



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

**Comparação social negativa e desconforto em situações sociais na
dismorfose dento-facial**

Maria do Rosário Magalhães da Silva

Orientador: Professor Doutor Francisco do Vale
Co-Orientadores: Doutora Lara Palmeira
Dr. David Sanz

Coimbra, 2018

COMPARAÇÃO SOCIAL NEGATIVA E DESCONFORTO EM SITUAÇÕES SOCIAIS NA
DISMORFOSE DENTO-FACIAL

Maria do Rosário Silva

Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da
Universidade de Coimbra

Professor Doutor Francisco do Vale

Professor Auxiliar da FMUC. Diretor do Instituto Universitário de Ortodontia da
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Professora Doutora Lara Palmeira

Investigadora no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo
Comportamental, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de
Coimbra.

Dr. David Sanz

Assistente e convidado de Cirurgia Oral da Faculdade de Medicina da Universidade
de Coimbra.

Endereço:

Área de Medicina Dentária, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Av. Bissaya Barreto, Blocos de Celas

3000-075 Coimbra

Portugal

Tel.: +351 239 484 183

Fax: +351 239 402 910

E-mail: mr.magalhaessilva@gmail.com

Índice

Resumo.....	5
Abstract.....	6
1. Introdução.....	8
1.1. Deformidades dento-faciais.....	9
1.1.1. Tratamento.....	9
1.1.2. Motivos para o tratamento.....	10
1.1.3. Resultados do tratamento.....	10
1.2. Impacto psicológico da Dismorfia Dento-facial.....	12
1.3. Importância das comparações sociais.....	12
1.4. Objetivos de estudo.....	13
2. Material e métodos.....	14
2.1. Participantes.....	14
2.2. Medidas.....	16
2.3. Procedimento.....	17
2.3.1. Estratégia analítica.....	17
3. Resultados.....	18
3.1. Análise fatorial exploratória da E.A.S.S.R.....	18
3.2. Análises de correlação.....	19
3.3. Análise de <i>t-test Student</i> para amostras independentes.....	20
3.4. Análises univariadas da variância (One Way ANOVA).....	21
3.5. Análise da regressão.....	24
4. Discussão.....	26
5. Conclusão.....	30
6. Agradecimentos.....	32
7. Referências bibliográficas.....	33
Anexos.....	37

Resumo

A literatura tem evidenciado que a insatisfação corporal juntamente com as comparações sociais desfavoráveis, se constituem como fatores de risco para o desenvolvimento de psicopatologia. No entanto, encontra-se pouco explorada a forma como se sentem os indivíduos com dismorfose dento-facial quando comparam o seu rosto com o de outros, e a ansiedade e o desconforto em situações sociais.

Este estudo tem como primeiro objetivo o desenvolvimento de uma nova escala, para avaliar o grau de ansiedade e desconforto em situações sociais devido à aparência do rosto e analisar a sua estrutura fatorial e propriedades psicométricas. Pretende-se ainda explorar a relação entre a dismorfose dento-facial, comparações sociais e grau de ansiedade e desconforto e verificar diferenças entre a população geral e clínica nestas variáveis. Para além disso, foram avaliadas as diferenças nos níveis de comparação social e ansiedade e desconforto em indivíduos com diferentes classes esqueléticas e, por fim, explorou-se a influência da classe esquelética e das comparações sociais no grau de ansiedade e desconforto.

Este estudo inclui duas amostras independentes. Uma de 90 estudantes universitários e outra de 46 pacientes com dismorfose dento-facial com indicação para a realização do tratamento ortodôntico-cirúrgico-ortognático. Os participantes preencheram a Escala de Comparação Social através da Aparência do Rosto e a Escala de Ansiedade e desconforto em Situações Sociais devido à aparência do rosto. Foi ainda determinado o ângulo *ANB* de todos os participantes.

Os resultados mostram que a E.A.S.S.R. apresenta um fator que explica 50,42% da variância total e que detém elevada consistência interna. Verificou-se que comparações sociais mais favoráveis se correlacionam negativamente com a ansiedade e desconforto em situações sociais. Para além disso, a amostra clínica apresentou níveis mais elevados de ansiedade e desconforto em situações sociais do que a amostra da população geral. Por outro lado, os indivíduos com dismorfose dento-facial distinguem-se dos indivíduos de classe esquelética I por apresentarem maior grau de ansiedade e desconforto, não havendo diferenças entre os indivíduos de classe II e III esquelética. Por fim, a classe esquelética e a comparação social evidenciaram-se como preditores dos níveis de ansiedade e desconforto na população geral, sendo que apenas a comparação social foi preditor da ansiedade e desconforto na população clínica.

Os dados salientam a importância de no TOCO se avaliar o modo como os indivíduos comparam o seu rosto com os de outros bem como o impacto da dismorfose dento-facial no funcionamento social do indivíduo.

Palavras-chave: Deformidades dento-faciais, Imagem corporal, Saúde mental, Ansiedade, Cirurgia ortognática.

Abstract

Literature highlights the role of body-image dissatisfaction and unfavorable social comparisons as key risk factors for the development of psychopathology. However, the way patients with dentofacial deformities compared themselves with peers regarding their face, as well as the impact of the deformity in their social life is still little explored.

This study first aim was to develop, test the factor structure and psychometric properties of a new instrument to assess anxiety and discomfort in social situations regarding one's face. The relationship between dentofacial deformity and social comparisons and anxiety and discomfort in social situations was also explored, as well as the differences between the two samples. Moreover, participants from different skeletal classes were compared regarding their levels of unfavorable social comparisons and anxiety and discomfort in social situations. Lastly, skeletal class and unfavorable social comparisons were tested as predictors of individuals' anxiety and discomfort levels.

This study includes two independent samples. One sample of 90 university students and another sample of 46 patients diagnosed with dental-facial dysmorfosis with indication to undergo orthognathic-orthodontic surgery. All participants have completed the Social Comparison Scale trough facial appearance and the second Anxiety and Discomfort in social situations regarding the face Scale. It was also determined the *ANB* angle of all the participants.

The E.A.S.S.R. presented a unifatorial structure explaining 50.42% of the total variance and showed a high internal consistency. Additionally, favorable social comparison were negatively associated with anxiety and discomfort in social situations. The clinical sample showed higher levels of anxiety and discomfort than the general population sample Furthermore, individuals with dentofacial dysmorphism presented a greater degree of anxiety and discomfort than individuals without dentofacial dysmorphism, and no differences were found between individuals with skeletal class II and III. Finally, skeletal class and social comparison predicted anxiety and discomfort in the general population, but only social comparison emerged as a significant predictor of anxiety and discomfort in the clinical population.

The data highlight that when treating individuals with dentofacial dysmorphism it is important to assess the way people compare their faces with their peers as well as the impact of dentofacial dysmorphism has on the individual's social life.

Key-words: Dentofacial deformities, Body image, Mental health, Anxiety, Orthognathic surgery.

1. Introdução

Ao longo da história, é evidente a preocupação com o conceito de beleza e a estética facial. Ao representar a forma humana, pintores e escultores desenvolveram diretrizes que, embora modificados, são ainda hoje utilizados por alguns clínicos. Vitruvius (séc. I a.C.) descreveu a trisseção do rosto e enfatizou que idealmente deve ser dividido verticalmente em 3 terços distintos. Por sua vez, Leonardo Da Vinci (1452-1519) destacou a importância da harmonia. Na figura do homem Vitruviano, criado por Leonardo Da Vinci, percebe-se a importância das proporções na forma humana. Do mesmo modo, na escultura *Pietà* de Miguel Ângelo (1475-1564), está explícita a proporcionalidade entre os terços faciais, evidenciando a simetria entre os lados direito e esquerdo da face^{1,2}.

Atualmente, a beleza continua a ser muito valorizada pela sociedade e é determinante nas relações interpessoais. Pessoas com oclusão “*normal*” são identificadas como mais atraentes, inteligentes e extrovertidas, enquanto as pessoas com prognatismo mandibular são classificadas como menos atraentes e com menores competências sociais e cognitivas³. Além disso, as pessoas com sorrisos considerados “*ideais*” têm maior probabilidade de encontrar emprego quando comparadas com pessoas cujos sorrisos são menos atrativos⁴. Por outro lado, Naini e colaboradores⁵ relataram que indivíduos, particularmente do sexo masculino, com deficiência mandibular são vistos como “fracos”, ao passo que aos que têm a mandíbula prognata são-lhes atribuídas personalidades mais robustas e masculinas. Já Khosravanifard e colaboradores⁶ advogam que o fator mais importante que torna ambos os gêneros menos atrativos é a retrusão mandibular.

Na última década, tem-se assistido ao crescimento da procura da cirurgia estética, especialidade da medicina dedicada à melhoria da aparência física, que inclui procedimentos cirúrgicos, que podem ser realizados em todas as áreas do corpo. Os pacientes que procuram estes tratamentos, nomeadamente o tratamento ortodôntico-cirúrgico-ortognático (TOCO), na área da Medicina Dentária, desejam, além de alterar a aparência física, alcançar melhorias no funcionamento psicossocial. Assim, a aparência facial assume particular importância no diagnóstico e planeamento do tratamento, pois será a “beleza facial” o parâmetro através do qual os pacientes e a sociedade avaliarão os resultados do tratamento.

1.1 – Deformidades dento-faciais

O termo *deformidade dento-facial* refere-se a alterações das relações esqueléticas e dentárias. Segundo Posnick e colaboradores⁷ pelo menos 5% da população tem deformidades dento-faciais associadas a má oclusão grave que exigem tratamento ortodôntico-cirúrgico. O mesmo autor afirma ainda que a incidência da dismorfia facial e da má oclusão variam de acordo com a raça.

As deformidades dento-faciais apresentam, para além de problemas estéticos, diferentes graus de comprometimento da função normal da respiração, da deglutição, da mastigação e da fonação⁸. A má oclusão associada pode prejudicar a função oclusal, causar disfunção da articulação temporomandibular e dor nos músculos da cabeça e do pescoço^{9,10}.

As deformidades dento-faciais englobam um amplo espectro de características dentárias, esqueléticas e tegumentares, sendo as seguintes formas as mais prevalentes:

- O padrão classe II esquelético, devido essencialmente à deficiência mandibular por posição (retrognatia) ou dimensão (hipoplasia). Nestes casos o indivíduo apresenta um perfil facial convexo com pouca projeção do mento.

- O padrão classe III esquelético, devido essencialmente ao excesso mandibular por posição (prognatia) ou dimensão (hiperplasia), com ou sem a presença de hipoplasia maxilar. Nestes casos o indivíduo apresenta um perfil facial côncavo com grande projeção do mento.

- A assimetria facial pode ocorrer quando o meio da sínfise mentoniana não coincide com a linha média sagital da face. A assimetria facial mais comum é a do terço inferior da face e, clinicamente, caracteriza-se pelo desvio da mandíbula para a direita ou para a esquerda da linha média da face.

- A face longa traduz aumento do terço inferior da face, devido ao excesso vertical maxilar e/ou mandibular, com aumento do plano mandibular e aparecimento de sorriso gengival.

- A face curta caracteriza-se por uma diminuição do terço inferior da face devido à hipoplasia vertical maxilo-mandibular. Habitualmente os indivíduos aparecem com um perfil côncavo e face mais quadrada.

1.1.1 – Tratamento

Geralmente as deformidades dento-faciais necessitam de TOCO para serem corrigidas as discrepâncias esqueléticas e dentárias existentes. A movimentação dos dentes

como forma de compensar a discrepância esquelética denomina-se de *compensação dentária*¹¹. Contudo, em casos de distorções dento-faciais nas quais se verificam significativas alterações na face e problemas funcionais, o TOCO é a terapêutica de eleição¹².

O protocolo de TOCO mais frequente para corrigir as deformidades dento-faciais, está estudado de forma exaustiva e divide-se, sucintamente, em quatro fases:

1. Fase ortodôntica pré-cirúrgica: fase correspondente ao tratamento ortodôntico para eliminar as compensações dentárias e harmonizar as arcadas dentárias, com o objetivo de colocar os dentes em posição estável relativamente às bases ósseas.
2. Fase cirúrgica: são várias as técnicas cirúrgicas utilizadas para reposicionar corretamente na face as estruturas maxilares, como a Lefort I e a Osteotomia Sagital Bilateral, ou através da Distração Osteogénica (DO). Habitualmente, a cirurgia exige uma fixação maxilo-mandibular, rígida ou não, durante 4 a 6 semanas.
3. Fase ortodôntica pós-cirúrgica: tem uma duração média de 6 meses, durante a qual se processa a consolidação do tecido ósseo e se ajusta a oclusão dentária na tentativa de prevenir recidivas ou camuflar pequenas recidivas esqueléticas.
4. Fase cirúrgica final: fase que finaliza todo o processo, com a remoção cirúrgica das placas de osteossíntese, colocadas na primeira cirurgia.

1.1.2 – Motivos para o tratamento

Ao longo dos anos, estudos demonstram que os pacientes com deformidades dento-faciais procuram tratamento, sobretudo, para melhorar a sua estética facial e dentária^{13,14}. Na verdade, estudos revelam que as preocupações dos pacientes com a aparência física e as consequências psicossociais da sua condição são as maiores motivações para a realização da cirurgia ortognática^{15,16}. Contudo, algumas investigações relatam que a principal motivação prende-se com melhorias na função mastigatória¹⁷. Este facto é consistente com o trabalho de Silva e colaboradores¹⁸, onde apenas 20% dos pacientes apresentavam razões estéticas justificativas do tratamento.

1.1.3 – Resultados do tratamento

Estudos recentes revelam uma excelente satisfação dos pacientes quanto aos fatores estéticos, funcionais e psicossociais após a cirurgia ortognática. Na verdade, a cirurgia ortognática provoca uma melhoria da oclusão, da deglutição, da fonação e da respiração e uma diminuição dos sinais e sintomas das doenças da articulação temporomandibular^{19,20}

sendo provável que estes fatores melhorem a qualidade de vida dos pacientes, tornando-os, assim, satisfeitos com os resultados. De facto, o TOCO bem-sucedido deve trazer vantagens a nível psicossocial, uma vez que os pacientes esperam que o tratamento melhore o seu bem-estar emocional, psicológico e social²¹. No entanto, segundo uma revisão sistemática realizada por Broers e colaboradores²² em 2017, a qualidade dos estudos que analisou as vantagens psicossociais da cirurgia ortognática não permite retirar uma conclusão fidedigna.

Apesar de o tratamento normalmente apresentar bons resultados, quer a nível estético, quer a nível funcional, uma pequena percentagem de pacientes mostra-se insatisfeita¹³. A insatisfação do paciente com o tratamento não está habitualmente associada a complicações cirúrgicas, mas a outros fatores, nomeadamente, um resultado estético não desejado, motivos funcionais e expectativas psicossociais não correspondidas²³. Neste sentido, torna-se particularmente relevante avaliar a existência de dificuldades a nível psicológico, para que seja possível a elaboração de um plano de tratamento adaptado a cada paciente. Particularmente relevante para os médicos que providenciam tratamentos estéticos é a existência de Transtorno Dismórfico Corporal (TDC)²⁴, uma vez que segundo Veale e colaboradores²⁵ a face é um dos focos mais comuns de preocupação do ser humano. O TDC envolve uma perceção distorcida da imagem corporal, sendo caracterizada como uma preocupação exagerada com uma anomalia imaginária na aparência física ou com um mínimo defeito corporal presente²⁶. Esta preocupação causa *stress* significativo no dia-a-dia do indivíduo e pode prejudicar a sua vida social. Um estudo realizado por Vulink e colaboradores²⁷, em 2008, revelou que 10% dos pacientes submetidos a cirurgia ortognática cumpria os critérios para o TDC, e de acordo com Phillips e colaboradores²⁸ a presença de TDC está relacionada com uma menor satisfação com os resultados. Na verdade, segundo Brunton e colaboradores²⁹, a manifestação de TDC, depressão, baixa autoestima, humor depressivo e ansiedade, podem atuar como preditores de resultados menos positivos após uma cirurgia estética.

Na tentativa de identificar pacientes com distúrbios psicológicos, o médico deve proceder a uma avaliação que englobe: as motivações; as expectativas; as preocupações com a aparência e imagem corporal; e o estado psiquiátrico do paciente²⁴. Uma vez identificados, os pacientes devem ser encaminhados para um psiquiatra/psicólogo, a fim de ser evitada uma desnecessária cirurgia e consequente insatisfação com os resultados³⁰.

1.2 – Impacto psicológico da Dismorfia Dento-facial

De acordo com Proffit e colaboradores³¹, 15% a 37% dos pacientes ortognáticos apresentam sofrimento psicológico, sendo que, segundo Kovalenko e colaboradores³², os pacientes com dismorfose dento-facial grave são mais suscetíveis de sofrimento psicológico, uma vez que são mais instáveis emocionalmente, menos sociáveis e apresentam maiores níveis de ansiedade e neuroticismo. Estes traços de personalidade podem desencadear comportamentos de evitamento, uma vez que estes indivíduos mostram-se mais inseguros e com baixa autoestima. Alanko e colaboradores³³, apesar de sugerirem que os pacientes com deformidade dento-facial não apresentam mais problemas psicológicos que o grupo controlo, admitem existirem pacientes com níveis mais elevados de ansiedade e depressão. Estes dados parecem sugerir que certas características da personalidade e outros processos psicológicos poderão estar envolvidos na explicação da relação entre a deformidade dento-facial e a sintomas psicopatológicos.

1.3 – Importância das comparações sociais

A importância da comparação social foi inicialmente estabelecida por Festinger (1954). Segundo este autor, a comparação social é um processo fundamental para o ser humano, permitindo-lhe reconhecer qual o seu estatuto social. Quando se apercebe das principais características valorizadas pelo grupo, o indivíduo pode adaptar os seus comportamentos ou características, a fim de melhorar a sua posição social e evitar ser rejeitado pela sociedade. Sendo a aparência física um dos possíveis meios para a aceitação social, as comparações com base neste domínio, constituem um modo relevante para compreender os ideais de beleza socialmente valorizados e para o indivíduo se avaliar em termos destes mesmos padrões³⁴. O ser humano ao apresentar determinadas qualidades valorizadas pelo grupo, poderá tirar partido de importantes vantagens sociais (isto é, aprovação e apreciação favorável por parte dos seus pares, ser escolhido como amigo(a), namorado(a), trabalhador(a)). Na verdade, o facto de ter uma aparência física que é socialmente valorizada constitui-se como um elemento central na definição da posição social do indivíduo³⁵. Quando o indivíduo apresenta características que são socialmente vistas como sendo negativas (e.g., em relação à aparência física) isso coloca-o numa posição social mais desfavorável, estando em risco de ser criticado, rejeitado ou excluído pelos seus pares³⁶. Isto pode levar ao desenvolvimento de sentimentos elevados de vergonha, ansiedade e raiva³⁷. De facto, a vergonha tem sido consistentemente associada a pior funcionamento psicológico e mais sintomatologia depressiva e ansiosa. Segundo Gilbert e colaboradores³⁸, a vergonha

apresenta duas componentes: a *externa*, relacionada com os pensamentos e sentimentos acerca de como o indivíduo existe negativamente na mente dos outros, e a *interna*, relacionada com a forma como a pessoa se percebe a si própria perante os outros. Especificamente em relação à imagem corporal, a vergonha refere-se à percepção por parte do indivíduo de que tem atributos físicos considerados como não atraentes aos “olhos” dos outros, colocando-o numa condição social desfavorável. Esta percepção pode conduzir a comportamentos defensivos de ocultação da imagem, como esconder uma parte do corpo e evitar certas situações sociais, onde a aparência corporal possa ser exposta ao julgamento negativo dos outros³⁹. De acordo com Matos e colaboradores⁴⁰, as memórias de vergonha em contexto social estão relacionadas com comparações sociais desfavoráveis e com a psicopatologia.

De facto, tem sido sugerido que a vulnerabilidade para alguns tipos de psicopatologia pode estar associada ao aumento de comportamentos competitivos, de modo a causar um impacto positivo junto dos seus pares³⁴. Segundo uma revisão com metanálise realizada por Myers e Crowther⁴¹, os indivíduos com insatisfação corporal tendem a apresentar comparações sociais mais desfavoráveis.

Para além disso, a insatisfação corporal juntamente com comparações sociais mais desfavoráveis têm sido consideradas como fatores de risco determinantes no desenvolvimento de psicopatologia, particularmente em relação a perturbações alimentares. Efetivamente, as comparações sociais desfavoráveis e a insatisfação corporal encontram-se associadas a estratégias mais disfuncionais de regulação emocional, que por sua vez parecem contribuir para níveis mais elevados de depressão, ansiedade e *stress*⁴² e menor bem-estar do indivíduo^{37,43}.

Embora não exista investigação sobre o impacto das comparações sociais pela aparência física em indivíduos com dismorfose dento-facial, a investigação existente parece evidenciar o papel fulcral que a insatisfação corporal e a forma como o indivíduo se compara socialmente com os seus pares detêm no desenvolvimento de psicopatologia e diminuição do bem-estar, pelo que se torna essencial proceder a uma avaliação cuidada destes aspetos antes de iniciar o tratamento médico invasivo.

1.4 - Objetivos de estudo

Neste sentido, o presente estudo tem como primeiro objetivo o desenvolvimento e estudo da estrutura fatorial de um novo instrumento de autorrelato que permita avaliar o grau de desconforto e ansiedade em situações sociais devido à aparência do rosto. Para além disso, este trabalho pretende explorar a relação entre a dismorfose dento-facial, as

comparações sociais em relação ao rosto e o grau de ansiedade e desconforto em situações de interação social devido ao seu rosto. Pretendeu-se ainda explorar diferenças entre a população geral e população clínica nas variáveis em estudo. Hipotetizamos que sujeitos com dismorfose dento-facial apresentem comparações sociais mais desfavoráveis e maior ansiedade e desconforto devido à aparência do seu rosto do que a restante população. Por outro lado, pretendeu-se avaliar as diferenças nos níveis de comparação social e de ansiedade e desconforto em situações de interação social devido à aparência do rosto em indivíduos com diferentes classes esqueléticas. Por fim, o estudo visa explorar a influência da classe esquelética e das comparações sociais em relação ao rosto no grau de ansiedade e desconforto em situações de interação social devido à aparência do rosto.

2. Material e métodos

2.1- Participantes

O presente estudo inclui duas amostras independentes, a população geral e a população clínica, cujas principais características estão apresentadas na Tabela I.

A amostra da população geral é composta por 90 alunos dos anos 3^o, 4^o e 5^o do curso Mestrado Integrado de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, sendo constituída por participantes de ambos os sexos, encontrando-se 76 (84,4%) mulheres e 14 (15,6%) homens. No que concerne à *idade* dos participantes, a média de idades é superior a 22 anos (DP = 1.60). Em relação à distribuição da amostra por *anos de escolaridade*, verifica-se que a média é superior a 15 anos (DP = 1.29). No que respeita à distribuição da amostra em função da *classe esquelética*, a maioria dos alunos apresenta classe I esquelética (N = 49; 54,4%), sendo a classe II esquelética o segundo diagnóstico mais frequente (N = 33; 36,7%). Apenas oito estudantes (8,9%) apresentam classe III esquelética.

A amostra da população clínica é composta por 46 doentes com dismorfose dento-facial a realizarem TOCO do Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e de uma Clínica Dentária privada. Esta amostra é constituída por participantes de ambos os sexos, encontrando-se 29 (63%) mulheres e 16 (34,8%) homens. No que concerne à *idade* dos participantes, esta apresenta uma média superior a 25 anos (DP = 8.14). No que respeita à *profissão*, tendo em conta o estatuto sócioeconómico, a maioria é estudante (16; 34,8%), sendo o estatuto sócioeconómico médio o segundo mais frequente (15; 32,6%).

Tabela I: Características gerais da amostra (N = 136)

			N	%	M	DP
População geral (N = 90)	Género	Feminino	76	84,4		
		Masculino	14	15,6		
	Idade		90		22.11	1.60
	Anos de escolaridade		90		15.21	1.29
	Classe esquelética	I	49	54,4		
		II	33	36,7		
III		8	8,9			
População clínica (N = 46)	Género	Feminino	29	63,0		
		Masculino	16	34,8		
	Idade		45		25.22	8.14
	Anos de escolaridade		42		12.90	2.39
	Nível socioeconómico	Baixo	9	19,6		
		Médio	15	32,6		
		Elevado	4	8,7		
		Estudantes	16	34,8		
		Outros	1	2,2		
	Classe esquelética	I	3	6,5		
II		25	54,3			
III		18	39,2			

Quanto aos *anos de escolaridade* pode-se constatar que a média são 12.90 anos (DP = 2.39). Relativamente à distribuição da amostra em relação à *classe esquelética*, a maioria dos participantes apresenta classe II esquelética (N = 25; 54,3%). Apenas 18 sujeitos apresentam classe III esquelética (39,2%), sendo que a minoria (N = 3; 6,5%) apresenta classe I esquelética.

2.2- Medidas

Todos os participantes realizaram a análise cefalométrica das respectivas telerradiografias e preencheram um conjunto de questionários de autorresposta.

A análise cefalométrica dos participantes foi realizada para obter a medida angular *ANB* e, assim, classificar os indivíduos quanto à **classe esquelética**. O ângulo *ANB* indica a relação ântero - posterior das bases apicais maxilar e mandibular, e é obtido através da união da linha NA (Násion - ponto A de Downs) com a linha NB (Násion - ponto B de Downs). O Násion corresponde ao ponto mais anterior da sutura naso-frontal; o ponto A de Downs situa-se no local de maior concavidade do perfil anterior do processo alveolar superior; e o ponto B de Downs localiza-se no local de maior concavidade no perfil anterior do processo alveolar inferior. A média do ângulo *ANB* é 2° e o DP = ± 2 , ou seja, pacientes com ângulo *ANB* $< 0^\circ$ apresentam classe esquelética III e com ângulo *ANB* $> 4^\circ$ apresentam classe esquelética II. Caso da análise resulte $0^\circ \leq ANB \leq 2^\circ$, o participante apresenta classe I esquelética.

A **Escala de Comparação Social através da Aparência do Rosto (E.C.S.A.R.)** (Anexo I) foi desenvolvida para o presente trabalho tendo por base a parte A (pares) da **Escala de Comparação Social através da Aparência Física (E.C.S.A.F.)**³⁷, cujo objetivo consiste em avaliar a percepção subjetiva do estatuto social do indivíduo baseado na aparência física. Perante a E.C.S.A.R., o sujeito é convidado a responder a 11 itens, numa escala tipo *Likert* de 10 pontos com constructos bipolares (por exemplo Inferior/Superior), selecionando o número que melhor traduz a forma como se sente quando compara o seu rosto com alvos proximais. Resultados mais elevados traduzem comparações sociais mais favoráveis. No presente estudo este instrumento apresentou uma consistência interna elevada ($\alpha = 0.81$).

A **Escala de Ansiedade em Situações Sociais devido à aparência do Rosto (E.A.S.S.R.)** (anexo II) foi desenvolvida para o presente estudo tendo por base a **Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações devido ao Peso e Aparência Física (E.A.E.S.P.A.F.)**, versão portuguesa de Palmeira e Pinto-Gouveia, manuscrito não publicado, que avalia o grau de desconforto e evitamento provocado por diversas situações de desempenho e interação social devido ao peso e aparência física. Deste modo, a E.A.S.S.R. apresenta 26 itens que refletem situações variadas (situações de interação, de desempenho, de confronto com a aparência do rosto) em que as pessoas podem sentir desconforto ou mal-estar devido à aparência do seu rosto, como por exemplo, sorrir quando conhece pessoas, tirar fotografias de rosto e publicá-las nas redes sociais. A escala inclui ainda itens em branco, destinados a serem completados com situações que possam não ter sido previamente contempladas pelos investigadores. Os participantes devem assinalar o grau de desconforto que cada uma das situações lhes provoca numa escala tipo *Likert* de 4 pontos (1 = “nada” e 4 = “muito”). Pontuações mais elevadas refletem níveis mais elevados de desconforto devido

à aparência do rosto. No presente estudo este instrumento apresentou uma consistência interna muito elevada ($\alpha = 0.96$).

2.3- Procedimento

O processo de recolha de dados relativamente à administração dos questionários consistiu na sua entrega em suporte papel, realizada durante os meses de fevereiro a maio de 2018. Inicialmente foi explicado aos participantes os objetivos da investigação, bem como o carácter anónimo e confidencial dos dados. Previamente ao preenchimento do protocolo de investigação, todos os participantes assinaram o consentimento informado livre e esclarecido por escrito. Os participantes da amostra clínica foram convidados a participar no estudo pelo seu médico assistente e preencheram o protocolo de investigação no dia da sua consulta. O preenchimento do protocolo de investigação levou cinco minutos.

2.3.1- Estratégia analítica

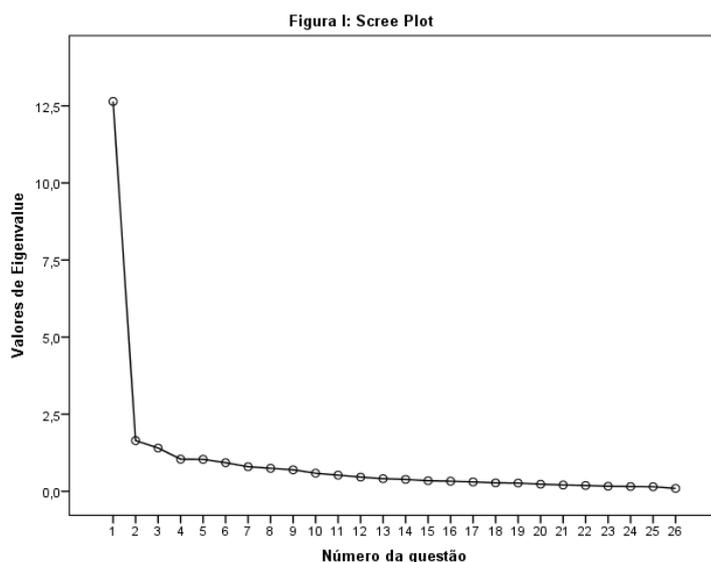
O desenho do estudo apresentado é de natureza transversal, tendo-se procedido ao tratamento estatístico dos dados recolhidos, através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* - versão 22) para o *Windows*. Inicialmente, foram analisados os *missing values* (não respostas), segundo o critério de Bryman e Cramer (1993)⁴⁴ que sugerem que as não respostas que ultrapassem os 10% por caso devem ser eliminadas. A seguir, foram realizadas estatísticas descritivas, no sentido de examinar as características (médias, desvios-padrão e frequências absolutas e relativas) de todas as variáveis em estudo nas duas amostras. Posteriormente, foi efetuada uma análise fatorial exploratória da E.A.S.S.R, bem como a análise das correlações item-total corrigidas⁴⁵. Depois procedeu-se à análise da consistência interna da E.A.S.S.R. e da E.C.S.A.R., medida através do *alfa de Cronbach*. Para a interpretação dos índices de consistência interna foram usados os valores referenciados por Pestana e Gageiro⁴⁶, que consideraram valores de *alfa de Cronbach* inferiores a .60 como inadmissíveis, entre .61 e .70 como fracos, entre .71 e .80 como razoáveis, entre .81 e .90 como bons, e superiores a .90 como muito bons. Seguidamente, com o intuito de analisar a relação entre a idade, os anos de escolaridade, a classe esquelética, a E.C.S.A.R. e a E.A.S.S.R., analisaram-se as matrizes de correlação através do teste paramétrico de *Pearson* que, relativamente à avaliação da magnitude, postula que um quociente de correlação inferior a .20 revela uma associação muito baixa; um valor entre .21 e .39 uma associação baixa; entre .40 e .69 uma associação moderada; entre .70 e .89 uma associação elevada e superior a .90 uma associação muito elevada⁴⁷. Adicionalmente, com o intuito de compreender as diferenças entre a população geral e a população clínica nas variáveis em estudo, foram realizadas análises *Teste t de Student* para amostras independentes e calculados os valores

de d de Cohen para avaliar o tamanho do efeito. Considera-se que valores de d de Cohen entre .2 e .4, os efeitos são pequenos; entre .5 e .7, médios; e acima de .8 são grandes⁴⁵. Para avaliar diferenças, nas diferentes classes esqueléticas, nas variáveis em estudo procedeu-se à realização de análises univariadas da variância (*One Way ANOVA*). O eta quadrado parcial (η^2) foi reportado como medida da magnitude do efeito das diferenças verificadas na ANOVA, utilizando-se os seguintes critérios de interpretação: > 0.01 (efeito pequeno), > 0.06 (efeito moderado) e > 0.14 (efeito elevado)⁴⁸. De seguida, foram realizadas análises *post-Hoc* com o método LSD (*Least Significant Difference*) para comparações múltiplas de modo a explorar as diferenças entre pares das diferentes classes esqueléticas (entre a classe esquelética I e a classe esquelética II; entre a classe esquelética I e a classe esquelética III; e entre a classe esquelética II e a classe esquelética III). Por fim, foram ainda realizadas **regressões linear múltiplas** pelo método *stepwise*, separadamente para as duas amostras, de modo a explorar se a classe esquelética e a E.C.S.A.R. são preditores da ansiedade e desconforto em situações sociais devido à aparência do rosto⁴⁷.

3. Resultados

3.1- Análise fatorial exploratória da E.A.S.S.R.

Com o objetivo de verificar a estrutura fatorial da E.A.S.S.R., foi realizada uma análise fatorial exploratória (AFE). Desta forma, inicialmente investigou-se a solução de uma *Principal Axis Factoring*, no sentido de compreender o número de fatores a reter. Foi assumido o critério de Kaiser, que sugere um valor de *eigenvalue* igual ou superior a 1, para que haja a retenção dos fatores. Nesta análise exploratória sem rotação obtiveram-se 5 fatores com *eigenvalues* superiores a 1, que explicavam 68,34% da variância total. Contudo, como a extração de fatores pode ter um efeito nocivo nos resultados obtidos, foi também utilizado o *Scree Test de Cattell*, considerado uma alternativa viável ao critério de Kaiser – Guttman, que pode levar a que surja uma sobrestimação relativamente à quantidade dos fatores⁴⁹. Efetivamente, a análise do *scree plot* apontava para a existência de apenas de um fator antes do ponto de inflexão (figura I).



Deste modo foi realizada uma nova análise fatorial exploratória forçada a um fator. Obteve-se um valor que não foi significativo no teste de *Kaiser Meyer-Olkin* ($KMO = 0.93$) enquanto no teste da esfericidade de *Bartlett* o resultado foi estatisticamente significativo $\chi^2(325) = 3507.136; p < .001$, verificando-se o cumprimento dos pressupostos da análise. Nesta segunda análise, a solução unifatorial explicou 48,63% da variância total. No entanto, verificou-se que o item 4 tinha um valor de comunalidade inferior a 0.30 ($h^2 = .04$) e que tinha uma saturação fatorial abaixo de 0.40. Nesse sentido, foi realizada uma nova análise fatorial sem esse item que explicou 50,42% da variância total. Neste nova análise todos os itens apresentaram saturações fatoriais acima de 0.50 (entre 0.51 para o item 6 e 0.83 para o item 25) (anexo IV). De seguida, foi realizada a análise dos itens através da correlação item-total ou seja foi determinada a correlação de cada item com a pontuação dos restantes itens, bem como o contributo de cada item para a consistência interna da escala quando o item é eliminado. Foi possível verificar que todos os itens apresentaram valores de correlação com a escala total superiores a 0.30 (variando entre 0.47 e 0.81) e que todos contribuem significativamente para a consistência interna do instrumento (anexo V).

3.2- Análises de correlação

De modo a avaliar a relação entre a idade, os anos de escolaridade, a classe esquelética, a E.C.S.A.R. e a E.A.S.S.R., determinou-se o coeficiente de correlação de Pearson (Tabela II).

Constatou-se que a comparação social associada à aparência do rosto (E.C.S.A.R.) apenas apresenta uma correlação significativa e negativa baixa com a ansiedade e desconforto em situações sociais devido à aparência do rosto (E.A.S.S.R.).

Em relação à ansiedade e desconforto em situações sociais devido à aparência do rosto (E.A.S.S.R.), verifica-se que há uma correlação negativa baixa com os anos de escolaridade e uma correlação não significativa com a idade. Por outro lado, observa-se que existe uma correlação positiva baixa com a classe esquelética.

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

Medidas	M	DP	1	2	3	4	5
1. Idade	23.15	6.06	-				
2. Anos de escolaridade	14.48	2.02	-	-			
3. Classe esquelética	1.81	0,74	-	-	-		
4. E.C.S.A.R.	64.77	16.14	-.02	.04	.04	-	
5. E.A.S.S.R.	41.44	14.98	.14	-.27**	.22**	-0.34**	-

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

3.3- Análise de teste *t* de Student para amostras independentes

No sentido de se explorarem as diferenças da idade, dos anos de escolaridade, da classe esquelética, da comparação social e do grau de ansiedade e de desconforto em situações sociais devido à aparência do rosto nas duas amostras, recorreu-se ao teste *t* de Student para amostras independentes. Assim, na tabela III são apresentados os valores médios (M) e desvios-padrão (DP) da idade, dos anos de escolaridade, da classe esquelética e das pontuações das escalas E.C.S.A.R. e E.A.S.S.R. das duas amostras.

Tabela III: Teste t de Student para amostras independentes
Médias (M), Desvios-padrão (DV), diferenças teste t e tamanho do efeito (d de Cohen) para todas as variáveis para os dois grupos.

Medidas	População geral (n = 90)		População clínica (n = 46)		t(gl)	p	d de Cohen
	M	DP	M	DP			
Idade	22.11	1.60	25.22	8.14	-2.539 (133)	0.015	0.46
Anos de escolaridade	15.21	1.3	12.90	2.39	5.877 (133)	<.001	1.07
Classe esquelética	1.54	0.66	2.33	0.60	-6.767 (133)	<.001	1.23
E.C.S.A.R.	65.52	16.30	63.27	15.91	0.764 (133)	0.446	0.14
E.A.S.S.R.	38.83	13.83	46.54	15.95	-2.918 (133)	0.004	0.53

Nota: M = Média; DP = Desvio-Padrão; E.C.S.A.R. = Escala de Comparação Social através da Aparência do Rosto; E.A.S.S.R. = Escala de Ansiedade em Situações Sociais devido à aparência do Rosto.

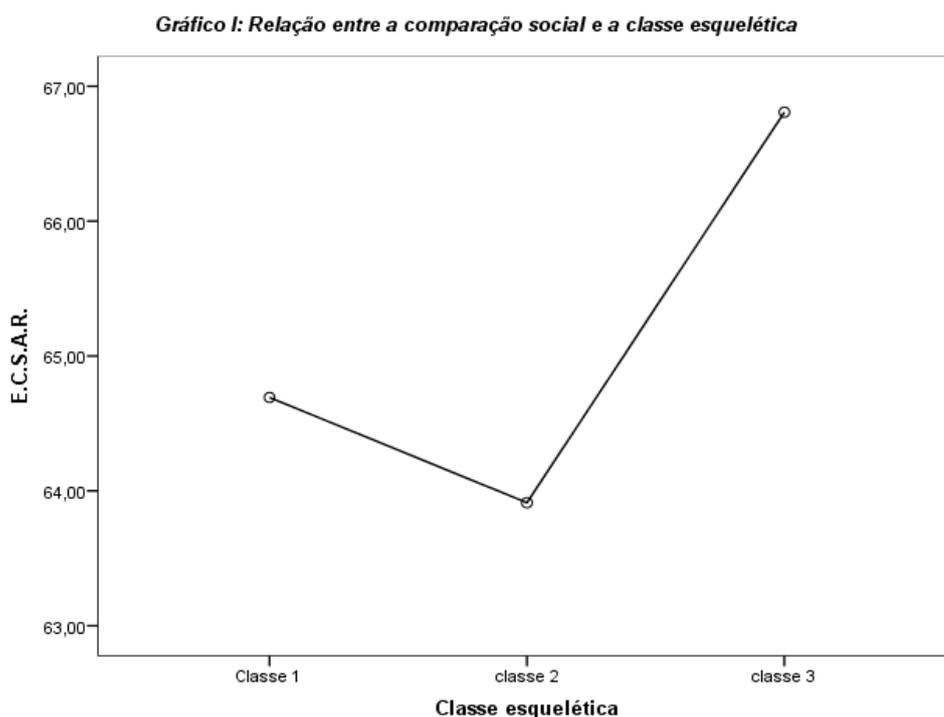
Os resultados revelam que a população clínica é constituída por indivíduos mais velhos, com menos anos de escolaridade, maioritariamente por indivíduos com classe esquelética II e III e com maior nível de ansiedade e de desconforto do que a amostra geral, sendo estas diferenças estatisticamente significativas. As diferenças em relação aos anos de escolaridade e classe esquelética refletem efeitos grandes, ao passo que as variáveis ansiedade e desconforto e idade refletem tamanhos de efeitos médios. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação à comparação social.

3.4- Análises univariadas da variância (One Way ANOVA)

No sentido de perceber se existem diferenças na E.C.S.A.R. e na E.A.S.S.R. nas diferentes classes esqueléticas recorreu-se à análise univariável da variância (One Way ANOVA). No que concerne à E.C.S.A.R., verificou-se que o modelo foi não significativo ($F(2, 132) = .285; p = .752, \eta^2 = .004$), ou seja, não existem diferenças nesta variável nas diferentes classes esqueléticas.

Em relação à E.A.S.S.R., observa-se que o modelo foi significativo ($F(2, 133) = 6.548; p = .02, \eta^2 = .09$), existindo diferenças entre as classes esqueléticas sendo o tamanho do efeito da diferença médio. A análise de comparação à *posteriori* permitiu verificar que existe uma

diferença significativa entre os indivíduos classe I esquelética e os indivíduos da classe esquelética II e III. Isto significa que os indivíduos da classe II e III em comparação com os da classe I apresentam pontuações mais elevadas no grau de ansiedade e evitamento em situações sociais devido à aparência do rosto. Contudo, não foram verificadas diferenças nos níveis de ansiedade e evitamento em relação à aparência do rosto entre sujeitos da classe II e os da classe III (Gráfico I).



Nota: E.C.S.A.R. = Escala de Comparação Social através da Aparência do Rosto.

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

VD	Classe I	Classe II	Classe III	F	p	Partial η^2	Comparações de pares					
	M (DP)	M (DP)	M (DP)				Classe I - Classe II	p	Classe I - Classe III	p	Classe II - Classe III	p
E.C.S.A.R.	64.69 (13.84)	63.91 (19.17)	66.81 (13.33)	.285	.752	.004	.78 (3.11)	.803	-2.12 (3.90)	.588	-2.90 (3.84)	.452
E.A.S.S.R.	37.81 (13.26)	48.00 (15.88)	45.50 (16.41)	6.548	.002	.09	-10.19 (2.87)	.001	-7.69 (3.61)	.035	2.50 (3.55)	.482

Nota: M = média; DP = Desvio-Padrão; E.C.S.A.R. = Escala de Comparação Social através da Aparência do Rosto; E.A.S.S.R. = Escala de Ansiedade em Situações Sociais devido à aparência do Rosto

3.5 - *Análise da regressão*

Por fim, realizou-se uma análise de regressão múltipla hierárquica, com o propósito de compreender o contributo da classe esquelética e da E.C.S.A.R. na predição da ansiedade e desconforto em situações sociais devido à aparência do rosto nas duas mostras de modo independente. Os resultados destas análises são apresentados na Tabela V.

Para testar a presença de autocorrelação nos erros do modelo de regressão, recorreu-se ao teste Durbin-Watson. Os valores deste teste podem variar entre 0 e 4, sendo que, neste estudo o valor do teste aproximam-se de 2, o que significa que o teste não é significativo e que os erros são independentes. Para verificar a existência de multicolinearidade recorreu-se ao fator de inflação da variância (VIF). O VIF indica se um preditor tem uma forte relação linear com outros preditores, devendo ser inferior a 5. Neste estudo o VIF foi inferior a 5, pelo que os pressupostos estão garantidos.

Em relação à população geral os resultados mostram que o modelo 1 foi significativo, explicando 8% da variância da ansiedade e desconforto [$F(1, 88) = 7.270; p < 0.05$], sendo a classe esquelética um preditor significativo ($\beta = 0.276; p < 0.01$). O segundo modelo, quando se introduz a E.C.S.A.R, explicou 18% da variância de ansiedade e desconforto em situações sociais devido à aparência do rosto [$F(2, 87) = 9.355; p < 0.001$]. A E.C.S.A.R. revelou-se como o melhor preditor da ansiedade e desconforto sentidos na população geral ($\beta = -0.317; p < 0.01$).

No que respeita à população clínica, verificou-se que, o primeiro modelo não apresentou significância estatística. Quando se introduz a E.C.S.A.R (modelo 2), esta demonstrou ser um preditor estatisticamente significativo da ansiedade e desconforto em situações sociais devido à aparência do rosto ($\beta = -0.396; p < 0.05$), explicando 18% da variância da E.A.S.S.R. [$F(2, 42) = 4.463; p < 0.05$].

Resumindo, a classe esquelética revelou-se como preditor da ansiedade e desconforto apenas população geral. Paralelamente, verificou-se que comparações sociais mais desfavoráveis devido à aparência do rosto são preditores de ansiedade e desconforto em situações sociais devido à aparência do rosto nas duas populações.

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

	Modelo	Preditores	β	t	p	F	ΔR^2
População geral (N =90)	1	Classe esquelética	.276	2.696	.008	7.270*	.08
	2	Classe esquelética	.271	2.783	.007	9.355***	.18
		E.C.S.A.R.	-.317	-3.261	.002		
	Modelo	Preditores	β	t	p	F	ΔR^2
População clínica (N =46)	1	Classe esquelética	-.181	-1.205	.235	1.452	.03
	2	Classe esquelética	-.062	-.419	.667	4.463*	.18
		E.C.S.A.R.	-.396	-2.695	.010		

Nota: E.C.S.A.R. = Escala de Comparação Social através da Aparência do Rosto; E.A.S.S.R. = Escala de Ansiedade em Situações Sociais devido à aparência do Rosto; *** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$.

4- Discussão

A comparação social é um processo fundamental para o ser humano, permitindo-lhe reconhecer qual a sua posição no grupo. Vários autores têm demonstrado que indivíduos mais atraentes apresentam mais vantagens sociais, o que indica a importância da aparência física para a definição da posição social do indivíduo no grupo. O facto de, o indivíduo apresentar características indesejáveis pelo grupo (e.g., corpo não magro) pode colocá-lo em risco de ser avaliado negativamente pelos outros como diferente, inadequado, indesejado e de poder ser criticado, ignorado ou mesmo rejeitado pelos seus pares, o que por sua vez, poderá desencadear o desenvolvimento de estratégias defensivas como esconder, dissimular essa característica indesejável ou o evitamento. Contudo, paradoxalmente, estas estratégias tendem a ter um impacto negativo na qualidade de vida e poderão levar ao desenvolvimento psicopatologia, nomeadamente sintomas de depressão e ansiedade. No caso da dismorfose dento-facial em específico, é fulcral o reconhecimento do impacto psicossocial da dismorfia dento-facial por parte do ortodontista e do cirurgião maxilo-facial, a fim de que, caso seja detetada alguma perturbação psicológica, estes profissionais reencaminhem os pacientes para um psicólogo antes de serem submetidos ao TOCO. No entanto, encontra-se pouco explorada o modo como os indivíduos com dismorfose dento-facial se comparam com os seus pares em relação à aparência do rosto, bem como o impacto da dismorfia nos níveis de ansiedade e desconforto em situações sociais. Neste sentido, este estudo visa compreender o impacto da dismorfose dento-facial no modo como os indivíduos se comparam socialmente e qual o grau de ansiedade e de desconforto em situações sociais devido à aparência do seu rosto. Para além disso, que seja do nosso conhecimento, não existem instrumentos que avaliem estes constructos em relação ao rosto. Neste sentido, foi elaborada uma nova escala que propõe medir o grau de ansiedade e de desconforto em situações sociais devido à aparência do rosto (E.A.S.S.R.).

Os resultados da análise fatorial inicial evidenciam que a E.A.S.S.R. apresenta uma estrutura unifactorial que explicou 48,63% da variância total. Contudo, o item 4 revelou ser um item fraco, pelo que foi eliminado. A versão final da E.A.S.S.R. explicou 50,42% da variância total, sendo que todos os itens apresentam bons valores de correlações item-total, confirmando a adequação dos itens aos constructos que esta medida pretende avaliar. Para além disso, a E.A.S.S.R. apresentou muito boa consistência interna. Deste modo, a E.A.S.S.R. parece ser uma escala válida e viável na avaliação do grau de ansiedade e desconforto em situações sociais devido à aparência do rosto, contribuindo deste modo para diminuir a escassez de instrumentos que avaliem estes constructos na população com dismorfose dento-facial.

Outro objetivo do presente estudo foi verificar as associações entre a classe esquelética, a E.C.S.A.R. e a E.A.S.S.R. Verificou-se que a classe esquelética se encontra associada a maiores níveis de ansiedade e desconforto em situações sociais. Deste modo, os resultados sugerem que indivíduos com dismorfia dento-facial tendem a sentir mais ansiedade e a evitar situações sociais em que a face possa ser objeto de exposição aos outros. Os resultados indicaram também que as comparações sociais negativas devido à aparência do rosto se associam, significativamente, a um maior nível de ansiedade e desconforto em situações sociais devido à aparência do rosto. Assim, estes dados sugerem que indivíduos que tendem a comparar o seu rosto com o dos pares de modo mais desfavorável apresentam níveis mais elevados de ansiedade e desconforto em situações sociais devido à aparência do rosto. Estes dados vão no sentido da investigação existente que tem salientado o papel preponderante da aparência física na definição da posição social do indivíduo. Este resultado é consistente com os resultados obtidos por Myers e Crowther⁴¹, que revelam que comparações sociais desfavoráveis se relacionam positivamente com a insatisfação corporal, e conseqüentemente, podem fazer submergir dificuldades psicológicas, como a ansiedade. No mesmo sentido Irons e Gilbert⁴³, sugerem que o facto de o indivíduo ter a percepção de que é avaliado negativamente pelos outros está associado a uma maior preocupação e ansiedade perante a possibilidade de ser criticado ou rejeitado pelos outros, podendo adotar estratégias defensivas de evitamento. Na verdade, de acordo com Ferreira e colaboradores³⁴ os indivíduos que não vivenciam sentimento de pertencer ao seu grupo, são extremamente sensíveis as avaliações externas e demonstram um insaciável desejo de obter aprovação social.

Os resultados em relação à comparação entre as duas amostras mostraram que a amostra da população geral era significativamente mais nova e mais escolarizada do que a população clínica. Do mesmo modo, e tal como esperado, os grupos também apresentaram uma diferença significativa em relação à classe esquelética, sendo que a maioria da população geral pertencia à classe esquelética I enquanto na população clínica a maioria dos sujeitos pertenciam à classe esquelética II ou III. Para além disso, os pacientes com indicação para o TOCO tendem a evidenciar maior grau de ansiedade e desconforto em situações sociais devido à aparência do rosto. Assim, especulamos que os pacientes com dismorfose dento-facial que procuraram o TOCO podem sentir maior nível de ansiedade e de desconforto devido ao facto de perceberem o seu rosto como tendo características indesejáveis, o que poderá levar a que tentem adotar comportamentos defensivos para esconder, ocultar ou evitar o confronto com essas características avaliadas como negativas.

Estes dados são consistentes com os de Carvalho e colaboradores⁵⁰ que afirmam que quando a pessoa pensa não corresponde aos padrões sociais de beleza física, para lidar com o problema dento-facial, ela pode recorrer a estratégias de ocultamento (como por exemplo,

cobrir a boca com a mão enquanto fala, evitar sorrir, mover os lábios de forma artificial, não gostar de tirar fotografias), ou, em casos extremos, pode manifestar comportamentos de fobia social traduzidos em sentimentos de medo e de insegurança emocional no relacionamento interpessoal. No entanto, os dados obtidos não são corroborados por Alanko e colaboradores⁵¹, uma vez no seu estudo realizado em 2014, verificaram que os pacientes com deformidade dento-facial, quando comparados com um grupo de controlo, não apresentavam pior qualidade de vida no domínio social.

Não obstante, e ao contrário do esperado, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação às comparações sociais, o que sugere que os grupos não se distinguem em relação a esta variável. Este é um resultado inesperado que pode ter várias explicações. Por um lado, o facto da amostra da população geral ser constituída por estudantes de medicina dentária, mais conscientes das deformidades dento-faciais, o que poderá influenciar o modo como eles se comparam com os pares em relação ao rosto. Por outro lado, e de acordo com Alanko e colaboradores⁵¹, é possível que os pacientes com deformidades dento-faciais lidem bem com a sua aparência.

De seguida, fomos analisar se as diferentes classes esqueléticas se distinguem em termos de comparações sociais e níveis de ansiedade e evitamento em situações sociais devido à aparência do rosto. De modo congruente com o exposto anteriormente não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas comparações sociais pela aparência do grupo entre os sujeitos das três classes esqueléticas, sugerindo que estes não se diferenciam nesta variável. Na verdade, da análise do gráfico I, verificou-se que os indivíduos classe II apresentam comparações sociais mais favoráveis do que os indivíduos classe I e III esquelética. Isto pode dever-se ao facto de os indivíduos com classe II esquelética apresentarem, frequentemente, uma mordida de conveniência em repouso, “camuflando” assim a deformidade dento-facial. O facto de os participantes classe III apresentarem comparações sociais mais desfavoráveis em comparação com os restantes indivíduos, pode dever-se ao facto de aos indivíduos classe III esquelética ser conotado um aspeto mais “masculino” e a amostra ser maioritariamente constituída por mulheres.

No que se refere à ansiedade e ao desconforto devido à aparência do rosto os resultados da ANOVA parecem sugerir que os sujeitos com dismorfia dento-facial (classes II e III) quando comparados com os sujeitos da classe I apresentam níveis mais elevados de ansiedade e evitamento social. Este resultado vai ao encontro de Alanko e colaboradores³³, que referem que embora a maioria dos pacientes não apresentem problemas psiquiátricos relacionados com a deformidade, certos grupos de pacientes tendem a apresentar maiores níveis de ansiedade e depressão. No mesmo sentido, o estudo de Kovalenko e colaboradores³² sugerem que os doentes com deformidade facial severa são mais

introvertidos, menos sociáveis e mais suscetíveis a perturbação psicológica, nomeadamente ansiedade e depressão.

Por último este estudo pretendeu compreender a influência da classe esquelética e da comparação social em relação ao rosto no grau de ansiedade e desconforto em situações sociais devido ao rosto para cada uma das amostras separadamente. No que respeita à população geral, apesar de a classe esquelética também ser preditor significativo, o preditor mais significativo da ansiedade e desconforto em situações sociais devido à aparência do rosto foi a comparação social devido à aparência da face, sendo que o modelo explicou 18% da variância total. Isto significa que, o que prediz na amostra de estudantes maiores níveis de ansiedade e desconforto em situações sociais é terem uma deformidade dento-facial e sobretudo, compararem-se negativamente com os seus pares em relação ao rosto. Na população clínica, a classe esquelética não revelou ser preditor significativo da ansiedade e desconforto, sendo a comparação social o único preditor significativo, explicando 18% da variância. Isto significa que a condição esquelética nos pacientes com dismorfose dento-facial não explica os maiores níveis de ansiedade e desconforto, sendo que estes níveis de ansiedade e desconforto são explicados, em parte, pelo facto de os doentes se compararem socialmente negativamente com os seus pares em relação ao rosto. Estes resultados são consistentes com os de Gilbert e colaboradores⁵² que referem que comparações sociais desfavoráveis baseadas na aparência física são um fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologia. Os nossos resultados podem ser explicados através dos estudos do mesmo autor, que sugerem que quando os indivíduos apresentam características (e.g. físicas) que não são valorizadas pelo grupo, podem ficar mais vulneráveis a serem vistos como inadequados, diferentes, inferiores e em risco de serem criticados ou excluídos. Por sua vez, os indivíduos podem desenvolver estratégias defensivas no sentido de esconder ou evitar a exposição dessa característica que é vista como pouco atraente.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser tidas em consideração. Em primeiro lugar, a dimensão reduzida da amostra, que dificulta a generalização dos resultados. Além disso, não foi possível avaliar as diferenças de género, uma vez que, a maioria da população estudada era do sexo feminino. Nesse sentido, estudos futuros deverão tentar obter uma amostra mais equilibrada em termos do género que possibilite estas comparações mais fidedignas. Em segundo lugar, o carácter transversal do estudo que impossibilita o estabelecimento de relações de causalidade. Futuras investigações deverão tentar colmatar esta lacuna realizando estudos prospetivos. Em terceiro lugar, o grau de severidade da dismorfose dento-facial não entrou em linha de conta na obtenção dos resultados, o que não permitiu diferenciar os resultados dos casos mais graves dos casos *borderline*. Para corrigir esta limitação, estudos futuros poderão usar o Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico⁵³, por exemplo, que traduz as características dos casos mais e menos prioritários

de serem tratados. Em quarto lugar, está o facto de os dados sociodemográficos não incluir a raça, pois a prevalência das deformidades dento-faciais variam de acordo com a raça. Contudo, a esmagadora maioria dos participantes neste estudo eram de raça caucasiana. Em quinto lugar, o facto de nas análises de regressão, a variância explicada pelos modelos estudados ser reduzida. Neste sentido, o estudo parece sugerir que outras variáveis podem influenciar a ansiedade e desconforto vivenciada pelos indivíduos com dismorfose dento-facial em situações sociais em que a face esteja exposta. Por último, apresenta-se o facto de a amostra da população geral ser constituída na sua totalidade por estudantes de Medicina Dentária, uma vez que estes participantes estão mais preparados para perceber qual a sua condição dento-facial e podem até ter conhecimento do seu diagnóstico esquelético. Isto pode ter influenciado as suas respostas nos instrumentos de autorrelato utilizados.

Não obstante, este trabalho apresenta alguns pontos fortes, sendo um deles o facto de terem sido utilizados dados objetivos resultantes das análises cefalométricas de todos os participantes. Além disso, este estudo explora um tema que se encontra pouco explorado na literatura, uma vez que não existem investigações do nosso conhecimento que tenham estudado a influência da dismorfose dento-facial na comparação social e ansiedade/desconforto em situações sociais. Neste sentido, são necessários estudos futuros de modo a compreender as variáveis psicológicas (nomeadamente a vergonha) que têm um papel nos níveis de ansiedade e desconforto social em pessoas com dismorfose dento-facial. De facto, Gilbert⁵⁴ sugere o papel preponderante da vergonha no sofrimento psicológico, sendo que a vergonha tem sido consistentemente considerada um fator de risco para a psicopatologia. Por último, foi desenvolvido um novo instrumento de medida de ansiedade e desconforto em situações sociais devido à aparência do rosto que mostrou um instrumento facilmente aplicável e válido. Estudos futuros poderão continuar a estudar o instrumento, nomeadamente com amostras mais alargadas, que permitam a validação do mesmo na população portuguesa com dismorfose dento-facial.

5- Conclusão

Os resultados deste estudo detêm importantes implicações para a investigação e prática clínica com doentes com dismorfoses dento-faciais, não só pelo desenvolvimento de um novo instrumento que avalia especificamente a ansiedade e desconforto em situações sociais devido à aparência do rosto, bem como ao sugerir que os pacientes com dismorfose dento-facial apresentam níveis mais elevados de ansiedade e de desconforto em situações sociais, mostrando assim o impacto significativo que esta condição pode deter na vida social

Comparação social negativa e desconforto em situações sociais na dismorfose dento-facial

dos pacientes e podendo justificar a necessidade de TOCO de modo a promover a melhoria do seu bem-estar social e interpessoal.

6- Agradecimentos

A realização desta dissertação de mestrado reúne contributos de várias pessoas, às quais estou eternamente grata.

Ao professor Doutor Francisco do Vale, pela disponibilidade, apoio, orientação e partilha de saberes. Acima de tudo, obrigada por me acompanhar nesta jornada e por estimular o meu interesse pelo conhecimento na área da Ortodontia.

À Doutora Lara Palmeira, pela transmissão de conhecimentos, disponibilidade, apoio constante e preciosa ajuda na realização deste trabalho, não só na parte teórica como no tratamento estatístico dos dados.

Ao Dr. David Sanz pela disponibilidade, orientação e preciosa ajuda na escolha do tema deste estudo.

A todos aqueles que se dispuseram a ajudar-me na realização dos inquéritos, enquanto entrevistadores, e às dezenas de estudantes do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade de Coimbra e pacientes do Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-facial do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que prescindiram de algum do seu tempo para responder aos questionários. Sem vós a recolha desses dados teria sido impossível.

Aos meus amigos e colegas de curso, pelo companheirismo e por me demonstrarem o verdadeiro valor da amizade.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional e pela força e carinho que sempre prestaram ao longo da minha vida, bem como, à elaboração desta tese, a qual, sem o seu apoio teria sido impossível.

À minha irmã, que mesmo estando longe, é a pessoa que mais de perto me acompanha nos bons e maus momentos.

A todos, o meu sincero e profundo **Muito Obrigada!**

7- Referências bibliográficas

1. Wahl N. Orthodontics in 3 millennia. Chapter 7: Facial analysis before the advent of the cephalometer. *Am J Orthod Dentofac Orthop.* 2006;129(2):293–8.
2. Vale F. *Análise Estética da Face da População Portuguesa com Base na Posição Natural da Cabeça.* Universidade de Coimbra; 2004.
3. Olsen JA, Inglehart MR. Malocclusions and perceptions of attractiveness, intelligence, and personality, and behavioral intentions. *Am J Orthod Dentofac Orthop.* 2011;140(5):669–79.
4. Pithon MM, Nascimento CC, Barbosa GCG, Coqueiro RDS. Do dental esthetics have any influence on finding a job? *Am J Orthod Dentofac Orthop.* 2014;146(4):423–9.
5. Naini FB, Donaldson ANA, Cobourne MT, McDonald F. Assessing the influence of mandibular prominence on perceived attractiveness in the orthognathic patient, clinician, and layperson. *Eur J Orthod.* 2012;34(6):738–46.
6. Khosravanifard B, Rakhshan V, Raeesi E. Factors influencing attractiveness of soft tissue profile. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2013;115(1):29–37.
7. Posnick JC. Definition and Prevalence of Dentofacial Deformities. *Orthognathic Surgery: Principles and Practice.* Elsevier Inc.; 2013. 61-68 p.
8. Rusanen J, Lahti S, Tolvanen M, Pirttiniemi P. Quality of life in patients with severe malocclusion before treatment. *Eur J Orthod.* 2010;32(1):43–8.
9. Alanko OME, Svedström-Oristo A-L, Peltomäki T, Kauko T, Tuomisto MT. Psychosocial well-being of prospective orthognathic-surgical patients. *Acta Odontol Scand.* 2014;72(8):887–97.
10. Barrera-Mora JM, Escalona EE, Labruzzo CA, Carrera JML, Ballesteros EJ-C, Reina ES, et al. The Relationship Between Malocclusion, Benign Joint Hypermobility Syndrome, Condylar Position and TND Symptom. *Journal Craniomandib Pract.* 2012;
11. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. *Ortodontia Contemporânea.* 2007. 701 p.
12. Miguel JAM, Palomares NB, Feu D. Life-quality of orthognathic surgery patients: The search for an integral diagnosis. *Dental Press J Orthod.* 2014;19(1):123–37.
13. Soh CL, Narayanan V. Quality of life assessment in patients with dentofacial deformity undergoing orthognathic surgery—A systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2013;42(8):974–80.
14. Laufer D, Glick D, Gutman D, Sharon A. Patient motivation and response to surgical correction of prognathism. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol.* 1976;41(3):309–13.
15. Rivera SM, Hatch JP, Dolce C, Bays RA, Van Sickels JE, Rugh JD. Patients' own

- reasons and patient-perceived recommendations for orthognathic surgery. *Am J Orthod Dentofac Orthop.* 2000;118(2):134–40.
16. Williams a C, Shah H, Sandy JR, Travess HC. Patients' motivations for treatment and their experiences of orthodontic preparation for orthognathic surgery. *J Orthod.* 2005;32(3):191–202.
 17. Stirling J, Latchford G, Morris DO, Kindelan J, Spencer RJ, Bekker HL. Elective orthognathic treatment decision making: a survey of patient reasons and experiences. *J Orthod.* 2007;34(2):113–27.
 18. Silva ACA e, Carvalho RAS, Santos T de S, Rocha NS, Gomes ACA, Silva ED de O e. Evaluation of life quality of patients submitted to orthognathic surgery. *Dental Press J Orthod.* 2013;18(5):107–14.
 19. Abrahamsson C, Henrikson T, Nilner M, Sunzel B, Bondemark L, Ekberg E. TMD before and after correction of dentofacial deformities by orthodontic and orthognathic treatment. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2013;42(6):752–8.
 20. Mladenović I, Dodić S, Stošić S, Petrović D, Čutović T, Kozomara R. TMD in class III patients referred for orthognathic surgery: Psychological and dentition-related aspects. *J Cranio-Maxillofacial Surg.* 2014;42(8):1604–9.
 21. Ryan FS, Barnard M, Cunningham SJ. What are orthognathic patients' expectations of treatment outcome - A qualitative study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012;70(11):2648–55.
 22. Broers DLM, van der Heijden GJMG, Rozema FR, de Jongh A. Do patients benefit from orthognathic surgery? A systematic review on the effects of elective orthognathic surgery on psychosocial functioning and patient satisfaction. *Eur J Oral Sci.* 2017;125(6):411–8.
 23. Song YL, Yap AUJ. Orthognathic treatment of dentofacial disharmonies: its impact on temporomandibular disorders, quality of life, and psychosocial wellness. *Cranio - J Craniomandib Pract.* 2017;35(1):52–7.
 24. Sarwer DB, Spitzer JC. Body image dysmorphic disorder in persons who undergo aesthetic medical treatments. *Aesthetic Surg J.* 2012;32(8):999–1009.
 25. Veale D, De Haro L, Lambrou C. Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. *Br J Plast Surg.* 2003;56(6):546–51.
 26. Diagn M, Mentais SDET. Transtornos Depressivos - DSM - 5. Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais - Dsm - V. 2013. 948 p.
 27. Vulink NCC, Rosenberg A, Plooi JM, Koole R, Bergé SJ, Denys D. Body dysmorphic disorder screening in maxillofacial outpatients presenting for orthognathic surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2008;37(11):985–91.

28. Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and Nonpsychiatric Medical Treatment of Patients With Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*. 2001;42(6):504–10.
29. Brunton G, Paraskeva N, Caird J, Bird KS, Kavanagh J, Kwan I, et al. Psychosocial Predictors, Assessment, and Outcomes of Cosmetic Procedures: A Systematic Rapid Evidence Assessment. *Aesthetic Plast Surg*. 2014;38(5):1030–40.
30. Kiyak HA, McNeill RW, West RA, Hohl T, Heaton PJ. Personality characteristics as predictors and sequelae of surgical and conventional orthodontics. *Am J Orthod*. 1986;89(5):383–92.
31. Proffit WR, Fields HW. *Contemporary Orthodontics*. 4th ed. Mosby, editor. St. Louis; 2000. 674-678 p.
32. Kovalenko A, Slabkovskaya A, Drobysheva N, Persin L, Drobyshev A, Maddalone M. The association between the psychological status and the severity of facial deformity in orthognathic patients. *Angle Orthod*. 2012;82(3):396–402.
33. Alanko OME, Svedström-Oristo A-L, Tuomisto MT. Patients' perceptions of orthognathic treatment, well-being, and psychological or psychiatric status: a systematic review. *Acta Odontol Scand*. 2010;68(5):249–60.
34. Ferreira C. *O Peso da Magreza: o corpo como um instrumento de ranking social*. Universidade de Coimbra; 2011.
35. Ferreira C, Palmeira L, Oliveira MI. Turning eating psychopathology risk factors into action: The pervasive effect of body image-related cognitive fusion. *Appetite*. 2014;
36. Allan S, Gilbert P. *a Social Comparison Scale: Psychometric Properties and Relationship To Psychopathology*. 1995;i.
37. Ferreira C, Pinto-Gouveia J, Duarte C. Physical appearance as a measure of social ranking: The role of a new scale to understand the relationship between weight and dieting. *Clin Psychol Psychother*. 2013;20(1):55–66.
38. Gilbert P, Procter S. *for People with High Shame and Self-Criticism : Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach*. *Clin Psychol Psychother*. 2006;13:353–79.
39. Duarte C, Pinto-Gouveia J, Ferreira C, Batista D. Body Image as a Source of Shame: A New Measure for the Assessment of the Multifaceted Nature of Body Image Shame. *Clin Psychol Psychother*. 2015;22(6):656–66.
40. Matos M, Ferreira C, Duarte C, Pinto-Gouveia J. *Eating disorders: When social ranking is shaped by early shame experiences*. 2012.
41. Myers TA, Crowther JH. Social Comparison as a Predictor of Body Dissatisfaction: A Meta-Analytic Review. *J Abnorm Psychol*. 2009;118(4):683–98.

42. Forte TCN. O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação Emocional na psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar. 2012;73.
43. Irons C, Gilbert P. Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression symptoms: The role of the attachment and social rank systems. *J Adolesc.* 2005;28(3):325–41.
44. Field A. *Discovering Statistics using SPSS*. 3th ed. SAGE, editor. 2009.
45. Nunnally J. *Psychometric theory*. 2nd ed. Mc Grau Hill, editor. USA; 1978.
46. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS*. 5ª Edição Revista E Corrigida. 2008. 527-528 p.
47. Cohen J, Cohen P, West SG, Aiken LS. *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral science*. 3th ed. Erlbaum, editor. USA; 2003.
48. Tabachnick B, Fidell L. *Using multivariate statics*. 5th ed. Boston; 2007.
49. Castello A, Osborn J. *Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendation for Getting the Most From Your Analysis*. *Practical Assessment Research & Evaluation*, editor. 2005. 1-9 p.
50. Carvalho SC, Martins EJ, Barbosa MR. Variáveis psicossociais associadas à cirurgia ortognática: uma revisão sistemática da literatura. *Psicol Reflexão e Crítica*. 2012;25(3):477–90.
51. Alanko OME, Svedström-Oristo AL, Peltomäki T, Kauko T, Tuomisto MT. Psychosocial well-being of prospective orthognathic-surgical patients. *Acta Odontol Scand*. 2014;72(8):887–97.
52. Gilbert DT, Giesler RB, Morris KA. When Comparisons Arise. *J Pers Soc Psychol*. 1995;69(2):227–36.
53. Francisco I, Albergaria M, Caramelo F, Vale F. Utilização do ICON para aferição da necessidade e eficácia dos tratamentos ortodônticos. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac*. 2015;56(1):34–41.
54. Gilbert P. The relationship of shame, social anxiety and depression: the role of the evaluation of social rank. *Clin Psychol Psychother*. 2000;7(3):174–89.

ANEXOS

Anexo I:

Dados Sociodemográficos:			
Iniciais	do	participante:	Idade: _____

Género:	feminino <input type="checkbox"/>	masculino <input type="checkbox"/>	
Anos de	Escolaridade	Completos:	Profissão:
_____		_____	

E.C.S.A.R.

(Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2010)

Instruções:

Gostaríamos de saber como é que as pessoas comparam os seus rostos com os dos outros. Por favor, assinale com um círculo o número que, em casa linha, melhor traduz a forma como se sente no relacionamento com as outras pessoas.

*Quando comparo o **meu rosto/face** com o dos meus colegas/amigos ou com outras pessoas sinto-me:*

Inferior	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Superior
Não atraente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mais atraente
Indesejável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mais desejável
Inseguro (a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mais seguro (a)
Feio (a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bonito (a)
Diferente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Igual
Rejeitável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aceite
Desvalorizado (a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Valorizado (a)
Menos popular	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mais popular
Menos Elegante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mais elegante
Desprezado (a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Invejado (a)

Anexo II: E.A.S.S.R.

Instruções: Segue-se uma lista de situações em que podemos sentir desconforto ou mal-estar devido à aparência do rosto/ face. Assinale por favor o grau de desconforto sentido em cada uma das situações listadas. Na eventualidade de nenhuma das situações apresentadas tiver acontecido, tente imaginar o desconforto experienciado se a situação ocorresse. Poderá, se desejar, adicionar outras situações geradoras de desconforto pela aparência do seu rosto.

Assinale o **grau de desconforto** que as situações listadas abaixo lhe provocam devido à **aparência do seu rosto/ face**.

		Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
1	Olhar o meu rosto ao espelho				
2	Ficar constrangido (a) ou inibido (a) com a aparência do meu rosto				
3	Sair com amigos para passear				
4	Ser avaliado (a) pelos outros negativamente devido à aparência do meu rosto				
5	Ir a uma festa				
6	Conviver e divertir-me com outras pessoas				
7	Esconder certos aspetos da aparência do meu rosto, mantendo uma certa posição do rosto (ex. virar o rosto para um dos lados)				
8	Evitar sorrir quando conheço pessoas				
9	Tirar fotografias de rosto				
10	Comer ou beber em público				
11	Representar, agir ou falar perante uma audiência				
12	Convidar alguém pela primeira vez para sair				
13	Entrar numa sala onde os outros já estão sentados				
14	Encobrir ou esconder partes do meu rosto com chapéus, roupas, cabelos ou com as mãos				
15	Ver fotografias do meu rosto				
16	Ser o centro das atenções				
17	Apresentar oralmente um trabalho				
18	Publicar fotografias de rosto nas redes sociais				

19	Medir partes do meu rosto, na esperança de que sejam menores, maiores ou mais simétricas como gostaria que fossem				
20	Sentir que os outros estão a olhar para mim				
21	Pensar que os outros avaliam negativamente o meu rosto				
22	Conversar com pessoas do sexo oposto				
23	Ir a uma entrevista para arranjar emprego				
24	Verificar as imperfeições do meu rosto				
25	Ficar triste com a aparência do meu rosto				
26	Pensar que os outros veem o meu rosto como defeituoso				
27					
28					
29					
30					

Anexo III: CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

Análise da autoimagem facial e impacto social na dismorfose dento-facial

O estudo enquadra-se no âmbito da tese de Mestrado em Medicina Dentária e tem como objetivo avaliar a discrepância entre a perceção que o participante tem em relação à aparência do seu rosto e os dados clínicos objetivos do mesmo. Para isso serão entregues um conjunto de questionários que se propõem averiguar como é que as pessoas comparam os seus rostos com os das outras pessoas e o desconforto em situações sociais. Os dados recolhidos são confidenciais e o seu uso é exclusivo para o presente estudo.

Maria do Rosário Magalhães da Silva

Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Correio electrónico: mr.magalhaessilva@gmail.com

Endereço: Área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Avenida Bissaya Barreto, Bloco de Celas

3000-075 Coimbra

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela equipa de investigação. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Nome:

Assinatura: **Data:** / /

Anexo IV

**Tabela VI : Matriz de saturação dos itens da E.A.S.S.R.
Comunalidades (h^2 ; $N = 136$)**

	Itens	Fator 1	h^2
1.	Olhar o meu rosto ao espelho	.63	.64
2.	Ficar constrangido (a) ou inibido (a) com a aparência do meu rosto	.68	.69
3.	Sair com amigos para passear	.67	.58
4.	Ser avaliado (a) pelos outros negativamente devido à aparência do meu rosto		.87
5.	Ir a uma festa	.73	.69
6.	Conviver e divertir-me com outras pessoas	.51	.49
7.	Esconder certos aspetos da aparência do meu rosto, mantendo uma certa posição do rosto (ex. virar o rosto para um dos lados)	.65	.60
8.	Evitar sorrir quando conheço pessoas	.52	.57
9.	Tirar fotografias de rosto	.73	.79
10.	Comer ou beber em público	.52	.65
11.	Representar, agir ou falar perante uma audiência	.75	.73
12.	Convidar alguém pela primeira vez para sair	.73	.65
13.	Entrar numa sala onde os outros já estão sentados	.73	.76
14.	Encobrir ou esconder partes do meu rosto com chapéus, roupas, cabelos ou com as mãos	.72	.57
15.	Ver fotografias do meu rosto	.76	.77
16.	Ser o centro das atenções	.70	.70
17.	Apresentar oralmente um trabalho	.76	.81
18.	Publicar fotografias de rosto nas redes sociais	.77	.76
19.	Medir partes do meu rosto, na esperança de que sejam menores, maiores ou mais simétricas como gostaria que fossem	.61	.46
20.	Sentir que os outros estão a olhar para mim	.80	.72
21.	Pensar que os outros avaliam negativamente o meu rosto	.80	.75
22.	Conversar com pessoas do sexo oposto	.76	.71
23.	Ir a uma entrevista para arranjar emprego	.74	.68
24.	Verificar as imperfeições do meu rosto	.78	.71
25.	Ficar triste com a aparência do meu rosto	.83	.76

Comparação social negativa e desconforto em situações sociais na dismorfose dento-facial

26. Pensar que os outros veem o meu rosto como defeituoso	.76	.66
Valor Próprio (eigenvalue)	12.605	
% de Variância	50.42	

Anexo V

Tabela VII: Propriedades do itens da E.A.S.S.R., correlações item-Total corrigidas e alfas de Cronbach se eliminado o item da E.A.S.S.R. (N = 136)

	Itens	M	DP	Correlação item-total	α se eliminado o item
1	Olhar o meu rosto ao espelho	1.55	.71	.57	.96
2	Ficar constrangido (a) ou inibido (a) com a aparência do meu rosto	1.63	.72	.62	.96
3	Sair com amigos para passear	1.27	.55	.64	.96
5	Ir a uma festa	1.40	.68	.70	.96
6	Conviver e divertir-me com outras pessoas	1.44	1.10	.44	.96
7	Esconder certos aspetos da aparência do meu rosto, mantendo uma certa posição do rosto (ex. virar o rosto para um dos lados)	1.86	1.02	.63	.96
8	Evitar sorrir quando conheço pessoas	1.42	.78	.54	.96
9	Tirar fotografias de rosto	1.88	.91	.68	.96
10	Comer ou beber em público	1.33	.68	.47	.96
11	Representar, agir ou falar perante uma audiência	1.65	.87	.72	.95
12	Convidar alguém pela primeira vez para sair	1.65	.90	.73	.95
13	Entrar numa sala onde os outros já estão sentados	1.61	.90	.65	.96
14	Encobrir ou esconder partes do meu rosto com chapéus, roupas, cabelos ou com as mãos	1.52	.80	.69	.96
15	Ver fotografias do meu rosto	1.96	.95	.72	.95
16	Ser o centro das atenções	1.85	.95	.69	.95
17	Apresentar oralmente um trabalho	1.71	.93	.73	.95
18	Publicar fotografias de rosto nas redes sociais	1.81	.96	.74	.95
19	Medir partes do meu rosto, na esperança de que sejam menores,	1.46	.73	.60	.96

Comparação social negativa e desconforto em situações sociais na dismorfose dento-facial

	maiores ou mais simétricas como gostaria que fossem				
20	Sentir que os outros estão a olhar para mim	1.90	.91	.79	.95
21	Pensar que os outros avaliam negativamente o meu rosto	1.99	.94	.78	.95
22	Conversar com pessoas do sexo oposto	1.49	.75	.75	.95
23	Ir a uma entrevista para arranjar emprego	1.63	.82	.71	.96
24	Verificar as imperfeições do meu rosto	2.04	.90	.74	.95
25	Ficar triste com a aparência do meu rosto	1.71	.90	.82	.95
26	Pensar que os outros veem o meu rosto como defeituoso	1.69	.89	.72	.95
