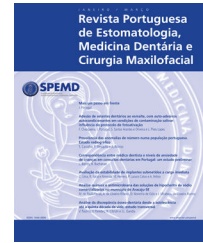




## Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial

[www.elsevier.pt/spemd](http://www.elsevier.pt/spemd)



### Investigação original

# Autoestima e deformidade dentofacial: um estudo comparativo com a escala de autoestima global de Rosenberg



Susana Silva<sup>a,\*</sup>, Vítor Teixeira<sup>a</sup>, Afonso Pinhão Ferreira<sup>a</sup> e Maria Josep Ustrell-Torrent<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Serviço de Ortodontia, Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto, Porto, Portugal

<sup>b</sup> Grupo de saúde oral e sistema mastigatório (Bellvitge Biomedical Research Institute – IDIBELL), Faculdade de Odontologia de Barcelona, Barcelona, Espanha

#### INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

##### Historial do artigo:

Recebido a 9 de dezembro de 2015

Aceite a 21 de abril de 2016

On-line a 1 de junho de 2016

##### Palavras-chave:

Autoestima

Deformidade facial

Cirurgia ortognática

Intervenção multidisciplinar

Biopsicossocial

Saúde mental

#### R E S U M O

**Objetivos:** O objetivo deste trabalho é avaliar o impacto da deformidade dentofacial na autoestima dos pacientes.

**Métodos:** Este estudo envolveu 82 participantes, 29 homens e 53 mulheres, com idades entre os 16-43 anos. O grupo de estudo (pacientes com deformidade dentofacial) incluiu 39 participantes e o grupo de controlo (pacientes sem deformidade dentofacial) outros 43. Para avaliar a autoestima foi utilizado o Inventário de Autoestima de Rosenberg.

**Resultados:** Não se observaram diferenças no indicador de autoestima entre o grupo de controlo e o grupo de estudo. Observou-se uma proporção maior de mulheres do que de homens em ambos os grupos. Os homens evidenciaram uma autoestima ligeiramente mais elevada que as mulheres.

**Conclusão:** Parece não existir impacto da deformidade dentofacial na autoestima dos pacientes, podendo haver outras variáveis a interferir nesta relação. Importa perceber melhor a associação entre a autoestima e a deformidade dentofacial. Sugere-se a formação dos ortodontistas sobre a avaliação e gestão de variáveis psicológicas dos seus pacientes, havendo fundamento para uma intervenção interdisciplinar no tratamento ortodôntico-cirúrgico-ortognático que inclua profissionais de saúde mental.

© 2016 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: [susa\\_silva@hotmail.com](mailto:susa_silva@hotmail.com) (S. Silva).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.04.003>

1646-2890/© 2016 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Self-esteem and dental-facial deformity: a comparative study with Rosenberg self-esteem scale

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Self-esteem  
Facial deformity  
Orthognathic surgery  
Multidisciplinary intervention  
Biopsychosocial  
Mental health

**Objectives:** The purpose of this study is to evaluate the impact of dental-facial deformity in patient's self-esteem.

**Methods:** This study involved 82 participants, 29 men and 53 women, aged between 16 and 43 years. Of the sample, 39 were included in the study group (patients with dental-facial deformity) and 43 in the control group (patients without dental-facial deformity). To assess self-esteem, it was used the Inventory Rosenberg Self-Esteem.

**Results:** No differences were observed in the indicator of self-esteem between the control group and the study group. We observed a higher proportion of women than men in both groups. Men showed a slightly higher self-esteem than women.

**Conclusion:** It seems impact of dental-facial deformity at patients self-esteem does not exist, and there may be other variables to affect this relationship. It better understand the association between self-esteem and dental-facial deformity. We suggest the relevance of training orthodontists about how to assess and manage their patient's psychological variables, going basis for a multidisciplinary intervention on surgical-orthodontic treatment which also includes mental healthcare professionals.

© 2016 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introdução

Uma das dimensões psicológicas que tem demonstrado relevância na medicina dentária e, em particular, nos pacientes com deformidade dentofacial (DDF) sujeitos a tratamento ortodôntico-cirúrgico-ortognático (TOCO) é a autoestima (AE). O médico dentista deve encarar os seus pacientes como seres biopsicossociais. A AE está diretamente relacionada com a construção de um «autoconceito», o qual se reporta à percepção que o indivíduo tem acerca de si próprio e das suas características, nomeadamente a competência, as atitudes, os valores, o grau de aceitação social e, também, a aparência física<sup>1</sup>. Definida como a soma de juízos de valor que cada indivíduo produz acerca de si mesmo, constituindo uma avaliação de carácter geral de várias componentes como o valor pessoal, respeito por si mesmo, autoconfiança e amor-próprio<sup>2,3</sup>, a AE é, por isso, considerada como o aspeto avaliativo do autoconceito<sup>4-6</sup>. Desta forma, a AE resulta do diferencial entre a forma como uma pessoa se percebe e avalia tal como é ou julga ser na realidade (autoconceito real) e a maneira como um indivíduo sente que deveria ou gostaria de ser (autoconceito ideal). Nesse sentido, quanto mais distantes estas 2 dimensões, mais baixa será a AE de uma pessoa<sup>4,7</sup>. É, assim, expectável que quem recorra a um TOCO perceba uma grande distância entre as características faciais que vê em si e as que desejaria ter, tendo, por isso, uma baixa AE. Perante esta situação, no sentido de proteger a AE, estas pessoas podem optar por mudar o seu ideal, ajustando expectativas e abandonando sonhos e fantasias que considerem impossíveis de alcançar ou procurar uma intervenção ao nível da sua aparência facial, tornando-a mais próxima daquilo que idealiza. O TOCO será precisamente uma forma que os indivíduos encontram de aproximar a forma como se percebem com o que gostariam de ser e,

assim, sentir-se melhor consigo mesmos, ou seja, aumentar a sua AE. A literatura refere que problemas com a imagem corporal são complexos e podem levar a uma baixa AE, assim como a um bem-estar psicológico pobre<sup>8</sup>. Os pacientes com anomalias faciais podem também ocasionar sintomas de transtorno de stress pós-traumático e isolamento social causado pelo estigma<sup>8</sup>. Esse estigma é aceite como um importante determinante social de saúde, pois pode contribuir para o sofrimento, atraso na procura de tratamento adequado, bem como abandono do tratamento e perda da sua eficácia, o que o torna numa questão de particular interesse para a saúde pública<sup>9</sup>. Sabemos que, hoje em dia, o nosso autoconceito pode ser substancialmente melhorado se recorrermos a diferentes tratamentos estéticos. As pesquisas que têm sido realizadas nesta área caminham no sentido de melhor compreendermos as percepções individuais dos pacientes acerca dos seus problemas<sup>10</sup>. Este facto assume relevância a partir do momento em que existe uma preocupação crescente nos tratamentos centrados nos desejos do paciente<sup>10</sup>.

Uma vez que os efeitos da diminuição da AE têm sido assumidos como prejudiciais, existe um particular interesse em identificar as suas causas.

A hipótese do tratamento ortodôntico levar a um aumento da AE, ou a falta de tratamento implicar uma diminuição da AE na idade adulta, parece ter bastante fundamento<sup>11</sup>. No entanto, a literatura não é conclusiva sobre a associação entre a DDF e a AE dos pacientes, havendo estudos que a demonstram<sup>10,12,13</sup> e outros que afirmam não existir relação significativa<sup>14-16</sup>.

O objetivo desta investigação foi avaliar o impacto de diversos fatores na AE de paciente, de acordo com as seguintes hipóteses em estudo: a existência de anomalias esqueléticas, o género, a idade ou o estado civil não influenciam a AE.

## Materiais e métodos

Uma vez que nesta investigação a amostra compreendeu pacientes referenciados para TOCO (grupo estudo), assim como pacientes em tratamento ortodôntico (grupo controlo), foi elaborado um protocolo a ser avaliado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), tendo sido este aprovado em 20 de junho de 2012. A todos os participantes foi garantida a utilização dos dados com a máxima confidencialidade e privacidade pelo que, juntamente com o questionário, foi preenchido e assinado pelos pacientes um consentimento informado. Foi também entregue a todos os participantes um folheto informativo com a descrição do estudo e esclarecidas todas as dúvidas que entre tanto foram surgindo.

Foi utilizada neste estudo uma amostra de conveniência que integrou 82 pacientes de ambos os géneros (29 do género masculino e 53 do género feminino), com idade superior a 16 anos e inferior a 43 anos, e cujo atendimento foi realizado em consulta privada ou hospitalar de ortodontia ou cirurgia maxilofacial. Dos 82 pacientes, 43 fizeram parte do grupo de estudo. A estes foram diagnosticadas anomalias esqueléticas da mandíbula e/ou maxila e encontravam-se em TOCO numa fase pré-operatória. Foi aceite como válido o parecer clínico dos médicos dentistas e médicos-cirurgiões maxilofaciais no diagnóstico dos casos de DDF com necessidade de TOCO. Fizeram parte dos critérios de exclusão pacientes com malformações craniofaciais (congénitas) muito aparentes, e/ou características faciais síndromicas, e pacientes com deformidades faciais traumáticas. Os restantes 39 foram pacientes em tratamento ortodôntico (em que o recurso à cirurgia não estava previsto) e constituíram o grupo controlo.

Na [tabela 1](#) pode ver-se um resumo das principais características sociodemográficas dos participantes.

Para avaliar a AE foi utilizada a versão portuguesa<sup>17</sup> da escala de AE global de Rosenberg<sup>2</sup>. É uma das escalas de avaliação mais utilizadas na nossa população<sup>3,17</sup>. Numa revisão da literatura realizada, com o propósito de selecionar o instrumento de medida, foram encontrados artigos semelhantes abordando a área da cirurgia ortognática e da psicologia, em que esta escala foi a escolhida<sup>13-15</sup>. Apesar das suas limitações, nomeadamente no que se refere às suas qualidades psicométricas, esta escala continua a ser selecionada pela sua brevidade e facilidade de utilização, sendo considerada um marco histórico na avaliação do autoconceito e da AE<sup>3</sup>. Ela representa uma medida unidimensional que avalia a AE global e é constituída por 10 itens, com conteúdos relativos aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo avaliados numa escala de Likert com 6 opções, em que o valor 1 significa total discordância com a expressão e o valor 6 uma total concordância. O resultado da escala utilizada pode assim variar entre 10-60. Os participantes responderam ao questionário numa das suas consultas relacionadas com o tratamento.

Foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes, com o propósito de avaliar a diferença da distribuição dos resultados, em função das variáveis em análise. O nível de significância escolhido foi de  $p < 0,05$ .

**Tabela 1 – Caracterização dos participantes**

	Total		Estudo		Controlo	
	n	%	n	%	n	%
Participantes	82	100	43	52,4	39	47,6
Género						
Masculino	29	35,4	16	19,5	13	15,9
Feminino	53	64,6	27	32,9	26	31,7
Idade						
16 a 23	40	48,8	20	24,4	20	24,4
24 a 43	42	51,2	23	28,0	19	23,2
Condição de trabalho						
Estudante	36	43,9	18	22,0	18	22,0
Empregado	40	48,8	21	25,6	19	23,2
Desempregado	6	7,3	4	4,9	2	2,4
Escolaridade						
3.º CEB	14	17,1	4	4,9	10	12,2
Secundário	37	45,1	21	25,6	16	19,5
Licenciatura/mestrado	31	37,8	18	22,0	13	15,9
Estado civil						
Solteiro	60	73,2	32	39,0	28	34,1
Casado	13	15,9	7	8,5	6	7,3
Divorciado	2	2,4	1	1,2	1	1,2
União de facto	7	8,5	3	3,7	4	4,9

## Resultados

Na [tabela 2](#) apresentam-se os dados descritivos dos valores de AE dos participantes.

A média geral de AE obtida para os 82 participantes neste estudo foi de 49,77 ( $dp = 8,69$ ). Foi encontrado um valor de 50,05 ( $dp = 9,01$ ) para o grupo de estudo e 49,51 ( $dp = 8,49$ ) para o grupo de controlo ([tabela 2](#)). O género masculino apresenta um valor de AE de 50,14 ( $dp = 7,93$ ) enquanto o género feminino um valor de 49,57 ( $dp = 9,15$ ) ([tabela 2](#)). Relativamente ao fator idade, os participantes com idades compreendidas entre

**Tabela 2 – Dados descritivos dos valores de autoestima**

	n	M	dp
Geral	82	49,77	8,69
Grupo			
Estudo	39	50,05	9,01
Controlo	43	49,51	8,49
Sexo			
Masculino	29	50,14	7,93
Feminino	53	49,57	9,15
Idade			
16-23	40	48,45	8,59
24-43	42	51,02	8,70
Estado civil			
Solteiro	60	48,77	9,51
Casado	13	50,31	4,48
Divorciado	2	57,50	0,71
União de facto	7	55,14	5,11

16-23 apresentaram uma média de AE de 48,45 (dp = 8,59) e os participantes com idades compreendidas entre 24-43 apresentaram uma média de AE de 51,02 (dp = 8,70). Tendo em conta o estado civil, os pacientes que se declararam solteiros demonstraram um valor de AE de 48,77 (dp = 9,51), os casados 50,31 (dp = 4,48), os divorciados 57,50 (dp = 0,71) e os que vivem em união de facto 55,14 (dp = 5,11).

Não foram encontradas diferenças significativas na distribuição dos valores de AE geral do grupo de estudo e do grupo de controlo ( $p < 0,05$ ), ou seja, a distribuição da medida geral de AE foi a mesma entre os grupos de controlo e de estudo ( $p = 0,68$ ). No mesmo sentido, não existiram diferenças significativas na distribuição dos valores de AE em função do género ( $p = 0,88$ ), idade ( $p = 0,09$ ) ou estado civil ( $p = 0,06$ ).

---

## Discussão

Um primeiro aspeto relevante deste estudo é o facto de existirem menos participantes do género masculino (29) do que do género feminino (53). Esta diferença pode estar relacionada com uma menor exigência masculina em relação à própria imagem, como também a uma menor disposição em aceitar as regras do tratamento. As mulheres parecem demonstrar maior exigência com a própria aparência, apresentando um maior nível de insatisfação com a sua aparência facial. Na verdade, trabalhos prévios em satisfação corporal mostram que as mulheres tendem a ser mais sensíveis sobre a sua aparência em relação aos homens<sup>14</sup>. Também encontramos na literatura documentada uma maior perceção por parte do género feminino da deformidade existente<sup>18</sup>, bem como uma maior dificuldade das mesmas em lidar com o público no seu dia-a-dia, quer a nível profissional, quer a nível afetivo<sup>12</sup>, o que faz com que vários investigadores constituam a sua amostra apenas com participantes deste género<sup>12,14</sup>. Tal como neste, os vários estudos revistos envolvendo a temática da DDF apontam para uma predominância do género feminino na amostra utilizada<sup>13,19-21</sup>. Embora as mulheres tenham evidenciado uma AE ligeiramente mais baixa que os homens, esta diferença não se apresentou estatisticamente significativa.

Nesta investigação, não foram encontradas diferenças significativas nos valores de AE geral entre os pacientes com DDF e indicação para TOCO, e os pacientes apenas com indicação para um tratamento ortodôntico convencional.

A literatura não é conclusiva sobre a associação entre a DDF e a AE. Os resultados obtidos neste estudo vão de encontro aos obtidos em estudos anteriores, que demonstram não existir associação entre as 2 entidades<sup>14-16</sup>.

Importa, no entanto, notar que os participantes parecem ter evidenciado a tendência para fazer uma avaliação bastante positiva sobre si mesmos, o que poderá ter contribuído para esbater as diferenças – os participantes obtiveram uma média global do indicador de AE geral de 49,77 (50,05 para o grupo estudo e 49,51 para o grupo controlo), numa escala que pode ir até 60. Num estudo realizado por Faria et al., com o objetivo de avaliar as diferenças entre estudantes portugueses e italianos no que se refere a conceções pessoais de inteligência e AE, os participantes portugueses obtiveram uma média global do valor de AE geral de 45,21 (dp = 8,76)<sup>3</sup>. Apesar de se poder justificar essa diferença com o facto do estudo realizado

por Faria et al. incluir estudantes do ensino secundário, cujos aspetos do desenvolvimento relacionados com a adolescência possam justificar valores mais baixos de AE, a realidade é que no nosso estudo o grupo com idades compreendidas entre 16-23 anos também apresentou uma média do valor de AE geral mais elevada ( $M = 48,45$ ;  $dp = 8,59$ ). É possível que alguns pacientes não tenham sido suficientemente sinceros nas respostas dadas, acabando por as inflacionar. Eventualmente, a recolha de dados realizada por um profissional de saúde mental asseguraria melhor as questões de confidencialidade, dando também um maior sentido às questões que lhe seriam apresentadas.

Salienta-se também que todos os participantes nesta investigação foram pacientes que recorreram a tratamento ortodôntico ou a TOCO. Esta condição pode ser considerada uma limitação do estudo, uma vez que mesmo o grupo de controlo tem indicação para um tratamento ortodôntico, não sendo assim tão diferente do grupo de estudo. Este aspeto pode também ter contribuído para o esbatimento das diferenças entre os 2 grupos. Esta limitação poderia ser colmatada com a modificação do grupo controlo, de modo a compararmos o grupo estudo, não com uma população «ortodôntica», mas com a população geral. Poderia assim ser utilizado um grupo de participantes representativo de uma população sem recurso a ortodontia, no sentido de melhor entendermos os pacientes que recorrem ao TOCO.

É também possível que a medida de AE utilizada (escala de AE global de Rosenberg) não seja a mais eficaz para avaliar esta população. Poderia, eventualmente, ser utilizado um questionário elaborado especificamente para a avaliação da população ortodôntica ou, então, uma medida de AE que não fosse unidimensional e que permitisse perceber a forma como os participantes se avaliam nas diferentes dimensões do seu autoconceito – é possível, por exemplo, que a DDF afete mais as dimensões do autoconceito físico ou autoconceito social, e não outras como, por exemplo, o autoconceito académico. Seria importante poder avaliar estas especificidades.

---

## Conclusão

Os resultados encontrados parecem ir no mesmo sentido da literatura que não encontra associação entre a DDF e a AE dos pacientes.

---

## Responsabilidades éticas

**Proteção de pessoas e animais.** Os autores declaram que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

**Confidencialidade dos dados.** Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

**Direito à privacidade e consentimento escrito.** Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

---

## Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

---

## Apêndice. Material adicional

Pode consultar o material adicional para este artigo na sua versão eletrônica disponível em [doi:10.1016/j.rpemd.2016.04.003](https://doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.04.003).

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Faria L. Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*. 2005;4(XXIII):361-71.
2. Rosenberg M. *Conceiving the self*. Basic Books; 1979.
3. Faria L, Pepi A, Alesi M. Concepções pessoais de inteligência e auto-estima: Que diferenças entre estudantes portugueses e italianos? *Análise Psicológica*. 2004;4(XXII):747-64.
4. Veiga FH. Autoconceito e disrupção escolar dos jovens: conceptualização, avaliação e diferenciação [Dissertação de doutoramento]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 1991.
5. Faria L, Fontaine AM. Avaliação do conceito de si próprio de adolescentes: adaptação do SDQ I de Marsh à população portuguesa. *Cadernos de Consulta Psicológica*. 1990;6:97-105.
6. Vaz-Serra A. A importância do auto-conceito. *Psiquiatria clínica*. 1986;7:57-66.
7. Vaz Serra A. O auto-conceito. *Análise Psicológica*. 1988;2(VI):101-10.
8. De Sousa A. Psychological issues in oral and maxillofacial reconstructive surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2008;46:661-4.
9. Atay A, Peker K, Gunay Y, Ebrinç S, Karayazgan B, Uysal O. Assessment of health-related quality of life in Turkish patients with facial prostheses. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11:11-20.
10. Faber J, Faber A. Perception of dentofacial deformities: From psychological well-being to surgery indication. *Dental Press J Orthod*. 2010;15:13-4.
11. Shaw WC, Richmond S, Kenealy PM, Kingdon A, Worthington H. A 20-year cohort study of health gain from orthodontic treatment: Psychological outcome. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2007;132:146-57.
12. Türker N, Varol A, Ogel K, Basa S. Perceptions of preoperative expectations and postoperative outcomes from orthognathic surgery: Part I: Turkish female patients. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2008;37:710-5.
13. Frejman MW, Vargas IA, Rösing CK, Closs LQ. Dentofacial deformities are associated with lower degrees of self-esteem and higher impact on oral health-related quality of life: Results from an observational study involving adults. *J Oral Maxillofac Surg*. 2013;71:763-7.
14. Williams DM, Bentley R, Cobourne MT, Gibilaro A, Good S, Huppa C, et al. Psychological characteristics of women who require orthognathic surgery: Comparison with untreated controls. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2009;47:191-5.
15. Sadeghian S, Atashpour H, Abbasi M, Esnaashari N. Relationship between dentofacial deformities and self-assessment and self-concept of students of Universities in Isfahan. *Journal of Isfahan Dental School*. 2012;8:470-9.
16. Stirling J, Latchford G, Morris DO, Kindelan J, Spencer RJ, Bekker HL. Elective orthognathic treatment decision making: A survey of patient reasons and experiences. *J Orthod*. 2007;34:113-27, discussion 1.
17. Romano A, Negreiros J, Teresa Martins. *Psicologia S.D.*. Contributos para a validação da escala de auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior do país. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2007;8:109-16.
18. Tung AW, Kiyak HA. Psychological influences on the timing of orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1998;113:29-39.
19. Nicodemo D, Pereira MD, Ferreira LM. Self-esteem and depression in patients presenting angle class III malocclusion submitted for orthognathic surgery. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;2113:E48-51.
20. Nicodemo D, Pereira MD, Ferreira LM. Effect of orthognathic surgery for class III correction on quality of life as measured by SF-36. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2008;37:131-4.
21. Lazaridou-Terzoudi T, Kiyak HA, Moore R, Athanasiou AE, Melsen B. Long-term assessment of psychologic outcomes of orthognathic surgery. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003;61:545-52.