motivo do sentimento* com valor de $p < 0,05$ foram incluídas na regressão logística binária (tabela 3). A variável *gênero* mostrou que a chance das crianças do gênero masculino responder estarem tristes em relação ao rosto da fotografia é 1,69 vezes maior que crianças do gênero feminino. O *motivo do sentimento de tristeza* citado pelas crianças ser o dente foi 4,68 vezes maior do que outros motivos como gênero, cor/tipo de cabelo, cor de pele, entre outros.

Tabela 2: Associação entre *sentimento da criança em relação ao rosto da fotografia* com as demais variáveis.

Variáveis	Sentimento Feliz		Sentimento Triste		χ^2	P
	n	%	n	%		
	Gênero					
Masculino	28	6,5	137	31,8		
Feminino	67	15,5	199	46,2		
Idade					0,002	0,969
4 anos	48	11,1	169	39,2		
5 anos	47	10,9	167	38,7		
Motivo Sentimento					22,950	<0,001
Dente	11	2,6	126	29,2		*
Outros	84	19,5	210	48,7		
Alteração Estética					0,397	0,528
Ausente	58	13,5	193	44,8		
Presente	37	8,6	14	33,2		
			3			

* $p < 0,05$

As alterações estéticas apresentadas nas fotografias representam as sequelas mais comuns ocorridas após o traumatismo dental. Ao

analisar o rosto da fotografia, a sequela que mais incomodou as crianças foi o dente fraturado 39,4 %, seguido da ausência dental, 27,1% e por último a alteração de cor com 17,0%.

Tabela 3: Análise de regressão logística multivariada para *sentimento da criança em relação ao rosto da fotografia*.

Variável	Regressão Bruta		Regressão Ajustada	
	Or ^b (IC 95 ^o)	P	Or ^a (IC 95 ^o)	p
Gênero				
0= Masculino	1		1	
1= Feminino	1,64 (1,01-2,69)	0,047*	1,69 (1,01-2,88)	0,045*
Motivo				
Sentimento		< 0,001*		<0,001*
0 = Outros	4,58		4,68	
1= Dente	(2,35-8,92)		(2,39-9,15)	
	1		1	

* p <0,05

Análise da boca nas fotografias

A tabela 4 descreveu a associação entre a variável *sentimento da criança em relação à boca na fotografia* e as demais variáveis com a aplicação do Teste Qui-quadrado.

A análise da regressão logística aplicada na variável com p<0,05 identificou que o *sentimento triste da criança em relação à boca na fotografia* tem 11,59 vezes mais chance de ser devido ao dente do que devido a outros motivos, como por exemplo, gênero, cor/tipo do cabelo, beleza, entre outros.

Tabela 4: Associação entre *sentimento da criança em relação à boca na fotografia* com as demais variáveis.

Variáveis	Sentimento Feliz		Sentimento Triste		χ^2	p
	N	%	n	%		
Gênero					0,158	0,691
Masculino	16	3,7	149	34,6		
Feminino	29	6,7	237	55,0		
Idade					0,701	0,403
4 anos	20	4,6	197	45,7		
5anos	25	5,8	189	43,9		
Motivo Sentimento					58,626	< 0,001*
Dente	13	3,0	312	72,4		
Outros	32	7,4	74	17,2		
Presença Alteração Estética					2,344	0,126
Não	31	7,2	220	51,0		
Sim	14	3,2	166	38,5		

*p <0,05

Na análise da fotografia dando ênfase na boca, a sequela que mais incomodou as crianças foi a alteração de cor 80,3 %, seguido da ausência dental, 47,4% e por último a fratura dental com 61,8%.

Tabela 5: Análise de regressão logística multivariada para *sentimento da criança em relação à boca na fotografia*.

Variável	Regressão Bruta		Regressão Ajustada	
	Or ^b (IC 95 ^o)	P	Or ^a (IC 95 ^o)	p
Motivo Sentimento				
Outros	10,38 (5,19-20,75)	< 0,01*	11,59 (5,69-23,60)	<0,001*
Dente	1		1	

* p <0,05

Análise da própria condição bucal

A tabela 6 descreve a associação entre a variável *sentimento da criança em relação a sua própria boca* e as demais variáveis com aplicação do Teste Qui-quadrado.

No Teste Qui-quadrado, a variável *motivo do sentimento* expressado pela criança mostrou que 100% destas disseram estar felizes em relação à sua boca por outros motivos que não o dente. Como esses resultados não permitem a realização da análise da regressão logística, calculou-se a razão de prevalência (razão de prevalência = 1,22). Assim, a probabilidade de uma criança responder que o dente é o *motivo do seu sentimento de tristeza* é 1,22 vezes maior do que de uma criança responder que o *motivo do seu sentimento* é outro.

Na análise da regressão multivariada para as variáveis com $p < 0,05$, observa-se que as crianças de 5 anos que responderam estar tristes em relação à sua boca foi de 1,65 maior do que as crianças de 4 anos de idade. Crianças com alteração estética têm 1,92 vezes mais chance de responderem estar triste em relação à sua boca do que crianças sem alteração estética (tabela 7).

Tabela 6: Associação entre *sentimento da criança em relação à sua própria boca* com as demais variáveis.

Variáveis	Sentimento Feliz		Sentimento Triste		χ^2	p
	n	%	N	%		
Gênero					1,386	0,239
Masculino	131	30,4	34	7,9		
Feminino	198	45,9	68	15,8		
Idade					4,779	0,029*
4 anos	156	36,2	61	14,2		
5anos	173	40,1	41	9,5		
Motivo Sentimento					207,601	<0,001 *
Dente	0	0,0	56	13,0		
Outros	329	76,3	46	10,7		
Presença Alteração Estética					8,121	0,004*
Não	204	47,3	47	10,9		
Sim	125	29,0	55	12,8		

* $p < 0,05$

Tabela 7: Análise de regressão logística multivariada para *sentimento da criança em relação à sua própria boca*.

Variável	Regressão Bruta		Regressão Ajustada	
	Or ^b (IC 95 ^o)	P	Or ^a (IC 95 ^o)	P
Idade				
4 anos	1,65 (1,05-2,59)	0,030*	1,65 (1,04-2,61)	0,033*
5 anos	1		1	
Alteração estética		0,005*	1,92(1,22-3,02)	0,005*
Não	1,91(1,22-2,99)		1	
Sim	1			

* p < 0,05

Discussão

O traumatismo dental é frequente na criança, em torno de 36,8%, esteja relacionado aos dentes decíduos ou aos dentes permanentes (9,16). Baseado nos dados epidemiológicos, o número de pesquisas vem crescendo ao longo dos anos com propostas de tratamento para as consequências do trauma. Os objetivos dos tratamentos são de recuperar a função e a estética destes dentes já que, na grande maioria dos casos, os incisivos anteriores são os dentes mais atingidos (26).

Dentre os tratamentos propostos para o trauma dental, o tratamento estético sempre é citado. Sem dúvida ele é de grande importância sabendo que as consequências estéticas do trauma poderá acarretar outros problemas de ordem psicológica e social para as crianças e adolescentes (13).

Todo o tratamento estético exige um tempo maior de atendimento. Existem várias técnicas e materiais sugeridos pela literatura que podem ser utilizados, cada um com sua indicação, principalmente quando o objetivo é o restabelecimento da estética em dentes permanentes (16).

Porém quando o tratamento é para dentes decíduos de crianças até 6 anos, pouco conhecimento é trazido pela literatura (22). Assim como nos dentes permanentes, o restabelecimento estético de dentes decíduos necessita de um maior tempo no atendimento, o que nem sempre condiz com a realidade das crianças, devido a idade.

A criança com necessidades de estética dental é levada ao consultório odontológico pelos pais que já perceberam a alteração. O

odontopediatra, como profissional da área, também logo é confrontado com o problema. A grande dúvida é sempre a percepção da criança quanto ao problema relacionado à sua estética bucal e também da estética bucal de outras crianças a qual convive. Portanto, a pergunta que deve ser levantada antes de qualquer tratamento estético na dentição decídua é: “A criança tem a percepção de alterações estéticas dentais de seus colegas e também da sua própria estética?” Esta pergunta é importante ao analisarmos a necessidade de tratamentos estéticos como clareamento, restaurações estéticas e reconstrução dental em crianças que exigem várias consultas e estas, mais longas.

Através dos resultados da pesquisa pode-se verificar que o sentimento de tristeza que as crianças apresentaram em relação às fotos tem como motivo o dentes, seja nos casos em que o rosto ou a boca são enfatizados. Ficou claro que quando a boca foi enfatizada, um maior número de crianças aponta o dente como o motivo do sentimento triste. Desta forma, fica evidente que desvios da normalidade na aparência podem influenciar a percepção dos outros em relação a uma criança podendo resultar em uma maior dificuldade de interação social (27).

Na análise do rosto na fotografia, as crianças do gênero masculino apresentaram maior chance de ficarem tristes. Meninos apresentam maior agressividade do que meninas (28) reagindo mais negativamente em situações de conflito interpessoal (29). Essa conduta negativa dos meninos na idade de 5 anos, geralmente é mais impulsiva do que premeditada (30). Portanto, é provável que em meninos, a percepção em relação a outras crianças esteja relacionada ao controle de impulsos necessários para serem aceitos.

As alterações estéticas apresentadas nas fotografias (alteração de cor da coroa, fratura coronária e ausência dental) representam as sequelas mais comuns ocorridas após o traumatismo dental. Ao analisar o rosto das outras crianças, a sequela que mostrou mais incomodá-las foi o dente fraturado, seguido da ausência dental e por último, o dente com alteração de cor da coroa. Curiosamente, quando o enfoque da pergunta foi boca, as sequelas causadas por traumatismo dental que mais trouxeram o sentimento de tristeza para as crianças foram à alteração de cor da coroa, seguida da ausência dental, e por último o dente fraturado. A alteração de cor da coroa passa despercebida quando olhada em um indivíduo como um todo. Entretanto, quando o foco de atenção é direcionado para a boca de outra criança o escurecimento dental faz com que este torne a principal razão da percepção negativa (4,7,31).

O fato da criança ressaltar a estética dental em outra criança pode afetar a relação com o meio em que ela vive, podendo ser vítima de

provoações e *bullying* (15). Nos casos que isso ocorre, o problema antes restrito ao meio odontológico passa a abranger a área social e de auto estima da crianças, acarretando problemas para toda a vida. Portanto, o restabelecimento estético na dentição decídua, quando realizado, não só trás conseqüências a curto prazo (17) mas também para o próprio desenvolvimento desta, evitando outros problemas no futuro reduzindo o impacto e melhorando a qualidade de vida (2). Shaw (1981) verificou que crianças com uma aparência dental normal podem ser consideradas mais atraentes e socialmente aceitas (6)

É importante destacar que, apesar de um número significativo de crianças mostrarem-se tristes devido a alteração estética dental, muito poucas crianças relataram o “dente” como motivo de felicidade ao ver a foto de outra criança, seja nos casos em que o rosto foi enfatizado ou mesmo a boca. Assim, as crianças não conseguem enxergar uma estética dental adequada como motivo de felicidade, nesse caso o dente não é reconhecido como um elemento único, ele faz parte do todo. Porém, quando esta estética é comprometida as crianças passam a distinguir o dente como um fator que afeta a harmonia facial.

Além da importância da percepção social na estética dental da criança, a autopercepção, isto é, a maneira como ela enxerga, julga, ou qualifica sua própria boca (32) é essencial para os eu desenvolvimento psicossocial. Sendo a maioria das crianças participantes do estudo sem alteração estética dental, grande parte delas relataram autopercepção positiva em relação à sua própria boca. Mas, surpreendentemente, nenhuma criança relatou o “dente” como motivo de felicidade. Assim, o dente é um fator importante na autopercepção negativa, o que não ocorre na autopercepção positiva. Crianças felizes com sua boca não se remetem ao motivo “dente”, ou seja, na análise de sua boca o dente só é mencionado quando interfere de forma negativa na sua vida.

Já as crianças com alteração estética apresentaram maior chance de terem autopercepção negativa em relação à sua boca do que as sem alteração estética, o que revela a insatisfação da criança em ter um comprometimento estético dental. As crianças enxergam o seu problema estético dental e isso as afeta negativamente.

Mas, no contexto social, crianças com alterações estéticas não apresentaram uma percepção social mais negativa quando comparadas as outras crianças sem alteração estética. Isto é, independente da sua condição bucal, as crianças percebem e se incomodam com a alteração estética dental de outras crianças do seu convívio.

Comparando esse estudo com o de Cortes (22), ambos apresentaram o mesmo resultado, no qual as crianças com fratura nos

incisivos mostraram-se significativamente mais insatisfeitas com a aparência de seus dentes do que as crianças sem qualquer lesão traumática. Para os jovens, a principal razão de procura ao tratamento pós-trauma dos incisivos é a estética dental (33), mostrando que as crianças são conscientes de sua estética dental, independentemente do sexo ou da origem social (34).

Retomando o conceito de autopercepção, na qual é definida “como algo construído e não uma característica que esta dentro da pessoa” (35), a percepção social de outros indivíduos do meio em que a criança vive, influencia na sua autopercepção. Já o contrário, seguindo os resultados do estudo, não é verdadeiro. Isto é, a autopercepção das crianças em relação a sua estética bucal não foi determinante na sua percepção social em relação às demais crianças.

Desta forma, a partir deste estudo pode-se concluir que a alteração estética de incisivos centrais na dentição decídua causa um impacto negativo nas crianças, seja este impacto pela percepção da alteração estética no outro ou em si mesmo. Desta forma, é necessário que o odontopediatra recorra a tratamentos estéticos que visem reduzir o impacto causado por essas alterações decorrentes do traumatismo, melhorando a auto-estima e a qualidade de vida de seus pacientes.

Referências

1. Harris D. Types, causes and treatment of physical differences. In: Lansdown R, Rumsey N, Bradbury E, Carr T, Partridge J, editors. *Visibly Different*. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1997.
2. Lovegrove E, Rumsey N. Ignoring it doesn't make it stop: adolescents, appearance, and bullying. *Cleft Palate Craniofac J*. 2005; 42: 33–44.
3. Mattick CR, Gordon PH, Gillgrass TJ. Smile aesthetics and malocclusion in UK teenage magazines assessed using the Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN). *J Orthodont*. 2004; 31: 17–9.
4. Newton JT, Minhas G. Exposure to 'ideal' facial images reduces facial satisfaction: an experimental study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2005; 33(6): 410–418.
5. Jenny J, Proshok JM. Visibility and prestige of occupations and the importance of dental appearance. *J Can Dent Assoc*. 1986; 52: 987–9.
6. Shaw WC. The influence of children's dentofacial appearance on their social attractiveness as judged by peers and lay adults. *Am J Orthodont*. 1981; 79: 399–415.
7. Feng XP, Newton JT, Robinson PG. The impact of dental

- appearance on perceptions of personal characteristics among Chinese people in the United Kingdom. *International Dental Journal*. 2001; 51(4): 282–286,
8. Newton JT, Prabhu N, Robinson PG. The impact of dental appearance on the appraisal of personal characteristics. *Int J Prosthodont*. 2003; 16: 429–34.
 9. Andreasen JO, Andreasen FM. Texto e atlas colorido de traumatismo dental. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
 10. Garbin CAS, Sundfeld RH, Santos KT, Cardoso JD. Current aspects of atraumatic restorative treatment. *RFO*. 2008; 13(1): 25–29.
 11. Andreasen JO, Bakland LK, Matras RC, Andreasen FM. Traumatic intrusion of permanent teeth. Part 1. An epidemiological study of 216 intruded permanent teeth. *Dent Traumatol*. 2007; 22: 83–9.
 12. York AH, Hunter RM, Morton JG, Wells, GM, Newton BJ. Dental injuries in 11- to 13 year-old children. *N Z Dent J*. 1978; 74: 218–20.
 13. Vlok LJ, Worthington EM, Hindson JA, Davidson LE, Thomson WM, Drummond BK. Young people's perceptions of photographs of dental trauma. *Dental Traumatology*. 2011; 27: 109–112.
 14. Marcenes W, Freysleben GR, Peres MA. The contribution of changing diagnostic criteria toward the reduction of caries between 1971 and 1997 in children attending the same school in Florianopolis, Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001; 29(3).
 15. Rodd HD, Atkin JM. Denture satisfaction and clinical performance in a paediatric population. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2000; 10: 27–37.
 16. Andreasen JO, Andreasen FM, Skeie A, Hjorting-Hansen E, Schwartz O. Effect of treatment delay upon pulp and periodontal healing of traumatic injuries – a review article. *Dent Traumatol*. 2002; 18: 116–28.
 17. Rodd HD, Barker RC, Baker SR, Marshman Z, Robinson PG. Social judgements made by children in relation to visible incisor trauma. *Dental Traumatology*. 2010; 26(1): 2–8.
 18. Cunningham JL. The psychology of facial appearance. *Dental Update*. 1999; 26(10): 438–43.
 19. Dibiase AT, Sandler PJ. Does orthodontics damage faces? *Dental Update*. 2001; 28: 98–104.
 20. Dumas JE, Nilsen W, Lynch AM. How much does physical

- appearance say about the psychological adjustment of competent and dysfunctional children? *J Clinic Child Psychol.* 2001; 30(3): 385-98.
21. Ramsey JL, Langlois JH. Effects of the "beauty is good" stereotype on children's information processing. *J Experiment Child Psychol.* 2002; 81(3): 320-40.
 22. Cortes MIS, Marcenes W, Sheiham A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12–14-year-old-children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002; 30: 193–8.
 23. Gibilini C, Ramalho DF, Sousa MLR. Avaliação da autopercepção do tratamento restaurador atraumático pelo paciente infantil. *RFO, Passo Fundo.* 2011; 16(1): 18-24.
 24. Marshman Z, Hall MJ. Oral health research with children. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2008; 18: 235–242.
 25. Claro MT. *Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar.* 1993. 60f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
 26. Wood EB, Freer TJ. Incidence and aetiology of facial injuries resulting from motor vehicle accidents in Queensland for a three-year period. *Aust Dent J.* 2001; 46: 284- 288.
 27. Dion K, Berscheid E, Walster E. What is beautiful is good. *J Personality and Social Psychology.* 1972; 24(3): 285-290.
 28. Dodge K, Coie J, Lynam D. Aggression and antisocial behavior in youth. In W. Damon & R. Lerner (Series Eds.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (6th ed., pp.719–788). New York: Wiley.2006
 29. Denham SA, Weissberg RP. Social-emotional learning in early childhood: What we know and where to go from here. In E. Chesebrough, P. King, T. P. Gullotta, & M. Bloom (Eds.), *A blueprint for the promotion of prosocial behavior in early childhood* (pp. 13–50). 2004. New York: Kluwer/Plenum.
 30. Villemarette-Pittman N, Stanford M, Greve K, Houston R, Mathias C. Obsessivecompulsive personality disorder and behavioral disinhibition. *J Psychol.* 2004; 138(1): 5-22.
 31. Kershaw S, Newton JT, Williams D. Summary of: The influence of tooth colour on the perceptions of personal characteristics among female dental patients: comparisons of unmodified, decayed and 'whitened' teeth. *British Dental Journal.* 2008; 204(5): 256-257.

32. Rosenberg M. *Conceiving the self*. New York: Basic Books.1979.
33. Hamilton FA, Hill FJ, Holloway PJ. An investigation of dento-alveolar trauma and its treatment in an adolescent population. Part 2: Dentists' knowledge of management methods and their perceptions of barriers to providing care. *Br Dent J*. 1997; 182: 129–33.
34. Buerden DJ,Pine CM. Self-perception of malocclusion among adolescents. *Community Dental Health*. 1995; 12: 89–9.
35. Mash HW.Age and Gender Efects in physical Self-concepts for adolescent elite athletes and nonathletes: A multicohort-multioccasion design. *Journal of sport & exercise psychology*. 1998; 20: 237-259.
36. DiBlasio A, Mandelli G., Generali I, Gandolfini M. Facial aesthetics and childhood. *European Journal Of Paediatric Dentistry*. 2009; 10(3): 131-134.
37. Fontes PP, Colares V, Santos F. Garaciolo G. The social impact of children`s dentofacial appearance. *Paediatric Dentistry*. 2008; 9(2): 84-89.
38. Shaw WC, Humphreys S. Influence of children's dentofacial appearance on teacher expectations. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1982; 10:313–9.
39. Shaw WC, Rees G, Dawe M, Charles CR. The influence of dentofacial appearance on the social attractiveness of young adults. *Am J Orthodont*. 1985; 87: 21–6.

Referências

3. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. AGOU, S.; LOCKER, D.; STREINER, D. L.; TOMPSON, B. Impact of self-esteem on the oral-health-related quality of life of children with malocclusion. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. v. 134, n. 4, p. 484-489. 2008.
2. ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M. **Texto e atlas colorido de traumatismo dental**. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
3. ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M.; ANDERSSON, L. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth, 4th edn. Copenhagen: Blackwell Munksgaard; 2007. p. 224–5.
4. ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M.; SKEIE, A.; HJORTING-HANSEN, E. SCHWARTZ, O. Effect of treatment delay upon pulp and periodontal healing of traumatic injuries – a review article. **Dent Traumatol**. v. 18, p. 116–28. 2002.
5. ANDREASEN, J. O.; BAKLAND, L. K.; MATRAS, R. C.; ANDREASEN, F. M. Traumatic intrusion of permanent teeth. Part 1. An epidemiological study of 216 intruded permanent teeth. **Dent Traumatol**. v. 22, p. 83-9. 2007.
6. BALDWIN, D. C. Appearance and aesthetics in oral health. **Comm Dent Oral Epidem**. v. 9, p. 244–256. 1980.
7. BARBER, J. G.; GHAFARI, J. Silhouette profiles in the assessment of facial esthetics: a comparison of treated cases with various orthodontic appliances, **Am J Orthod**. v. 87, p. 385–391. 1985.
8. BARBETTA, P. A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. 7 ed. Florianópolis: UFSC, 2007.
9. BARROS, M. V. G.; REIS, R. S.; Hallal, P. R. C.; FLORINDO, A. A. Análise de dados em saúde. 2 ed. Recife: EDUPE, 2005
10. BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. One of the most used epidemiological designs: cross-sectional study. **Scientia Medica**. v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez. 2007
11. BERGER, T. D.; KENNY, D. J.; CASAS, M. J.; BARRETT, E. J.; LAWRENCE, H. P. Effects of severe dentoalveolar trauma on the quality-of-life of children and parents. **Dental Traumatology**. v. 25, n. 5, p. 462–469, October. 2009.

12. BRODER, H. L., SMITH, F. B., STRAUSS, R. P. Effects of visible and invisible orofacial defects on self-perception and adjustment across developmental eras and gender. **Cleft Palate J.** v. 31, p.429-36, 1994
13. BRODER, H. L.; STRAUSS, R. P. Self-concept of early primary school age children with visible or invisible defects. **Cleft Palate Journal.** v. 26, p. 114-118. 1989.
14. BURDEN, D. J.; PINE, C. M. Self-perception of malocclusion among adolescents. **Community Dental Health.** v. 12, p. 89–9. 1995.
15. CLARO, M. T. **Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar.** 1993. 60f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
16. CORTES, M. I. S.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12–14-year-old-children. **Community Dent Oral Epidemiol.** v. 30, p. 193–8. 2002.
17. CUNNINGHAM, J. L. The psychology of facial appearance. **Dental Update.** v. 26, n. 10, p. 438-43. 1999.
18. DANIEL, T. S.; GUIMARÃES, M. S.; LONG, S. M.; MAROTTI, N. R. L.; JOSGRILBERG, E. B. Children perception about dental office environment. **Odontologia. Clín.-Científ.** v. 7, n. 2, p. 129-132, Recife, abr/jun. 2008.
19. DAUGAARD-JENSEN, NODAL, KJAER. Pattern of agenesis in the primary dentition: a radiographic study of 193 cases. **International Journal of Paediatric Dentistry.** v. 7, n. 1, p. 3–7. 1997.
20. DENHAM, S. A.; WEISSBERG, R. P. Social-emotional learning in early childhood: What we know and where to go from here. In E. Chesebrough, P. King, T. P. Gullotta, & M. Bloom (Eds.), *A blueprint for the promotion of prosocial behavior in early childhood* (pp. 13–50). 2004. New York: Kluwer/Plenum.
21. DI BLASIO, A., MANDELLI, G.; GENERALI, I.; GANDOLFINI, M. Facial aesthetics and childhood. **European Journal Of Paediatric Dentistry.** v. 10, n. 3, p. 131-134. 2009.
22. DIBIASE, A. T.; SANDLER, P. J. Does orthodontics damage faces? **Dental Update.** v. 28, p. 98-104. 2001.

23. DION, K.; BERSCHIED, E.; WALSTER, E. What is beautiful is good. **J Personality and Social Psychology**. v. 24, n. 3, p. 285-290. 1972.
24. DODGE, K.; COIE, J.; LYNAM, D. Aggression and antisocial behavior in youth. In W. Damon & R. Lerner (Series Eds.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (6th ed., pp.719–788). New York: Wiley.2006
25. DUMAS, J. E.; NILSEN, W. LYNCH, A. M. How much does physical appearance say about the psychological adjustment of competent and dysfunctional children? **J Clinic Child Psychol**. v. 30, n. 3, p. 385-98. 2001.
26. ENDRIGA, M. C.; KAPP-SIMON, K. A. Psychological issues in craniofacial care: state of the art. **Cleft Palate Craniofac J**. v. 36, n. 1, p. 3-11. 1999.
27. FAKHRUDDIN, K. S.; LAWRENCE, H. P.; KENNY, D. J.; LOCKER, D. Impact of treated and untreated dental injuries on the quality of life of Ontario school children. **Dent Traumatol**. v. 24, n. 309–13. 2008.
28. FENG, X. P.; NEWTON, J. T.; ROBINSON, P. G. 2001; The impact of dental appearance on perceptions of personal characteristics among Chinese people in the United Kingdom. **International Dental Journal**. v. 51, n. 4, p. 282–286, August. 2001.
29. FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clínica – elementos essenciais**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006
30. FONTES, P. P.; COLARES, V. SANTOS, F. GARACIOLO, G. The social impact of children's dentofacial appearance. **Paediatric Dentistry**. v. 9, n. 2, p. 84-89. 2008.
31. GARBIN, C. A. S.; SUNDFELD, R. H.; SANTOS, K. T.; CARDOSO, J. D. Current aspects of atraumatic restorative treatment. **RFO**. v. 13, n. 1, p. 25-29, janeiro/abril. 2008.
32. GARCIA-GODOY, F.; MORBAN-LAUCER, F.; COROMINAS, R. Traumatic dental injuries in school children in Santo Domingo. **Community Dent Oral Epidemiol**. v. 13, p. 177-9. 1985.

33. GIBILINI, C.; RAMALHO, D. F.; SOUSA, M. L. R. Avaliação da autopercepção do tratamento restaurador atraumático pelo paciente infantil. **RFO, Passo Fundo**. v. 16, n. 1, p. 18-24, jan./abr. 2011.
34. GONDIM, J. O.; MOREIRA NETO, J. J. S. Evaluation of intruded primary incisors. **Dent Traumatol**. v. 21, n. 3, p. 131-133, Jun. 2005.
35. HAMILTON, F. A.; HILL, F. J.; HOLLOWAY, P. J. An investigation of dento-alveolar trauma and its treatment in an adolescent population. Part 2: Dentists' knowledge of management methods and their perceptions of barriers to providing care. **Br Dent J** v. 182, p. 129–33. 1997.
36. HARRIS, D. Types, causes and treatment of physical differences. In: Lansdown R, Rumsey N, Bradbury E, Carr T, Partridge J, editors. *Visibly Different*. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1997.
37. HOLAN, G.; RAHME, M. A.; RAM, D. Parents' attitude toward their children's appearance in the case of esthetic defects of the anterior primary teeth. **J Clin Pediatr Dent**. v. 34, n. 2, p. 141-5. 2009.
38. HOWELLS; SHAW. The validity and reliability of ratings of dental and facial attractiveness for epidemiologic use. **Am J Orthod**. v. 88, p. 402–408. 1995.
39. JENNY, J.; PROSHEK, J. M. Visibility and prestige of occupations and the importance of dental appearance. **J Can Dent Assoc**. v. 52, p. 987–9. 1986.
40. KAPP-SIMON, K. A. Psychological interventions for the adolescent with cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac J**. v. 32, n. 2, p. 104-8. 1995.
41. KERSHAW, S.; NEWTON, J. T.; WILLIAMS, D. Summary of: The influence of tooth colour on the perceptions of personal characteristics among female dental patients: comparisons of unmodified, decayed and 'whitened' teeth. **British Dental Journal**. v. 204, n. 5, p. 256-257. 2008.
42. KOROLUK, L. D.; RIEKMAN, G. A. Parental perceptions of the effects of maxillary incisors extractions in children with nursing caries. **ASDC J Dent Child**. v. 58, p. 233–6. 1991.
43. LEVY, S. M.; WARREN, J. J.; JAKOBSEN, J. R. Follow-up study of dental students esthetic perceptions of mild dental

- fluorosis. *Community Dent Oral Epidemiol.* v. 30, p. 24-8. 2002.
44. LOVEGROVE, E.; RUMSEY, N. Ignoring it doesn't make it stop: adolescents, appearance, and bullying. **Cleft Palate Craniofac J.** v. 42, p. 33–44. 2005.
 45. MANDALL, N. A.; MCCORD, J. F.; BLINKHORN, A. S.; WORTHINGTON, H. V.; O'BRIEN, K. D. Perceived aesthetic impact of malocclusion and oral self-perceptions in 14-15-year-old Asian and Caucasian children in greater Manchester. **Eur J Orthod.** v. 22, n. 2, p. 175-83. 2000.
 46. MARCENES, W.; FREYSLEBEN, G. R.; PERES, M. A. A. The contribution of changing diagnostic criteria toward the reduction of caries between 1971 and 1997 in children attending the same school in Florianopolis, Brazil. **Community Dent Oral Epidemiol.** v. 29, n. 3. 2001.
 47. MARQUES, L. S ; FILOGONIO, C. A ; FILOGONIO, C. B ; PEREIRA, L. J ; PORDEUS, I. A ; PAIVA, S. M ; RAMOS-JORGE, M. L. Aesthetic impact of malocclusion in the daily living of Brazilian adolescents. **Journal of Orthodontics**, v. 36, p. 152-159, 2009.
 48. MARSHMAN, Z.; HALL, M. J. Oral health research with children. **International Journal of Paediatric Dentistry.** v. 18, p. 235–242. 2008.
 49. MASH, H.W. (1998). Age and Gender Effects in physical Self-concepts for adolescent elite athletes and nonathletes: A multicohort-multioccasion design. **Journal of sport & exercise psychology.** v. 20, p. 237-259.
 50. MATTICK, C. R.; GORDON, P. H.; GILLGRASS, T. J. Smile aesthetics and malocclusion in UK teenage magazines assessed using the Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN). **J Orthodont.** v. 31, p. 17–9. 2004.
 51. MILLARD, T.; RICHMAN, L. C. Different cleft conditions, facial appearance, and speech: relationship to psychological variables. **Cleft Palate Craniofac J.** v. 38, n. 1, p. 68-75. 2001.
 52. NEWTON, J. T.; MINHAS, G. Exposure to 'ideal' facial images reduces facial satisfaction: an experimental study. **Community Dentistry and Oral Epidemiology.** v. 33, n. 6, p. 410–418, December 2005.

53. NEWTON, J. T.; PRABHU, N.; ROBINSON, P. G. The impact of dental appearance on the appraisal of personal characteristics. **Int J Prosthodont.** v. 16, p. 429–34. 2003.
54. PECK, H.; PECK, S. A concept of facial esthetics. **Angle Orthod.** v. 40, p. 284–318. 1970.
55. PIRES, V. R.; TUBELM, D. M.; PINHEIRO, S. L.; BENGTON, A. L. Análise da reação emocional do paciente odontopediátrico após anestesia parcial por meio de escala analógica visual. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr.** v. 5, n. 2, p. 127-31. 2005.
56. POPE, A. W.; SPELTZ, M. L. Research of psychosocial issues of children with craniofacial anomalies: progress and challenges. **Cleft Palate Craniofac J.** v. 34, n. 5, p. 371-3. 1997.
57. PRAHL-ANDERSEN, B.; BOERSMA, H.; VAN DER LINDEM, F. P. G. M.; MOORE A. W. Perceptions of dentofacial morphology by lay persons, general dentists, an orthodontists. **J Am Dent Assoc.** v. 98, p. 209–212. 1979.
58. RAMSEY, J. L.; LANGLOIS, J. H. Effects of the "beauty is good" stereotype on children's information processing. **J Experiment Child Psychol.** v. 81, n. 3, p. 320-40. 2002.
59. ROBERT, M. M.; ANDERSON, N. K.; EVANS, C. A.; GIDDON, D. B. The Perception of Children's Computer-Imaged Facial Profiles by Patients, Mothers and Clinicians. **The Angle Orthodontist.** v. 77, n. 6, p. 1034-1039. 2007.
60. RODD, H. D.; ATKIN, J. M. Denture satisfaction and clinical performance in a paediatric population. **International Journal of Paediatric Dentistry.** v. 10, p. 27-37. 2000.
61. RODD, H. D.; BARKER, C.; BAKER, S. R.; MARSHMAN, Z.; ROBINSON P. G. Social judgements made by children in relation to visible incisor trauma. **Dental Traumatology.** v. 26, n. 1, p. 2-8. 2010.
62. ROSEENBERG, M. **Conceiving the self.** New York: Basic Books. 1979.
63. SCHABEL, B. J.; MCNAMARA, J. A. J.; FRANCHI, L.; BACCETTI, T. Q-sort assessment vs visual analog scale in the evaluation of smile esthetics. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics.** v. 135, n. 4, p. S61-S71, April. 2009.

64. SHAW, W. C. HUMPHREYS, S. Influence of children's dentofacial appearance on teacher expectations. **Community Dent Oral Epidemiol.** v. 10, p. 313–9. 1982.
65. SHAW, W. C.; REES, G.; DAWE, M. CHARLES, C. R. The influence of dentofacial appearance on the social attractiveness of young adults. **Am J Orthodont.** v. 87, p. 21–6. 1985.
66. SHAW, W. C.; The influence of children's dentofacial appearance on their social attractiveness as judged by peers and lay adults. **Am J Orthodont.** v. 79, p. 399–415. 1981.
67. SIMIS, K. J.; HOVIUS, S. E.; DE BEAUFORT, I. D.; VERHULST, F. C.; KOOT, H. M. After plastic surgery: adolescent-reported appearance ratings and appearance-related burdens in patient and general population groups. **Plast Reconstr Surg.** v. 109, n. 1, p. 9-17. 2002.
68. SOUSA, D. L.; NETO, J. J. S. M.; GONDIM, J. O.; FILHO, J. G. B. Souza Prevalência de Trauma Dental em crianças atendidas na Universidade Federal do Ceará. *Rev Odonto Ciênc.* 2008; 23(4): 355-359
69. SOXMAN, J. A.; NAZIF, M. M.; BOUGUOT, J. Pulpal pathology in relation to discoloration of primary anterior teeth. **ASDC J. Dent. Child.** v. 51, p. 282-4. 1984.
70. SPALJ, S.; SLAJ, M.; VARGA, S.; STRUJIC, M.; SLAJ, M. Perception of orthodontic treatment need in children and adolescents. **The European Journal of Orthodontics.** v. 27. 2009.
71. STANFORD, M. S.; GREVE, K. W.; GERSTLE, J. E. Neuropsychological correlates of self-reported impulsive aggression in a college sample. *Personality and Individual Differences.* v. 23, p. 961-965. 1997.
72. STENVIK, A.; ESPELAND. L.; LINGE, B. O.; LINGE , L. Lay attitudes todental appearance and need for orthodontic treatment. **EurJ Orthod.** v. 19, p. 271–277. 1997.
73. SULLIVAN, P. K.; SINGER, D. P. Artistic shaping of key facial features in children and adolescents. **Med Health R I.** v. 84, n. 12, p. 389-91. 2001.

74. TASA, G. L.; LUKACS, J. R. The prevalence and expression of primary double teeth in western India. **ASDC J Dent Child**. v. 68, p. 196-200. 2001.
75. TOBIASEN, J. M. Social judgments of facial deformity. **Cleft Palate J**. v. 24, n. 4, p. 323-7. 1987.
76. VALE, T.; SANTOS, P.; MOREIRA, J.; MANZANARES, M. C.; USTRELL, J. M. Perception of dental aesthetics in paediatric dentistry. *Eur J Paediatr Dent*. v. 10, p. 110-114. 2009.
77. VILLEMARETTE-PITTMAN, N.; STANFORD, M.; GREVE, K.; HOUSTON, R.; MATHIAS, C. Obsessivecompulsive personality disorder and behavioral disinhibition. **J Psychol**. v. 138, n. 1, p. 5-22. 2004.
78. VLOK, L. J.; WORTHINGTON, E. M.; HINDSON, J. A.; DAVIDSON, L. E.; THOMSON, W. M.; DRUMMOND, B. K. Young people's perceptions of photographs of dental trauma. **Dental Traumatology**. v. 27, p. 109-112. 2011.
79. WOO, D.; SHELLER, B.; WILLIAMS, B.; MANCL, L.; GREMBOWSKI, D. Dentists' and parents' perceptions of health, esthetics, and treatment of maxillary primary incisors. *Pediatr Dent*. v. 27, p. 19-23. 2005.
80. YORK, A. H.; HUNTER, R. M.; MORTON, J. G.; WELLS, G. M.; NEWTON, B. J. Dental injuries in 11- to 13 year-old children. **N Z Dent J**. v. 74, p. 218-20. 1978.

Apêndices

APÊNDICE A

METODOLOGIA EXPANDIDA

1. Delineamento do estudo

Os estudos transversais são recomendados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo (BASTOS, DUQUIA, 2007). A escolha do estudo transversal para a realização desta pesquisa surgiu da necessidade de se investigar a percepção social e autopercepção das crianças causada pela alteração da estética de incisivo(s) central(is) superior(es) decíduo(s) em crianças de 4 e 5 anos de idade no desenvolvimento social. (figura 1).

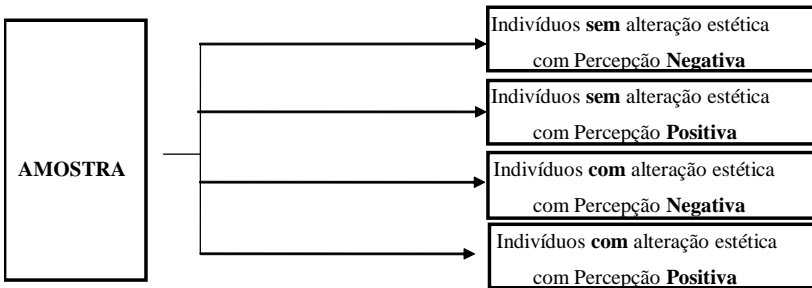


Figura 1: Desenho do estudo

2. Plano Amostral

2.1 Tamanho da amostra

Para se testar estatisticamente a hipótese teórica anunciada, foi realizado o cálculo do tamanho da amostra a partir dos seguintes parâmetros:

- Nível de confiança $(1 - \alpha) = 95\%$; $(\alpha = 0,05$ ou $5\%)$. Significa que haverá 5% de probabilidade de resultado falso-positivo (erro tipo I), ou seja, de concluir que há percepção social quando de fato não há alteração estética.
- Poder do teste $(1 - \beta) = 80\%$. Significa que haverá 20% de probabilidade de resultado falso-negativo (erro tipo II), ou seja, concluir que não há percepção social quando de fato existe alteração estética.
- Prevalência estimada de crianças que responderem negativamente a percepção social

Como a prevalência da percepção social negativa na idade de 4 e 5 anos não foi encontrada na literatura, foi realizado um estudo piloto. O estudo piloto revelou uma porcentagem de crianças que apresentam percepção negativa de 34%

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$

n = tamanho da amostra

α = erro tipo I; nível de significância

$Z_{\alpha/2}$ = obtido da distribuição normal reduzida

p = proporção esperada de crianças com percepção estética negativa

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,34 \times (1 - 0,34)}{0,05^2}$$

$$n = \frac{3,84 \times 0,34 \times 0,66}{0,0025}$$

$$n = \frac{0,8616}{0,0025}$$

$$n = 344,64$$

2.2 Caracterização da amostra

A amostra foi constituída de 431 crianças com idades entre 4 e 5 anos examinadas no período de novembro de 2010 a junho de 2011 nos Núcleos de Ensino Infantil (NEI) mantidos pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, SC, que apresentaram o termo de consentimento (APÊNDICE B) assinado por seus responsáveis.

2.3 Critérios de inclusão

Para a inclusão de crianças no estudo foram considerados os seguintes critérios:

- Apresentarem idade entre 4 e 5 anos;
- Estudarem nos NEIs de Florianópolis
- Apresentarem termo de consentimento assinado pelos pais ou responsáveis

2.4 Critérios de exclusão

Para a exclusão de crianças no estudo foram considerados os seguintes critérios:

- a) Alterações neurológicas, cognitivas e motoras;
- b) Crianças que não apresentaram o termo de consentimento

3. Variáveis em estudo

3.1 Variáveis dependentes

Percepção social da criança frente a alterações estéticas nos incisivos centrais de outras crianças.

0 = percepção social positiva → Feliz

1 = percepção social negativa → Triste

Autopercepção da criança em relação a sua própria boca.

0 = percepção positiva → Feliz

1 = percepção negativa → Triste

3.2 Variáveis independentes

A identificação da percepção social foi associado com as variáveis independentes, categorizadas no quadro 1. As variáveis independentes são as mesmas para as 4 variáveis dependentes.

Quadro 1 - Definição e categorizações das variáveis independentes.

<i>Tipo de Variável</i>	<i>Desmembramento da variável</i>	<i>Agrupamento e categorizações</i>
Alteração estética na coroa dos ICS decíduos	Tipo da alteração estética	0- Não 1- Sim { - Ausência dente - Fratura - Alteração de cor da coroa
Motivo do Sentimento	Tipo do sentimento	0 - Outros { - Cabelo - Cor da pele - Gênero - outros 1- Dentes
Gênero	Tipo	0 – Masculino 1 – Feminino
Idade		0 – 4 anos 1 – 5 anos

4- Fotografias

Para determinar a percepção social das crianças, foram utilizadas fotografias de rosto de quatro crianças sorrindo, sendo 2 meninos e 2 meninas com idades de 4 e 5 anos de idade, atendidas na clínica de Odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Estas fotografias foram realizadas na própria universidade, após o consentimento livre e esclarecido dos pais (APÊNDICE C). As crianças fotografadas apresentaram uma das situações abaixo descritas:

- Fotografia 1 → Alteração de cor na coroa do incisivo central superior decíduo visível a uma distância de conversação;
- Fotografia 2 → Fratura de mais da metade da coroa do incisivo central superior decíduo;
- Fotografia 3 → Ausência de alterações estéticas nos incisivos centrais superiores decíduos.
- Fotografia 4 → Ausência de um incisivo central superior decíduo;

Todas as fotografias serão padronizadas, com tamanho de 18x21 cm e impressas coloridas em papel fotográfico fosco em laboratório fotográfico.



5. Metodologia

5.1 Instrumentos da Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de:

- Exame visual nas crianças a uma distância de conversação – na entrevista com a criança a pesquisadora analisava se havia alguma alteração estética.
- Avaliação da percepção social das crianças através do uso da Escala de Faces

- Avaliação da autopercepção das crianças através do uso da Escala de Faces

5.1.1 Exame Visual

O registro das alterações estéticas na coroa dos incisivos centrais superiores foi realizado na própria escola, no horário das aulas. Durante a análise da percepção social da criança, esta permaneceu sentada em uma cadeira ao lado de uma mesa, de frente ao examinador, este fez um exame visual das condições dos incisivos centrais superiores dessa criança durante conversa informal e sorriso e anotou na ficha da criança (APÊNDICE D). O examinador era sempre o mesmo, sendo o próprio a anotar os dados.

5.1.2 Perguntas dirigidas as crianças

5.1.2.1 – Percepção social da criança em relação à outras crianças

A pesquisadora chamou uma criança por vez, separadamente, e apresentou em uma folha A4 a Escala de Faces validada por Claro (1993) no tamanho de 18x8, composta por quatro figuras com diferentes expressões faciais, em uma seqüência, variando as expressões muito feliz, feliz, triste e muito triste (ANEXO A e B) que foi explicada para a criança. Após apresentar a escala, a pesquisadora mostrou uma fotografia de cada vez perguntando: (1) “Olhe para a fotografia 1 e aponte na carinha. O que você sentiria se tivesse um amiguinho como esse da foto?” Como resposta, a criança apontou a Escala de Faces. Respondida a primeira pergunta sobre a fotografia 1, foi realizada a segunda pergunta, sendo esta uma pergunta aberta: (2) “Por que você sente-se assim?” A resposta da criança foi anotada em uma ficha (APÊNDICE E) e uma terceira pergunta foi realizada em relação a essa mesma fotografia, sendo ela (3): “Olhando para a boca desta criança, como você se sente? A criança apontou novamente a resposta na escala e então a última pergunta em relação a essa fotografia foi feita: (4) “Por que você se sente assim? ”. O mesmo procedimento foi repetido com todas as fotografias.

5.1.2.2 – Autopercepção da criança em relação à sua boca

A pesquisadora chamou uma criança por vez, separadamente, e apresentou em uma folha A4 a Escala de Faces validada por Claro (1993) no tamanho de 18x8, composta por quatro figuras com diferentes expressões faciais, em uma seqüência, variando as expressões muito feliz, feliz, triste e muito triste (ANEXO A e B) que foi explicada para a criança.

Após apresentar a escala, realizou a seguinte pergunta: (1) “Aponte a carinha que mostra como você se sente quando olha a sua boca”. Como resposta, a criança apontou a Escala de Faces. Respondida a primeira pergunta, a pesquisadora realizou a segunda pergunta, sendo esta uma pergunta aberta: (2) “Por que você sente-se assim?”. A resposta da criança foi anotada (APÊNDICE F).

6. Estudo Piloto

O estudo piloto foi realizado na Escola do Hospital Universitário (HU), onde foram selecionadas 20 crianças, sendo que 3 apresentavam alterações estéticas do(s) incisivo(s) central(is) superior(es) decíduo(s) e 17 não apresentavam alterações estéticas do(s) incisivo(s) central(is) superior(es) decíduo(s).

A pesquisadora chamou uma criança por vez, separadamente, e apresentando em uma folha A4 a Escala de Faces validada por Claro (1993) no tamanho de 18x8, composta por quatro figuras com diferentes expressões faciais, em uma seqüência, variando as expressões muito feliz, feliz, triste e muito triste (ANEXO A e B) que foi explicado para a criança. Após apresentar a escala, a pesquisadora mostrou uma fotografia de cada vez perguntando (1) “Olhe a fotografia 1 e aponte na carinha. O que você sentiria se tivesse um amiguinho como esse da foto?” Como resposta, a criança apontou a Escala de Faces. Respondida a primeira pergunta da fotografia 1, foi realizada a segunda pergunta, sendo esta uma pergunta aberta: (2) “Por que você sente-se assim?” a resposta da criança foi anotada, uma terceira pergunta foi realizada em relação a essa mesma fotografia, sendo ela (3): “Olhando para a boca desta criança, como você se sente? A criança apontou novamente a resposta na escala e então a última pergunta em relação a essa fotografia foi feita: (4) “Por que você se sente assim?”. O mesmo procedimento foi repetido com todas as fotografias.

Através do teste piloto verificou-se a viabilidade e aplicabilidade da metodologia do presente trabalho. A prevalência de crianças com percepção negativa também foi retirada deste teste, já que esta não foi encontrada na literatura.

7. Análise estatística

Os dados foram tabulados no Programa Excell (Microsoft Corp.®, Washington, Redmond, Estados Unidos).

A avaliação dos dados foi realizada no programa estatístico SPSS 17 (SPSS Inc., Chicago, Il, EUA). Para obtenção da frequência simples dos dados foi realizada a análise descritiva.

Para verificar se houve associação entre a variável dependente *percepção social* e as variáveis independentes, *gênero*, *idade*, *motivo de sentimento* e *alteração estética* foi utilizado o Teste Qui-quadrado.

A estimativa do efeito das diversas variáveis independentes, *gênero*, *idade*, *motivo de sentimento* e *alteração estética*, sobre o desfecho, *percepção social*, foi calculado através da Regressão Logística Binária. Em ambos os testes estatísticos foram utilizados valores de $p < 0,05$, ou seja, nível de significância de no mínimo 5%. O poder do teste adotado foi de 80%.

8. Considerações éticas

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (número: 1021) (ANEXO C).

9. Referências

1. BARBETTA, P. A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. 7 ed. Florianópolis: UFSC, 2007.
2. BARROS, M. V. G.; REIS, R. S.; Hallal, P. R. C.; FLORINDO, A. A. **Análise de dados em saúde**. 2 ed. Recife: EDUPE, 2005.
3. FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clínica – elementos essenciais**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO

Srs. Pais ou Responsáveis

Meu nome é Fernanda e estou desenvolvendo a pesquisa **“Percepção social e autopercepção de crianças de 4 e 5 anos em relação a alterações estéticas no incisivo central decíduo”**, com o objetivo de verificar se crianças fazem julgamentos sociais negativos sobre as outras crianças com trauma em incisivos. Este estudo é necessário em virtude da importância de se verificar como as crianças se expressam quando estão diante de outras crianças com traumatismo dental, apontando a importância do esforço para proporcionar informações e estética adequadas no atendimento odontológico para crianças com incisivos decíduos traumatizados, visando a preservação da saúde bucal e geral da criança. Para isso, estou convidando você e seu (sua) filho (a) para participar, respondendo um questionário, simples e rápido, não tendo a realização de exames, e a criança não será retirada da sala, não atrapalhando as aulas, tampouco trará riscos ou desconfortos a você ou à criança. Vocês têm liberdade para aceitar ou não participar deste estudo, sem que haja qualquer prejuízo para você ou para a criança. Para participar, é necessário que você e a criança aceitem fazer parte da pesquisa por livre e espontânea vontade. Caso aceitem participar, posso garantir que todas as informações pessoais recebidas serão mantidas em segredo e só serão utilizadas neste trabalho. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou desistir de fazer parte do mesmo, pode entrar em contato comigo pelo telefone (48) 8479-0036. Caso aceite a participação de seu (sua) filho(a) preencha o termo abaixo.

Eu, _____
 _____, responsável por
 _____ fui esclarecido
 sobre a pesquisa **“Percepção social e autopercepção de crianças de 4 e 5 anos em relação a alterações estéticas no incisivo central decíduo”** concordo com a participação minha e de meu (minha) filho (a) nessa pesquisa.

Florianópolis, ____ de _____ 20__.

Assinatura do Paciente/Responsável Legal

RG: _____

Assinatura da Pesquisadora Principal (Fernanda Cunha Soares)

RG: 35.375.453-5 SSP-SP

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO

Meu nome é Fernanda e estou desenvolvendo a pesquisa **“Percepção social e auto-percepção de alterações estéticas em dentes decíduos de crianças”**, com o objetivo de verificar se crianças fazem julgamentos sociais negativos sobre as outras crianças com trauma em incisivos. Este estudo é necessário em virtude da importância de se verificar como as crianças se expressam quando estão diante de outras crianças com traumatismo dental, apontando a importância do esforço para proporcionar informações e estética adequadas no atendimento odontológico para crianças com incisivos decíduos traumatizados, visando a preservação da saúde bucal e geral da criança.

Seu (sua) filho (a) terá o rosto fotografado antes e depois do tratamento evidenciando o(s) dente fraturado(s) e a restauração realizada. As fotografias serão utilizadas para compor um questionário que será analisado e respondido por outras crianças e responsáveis, além de serem publicadas em revistas de odontologia.

Para isso, estou convidando seu (sua) filho (a) para participar, tendo o rosto fotografado, simples e rápido, o que não atrasará seu atendimento odontológico, tampouco trará riscos ou desconfortos a ele(a). Você tem liberdade para aceitar ou não a participação dele(a) neste estudo, sem que haja qualquer prejuízo para a criança. Para participar, é necessário que você aceite que seu (sua) filho(a) faça parte da pesquisa por livre e espontânea vontade. Caso aceite sua participação, posso garantir que todas as informações pessoais recebidas serão mantidas em segredo e só serão utilizadas neste trabalho. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou desistir de fazer parte do mesmo, pode entrar em contato comigo pelo telefone (48) 8479-0036.

Eu, _____, responsável por _____ fui esclarecido sobre a pesquisa **“Percepção social e auto-percepção de alterações estéticas em dentes decíduos de crianças”** e concordo que as fotografias de meu (minha) filho (a) sejam utilizadas na realização da mesma.

Florianópolis, ____ de _____ 20 ____.

Assinatura do Paciente/Responsável Legal

RG: _____

Assinatura da Pesquisadora Principal (Fernanda Cunha Soares)

RG: 35.375.453-5 SSP-SP

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu _____
 _____, CPF _____, RG _____,
 responsável pelo menor _____ depois
 de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos,
 riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade
 do uso da imagem do meu (minha) filho (a), especificados no Termo de
 Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do
 presente termo, as pesquisadoras **Fernanda Cunha Soares** e **Mariane
 Cardoso** do projeto de pesquisa intitulado **“Percepção social e auto-
 percepção de alterações estéticas em dentes deciduos de crianças”** a
 realizar as fotos que se façam necessárias sem quaisquer ônus
 financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus
 respectivos negativos) para fins científicos e de estudos (livros, artigos,
 slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima
 especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam
 os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do
 Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do
 Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº
 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

Florianópolis, __ de _____ de 2010

Assinatura do Paciente/Responsável Legal

RG: _____

Assinatura da Pesquisadora Principal (Fernanda Cunha Soares)

RG: 35.375.453-5 SSP-SP

APÊNDICE D**Ficha clínica para preenchimento odontológico**

Nome do aluno: _____

Série: _____ Idade: _____

1- Presença de aparelhos ortodônticos ou mantenedores de espaço anteriores

() SIM () NÃO

2- Presença de alterações neurológicas, cognitivas e motoras

() SIM () NÃO

3- Ausência de incisivo(s) inferior(es) decíduo(s)

() SIM () NÃO

4- Ausência da coroa do(s) incisivo(s) central(is) superior(es) decíduo(s)

() SIM **51** () SIM **61** () NÃO

5- Fratura de mais da metade da coroa do 51 e/ou 61

() SIM () NÃO

6- Presença de lesão de cárie nos dentes 51 e /ou 61

() SIM () NÃO

7- Presença de alteração de cor da coroa do dente 51 e/ ou 61

() SIM () NÃO

8- Presença de Mordida Aberta Anterior

() SIM () NÃO

9- Outros dados importantes:

APÊNDICE E**Questionário Crianças de 4 a 5 anos – PERCEPÇÃO SOCIAL**

Nome do aluno: _____

Série: _____ Idade: _____

1 – Olhe a fotografia 1 e aponte na carinha.

- “O que você sentiria se tivesse um amiguinho como esse da foto?”

- “Por quê?” _____

2 – Olhe a fotografia 2 e aponte na carinha.

- “O que você sentiria se tivesse um amiguinho como esse da foto?”

- “Por quê?” _____

3 – Olhe a fotografia 3 e aponte na carinha.

- “O que você sentiria se tivesse um amiguinho como esse da foto?”

- “Por quê?” _____

4 - Olhe a fotografia 4 e aponte na carinha .

- “O que você sentiria se tivesse um amiguinho como esse da foto?”

- “Por quê?” _____

5 - “Olhando para boca dessa criança da fotografia 1, aponte na carinha como você se sente? _____

- “Por quê?” _____

6 - “Olhando para boca dessa criança da fotografia 2, aponte na carinha como você se sente? _____

- “Por quê?” _____

7 - “Olhando para boca dessa criança da fotografia 3, aponte na carinha como você se sente? _____

- “Por quê?” _____

8 - “Olhando para boca dessa criança da fotografia 4, aponte na carinha como você se sente? _____

- “Por quê?” _____

APÊNDICE F**Questionário para Crianças de 4 a 5 anos – AUTOPERCEPÇÃO**

Nome do aluno: _____

Série: _____ Idade: _____

1 – “Aponte a carinha que mostra como você se sente quando olha a sua boca”.

– “Por que você se sente assim?”

Anexos

ANEXO A



Amurico

ANEXO B



ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 1021

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584 GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

PROCESSO: 1021

FR: 368570

TÍTULO: Impacto social do trauma em incisivos deciduos em crianças de 4 e 5 anos e seus responsáveis na cidade de Florianópolis - SC

AUTOR: MARIANE CARDOSO, Fernanda Cunha Soares

FLORIANÓPOLIS, 29 de Novembro de 2010.

Coordenador do CEPSH/UFSC