**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

**EXPECTATIVAS COM RELAÇÃO AOS RESULTADOS
ESTÉTICOS DOS TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS**

AIKO TAKAHASHI MORI

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Área de Concentração: Deontologia e Odontologia Legal.

São Paulo

2003

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

**EXPECTATIVAS COM RELAÇÃO AOS RESULTADOS
ESTÉTICOS DOS TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS**

AIKO TAKAHASHI MORI

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Área de Concentração: Deontologia e Odontologia Legal.

Orientador: Profa. Dra. Hilda Ferreira Cardozo

São Paulo

2003

Data da Defesa: ____/____/____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Aos meus pais, Yukio e Shigeko (*in memoriam*), a razão de "eu ser, sonhar, lutar e alcançar".

À minha família, Matsuyoshi, Juliana e Mauro, a razão de "eu viver, sonhar, lutar e alcançar".

À Dra. Ana Maria Ávila Maltagliati (*in memoriam*), a razão de "eu acreditar, chegar e *estar aqui*".

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*À Profa. Dra. Hilda Ferreira Cardozo,
minha orientadora, pela amizade,
compreensão, dedicação e paciência
extremas, sempre e incansavelmente
colorindo e participando de todas as
fases deste trabalho.*

AGRADECIMENTOS

“Só existe uma coisa melhor do que fazer novos amigos: conservar os velhos”.

(Elmer Letterman)

Aos Professores do curso de Pós-Graduação em Deontologia e Odontologia Legal da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pela amizade, convivência e ensinamentos.

Aos amigos de turma do Curso de Pós-Graduação, pelo incentivo e amizade, o meu carinho.

À direção da Escola de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas e da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, por abrirem as suas portas para a realização das entrevistas com pacientes e profissionais.

Ao Centro de Aperfeiçoamento Profissional e Especialização do Sindicato dos Odontologistas do Estado de São Paulo, na pessoa de seu Presidente - Dr. Henrique Motilinsky -, pelo apoio e incentivo constantes.

A Haidini Maieru, Nancy Halak de Oliveira Campos, Maria Cristina Jimenez Pellegrini e Rosana Aby-Azar Façanha, companheiras do Curso de Especialização em Ortodontia do Sindicato dos Odontologistas do Estado de São Paulo, pelo incentivo, pela verdadeira amizade, e por todas as horas que passamos juntas.

Às secretárias do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Andréia, Laura, Sônia e Marieta, pela gentileza e disponibilidade com que atendem a todos aqueles que as procuram.

À Marieta Trancoso de Castro, secretária do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo auxílio na finalização deste trabalho.

À Bibliotecária Luzia Marilda Z. M. Moraes, do Serviço de Documentação da Biblioteca da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo auxílio na revisão das referências bibliográficas.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE ABREVIATURAS

RESUMO

1	INTRODUÇÃO	1
2	REVISÃO DA LITERATURA	5
2.1	CONCEITO SOCIAL DE ESTÉTICA	5
2.1.1	A FACE	10
2.1.2	OS OLHOS	11
2.1.3	O SORRISO	11
2.1.4	A BOCA	12
2.1.5	OS DENTES	13
2.1.6	A PERDA DOS DENTES	14
2.1.7	A INSERÇÃO NO MERCADO	16
2.2	ESTÉTICA NA VISÃO DO PACIENTE	16
2.2.1	ORTODONTIA	17
2.2.2	PRÓTESES PARCIAL FIXA E PARCIAL REMOVÍVEL	19
2.2.3	PRÓTESES TOTAIS	22
2.2.4	CARACTERÍSTICAS DENTÁRIAS	23
2.3	ESTÉTICA NA VISÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS	24
2.3.1	ASPECTOS GERAIS	24
2.3.2	SIMETRIA	26
2.3.3	ANÁLISE DENTÁRIA	27
2.3.3.1	Forma dos dentes	27
2.3.3.2	Tamanho dos dentes	28
2.3.3.3	Cor dos dentes	28
2.3.3.4	Exposição dentária	29
2.3.4	ESTÉTICA GENGIVAL	30
2.3.5	ORTODONTIA	31
2.3.6	PRÓTESES	32
2.4	RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL	35
2.4.1	ESTÉTICA GERAL	35
2.4.2	ORTODONTIA	37
2.4.3	PRÓTESES	38
2.4.4	IMPLANTODONTIA	40
2.4.5	PERIODONTIA	41
2.4.6	COMUNICAÇÃO PACIENTE E PROFISSIONAL	42
2.4.7	ASPECTOS ÉTICOS	43
3	PROPOSIÇÃO	47

4	MATERIAL E MÉTODO	48
4.1	MATERIAL	48
4.2	MÉTODO	49
4.2.1	AMOSTRA	49
4.2.2	INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO	49
4.2.3	TRATAMENTO DAS INFORMAÇÕES	50
5	RESULTADOS	51
5.1	PERFIL DOS ENTREVISTADOS	51
5.2	CONCEITO DE ESTÉTICA GERAL	54
5.3	CONCEITO SOBRE ESTÉTICA EM OUTROS	56
5.4	CONCEITO SOBRE ESTÉTICA EM SI MESMO	58
5.5	MOTIVAÇÃO E EXPECTATIVAS QUANTO AO TRATAMENTO	63
5.6	INFORMAÇÕES E ESCLARECIMENTOS	66
6	DISCUSSÃO	78
6.1	PERFIL DOS ENTREVISTADOS	79
6.2	CONCEITO DE ESTÉTICA GERAL	81
6.3	CONCEITO SOBRE ESTÉTICA EM OUTROS	86
6.4	CONCEITO SOBRE ESTÉTICA EM SI MESMO	89
6.5	MOTIVAÇÃO E EXPECTATIVA QUANTO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	97
6.6	INFORMAÇÕES E ESCLARECIMENTOS SOBRE O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	100
7	CONCLUSÕES	121
	ANEXOS	123
	REFERÊNCIAS	134
	SUMMARY	
	APÊNDICE	

LISTA DE FIGURAS

Figura 5.1	Perfil dos entrevistados	52
Figura 5.2	Distribuição do grau de instrução dos pacientes entrevistados ..	52
Figura 5.3	Atuação profissional dos pacientes entrevistados	53
Figura 5.4	Distribuição da titulação dos profissionais	53
Figura 5.5	Características faciais mais atraentes	54
Figura 5.6	Característica mais atraente no sorriso	55
Figura 5.7	Dentes considerados bonitos	55
Figura 5.8	Importância da estética dentária	56
Figura 5.9	Característica dentária importante para a não contratação de funcionários	57
Figura 5.10	Característica da prótese que mais incomoda na região anterior	57
Figura 5.11	Característica do sorriso que mais desagrade em si mesmo	58
Figura 5.12	Importância dos dentes na aparência do rosto	59
Figura 5.13	Grau de satisfação com a cor dos dentes, segundo pacientes e profissionais	59
Figura 5.14	Prioridade no tratamento protético, para pacientes e profissionais	60
Figura 5.15	Grau de aceitação de diferentes próteses na região anterior	61
Figura 5.16	Número de entrevistados portadores de próteses dentárias	61
Figura 5.17	Comparação entre os dentes artificiais e os dentes naturais, segundo os pacientes e os profissionais portadores de próteses	62
Figura 5.18	Participação dos entrevistados na escolha dos dentes artificiais da prótese	62
Figura 5.19	Participação dos entrevistados na escolha da posição dos dentes artificiais da prótese	63
Figura 5.20	Comparação entre pacientes e profissionais quanto ao motivo principal para a procura de tratamento odontológico	64
Figura 5.21	Comparação do grau de insatisfação com a prótese sob os pontos de vista dos pacientes e dos profissionais	65
Figura 5.22	Grau de insatisfação estética do resultado de tratamento dentário sob os pontos de vista dos pacientes e dos profissionais	66
Figura 5.23	Esclarecimentos sobre o plano de tratamento proposto, segundo as afirmações de pacientes e de profissionais	67

Figura 5.24	Hábito de apresentar alternativas de tratamento, segundo as afirmações de pacientes e de profissionais	67
Figura 5.25	Opção por determinado tratamento, segundo as afirmações de pacientes e de profissionais	68
Figura 5.26	Esclarecimentos quanto às limitações dos tratamentos propostos, segundo as afirmações de pacientes e de profissionais	69
Figura 5.27	Hábito de orientação na escovação dos dentes, segundo as afirmações de pacientes e de profissionais	69
Figura 5.28	Esclarecimentos quanto à indicação e contra-indicação do emprego de materiais restauradores estéticos, segundo as afirmações de pacientes e de profissionais	70
Figura 5.29	Insistência do emprego de material restaurador estético apesar de esclarecida a sua contra-indicação, segundo as afirmações de pacientes e de profissionais	71
Figura 5.30	Proposição de alterações estéticas mesmo que não haja queixa, segundo as afirmações de pacientes e de profissionais	71
Figura 5.31	Explicações sobre o motivo das trocas de restaurações, segundo as afirmações de pacientes e de profissionais	72
Figura 5.32	Indicações de prótese na região anterior dos arcos dentários	73
Figura 5.33	Profissionais que consultam o paciente na escolha da cor dos dentes artificiais	73
Figura 5.34	Orientação sobre os cuidados com a prótese e os dentes naturais, segundo as afirmações de pacientes e de profissionais	74
Figura 5.35	Condutas frente ao insucesso de tratamentos dentários estéticos, segundo as afirmações de pacientes e de profissionais	75
Figura 5.36	Ocorrência de desentendimento entre pacientes e profissionais, segundo suas afirmações.....	75
Figura 5.37	Resultados dos desentendimentos entre profissional e paciente, segundo as afirmações de pacientes e profissionais.....	76
Figura 5.38	Tipos de processos resultantes do desentendimento entre paciente e profissional	77

LISTA DE ABREVIATURAS E DE SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
Art.	Artigo
CCB	Código Civil Brasileiro
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CEO	Código de Ética Odontológica
CFO	Conselho Federal de Odontologia
COP	Consultórios particulares
EAP-APCD	Escola de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas
E.U.A.	Estados Unidos da América
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
FUNDECTO	Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Odontologia
p.	Página

RESUMO

EXPECTATIVAS COM RELAÇÃO AOS RESULTADOS ESTÉTICOS DOS TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS

Este trabalho objetivou analisar alguns fatores relacionados à estética facial e aos tratamentos dentários estéticos na visão de pacientes e cirurgiões-dentistas e, principalmente, as divergências entre ambos. O levantamento de dados foi realizado mediante a aplicação de questionários com 32 questões coincidentes para ambos os grupos de profissionais e de pacientes, e duas específicas aos profissionais. As perguntas referiam-se à estética, à motivação, às informações e aos esclarecimentos sobre tratamentos odontológicos. Foram entrevistados 150 pacientes e 150 profissionais de consultórios particulares e de cursos de especialização e aperfeiçoamento - alunos e professores - de duas instituições. Dos pacientes, 98 eram do sexo feminino e 52 do sexo masculino, predominando indivíduos com grau de instrução do ensino médio (40%), seguido de superior completo (28%). Dentre os profissionais, 83 eram do sexo feminino e 67 do sexo masculino, sendo 37 especialistas, 14 mestres, 2 doutores e um livre docente. A análise e a discussão dos resultados obtidos no presente trabalho possibilitaram as seguintes conclusões: 1) os conceitos de estética em geral de pacientes e profissionais são muito semelhantes, à exceção da coloração dos dentes, considerada mais importante pelos pacientes que pelos profissionais; 2) quanto à estética em outras pessoas, a avaliação das características negativas em próteses demonstrou divergência acentuada entre os dois grupos pois, enquanto para os pacientes a estética é comprometida pela presença de grampos, para os profissionais a cinta metálica é que compromete a estética; 3) com relação à estética do sorriso em si mesmo, pacientes e profissionais divergiram - os pacientes apontaram a exposição dos dentes superiores, enquanto os profissionais indicaram o desvio dos arcos dentários; 4) no que tange às motivações e expectativas para o tratamento odontológico também houve discrepâncias para os pacientes, a manutenção da saúde é determinante, e os profissionais afirmaram que os seus serviços são procurados por motivo de dor; 5) quanto aos resultados dos tratamentos, os pacientes demonstraram o desejo de receber próteses que lhes proporcionassem conforto, enquanto os profissionais acreditam que o fator mais importante para seus pacientes é a estética da prótese; 6) a cor dos dentes - muito valorizada pelos os pacientes quando se trata de características dentárias - perde importância no contexto de uma prótese, contrariamente ao que pensam os profissionais, que colocaram esse item como o segundo mais importante; 7) no contexto das informações e esclarecimentos, os profissionais quase que unanimemente afirmaram optar por condutas consideradas adequadas, enquanto o número de pacientes que declararam ter recebido esse tipo de conduta é bem menor; 8) quando da ocorrência de desentendimentos, os pacientes declararam que optam pela troca de profissional, enquanto a maioria dos profissionais procura chegar a uma solução amigável com o paciente.

1 INTRODUÇÃO

Para Goldstein (2000), estética é a percepção geral que cada indivíduo tem da beleza, e a expressão, a interpretação e a experiência pessoais fazem com que essa seja uma experiência única, embora influenciada pela cultura. A estética não é absoluta ou objetiva, mas extremamente subjetiva.

A estética guarda estreita relação com a cultura dos povos - algumas vezes temperada por diferentes grupos étnicos -, e é ditada por normas e padrões impostos pela sociedade. Alguns povos aborígenes mutilam, distorcem ou alteram partes de seus corpos para se tornarem mais atraentes, pois o conceito de beleza do grupo compreende essas alterações. Exemplos de tais práticas são a distensão progressiva do lábio inferior, o esticamento do pescoço, a escarificação e o desgaste dos incisivos em forma de cunha. A história da humanidade é marcada por mudanças: penteados, barbas, maneiras de utilizar os cosméticos e vestimentas (Beder, 1971, Goldstein, 2000). Atualmente, tais mudanças são ditadas pelos veículos de comunicação - jornais, revistas, filmes, televisão -, que cultuam a beleza e exageram as características consideradas “não belas”. E essa doutrinação promove uma irreprimível consciência da face e do corpo, cuja

dimensão pode ser aquilatada pelo movimento anual da indústria cosmética - em torno de US\$8 bilhões ao ano -, e pelo número anual de cirurgias plásticas - que cresceu de 15000 em 1949 para aproximadamente 1 milhão em 1971 e, a partir daí, vem aumentando a taxas astronômicas (Breece & Nieberg, 1986).

As exigências que a sociedade faz com relação à aparência têm conseqüências sobre a medicina e a odontologia, fazendo com que os profissionais dessas áreas, além dos cuidados com as funções orgânicas de seus pacientes, procurem modificar as características não atraentes do corpo, tornando-as esteticamente mais satisfatórias: o rosto sofre alterações com a remoção de rugas, dentes apinhados são alinhados ou substituídos, a mandíbula é reconstituída, narizes são modificados, gorduras são eliminadas, cabelos são transplantados, tudo para que o indivíduo se torne fisicamente mais atraente (Jacobson, 1984). Óbvio está que essa preocupação é mais acentuada nas especialidades que envolvem a estética - no que concerne à odontologia, a implantodontia, a ortodontia e a prótese.

Ocorre que tais especialidades têm sido objeto de elevado número de processos - de responsabilidade civil e penal -, em virtude do descontentamento do paciente com o resultado final do tratamento dentário, que não atingiu as suas expectativas (Ramos *et al.*, 2000; Ramos, 2000).

A incessante busca pela estética tem como cerne a realização pessoal: estudiosos de diferentes áreas têm demonstrado que as pessoas bonitas têm vantagens sobre as demais. Essas vantagens têm início no

nascimento, e persistem até a idade adulta (Breece & Nieberg, 1986; Otta *et al.*, 1992).

Desde o Egito antigo, as pessoas atraentes são consideradas mais inteligentes, competentes, agradáveis e, conseqüentemente, têm maior facilidade para se inserir socialmente. E Dion *et al.* (1972, p. 285) ilustram essa assertiva quando declaram: “*O que é belo é bom*”. Já as pessoas cuja aparência não é tão agradável sofrem problemas no convívio social, pois têm dificuldades de se relacionar com colegas, e são menos valorizadas profissionalmente. Essa depreciação atinge até mesmo os aspectos intelectual e psicológico, diminuindo a auto-estima (Crawford, 1991; Cardozo, 1993).

A imagem que as pessoas têm de si mesmas é variável. Assim, um paciente portador de patologia dentária tem de si uma visão diferente daquela que tem um portador de prótese bucomaxilofacial, pois a figura mental que cada individuo tem de sua aparência no espaço se altera em função das mudanças que ocorrem em seu corpo. A mudança ou a perda de órgãos pode provocar intercorrências emocionais traumáticas, desencadeadas pela consciência de quebra da harmonia estética. A relação entre a imagem do corpo e a auto-estima é muito forte, e qualquer mudança corporal pode afetar o individuo, levando-o a revisar aquilo que considera como sua imagem. Daí a importância dos tratamentos restauradores estéticos, pois eles possibilitam a (re)criação de um ambiente mais favorável ao indivíduo em seu universo de relações interpessoais (Beder, 1971).

Mas compreender as expectativas de beleza do paciente é muitas vezes difícil, pois a percepção estética é permeada por emoções e valores culturais que diferem de indivíduo para indivíduo (Murrell, 1988). Assim, a expectativa quanto ao resultado de um tratamento ortodôntico está primordialmente ligada à correção do mau posicionamento dentário; já no tratamento protético, o foco básico é a substituição da parte perdida, e o resultado esperado pelo paciente nem sempre é clinicamente viável, o que pode gerar problemas ao término do trabalho (Albino *et al.*, 1984).

A prioridade dos tratamentos odontológicos é a promoção da saúde. Assim, também nos tratamentos estéticos o paciente deve ser motivado para os cuidados preventivos e mantenedores do trabalho a que irá se submeter (Neumann *et al.*, 1989). Isto porque a reabilitação estética, embora de grande importância, deve estar atrelada à promoção da saúde. Considerando esse aspecto, e embasado no Código de Ética Odontológica (CEO - CFO, 1998), o profissional pode até mesmo se recusar a realizar algum tratamento que, em seu entendimento, possa vir a provocar iatrogenia.

A complexidade e a relevância de que a estética se reveste na atualidade motivaram esta dissertação, que pretende auxiliar os profissionais da área odontológica em sua rotina diária, e alertá-los sobre as possíveis causas de conflito com seus pacientes.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A presente investigação enfoca a compreensão da estética por cirurgiões-dentistas e pacientes no âmbito do tratamento odontológico, e as informações e os esclarecimentos que estes últimos detêm ou recebem sobre os propósitos, os riscos e as limitações dos tratamentos dentários.

Portanto, e para facilitar a compreensão do leitor, dividimos este capítulo em: CONCEITO SOCIAL DE ESTÉTICA; ESTÉTICA NA VISÃO DO PACIENTE; ESTÉTICA NA VISÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA e ESTÉTICA E RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL.

2.1 CONCEITO SOCIAL DE ESTÉTICA

A palavra estética deriva do vocábulo grego “*aisthetikos*”, que significa percepção, respeito ao sentido da beleza e inclinação a regras e princípios da arte. A história da civilização humana está intrinsecamente ligada à estética, que se constitui em uma das grandes preocupações do

indivíduo, uma vez que provoca sentimentos de aprovação ou desaprovação sociais (Beder, 1971).

Para o filósofo Kant *apud* Chain *et al.* (2000), a estética provoca uma satisfação diferente daquela decorrente do agradável, do bom e do útil. O belo é expresso como aquilo que agrada universalmente, e não tem relação com qualquer juízo moral, pragmático ou de valor. Ele existe com fim em si mesmo, ou seja: agrada pela forma, não depende da atração sensível nem de conceitos como utilidade ou perfeição. Há que ressaltar, no entanto, que a concepção do belo é influenciada por uma multiplicidade de fatores: étnicos, individuais, culturais etc. (Rufenach, 1998; Chain *et al.*, 2000).

A beleza e/ou a atração física permeiam as atitudes e o comportamento humano. As pessoas belas são melhores aceitas pelo outro, principalmente no primeiro contato, o que lhes facilita a interação social. E essa associação entre beleza e aceitação tem início ainda na infância: as princesas de contos de fadas são belas, os príncipes e os heróis são simpáticos, enquanto as bruxas, os demônios e os vilões são desprezíveis e feios. Assim, toda a nossa vida de relação – aí se inserindo a sexualidade, a educação e o trabalho – é fortemente marcada por esses conceitos, que foram inculcados em nosso imaginário infantil (Jacobson, 1984).

A percepção da beleza facial sofre forte influência psicológica e é modificada pelo conhecimento. Isso significa que a fama, a riqueza e o poder aumentam essa percepção (Gil, 2001). Crawford (1991, p. 14) postula que a *“Beleza, dentro de certo grau, permanece nos olhos de quem a contempla.”*

A harmonia e a beleza faciais têm enorme importância nos mais variados âmbitos da vida em sociedade, até mesmo na atividade econômica. Os veículos da mídia – impressos, eletrônicos e audiovisuais – sistematicamente nos “bombardeiam” com lindas faces, para vender produtos como roupas, cosméticos, cigarros, bebidas alcoólicas, e até mesmo serviços médico-odontológicos (Jacobson, 1984; Crawford, 1991).

Mas, gostando ou não, convivemos com os conceitos de beleza impostos pela sociedade. Assim, quando optamos por alguma atividade profissional, especialmente se esta pode influenciar na estética do indivíduo, é necessário conhecer os critérios de beleza socialmente aceitos e desejáveis, com especial ênfase ao aspecto do rosto (Crawford, 1991).

Em estudo recente, Goldstein (2000) aponta a relação existente entre o bem-estar psicossocial e a imagem do corpo. Pessoas satisfeitas com sua aparência e que se consideram atraentes e saudáveis tendem a ser menos vitimadas pela depressão, pela solidão e pela futilidade. A auto-imagem comprometida pode ser mais prejudicial, do ponto de vista do desenvolvimento, do que um defeito físico. Quanto mais se concentra a atenção em uma área particular, maior a possibilidade de o indivíduo adquirir uma auto-imagem negativa dessa região (Rufenach, 1998).

A atração facial é uma das mais importantes dimensões da aparência física, e tem sido usada para encontrar as influências de atitudes, percepções e comportamento de crianças e adultos (Alley & Hildebrandt, 1988).

No que concerne à atividade social, autores apontam que crianças atraentes têm maior potencial de fazer amigos que aquelas menos atraentes, que mais freqüentemente manifestam comportamento anti-social. Estudos de Dion (1973) e Adams & Crane (1980) comprovam que crianças na faixa etária compreendida entre 3 e 6 anos já são capazes de identificar diferenças faciais - o que as leva a eleger como amigos os colegas mais atraentes – e, na maioria das vezes, calcam seus julgamentos na atração física, em detrimento das preferências sociais.

Estudando o convívio social de crianças na fase pré-escolar, Jacobson (1984) constatou que as mais atraentes são mais populares que as outras, e que é nessa fase da vida que se iniciam as manifestações de aversão a determinadas características físicas, particularmente à obesidade.

Para estabelecer os principais alvos de jocosidade em crianças em idade escolar, Shaw (1981) entrevistou 530 indivíduos que se inseriam nessa faixa etária. Os resultados apontaram que, no processo de sociabilização, os fatores dentários ocupam o quarto lugar, após a altura, o peso e os cabelos. Esse tipo de rejeição – que se manifesta por meio de brincadeiras e atitudes carregadas de sarcasmo e agressividade – provoca, naquele que a sente, o desenvolvimento de comportamentos como timidez, introspecção e fuga ao convívio com seus pares (Shaw, 1988).

Também no âmbito familiar é possível identificar essa diferenciação: quando diante de transgressões cometidas por filhos atraentes, os pais consideram que estes “tiveram um mau dia”; já esse mesmo tipo de atitude, em crianças menos atraentes, é entendido como comportamento anti-social.

Desta forma, e como postula Jacobson (1984), é evidente que a atração física é um dos fatores determinantes da vida de relação, influenciando positiva ou negativamente a interação entre os indivíduos.

Geralmente, os indivíduos física ou facialmente atraentes provocam expectativa e impressão positivas, auferindo vantagens interpessoais. Em contrapartida, as pessoas portadoras de deformidades faciais muitas vezes provocam respostas negativas nos outros, sendo-lhes exigidos melhores resultados e responsabilidade que aqueles esperados de pessoas mais atraentes, tratadas com maior benevolência (Jacobson, 1984; Alley & Hildebrandt, 1988). Nessa linha, afirma Jacobson (1984, p.22): *“Não é somente que o belo seja bom: o que é belo é responsável pelo que é bom (sucesso) e o que não é belo é responsável pelo que não é bom (fracasso).”*

Entretanto, entender as expectativas estéticas do paciente muitas vezes é difícil, já que as emoções e os valores culturais dos envolvidos no processo de reabilitação – profissional e paciente - freqüentemente são diferentes (Murrell, 1988). Sob a influência dos padrões estéticos estabelecidos pela sociedade, muitos indivíduos querem melhorar a aparência para alcançar seus objetivos. As atitudes do grupo social no qual o indivíduo se insere levam-no a desenvolver imagens de “atraente”, “simpático”, “belo” e “bonito” específicas e, por vezes, diferentes daquelas dos demais estratos da sociedade. De qualquer forma, em um mundo cuja mais forte característica é a competitividade – seja ela econômica, social ou sexual -, a aparência agradável é uma necessidade (Goldstein, 2000).

2.1.1 A FACE

A face, de acordo com Becker *et al.* (2000), é o foco primário de identificação, e uma rica fonte de comunicação verbal e não verbal. Isso porque as emoções positivas e negativas são prontamente lidas na face, pois os músculos faciais reagem aos estímulos, originando expressões indicativas de zanga, alegria, tristeza, frustração, felicidade, gargalhada etc. As manifestações faciais decorrentes das emoções recebidas são difíceis de ocultar pois, na maioria das culturas, o rosto é completamente exposto, o que não ocorre com as outras partes do corpo humano, que são cobertas pelas vestes (Jacobson, 1984). Hungerford (2000, p. 7) observa: *“Por meio da face, a pessoa se sente exposta e vulnerável. A expressão facial pode se tornar um alvo de ansiedade.”*

Com o auxílio de diferentes metodologias, Cross & Cross (1971) entrevistaram crianças e adultos para avaliar a importância dos componentes do rosto no que diz respeito à estética facial. Os resultados indicaram não haver diferença no julgamento de tais componentes entre crianças e adultos. As características faciais listadas como mais importantes foram: olhos (34%); boca e/ou sorriso (31%); proporções faciais ou configuração da face (15%); cabelo (10%); cor da pele (5%); formato do nariz (5%).

2.1.2 OS OLHOS

A relação entre os olhos e a atração facial ou a relação afetiva foi investigada por Alley & Hildebrant (1988), que postulam que as pupilas grandes são mais apreciadas que as pupilas pequenas, provavelmente porque estas se dilatam quando sob o efeito de excitação, alegria, medo, susto etc., o que indica as respostas aos estímulos independentemente de nossa vontade. A beleza e a dimensão das pupilas são ainda mais valorizadas no sexo feminino, o que pode explicar a prática comum de delinear com pigmentos o contorno dos olhos, procedimento que aumenta o contraste da pálpebra e da esclera, diminuindo a percepção da idade.

2.1.3 O SORRISO

Outra característica que afeta a atração facial é o sorriso, e registros de sua importância remontam ao ano de 3000 a.C., em manifestações artísticas da civilização sumeriana (Goldstein, 2000). O sorriso representa a forma mais primitiva e a essência da capacidade de comunicação humana, manifesta-se com facilidade durante a infância, e é a reação mais regularmente evocada no bebê, sendo um indicativo de prazer. Os sorrisos e as expressões faciais exprimem sentimentos transitórios e emoções. Um sorriso agradável pode produzir uma aura que amplia a beleza da face, fazendo parte das qualidades e virtudes da personalidade (Qualtrough & Burke, 1994; Rufenach, 1998; Hungerford, 2000).

Mas o sorriso pode exprimir múltiplas emoções e idéias, como agrado, desagrado, medo, miséria, embaraço, contentamento, galanteio etc.

Assim, o seu comprometimento pode levar as pessoas a recorrerem a meios sutis ou explícitos de esconder a boca, o que afeta aspectos do estilo de vida (Lichter *et al.*, 1999; Hungerford, 2000).

Na atualidade, o sorriso é a expressão mais utilizada para transmitir sentimentos de compaixão e compreensão. Embora a terapia do sorriso esteja ainda no início, a sociedade já vem exigindo, dos profissionais da odontologia, grande atenção e cuidado na manutenção e reabilitação dos dentes, a fim de preservar e/ou melhorar o sorriso (Philips, 1999). Fortes (1995; p. 394) cita depoimento de Limberti: *“Ter um belo sorriso e uma boa aparência é quase uma questão de sobrevivência num mercado profissional onde a competição é tão grande que todos os fatores entram em jogo”*.

2.1.4 A BOCA

O conceito de auto-imagem também está fortemente relacionado à boca - parte integrante da face -, que representa toda uma concentração de expressões sensitivas, afetivas e instintivas das atividades da vida. A boca permite não somente a ingestão de alimentos, mas também a sua degustação, a articulação de sons e palavras e as expressões mímicas. O comprometimento da boca decorrente da perda dos dentes acarreta distúrbios da fala, da estética e da mastigação e deglutição, e pode provocar estado de depressão e sentimento de inferioridade no indivíduo, pois uma parte importante de seu corpo foi perdida ou alterada (Macgregor, 1970; Brisman, 1980; Alley & Hildebrandt, 1988; Rufenach, 1998).

2.1.5 OS DENTES

Os prejuízos originados pela perda de elementos dentários implicam em modificações no aspecto dentofacial, o que marca profundamente o indivíduo pois, como já citado, tanto as crianças quanto os adultos identificam faces equilibradas com pessoas mais atraentes, mais inteligentes, menos inclinadas às agressões e mais desejáveis como amigos (Shaw, 1981; Lino, 1990; Albino *et al.*, 1994; Cochrane *et al.*, 1999). Indivíduos retrognatas ou prognatas, que apresentam alterações no perfil tegumentar no sentido ântero-posterior, são considerados menos atraentes, principalmente aqueles cujo perfil tegumentar é caracterizado pela retrusão mandibular. Essas alterações morfológicas do perfil tegumentar, quando associadas às alterações na altura anterior e inferior da face, como mordida aberta e trespasse vertical acentuado, são apontadas como esteticamente desagradáveis (Dongieux & Sassouni, 1980; Cochrane *et al.*, 1999).

Quanto aos adolescentes, a avaliação que fazem de sua aparência dentofacial é mais intensa que aquela dos adultos, uma vez que nessa etapa da vida ocorrem alterações físicas, sexuais, emocionais e mudanças cognitivas. Nessa faixa etária, as respostas à aparência são comumente distorcidas, e a avaliação de qualquer aspecto negativo tende ao exagero, graças à influência do grupo (Breece & Nieberg, 1986). Investigação realizada por Stricker *et al.* (1979) com um grupo de jovens indicou que, para a grande maioria, a aparência dentária é relevante e faz com que se sintam importantes; apenas 15% dos integrantes da amostra demonstraram indiferença em relação à aparência dentária.

No que concerne ao alinhamento dentário, estudos têm comprovado que as crianças preferem dentes alinhados - ainda que com presença de diastemas ou de lesões cariosas - a incisivos proeminentes, perda de incisivo lateral e severo apinhamento dos incisivos. Também no universo dos adultos, o alinhamento dentário é considerado mais importante, seguido pela aparência dentária, pela saúde dentária e pela aparência facial. O processamento da percepção da estética dentária, em crianças e seus responsáveis, parece depender das influências do meio e das relações sociais, e foi observado em entrevistas realizadas na Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (Breece & Nieberg, 1986; Albino *et al.*, 1994; Almeida *et al.*, 2001).

2.1.6 A PERDA DOS DENTES

Os dentes, que integram a imagem corporal, mantêm o equilíbrio funcional da cavidade bucal e da face – que transmite as emoções e a personalidade (Alvi *et al.*, 1984) -, podem ser o foco de sentimentos que variam da vergonha até a ansiedade aguda. Para Hungerford (2000), os dentes podem não ser a verdadeira causa do distúrbio, e sim o objeto sobre o qual recaem as ansiedades. Todas as ansiedades relacionadas às deformidades dentárias são influenciadas pela visão do paciente e pelas reações de terceiros. O primeiro e principal efeito psicológico da deformidade dentofacial é o sentimento de inferioridade. Esse sentimento é um estado emocional complexo e doloroso, caracterizado por sensações de incompetência, inadequação e depressão em vários âmbitos.

Pessoas com problemas estéticos dentários têm baixa auto-estima, e tendem a cobrir a boca quando falam, ou movem os lábios de forma artificial. Essa falta de segurança pode afetar a obtenção ou não de sucesso de muitas pessoas. Por exemplo: as estrelas de cinema recebem maquiagem e roupas que favorecem a sua imagem; esse aparato destinado a atrair as pessoas pode se perder se as falas perfeitas dos personagens forem emitidas por bocas esteticamente comprometidas (Qualtrough & Burke, 1994; Lichter *et al.*, 1999).

O decorrer do tempo promove mudanças físicas e mentais no indivíduo, e tais mudanças implicam alterações na personalidade. Tanto quanto os adolescentes, as pessoas idosas sofrem variações biológicas e psicológicas mas, no caso dos idosos, o contato com a realidade faz com que se sintam menos vigorosos e capazes que na juventude. Quando ocorrem perdas dentárias que resultam em desequilíbrio do sistema estomatognático, as pessoas se sentem menos valorizadas e mais dependentes, o que resulta em dano à auto-estima, comprometida pelos fatores sociais como a rejeição familiar, as discórdias no casamento ou a perda do cônjuge. (Alvi *et al.*, 1984)

A importância da aparência dentária também é observável em pacientes adultos completamente desdentados e não portadores de próteses totais, ou naqueles que apresentam severo comprometimento da saúde bucal. A auto-estima desses indivíduos é bastante pequena, pois seu aspecto faz com que sejam considerados maus, sujos, deselegantes, feios, doentes e envelhecidos. Tais características não são identificáveis em

indivíduos de dentes hígidos ou naqueles desdentados portadores de próteses totais, que mantêm comportamento jovial e auto-estima bastante positiva (Alvi *et al.*, 1984).

2.1.7 A INSERÇÃO NO MERCADO

Essa depreciação - que atinge até mesmo os aspectos intelectual e psicológico, diminuindo a auto-estima - interfere na inserção da pessoa no mercado de trabalho, notadamente em ocupações consideradas de prestígio ou de exposição ao público, como é o caso de governantes, recepcionistas, vendedores etc. (Stricker *et al.*, 1979; Jenny & Proshek, 1986; Lichter *et al.*, 1999; Luz & Valença, 2000; Sunada *et al.*, 2001; Mori & Cardozo, 2002).

2.2 ESTÉTICA NA VISÃO DO PACIENTE

Os motivos pelos quais os pacientes procuram por tratamentos odontológicos são tão variados e intrincados quanto às razões pelas quais eles os evitam. Entretanto, é possível destacar, como fatores para essa procura, a preocupação com a melhoria da estética, seguida pelo conforto e pelo restabelecimento da função mastigatória (Conny *et al.*, 1985). A incessante preocupação com a estética é observável desde a infância, etapa em que os pais procuram tratamentos que restabeleçam, preservem e mantenham a boa saúde bucal e a boa aparência dentofacial.

Mas a compreensão das expectativas estéticas do paciente é difícil, já que o senso de beleza e harmonia, como já referido, é ditado por emoções e valores culturais que diferem de indivíduo para indivíduo, e também a expectativa com o resultado do tratamento varia de acordo com a especialidade odontológica (Albino *et al.*, 1984; Murrell, 1988).

2.2.1 ORTODONTIA

A procura por tratamento ortodôntico é bastante grande desde a infância, mas ganha destaque na adolescência, quando a preocupação dos pais com o futuro dos filhos se intensifica. Mas os adolescentes - particularmente vulneráveis psicologicamente aos problemas dentários que afetam a estética dentofacial, sobretudo quando a má relação dentofacial não imprime severo comprometimento aos traços faciais -, muitas vezes temem o tratamento ortodôntico, que, durante um determinado período, altera a aparência de seu rosto. Tal como afirmado anteriormente, essa fase da vida é caracterizada por acentuadas alterações e, conseqüentemente, provoca um certo tumulto no senso estético (Albino *et al.*, 1982; Albino *et al.*, 1984).

Para avaliar a correlação entre os fatores dentários e as avaliações de estética facial entre pacientes adolescentes submetidos a tratamento ortodôntico, Graber & Lucker (1980) entrevistaram 264 crianças do sexo feminino e 217 do sexo masculino, na faixa etária de 10 a 13 anos. O questionário contemplava a avaliação que cada indivíduo fazia de seus próprios dentes, e os níveis de satisfação com a estética dentária em relação

ao conjunto facial. Os resultados apontaram que, para o sexo feminino, o trespasse horizontal foi um importante fator de descontentamento, enquanto para o sexo masculino o apinhamento dentário foi o mais relevante fator de insatisfação.

Já no adulto, a preocupação com a boca reflete experiências evolutivas passadas, presentes e futuras. Na segunda década de vida, o indivíduo pode ainda não ter desenvolvido o senso da importância do tempo sobre o ciclo da vida. A falta de cuidado bucal pode refletir negação da mortalidade e da degeneração natural do corpo. Posteriormente o indivíduo entende que está envelhecendo, e passa a buscar formas de se autopreservar. Esse interesse leva a pessoa a procurar diferentes especialidades direcionadas ao restabelecimento da estética, como a ortodontia, a cirurgia restauradora cosmética, a cirurgia plástica e combinações entre elas. Estudos têm demonstrado que os indivíduos na faixa dos 35 a 40 anos de idade vêm buscando agressivamente formas de melhorar a aparência dentária, pois permanecem ativos em um mercado de trabalho bastante competitivo (Qualtrough & Burke, 1994; Hungerford, 2000).

Assim, a razão primária da procura por tratamento ortodôntico na idade adulta é a melhoria da aparência. O reconhecimento do comprometimento estético dentário e facial no início do tratamento é a chave mais importante para o sucesso deste, e determina a satisfação do paciente com os resultados obtidos. Muitos pacientes procuram o tratamento ortodôntico para melhorar o sorriso e a aparência facial, além da correção de posicionamento dos dentes. Também há aqueles cuja atenção está

focalizada somente na correção de posicionamento dos dentes, mas estes, no mais das vezes, têm coexistido com deformidades faciais, e necessitam de orientação sobre as possibilidades de melhoria da estética facial. Ambos os grupos apresentam diagnósticos difíceis quanto à localização e quantificação das áreas da face que devem ser alteradas para atingir seus objetivos (Margolis, 1997; Pinzan *et al.*, 1997; Buttke & Proffit, 1999).

Os estudos de Breece & Nieberg (1986); Qualtrough & Burke (1994); Pinzan *et al.* (1997) e Riedmann *et al.* (1999) demonstraram que a preocupação prioritária do paciente ortodôntico é a presença de diastemas e apinhamento dos dentes anteriores, em detrimento da função mastigatória, que se insere em segundo lugar entre os fatores que levam o indivíduo a buscar essa especialidade. Uma terceira expectativa é a estabilidade do resultado do tratamento ortodôntico no que diz respeito ao alinhamento dentário, que deve ser objeto de esclarecimentos por parte do profissional (Nanda & Zernik, 1995; Pinzan *et al.*, 1997). Sabe-se que, após o tratamento ortodôntico, os pacientes tendem a aumentar a sua auto-estima, melhorar a sua auto-imagem, manifestar mais autoconfiança e obter melhores oportunidades na carreira e na vida social. Esses pacientes passam a valorizar a sua dentadura e a zelar pela manutenção da saúde bucal.

2.2.2 PRÓTESES PARCIAL FIXA E PARCIAL REMOVÍVEL

Os tratamentos protéticos apresentam uma gama de implicações bastante específicos. A prótese parcial fixa é freqüentemente de custo elevado, muitas vezes de longa duração, e seu sucesso depende de

acurado julgamento clínico, da habilidade nos procedimentos clínicos e laboratoriais, e da expectativa do paciente. As falhas decorrem tanto das dificuldades técnicas quanto da não-sintonia entre as expectativas do paciente, a percepção das características das restaurações, a análise do profissional e o objetivo do tratamento. Quando o conforto e a função são relativamente alcançados, os problemas de restaurações combinadas para atingir a harmonia com os dentes adjacentes podem representar dificuldades. Até mesmo aquele paciente que necessita de apenas uma coroa unitária pode ter frustrada a sua expectativa da aparência ao final do tratamento, comentam Conny *et al.* (1985). Esses pesquisadores avaliaram as expectativas que os pacientes têm acerca das restaurações provisórias - ou temporárias - e definitivas em próteses parciais fixas, e encontraram forte preocupação com a estética, com ênfase na aparência natural dos dentes artificiais. Dos 220 indivíduos participantes, 42% afirmaram que a estética é um fator decisivo para o tratamento, enquanto somente 19% apontaram os problemas funcionais como importantes, e 14% indicaram a dor. Entre os fatores mais importantes para a busca do tratamento protético, os pacientes listaram a aparência, a incapacidade de mastigar, a dor e o comprometimento da fala. Quanto ao grau de satisfação com as próteses provisórias e com as próteses definitivas, 77% afirmaram que a prótese definitiva foi que mais se assemelhou ao dente natural. Ainda com relação à prótese definitiva, 87% afirmaram que sua auto-estima aumentou, 67% consideraram a sua textura mais lisa, 65% que houve melhora na mastigação, e 47% julgaram-na menos volumosa. Após a cimentação da

prótese parcial fixa, 40% apontaram mudança positiva na fala, e 60% não detectaram alteração na fala. As características positivas mais apontadas foram: restabelecimento da função, melhoria estética, sensação de permanência, e conforto.

Já no que concerne às próteses parciais removíveis, a estética é frustrada pela dificuldade em alcançar conforto e função aceitáveis.

Estudando uma amostra de 956 indivíduos, Qualtrough & Burke (1994) observaram que 72% dos pacientes apresentavam satisfação total com a estética da prótese. Aqueles pacientes que usavam prótese parcial fixa superior, substituindo os 6 dentes anteriores, 84% apresentavam satisfação com o resultado final do tratamento, 79% estavam satisfeitos com a substituição de 4 ou mais dentes anteriores, e 63% com a substituição de um dente anterior com coroa unitária.

Para avaliar a percepção e a satisfação de pacientes que receberam prótese sobre implantes com sua aparência dentária, Neumann *et al.* (1989) aplicaram um questionário a uma amostra composta por 20% dos 125 pacientes da Clínica de Diagnóstico Oral da Universidade de Illinois, com idades entre 18 e 83 anos (média de 42,4 anos). Com relação aos aspectos comportamental, funcional e estético dos implantes na visão dos pacientes, os resultados para a estética apontaram índices de 60% de “ótimo”; 24% de “muito bom”; 12% de “bom”; e 4% de “regular” para ambas as avaliações. Já na visão dos profissionais, os percentuais obtidos foram de 30% de “ótimo”; 24% de “muito bom”; 28% de “bom”; 4,5% de “regular” e 0,5% de “ruim”.

Cibirka *et al.* (1997); Chäng *et al.* (1999) e Ribeiro Filho (2000) observaram resultados positivos de função e conforto em pacientes que receberam implantes. Esses autores também constataram redução da ansiedade decorrente do uso de prótese convencional, e conseqüente melhoria do comportamento interpessoal e psicossocial.

2.2.3 PRÓTESES TOTAIS

O paciente que recebe prótese total pela primeira vez deseja que esta se assemelhe o máximo possível com os dentes naturais. Esse tipo de prótese freqüentemente frustra as expectativas do paciente, em função do efeito emocional e das associações negativas com o processo de envelhecimento (Gomes *et al.*, 1996).

Outro complicador da prótese total é o restabelecimento da estrutura e da função. Os pacientes almejam perfeita fixação e estabilidade da prótese, que lhes devolverá a capacidade de comer, mastigar e falar tão bem quanto com os dentes naturais. Aproximadamente 2/3 das discordâncias estão ligadas à retenção das próteses. Isto porque as expectativas do paciente quanto a esse aspecto são maiores do que é possível no atual estágio técnico (Davis *et al.*, 1986).

Além da retenção, pacientes e profissionais também têm percepções diferentes sobre função, estética e conforto em tratamentos com prótese total. Embora a literatura aponte que a satisfação estética do paciente seja provavelmente a maior barreira ao sucesso da prótese total, Chamberlain *et*

al. (1984) sugerem que o restabelecimento da oclusão, a boa retenção e a melhora da altura vertical anterior da face são mais importantes.

2.2.4 CARACTERÍSTICAS DENTÁRIAS

Para Brisman (1980), a estética e a aparência dentárias seguem uma padronização de atratividade que difere de cultura para cultura. A forma, o tamanho, a cor e a função dos dentes e da boca, como todos os demais aspectos do corpo, tornam-se parte do quadro mental que o indivíduo cria sobre si mesmo. Esse padrão reflete os valores familiares que são fisicamente incentivados e considerados agradáveis. Portanto, algumas vezes essas imagens podem ser irreais ou negativamente distorcidas.

Diferenças menores entre o que se vê sobre si mesmo e o padrão médio podem causar extrema angústia mental. Também há aqueles indivíduos que, com pequenas melhoras, sentem-se satisfeitos. Outros procuram alterações estéticas dentárias para disfarçar insatisfações internas ou para reparar situações não resolvidas do passado, o que pode fazer levar o tratamento à falência.

A literatura odontológica parte da premissa de que a aparência facial e dentária é motivação suficiente para que o paciente procure tratamento dentário. Aspectos como influências culturais, estágios de desenvolvimento e diferenças de personalidades surgiram na literatura odontológica, estética e psicológica apenas recentemente. Para muitos pacientes, a aparência e a auto-imagem são mais importantes que a saúde (Sheets & Levinson, 1993).

Com base nos preceitos de Jarabak em relação à ortodontia, Goldstein (2000) resume os motivos para a procura de tratamento estético: 1) aceitação social; 2) diminuição do medo; 3) aceitação intelectual; 4) orgulho pessoal; 5) benefícios biológicos. Algumas discrepâncias entre os resultados clínicos e a auto-estima e satisfação sugerem a necessidade de boa comunicação entre o profissional e o paciente no planejamento do tratamento estético (Neumann *et al.*, 1989).

2.3 ESTÉTICA NA VISÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS

2.3.1 ASPECTOS GERAIS

A preocupação com a estética do sorriso esteve presente ao longo de toda a história da humanidade, em todas as civilizações. Exemplo disso são descobertas arqueológicas do antigo Egito e da civilização maia, estudos sobre a cultura japonesa e, mais recentemente, os garimpeiros de Serra Pelada, que aplicavam ouro nos dentes à guisa de ostentação (Micheli *et al.*, 1987)

De acordo com Brisman (1980) e Chain *et al.* (2000), a preocupação estética em odontologia está diretamente relacionada ao senso de estética do homem, que é ditado pela cultura em que vive. É bem possível que o senso de beleza do indivíduo seja determinado pela maneira como ele deseja se apresentar aos outros, o que deve ser avaliado com cuidado e cautela pelo profissional, pois o que lhe parece agradável e adequado pode

provocar sensação inversa no paciente. Isto porque o conhecimento adquirido pelo cirurgião-dentista pode levá-lo a desenvolver conceitos de estética e de beleza diferentes daqueles de seus pacientes, gerando problemas de comunicação e dificuldades imprevistas. Micheli *et al.* (1987, p.10) afirmam “*Não satisfazer a expectativa do paciente pode prejudicar seu ego*”

Fortes (1995, p. 394) cita afirmação de Limberti: “*...até há alguns anos, a preocupação do cirurgião-dentista centrava-se no tratamento de patologias funcionais, em detrimento de sua responsabilidade pelo sorriso do paciente. Já na atualidade, a estética e a função têm a mesma importância*”.

A estética não é absoluta, mas extremamente subjetiva, e a condução do tratamento do paciente interessado primariamente em estética deve ser diferente daquela direcionada ao indivíduo que busca o alívio do sofrimento e da dor. O tratamento estético é importante para a saúde plena e o bem-estar das pessoas pois, por atuar sobre a aparência, tem influência sobre os aspectos psicológicos do paciente, auxiliando-o a aumentar a auto-estima e a autoconfiança (Fortes, 1995; Rufenach, 1998).

Porém, é importante que o profissional esclareça o paciente sobre as alterações morfológicas que ocorrem ao longo do tempo e que incidem sobre a face e a boca, esteja atento aos aspectos psicológicos que permeiam os problemas dentários, e estabeleça com o paciente uma relação de cooperação e compreensão (Rufenach, 1998; Chain *et al.*, 2000).

2.3.2 SIMETRIA

Uma das primeiras preocupações do profissional em relação à reabilitação bucal é a simetria facial, que é um ideal estético mas não está ligada à aparência facial normal. Embora a composição facial possa apresentar uma aparência simétrica, existem variações entre os dois lados da face e, quando imagens espelhadas são posicionadas lado a lado, uma face totalmente nova é criada, tendendo a parecer artificial. Nessa composição, as diferenças individuais de forma, linhas e cores são eliminadas (Rufenach, 1998).

Exames minuciosos realizados com mulheres famosas consideradas “belas” revelam que a simetria perfeita não é necessária para que a face seja considerada excepcionalmente bela; uma ligeira assimetria na estrutura facial pode tornar o rosto mais atraente do que a simetria perfeita. (Alley & Hildebrandt, 1988; Margolis, 1997; Johnston *et al.*, 1999).

Para Peck & Peck (1970), todos os indivíduos apresentam ligeira assimetria facial, o que não interfere na beleza. Porém, quando essa assimetria é muito acentuada, a estética pode ser prejudicada. Os autores tomaram 3 fotografias, dividiram-nas em duas hemi-faces e montaram estas imagens de modo espelhado, obtendo mais duas novas imagens. Observaram que a fotografia com discreta assimetria facial apresentava aparência mais agradável, e que esse grau de assimetria caracterizava e individualizava esteticamente a face.

2.3.3 ANÁLISE DENTÁRIA

2.3.3.1 Forma dos dentes

O contorno normal e os valores dimensionais dos dentes devem ser interpretados à luz da imensa variedade que a natureza cria. Os tipos de contornos são genericamente classificados como quadrado, oval, afilado e misto, de acordo com as leis de harmonia propostas por Williams em 1914, que estabeleceu uma relação entre o contorno da face e o contorno dos incisivos superiores. Essa relação entre o contorno da face e o contorno dos incisivos superiores levou a indústria odontológica a implementar métodos infalíveis para a seleção apropriada de dentes ou aparelhos, o que faz com que o profissional não dedique o tempo necessário para treinar e desenvolver um senso próprio e pessoal de harmonia. No entanto, o cirurgião-dentista deve buscar uma característica dentária individualizada para cada paciente, uma vez que há padrões e conceitos de beleza que decorrem de fatores sociais, culturais e psicológicos, e que os indivíduos desejam que seus dentes satisfaçam a tais padrões (Brisman, 1980; Rufenach, 1998).

De acordo com Brunetti & Montenegro (2002), o profissional deve ter a capacidade de discernir as variações da forma dos dentes que ocorrem com a idade, uma vez que o desgaste e o atrito provocam perda de detalhes estruturais na superfície do esmalte, fazendo com que as linhas e contornos mais salientes dêem lugar a uma aparência mais plana.

2.3.3.2 Tamanho dos dentes

Normalmente, assim como em toda a natureza, a proporcionalidade entre o dente e a face obedece à “proporção divina” ou “seqüência de números de Fibonacci” (Gil, 2001). Contudo, alguns contornos e formas podem parecer mais agradáveis que outros, como ocorre com os incisivos centrais, que devem ter a mesma largura, e comprimento que exceda a sua largura. Uma diminuição do comprimento do dente - com alteração do rebordo incisal - em consequência do seu desgaste também pode resultar em perda da harmonia estética (Qualtrough & Burke, 1994).

2.3.3.3 Cor dos dentes

A cor, a anatomia e a disposição natural dos dentes variam de indivíduo para indivíduo, e essa variação está ligada a fatores como a idade, o sexo, a aparência e a constituição física do paciente. Também ocorrem alterações fisiológicas, como a calcificação da dentina, que é consequência do uso constante dos elementos dentários na mastigação. Essa dentina formada à custa da estimulação constante da polpa - com aposição de novas camadas - tem coloração mais escura que a dentina original; assim, com o passar dos anos, o dente torna-se mais escuro (Yamamoto, 1985; Micheli *et al.*, 1987).

Também a percepção das cores é individual e varia grandemente de pessoa para pessoa, aí se incluindo os profissionais da área odontológica. Essa variação da percepção ocorre também entre os olhos de um mesmo indivíduo, e sofre a influência da idade. Isto porque, com o envelhecimento,

a lente do cristalino torna-se amarelada, e vai gradualmente ganhando um tom amarronzado: como resultado, as pessoas idosas enxergam os objetos ligeiramente amarelados - como se estivessem olhando através de um filtro de luz amarelo ou marrom -, o que lhes dificulta a diferenciação entre branco e amarelo. Essa alteração na visualização das cores começa por volta dos 30 anos, e torna-se marcante após os 50 anos; também a capacidade de identificar nuances diminui com a idade, particularmente após os 60 anos. E, como ser humano que é, sujeito às mudanças fisiológicas decorrentes do envelhecimento, também o cirurgião-dentista atravessa essas etapas, o que pode afetar a sua atuação profissional (Yamamoto, 1985).

2.3.3.4 Exposição dentária

A exposição dos dentes é outro importante fator estético, principalmente quando os lábios e a mandíbula estão em repouso. Essa exposição depende da tonicidade muscular, da estrutura esquelética e das características e posições dentárias; também guarda estreita relação com o sexo, a etnia, a idade e o comprimento dos lábios.

A exposição dentária parece ser significativamente mais importante para as mulheres, que apresentam quase o dobro de exposição dos incisivos centrais superiores e uma quantidade mínima – de cerca de 0,5mm - de exposição dos incisivos inferiores. Com o avançar da idade, a exposição dos incisivos centrais superiores diminui, e a exposição dos incisivos inferiores aumenta proporcionalmente, situação que é rejeitada

unanimemente sob o ponto de vista estético, predominantemente na faixa etária de 30 a 40 anos (Rufenach, 1998).

2.3.4 ESTÉTICA GENGIVAL

O contorno gengival também tem grande relevância na estética, e está ligado a características anatômicas individuais: de acordo com a linha labial, os tecidos gengivais podem ser expostos durante o sorriso, a gargalhada e mesmo durante a fala normal. A avaliação da cor normal da gengiva e do seu contorno não se limita aos profissionais; também os leigos observam essas características durante os contatos sociais diários. Um contorno gengival anormal é imediatamente constatado, e interpretado de acordo com seu grau de distanciamento da normalidade.

A gengiva apresenta pequenas diferenças na sua coloração rosa-pálido, e grande variação individual; os negros apresentam vários graus de pigmentação marrom-escura, graças aos melanócitos localizados no epitélio escamoso estratificado. Esses pigmentos são confinados ao tecido gengival inserido, que parece firme e queratinizado, podendo também exibir a aparência típica de casca de laranja (Micheli *et al.*, 1987; Goldstein *et al.*, 1991; Rufenach, 1998).

Quando a gengiva é agredida pelos produtos metabólicos das bactérias componentes da placa bacteriana, surgem modificações decorrentes da reação inflamatória das áreas atingidas, que ocasionam alterações na cor e no contorno gengival, comprometendo a estética. Em tais situações, cabe ao profissional intervir prontamente com terapêutica

adequada para remover a causa, e orientar o paciente quanto à prevenção por meio da higiene bucal (Micheli *et al.*, 1987; Mendes & Bonfante, 1994).

2.3.5 ORTODONTIA

Enquanto os pacientes que procuram tratamentos ortodônticos têm grande expectativa com relação à obtenção de alinhamento dentário próximo ao normal ou ao ideal, os profissionais preocupam-se primordialmente com a estabilidade pós-tratamento (Albino *et al.*, 1984).

Em uma revisão de literatura sobre contenção e estabilidade, Nanda & Zernik (1995) apontam os fatores que contribuem para as recidivas de tratamentos ortodônticos: mudanças relacionadas ao crescimento, à maturação e ao envelhecimento da dentição e da oclusão - apinhamento dos incisivos, periodontites acompanhadas de espaçamentos ou protrusão dos dentes anteriores, mudanças na posição dos dentes em pacientes semi-desdentados -; mudanças relacionadas à instabilidade inerente à oclusão produzida pela terapia ortodôntica - rotação de premolares e incisivos inferiores. Essas alterações, que ocorrem de forma relativamente branda e localizada, podem resultar em um problema substancial. Os autores concluem, afirmando que a estabilidade de dentes ortodonticamente tratados é multifatorial, inicia-se no diagnóstico e não termina nem mesmo com a inserção de dispositivos de contenção. E lembram que o profissional deve esclarecer os pacientes ou os seus responsáveis legais - na consulta inicial, durante e após o tratamento - sobre a possibilidade de ocorrerem pequenos apinhamentos após a dispensa dos dispositivos de contenção.

Para Lino (2001), ao final das correções ortodônticas a posição do elemento dentário é relativa. Cada dente tem “reservada” para si uma posição correta na arquitetura do complexo craniofacial que é consequência da interação neuromuscular, ou seja, as características funcionais individuais do paciente são decisivas no planejamento das contenções. Assim, os resultados dos tratamentos ortodônticos serão mais estáveis quanto mais próximos estiverem das posições reais dos dentes, isto é, em equilíbrio compatibilizado com os mecanismos funcionais próprios e particulares do indivíduo. E o autor afirma que:

“...diagnosticar é identificar o quanto o desvio está afastado do normal. Planejar é saber determinar o que se pode fazer para reconduzir o que está incorreto, o máximo possível, para a normalidade, isto quer dizer que se tivermos possibilidades de normalizar problemas localizados ou setorizados devemos fazê-lo, antes de tomar decisões quanto ao plano de tratamento definitivo. Tudo que for possível normalizar, previamente, deverá ser feito” (op. cit., p. 9).

A recidiva, postularam Nanda & Zernik (1995), deve ser descrita como um evento fisiológico, mas isso não pode ser usado para esconder equívocos do diagnóstico, do planejamento do tratamento ou utilização de dispositivos de contenção inadequados. O diagnóstico e o planejamento do tratamento ortodôntico requerem individualização.

2.3.6 PRÓTESES

A experiência de perder os dentes depende de diferentes fatores, como o evento que ocasionou a perda e o ambiente sócio-cultural do paciente. Se a perda dos dentes ocorre no período da vida em que começam a se manifestar alterações por doenças ou pela idade

propriamente dita, ou em situações de sério conflito psicológico, pode provocar um forte sentimento de inadequação, o que ocasiona não só a rejeição da prótese como distúrbios nas relações interpessoais. Essa incapacidade de aceitação da perda dos dentes pode tornar difícil a confecção e a incorporação da prótese.

Outro aspecto importante a considerar é a reação do meio ambiente do indivíduo às próteses, especialmente quando as alterações estéticas são de grande importância para o paciente. É de suma importância entender que uma experiência social produtiva e satisfatória após o tratamento depende da aceitação da estrutura corporal modificada, e do eventual estabelecimento de uma nova imagem por parte do paciente. A aceitação torna-se mais fácil quando a prótese supre duas necessidades estéticas básicas: representação de uma norma fisiológica e melhoria real na harmonia do sorriso e das expressões faciais (Belser & Kundert, 1986; Seger, 1992).

Para facilitar essa aceitação, o cirurgião-dentista deve manifestar um otimismo construtivo, sem exceder os limites da realidade e da franqueza; esclarecer e elucidar situações conflitantes que surjam durante a terapia de reabilitação com prótese total, particularmente durante o período de posicionamento dos dentes anteriores; demonstrar especificamente os meios e métodos empregados no tratamento; discutir abertamente todas as necessidades do paciente e as opções propostas de tratamento (Hungerford, 2000).

Em investigação realizada por Chamberlain *et al.* (1994), profissionais e pacientes concordaram quanto à disposição dos dentes e ao contorno do suporte labial. No que concerne à estética, enquanto os profissionais consideraram-na satisfatória, 14% dos pacientes estavam insatisfeitos; quando havia insatisfação por parte dos clínicos, somente 2% dos pacientes examinados consideravam a aparência geral da prótese satisfatória. Essa diferença na “total satisfação com a aparência” entre clínicos e pacientes é resultado da maior capacidade crítica dos primeiros, que dão maior ênfase a aspectos como forma da coroa, posição do ponto de contato, cor e morfologia dos tecidos moles. Os resultados sugerem que, à exceção da retenção, há diferenças de percepção quanto ao tratamento com prótese total entre pacientes e profissionais no que diz respeito a função, estética e conforto.

A literatura registra que a satisfação com a estética é possivelmente a maior barreira no sucesso da prótese total, e que as concepções errôneas e as expectativas irreais devem ser trabalhadas para diminuir a insatisfação do paciente. Assim, é importante que o paciente participe diretamente da escolha da cor da gengiva artificial e dos dentes artificiais, da posição e disposição destes em harmonia com a oclusão e a função, inter-relacionadas com a estética. Em todas essas etapas é necessário que o profissional esteja atento, para reforçar detalhes dos procedimentos e atender aos desejos do paciente, fazendo com que sua auto-estima seja melhorada (Chamberlain *et al.*, 1984; Belser & Kundert, 1986; Murrell, 1988; Seger, 1992; Gomes *et al.*, 1996; Chäng *et al.*, 1999; Hungerford, 2000).

A reconstrução protética por meio de prótese parcial removível requer do profissional não só o conhecimento técnico, mas também amplo domínio de grande parte das especialidades odontológicas. As maiores preocupações dos pacientes são a retenção, a estabilidade e a estética. Esses três fatores estão diretamente relacionados ao desenho correto do futuro aparelho, não apenas no que concerne à funcionalidade como também à estética, o que exige o planejamento cuidadoso e o estudo detalhado por parte do profissional (Gil & Atlas, 2000).

2.4 RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

2.4.1 ESTÉTICA GERAL

A preocupação com a satisfação do paciente quanto aos resultados dos tratamentos tem aumentado nos últimos 25 anos. O movimento voltado à defesa dos direitos do consumidor – que ganhou vulto nos Estados Unidos da América (EUA) nos anos 70, e no Brasil a partir de 1990 – incentivou a busca por instrumentos que mensurassem o grau de satisfação dos pacientes (Ramos, 1997; Bennet *et al.*, 2001).

Os motivos que levam os pacientes a buscar tratamentos de reabilitação estética odontológica estão ligados à auto-imagem, à vaidade, à insegurança, à aceitação intelectual e social e aos benefícios biológicos (Chain *et al.*, 2000, Limberte, 2003).

De acordo com Calvielli, 1997; Ramos *et al.* (2000) e Ribeiro (2002), o grande número de queixas e/ou processos contra cirurgiões-dentistas decorre de falhas nos procedimentos técnicos. Entretanto, na grande maioria desses litígios é possível identificar problemas de comunicação entre o paciente e o profissional, o que acirra o desentendimento. Além disso, em tais casos, a principal queixa dos pacientes está relacionada ao resultado estético do tratamento odontológico.

Experiências novas sempre criam alguma ansiedade, e a ansiedade normalmente debilita o processo de comunicação e compreensão. Assim, o profissional cauteloso deve considerar que cada paciente é um indivíduo com características únicas, e atendê-lo de maneira personalizada (Albino *et al.*, 1984; Sinha *et al.*, 1996; Chain *et al.*, 2000). E, como lembra Alves (2000, p. 7): “*Cada encontro é único, como é único cada minuto que vivemos...*”.

As opções apresentadas aos pacientes devem se adequar aos seus próprios conceitos de estética, e não necessariamente aos dos profissionais. Assim, o cirurgião-dentista enfrenta, no cotidiano de sua atividade, um complexo desafio: administrar os aspectos psicológicos de cada paciente e os seus próprios, além de ter que eleger os materiais e as técnicas adequados para atingir a expectativa do paciente, sem jamais deixar de lado o objetivo precípuo de sua profissão, qual seja, o de restabelecer e manter a saúde bucal do indivíduo (Brisman, 1980).

Para atingir um resultado estético favorável, postulam Qualtrough & Burke (1994), os materiais e as técnicas selecionados devem ser suficientes para se oporem às forças da oclusão e da mastigação, e promover/manter a

função em um ambiente relativamente hostil, sujeito a problemas como variações de temperatura e ataques por ácidos orgânicos.

2.4.2 ORTODONTIA

O ortodontista deve entender que o tratamento é direcionado a uma pessoa portadora de má-oclusão, e não à má-oclusão presente em uma pessoa. Assim, e considerando que grande parte do público dos ortodontistas é constituída por adolescentes, essa compreensão de individualidade é imprescindível, de vez que nessa faixa etária o entusiasmo pelo tratamento é muito instável. Cabe então ao profissional ouvir e conduzir a relação que mantém com o paciente dentro da verdade e, se necessário, impor o tratamento. Todas as pessoas gostam de ser ouvidas, e o paciente necessita ser prevenido sobre a dor e as eventuais intercorrências do tratamento. Portanto, ao cirurgião-dentista compete ouvir, esforçar-se por compreender as necessidades e expectativas do paciente, bem como esclarecê-lo sobre os fatores imprescindíveis aos sucessos do tratamento (Albino *et al.*, 1982; Sinha *et al.*, 1996).

A estética é um poderoso fator de motivação para que o paciente procure a especialidade ortodôntica, pois a melhoria facial promove maior satisfação e conforto. Portanto, é absolutamente essencial que o tratamento escolhido seja pesquisado de antemão, e que o paciente seja suficientemente informado sobre os prognósticos, riscos, vantagens e desvantagens dos procedimentos antes que o tratamento se inicie (Jacobson, 1984).

Rosa (1997); Fernandes (2000) e Terra *et al.* (2000) ressaltam a importância do diagnóstico e do planejamento adequados, e da obtenção do termo de consentimento esclarecido e informado, sobre o curso do tratamento e o período pós-tratamento, principalmente no que se refere às recidivas que porventura ocorram, e também salientam o valor do bom relacionamento entre paciente e profissional.

2.4.3 PRÓTESES

Nos tratamentos protéticos, como em outros tratamentos que envolvem a estética, a expectativa do paciente pode influenciar profundamente os resultados. Muitas das falhas que ocorrem em tratamentos desse tipo não resultam de dificuldades técnicas, mas da falta de convergência entre a percepção e a expectativa do pacientes e do profissional, postulam Davis *et al.* (1986). Para evitar tais problemas, os autores recomendam que o profissional forneça ao paciente explicações claras antes do início do tratamento, minimizando ou modificando idéias equivocadas quanto ao objetivo a ser atingido. Como o paciente tem capacidade para discernir mudanças durante o tratamento e expressar as características dentárias importantes, o cirurgião-dentista deve explorar as razões de sua insatisfação com o tratamento, para determinar se essa insatisfação decorre de expectativas inadequadas quanto a conforto, função ou estética (Conny *et al.*, 1985).

É necessário que o cirurgião-dentista tenha a exata compreensão de que o paciente, ao buscar a reabilitação protética, está preocupado com o

restabelecimento das funções mastigatória e estética - mesmo no caso de uma coroa unitária -, principalmente quando envolve a região anterior. Na fase de instalação da prótese provisória ou temporária o cirurgião-dentista, juntamente com o paciente, tem a oportunidade de buscar a solução definitiva e discutir detalhes a serem valorizados e que, possivelmente, promoverão a satisfação e atenderão às expectativas do paciente da melhor maneira possível (Gysi, 1986).

A título de exemplo, Warner & Segall (1980) apresentaram o caso clínico de um paciente idoso com indicação para prótese total. O processo de educação do paciente idoso demanda maior espaço de tempo e mais paciência, e as razões para o tratamento devem ser cuidadosa, repetida e completamente explicadas. A reação emocional do paciente é um sinal de seu potencial de cooperação e aceitação do tratamento. O cirurgião-dentista deve reconhecer que pacientes de todas as idades sentem perda de vigor, de beleza e de atração com a perda dos dentes, e levar em conta que o impacto da perda dos elementos dentários em pacientes geriátricos é particularmente severo. Os autores enfatizam a necessidade de explicar e justificar os procedimentos envolvidos no tratamento, informar que inicialmente a prótese é desconfortável e pode até mesmo causar alguma irritação, esclarecer os riscos que podem advir, e o tempo necessário para o seu ajuste.

Entretanto, é comum que, na tentativa de minimizar o medo e a ansiedade, o profissional deixe de mencionar os riscos do tratamento. Particularmente nos casos de prótese total, observa-se que o profissional

tende a evitar mencionar os seus efeitos colaterais, como irritação da mucosa bucal, distúrbios no paladar, alterações da fala, mudança na aparência etc.

2.4.4 IMPLANTODONTIA

A implantodontia progrediu e avançou muito nas últimas décadas, e ganhou grande atenção da mídia. A influência das propagandas veiculadas na televisão, nos jornais, nas revistas e em outros meios de comunicação gera uma enorme expectativa quanto aos resultados dessa terapêutica reabilitadora.

O implante dentário apresenta características próprias, que tornam-no diferentes de outros implantes instalados no corpo humano. O implante é ancorado diretamente no tecido ósseo e suporta as forças mastigatórias; sofre agressões bacterianas da flora bucal e sustenta a coroa dentária, um elemento que por vezes exige considerável estética. Devido a essas características, apresenta limitações. Assim, para atender às expectativas do paciente, é necessário que o profissional mantenha com ele um relacionamento aberto e claro, e forneça-lhe esclarecimento minucioso sobre o prognóstico (Grisi *et al.*, 2000; Souza Pinto *et al.*, 2000).

É preciso ter consciência de que o paciente que se submeteu anteriormente a tratamentos restauradores convencionais mal-sucedidos e busca a implantodontia já tem sua auto-estima e autoconfiança abaladas, e grandes expectativas quanto ao resultado do tratamento. É importante que o profissional conheça claramente as causas do insucesso de tratamentos

anteriores para formular o diagnóstico, o prognóstico e o plano de tratamento adequados, e que informe o paciente sobre as limitações dessa terapêutica (Wise, 1996).

2.4.5 PERIODONTIA

De acordo com Schluger *et al.* (1997) e Gregghi *et al.* (1999), na prática odontológica as exigências estéticas não se restringem apenas aos tratamentos restauradores. O estabelecimento de um padrão gengival fisiológico é essencial para a manutenção da saúde bucal, e contribui para o aprimoramento da estética bucal.

É da competência do periodontista - especialista que trata das estruturas de suporte e proteção - estabelecer o diagnóstico e o planejamento adequados, e ter uma visão geral das demais especialidades odontológicas necessárias para restituir aos dentes a boa função mastigatória e estética. Para o prognóstico favorável, é responsabilidade do profissional conduzir o tratamento valendo-se de suas habilidades, demonstrando interesse pelo paciente e, conseqüentemente, obtendo a sua cooperação. Porém, como nem sempre o paciente tem condições de cumprir o protocolo de tratamento periodontal, cabe ao profissional apresentar-lhe opções adequadas (Lascale & Moussali, 1999).

2.4.6 COMUNICAÇÃO PACIENTE E PROFISSIONAL

Em todo tratamento estético, a satisfação do paciente com a sua nova aparência é fundamental. Para executar um tratamento estético de qualidade, o profissional deve possuir outras habilidades além da capacidade de diagnosticar e corrigir alterações funcionais, patológicas e estéticas; ele deve manter uma relação pessoal e comunicativa com o paciente, e ter uma percepção apurada do “ser” no seu mundo psicossocial (Chain *et al.*, 2000).

Via de regra, o paciente deseja uma interação confortável e calorosa com o profissional, que este seja tecnicamente competente e que lhe forneça informações adequadas sobre o problema de que é portador e os procedimentos a serem realizados. Quando essas expectativas não são atingidas, o paciente fica desapontado, insatisfeito, e não colabora com as prescrições do cirurgião-dentista (Sinha *et al.*, 1996; Muñoz & Fortes, 1998; Umani Ronchi, 1999; Zinman, 2000).

De acordo com Farah & Ferraro (2000, p. 79),

“É importante manter controle próximo às suas expectativas sobre o resultado, evitando que uma diferença entre o esperado e o ocorrido gere frustração e outros sentimentos negativos. Na dúvida, o profissional deve ser conservador ao falar sobre as chances de sucesso/resultado de um tratamento”.

Outro elemento a considerar é a ansiedade, que influencia grandemente o grau de satisfação do paciente, satisfação esta que parece aumentar com o comportamento polido, a clareza sobre a condução do tratamento, a tranquilidade e o interesse demonstrados pelo profissional (Sinha *et al.*, 1996; Muñoz & Fortes, 2000).

Albino *et al.* (1984); Modolo *et al.* (1999) e Muñoz & Fortes (1998) lembram que, com freqüência, choques de personalidade entre profissionais e pacientes simplesmente refletem a falta de comunicação. Os profissionais tendem a esquecer que a sua experiência e o seu conhecimento podem intimidar os pacientes. Muitos cirurgiões-dentistas acreditam que seus pacientes sabem mais que o necessário e estes, não querendo demonstrar sua ignorância, sentem-se constrangidos e não solicitam as informações necessárias, fechando o canal de comunicação.

Para Chamberlain *et al.* (1984) e Zinman (2000), além da aparente diferença de percepção e expectativas entre o paciente e o profissional, há o medo do paciente e do profissional, que pode afetar a comunicação interpessoal, gerando incompreensão entre ambos: o paciente receia a incerteza associada à etiologia da doença, os procedimentos requeridos, o custo do tratamento e a perda de controle da saúde dentária; o cirurgião-dentista teme não ter capacidade suficiente para fazer o correto diagnóstico e o controle dos inúmeros fatores que conduzem ao sucesso do tratamento. O resultado é a frustração e o ressentimento de ambas as partes.

2.4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Como exposto anteriormente, nos tratamentos de saúde o bom relacionamento entre profissional e paciente é fundamental. Entretanto, para que isso ocorra, o profissional deve estar atento à interação entre os aspectos biológicos e psicológicos. Embora o paciente possa perceber o cuidado dentário como eletivo, o cirurgião-dentista tem como necessário o

exame e o tratamento regulares, para intervir precocemente sobre o processo da doença e manter uma ótima saúde bucal (Chamberlain *et al.*, 1984).

De acordo com Silva (1994), Zinman (2000), o cirurgião-dentista - como profissional da área da saúde - deve estar atento às imposições técnicas, morais e legais inerentes à sua atividade. Assim, deve se empenhar para agir com paciência e dedicação, consciência e cuidado com todos aqueles que o procuram, bem como estabelecer um bom diagnóstico e planejamento, respeitando os direitos de cada paciente.

Segundo Ramos (1997, p. 53), uma característica comum a todos os Códigos de Ética Odontológica (CEO) é a preocupação com a pessoa do paciente, “*a razão e o objetivo de toda a ciência odontológica*”, como explicitado no Código de Ética Odontológica (CFO, 1998) que, em seu art. 6º inciso I, considera infração ética o exagero no diagnóstico, prognóstico ou planejamento, que pode supervalorizar a competência do profissional, aumentando as expectativas do paciente com relação ao resultado de tratamento.

O mesmo CEO, nos art. 6º inciso II; art. 21 inciso V e art. 22 inciso VII, ampara o paciente no respeito às suas escolhas, pois somente ele pode optar pela vida que deseja, e as suas decisões devem ser respeitadas. Além disso, tem direito às informações sobre as características, preços e riscos da terapêutica a que vai se submeter (Ramos, 2000; Pinheiro *et al.*, 2001).

Os limites éticos são bem claros e devem ser respeitados pelos profissionais. Primeiramente o paciente deve ser incluído no contexto de

promoção da saúde, motivado para os cuidados preventivos e mantenedores; o tratamento estético vem *a posteriori*; essa conduta promove uma parceria que resultará na satisfação do paciente (Neumann *et al.*, 1989; Fortes, 1995; Miranda & Ramos Jr., 2003).

A lei nº 10.406 - de 10 de janeiro de 2002 -, que instituiu o Código Civil Brasileiro (CCB), no seu art. 186, considera *“aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”*(Brasil, 2003).

Quanto à obrigação de indenizar, o art. 927 do CCB dispõe que *“aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.”*

Parágrafo único: Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem” (Brasil, 2003).

E, no art. 951 institui:

“O disposto nos arts. 948¹, 949², 950³ aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilita-lo para o trabalho” (Brasil, 2003).

¹ “Art. 948. No caso de homicídio, a indenização consiste, sem excluir outras reparações:
I – no pagamento das despesas com o tratamento da vítima, seu funeral e o luto da família;
II – na prestação de alimentos às pessoas a quem o morto devia, levando-se em conta a duração provável da vida da vítima.”

² “Art. 949. No caso de lesão ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até ao fim da convalescença, além de algum outro prejuízo que o ofendido prove haver sofrido.”

³ “Art. 950. Se da ofensa resultar defeito pelo qual o ofendido não possa exercer o seu ofício ou profissão, ou se lhe diminua a capacidade de trabalho, a indenização, além das despesas do tratamento e lucros cessantes até ao fim da convalescença, incluirá pensão correspondente à importância do trabalho para que se inabilitou, ou da depreciação que ele sofreu.”

E o Código de Defesa do Consumidor (CDC) obedece a esses princípios pois, no art. 14º § 4º, considera que a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa (Benjamin, 1998; Denari, 1998).

3 PROPOSIÇÃO

O presente estudo teve como objetivo investigar alguns tópicos relativos à estética, na visão do paciente, na visão dos cirurgiões-dentistas e, principalmente, as divergências entre ambos. Para tanto, foram investigados os seguintes aspectos:

- Conceito de estética em geral;
- Conceito sobre estética em outras pessoas;
- Conceito sobre estética em si mesmo.

E, para melhor compreender o porquê dos conflitos entre pacientes e profissionais quanto ao resultado dos tratamentos estéticos, foram avaliadas:

- Motivação para o tratamento odontológico estético
 1. Geral
 2. Estético
- Informações e esclarecimentos sobre os tratamentos estéticos, ocorrência de conflitos em tratamentos estéticos, e conduta adotada nessas eventualidades.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 MATERIAL

Para a presente investigação, foi elaborado um protocolo com dois questionários - um para o paciente (Anexo 1) e outro para o profissional (Anexo 2) - com 32 perguntas coincidentes e mais duas específicas para o cirurgião-dentista, distribuídas da maneira que segue:

- I. Conceito de estética geral = 6 questões
- II. Conceito sobre estética em outras pessoas = 2 questões
- III. Conceito sobre estética em si mesmo = 9 questões
- IV. Motivação e expectativa do tratamento odontológico = 3 questões
- V. Informações e esclarecimentos sobre o tratamento odontológico =
 - a) Para pacientes = 14 questões
 - b) Para cirurgiões-Dentistas = 16 questões.

Esse protocolo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Parecer nº 35/01 (Apêndice 1).

4.2 MÉTODO

4.2.1 AMOSTRA

A amostra do presente estudo foi composta por 300 indivíduos de ambos os sexos, assim distribuídos:

- 50 pacientes e 50 profissionais de consultórios particulares (COP);
- 50 pacientes e 50 profissionais de cursos da Escola de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas (EAP-APCD) Central.
- 50 pacientes e 50 profissionais de cursos da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Odontologia (FUNDECTO) da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP).

4.2.2 INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO

Os questionários permitiam que cada sujeito da pesquisa respondesse a apenas uma alternativa em cada pergunta. Junto com os questionários (Anexos 1 e 2) foram anexados termos de esclarecimento - um para cada grupo (Anexos 3 e 4) -, que explicitavam a vinculação institucional, os objetivos da pesquisa e a autoria da investigação.

No corpo inicial do questionário foram disponibilizadas linhas para informações pessoais do(a) entrevistado(a), que poderia ou não preenchê-las. De qualquer maneira, a identidade dos entrevistados foi mantida no anonimato.

4.2.3 TRATAMENTO DAS INFORMAÇÕES

As informações foram distribuídas da maneira que segue:

- a) Para cada dado - dados pessoais - ou questão foi designada uma célula do Excel, na forma de linha;
- b) As questões foram colocadas nas células correspondentes. A célula de cada questão foi subdividida na quantidade de alternativas que apresentava (exemplo: 1a; 1b; 1c; etc.).
- c) A cada alternativa assinalada foi atribuído o valor 1 (hum), e a cada alternativa não assinalada o valor 0 (zero);
- d) A soma dos valores de cada coluna indicava o número de respostas obtidas em cada alternativa da questão.

Para facilitar a compreensão dos valores encontrados, os resultados obtidos em cada questão foram apresentados em forma de gráficos.

5 RESULTADOS

Os resultados da presente investigação são apresentados a seguir.

5.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Foram entrevistados 150 pacientes e 150 profissionais. A amostra de pacientes era composta de 98 indivíduos do sexo feminino - 50 com idade inferior a 40 anos, e 48 com idade superior a 41 anos -, e 52 do sexo masculino - 31 com idade inferior a 40 anos e 21 com idade superior a 41 anos. Já a população de cirurgiões-dentistas estudada era constituída por 83 profissionais do sexo feminino, com maior concentração na faixa etária inferior a 40 anos (65) e na faixa etária superior a 41 anos (18), e 67 do sexo masculino, também com maior concentração na faixa etária inferior a 41 anos (51) e na faixa etária superior a 41 anos (16) (Figura 5.1).

Figura 5.1 – Perfil dos entrevistados

Quanto ao grau de instrução da amostra de pacientes, a Figura 5.2 demonstra os seguintes percentuais: sem instrução - 1%; ensino fundamental - 19%; ensino médio - 40%; curso superior completo - 28%; curso superior incompleto - 12%.

Figura 5.2 – Distribuição do grau de instrução dos pacientes entrevistados

Com relação à atuação profissional, 49% dos pacientes mantinham vínculo empregatício, 24% eram autônomos e 27% não responderam à questão (Figura 5.3).

Figura 5.3 – Atuação profissional dos pacientes entrevistados

No que concerne ao perfil de profissionais com cursos de pós-graduação *latu sensu*, 23 eram do sexo feminino e 14 do sexo masculino. Dos profissionais com títulos obtidos em cursos de pós-graduação *strictu sensu*, 14 eram mestres, 4 do sexo feminino e 10 do sexo masculino, dois eram doutores e um era livre docente – sendo os três últimos do sexo masculino -, conforme demonstra a Figura 5.4.

Figura 5.4 – Distribuição da titulação dos profissionais

5.2 CONCEITO DE ESTÉTICA GERAL

A Figura 5.5 apresenta as características faciais consideradas mais atraentes pelas populações estudadas – pacientes e profissionais -: sorriso (60 pacientes e 89 profissionais); dentes (55 pacientes e 19 profissionais); olhar (27 pacientes e 28 profissionais); forma do rosto (7 pacientes e 14 profissionais); um paciente não respondeu a esta questão.

Figura 5.5 - Características faciais mais atraentes

Quanto às características mais atraentes do sorriso, assim se distribuíram os resultados: posição dos dentes (78 pacientes e 109 profissionais); cor dos dentes (44 pacientes e 12 profissionais); forma da boca (20 pacientes e 26 profissionais); tamanho dos dentes (6 pacientes e 3 profissionais); 2 pacientes não responderam a essa pergunta (Figura 5.6).

Figura 5.6 – Característica mais atraente no sorriso

No que concerne às características dos dentes, a Figura 5.7 demonstra as preferências de pacientes e de profissionais: dentes alinhados (102 pacientes e 128 profissionais); dentes brancos (37 pacientes e 14 profissionais); dentes grandes (8 pacientes e 3 profissionais); dentes pequenos (3 pacientes). Cinco profissionais não se manifestaram a esse respeito.

Figura 5.7 – Dentes considerados bonitos

Em relação à importância da estética dentária, para 68 pacientes e 58 profissionais ela é importante para a escolha de namorado(a) ou parceiro(a); para 39 pacientes e 58 profissionais para a atividade profissional, como a seleção de funcionários; para 22 pacientes e 9 profissionais, ela interfere na escolha de amigos; 21 pacientes e 25 profissionais não responderam, como mostra a Figura 5.8.

Figura 5.8 – Importância da estética dentária

5.3 CONCEITO SOBRE ESTÉTICA EM OUTROS

Quanto à não contratação de funcionários, foram considerados relevantes: ausência dentária (115 pacientes e 131 profissionais); alteração de coloração (17 pacientes e 11 profissionais); mal posicionamento dos dentes (6 pacientes e 5 profissionais); 12 pacientes e 3 profissionais não responderam à pergunta (Figura 5.9).

Figura 5.9 – Característica dentária importante para a não contratação de funcionários

No que concerne à utilização de prótese na região anterior, a Figura 5.10 demonstra que os pacientes consideram anti-estéticos: presença de grampos (73); cor da gengiva artificial (30); presença de cinta metálica (20); cor artificial dos dentes (13); volume da prótese (11); 3 pacientes não responderam. Já para o grupo de profissionais encontrou-se: presença de cinta metálica (60); presença de grampos (45); cor artificial dos dentes (18); cor da gengiva artificial (17); volume da prótese (10).

Figura 5.10 – Característica da prótese que mais incomoda na região anterior

5.4 CONCEITO SOBRE ESTÉTICA EM SI MESMO

Os integrantes da amostra foram inquiridos sobre a característica que lhes mais desagradava. Os pacientes apontaram: exposição dos dentes superiores (41); sorriso gengival (23); forma da boca (22); desvio da boca (15); desvio dos arcos dentários (9); sem resposta (40). E os profissionais indicaram: desvio dos arcos dentários (30); forma da boca (23); sorriso gengival (21); exposição dos dentes superiores (14); desvio da boca (12); sem resposta (50) (Figura 5.11).

Figura 5.11 – Característica do sorriso que mais desagradava em si mesmo

Quanto à importância dos dentes na aparência do rosto (Figura 5.12), 141 pacientes e 133 profissionais consideram-nos muito importantes; 7 pacientes e 11 profissionais consideram-nos pouco importantes, e 2 pacientes e 6 profissionais assinalaram a alternativa indiferente.

Figura 5.12 – Importância dos dentes na aparência do rosto

Conforme pode ser verificado na Figura 5.13, a satisfação com a cor dos próprios dentes apresentou os seguintes índices: 87 pacientes e 117 profissionais afirmaram estar satisfeitos, e 63 pacientes e 33 profissionais declararam não estar satisfeitos.

Figura 5.13 – Grau de satisfação com a cor dos dentes, segundo pacientes e profissionais

Quanto ao principal motivo para a procura por tratamento dentário, principalmente protético, a Figura 5.14 demonstra que tanto os pacientes (90) como os profissionais (91) priorizam os problemas funcionais; os problemas estéticos são mais importantes para 58 pacientes e 59 profissionais; 02 pacientes não se manifestaram a respeito.

Figura 5.14 – Prioridade no tratamento protético, para pacientes e profissionais

No que diz respeito ao melhor tipo de prótese para substituir dentes da região anterior, a maioria dos entrevistados (105 pacientes e 134 profissionais) apontou a prótese sobre implante, seguida pela prótese fixa (34 pacientes e 12 profissionais) e pela prótese removível (9 pacientes e 4 profissionais); 2 pacientes não responderam, como se observa na Figura 5.15.

Figura 5.15 – Grau de aceitação de diferentes próteses na região anterior

Na amostra estudada, 65 pacientes e 35 profissionais usam algum tipo de prótese; 3 pacientes não responderam. (Figura 5.16).

Figura 5.16 – Número de entrevistados portadores de próteses dentárias

Dentre os pacientes portadores de prótese, 27 consideram-na semelhante aos dentes naturais, 23 mais feia, 13 muito mais feia, um mais bonita e um muito mais bonita. Quanto aos profissionais, 17 consideram-na

semelhante aos dentes naturais, 14 mais feia, e 4 mais bonita, conforme demonstra a Figura 5.17.

Figura 5.17 - Comparação entre os dentes artificiais e os dentes naturais, segundo os pacientes e os profissionais portadores de próteses

Ainda com relação aos portadores de próteses, 46 pacientes (70,8%) e 25 profissionais (71,5%) responderam que participaram da escolha da cor dos dentes artificiais, e 19 pacientes (29%) e 10 profissionais (28,5%) não participaram dessa escolha (Figura 5.18).

Figura 5.18 - Participação dos entrevistados na escolha dos dentes artificiais da prótese

No que concerne à participação na escolha da posição dos dentes artificiais, 30 pacientes e 20 profissionais responderam afirmativamente, e 35 pacientes e 15 profissionais afirmaram não ter participado dessa escolha (Figura 5.19).

Figura 5.19 – Participação dos entrevistados na escolha da posição dos dentes artificiais na prótese

5.5 MOTIVAÇÃO E EXPECTATIVAS QUANTO AO TRATAMENTO

Neste tópico foram apresentadas perguntas específicas para cada população - pacientes e profissionais – sobre a motivação e as expectativas quanto ao tratamento odontológico.

Conforme pode ser verificado na Figura 5.20, os principais motivos para a procura por tratamento dentário, segundo os pacientes, são a manutenção da saúde bucal (90); a reabilitação protética (19); a dor (19); o alinhamento dentário (12); a troca de restaurações (10). Já os profissionais afirmaram que os pacientes procuram tratamento dentário por causa de:

dores (111); manutenção da saúde bucal (22); troca de restaurações (10); reabilitação protética (4); alinhamento dentário (3).

Figura 5.20 – Comparação entre pacientes e profissionais quanto ao motivo principal para a procura de tratamento odontológico

As causas de insatisfação em tratamentos protéticos entre os pacientes foram: falta de conforto (20); função deficiente (13); estética não adequada (12); alinhamento dos dentes não desejável (10); a cor dos dentes (3); 7 pacientes não responderam. Para os profissionais, as mais freqüentes causas de insatisfação em tratamentos protéticos são: insatisfação quanto à estética (62); cor dos dentes (44); falta de conforto (20); função prejudicada (8); falta de alinhamento (6); 10 profissionais também não responderam a essa pergunta, por não atuarem na especialidade protética (Figura 5.21).

Figura 5.21 – Comparação do grau de insatisfação com a prótese sob os pontos de vista dos pacientes e dos profissionais

À indagação sobre o que mais incomoda no resultado de um tratamento dentário, os pacientes apontaram a diferença entre a cor do dente natural e o material restaurador (53), a diferença de textura entre o dente e o material restaurador (53), o volume (23) e a forma da restauração (15); 6 pacientes não responderam a essa pergunta. Já os profissionais apontaram, como motivos mais freqüentes de reclamações, a diferença entre a cor do dente natural e o material restaurador (101), a diferença de textura entre o dente e o material restaurador (20), o volume (7) e a forma da restauração (7); 15 profissionais não se manifestaram a respeito, por exercerem especialidades odontológicas diferentes (Figura 5.22).

Figura 5.22 – Grau de insatisfação estética do resultado de tratamento dentário sob os pontos de vista dos pacientes e dos profissionais

5.6 INFORMAÇÕES E ESCLARECIMENTOS

As questões de nºs 20 a 28 contemplaram o fornecimento de informações e esclarecimentos sobre os tratamentos odontológicos pelos profissionais, e foram formuladas de maneira específica para cada população estudada.

Conforme se observa na Figura 5.23, 30 pacientes (20%) afirmaram que o cirurgião-dentista não costuma explicar detalhadamente o plano de tratamento proposto, enquanto que apenas 4 profissionais (3%) declararam não ter o hábito de fornecer explicações sobre o tratamento.

Figura 5.23 – Esclarecimentos sobre o plano de tratamento proposto, segundo as afirmações de pacientes e de profissionais

Quanto ao costume de apresentar aos pacientes diferentes condutas clínicas como alternativas de tratamento, 115 pacientes afirmaram que os cirurgiões-dentistas adotam essa prática, e 35 não recebem informações. Os profissionais se dividiram da seguinte forma: 141 afirmaram que apresentam as alternativas de tratamentos, 8 responderam que não adotam essa prática, e um cirurgião-dentista não se manifestou (Figura 5.24).

Figura 5.24 – Hábito de apresentar alternativas de tratamento, segundo as afirmações de pacientes e de profissionais

De acordo com os pacientes, a opção por uma determinada alternativa prende-se ao custo do tratamento (54), ao comprometimento estético (44) e à duração do tratamento (14); 38 pacientes não responderam a essa questão. Já para o grupo de profissionais, o custo é o fator preponderante na escolha de determinado tratamento odontológico (107), seguido pelo comprometimento estético (19 profissionais) e pela duração do tratamento (11); 13 profissionais também se abstiveram de responder a esse quesito (Figura 5.25).

Figura 5.25 – Opção por determinado tratamento, segundo as afirmações de pacientes e de profissionais

No que diz respeito aos esclarecimentos quanto às limitações dos tratamentos propostos, a Figura 5.26 demonstra que 113 pacientes recebem essas informações dos profissionais, enquanto 34 afirmaram não receber tais esclarecimentos e 3 não responderam. Indagados sobre o mesmo assunto, a grande maioria (147) dos profissionais respondeu

afirmativamente, e apenas três assumiram que não têm a conduta de explicar as limitações dos tratamentos propostos.

Figura 5.26 – Esclarecimentos quanto às limitações dos tratamentos propostos, segundo as afirmações de pacientes e de profissionais

A Figura 5.27 demonstra que 121 pacientes foram orientados, pelo cirurgião-dentista, sobre como escovar os dentes, enquanto que 29 responderam não receber essa orientação. Já no grupo dos profissionais, o número de respostas afirmativas foi de 144, e apenas 6 declararam não ministrar este tipo de orientação.

Figura 5.27 – Hábito de orientação na escovação dos dentes, segundo as afirmações de pacientes e de profissionais

Quanto aos esclarecimentos sobre as indicações e contra-indicações de tratamentos com material restaurador estético, 93 pacientes afirmaram receber tais esclarecimentos, 55 responderam não recebê-los, e 2 não responderam. Já entre os profissionais, 138 afirmaram que costumam fornecer tais informações, 11 não o fazem, e um não se manifestou a respeito (Figura 5.28).

Figura 5.28 – Esclarecimentos quanto à indicação e contra-indicação do emprego de materiais restauradores estéticos, segundo as afirmações de pacientes e de profissionais

Com relação à opção de utilizar material restaurador estético contra-indicado, 118 pacientes responderam que não insistem em sua utilização, 26 informaram que, apesar da orientação do profissional, insistem em seu emprego, e 6 não responderam. Dentre os profissionais, 81 afirmaram não aceitar tal exigência, 66 revelaram acatar a opção do paciente, e 3 abstiveram-se de responder (Figura 5.29).

Figura 5.29 – Insistência do emprego de material restaurador estético apesar de esclarecida a sua contra-indicação, segundo as afirmações de pacientes e de profissionais

No que concerne à proposição de alterações estéticas nos dentes, mesmo que o paciente não apresente queixa sobre esse aspecto, 87 pacientes jamais receberam tal proposta, 61 declararam que recebem tal sugestão, e 2 não responderam. Entre os profissionais, 86 declararam que costumam propor essas alterações estéticas, e 64 informaram que não fazem esse tipo de proposta, conforme demonstra a Figura 5.30.

Figura 5.30 – Proposição de alterações estéticas mesmo que não haja queixa, segundo as afirmações de pacientes e de profissionais

Ainda com relação às alterações estéticas, 117 pacientes afirmaram que o cirurgião-dentista costuma explicar o motivo da troca de restauração, 25 responderam não receber tais informações, e 8 não responderam. Dentre os profissionais, 145 afirmaram que têm o hábito de explicar a razão da troca de restauração, 3 não mantêm essa prática e 2 não responderam (Figura 5.31).

Figura 5.31 - Explicações sobre o motivo das trocas de restaurações, segundo as afirmações de pacientes e de profissionais

As duas questões seguintes foram especificamente dirigidas aos profissionais: na primeira, referente à indicação de próteses para a região anterior, 122 (82%) profissionais afirmaram que indicariam prótese sobre implante, 26 (17%) prótese parcial fixa e 2 (1%) prótese parcial removível, conforme demonstra a Figura 5.32.

Figura 5.32 – Indicações de prótese na região anterior dos arcos dentários

A segunda questão dizia respeito à participação do paciente na escolha da cor dos dentes artificiais para a prótese, e 138 (92%) profissionais responderam que adotam esse tipo de conduta, enquanto 9 (6%) não a adotam e 3 (2%) não responderam (Figura 5.33).

Figura 5.33 – Profissionais que consultam o paciente na escolha da cor dos dentes artificiais

Com relação aos cuidados com a prótese e com os dentes naturais, 126 pacientes afirmaram receber tais informações, 23 informaram que não, e

1 não respondeu. No grupo dos profissionais, todos declararam orientar seus pacientes adequadamente (Figura 5.34).

Figura 5.34 – Orientação sobre os cuidados com a prótese e os dentes naturais, segundo as afirmações de pacientes e de profissionais

Quanto à conduta do profissional diante do insucesso do tratamento estético, as respostas dos pacientes foram as seguintes: 63 declararam que o profissional reestuda o planejamento, faz indicação de outro material e propõe o retratamento; 28 responderam que o profissional informa que o problema é uma circunstância “natural”, propõe o retratamento e cobra novos honorários; 27 afirmaram que o profissional informa que é uma circunstância “natural” e propõe o retratamento. Quanto aos profissionais, 75 responderam que informam o paciente sobre a necessidade de reestudar o planejamento, fazem indicação de outro material e propõem o retratamento; 65 informam que é uma circunstância “natural” e propõem o retratamento; 3 informam que é uma circunstância “natural”, propõem o retratamento e

cobram novos honorários. Não responderam a esta questão 32 pacientes e 7 profissionais, como demonstra a Figura 5.35.

Figura 5.35 – Conduas frente ao insucesso de tratamentos dentários estéticos, segundo as afirmações de pacientes e de profissionais

No que concerne ao relacionamento entre paciente e profissional, a Figura 5.36 demonstra que 123 pacientes afirmaram que não tiveram qualquer desentendimento com o profissional, e 27 alegaram que isso já ocorreu. No grupo de profissionais, 84 jamais tiveram problemas, e 66 já se defrontaram com essa ocorrência.

Figura 5.36 – Ocorrência de desentendimento entre pacientes e profissionais, segundo suas afirmações

Para os sujeitos que responderam positivamente à questão anterior, 9 pacientes (33%) responderam que o desentendimento levou o profissional a refazer o tratamento, 3 (11%) tiveram devolução dos honorários, e apenas um (3,8%) alegou que o problema resultou em algum tipo de processo; os demais não responderam a esta questão. Dos profissionais, 42 (63,7%) declararam que refizeram o tratamento do paciente, 15 (23%) devolveram os honorários, e 9 (13,7%) responderam que do desentendimento resultou algum tipo de processo (Figura 5.37).

Figura 5.37 – Resultados dos desentendimentos entre profissional e paciente, segundo as afirmações de pacientes e de profissionais

A última questão indagava sobre o tipo de processo – no caso de sua existência – se ético, cível ou penal. O único paciente que afirmou – na pergunta anterior – que o desentendimento com o profissional resultara em processo não respondeu a essa questão, sob a alegação de que trocara de profissional e desistira da ação. Quanto aos profissionais, apenas um

respondeu à pergunta, afirmando que foi objeto de processo ético; os demais também não se manifestaram a esse respeito (Figura 5.38).

Figura 5.38 – Tipos de processos resultantes do desentendimento entre paciente e profissional

6 DISCUSSÃO

A essência da estética é fisicamente perceptível, rege e decora a aparência das espécies vegetais e animais e o constante equilíbrio de formas e cores que pode ser observado a qualquer tempo e em qualquer localização geográfica (Rufenach, 1998; Gil, 2001).

Afirma-se que a beleza está nos olhos do observador, porém uma coisa não é verdadeiramente bonita até que desperte o prazer emocional, que se localiza na parte cognitiva do cérebro. A capacidade de selecionar a beleza por instinto e as leis naturais promovem uma conexão espontânea entre o prazer originado e a imagem de eficiência (Crawford, 1991; Gil, 2001).

A estética – permeada por valores culturais - é uma das principais preocupações do indivíduo, provoca sentimentos de aprovação ou desaprovação e expectativas sociais, e interfere nos relacionamentos interpessoais (Beder, 1971; Albino *et al.*, 1984; Jacobson, 1984; Murrell, 1988; Crawford, 1991; Rufenach, 1998; Chain *et al.*, 2000).

Considerando essa preocupação, atualmente a odontologia tem aliado ao seu principal objetivo - que é o restabelecimento da função do sistema estomatognático - o interesse pela estética dentária e facial.

Para o paciente, a estética é fator muito importante, e quase sempre se torna uma exigência. Entretanto, os resultados nem sempre satisfazem as partes envolvidas, e isso pode ser comprovado pelo número de processos de responsabilidade profissional contra cirurgiões-dentistas relacionados a tratamentos estéticos (Ramos *et al.*, 2000).

Os resultados obtidos no presente estudo apontaram as convergências e as divergências de entendimento existentes entre o paciente e o cirurgião-dentista no que concerne ao resultado estético do trabalho reabilitador realizado.

6.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Como anteriormente mencionado, os pacientes e os profissionais foram entrevistados em consultórios odontológicos particulares e cursos da Escola de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas e da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

O grupo de pacientes era constituído por 98 indivíduos do sexo feminino e 52 do sexo masculino. O maior número de participantes do sexo feminino pode ser creditado à maior disponibilidade que as mulheres têm para se adequar ao cronograma de tratamentos em entidades de classe e de

ensino e em consultórios particulares, pois muitas delas exercem atividades domésticas ou são profissionais liberais autônomas.

No que concerne ao nível de escolaridade, os pacientes que integraram a amostra desta investigação estavam assim distribuídos: ensino fundamental, 19%; médio, 40%; superior completo, 28%; superior incompleto, 12%; sem instrução, 1%. A soma dos indivíduos com curso superior incompleto e completo resulta em 40%, o que pode originar maior grau de exigência em tratamentos dentários. Quanto à atuação profissional, predominaram os pacientes com vínculo empregatício (49%), seguidos pelos autônomos (24%).

No grupo dos cirurgiões-dentistas entrevistados, 83 eram do sexo feminino e 67 do sexo masculino. O predomínio de mulheres reforça aquilo que se observa nas salas de aula de cursos de graduação em odontologia onde, já de há alguns anos, a população feminina supera o contingente de homens. No que diz respeito à titulação dos profissionais, 23 mulheres e 14 homens tinham o título de especialista – pós-graduação *latu sensu* -; já no âmbito de títulos obtidos em cursos de pós-graduação *strictu sensu* observa-se uma modificação nos números – 10 homens e 4 mulheres eram portadores do título de mestre, e somente homens tinham título de doutor ou de livre-docente (2 e 1, respectivamente). Talvez esses resultados sejam um reflexo da situação da mulher brasileira que, ainda hoje, assume maior responsabilidade e dedica mais tempo à família que o homem. Também não se pode esquecer que, em odontologia, a presença de mulheres na carreira docente é fato recente - e ainda hoje, há um predomínio de docentes

homens -, à exceção da odontopediatria, que tradicionalmente era tida como especialidade mais adequada às mulheres.

O grande número de especialistas pode estar relacionado aos problemas encontrados pelos cirurgiões-dentistas brasileiros atualmente. Como o mercado de trabalho torna-se a cada dia mais difícil, observa-se grande contingente de profissionais de idade inferior a 40 anos - muitos deles recém-graduados - freqüentando cursos de aperfeiçoamento e especialização, o que denota a preocupação com o “sobressair-se” no âmbito profissional.

6.2 CONCEITO DE ESTÉTICA GERAL

A preocupação com a face remonta a civilizações muito antigas, pois o rosto é uma das únicas partes do corpo humano totalmente exposta, além de conferir identidade à pessoa.

No presente estudo, o inquérito sobre estética iniciou-se com pergunta sobre as características mais atraentes do rosto. O grupo de pacientes apontou o sorriso (60), os dentes (55), o olhar (27) e a forma do rosto (7). Também entre os profissionais predominou o sorriso (89), porém seguido pelo olhar (28), os dentes (19) e a forma do rosto (14). Esses números concordam com os achados de Sunada *et al.* (2001) e Mori & Cardozo (2002).

Entretanto, a literatura é controversa com relação a esse tipo de pergunta. Em estudo realizado por Cross & Cross (1971), as características faciais consideradas mais atraentes foram os olhos (34%), a boca e/ou o sorriso (31%) e a configuração da face (15%). Já Goldstein (2000) observou a seguinte hierarquia: boca, olhos, estrutura facial, cabelo e nariz.

À medida que a importância da face foi aumentando, os dentes passaram a ganhar relevância como componentes estéticos do sorriso, o que resultou na busca por tratamentos e cuidados dentários (MacGregor, 1970; Crawford, 1991; Lichter *et al.*, 1999).

O sorriso que, como já declinado na Revisão da Literatura, representa a forma mais primitiva e a essência da capacidade de comunicação humana, aparece facilmente na vida dos bebês. Um sorriso agradável pode produzir uma aura que amplia a beleza da face, pois deixa transparecer as qualidades e as virtudes da personalidade, além de transmitir sentimentos de compaixão e compreensão (Otta *et al.*, 1992; Seger, 1992; Qualtrough & Burke, 1994; Rufenach, 1998; Hungerford, 2000)

A capacidade que o indivíduo tem de exibir um sorriso agradável depende da qualidade dos elementos dentários e gengivais, da sua conformidade com as regras de beleza estrutural, das relações entre os dentes e os lábios durante o ato de sorrir, e de sua integração harmônica na composição facial (Qualtrough & Burke, 1994; Philips, 1999).

Outra pergunta abordava as características que têm maior influência na beleza do sorriso. Entre os pacientes prevaleceu a posição dos dentes (78), seguida pela cor dos dentes (44), forma da boca (20) e tamanho dos

dentes (6). Para os profissionais, as características mais relevantes foram a posição dos dentes (109), a forma da boca (26), a cor dos dentes (12) e o tamanho dos dentes (3). Com relação específica às características dentárias, os resultados concordaram com as respostas à questão anterior: dentes alinhados foram apontados por 102 pacientes e 128 profissionais, seguidos pela cor; o tamanho dos dentes foi pouco mencionado.

Os achados deste trabalho reforçam informações encontradas na literatura, que registra que a posição e a harmonia dentária são perceptíveis desde a infância, não só no que tange à estética facial mas também no que diz respeito à autoconfiança, à auto-estima e ao sucesso profissional e social. A literatura voltada à ortodontia traz estudos que demonstram que os pacientes que procuram essa especialidade preocupam-se mais com a melhoria estética que com os problemas funcionais, o que reforça a importância do alinhamento dentário e sua estabilidade (Graber & Lucker, 1980; Shaw, 1981; Albino *et al.*, 1982; Albino *et al.*, 1984; Breece & Nieberg, 1986; Albino *et al.*, 1994; Mendes & Bonfante, 1994; Qualtrough & Burke, 1994; Margolis, 1997; Pinzan *et al.*, 1997; Butke & Proffit, 1999; Riedmann *et al.*, 1999; Almeida *et al.*, 2001).

A coloração dos dentes foi a segunda característica mais importante para os pacientes, concordando com aquilo que se observa nos consultórios dentários: o paciente manifesta muito interesse pela coloração dos dentes, que é variável de indivíduo para indivíduo e depende de fatores como idade, sexo, calcificação da dentina etc., e também da percepção de cada

observador (Yamamoto, 1985; Micheli *et al.*, 1987; Rufenach, 1998; Goldstein, 2000).

O modelo de sorriso considerado estético está sempre presente em revistas, filmes, televisão e outros meios de informação. Óbvio está que essa veiculação influencia o público, que caracteriza como sorriso ideal aquele que apresenta dentes alinhados, brancos, simétricos e é vigoroso e juvenil, independentemente da idade do dono do sorriso (Qualtrough & Burke, 1994; Rufenach, 1998; Lichter *et al.*, 1999; Goldstein, 2000; Mori & Cardozo, 2002).

A seguir, averigüou-se a importância da estética dentária em diferentes instâncias da vida cotidiana. Os pacientes apontaram que a estética é importante nas seguintes circunstâncias e ordem: escolha de namorado(a) ou parceiro(a) (68 - 45,3%), seleção de funcionários (39 - 26%), e escolha de amigos (22 - 14,7%). Já os profissionais atribuíram igual importância à estética na escolha de namorado(a) ou parceiro(a) (58 - 38,7%) e na seleção de funcionários (58 - 38,7%), seguidas pela escolha de amigos (9 - 6%). Não responderam à pergunta 21 pacientes (14%) e 25 profissionais (16,7%).

Os resultados acima declinados confirmam os achados de Stricker *et al.* (1979); Jenny & Proshek (1986); Luz & Valença (2000); Sunada *et al.* (2001) sobre a importância da estética dentária no trabalho. Tais autores realizaram entrevistas com consultores de recursos humanos de empresas e alunos de cursos de graduação em odontologia, para avaliar a importância da estética bucal na contratação de funcionários, principalmente em

carreiras que requerem maior exposição do indivíduo – como a política, a medicina, a docência, e as atividades de recepção e encaminhamento, dentre outras. Segundo esses autores, o potencial de emprego é significativamente maior para pessoas de boa aparência, característica esta fortemente relacionada à estética e facial e, conseqüentemente, ao sorriso.

Quanto à importância da aparência dentária para a escolha de namorado(a) ou parceiro(a), não foram encontrados trabalhos na literatura que abordassem esse aspecto, mas os resultados do presente trabalho indicam que é relevante. No que concerne à escolha de amigos, a literatura mostra que, no processo de sociabilização, é comum o uso de apelidos que caracterizam os indivíduos. Entrevistas realizadas por Shaw (1981, 1988) com um grupo de escolares apontaram predominância de alcunhas jocosas relacionadas ao peso e à altura; as características dentárias apresentaram-se em quarto lugar, e os fatores antiestéticos mais citados foram: incisivos proeminentes, apinhamentos, má-higiene, fraturas e dentes volumosos; esse trabalho demonstrou que características dentárias esteticamente desfavoráveis podem levar também as crianças ao embaraço e ao ridículo. De fato, Seger (1992) afirma que esse tipo de caracterização pode levar as crianças à depreciação da auto-estima, à introspecção e ao medo da sociedade, que lhes impõe um padrão estético que influencia a boa convivência com os colegas, o sucesso e a sua valorização como pessoa.

6.3 CONCEITO SOBRE ESTÉTICA EM OUTROS

Aprofundando as questões anteriores sobre a importância da estética dentária na seleção de funcionários, os resultados apontaram que a característica negativa de maior relevância é a ausência de dentes (115 pacientes e 131 profissionais), seguida por dentes com coloração alterada (17 pacientes e 11 profissionais) e dentes mal posicionados (6 pacientes e 5 profissionais). Esses resultados reforçam o que Luz & Valença (2000) concluíram, em investigação realizada em dois grandes centros comerciais da cidade de Niterói (RJ): a ausência dentária já não é considerada como “normalidade” pela população entrevistada.

É interessante observar que o alinhamento dentário, que na questão anterior – “característica importante no sorriso”, e “o que são dentes bonitos” – foi apontado como a característica mais importante, nesta questão veio em último lugar. Esse fato pode sugerir que ausência dentária e dentes com alterações de coloração denotam aspecto de má saúde dentária.

Também a literatura aponta que a ausência de dentes implica a modificação do aspecto dentofacial e causa desequilíbrio na harmonia da face, podendo originar diversos sentimentos: de vergonha a ansiedade aguda, inferioridade, incompetência, inadequação e depressão (Alvi *et al.*, 1984; Shaw, 1981; Albino *et al.*, 1984; Seger, 1992; Cochrane *et al.*, 1999; Hugerford, 2000).

A falta dos dentes estimula o paciente a buscar o restabelecimento da função mastigatória e da estética facial e a reestruturação psicológica por

meio de próteses, provisórias ou definitivas. Mesmo para a criança que sofre perda precoce dos dentes decíduos indica-se o aparelho mantenedor de espaço estético-funcional, para resgatar as funções estética e do aparelho fonomastigador (Lino, 1990; Seger, 1992).

A perda dos dentes anteriores pode dificultar a reabilitação protética que atenda às expectativas dos pacientes. Reiteradamente a literatura apresenta as vantagens das técnicas de reabilitação com próteses, mas é omissa quanto aos fatores de insucesso e as possíveis conseqüências desse tipo de tratamento, afirmam Pinheiro *et al.* (2001). Para averiguar esse aspecto, o instrumento de pesquisa deste estudo continha uma pergunta sobre as características protéticas que mais incomodam na região anterior. O grupo de pacientes apontou a presença de grampos (73), a cor da gengiva artificial (30), a presença de cinta metálica (20), a cor dos dentes artificiais (13) e o volume da prótese (11). Entre os profissionais predominou a presença de cinta metálica (60), seguida pela presença de grampos (45), cor dos dentes artificiais (18), cor da gengiva artificial (17) e volume da prótese (10).

Esses resultados demonstram a divergência de opiniões entre pacientes e cirurgiões-dentistas quanto às características estéticas em próteses na região anterior. É possível inferir que tais divergências sejam os primeiros sinais de diferenças de expectativa sobre o resultado do tratamento protético, já que para os pacientes prevalece o desagrado pela presença de grampos, enquanto para os profissionais, a presença da cinta metálica é o maior objeto de insatisfação.

As discordâncias se justificam pelos avanços técnicos dos materiais odontológicos, que têm possibilitado restaurações que atendem às expectativas dos pacientes, à base de resinas e porcelanas. Provavelmente as próteses parciais removíveis – que necessitam de grampos para manter-se estáveis - não oferecem o resultado estético esperado, o que também ocorre com as restaurações metaloplásticas e metalocerâmicas, que podem ser substituídas por restaurações livres de metal. Já o desagrado com a presença de cinta metálica entre os profissionais pode refletir os conhecimentos que adquiriram ao longo de sua formação e/ou de sua vida profissional: o preparo protético inadequado ou a possibilidade de retração gengival, que ocorre com o passar do tempo.

A segunda divergência esteve relacionada à cor da gengiva artificial, que para os pacientes foi o segundo fator de desagrado, enquanto para os profissionais foi o quarto. De fato, durante muitos anos, a caracterização da parte gengival das próteses trazia dificuldades para o profissional, principalmente em pacientes com pigmentação melânica de gengiva. Atualmente, o mercado de produtos odontológicos disponibiliza resina acrílica que possibilita a caracterização da gengiva seguindo uma escala de cores, e permite também a sua reprodução. Desta forma, o profissional já não se preocupa tanto com esse item (Gomes *et al.*, 1996).

6.4 CONCEITO SOBRE ESTÉTICA EM SI MESMO

O objetivo deste item foi conhecer o quê, especificamente, desagradava aos integrantes da amostra em seu próprio sorriso. Entre os pacientes predominou a exposição dos dentes superiores (41), seguida por exposição gengival (23), forma da boca (22), desvio da boca (15), desvio dos arcos dentários (9); 40 informaram que não se enquadravam dentro dessas alternativas. Já o que mais desagrada aos profissionais em seu próprio sorriso são os desvios dos arcos dentários (30), o sorriso gengival (21), a forma da boca (23) – os dois últimos em consonância com as indicações dos pacientes -, a exposição dos dentes superiores (14) e o desvio da boca (12); 50 profissionais afirmaram não se enquadrar nessa questão.

O item desagradável mais assinalado pelos pacientes foi a exposição dos dentes superiores, embora a visualização desses elementos seja necessária durante o sorriso. As prováveis causas desse desagrado são a má conservação dos dentes, como cáries, restaurações extensas, próteses inadequadas, desgastes excessivos, retrações gengivais com exposição de raiz, mau posicionamento dentário e linha de lábio alta com exposição da gengiva. Essa rejeição à exposição dos dentes superiores também foi verificada por Rufenach (1998), que afirma que esse sentimento é mais comum em mulheres de 30 a 40 anos.

Como segundo item de maior desagrado no sorriso, a exposição gengival - ou sorriso alto – foi apontada por ambos os grupos da amostra. Esse quadro caracteriza-se pela exposição da altura total dos dentes

superiores e uma faixa de tecido gengival, comum em lábio superior curto (Goldstein *et al.*, 1991). Como já referido, esse tipo de sorriso traz como consequência maiores dificuldades para a resolução estética, notadamente nas próteses em que a porção gengival deve ser reconstituída e em indivíduos melanodermas, problema este hoje já de fácil solução (Mendes & Bonfante, 1994; Gomes *et al.*, 1996)

Os profissionais apontaram, como características que mais os desagradam em seu próprio sorriso, os desvios dos arcos dentários; o desvio da boca foi pouco considerado em ambos os grupos. Estudos mostram que discrepâncias dentárias e de linha média acentuada são fatores que reduzem a atratividade do sorriso. Discrepâncias de cerca de 2mm são percebidas por 83% dos ortodontistas, e discrepâncias maiores por 56% dos leigos. A linha média dentária superior geralmente coincide com a linha média facial em 70% dos casos, e as linhas médias dentárias superior e inferior não coincidem entre si em 75% dos casos (Peck & Peck, 1970; Alley & Hildebrandt, 1988; Margolis, 1997; Rufenach, 1998; Johnston *et al.*, 1999).

O esqueleto, os músculos, os ligamentos e os dentes formam uma unidade coesiva: a boca. Assim sendo, a menor alteração em qualquer uma das partes desse complexo pode afetar regiões distantes daquela diretamente envolvida. Situações patológicas provocadas por perdas dentárias, migrações, desgastes dentários, ausência de restaurações ou má posição dos dentes promovem alterações morfológicas locais profundas, que podem influenciar as estruturas adjacentes direta ou indiretamente, modificando o desenho da boca. Exemplos disso são o desgaste dos dentes

anteriores ou a perda de suporte dento-alveolar, nos quais é observada uma inversão para dentro da margem do lábio superior em direção aos cantos da boca que se reflete na aparência facial, levando a um aspecto envelhecido (Rufenach, 1998).

A seguir, os integrantes da amostra foram inquiridos sobre a importância dos dentes na aparência do rosto: a maioria afirmou ser muito importante (141 pacientes e 133 profissionais); apenas 7 pacientes e 11 profissionais disseram que era de pouca importância. Esses resultados coincidem com informações da literatura, que registra que indivíduos com dentes hígidos, ou aqueles edêntulos mas portadores de próteses totais, mostram comportamento jovial e auto-estima bastante positiva (Stricker *et al.*, 1979; Alvi *et al.*, 1984; Jenny & Proshek, 1986; Luz & Valença, 2000; Sunada *et al.*, 2001).

Na pergunta sobre a satisfação com a cor de seus dentes, 58% dos pacientes afirmaram estar satisfeitos, e 42% manifestaram insatisfação, a maioria destes últimos era composta por indivíduos atendidos em entidades de ensino. Ainda no que se refere aos pacientes insatisfeitos, o percentual aqui encontrado é superior àquele verificado por Qualtrough & Burke (1994), que realizaram uma investigação, no ano de 1988, no Serviço de Saúde Dentária do Reino Unido, e constataram que 28% dos pacientes estavam insatisfeitos com a cor e a posição de seus dentes.

Dos 150 profissionais entrevistados no presente estudo, 117 declararam estar satisfeitos com a cor de seus dentes. Mais uma vez é possível inferir que essa postura decorra das informações adquiridas ao

longo da formação e/ou da atividade profissional, que fazem com que os profissionais saibam que também os dentes apresentam características individuais. Entretanto, não se pode descartar a hipótese de os cirurgiões-dentistas investigados já tivessem solucionado os seus problemas estético-dentários.

Para averiguar os objetivos, os anseios e a participação do paciente em tratamentos estéticos, os integrantes da amostra foram inquiridos sobre a razão principal para a busca por tratamento odontológico, especialmente no que concerne à reabilitação protética. Os resultados demonstram equivalência entre os dois grupos: 90 pacientes e 91 profissionais indicaram problemas funcionais, e 58 pacientes e 59 profissionais apontaram problemas estéticos.

Os achados do presente trabalho contrariam os resultados relatados por Conny *et al.* (1985), cuja amostra era composta por 220 indivíduos: 57% dos pacientes afirmaram que a estética é o fator decisivo para o tratamento protético, enquanto 25% apontaram os problemas funcionais como o principal motivador para a busca por esse tipo de terapêutica. Segundo Seger (1992), o paciente que supervaloriza a estética muitas vezes relewa o problema funcional, ou seja: o mais importante é que ninguém perceba a diferença entre a prótese e seus dentes naturais.

Complementando a questão anterior, pesquisou-se o grau de aceitação de diferentes próteses na região anterior. A maioria dos entrevistados elegeu a prótese sobre implantes (105 pacientes e 134 profissionais), seguida pela prótese parcial fixa (34 pacientes e 12

profissionais). Para Albino *et al.* (1984), a perda de dentes da região anterior exige o pronto restabelecimento estético. A prótese parcial removível (9 pacientes e 4 profissionais) aparece como última opção, provavelmente pela falta de conforto, de estabilidade e, principalmente, de estética. Obviamente, com a vasta gama de próteses disponíveis no mercado - com indicações específicas -, o profissional e o paciente tendem a optar pelas próteses sobre implantes e as próteses parciais fixas, que apresentam percentuais de satisfação ótimos nos aspectos estética, função e conforto, como postulam Chäng *et al.* (1999), Ribeiro Filho (1999) e Zinman (2000), e com características próprias, como bem definiram Grisi *et al.* (2000). Porém essas próteses são de custo oneroso, de tratamento de longa duração, como declararam os integrantes do grupo de pacientes desta investigação, e seu sucesso depende de acurado julgamento clínico, planejamento e diagnóstico adequados, além da expectativa do paciente (Albino *et al.*, 1984).

No que concerne à utilização de próteses, 65 pacientes e 35 cirurgiões-dentistas da amostra afirmaram portá-las. Tais integrantes foram instados a comparar as próteses que usam e os seus dentes naturais. No grupo de pacientes, 27 responderam que a prótese é “semelhante” aos dentes naturais, 23 consideram-na “mais feia”, e 13 “muito mais feia”; um paciente considerou-a “mais bonita”, e outro paciente “muito mais bonita”. Dos profissionais, 17 consideraram-na “semelhante”, 14 “mais feia”; e 4 “muito mais bonita”. Ressalte-se que o número de pacientes insatisfeitos (55,4%) é maior que o de profissionais (40%), o que sugere um patamar de

exigência maior por parte dos pacientes, talvez porque as expectativas que o paciente alimenta com relação à prótese venham da mídia e não da avaliação das limitações de sua condição bucodentária, bem como dos limites dos tratamentos dentários.

Os resultados deste trabalho diferem dos achados de Conny *et al.* (1985). No estudo desses autores, 77% dos pacientes afirmaram que a prótese alcançou semelhança com os dentes naturais; além da satisfação com o item anterior, 87% registraram melhoria da auto-estima e 60% não detectaram alteração na fala, mas 40% apontaram mudança positiva na fala.

Chamberlain *et al.* (1984) realizaram investigação semelhante àquela ora desenvolvida, ou seja, compararam a satisfação de pacientes e de cirurgiões-dentistas da Faculdade de Odontologia da Universidade de Michigan quanto ao resultado de reabilitações por próteses. As perguntas contemplavam os aspectos função, estética e conforto. No que concerne à estética, enquanto 2% dos pacientes apontaram satisfação, os profissionais as desaprovaram; em contrapartida, quando 14% dos pacientes manifestaram insatisfação, os profissionais julgaram as próteses esteticamente aceitáveis. Segundo os autores, essa discrepância poderia indicar que o grupo de pacientes tinha expectativas muito altas quanto ao tratamento, ou que talvez houvesse outras variáveis responsáveis pela insatisfação que não puderam ser determinadas, tais como a forma, a sombra e a posição do(s) dente(s). Com relação à retenção da prótese, os autores constataram 2/3 de discordância entre os profissionais e pacientes, o que reforça a teoria de que a expectativa do paciente é maior do que a

condição técnica pode oferecer. Analisando a função oclusal, 50% dos pacientes discordaram dos profissionais, apesar da adequada função mastigatória; no entanto, 44% dos pacientes inquiridos sentiam-se satisfeitos, apesar da instabilidade e da falta de contatos na máxima intercuspidação e nos movimentos látero-protrusivos observados pelos profissionais. Nesse artigo, os autores afirmam que, além da aparente discrepância de percepção e expectativas entre o paciente e o profissional, existe o medo de afetar a comunicação interpessoal, que pode provocar a perda de compreensão. Para o paciente, esse receio está associado à etiologia da doença, aos procedimentos requeridos, ao custo do tratamento e à perda de controle associada à saúde dentária. Já os receios do cirurgião-dentista derivam de fatores clínicos e técnicos. Essas diferenças podem frustrar tanto o paciente quanto o profissional, deixando-os ressentidos. E os autores concluem que as concepções errôneas e as expectativas irreais devem ser resolvidas por meio de comunicação franca e efetiva, para evitar a insatisfação do paciente.

Avaliando 956 pacientes do Serviço de Saúde Dentária da Grã-Bretanha, Qualtrough & Burke (1994) observaram que, quando o trabalho protético incluía a substituição de 6 dentes anteriores, o índice de pacientes satisfeitos era de 84%, caindo para 79% quando o número de dentes substituídos era de quatro; quando somente um elemento dentário era substituído, 63% dos pacientes mostraram-se satisfeitos com o resultado estético da prótese. Esses percentuais podem ser explicados pelo fato de

que, quanto menor o espaço protético, maior é a região circundante, o que evidencia a artificialidade da substituição protética.

Quando questionados sobre sua participação na escolha da cor e da posição dos dentes artificiais, os integrantes da amostra objeto da presente pesquisa assim responderam: 46 pacientes e 25 profissionais escolheram a cor dos dentes artificiais, e 30 pacientes e 20 profissionais participaram da eleição da posição dos dentes; não participaram da escolha da cor dos dentes 19 pacientes e 10 profissionais. Provavelmente, a não participação na escolha da cor e da posição dos dentes seja um dos motivos do desagrado dos pacientes em relação ao tratamento protético, já que a posição e a cor dos dentes foram os itens considerados mais importantes na beleza dos dentes.

Também a literatura registra que a satisfação com a estética é possivelmente a maior barreira ao sucesso do tratamento protético, graças aos conflitos oriundos da perda de dente(s). Desta forma, cabe ao profissional compreender as expectativas do paciente quanto ao sucesso do tratamento. Um dos passos da confecção de próteses é a escolha da cor e da posição dos dentes artificiais, que devem estar em harmonia com a oclusão e a função, inter-relacionadas à estética. Nesse procedimento, é de suma importância a participação do paciente, do técnico em prótese e do profissional, de modo que a atenção seja dedicada exclusivamente a esse momento, valorizando a pessoa do paciente como única (Chamberlain *et al.*, 1984; Belser & Kundert, 1986; Murrell, 1988; Seger, 1992; Qualtrough & Burke, 1994; Chäng *et al.*, 1999; Hungerford, 2000).

6.5 MOTIVAÇÃO E EXPECTATIVA QUANTO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

No que se refere à motivação para a procura pelo tratamento odontológico, a maioria dos pacientes participantes desta investigação (90) respondeu que faz o tratamento dentário para a manutenção da saúde bucal, seguida pela procura pelo tratamento protético (19), alinhamento dentário (12), troca de restaurações (10) e cura da dor (19). Sob o ponto de vista dos profissionais, o motivo para tal procura é ainda a cura da dor (111), a manutenção da saúde bucal (22) e a troca de restaurações (10).

Analizando mais profundamente as respostas dos pacientes, é possível aventar a hipótese de que, quando se referem à busca pela manutenção da saúde bucal, estejam indicando a cura da dor mas, por razões particulares, talvez não tenham deixado isso claro, de vez que se submetiam a tratamentos dentários estéticos.

No que respeita à motivação para o tratamento odontológico, Wise (1996) e Mori & Cardozo (2002) - cujos resultados foram fornecidos em pesquisas com pacientes e profissionais - afirmam que a maioria dos pacientes procura o tratamento dentário em função da dor, seja esta originada por cárie, fratura de prótese e problema periodontal, entre outros. Já Conny *et al.* (1985) afirmam que o fator estético é preponderante para a busca do tratamento dentário, seguido pela dor e pela incapacidade de mastigação.

Com relação às queixas mais freqüentes sobre tratamento protético, nos 65 pacientes portadores de próteses predominou a insatisfação com o

conforto (20 - 31%), seguida da insatisfação com a função (13 - 20%), insatisfação com a estética (12 - 18,5%), insatisfação com o alinhamento dos dentes (10 - 15,5%) e insatisfação com a cor do(s) dente artificial(is) (3 - 4,7%).

Já os profissionais relataram que as queixas mais freqüentemente ouvidas em seus consultórios são a insatisfação com a estética (62 - 42%), a insatisfação com a cor do(s) dente(s) artificial(is) (44 - 29,4%), o conforto com a prótese (20 - 13,4%), a função da prótese (8; 5,4%) e o alinhamento dentário (6 - 4%).

Cerca de 39% dos pacientes da amostra investigada estão insatisfeitos com a estética, e 31% com o conforto da prótese, enquanto que para os profissionais as queixa mais comuns prendem-se à estética (75,5%) e ao conforto (13,5%). Novamente observa-se discordância entre os dois grupos, o que sugere diferenças quanto às percepções do tratamento protético entre pacientes e cirurgiões-dentistas.

Pacientes portadores de próteses parciais fixas e próteses sobre implante demonstram maior satisfação que aqueles que portam próteses totais e próteses parciais removíveis. Estes últimos manifestam insatisfação quanto ao conforto, à estabilidade, à função, à estética, e à semelhança com os dentes naturais. Em se tratando das expectativas quanto à estrutura e à função da prótese, os pacientes comentam que as próteses totais devem se fixar perfeitamente e sem movimentos, permitindo-lhes comer, mastigar e falar da mesma forma que o faziam na presença de dentes naturais. Essas características - almejadas pelo paciente - estão distantes das possibilidades

da prótese total, já que é sabido que a funcionalidade das mesmas é de 20%, quando comparada à dos dentes naturais (Chamberlain *et al.*, 1984; Davis *et al.*, 1986; Cibirka *et al.*, 1997).

Considerando esses aspectos, fica claro que a aceitação da substituição de dentes naturais e o completo sucesso da terapia protética exigem a adaptação das funções mastigatória e psicossocial do paciente. Mesmo que a substituição protética seja a melhor possível, a perda dos dentes promove uma forte reação emocional e provoca impacto na qualidade de vida do indivíduo (Cibirka *et al.*, 1997).

No que se relaciona ao grau de insatisfação com o resultado do tratamento restaurador estético-dentário comparado ao dente natural, o resultado da presente pesquisa apontou a diferença de cor entre o dente natural e o material restaurador (53 pacientes e 101 profissionais), seguida pela diferença de textura (53 pacientes e 20 profissionais) e de volume (23 pacientes e 7 profissionais).

A literatura mostra que os pacientes preferem próteses com cor, volume e textura mais próximos ao dente natural. Ocorre que os materiais artificiais não reproduzem fielmente os dentes naturais. Ainda pode ocorrer que o profissional, na tentativa de atingir a excelência de controle da placa bacteriana, realize uma restauração muito lisa e polida, mas com textura incompatível com os dentes adjacentes (Conny *et al.*, 1985; Mendes & Bonfante, 1994; Zinman, 2000).

A literatura preconiza que o atendimento odontológico seja fundamentado na interação paciente-profissional, que ocorre por meio de

comunicação adequada, isto é, que as expectativas do paciente sejam bem compreendidas pelo profissional, que deve fornecer os esclarecimentos necessários para obter o consentimento para a realização do tratamento. A falha do profissional em detectar a expectativa do paciente ou em fazê-lo compreender os objetivos do tratamento pode se tornar um motivo de discórdia entre ambos (Silva, 1994; Sinha *et al.*, 1996; Modolo *et al.*, 1999; Ramos, 2000; Terra *et al.*, 2000).

6.6 INFORMAÇÕES E ESCLARECIMENTOS SOBRE O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

A literatura demonstra que o elevado número de queixas e/ou processos contra cirurgiões-dentistas são provenientes, principalmente, da falta de comunicação entre paciente e profissional. Isso evidencia a importância de que o profissional explique detalhadamente os procedimentos que serão realizados, incentivando o paciente a formular indagações sobre o planejamento proposto e fornecendo informações sobre as técnicas a serem empregadas, respeitando o princípio da autonomia do indivíduo (Fortes, 1994; Sinha *et al.*, 1996; Pinzan *et al.*, 1997; Rosa, 1997; Benjamin, 1998; Muñoz & Fortes, 1998; Modolo *et al.*, 1999; Ramos, 2000; Terra *et al.*, 2000; Zinman, 2000; Ribeiro, 2002)

Na prática assistencial e coletiva na odontologia tem-se experimentado e observado uma relação entre profissional e paciente que a cada dia é mais impessoal. A especialização, o emprego exclusivo de

técnicas da profissão médica e o aparecimento de novas formas de organização do trabalho - como por exemplo as empresas de convênios médico-odontológicos - resultaram no distanciamento da relação entre profissional e paciente, tornando a atividade distante, impessoal e despersonalizada. Essa forma de relacionamento provoca conflitos entre as partes, contribuindo para o aumento de demandas de responsabilidade jurídica nos países europeus, e sobretudo nos EUA (Fortes, 1994).

Idealmente, o atendimento odontológico seria uma interação entre duas pessoas preocupadas uma com a outra: o profissional deveria estar empenhado em fazer o melhor possível pela “pessoa”, e não pela boca ou pelos dentes do seu paciente. Esse vínculo atribui ao profissional parcela de responsabilidade pelo sucesso ou pelo fracasso do atendimento. O fato de o paciente estar submisso não significa que esteja satisfeito com o tratamento, ao contrário, poderá estar se sentindo forçado, coagido ao tratamento pela falta de empenho do profissional em atendê-lo como ser único. Aceita-se que o profissional exerça ação persuasiva, mas não a coação ou manipulação de fatos ou dados. A persuasão é entendida como a tentativa de induzir a decisão de outra pessoa por meio de apelos à razão, ação válida eticamente. O consentimento só é moralmente aceitável quando fundamentado na informação, competência, entendimento e voluntariedade. (Muñoz & Fortes, 1998).

No que diz respeito ao paciente idoso, este requer maior dedicação e paciência, o que exige do profissional explicações cuidadosas, repetidas e detalhadas, além do respeito à autonomia individual. Estudos demonstram

que os pacientes se lembram apenas de pequena porcentagem das informações fornecidas pelo profissional e, muitas vezes, não se sentem seguros para tomar as decisões, deixando-as a cargo do profissional, que nem sempre fará a melhor opção (Warner & Segall, 1980; Albino *et al.*, 1984; Fortes, 1994; Sinha *et al.*, 1996; Alves, 2000; Chain *et al.*, 2000; Grisi, 2000)

Não é incomum que, analisando casos de insucesso de tratamento, observe-se que o traço comum entre eles é o esclarecimento inadequado do paciente no início do tratamento. Frequentemente, o paciente só é informado de que se tratava de uma tentativa terapêutica com risco de fracasso quando sobrevém o insucesso. Nessas circunstâncias o paciente se sente enganado, e pode mover uma ação judicial contra o profissional. Assim, é importante adequar as expectativas do paciente ao resultado possível, evitando que uma diferença entre o esperado e o resultado gere frustração e outros sentimentos negativos (Farah & Ferraro, 2000; Ramos, 2000).

De acordo com Muñoz & Fortes (1998) e Umani Ronchi (1999), a informação é a base das decisões do paciente, e é necessária para que ele consinta ou recuse as medidas ou procedimentos de saúde propostos. O consentimento esclarecido requer informações adequadas, compreendidas pelos pacientes. *“A pessoa pode ser informada, mas isto não significa que esteja esclarecida, principalmente quando as informações não forem adaptadas às suas circunstâncias culturais e psicológicas”*. (Muñoz & Fortes, 1998, p.65).

Essa adaptação às circunstâncias culturais e psicológicas é de responsabilidade do cirurgião-dentista que, detentor do conhecimento técnico, pode levar o paciente à intimidação ou à admiração. Estes, por sua

vez, não querendo demonstrar ignorância, sente-se constrangido para pedir esclarecimentos às suas dúvidas (Albinoet *al.*, 1984; Silva, 1994).

Em estudo sobre os tratamentos realizados em instituições hospitalares, Muñoz & Fortes (1998) são enfáticos em afirmar que consideram insatisfatórias as argumentações de que boa parte desses pacientes não compreende as informações que lhes são transmitidas. E os autores complementam, comentando que tais afirmações trazem consigo, disfarçados ou inconscientes, preconceitos étnicos ou sociais. Na maior parte das vezes, quando os pacientes não compreendem as informações a causa é a inadequação da informação, e não a pretensa incapacidade de compreensão.

No capítulo que versa sobre o relacionamento com o paciente - art. 6º, inciso II -, o Código de Ética Odontológica é bastante claro, quando dispõe: “*constitui infração ética deixar de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento*” (CFO, 1998, p. 10). Comentando o Código de Defesa do Consumidor, Benjamin (1998) afirma que o consumidor é geralmente mal informado. Ele não está habilitado a conhecer a qualidade do bem ofertado nem a obter, por meios próprios, as informações exatas e essenciais, o que justifica a necessidade de esclarecimentos completos para que possa fazer uma livre escolha. E, embora o autor esteja discorrendo sobre produtos e serviços - não incluindo aí os profissionais liberais -, tais princípios se aplicam à área da saúde quando se trata de intervenções terapêuticas, que devem ser precedidas de informações minuciosas para que a decisão tomada em conjunto leve ao sucesso desejado.

Calvielli (1997) observa que a inadequada explicação do profissional sobre a natureza do tratamento é a causa da maioria dos conflitos que conduzem o cirurgião-dentista à corte.

De acordo com o Prof. Dr. Dalton Ramos, em entrevista concedida a Ribeiro (2002), *“um dos grandes erros dos profissionais da odontologia é a ausência de comunicação com o paciente. O odontólogo, muitas vezes, não explica o procedimento que será realizado e o paciente se mantém calado”*.

Dos profissionais entrevistados, a grande maioria (97%) afirmou que esclarece detalhadamente o plano de tratamento, mas ainda há profissionais (3%) que não sabem que a omissão dessas informações constitui-se em infração ao já citado artigo do Código de Ética Odontológica. Com relação aos os pacientes, 80% deles afirmaram receber informações do profissional, enquanto 20% declararam o contrário, embora seja possível que esse último grupo de pacientes tenha sido informado, mas não esclarecido. Talvez essa falta de esclarecimento se deva à falta de empenho do cirurgião-dentista em empregar uma linguagem clara e acessível, adequada à compreensão do paciente, que tanto pode ser uma pessoa que tem acesso à informação – e, desta forma, capaz de acompanhar explicações mais sofisticadas e não se sentir intimidada em pedir esclarecimentos sobre aquilo que não entende -, quanto uma pessoa que tem dificuldades em decodificar a informação porque não tem acesso a ela – e, conseqüentemente, cala-se para não expor aquilo que acredita ser uma limitação pessoal.

À explicação detalhada do plano de tratamento ao paciente, o profissional deve aliar as opções de tratamento que considera viáveis e suas

implicações, especialmente no que concerne à estética facial. Dessa forma, o profissional estabelece o que pode ou não ser considerado viável clinicamente em termos de resultados, para que o paciente possa optar ou não pelo tratamento. Também não há superioridade de uma especialidade sobre outra, o que ocorre são situações que exigem atuações mais urgentes. Na ausência delas, a prioridade é a seqüência lógica organizada no plano de tratamento, ou as opções mais simples e acessíveis ao paciente (Muñoz & Fortes, 1998; Umani Ronchi, 1999; Lascalla & Moussalli, 1999; Ramos, 2000; Goldstein, 2000; Grisi *et al.*, 2000; Hungerford, 2000; Zinman, 2000)

No que concerne à apresentação de alternativas de tratamento, 141 (94%) profissionais responderam que as apresentam, e 8 (5,4%) que não o fazem. Entre os pacientes, 115 (76,7%) responderam que os profissionais lhes propõem diferentes alternativas, e 35 (23,4%) declararam não receber esse tipo de informação. Essa discrepância entre as respostas de profissionais e pacientes pode ser um reflexo da falha de comunicação entre as partes, que resulta no cerceamento do direito à escolha do paciente - o que, além de ser uma afronta ao seu direito de autonomia, promove a insatisfação e a desconfiança.

O direito de escolha de tratamento está intrinsecamente relacionado ao respeito à autonomia do indivíduo, que significa autodeterminação para tomar decisões que afetem a sua vida, a sua saúde e a sua inserção social; refere-se à capacidade que o ser humano tem de decidir o que é “bom” ou o que é o seu “bem-estar”. Assim sendo, a pessoa autônoma é aquela que tem liberdade de pensamento, e pode escolher entre as alternativas que lhe

são apresentadas. Os pacientes pertencentes a grupos sócio-econômicos mais baixos têm menores possibilidades de escolha, mas isso não significa que devam ser vistos como pessoas que não podem tomar as suas próprias decisões (Muñoz & Fortes, 1998).

Quanto ao fator determinante na escolha das opções de alternativas de tratamento, os profissionais apontaram o custo (107 - 71,4%), o comprometimento estético (19 - 12,7%) e a duração (11 - 7,3%); 13 (8,7%) profissionais não responderam à pergunta, justificando que estavam realizando o tratamento odontológico em entidades de classe e/ou de ensino, nas quais o paciente arca tão somente com os custos do material utilizado e o paciente é previamente selecionado pelo serviço de triagem, para posterior encaminhamento às especialidades pertinentes. Entre os pacientes também predominou o fator custo (54 - 36%), seguido pelo comprometimento estético (44 - 29,4%) e pela duração do tratamento (14 - 9,4%); não responderam a essa questão 38 (25,4%) pacientes. Tais resultados permitem inferir que, enquanto na opinião da maioria dos profissionais os pacientes fazem a opção de tratamento em função dos seus custos, para os pacientes o custo é importante, mas muito próxima também está a preocupação com o bom resultado estético.

A participação do paciente na seleção de alternativas de planos de tratamento é essencial não somente para a sua satisfação, mas também para determinar a direção do tratamento. Mesmo que o profissional esteja convicto de que uma determinada técnica é a adequada para aquele caso clínico, e que assuma a responsabilidade de realizá-la, é importante que o

paciente tome conhecimento das outras alternativas de tratamento. O paciente não é “mais um caso”, ele é “único” no momento em que é atendido. Assim, o cirurgião-dentista tem o dever de informá-lo a respeito de outras possibilidades, para que a escolha não seja embasada em uma suposta “ótima alternativa científica ou tecnológica”, mas sim “no melhor para aquela pessoa” (Fortes, 1994; Margolis, 1997; Pinzan *et al.*, 1997; Ramos, 1997; Farah & Ferraro, 2000; Ribeiro, 2002).

Em respeito à autonomia do paciente, é de bom alvitre fornecer e esclarecer - qualquer que seja a posição sócio-econômica deste - o valor aproximado de todo o plano de tratamento odontológico, bem como prever situações que possam resultar em alterações de custos devido à evolução clínica (Lascalea & Moussalli, 1999; Ramos, 2000).

O CEO - nos art. 6º, inciso II; 21, inciso V; 22, inciso VII - ampara o paciente quanto ao direito de ser respeitado em suas escolhas, ser informado sobre os recursos disponíveis para a solução de seu problema – especialmente no que concerne às características, à composição e aos preços -, e conhecer os riscos que a terapêutica a que vai se submeter apresentam (CFO, 1998; Grisi *et al.*, 2000).

Também foi objetivo deste trabalho averiguar se os profissionais fornecem a seus pacientes informações sobre as limitações dos tratamentos propostos. Dos profissionais entrevistados, 147 (98%) afirmaram que têm como conduta de trabalho tais esclarecimentos, enquanto que 3 (2%) afirmaram o contrário. Dos pacientes, 113 (75,5%) responderam que recebem tais esclarecimentos, enquanto que 34 (22,5%) afirmaram que

“não”. Aqui se observam falhas de comunicação, pois a quase totalidade dos profissionais afirmou dar os esclarecimentos necessários sobre as limitações dos tratamentos, enquanto a porcentagem de pacientes que diz recebê-las é menor. Essa discrepância pode ser a responsável pela insatisfação, tornando-se motivo de queixas e/ou processos, porque, em não tendo entendido que o resultado desejado pode não ocorrer diante da situação concreta, o paciente tende a se sentir ludibriado, ou a desacreditar da competência do profissional.

A literatura tem reiterado constantemente que o cirurgião-dentista deve inteirar-se das necessidades e expectativas do paciente. O paciente é pouco informado sobre a importância funcional e a saúde dos dentes, já que habitualmente procura a solução para algum tipo de problema estético. Portanto, cabe ao profissional esclarecê-lo das necessidades funcionais do sistema mastigatório, das limitações do tratamento para atingir os seus objetivos pois muitas vezes, para solucionar os problemas funcionais, a estética é comprometida, e vice-versa (Nanda & Zernik, 1995; Ramos, 2000).

O profissional deve ser franco e leal com o paciente, esclarecendo-o sobre os fatores de risco que limitam ou até impossibilitem a solução do caso. A informação sobre a condução do tratamento deve ser clara, e transmitida de maneira tranqüila e polida (Silva, 1994; Sinha *et al.*, 1996; Grisi *et al.*, 2000).

A participação do paciente na obtenção do bom resultado do tratamento é importante em todas as especialidades odontológicas. Na ortodontia, por exemplo, é importante salientar ao paciente que o sucesso do

tratamento não depende somente da experiência do profissional, mas de uma série de fatores que por vezes limitam o bom andamento dos procedimentos, e podem até mesmo inviabilizar a obtenção de um bom resultado. Porque, além das limitações intrínsecas de cada caso, o grau de colaboração do paciente é fundamental (Pinzan *et al.*, 1997).

A pergunta sobre orientação da higienização dos dentes também revelou divergências: enquanto 96% dos profissionais afirmaram que fazem essa orientação clínica, somente 80,7% dos pacientes relataram ter recebido tal orientação.

A higiene bucal é a chave para a prevenção e o sucesso de todas as formas de tratamento odontológico. Os insucessos podem advir por inadequada higiene bucal, que é de responsabilidade do paciente mas também, do cirurgião-dentista, a quem cabe explicar a importância da higiene adequada nos efeitos terapêuticos e na manutenção da saúde bucal. O paciente desconhece esse pormenor, razão pela qual o profissional deve esclarecê-lo já no início do tratamento, durante os procedimentos básicos. A participação do paciente no sucesso do tratamento deve ser cultivada e mantida durante todo o período de intervenções clínicas sob o título “motivação”, de forma que ao paciente se torne lógico continuar com os cuidados (Schluger *et al.*, 1977; Pinzan *et al.*, 1997; Lascalla & Moussali, 1999).

Além disso, o profissional deve acompanhar e preservar o bom andamento clínico, e evitar efeitos iatrogênicos que dele possam advir, já que o Código de Ética Odontológica, em seu art. 4º inciso III, dispõe:

“...constituem deveres fundamentais dos profissionais zelar pela saúde...”. (CFO, 1998, p. 9).

Nas questões seguintes buscou-se averiguar se o profissional conversa com os pacientes sobre os materiais restauradores estéticos. No que diz respeito às indicações e contra-indicações desses materiais, 138 (92%) profissionais afirmaram adotar tal conduta, e 11 (7,4%) afirmaram o contrário. Dos pacientes, 93 (62%) responderam que recebem tais esclarecimentos, e 55 (37%) informaram não recebê-los. Mais uma vez surge a discrepância, sugestiva de que os profissionais não se empenham suficientemente em informar adequadamente os pacientes quanto às características dos materiais restauradores, no que se refere às suas indicações e/ou contra-indicações.

Para que o tratamento odontológico transcorra em um clima de tranqüilidade, é importante que haja transparência ética. Essa transparência permeia todos os momentos e procedimentos do tratamento. Assim, também os materiais restauradores devem ser discutidos entre as partes: o profissional informa os diferentes tipos existentes no mercado, seu preço e suas características – indicações e/ou contra-indicações -, e ambos discutem a melhor alternativa para o caso do paciente. Mas, muito mais do que isso, é necessário esclarecer o paciente de que a odontologia restauradora dita cosmética, apesar dos avanços dos últimos anos, não é capaz de fazer milagres, assim como não há material restaurador miraculoso (Chain *et al.*, 2000).

Os compósitos, por exemplo, se aplicados em dentes posteriores, têm a função e a longevidade comprometidas, e o paciente tem que conhecer essa característica pois, se optar pelo emprego desse tipo de material, estará consciente de que a opção foi puramente estética, e que problemas poderão surgir posteriormente. O paciente não deve ser induzido a aceitar um tratamento negligente, no qual a preocupação estética excede a capacidade funcional razoável do material (Zinman, 2000). Ao transmitir esse tipo de informação, o cirurgião-dentista deve se limitar a arrolar os riscos previsíveis – seja em função de sua experiência, seja com base em dados estatísticos -, evitando mencionar casos excepcionais e raros (Fortes, 1994; Muñoz & Fortes, 1998).

E, de acordo com Denari (1998), as informações devem ser transmitidas com clareza, ou seja, inteligíveis por qualquer pessoa, mesmo para aquelas com menor grau de informação. Também devem ser completas, contemplando todos os aspectos necessários.

Os integrantes da amostra também foram inquiridos a insistência ou prevalência da vontade do paciente no emprego do material estético restaurador contra-indicado para o seu quadro. Dos profissionais, 81 (54%) afirmaram que não aceitam a exigência do paciente, e 66 (44%) que acatam a vontade do paciente. Dos pacientes, 118 (78,7%) informaram que aceitam a orientação do cirurgião-dentista, e 26 (17,4%) que não a aceitam. Em uma observação mais minuciosa dessas respostas, verificou-se que o contingente de profissionais que cede à exigência do paciente é em grande

parte composto por recém-graduados e cirurgiões-dentistas do sexo feminino.

Muitas das críticas feitas à odontologia cosmética são consequência de procedimentos que resultaram em iatrogenias porque o profissional rendeu-se às exigências do pacientes. O cirurgião-dentista deve entender que o cerne da prática odontológica não é a estética, a beleza, mas sim a promoção da saúde, de acordo com o já citado art. 4º inciso III do CEO (CFO, 1998; Qualtrough & Burke, 1994; Fortes, 1995).

Complementando a pergunta anterior, os componentes da amostra foram indagados se o profissional sugere alterações estéticas para os dentes, ainda que o paciente não se queixe: 61 (40,7%) pacientes e 86 (57,4%) cirurgiões-dentistas responderam afirmativamente, e 87 (58%) pacientes e 64 (42,7%) cirurgiões-dentistas responderam que não fazem tais propostas. Em consulta ao banco de dados desta investigação, observou-se novamente que, entre os profissionais que adotam esse comportamento, predominam os recém-graduados e as mulheres.

É grande o número de pacientes que procuram os consultórios para trocar as restaurações metálicas por restaurações estéticas da cor dos dentes naturais, mas o cirurgião-dentista tem a obrigação ética de informar a tais indivíduos que, por exemplo, o amálgama é uma restauração durável e de excelente qualidade, e que substituí-lo por outro material prende-se tão somente a implicações estéticas. Não que o profissional tenha que abandonar o interesse por alternativas de tratamentos estéticos, mas ele deve estar alerta com relação à substituição desenfreada e impensada de

restaurações em nome da “estética”. O profissional deve se indagar sobre a real necessidade das trocas de restaurações, e discutir a relação custo-benefício com o paciente, uma vez que o tratamento estético é eletivo e de exclusiva opção deste último (Davis *et al.*, 1986; Silva, 1994; Goldstein *et al.*, 1991; Fortes, 1995; Chain *et al.*, 2000; Limberte, 2003).

Segundo Muñoz & Fortes (1998) respeitar a autonomia da pessoa é aceitar que o ser humano é um fim em si mesmo, não somente um meio de satisfação de interesses de terceiros, sejam eles comerciais, industriais, ou dos próprios profissionais e serviços de saúde. Nas disposições do Código de Ética Odontológica - art. 6º incisos I e III – *“constitui infração exagerar em diagnóstico, prognóstico ou terapêutica, e executar ou propor tratamento desnecessário ou para o qual não esteja capacitado”* (CFO, 1998, p.10).

Os resultados das três últimas perguntas - esclarecimentos quanto às indicações e contra-indicações dos materiais restauradores estéticos, insistência de seu emprego apesar de contra-indicação, e proposta de alterações estéticas mesmo que não haja queixa do paciente - são bastante preocupantes, pois confirmam as informações da literatura, que relata que o número crescente de processos contra cirurgiões-dentistas nas especialidades estéticas - geralmente requeridos por pacientes do sexo feminino - decorre da falta de comunicação entre paciente e profissional, o que pode gerar expectativas falsas no paciente (Modolo *et al.*, 1999; Terra *et al.*, 2000; Ribeiro, 2002; Miranda & Ramos Jr., 2003).

Os limites éticos são bem claros: em primeiro lugar o paciente deve estar incluído no contexto de promoção de saúde, deve estar motivado para

os cuidados preventivos e mantenedores, para depois ser brindado com os trabalhos estéticos (Fortes, 1995; Neumann *et al.*, 1989; Goldstein, 2000).

No que concerne à conduta do profissional quando da troca de restaurações – se ele esclarece ou não os motivos para fazê-lo -, 145 (96,7%) profissionais responderam “sim”, e 3 (2%) responderam “não”. Dos pacientes, 117 (78%) responderam afirmativamente, e 25 (16,7%) afirmaram o contrário. É interessante observar que, também nesta questão, o número de profissionais que afirmam agir adequadamente, isto é, esclarecer a razão do procedimento clínico, foi maior que o de pacientes que informaram receber esse tipo de informação.

É importante ressaltar que, dependendo da forma como explicita os benefícios do tratamento, o profissional pode gerar uma obrigação de resultado. Mesmo convivendo com a tentação da venda de serviços, o cirurgião-dentista deve tomar cuidado redobrado nesse aspecto, tendo a certeza de que o paciente compreendeu os riscos existentes nos procedimentos (Farah & Ferraro, 2000).

As duas questões seguintes foram dirigidas especificamente aos cirurgiões-dentistas. Na primeira, sobre que tipo de prótese indicariam para a substituição de perdas dentárias da região anterior, 82% dos profissionais responderam que indicariam a prótese sobre implante, 17% a prótese fixa e 1% a prótese removível.

Confrontando as respostas a essa pergunta com aquelas obtidas na questão “*se você tivesse uma perda dentária na região anterior, usaria uma: a) Prótese Fixa; b) Prótese Removível; c) Prótese sobre Implante*”, do item CONCEITO

SOBRE ESTÉTICA EM SI MESMO, observam-se coincidências: prevalece a prótese sobre implante, seguida pelas próteses fixa e removível, o que reforça as informações da literatura consultada (Albino *et al.*, 1984; Chäng *et al.*, 1999; Ribeiro Filho, 1999; Grisi *et al.*, 2000; Zinman, 2000).

O tratamento com prótese sobre implante é oneroso e apresenta características técnicas e biológicas peculiares. Entre os fatores limitadores dos implantes osseointegrados, Souza Pinto *et al.* (2000) apontam a idade, a doença periodontal ativa - responsável por alta incidência de infecção e sobrevivência do implante -, o tabagismo e as doenças sistêmicas, cardiovasculares, endócrinas etc.

A prótese parcial fixa também é onerosa, exige um bom diagnóstico, acurado planejamento e habilidade do profissional, porém já está consagrada, pois apresenta bons resultados.

No que concerne à escolha da cor do(s) dente(s) artificial(is), 92% dos cirurgiões-dentistas da amostra aqui estudada afirmaram que solicitam a participação do paciente. Esse resultado é confirmado por outros estudiosos (Belser & Kundert, 1986; Murrell, 1988; Seger, 1992; Chäng *et al.*, 1999; Hungerford, 2000). Entretanto, a comparação entre as respostas dos profissionais a esta pergunta e aquelas do item anterior - CONCEITO SOBRE ESTÉTICA EM SI MESMO, formuladas tanto a pacientes quanto a profissionais portadores de próteses – revela que somente 46 (70,8%) pacientes e 25 profissionais (71,5%) participaram dessa escolha. Novamente, a maioria dos profissionais relatou que adota a conduta adequada, mas os pacientes –

mesmo os cirurgiões-dentistas, naquela situação na condição de pacientes - apontaram o contrário.

O não entendimento da expectativa de tratamento, e o não compartilhamento do tratamento odontológico estético com o paciente – em etapas como a escolha da cor e da posição dos dentes artificiais -, podem levar o paciente a não se sentir satisfeito com o resultado final do tratamento.

Mais uma vez, os resultados deste estudo vão de encontro às informações da literatura sobre o descompasso na comunicação entre paciente e profissional como fator gerador de controvérsias e reclamações (Modolo *et al.*, 1999; Goldstein, 2000; Ramos, 2000; Terra *et al.*, 2000; Limberte, 2003).

Inquiridos sobre o hábito de orientar os pacientes quanto aos cuidados com a prótese e os dentes naturais, os profissionais responderam unanimemente “sim”; já entre os pacientes, somente 126 afirmaram receberem tais orientações.

Goldstein *et al.* (1991) e Ramos (2000) postulam que é dever do cirurgião-dentista esclarecer e instruir o paciente sobre as manobras que este deve realizar no pós-operatório, procedimentos de higiene bucal etc. Cabe ainda ao profissional esclarecer que nada é eterno, que as restaurações sofrem um desgaste natural independentemente do tipo de material utilizado, e fornecer informações quanto aos cuidados com o tratamento e os retornos às consultas para o bom acompanhamento do trabalho - mostrando a sua dedicação ao paciente – mas, em hipótese

alguma, deve declarar algo que equivalha a “dar certificado de garantia” do tratamento. Citando comentários do Dr. José de Aguiar Dias, Farah & Ferraro (2000) afirmaram que o médico responde por infração de dever de conselho quando não instrui o paciente ou a pessoa que dele cuida a respeito das precauções essenciais requeridas pelo seu estado.

Como já afirmado anteriormente, as lides envolvendo “insucesso” de tratamento vêm crescendo muito, e Ramos *et al.* (2000) verificaram que a frequência de processos de responsabilidade profissional no Núcleo de Odontologia Legal do Instituto Médico-Legal de São Paulo aumentou 43,75% entre 1998 e 1999 nas especialidades estéticas: cirurgia, prótese e implante.

Em artigo publicado em 2002, Ribeiro comenta informação divulgada pelo promotor de justiça Vilanir Camapum Jr.: na região Centro-Oeste do país, o índice de denúncias oriundas de procedimentos odontológicos aumentou de 6 (seis) no ano de 1993 para 80 (oitenta) no ano de 2001, com predomínio das áreas de implante e ortodontia.

Diante do exposto, buscou-se verificar o possível envolvimento dos entrevistados em lides judiciais. A primeira pergunta versava sobre a conduta do profissional frente ao insucesso de tratamento estético. Entre os profissionais, 75 (50%) responderam que costumam explicar a necessidade de reestudar o planejamento, com indicação de outro material, e propõem o retratamento, sem cobrar novos honorários; 65 (43,4%) consideram esse tipo de ocorrência como circunstância “natural”, e apresentam nova proposta de tratamento, e 3 (2%) declaram aos pacientes ser esta uma circunstância “natural”, propõem o retratamento e cobram novos honorários.

Já entre os pacientes, 63 (42%) responderam que os cirurgiões-dentistas alegaram a necessidade do reestudo do planejamento, com indicação de outro material e proposto o retratamento e, durante a entrevista informaram que cobrariam novos honorários; 27 (18%) tiveram como resposta que essa intercorrência era “natural” e receberam nova proposta de tratamento, e 28 (18,7%) foram informados pelos cirurgiões-dentistas que se tratava de circunstância “natural”, receberam proposta de retratamento e de cobrança de novos honorários. Outra vez observa-se discordância nos percentuais de respostas dos dois grupos, principalmente no que se refere ao último quesito.

Aqueles que escolheram como resposta as duas primeiras alternativas justificaram que, para a manutenção do bom relacionamento com o paciente, refizeram ou corrigiram as restaurações insatisfatórias, sem encargos adicionais ao paciente. Segundo Fernandes (2000), diante de recidivas do tratamento que ocorrem no período pós-contenção, os ortodontistas informam aos pacientes que essa é uma circunstância natural, e apresentam o retratamento ortodôntico, sem custos. A maioria dos profissionais procura evitar que o paciente impetre ação de ordem cível. A insatisfação com o resultado do tratamento por ambas as partes é, de acordo com Zinman (2000), uma confissão de frustração mútua, e o seu reembolso não tem conotação de confissão de culpa.

Quanto à terceira opção, é natural que o paciente que se vê em uma situação como essa - além de passar por um retratamento, com os

desconfortos e “perdas de tempo” que isso demanda, ainda terá que pagar novamente - sinta-se prejudicado e busque solução judicial para o problema.

Continuando a investigar o aspecto conflito, os integrantes da amostra foram inquiridos sobre a ocorrência de algum desentendimento com o paciente ou o cirurgião-dentista. Afirmaram não ter vivido esse tipo de problema 56% dos profissionais e 82% dos pacientes, e responderam que já haviam atravessado esse tipo de situação 44% dos profissionais e 18% dos pacientes. Esses resultados contradizem aqueles anteriormente obtidos. Isso pode indicar uma certa “insatisfação” dos profissionais com o comportamento dos pacientes que, a cada dia, tornam-se mais exigentes. Durante a entrevista, os pacientes foram indagados sobre o grau de desentendimentos com os profissionais: muitos alegaram que, quando insatisfeitos, simplesmente abandonam o tratamento e procuraram outro profissional.

Já entre os profissionais, 63,7% informaram que refazem o tratamento. Quanto ao envolvimento em algum tipo de processo, 13,7% dos profissionais e 3,8% dos pacientes afirmaram ter vivido essa situação.

Porém, apesar dos entrevistados afirmarem que experimentaram alguma espécie de desentendimento, apenas um cirurgião-dentista assumiu que tal fato tenha resultado em processo ético. Os demais ressaltaram que optaram por um acordo amigável, para a diferença havida e manter um bom relacionamento profissional. Quando isso não ocorre, poderão sobrevir lides judiciais. Terra *et al.* (2000) relatam que quase não encontraram, nos expedientes pesquisados, provas documentadas de que houve conversas

entre os profissionais e os pacientes ou responsáveis sobre as dúvidas ou problemas que motivaram as ações.

Os resultados do presente trabalho contradizem as informações da literatura recente, que aponta um número crescente de profissionais sendo processados em âmbito cível e penal (Pinzan *et al.*, 1997; Rosa, 1997; Modolo *et al.*, 1999; Ramos *et al.*, 2000; Ramos, 2000; Terra *et al.*, 2000).

O presente estudo não objetivou analisar processos de responsabilidade profissional mas, como a literatura é pródiga em afirmar que os desentendimentos são originados por “falta de comunicação”, buscamos avaliar alguns dos possíveis motivos responsáveis pela propagada elevação da ocorrência de processos em tratamentos odontológicos estéticos.

7 CONCLUSÕES

A análise e a discussão dos resultados obtidos no presente trabalho possibilitaram as seguintes conclusões:

1. Os conceitos de estética em geral de pacientes e profissionais são muito semelhantes, à exceção da coloração dos dentes, considerada mais importante pelos pacientes do que pelos profissionais.
2. Quanto à estética em outros, a avaliação das características negativas em próteses demonstrou divergência acentuada entre os dois grupos, pois enquanto para os pacientes a estética é comprometida pela presença de grampos, para os profissionais a cinta metálica é que compromete a estética.
3. Com relação à estética do sorriso em si mesmo, pacientes e profissionais divergiram - os pacientes apontaram a exposição dos dentes superiores, enquanto os profissionais indicaram o desvio dos arcos dentários.
4. No que tange às motivações e expectativas para o tratamento odontológico também houve discrepâncias, enquanto para os pacientes a manutenção da saúde é determinante, os profissionais afirmaram que os seus serviços são procurados por motivo de dor.
5. Quanto aos resultados dos tratamentos, os pacientes demonstraram o desejo de receber próteses que lhes proporcionassem conforto, enquanto os profissionais acreditam que o fator mais importante para seus pacientes é a estética da prótese.

6. A cor dos dentes - muito valorizada pelos pacientes, quando se trata de características dentárias - perde importância no contexto de uma prótese, contrariamente ao que pensam os profissionais, que colocaram esse item como o segundo mais importante.
7. No contexto das informações e esclarecimentos, os profissionais quase que unanimemente afirmaram optar por condutas consideradas adequadas, enquanto o número de pacientes que declararam ter recebido esse tipo de conduta é bem menor.
8. Quando da ocorrência de desentendimentos, os pacientes declararam que optam pela troca de profissional, enquanto a maioria dos profissionais procura chegar a uma solução amigável com o paciente.

ANEXO 1**QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS PACIENTES**

NUMERO: _____

IDADE: _____ SEXO: F M

RUA _____ CEP _____

Grau de Instrução: Sem Instrução Fundamental
Médio Superior Completo Incompleto

Ocupação: _____ Empresário Empregado Autônomo

Renda Mensal de: R\$ _____

I – Conceito de estética geral

1. O que é mais atraente no rosto?

- a. Forma do rosto
- b. Olhar
- c. Sorriso
- d. Dentes

2. O que é mais atraente no sorriso?

- a. Forma da boca
- b. Posição dos dentes
- c. Cor dos dentes
- d. Tamanho dos dentes

3. O que são dentes bonitos?

- a. Dentes brancos
- b. Dentes alinhados
- c. Dentes grandes
- d. Dentes pequenos

4. Para você, a estética dentária é importante para a escolha de:

- a. Namorado
- b. Funcionários
- c. Amigos

II – Conceito sobre estética em outros

5. Qual a característica dentária negativa, que levaria em consideração, na hipótese de contratação de funcionário?

- a. Dentes mal posicionados
- b. Ausência dentária
- c. Halitose
- d. Dentes com coloração alterada

6. Em uma prótese na região anterior (fixa, removível ou implante), o que mais lhe incomoda?

- a. Cor dos dentes
- b. Cor da gengiva artificial
- c. Cinta metálica (Linha escura separando o dente da gengiva)
- d. Volume
- e. Presença de grampos

III – Conceito sobre estética em si mesmo

7. O que mais desagrada no seu sorriso?
- a. Forma da boca
 - b. Desvio da boca
 - c. Desvio dos arcos dentários
 - d. Exposição de dentes superiores
 - e. Mostra muita gengiva
8. Qual a importância dos dentes na aparência de seu rosto?
- a. Muito importante
 - b. Pouco importante
 - c. Indiferente
9. A cor de seus dentes lhe agrada? Sim Não
10. Qual seria o motivo principal para que o levasse a fazer um tratamento dentário, principalmente em caso de prótese?
- a. Problemas funcionais (dificuldade mastigatória, de pronunciar palavras, etc.)
 - b. Problemas estéticos
11. Se você tivesse uma perda dentária na região anterior, você usaria uma:
- a. Prótese Fixa
 - b. Prótese Removível
 - c. Prótese sobre implante
12. Você usa algum tipo de prótese dentária? Sim Não
- Em caso afirmativo, responda as questões abaixo:
13. Comparando com os seus dentes naturais, a prótese é:
- a. Muito mais feia que os dentes naturais
 - b. Muito mais bonita que os dentes naturais
 - c. Mais feia que os dentes naturais
 - d. Muito mais feia que os dentes naturais
 - e. É semelhante aos dentes naturais
14. Você participou na escolha da cor dos dentes artificiais para a prótese?
- Sim Não
15. Você participou na escolha da posição dos dentes artificiais para a prótese?
- Sim Não

IV. Motivação e expectativa de tratamento

16. Qual o principal motivo pela procura de tratamento dentário?
- a. Dor
 - b. Troca de restaurações
 - c. Colocação de prótese
 - d. Alinhamento dentário
 - e. Manutenção da saúde bucal

17. Qual é a sua queixa mais freqüente em relação à estética em um tratamento protético?
- a. Cor
 - b. Alinhamento dos dentes
 - c. Insatisfação com a prótese - estética
 - d. Insatisfação com a prótese – função
 - e. Insatisfação com a prótese – conforto
18. O que mais lhe incomoda no resultado de um tratamento dentário:
- a. A diferença da cor do dente natural com o material restaurador
 - b. O volume da restauração
 - c. A forma da restauração
 - d. A diferença de textura entre o dente e o material restaurador

V. Informações e esclarecimentos

19. O dentista costuma explicar detalhadamente o plano de tratamento proposto?
Sim Não
20. O dentista costuma apresentar mais de uma alternativa de tratamento?
Sim Não
21. Em caso afirmativo, as alternativas de tratamento são em função de:
- a. Comprometimento estético
 - b. Custo do tratamento
 - c. Duração do tratamento
22. O dentista costuma esclarecer quanto às limitações dos tratamentos propostos?
Sim Não
23. O dentista tem o hábito de ensinar a escovar os dentes? Sim Não
24. Em relação ao tratamento com material restaurador estético, o dentista costuma esclarecer sobre as indicações e contra-indicações do material?
Sim Não
25. Mesmo que o dentista esclareça sobre a contra-indicação do material restaurador, você insiste no uso deste material? Sim Não
26. O dentista costuma explicar o motivo da troca de restauração?
Sim Não
27. O dentista costuma propor alterações estéticas em seus dentes, mesmo que você não se queixe? Sim Não
28. Você recebe orientação quanto aos cuidados com a prótese e, inclusive com os dentes naturais? Sim Não

29. No caso de insucesso no tratamento estético, o dentista costuma:
- a. Informar que é uma circunstância “natural” e propõe o retratamento
 - b. Informar que é uma circunstância “natural”, propõe o retratamento e cobra novos honorários
 - c. Informar o reestudo do planejamento, faz indicação de outro material e propõe o retratamento
30. Você já teve alguma espécie de desentendimento com o cirurgião-dentista?
- Sim Não
31. Em caso afirmativo, isso resultou em:
- a. Refazer o tratamento
 - b. Devolver os honorários
 - c. Algum tipo de processo
32. Se houve processo, qual o resultado final:
- a. Ético
 - b. Cível
 - c. Penal

ANEXO 2**QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS CIRURGIÕES-DENTISTAS**

NÚMERO: _____

IDADE: _____ SEXO: F M

RUA: _____ CEP: _____

ESCOLA DE GRADUAÇÃO: Federal Estadual Privada

ANO DE FORMATURA: _____

ESPECIALIZAÇÃO: _____ ANO: _____

MESTRADO DOUTORADO OUTROS: _____

I – Conceito sobre estética geral:

1. O que é mais atraente no rosto?

- a. Forma do rosto
- b. Olhar
- c. Sorriso
- d. Dentes

2. O que é mais atraente no sorriso?

- a. Forma da boca
- b. Posição dos dentes
- c. Cor dos dentes
- d. Tamanho dos dentes

3. O que são dentes bonitos?

- a. Dentes brancos
- b. Dentes alinhados
- c. Dentes grandes
- d. Dentes pequenos

4. Para você, a estética dentária é importante para a escolha de:

- a. Namorado
- b. Funcionários
- c. Amigos

II – Conceito sobre estética em outras pessoas

5. Qual a característica dentária negativa, que levaria em consideração, na hipótese de contratação de funcionário?

- a. Dentes mal posicionados
- b. Ausência dentária
- c. Halitose
- d. Dentes com coloração alterada

6. Em uma prótese na região anterior (fixa, removível ou implante), o que mais lhe incomoda?

- a. Cor dos dentes
- b. Cor da gengiva artificial
- c. Cinta metálica (linha escura separando o dente da gengiva)
- d. Volume
- e. Presença de grampos

III – Conceito sobre estética em si mesmo

7. O que mais desagrade no seu sorriso?

- a. Forma da boca
- b. Desvio da boca
- c. Desvios dos arcos dentários
- d. Exposição dos dentes superiores
- e. Muita exposição gengival

8. Qual a importância dos dentes na aparência de seu rosto?
a. Muito importante b. Pouco importante c. Indiferente
9. A cor de seus dentes lhe agrada? Sim Não
10. Qual seria o motivo principal para que o levasse a fazer um tratamento dentário, principalmente em caso de prótese?
a. Problemas funcionais b. Problemas estéticos
11. Se você tivesse uma perda dentária na região anterior, você usaria uma:
a. Prótese Fixa b. Prótese Removível c. Prótese sobre implante
12. Você usa algum tipo de prótese dentária? Sim Não
- Em caso afirmativo, responda as questões abaixo:
13. Comparado aos seus dentes naturais, a prótese é
a. Muito mais feia que os dentes naturais
b. Muito mais bonita que os dentes naturais
c. Mais feia que os dentes naturais
d. Mais bonita que os dentes naturais
e. É semelhante aos dentes naturais
14. Você participou na escolha da cor dos dentes artificiais para a prótese?
Sim Não
15. Você participou na escolha da posição dos dentes artificiais para a prótese?
Sim Não

IV. Motivação e expectativa de tratamento odontológico

16. Qual o principal motivo dos pacientes procurarem o tratamento dentário?
a. Dor d. Alinhamento dentário
b. Troca de restaurações e. Manutenção da saúde bucal
c. Colocação de prótese
17. Entre seus pacientes qual é a queixa mais freqüente em relação à estética num tratamento protético?
a. Cor
b. Alinhamento dentário
c. Insatisfação com a prótese – estética
d. Insatisfação com a prótese – função
e. Insatisfação com a prótese - conforto

18. Qual é o motivo de reclamação mais freqüente em relação ao resultado de um tratamento dentário?
- a. A diferença da cor do dente natural com o material restaurador
 - b. Volume da restauração
 - c. Forma da restauração
 - d. A diferença de textura entre o dente e o material restaurador

V. Informações e esclarecimentos sobre tratamento odontológico

19. Você costuma explicar detalhadamente o plano de tratamento proposto?
Sim Não
20. Você costuma apresentar mais de uma alternativa de tratamento ao paciente?
Sim Não
21. Caso a resposta seja afirmativa, essas alternativas são em função de:
- a. Comprometimento estético
 - b. Custo do tratamento
 - c. Duração do tratamento
22. Você tem o hábito de explicar as limitações dos tratamentos propostos?
Sim Não
23. Você tem o hábito de ensinar a escovar os dentes? Sim Não
24. Você costuma esclarecer aos pacientes sobre os materiais restauradores estéticos quanto às indicações e contra-indicações? Sim Não
25. A insistência do paciente exigindo o material restaurador estético, prevalece sobre a contra-indicação do emprego do material?
Sim Não
26. Você costuma propor alterações estéticas a seus pacientes mesmo que eles não se queixem? Sim Não
27. Você costuma esclarecer o paciente sobre a necessidade de troca de restaurações? Sim Não
28. Se o seu paciente apresentasse perda dentária na região anterior, você indicaria uma:
- a. Prótese fixa
 - b. Prótese removível
 - c. Prótese sobre implante
29. O seu paciente participa na escolha da cor dos dentes artificiais para a prótese?
Sim Não
30. Você costuma orientar os pacientes no que diz respeito aos cuidados com a prótese e dentes naturais? Sim Não

31. No caso de insucesso no tratamento estético, a sua conduta é:
- a. Informar ao paciente que é uma circunstância “natural” e propõe o retratamento
 - b. Informar ao paciente que é uma circunstância “natural”, propõe o retratamento e cobra novos honorários
 - c. Informa ao paciente o reestudo do planejamento, faz indicação de outro material e propõe o retratamento
32. Você já teve alguma espécie de desentendimento com o paciente?
- Sim Não
33. Em caso afirmativo, isso resultou em:
- a. Refazer o tratamento
 - b. Devolver os honorários
 - c. Algum tipo de processo
34. Se houve processo, qual o resultado final:
- a. Ético
 - b. Cível
 - c. Penal

ANEXO 3**ESCLARECIMENTO AOS PACIENTES**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Curso De Pós-Graduação em Deontologia e Odontologia Social

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Este estudo objetiva identificar o entendimento de alguns aspectos referentes à estética facial, com destaque para o sorriso, os dentes e os tratamentos dentários que envolvem a estética.

O questionário conta com 32 questões. A sua identificação não é necessária, e o sigilo da pesquisa está assegurado. O Sr(a). não é obrigado a participar e pode, inclusive desistir a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo aos seus interesses no que concerne ao tratamento odontológico que está realizando.

Esclarecemos que o ato de entrega do questionário respondido será entendido como seu consentimento em colaborar com a pesquisa. Em outras palavras, se o Sr(a). não concordar com o teor do questionário, simplesmente desconsidere-o e não o entregue.

Os pesquisadores deste trabalho são:

Dra. Aiko Takahashi Mori

Profa. Dra. Hilda Ferreira Cardozo

ANEXO 4**ESCLARECIMENTO AOS CIRURGIÕES-DENTISTAS**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Curso De Pós-Graduação em Deontologia e Odontologia Social

TERMO DE ESCLARECIMENTOS

Este estudo objetiva identificar o entendimento de alguns aspectos referentes à estética facial, com destaque para o sorriso, os dentes e os tratamentos dentários envolvendo estética.

O questionário conta com 34 questões, no qual não é necessário a sua identificação e será assegurado o sigilo da pesquisa. O Sr(a). não é obrigado a participar, inclusive sendo garantido o direito de desistir em qualquer momento.

Esclarecemos que o ato de entrega do questionário respondido, será entendido como seu consentimento em colaborar com a pesquisa, ou em outras palavras, se o Sr(a). não concordar com o teor do referido questionário, queira desconsidera-lo e não entrega-lo.

Os pesquisadores deste trabalho são:

Dra. Aiko Takahashi Mori

Profa. Dra. Hilda Ferreira Cardozo

REFERÊNCIAS*

Adams GR, Crane P. An assessment of parents' and teachers' expectations of preschool children's social preference for attractive or unattractive children and adults. *Child Dev* 1980; 51:224-31.

Albino JE, Tedesco LA, Conny DJ. Patient perceptions of dental-facial esthetics: Shared concerns in orthodontics prosthodontics. *J Prosthet Dent* 1984; 52:9-13.

Albino JE, Tedesco LA, Phipps GT. Social and psychological problems of adolescence and their relevance to dental care. *Int Dent J* 1982;32: 184-93.

Albino JEN, Lawrence SD, Tedesco LA. Psychological and social effects of orthodontic treatment. *J Behav Med* 1994; 17:81-98.

Alley TR, Hildebrandt KA. Determinants and consequences of facial aesthetics. In: Alley TR. *Social and applied aspects of perceiving faces*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum;1988, p.102-10.

Almeida CG, Ciamponi AL, Wanderley MT. Percepção da estética dental em crianças e seus responsáveis. *Pesq Odont Bras* 2001; 15 supl:87.

Alves, EGR. Relacionamento cirurgião-dentista e paciente. *Odontol Soc* 2000; 2:6-7.

Alvi HA, Agrawal NK, Chandra S, Rastogi M. A psychologic study of self-concept of patients in relation to artificial and natural teeth. *J Prosthet Dent* 1984; 51:470-5.

Becker A, Shapira J, Chaushu S. Orthodontic treatment for disabled children: motivation, expectation, and satisfaction. *Eur J Orthod* 2000; 22:151-8.

Beder OE . Esthetics – an enigma. *J Prosthet Dent* 1971; 25:588-91.

* De acordo com as normas do Grupo Vancouver. Abreviaturas de periódicos segundo Bases de Dados MEDLINE

- Belser UC, Kundert, M. Diferenças na estética entre próteses fixas e removíveis. In: Schärer P, Rinn LA, Kopp FR. Normas estéticas para a reabilitação bucal. Trad. de Cassiano T. C. Garcia, Cláudio Cezar Miranda, Elza Maria Gomes Úmbria, Ático Rubini. São Paulo: Editora. Santos; 1986. cap.11, p. 205-9.
- Benjamin AHV. Das práticas comerciais. In: Grinover AP, Benjamin AHV, Fink DR, Filomeno JGB, Watanabe K, Nery Júnior N, Denari Z. Código brasileiro de defesa do consumidor. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1998. cap.V, p. 198-341.
- Bennett ME, Tulloch JFC, Vig KWL, Phillips CL. Measuring orthodontic treatment satisfaction: questionnaires development and preliminary validation J Public Health Dent 2001; 61:155-60.
- Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de Janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Disponível em: URL: [http:// www.oabsp.org.br/lexoline/default_fr.html](http://www.oabsp.org.br/lexoline/default_fr.html) [2003/jan.13]
- Breece GL, Nieberg LG. Motivations for adult orthodontic treatment. J Clin Orthod 1986; 20:166-71.
- Brisman AS. Esthetics: a comparison of dentist's and patients' concepts. J Am Dent Assoc 1980; 100:345-52.
- Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatrics: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 29-60.
- Butke TM; Proffit WR. Referring adult patients for orthodontic treatment. J Am Dent Assoc 1999; 130:73-9.
- Calvielli ITP. Responsabilidade profissional do cirurgião-dentista. In: Silva M. Compêndio de odontologia legal. São Paulo: Medsi; 1997. cap.23, p. 399-411.
- Cardozo HF. Avaliação do dano nas seqüelas faciais traumáticas em vítimas de acidentes de trânsito [Tese de Doutorado] São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1993.
- Chain MC, Rodrigues CC, Andriani O. Estética: dominando os desejos e controlando as expectativas. In: Cardozo RJ, Gonçalves EAN. Estética: odontologia arte ciência técnica. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 43-9.
- Chamberlain BB, Razzoog ME, Robinson E. Quality care: compared perceptions of patient and prosthodontist. J Prosth Dent 1984; 52:744-6.
- Chäng M, Ödman PA, Wennström JL, Andersson BC. Esthetic outcome of implant-supported single-tooth replacements assessed by the patient and by prosthodontists. Int J Prosthodont 1999; 12:335-41.

Cibirka RM, Razzoog M, Lang BR. Critical evaluation of patient responses to dental implant therapy. *J Prosthet Dent* 1997; 78:574-81.

Cochrane SM, Cunningham SJ, Hunt N. A comparison of the perception of facial profile by the general public and 3 groups of clinicians. *Int J Adult Orthod Orthognat Surg* 1999; 14:291-5.

Conny DJ, Tedesco LA, Brewer JD, Albino JE. Changes of attitude in fixed prosthodontic patients. *J Prosthet Dent* 1985; 53:451-4.

Conselho Federal de Odontologia. Código de ética odontológica: Resolução nº 179 de 19 de dezembro de 1991. Rio de Janeiro: CFO; 1998.

Crawford EC. The face – an orthodontic perspective. *Austr Orthod J* 1991; 12:13-22.

Cross JF, Cross J. Age, sex, race, and the perception of facial beauty. *Dev Psychol* 1971; 5:433-9.

Davis EL, Albino JE, Tedesco LA, Portenoy BS, Ortman LF. Expectations and satisfaction of denture patients in a university clinic. *J Prosthet Dent* 1986; 55:59-63.

Denari Z. Da qualidade de produtos e serviços, da prevenção e da reparação dos danos. In: Grinover AP, Benjamin AHV, Fink DR, Filomeno JGB, Watanabe, K, Nery Júnior N et al. Código brasileiro de defesa do consumidor. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1998. cap. IV, p.127-197.

Dion K, Berscheid E, Walster E. What is beautiful is good. *J Person Soc Psychol* 1972; 24:285-90.

Dion KK. Young children's stereotyping of facial attractiveness. *Dev Psychol* 1973; 9: 183-8.

Dongieux J, Sassouni V. The contribution of mandibular positioned variation to facial esthetics. *Angle Orthod* 1980; 50:334-9.

Farah EE, Ferraro L. Os dez mandamentos para uma prática médica e odontológica segura. In: Farah EE, Ferrari L. Como prevenir problemas com os pacientes. Responsabilidade Civil para dentistas, médicos e profissionais da saúde. 3ª ed. São Paulo: Quest; 2000. cap. 9, p. 70-84.

Fernandes F. Responsabilidade civil do cirurgião-dentista; o pós-tratamento ortodôntico. [Dissertação de Mestrado] São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2000.

Fortes MC. A polêmica da beleza. *Rev ABO Nac* 1995; 2:393-7.

Fortes PAC. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. *Bioética* 1994; 2:129-35.

Gil C, Atlas EMN. Avaliação da terapia protética em pacientes portadores de prótese parcial removível: um estudo transversal. *RPG* 2000; 7:341-48.

Gil CTLA. Proporção áurea craniofacial. São Paulo: Editora Santos; 2001. cap.1, p. 3-14

Goldstein RE. A estética em odontologia Trad. de Maria de Lourdes Gianini. 2ª ed. S.Paulo: Editora Santos; 2000. p. 3-15.

Goldstein RE; Belinfante L; Lewis. JR Jr. Troque seu sorriso. Trad. de Pedro Américo M. Bastos , Gláucia K. Tamak. 2ªed. São Paulo: Editora Santos; 1991. p. 180-191.

Gomes T, Mori M, Corrêa GA. Sistema de caracterização de prótese total e prótese total híbrida com uso de escala de gengiva. In: Corrêa GA, Gomes T, Adde SM, Mori M. *Prótese total híbrida*. São Paulo: Editora Santos; 1996. cap. 7. p. 89-103.

Graber LW, Lucker GE Dental esthetic self-evaluation and satisfaction. *Am J Orthod* 1980; 77:163-73.

Gregghi SLA, Almeida ALPF, Resende DRB. Gengivoplastia: remodelando o tecido gengival para a harmonia bucal. *JBC J Bras Clín Estét Odontol* 1999; 3:75-80.

Grisi MM, Souza SLS, Grisi DC. Estética em periodontia. In: Feller C, Gorab R. *Atualização na clínica odontológica: módulo de atualização*. São Paulo: Artes Médicas; 2000. v.1, cap.6, p. 291-324.

Gysi BE. Estética em restauração temporária. In: Schärer P, Rinn LA, Kopp FR. *Normas estéticas para a reabilitação bucal*. Trad. de Cassiano T. C. Garcia, Cláudio Cezar Miranda, Elza Maria Gomes Úmbria, Ático Rubini. São Paulo: Editora. Santos; 1986. cap. 7, p. 99-110.

Hungerford M. Conceitos de estética dental – A beleza está nos olhos de quem vê. In: Goldstein RE *A estética em odontologia*. Trad. de Maria de Lourdes Gianini. São Paulo: Editora Santos; 2000, cap. 1, p. 3-15.

Jacobson A. Psychological of dentofacial esthetics and orthognathic surgery. *Angle Orthod* 1984; 54:18-34.

Jenny J, Proshek JM. Visibility and prestige of occupations and the importance of dental appearance. *J Can Dent Assoc* 1986; 52:987-8.

Johnston CD, Burden DJ, Stevenson MR. The influence of dental to facial midline discrepancies on dental attractiveness ratings. *Eur J Orthod* 1999; 21:517-22.

Lascalea NT, Moussalli NH. Manutenção e controle periódico. In: Lascalea NT, Moussalli NH. *Compêndio em tratamento periodontal*. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. cap. 26, p. 510-23.

Lichter JA, Solomowitz BH, Sauco M, Sher M. What's behind your smile? NY State Dent J 1999; 65:34-9.

Limberte MS. A era de ouro da odontologia. In: Limberte MS, Montenegro JR. *Estética do sorriso—arte e ciência*. São Paulo: Editora Santos; 2003. cap.19, p. 291-2.

Lino AP. Ortodontia corretiva: técnica MD3. São Paulo: Artes Médicas; 2001. cap.1, p. 9-11 e cap. 8, p. 181-200.

Lino AP. Ortodontia preventiva básica. São Paulo: Artes Médicas; 1990. cap. 2, p. 29-102.

Luz SAA, Valença AMG. Avaliação da importância da estética bucal na seleção de funcionários, em estabelecimentos comerciais da cidade de Niterói – RJ. RPG 2000;7:303-10.

Macgregor FC. Social and psychological implications of dentofacial disfigurement. Angle Orthod 1970; 40:231-3.

Margolis MJ. Esthetic considerations in orthodontic treatment of adults. Dent Clin North Amer 1997; 41:29-48.

Mendes WB, Bonfante G. Fundamentos de estética em odontologia. São Paulo: Editora Santos; 1994. cap. 2, p. 7-18 e cap. 3, p. 19-64.

Micheli G, Aun CE, Youssef MN. Estética do sorriso. São Paulo: Ática; 1987. cap. 2, p. 10-11.

Miranda ME, Ramos Júnior L. Tratamento integrado: oclusão e estética. In: Limberte, MS, Montenegro JR. *Estética do sorriso: arte e ciência*. São Paulo: Editora Santos. 2003. p. 22

Modolo VM; Calvielli ITP, Antunes JL. Queixas de Pacientes quanto ao insucesso de tratamentos protéticos e periodontais, São Paulo, Brasil, 1993-97. Odontol Soc 1999; 1:19-23.

Mori ATM, Cardozo HF. Estética dentária: visão de pacientes e de profissionais em relação à Odontologia. Rev Paul Odontol 2002; 24:26-30.

Muñoz DR, Fortes PAC O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka GW. *Iniciação à bioética*. Brasília: CFM; 1998. p. 53-70.

Murrell GA. Esthetics and edentulous patient. J Am Dent Assoc 1988; 117:57E-63E.

Nanda R, Zernik J. Contenção e estabilidade: Uma revisão. In: Nanda R, Burstone CJ. Contenção e estabilidade em ortodontia. Trad. de Edi Gonçalves Oliveira e Tatsuko Sakima. São Paulo:Panamericana;1995.p. 1-7.

Neumann LM, Christensen C, Cavanaugh C. Dental esthetic satisfaction in adults. J Am Dent Assoc 1989; 118:565-70.

Otta E, Obara C, Bonilha R, Akamine C, Bortoletto AC, Pedrazzoli Neto M. Sorriso em bebês: reação à face humana e a vários tipos de degradações deste estímulo. Rev Bras Crescimento Desenvol Hum 1992; 2:117-26.

Peck H, Peck S. A concept of facial esthetics. Angle Orthod 1970; 40:284-318.

Philips E. The classification of smiles patterns. J Can Dent Assoc 1999; 65:252-4.

Pinheiro LF, Morethson P, Acay RR, Bortolotti R, Junqueira OS, Moucachen RO, et al. Estética em odontologia e aspectos psicológicos. RPG 2001; 8:260.

Pinzan A, Vargas Neto, J, Janson GRP. O paciente ortodôntico quanto ao seu grau de informação e motivação, e suas expectativas acerca do tratamento. Ortodontia 1997; 30:40-4.

Qualtrough AJE, Burke FJT. A look at dental esthetics Quintessence Int 1994; 25:7-14.

Ramos DG, Gomes EM, Frugoli EO, Cardozo HF. Processos de responsabilidade profissional contra o cirurgião-dentista. Pesqui Odontol Bras 2000; 14:108 supl.

Ramos DLP. A proteção do profissional. In: Feller C, Gorab R. Atualização na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2000. v. 2, cap.19, p. 583-91.

Ramos DLP. Alguns comentários sobre ética profissional odontológica. In: Silva M. Compêndio de odontologia legal. São Paulo: Medsi; 1997. cap. 4, p. 51-8.

Ribeiro Filho AS. Avaliação da sobrevivência dos implantes osseointegrados em pacientes desdentados totais, reabilitados com próteses fixas sobre implantes. [Dissertação de Mestrado] São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1999.

Ribeiro K. Erro odontológico evidente. Diário da Manhã (Goiânia) 2002 set 29; Caderno cidades.

Riedmann T, Georg T, Berg R. Adult patient's view of orthodontic treatment outcome compared to professional assessments. *J Orofac Orthop* 1999; 60:308-20.

Rosa FB. Dentista x paciente ortodôntico: Levantamento de problemas jurídicos nas últimas três décadas. *JBO J Bras Ortodont Ortop Maxilar* 1997; 2:15-27.

Rufenach CR. Fundamentos de Estética. Trad. de André Vicente Ritter. São Paulo: Editora Santos; 1998. cap. 4, p. 67-133.

Schluger S, Yuodelis RA, Page RC. Periodontia: fenômenos básicos, tratamento e inter-relações oclusais e restauradoras. Trad. de José Luiz Freire de Andrade. Rio de Janeiro: Interamericana; 1977. cap. 15, p. 322-49.

Seger L. Psicologia e odontologia: uma abordagem integradora. 2ª ed. São Paulo: Editora Santos; 1992. cap. 8, 141-9.

Shaw WC. Social aspects of dentofacial anomalies. In: ALLEY T.R. Social and applied aspects of perceiving faces. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1988. p.192-215.

Shaw WC. The influence of children's dentofacial appearance on their social attractiveness as judged by peers and lay adults. *Amer J Orthod* 1981; 79:399-415.

Sheets CG, Levinson N. Psychodynamic factors contributing to esthetic dental failures. *Compend Contin Educ Dent* 1993; 14:1610-20.

Silva, M. Das relações profissionais. In: Samico AHR, Menezes, JDV de, Silva M. Aspectos éticos e legais da odontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Odontologia; 1994. p. 104

Sinha PK, Nanda RS, McNeil DW. Perceived orthodontist behaviors that predict patient satisfaction, orthodontist patient relationship, and patient adherence in orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1996; 110:370-77.

Souza-Pinto AR, Miyagusko JM, Ramalho SA, Wassall t, Pereira LAV. Fatores de risco, complicações e fracassos na terapêutica com implantes osseointegrados. In: Feller C, Gorab R. Atualização na clínica odontológica: módulo de atualização. São Paulo: Artes Médicas; 2000. v. 1, cap. 5, p. 135-216.

Stricker G, Clifford E, Cohen LK, Giddon DB, Meskin LH, Evans CA. Psychosocial aspects of craniofacial disfigurement. *Am J Orthod* 1979; 76:410-422.

Sunada TL, Yoshida WM, Silveira CB, Oie CK, Noronha FSP, Higa T et al. A importância da estética bucal na visão dos alunos de graduação da Faculdade de Odontologia da USP. *RPG* 2001; 8:277.

Terra MS, Majolo MS, Carillo VEB. Responsabilidade profissional, ética e o paciente em ortodontia. *Ortodontia* 2000; 33:74-85.

Umani Ronchi G, Bolino G, Bonaccorso L. Le problematiche del consenso informato in pediatria. *Jura Med* 1999; 12:351-76.

Warner R, Segal H. Ethical issues of informed consent in dentistry. Chicago: Quintessence; 1980. p. 29-114.

Wise MD. Failure in the restored dentition: management and treatment. London: Quintessence; 1996. cap. 1, p. 13-28.

Yamamoto M. Metal-ceramics. Principles and methods of Makoto Yamamoto. Chicago: Quintessence; 1985. cap. 3, p. 219-445.

Zinman EJ. Considerações legais. In: Goldstein RE. A estética em odontologia. 2ed. São Paulo: Editora Santos; 2000. cap. 4, p. 65-81.

Williams JL. A new classification of human tooth forms with special reference to a new system of artificial teeth. *Dent Cosmos* 1934; 56:627-628.

SUMMARY

EXPECTATIONS ABOUT THE ESTHETICS RESULTS OF DENTAL TREATMENTS

This research aimed to analyze some factors regarding the facial esthetic and the esthetical dental treatment according to the patients' and dentists' view and, specially, the differences between both of them. The research was made based on questionnaires with 32 similar questions to both groups, professionals and patients, and 2 specific questions to the professionals. The questions referred to esthetic, motivation and explanation about dental treatment. 150 patients and 150 professionals from private dental offices and *latu sensus* courses, including students and professors, of two institutions were interviewed. Among patients, 98 female and 52 males were interviewed and the interviewees with secondary education only were predominant (40%), followed by interviewees with post secondary education (28%). Among the professionals, 83 female and 67 males were interviewed, among which 37 had *latu sensu* degree, 14 masters of science, 2 Ph.D and 01 post doctoral level. The analysis and discussion of the results from this research led us to the following conclusions: 1) the patients' and professionals' concepts regarding esthetic are very similar, except regarding the teeth color, which is considered more important by the patients than by the professionals; 2) in reference to other people's esthetic, the analysis of the negative characteristics in prosthesis demonstrated important differences between both groups. For patients, the esthetic is influenced by the presence of clasps, and for professionals, the esthetic is influenced by metal band exposure. 3) regarding their own smiles, professionals' and patients' opinion diverged. Patients highlighted the superior teeth exposures; meanwhile professionals indicated the dental arch displacement; 4) there were also discrepancies in relation to motivation and expectation about dental treatment. For patients, the health maintenance is determinant, and professionals affirmed that patients look for their professionals services when they feel pain; 5) in relation to the treatment results, patients demonstrated desires to wear prosthesis that provide them comfort; meanwhile professionals believe that the most important agent to their patients is prosthesis esthetic; 6) the teeth color, which are very important for the patients when they consider dental characteristics, loses its importance for patients in a prosthesis context. On the contrary, professionals consider the teeth color a secondary element; 7) in information and explanation context, professionals affirmed almost unanimously to choose for conducts considered suitable, meanwhile the number of patients that stated to have received these kind of conducts is very inferior; 8) in the case of a disagreement, patients declared to choose the change of professional, meanwhile most of professional prefers to reach an friendly solution with their patients.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e/ou divulgação total ou parcial da presente obra, por qualquer meio convencional ou eletrônico, desde que citada a fonte e comunicada, a autora, a referência bibliográfica em que consta a citação.

Aiko Takahashi Mori

Assinatura

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia
Departamento de Odontologia Social
São Paulo, janeiro de 2003
Av. Prof. Lineu Prestes, 2227
Cidade Universitária – São Paulo - SP.
E-mail: aiko@usp.br