LILIAN VICTORIA PÉREZ ESPÍNOLA

**Avaliação do impacto das fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico na
qualidade de vida e autoestima de pacientes de cirurgia ortognática**

São Paulo

2018

LILIAN VICTORIA PÉREZ ESPÍNOLA

**Avaliação do impacto das fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico na
qualidade de vida e autoestima de pacientes de cirurgia ortognática
Versão Corrigida**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas para obter o título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

Orientador: Prof. Dr. João Gualberto de Cerqueira Luz

São Paulo

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Espínola, Lilian Victoria Pérez.

Avaliação do impacto das fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico na qualidade de vida e autoestima de pacientes de cirurgia ortognática / Lilian Victoria Pérez Espínola ; orientador João Gualberto de Cerqueira Luz -- São Paulo, 2018.

102 p. : fig., tab., 30 cm.

Dissertação (Mestrado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida

1. Qualidade de vida. 2. Autoconceito - autoimagem. 3. Cirurgia ortognática. I. Luz, João Gualberto de Cerqueira. II. Título.

Espínola LVP. Avaliação do impacto das fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico na qualidade de vida e autoestima de pacientes de cirurgia ortognática. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em: 10 / 12 / 2018

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). Marcelo Marotta Araujo

Instituição: ICT-UNESP

Julgamento: Aprovada

Prof(a). Dr(a). Israel Chilvarquer

Instituição: FO-USP

Julgamento: Aprovada

Prof(a). Dr(a). Solange Mongelli de Fantini

Instituição: FO-USP

Julgamento: Aprovada

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Juan Basílio Pérez Velásquez (In memoriam) e minha mãe Lidia Espínola de Pérez que através do exemplo do trabalho me ensinaram a perseverar, por me acolherem nos momentos difíceis e por me darem forças para superar as adversidades, por compreender a minha ausência e aceitar as minhas escolhas, mesmo não concordando com elas. Obrigada pelo amor incondicional, sou eternamente grata a vocês por tudo.

À minha avó Lidia Arce de Espínola, exemplo de mulher batalhadora, que sem nenhum título acadêmico se esforçou para que seus filhos e netos pudessem tê-los. Obrigada por apoiar todos os meus sonhos e ajudar a torná-los realidade, por custear meus cursos de natação, karatê, computação, culinária, português e de tudo mais que me propunha a fazer e ser cúmplice de realizar meus estudos no Brasil. Amo você.

A todos os pacientes com deformidade dento-facial que sofrem de alguma forma com os aspectos associados à doença, especialmente aos pacientes voluntários desta pesquisa, que gentilmente doaram seu tempo e expuseram seus sentimentos e opiniões para que este trabalho pudesse ser realizado. A eles, a minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por dar-me saúde e disposição para concluir mais uma fase importante da minha vida acadêmica.

Aos meus queridos irmãos, Luis Fernando, Luis Enrique e Juan Angel, por estarem ao meu lado sempre, por me apoiar e vibrar com as minhas conquistas e serem o tripé da minha vida. Amo vocês.

À Bárbara, obrigada por ser a minha companheira nessa aventura, por me ouvir e dividir comigo as alegrias e tristezas, por me apoiar com paciência e carinho em todos os momentos de desânimo. Por ler comigo todos os artigos de cirurgia mesmo não sendo do seu interesse, obrigada pelo seu amor.

Aos meus tios (as), primos (as), que mesmo na distância física se fazem presente na minha vida brindando-me com carinho e palavras de alento.

Ao meu orientador, Prof. Dr. João Gualberto Cerqueira Luz, pela paciência e dedicação, por compartilhar seu tempo me auxiliando na redação da dissertação, muito obrigada pelas palavras de motivação e pela sua contribuição para a realização do trabalho.

Ao meu amigo e colega Ricardo Pimenta D`ávila, com quem divido a rotina da clínica, pós-graduação e hospital, obrigada pelo companheirismo, conselhos e pelo apoio na fase de coleta do trabalho. Sou muito grata pela sua amizade, pelo seu carisma e por tornar mais leve o dia a dia.

À Natália Bueno, por todos os momentos partilhados, por ouvir as minhas angústias, por me alimentar com as deliciosas comidas que a sua mãe faz, pelas caronas, por cuidar do Lampião e das plantas sempre que preciso e por todos os momentos de descontração.

Agradeço aos professores do departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, em especial à profa. Maria da Graça Naclério-Homem e Maria Cristina Zindel Deboni pela oportunidade, pela convivência e pelos ensinamentos durante essa jornada do curso de mestrado. À profa. Marina Palo Prado pelas sessões de acupuntura realizadas e pelas conversas durante a clínica, à profa. Emanuela Prado Ferraz, pelo auxílio na edição das figuras do artigo, obrigada pela confiança e pela oportunidade de participar do seu projeto de Iniciação Científica.

Aos colegas da pós-graduação Alex, João, Natacha, Natalia Tartaroti, Natália Bueno, Rafael, Ricardo, Rui, Samantha, Vítor e Yuri pela convivência agradável durante o curso.

Aos funcionários da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, em especial, Sr. Édison Henrique Vicente e Sra. Aparecida Conceição de Souza (Cida), meu muito obrigado por toda a ajuda dispensada durante o curso. À bibliotecária Glauci E. Damásio Fidelis pela ajuda na formatação da tese.

A todas as pessoas queridas que me ajudaram direta ou indiretamente, em especial a Carol Fromer, Rodrigo Fromer, profa. Marília Trierveiler Martins, Marília Marchezi, Silmara Feres Marsulo, Marcos Marsulo e Liz Vaiciulis.

Às funcionárias da clínica, em especial à Priscila Amorim, obrigada por toda ajuda e dedicação no atendimento dos pacientes.

Ao Hospital Santa Catarina de São Paulo, a todos os seus funcionários que de alguma forma contribuíram para a realização desta pesquisa.

À CAPES, pela concessão da bolsa de mestrado.

“O período de maior ganho em conhecimento e experiência é o período mais difícil da vida de alguém”.

Dalai Lama

RESUMO

Espínola LVP. Avaliação do impacto das fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico na qualidade de vida e autoestima de pacientes de cirurgia ortognática [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018. Versão Corrigida.

A cirurgia ortognática pode alterar a auto percepção do paciente com deformidades dento-faciais. O objetivo deste trabalho foi determinar o impacto das fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico na qualidade de vida e autoestima de pacientes de cirurgia ortognática. Este estudo observacional transversal incluiu 80 pacientes com deformidades dento-faciais em várias fases do tratamento de cirurgia ortognática que foram divididos em 4 grupos (n = 20 cada): Grupo 1, pré-tratamento ortodôntico; Grupo 2, pré-cirurgia; Grupo 3, pós-cirurgia ortognática; e Grupo 4, após remoção do aparelho ortodôntico. Sua qualidade de vida foi avaliada por meio do Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14), do Questionário de Qualidade de Vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ). A autoestima, pela Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE), validados para o português do Brasil. Foram aplicados testes estatísticos para comparação entre os grupos, com nível de significância de $p < 0,050$. Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos para o OHIP-14 ($p = 0,001$) e o OQLQ e seus domínios ($p = <0,001$), com diminuição dos valores nos grupos 3 e 4. Os valores da RSE ($p = 0,001$), aumentaram nos grupos 3 e 4. Os pacientes apresentaram média de idade de 29,4 anos e predomínio do sexo feminino (68,8 %). A variável sexo apresentou diferença estatisticamente significativa para o OHIP-14 e o OQLQ em alguns grupos. Assim, podemos concluir que houve melhora significativa na qualidade de vida e na autoestima nas fases após a cirurgia ortognática e após a remoção do aparelho ortodôntico.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Autoimagem. Cirurgia Ortognática.

ABSTRACT

Espínola LVP. Evaluation of the impact of the orthodontic-surgical treatment phases on the quality of life and self-esteem of orthognathic surgery patients [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018. Versão Corrigida.

Orthognathic surgery may alter the self-perception of the patient with dento-facial deformities. The objective of this study was to determine the impact of the orthodontic-surgical treatment phases on the quality of life and self-esteem of orthognathic surgery patients. This cross-sectional observational study included patients with dento-facial deformities at various stages of the orthognathic surgery treatment who were divided into 4 groups (n = 20 each): Group 1, orthodontic pre-treatment; Group 2, pre-surgery; Group 3, post-orthognathic surgery; and Group 4, after removal of the orthodontic appliance. Their quality of life was evaluated through the Oral Health Impact Profile (OHIP-14), the Orthognathic Quality of Life Questionnaire (OQLQ) and their self-esteem by the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) validated for Brazilian Portuguese. Statistical tests were used to compare the groups with a significance level of $p < 0.050$. The sample consisted of 80 patients with a mean age of 29.4 years and a predominance of females (68.8%). There was a statistically significant difference between the groups for OHIP-14 ($p = 0.001$) and OQLQ and its domains ($p < 0.001$), with decrease in values in groups 3 and 4, and in RSE ($p = 0.001$), with increase of values in groups 3 and 4. The sex variable presented a statistically significant difference for OHIP-14 and OQLQ in some groups. Thus, we can conclude that there was a significant improvement in quality of life and self-esteem in the phases after orthognathic surgery and after removal of the orthodontic appliance.

Key words: Quality of Life. Self-Concept. Orthognathic Surgery.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 5.1 - Distribuição dos pacientes de acordo com a média de idade, sexo e tipo de deformidade dento-facial e o grupo e a significância do Teste de Razão de Verossimilhança 47
- Quadro 5.2 - Distribuição dos pacientes de acordo com a motivação para procurar tratamento e o grupo e a significância do Teste de Razão de Verossimilhança..... 48
- Quadro 5.3 - Valores de pontuação para o Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14), o Questionário de Qualidade de vida em Cirurgia Ortognática e a Escala de Autoestima de Rosenberg de acordo com os grupos e conforme a Deformidade dento-facial e a significância do Teste de Kruskal-Wallis 55
- Quadro 5.4 - Valores de pontuação para o Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14), o Questionário de Qualidade de vida em Cirurgia Ortognática e a Escala de Autoestima de Rosenberg de acordo com os grupos e conforme o sexo do paciente e a significância do Teste de Kruskal-Wallis 57
- Quadro 5.5 - Valores de pontuação para o Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14), o Questionário de Qualidade de vida em Cirurgia Ortognática e a Escala de Autoestima de Rosenberg de acordo com os grupos e conforme a faixa etária do paciente e a significância do Teste de Kruskal-Wallis 58

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 - Valores de pontuação para o Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14) de acordo com os grupos e a significância do Teste de Kruskal-Wallis	49
Tabela 5.2 - Valores de pontuação para o Questionário de Qualidade de Vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ) de acordo com os grupos e a significância do Teste de Kruskal-Wallis	51
Tabela 5.3- Valores de pontuação para os Domínios do Questionário de Qualidade de Vida em Cirurgia Ortognática de acordo com os grupos e a significância do Teste de Kruskal-Wallis.....	53
Tabela 5.4 - Valores de pontuação para a Escala de Autoestima de Rosenberg de acordo com os grupos e a significância do Teste de Kruskal-Wallis....	54

LISTA DE FIGURAS

- Figura 5.1 - Representação gráfica das medianas (máxima e mínima) por meio do boxplot para o Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14) de acordo com os grupos e a significância do Teste de Mann-Whitney 50
- Figura 5.2 - Representação gráfica das medianas (máxima e mínima) por meio do boxplot para o Questionário de Qualidade de Vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ) de acordo com os grupos e a significância do Teste de Mann-Whitney 51
- Figura 5.3 - Representação gráfica das medianas (máxima e mínima) por meio do boxplot para a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) de acordo com os grupos e a significância do Teste de Mann-Whitney 54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIF-OMS	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Funcionalidades da Organização Mundial da Saúde
EuroQol	Instrumento genérico de medição da qualidade de vida relacionada à saúde criado pelo grupo de pesquisadores de áreas multidisciplinares de cinco países europeus; Holanda, Reino Unido, Suécia, Finlândia e Noruega
NHAMES III	National Health and Nutrition Examination Survey
OHIP-14	Perfil de Impacto em Saúde Oral de 14 itens
OHIP-49	Perfil de Impacto em Saúde Oral de 49 itens
OHRQoL	Questionário de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Oral
OMS	Organização Mundial da Saúde
OQLQ	Questionário de Qualidade de Vida em Cirurgia Ortognática
RSE	Escala de Autoestima de Rosenberg
SF-36	Instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida de 36 itens
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	27
2	REVISÃO DE LITERATURA	29
2.1	CIRURGIA ORTOGNÁTICA E DEFORMIDADE DENTOFACIAL.....	29
2.2	CIRURGIA ORTOGNÁTICA E QUALIDADE DE VIDA	31
2.3	PACIENTES COM DEFORMIDADE DENTOFACIAL E AUTOESTIMA	35
3	PROPOSIÇÃO	39
4	MATERIAL E MÉTODOS	41
4.1	DELINEAMENTO.....	41
4.2	CÁLCULO DA AMOSTRA	41
4.2	SUJEITOS DA PESQUISA	42
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	43
4.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	43
4.5	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	43
4.6	ORGANIZAÇÃO E TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS.....	45
5	RESULTADOS	47
5.1	CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA.....	47
5.2	PERFIL DE IMPACTO EM SAÚDE ORAL (OHIP-14).....	49
5.3	QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EM CIRURGIA ORTOGNÁTICA (OQLQ).....	50
5.4	ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)	53
5.5	O TIPO DE DEFORMIDADE DENTO-FACIAL E OS DESFECHOS.....	55
5.6	O SEXO DOS PACIENTES E OS DESFECHOS.....	56
5.7	A FAIXA ETÁRIA E OS DESFECHOS.....	58
6	DISCUSSÃO	61
7	CONCLUSÕES	71
	REFERÊNCIAS	73
	APÊNDICES	79
	ANEXOS	87

1 INTRODUÇÃO

A face é uma estrutura dinâmica e complexa de grande importância, já que por meio dela expressamos os nossos sentimentos e deve ser avaliada cuidadosamente antes de qualquer intervenção cirúrgica. As deformidades dento-faciais são discrepâncias esqueléticas associadas a maloclusões importantes que afetam negativamente a estética, a função estomatognática, a personalidade e o comportamento social. Pelo fato de o rosto ser a principal fonte de identidade pessoal, a atratividade facial influencia as interações pessoais e profissionais ao longo da vida (Palomares et al., 2016).

A cirurgia ortognática é a modalidade cirúrgica que visa a correção das deformidades dento-faciais que não são possíveis de corrigir com os meios ortodônticos. Por meio dela é possível melhorar o equilíbrio ósseo e dentário dentro do complexo facial promovendo acomodação harmônica dos tecidos moles, o que impacta significativamente no bem-estar do paciente. Para garantir o sucesso dos resultados é necessária uma estreita colaboração entre o cirurgião, o ortodontista e o paciente, em todas as fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico (Khechoyan, 2013).

Os pacientes com deformidade dento-facial referem com frequência sintomas relacionados à maloclusão dentária, dificuldade de mastigação, problemas na fonação e dor nas articulações temporomandibulares, além de problemas psicológicos desencadeados pela aparência física, frequentemente associados ao: “bullying”, constrangimento social, baixa autoestima, baixa autoconfiança e pessimismo quanto à vida social e futuro emocional (Alanko et al., 2014; Cariatì et al., 2016).

As motivações principais dos pacientes com deformidade dento-facial envolvem o desejo de melhorar a estética facial e a função oral (Oland et al., 2010; Rustemeyer; Gregersen, 2012). Também, o desejo de melhorar a aparência é acompanhado por expectativas de benefícios psicológicos em termos de melhoria da qualidade de vida, mas é preciso reconhecer que, embora as expectativas positivas sejam um componente importante na motivação do paciente, estes nem sempre

estão preparados para lidar com as circunstâncias imediatas do pós-operatório (Carvalho et al., 2012).

Nos últimos anos, com a facilidade de acesso à informação dos pacientes e a crescente demanda de cirurgias ortognáticas, o enfoque maior no sucesso dos resultados estéticos e não apenas na função oral, levou a um aumento de pesquisas voltadas para a satisfação do paciente e às mudanças na qualidade de vida promovidas pela cirurgia ortognática (Pacheco-Pereira et al., 2016). No entanto, a falta de dados quantificáveis comparáveis para indicar a extensão da melhoria tem sido uma das deficiências da literatura. Isso se deve principalmente à falta de consenso entre as várias escalas e ferramentas usadas para medir essa mudança (Soh; Narayanan, 2013). A fase de descompensação ortodôntica aumenta a discrepância entre as arcadas tornando a deformidade mais evidente e esteticamente menos favorável, isso justifica a percepção da piora da qualidade de vida nesta etapa (Choi et al., 2010).

As medidas de saúde baseadas no paciente, incluindo a qualidade de vida, são uma contribuição muito importante, já que quando a saúde oral está comprometida, a qualidade de vida pode ser afetada, porém existe uma limitação na utilização de questionários genéricos voltados para a saúde oral em pacientes que apresentam deformidade dento-facial. A importância de se utilizar um instrumento de avaliação específico está na possibilidade de focar numa condição em particular e de ser potencialmente mais responsivo a pequenas mudanças, que são clinicamente importantes na saúde (Elmouden; Ousehal, 2018).

Poucos estudos na literatura se preocuparam em avaliar a auto percepção do paciente perante a sua deformidade dento-facial nas várias fases do tratamento ortodôntico cirúrgico. Portanto torna-se importante avaliar a qualidade de vida e autoestima dos pacientes nessas fases. A melhor compreensão das mudanças na qualidade de vida durante o tratamento ortodôntico-cirúrgico é importante em muitas frentes, inclusive durante as orientações iniciais ao paciente e na previsão do ganho geral da saúde à luz da morbidade do tratamento.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CIRURGIA ORTOGNÁTICA E DEFORMIDADE DENTOFACIAL

Segundo a American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (2017), a cirurgia ortognática é a modalidade cirúrgica que visa a correção das deformidades dento-faciais que não são possíveis por meios ortodônticos. Essas deformidades podem ser congênitas e tornar-se evidentes a medida que o paciente cresce e se desenvolve, ou adquiridas, como resultado de lesões traumáticas.

Desde a primeira descrição da técnica da osteotomia sagital do ramo mandibular bilateral (BSSO) realizada por Trauner e Obwegeser em 1957, a mesma sofreu uma série de modificações ao longo dos anos por Dal Pont (1961), Hunsuck (1968), Epker (1977) e Wolford (1987), junto com a osteotomia Le Fort I, primeiramente descrita por Wassmund em 1935 e popularizada em estudos de Bell em 1975, tornaram a cirurgia ortognática um procedimento cirúrgico seguro de primeira escolha para correção das deformidades dento-faciais (Ilg, 1999; Polido, 1999).

Estima-se que as deformidades dento-faciais afetam aproximadamente 20% da população mundial (Sadek; Salem, 2007). Segundo Proffit et al., (1998) e com base em dados publicados pela National Health and Nutrition Examination Survey (NHAMES III), a prevalência de deformidades importantes que necessitam de correção cirúrgica, na população norte-americana, é de aproximadamente 2%.

Considerando a presença de uma doença que altera o padrão de crescimento facial afetando as relações espaciais e dimensionais dos ossos basais, maxila e mandíbula, associada a uma maloclusão dentária de Angle, Capellozza Filho em 2004, desenvolveu uma classificação dos portadores de maloclusão esquelética com base no conceito de padrão, onde o indivíduo padrão I é aquele com padrão de crescimento normal apresentando uma maloclusão; o indivíduo padrão II é o portador de maloclusão resultante do degrau sagital aumentado entre maxila e mandíbula. Nesse padrão estão incluídos os portadores de protrusão maxilar ou deficiência mandibular, independentemente da relação de molar que seus arcos apresentarem. O indivíduo padrão III é o portador de maloclusão resultante do degrau sagital diminuído entre a maxila e a mandíbula. Nesse padrão estão

incluídos os portadores de retrusão maxilar ou prognatismo mandibular, independentemente da relação molar que seus arcos dentários apresentarem.

O indivíduo padrão Face Longa é aquele que apresenta altura facial inferior aumentada, que pode ser causada por excesso vertical da maxila ou por crescimento posterior da mandíbula, independentemente do tipo de maloclusão. O indivíduo padrão Face Curta é aquele que apresenta altura facial diminuída devido ao crescimento anterior do côndilo que gera uma rotação da mandíbula pra frente diminuindo o plano mandibular. Como consequência, uma menor altura do terço anterior inferior da face é observada, independentemente do tipo de maloclusão (Capelozza Filho, 2004).

O tratamento ortodôntico-cirúrgico é uma terapia que possui características próprias, envolvendo um preparo ortodôntico prévio, imprescindível para a realização da cirurgia, seguido pelo planejamento e execução da cirurgia ortognática e por fim, o refinamento e finalização do tratamento ortodôntico. O objetivo da ortodontia pré-operatória não é a correção da deformidade dento-facial, mas eliminar as compensações dentárias de maneira a expor a maloclusão como ela realmente é, deixando a correção exclusivamente para o ato cirúrgico. Por esse motivo não é difícil que o paciente perceba um aumento da discrepância entre os maxilares nessa fase, e isto deve ser muito bem explanado ao paciente no início do tratamento (Araujo et al., 2000).

O ônus da cirurgia ortognática não é apenas tratar o componente estético da deformidade dento-facial, mas também restaurar o componente psicossocial do paciente, não considerando o padrão de deformidade. É fácil supor que os dois andam de mãos dadas, mas as motivações, percepções e expectativas do indivíduo desempenham um papel significativo na determinação não apenas do sucesso cirúrgico, mas também do sucesso psicossocial, o que contribui para a qualidade de vida geral do indivíduo (Soh; Narayanan, 2013).

Os benefícios da cirurgia ortognática incluem a melhora significativa da função mastigatória, deglutição e fonação, a melhora da estética facial e autoimagem, o que pode influenciar positivamente na autoestima e qualidade de vida (Murphy et al., 2011; Jung, 2016; Alanko et al., 2017; Tamme et al., 2017; Chaurasia et al., 2018).

Embora o nível de satisfação com a cirurgia ortognática seja alto, uma minoria, porém, não menos importante destes pacientes, referem estar insatisfeitos apesar dos bons resultados. Isto pode ser devido à magnitude do problema, à

personalidade, às motivações e à autoestima do paciente (Ryan et al., 2012). Os motivos por trás dessa aparente falta de sucesso percebido por esses pacientes ainda não são claros. Em alguns casos os pacientes relataram a falta de informação adequada sobre os riscos cirúrgicos e desconfortos funcionais como sendo um motivo de insatisfação pós-operatória. Os participantes foram mais propensos a ficarem satisfeitos quando a eles foram fornecidas mais informações. Dessa forma, é muito importante esclarecer minuciosamente todos os possíveis eventos decorrentes do procedimento cirúrgico antes de oferecer este tipo de tratamento ao paciente (Alkharafi et al., 2014).

2.2 CIRURGIA ORTOGNÁTICA E QUALIDADE DE VIDA

Os conceitos de saúde e qualidade de vida são abstratos. Enquanto nós sabemos intuitivamente o que eles significam, sua definição ainda é pautada por representações de crenças e culturas distintas, sendo sua definição algo difícil. A complexidade que abrange a definição do conceito de qualidade de vida, não está somente associada ao seu caráter e aos eventos complexos que envolvem as questões subjetivas, sociais, políticas, culturais e geracionais, mas existe uma associação pautada no julgamento pessoal e social imbuídos nos valores culturais (Locker, 1997).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto dos sistemas de cultura e de valor em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

É um conceito abrangente afetado de maneira complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e seus relacionamentos com as características marcantes de seu ambiente. A qualidade de vida também pode ser definida como a sensação de bem-estar de uma pessoa que decorre da sua satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para a pessoa (Cunningham et al., 2000a).

Os avanços tecnológicos associados aos serviços de saúde são vistos como pontos-chave para restaurar e melhorar a saúde de indivíduos, porém é uma visão

reducionista que a saúde e a doença sejam vistas estritamente como fenômenos biológicos, isolando o corpo da pessoa e as experiências subjetivas do paciente de saúde e doença sendo ignorados. No que tange à aplicação deste modelo na odontologia, existe uma tendência em tratar a cavidade oral como se fosse uma estrutura anatômica autônoma que passa a estar localizada dentro do corpo, mas que não está ligado a ele ou à pessoa de maneira significativa. Ou seja, a boca como objeto de investigação costuma ser isolada tanto do corpo quanto da pessoa (Locker, 1997).

A importância da qualidade de vida tem uma ampla aceitação na medicina, onde diversas especialidades médicas avaliaram a qualidade de vida relacionada à saúde, utilizando medidas genéricas como o Health Survey Short-Form de 36 itens (SF-36) e o (EuroQol). No entanto, o estado de saúde bucal só recentemente foi visto nestes termos e a qualidade de vida é um conceito relativamente novo na odontologia. A crescente necessidade de escalas para medir a qualidade de vida relacionada à saúde oral levou ao desenvolvimento de uma série de instrumentos com esta finalidade (Cunningham et al., 2000a).

Um dos instrumentos mais utilizados para aferição da qualidade de vida relacionada à saúde oral é o Perfil de Impacto em Saúde Oral, originalmente Oral Health Impact Profile (OHIP), desenvolvido para utilização numa população de idosos como uma ferramenta genérica da saúde bucal por Slade e Spencer em 1994. O mesmo incluía inicialmente 49 questões (OHIP-49) com o objetivo de fornecer uma medida abrangente de auto relato da disfunção, desconforto e incapacidade atribuída a condições orais, com base no modelo de saúde oral proposto por Locker em 1988 e na Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Funcionalidades da Organização Mundial da Saúde (CIF-OMS, 1980), sendo esta dividida em sete domínios, relacionados às limitações funcionais, dor física, desconforto psicológico, deficiências físicas, deficiências psicológicas, deficiências sociais e dificuldades. Estes impactos eram destinados a complementar indicadores epidemiológicos orais tradicionais na clínica da doença, fornecendo assim informações sobre o fardo da doença na população e a eficácia dos serviços de saúde na redução da mesma. A seguir, Slade em 1997 desenvolveu uma forma reduzida com 14 questões (OHIP-14), com o objetivo de simplificar a avaliação medindo a percepção dos indivíduos sobre o impacto social das doenças bucais em relação aos mesmos sete domínios (Slade, 1997).

Esta versão reduzida do questionário foi traduzida em vários idiomas e a versão brasileira do OHIP-14 mostrou propriedades psicométricas semelhantes às do questionário original, sendo, portanto validada (Oliveira; Nadanovsky, 2005). O OHIP-14 avalia 7 domínios (2 perguntas por domínio): limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, deficiência física, deficiência psicológica, deficiência social e dificuldade. Cada pergunta avalia uma frequência, numa escala Likert com cinco respostas possíveis; nunca= 0, raramente= 1, às vezes= 2, repetidamente= 3, sempre= 4. As pontuações do OHIP-14 são calculadas pelo método aditivo, com os valores das respostas para os 14 itens que constituem a medida, sendo somados. Consequentemente, a pontuação do OHIP-14 varia de 0 a 56 com escores mais altos indicando pior impacto na qualidade de vida relacionada a saúde oral (Oliveira; Nadanovsky, 2005).

O OHIP-14, assim como outros instrumentos, têm sido utilizados para avaliação da qualidade de vida em pacientes com deformidade dento-facial por vários autores, concluindo que por meio deste instrumento foi possível observar uma melhora na qualidade de vida após cirurgia ortognática (Esperao et al., 2010; Schmidt et al., 2013; Goelzer et al., 2014; Asada et al., 2015; Corso et al., 2016; Kurabe et al., 2016). Porém a importância de se utilizar questionários mais específicos à condição da população estudada está em sua maior sensibilidade de captar os impactos dessa condição e em sua menor influência dos fatores de confusão, uma vez que as medidas abordam aspectos do funcionamento que são comprometidos por doenças bucais e por diferentes tipos de distúrbios, que indicam como eles afetam a qualidade de vida (Locker; Allen, 2007).

Pacientes que apresentam deformidades dento-faciais importantes podem necessitar de uma abordagem ortodôntica e cirúrgica abrangente para seu tratamento, também conhecida como cirurgia ortognática. Este tratamento envolve um curso de aparelho ortodôntico fixo, seguido de cirurgia para corrigir a discrepância esquelética. O tratamento leva aproximadamente 2 anos para ser concluído. Esses pacientes tendem a estar na faixa etária mais jovem e, com o objetivo de determinar mudanças na qualidade de vida como resultado desse modo de tratamento, o Questionário de Qualidade de Vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ), foi desenvolvido por (Cunningham et al., 2000) e validado posteriormente pelos mesmos autores em 2002, para avaliar especificamente pacientes com deformidades dento-faciais de acordo com sua idade, condição e necessidades.

Segundo os autores, os pacientes com deformidade dento-facial até então não haviam sido estudados dessa forma, e os relatos anteriores se baseavam em questionários genéricos que tinham menos probabilidade de detectar mudanças específicas em uma população específica. A versão original do OQLQ consiste em 22 afirmações onde cada item é classificado em uma escala de quatro pontos com respostas que variam de 0= "não me incomoda ou não se aplica a mim" a 4= "me incomoda muito" (Cunningham et al., 2000a; Cunningham et al., 2002).

Este questionário foi traduzido em vários idiomas e a versão brasileira do OQLQ mostrou propriedades psicométricas semelhantes às do questionário original, sendo validada (Gava et al., 2013). O OQLQ avalia o impacto da deformidade dento-facial sobre a qualidade de vida em quatro domínios: aspectos sociais da deformidade (perguntas 15 a 22); estética facial (perguntas 1, 7, 10, 11 e 14); função oral (perguntas 2 a 6); consciência sobre a deformidade dento-facial (perguntas 8, 9, 12 e 13). As pontuações do OQLQ são calculadas pelo método aditivo, com os valores das respostas para os 22 itens que constituem a medida sendo somados. Consequentemente, a pontuação do OQLQ varia de 0 a 88 com escores mais altos indicando pior impacto na qualidade de vida relacionada a cirurgia ortognática (Gava et al., 2013).

Embora o OQLQ seja a ferramenta mais adequada e precisa para avaliar o impacto da cirurgia ortognática na qualidade de vida relacionada à saúde específica da condição, apenas alguns estudos relataram seu uso. Os resultados demonstraram uma melhora significativa na qualidade de vida após cirurgia ortognática, porém utilizando variadas metodologias de acordo com o período de avaliação (Choi et al., 2010; Murphy et al., 2011; Jung, 2016; Palomares et al., 2016; Silva et al., 2016; Alanko et al., 2017; Eslamipour et al., 2017; Tamme et al., 2017; Chaurasia et al., 2018; Elmouden; Ousehal, 2018; Sun et al., 2018).

Tem sido sugerido que o tratamento ortodôntico leva a uma piora momentânea da qualidade de vida, mas que a mesma retorna aos níveis iniciais após a finalização do tratamento. No entanto, a autoestima muda de maneira diferente: o preparo ortodôntico não afeta a autoestima, enquanto que após a conclusão do tratamento ortodôntico a mesma é maior do que no início do tratamento (Johal et al., 2015).

Em um estudo transversal recente, os autores compararam o impacto das fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico na qualidade de vida relacionada à saúde oral e à cirurgia ortognática, concluindo que pacientes na fase pré-cirurgia ortognática

apresentavam melhores resultados do que os pacientes em fase inicial aguardando tratamento ortodôntico. Os pacientes que completaram todo o tratamento ortodôntico-cirúrgico (grupo de retenção) apresentaram os melhores resultados tanto no OHIP-14 quanto no OQLQ, sugerindo que este grupo apresentou a melhor qualidade de vida relacionada à saúde oral e relacionada à condição específica da amostra. O estudo não avaliou a autoestima destes pacientes (Palomares et al., 2016).

2.3 PACIENTES COM DEFORMIDADE DENTO-FACIAL E AUTOESTIMA

A palavra autoestima, psicologizada nas relações humanas, se tornou popularizada por livros de autoajuda e pelo senso comum, o que acarreta dificuldades conceituais e metodológicas já que a propagação “superficial” desse conceito traz dificuldades, requerendo esforço na consolidação científica de algo já inscrito no senso comum e no imaginário social (Avanci et al., 2007). Rosenberg em 1965 afirmou que a autoestima consiste num conjunto de sentimentos e pensamentos do indivíduo sobre seu próprio valor, competência e adequação, que se reflete em uma atitude positiva (auto aprovação) ou negativa (depreciação) em relação a si mesmo (Sbicigo et al., 2010).

Alguns pesquisadores têm visto a autoestima como traço, refletindo estabilidade durante um período de tempo, e estado, refletindo uma resposta a situações ou eventos de vida (Harter; Whitesell, 2003). O ponto fundamental da autoestima, segundo Coopersmith afirmou em 1989, é o aspecto valorativo, o que influencia na forma como o indivíduo elege suas metas, aceita a si mesmo, valoriza o outro e projeta suas expectativas para o futuro (Sbicigo et al., 2010). É possível que o desenvolvimento da autoestima dependa do sucesso da interação com pares. Por isso, outras variáveis, como traços de personalidade, que também podem influenciar essas interações, possivelmente afetarão a autoestima (Hutz; Zanon, 2011).

Estudos que avaliam a importância da autoestima proliferam nos países desenvolvidos já que tem sido vista como um importante indicador de saúde mental e um fator relevante nas análises sociais de crescimento e progresso. Embora a

importância da autoestima para o bem-estar social e individual seja reconhecida internacionalmente, no Brasil há escassez de estudos sobre a temática, especialmente em bases populacionais (Avanci et al., 2007).

A imagem corporal é um dos componentes da autoestima e pode ser conceituada como uma construção multidimensional que representa como os indivíduos pensam, sentem e se comportam em relação aos seus próprios atributos físicos. Existe uma estreita relação entre a imagem corporal e a autoestima, que se desenvolve na primeira infância e continua a se desenvolver durante a puberdade até a vida adulta. Embora a imagem corporal influencie o bem-estar psicológico em diferentes fases da vida, essa relação é mais forte durante a adolescência porque o sucesso interpessoal é cada vez mais visto como intimamente ligado à atratividade física (Kater et al., 2002; Koyuncu et al., 2010; Pisitsungkagarn et al., 2014). A autoestima é considerada um dos principais preditores de resultados favoráveis na adolescência e na vida adulta, tendo implicações em áreas como sucesso ocupacional, relacionamento interpessoal e desempenho acadêmico. Por outro lado, a influência desta característica também tem sido observada em problemas adversos como agressão, comportamento antissocial e delinquência na juventude (Sbicigo et al., 2010). O esclarecimento da magnitude da autoestima em diversos contextos possibilita o conhecimento de um “atributo” importante na área de saúde mental e coletiva, o que pode ser uma importante estratégia para a prevenção de problemas no crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes (Avanci et al., 2007).

A Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) (1965) é um instrumento unidimensional capaz de classificar o nível de autoestima em baixo, médio e alto. A baixa autoestima se expressa pelo sentimento de incompetência, inadequação e incapacidade de enfrentar os desafios; a média é caracterizada pela oscilação do indivíduo entre o sentimento de aprovação e rejeição de si; e a alta consiste no autojulgamento de valor, confiança e competência (Sbicigo et al., 2010). No Brasil, esse instrumento foi originalmente adaptado e validado para pesquisa por (Hutz, 2000; Avanci et al., 2007; Sbicigo et al., 2010), utilizando uma população de adolescentes. Já outros autores replicaram o estudo originalmente validado por (Hutz, 2000), com o objetivo de avaliar a validade de construto deste instrumento, e apresentar normas regionais para crianças, adolescentes e estudantes universitários (Hutz; Zanon, 2011).

De modo geral, a RSE avalia a atitude e o sentimento positivo ou negativo por si mesmo, possui dez sentenças fechadas, sendo cinco referentes à “autoimagem positiva” ou “autovalor” e cinco referentes à “autoimagem negativa” ou “auto depreciação”. As sentenças são dispostas no formato Likert de 4 pontos, variando entre: 1= discordo totalmente, 2= discordo, 3= concordo e 4= concordo totalmente. Os itens 3, 5, 8, 9 e 10 devem ser invertidos para calcular a soma dos pontos e a pontuação total varia de 10 a 40, onde pontuações mais altas indicam maior autoestima (Hutz; Zanon, 2011).

Esta escala tem sido bastante utilizada nas pesquisas para avaliar as relações da imagem corporal e a autoestima (Kater et al., 2002; Koyuncu et al., 2010; Pisitsungkagarn et al., 2014). Mais recentemente as influências psicológicas da maloclusão e do tratamento ortodôntico-cirúrgico sobre a autoestima mostram que pacientes que concluíram o tratamento ortodôntico (Jung, 2010; Johal et al., 2015) e o tratamento ortodôntico-cirúrgico apresentavam um aumento na autoestima (Alanko et al., 2014; Jung, 2016; Alanko et al., 2017).

Tem sido relatado que após a colocação de aparelhos ortodônticos, a qualidade de vida, autoestima e o aspecto psicológico dos pacientes são piores. Além disso, eles apresentam um aumento dos sintomas psiquiátricos (Alanko et al., 2017).

Os pacientes com deformidade dento-facial estão em desvantagem na sociedade já que devido à aparência física tanto do rosto quanto dos dentes, sofrem de problemas psicossociais, como por exemplo, sentimentos de desesperança, problemas interpessoais como o *bullying*, e evitar conhecer novas pessoas. Além disso, os pacientes relatam baixa autoestima e falta de autoconfiança, o que impacta negativamente no desenvolvimento pessoal e profissional dos mesmos (Soh; Narayanan, 2013; Alanko et al., 2014).

As alterações faciais que melhoram a atratividade física do paciente podem afetar não apenas a autoestima do indivíduo, mas também seu valor social para os outros, já que uma pessoa considerada fisicamente atrativa recebe tratamento preferencial em praticamente todas as situações sociais examinadas até agora (Garvill et al., 1992). Evidências consideráveis indicam a importância de uma aparência facial atraente, considerada normal e bela, para o desenvolvimento de relações interpessoais saudáveis e para o sucesso acadêmico e profissional. Este

aspecto tem sido explorado, de maneiras diferentes, pelas mídias e estratégias de vendas (Pope; Ward, 1997).

Nos últimos anos, o número de pacientes a procura do tratamento ortodôntico-cirúrgico e o interesse pela satisfação do mesmo durante a prestação de cuidados de saúde aumentou significativamente (Pacheco-Pereira et al., 2016). O fato da mídia ter enfatizado tanto a beleza física e estabelecer padrões tão altos nos últimos anos pode ter sido um fator importante responsável pela crescente demanda por cirurgias ortognáticas (Garvill et al., 1992).

A aparência facial potencializa o aumento da autoestima, que por sua vez está diretamente relacionada aos aspectos sociais que influenciam diretamente a qualidade de vida. Se a concepção de um paciente sobre a sua aparência física for boa, independentemente dos problemas funcionais, sua qualidade de vida será melhor. Além disso, a auto percepção da deformidade dento-facial traz um peso considerável na decisão do paciente da escolha entre a cirurgia ortognática e o tratamento ortodôntico convencional e a sua satisfação com o resultado (Gava et al., 2013).

A demasiada valorização dos benefícios, em detrimento do conhecimento das implicações reais do processo de tratamento, pode provocar ilusões e consequente insatisfação. Os resultados reportados pelos pacientes podem ser subestimados pelo profissional, sendo este um problema potencialmente significativo. A compreensão completa das opiniões e expectativas dos mesmos é primordial para alcançar o sucesso geral do tratamento. Por conseguinte, as percepções e expectativas dos pacientes tornaram-se cada vez mais importantes para justificar a prestação de serviços de saúde e garantir a qualidade geral dos mesmos (Carvalho et al., 2012).

3 PROPOSIÇÃO

O objetivo deste trabalho foi avaliar o impacto da cirurgia ortognática na qualidade de vida e autoestima de pacientes, por meio de questionários validados para o português do Brasil, durante as seguintes fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico: pré-ortodontia, pré-cirurgia, pós-operatório e após remoção de aparelho ortodôntico.

4 MATERIAL E MÉTODOS

O estudo seguiu as normas regulamentadas de pesquisa em seres humanos e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Catarina como instituição proponente sob o CAAE: 81263317.8.0000.5458 (Apêndice A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo como instituição coparticipante sob o CAAE: 81263317.8.3001.0075 (Apêndice B). Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) após todas as dúvidas terem sido esclarecidas e quando houve o desejo de participar da pesquisa por livre e espontânea vontade (Anexo A).

4.1 DELINEAMENTO

Este trabalho consistiu em estudo observacional transversal que avaliou o impacto da cirurgia ortognática na qualidade de vida e autoestima de pacientes apresentando deformidade dento-facial nas fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico.

4.2 CÁLCULO DA AMOSTRA

O cálculo do tamanho da amostra (n) para as quatro fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico foi obtida por meio da fórmula que levou em consideração a proporção da ocorrência do fato observado na população ($P= 5\%$), o tamanho da população onde a amostra foi coletada ($N= 200$), o risco calculado para que a margem de erro máximo seja o menor possível ($t= 1,96$) e a margem de erro máximo adotado ($d= 5\%$). Foi obtido um tamanho da amostra de 54 pacientes. Logo, como o estudo previa 'quatro' grupos formados, o tamanho da amostra (n) tinha de ser de 54

/ 4 = 13,5 elementos amostrais, no mínimo, desconsiderando-se possíveis perdas, por grupo. Como '13,5' não era um tamanho aceitável, deveríamos considerar '14' elementos amostrais, no mínimo, por grupo estudado.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Duzentos pacientes diagnosticados com algum tipo de deformidade dento-facial que necessitavam de cirurgia ortognática bimaxilar foram indicados para o ambulatório do serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Santa Catarina (SP) durante o ano de 2018. Desta amostra foram selecionados por conveniência, indivíduos diagnosticados com deformidade dento-facial padrão II e III. Para a seleção dos participantes foi utilizada a classificação preconizada por Capellozza Filho em 2004, onde o indivíduo padrão II é o portador frequente das maloclusões resultantes do degrau sagital aumentado entre maxila e mandíbula. Nesse padrão estão incluídos os portadores de protrusão maxilar ou deficiência mandibular, independentemente da relação de molar que seus arcos apresentarem; o indivíduo padrão III é o portador de maloclusão resultante do degrau sagital diminuído entre a maxila e a mandíbula. Nesse padrão estão inclusos os portadores de retrusão maxilar ou prognatismo, independentemente da relação molar que seus arcos dentários apresentarem; o indivíduo padrão Face Longa é aquele que apresenta uma altura facial inferior aumentada que pode ser causada por um excesso vertical da maxila ou por um crescimento posterior da mandíbula, independentemente do tipo de maloclusão; o indivíduo padrão Face Curta é aquele que apresenta uma altura facial diminuída devido ao crescimento anterior do côndilo que gera uma rotação da mandíbula pra frente diminuindo o plano mandibular, como consequência, uma menor altura do terço anterior inferior da face é observada, independentemente do tipo de maloclusão (Capellozza Filho, 2004).

Estes foram divididos em 4 grupos em relação às fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico no qual se encontravam no momento da consulta: Grupo 1: inicial pré – tratamento ortodôntico, Grupo 2: pré – cirurgia (1 semana antes), Grupo 3: pós – cirurgia ortognática (acima de 3 meses), Grupo 4: após remoção do aparelho ortodôntico

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos nesta pesquisa indivíduos com faixa etária acima de 16 anos diagnosticados com algum tipo de deformidade dento-facial que estivessem em alguma das fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico previamente mencionado, independente de sexo, raça e condição social.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os indivíduos que apresentaram desarranjos internos da articulação temporomandibular previamente diagnosticados, presença de síndromes craniofaciais, fenda labial ou palatina, defeitos faciais adquiridos por trauma, depressão, apneia obstrutiva do sono e cirurgia ortognática prévia.

4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Todos os pacientes foram abordados a participar da pesquisa no momento da consulta com o cirurgião da equipe. Uma vez manifestado o desejo de participar da pesquisa, o paciente foi encaminhado a uma sala onde o pesquisador entregava uma pasta contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A), a Ficha Clínica Específica (Anexo B), o Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14) (Anexo C), o Questionário de Qualidade de Vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ) (Anexo D), a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) (Anexo E) e uma caneta esferográfica para todos os pacientes.

Os pacientes foram instruídos pela pesquisadora sobre o preenchimento das fichas numa sala fechada, sendo que quando os mesmos receberam todas as orientações a pesquisadora se retirou da sala de modo a não interferir nas respostas dos pacientes. Na ficha clínica específica (Anexo B) cada paciente completou os

seus dados pessoais tais como idade, sexo, grau de escolaridade, ocupação, presença de doenças sistêmicas, tabagismo, etilismo, uso de drogas, fase de tratamento, motivação para o tratamento e nível de satisfação com a aparência. A seguir a pesquisadora anotava o tipo de deformidade dento-facial e o grupo ao qual o paciente pertencia.

Para aferição da qualidade de vida relacionada à saúde oral foi utilizada uma versão traduzida e validada para a língua portuguesa do Brasil do Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14) (Anexo C) (Oliveira; Nadanovsky, 2005), que demonstrou ter boas propriedades psicométricas semelhantes aos do questionário original criado por Slade em 1997. O paciente foi orientado a responder com base em suas experiências em relação aos dentes e à boca, as afirmações que ele/ela achava mais apropriado. O OHIP-14 avalia 7 domínios (2 perguntas por domínio): limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, deficiência física, deficiência psicológica, deficiência social e dificuldade. Cada pergunta avalia uma frequência, numa escala Likert com cinco respostas possíveis: nunca= 0, raramente= 1, às vezes= 2, repetidamente= 3, sempre= 4. As pontuações do OHIP-14 foram calculadas pelo método aditivo, com os valores das respostas para os 14 itens que constituem a medida sendo somados. Consequentemente, a pontuação do OHIP-14 varia de 0 a 56 com escores mais altos indicando pior impacto na qualidade de vida relacionada a saúde oral (Oliveira; Nadanovsky, 2005).

No Questionário de Qualidade de Vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ) (Anexo D), foi utilizada uma versão traduzida e validada para a língua portuguesa do Brasil (Gava et al., 2013), que demonstrou ter boas propriedades psicométricas semelhantes às do questionário original (Cunningham et al., 2000a; Cunningham et al., 2002) e que consiste em 22 afirmações onde cada item é classificado em uma escala de quatro pontos com respostas que variam de 0= "não me incomoda ou não se aplica a mim" a 4= "me incomoda muito". O paciente respondia o OQLQ avaliando o impacto da deformidade dento-facial sobre a qualidade de vida em relação a quatro domínios: aspectos sociais da deformidade (perguntas 15 a 22); estética facial (perguntas 1, 7, 10, 11 e 14); função oral (perguntas 2 a 6) e consciência sobre a deformidade dento-facial (perguntas 8, 9, 12 e 13). As pontuações do OQLQ foram calculadas pelo método aditivo, com os valores das respostas para os 22 itens que constituem a medida sendo somados. Consequentemente, a pontuação do OQLQ varia de 0 a 88 com escores mais altos

indicando pior impacto na qualidade de vida relacionada a cirurgia ortognática. A especificidade deste instrumento para avaliar a qualidade de vida de pacientes com deformidade dento-facial é o que o torna ideal para esta finalidade (Gava et al., 2013).

Para a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) (Anexo E) foi utilizada uma versão traduzida e validada para a língua portuguesa do Brasil que demonstrou ter boas propriedades psicométricas semelhantes aos do questionário original criado por Rosenberg em 1965 e que avalia a atitude e o sentimento positivo ou negativo por si mesmo, possui dez sentenças fechadas, sendo cinco referentes à “autoimagem” ou “autovalor” positivos e cinco referentes à “autoimagem negativa” ou “auto depreciação”. As sentenças são dispostas no formato Likert de 4 pontos, variando entre: 1= discordo totalmente, 2= discordo, 3= concordo e 4= concordo totalmente. Os itens 3, 5, 8, 9 e 10 devem ser invertidos para calcular a soma dos pontos e a pontuação total varia de 10 a 40, onde pontuações mais altas indicam maior autoestima (Hutz; Zanon, 2011).

4.7 ORGANIZAÇÃO E TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Os dados obtidos foram inseridos e tabulados em uma planilha eletrônica no Microsoft Excel para Mac versão 16.15 (180709) 2018. Após isso, os dados foram submetidos à análise estatística. Foi aplicado o Teste de Kruskal-Wallis, com o intuito de verificar possíveis diferenças entre os quatro grupos, quando comparados para a variável idade.

O teste da Razão de Verossimilhança foi aplicado para verificar possíveis diferenças entre os grupos estudados, para as variáveis, sexo, classificação da deformidade e motivação. O mesmo teste estatístico, foi utilizado para identificar quais grupos diferiam-se entre si, quando comparados par a par.

O Teste de Kruskal-Wallis foi utilizado com o intuito de verificar possíveis diferenças entre os quatro grupos, quando comparados concomitantemente, para a qualidade de vida relacionada ao OHIP-14, ao OQLQ e seus domínios, e à autoestima através do RSE. Além disso foi aplicado o Teste de Mann-Whitney, para identificar quais grupos diferiam-se entre si, quando comparados par a par.

Foi aplicado o Teste de Mann-Whitney, com o intuito de verificar possíveis diferenças entre os tipos de deformidade, sexo e média de idade para as variáveis qualidade de vida relacionada ao OHIP-14, a o OQLQ e à Autoestima, por grupo estudado.

Para todas as análises foi considerado um nível de significância de $p < 0,05$ nos testes empregados com auxílio do software estatístico IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences), em sua versão 24.0 (IBM Software Group, Chicago, USA)

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Para este estudo foram selecionados 80 indivíduos diagnosticados com deformidade dento-facial padrão II e III. De acordo com a divisão proposta tivemos os seguintes grupos: Grupo 1 (n= 20): inicial pré – tratamento ortodôntico, Grupo 2 (n= 20): pré – cirurgia (1 semana antes), Grupo 3 (n= 20): pós – cirurgia ortognática (acima de 3 meses), Grupo 4 (n= 20): após remoção do aparelho ortodôntico.

Ficou evidenciado que a média de idade dos pacientes foi de 29,4 anos. Com a aplicação do teste de Kruskal-Wallis não houve diferença significativa entre as médias de idade dos grupos ($p=0,629$).

Houve predomínio do sexo feminino (68,8 %). Com a aplicação do Teste da Razão de Verossimilhança não houve diferença significativa na distribuição dos sexos entre os grupos ($p=0,151$).

Para o tipo de deformidade houve distribuição semelhante entre os grupos, com 46,3 % dos casos Padrão dento-facial II e 53,8 % dos casos Padrão dento-facial III. Com a aplicação do Teste da Razão de Verossimilhança não houve diferença significativa na distribuição do padrão de deformidade entre os grupos ($p= 0,624$). A distribuição dos pacientes de acordo com a média de idade, sexo e tipo de deformidade é observado no quadro 5.1

Quadro 5.1 - Distribuição dos pacientes de acordo com a média de idade, sexo e tipo de deformidade dento-facial e o grupo e a significância do Teste de Razão de Verossimilhança

Variável	Categoria	Grupo				Sig. (p)
		1	2	3	4	
		Valor	Valor	Valor	Valor	
Idade	Média	30,35	27,05	29,15	30,90	0,629
Sexo	Feminino	17	11	15	12	0,151
	Masculino	3	9	5	8	
Classificação Deformidade	Padrão II	11	9	7	10	0,624
	Padrão III	9	11	13	10	

A distribuição das respostas para a motivação para o tratamento mostra predomínio da resposta “Não gosto do meu perfil nem da minha mordida” (C)= 40, seguida pela “Não gosto dos meus dentes nem do sorriso” (B)= 30, “Meu dentista disse que preciso” (D)= 20, “Não gosto de alguma parte do meu rosto” (A)= 15 e por último “Dor na ATM” (E)= 11. Com aplicação do Teste da Razão de Verossimilhança houve diferença significativa entre os grupos apenas para a resposta “Não gosto dos meus dentes nem do sorriso” (B) ($p=0,015$). Para essa resposta nota-se uma queda de respostas positivas nos grupos 3 e 4. A distribuição das respostas para a motivação para o tratamento é observado no quadro 5.2

Quadro 5.2 – Distribuição dos pacientes de acordo com a motivação para procurar tratamento e o grupo e a significância do Teste de Razão de Verossimilhança

Variável	Categoria	Grupo								Sig. (p)
		1		2		3		4		
		Freq.	Perc.	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.	
Motivação A	Não	19	95,00%	17	85,00%	14	70,00%	15	75,00%	0,184
	Sim	1	5,00%	3	15,00%	6	30,00%	5	25,00%	
Motivação B	Não	9	45,00%	10	50,00%	13	65,00%	18	90,00%	0,015
	Sim	11	55,00%	10	50,00%	7	35,00%	2	10,00%	
Motivação C	Não	11	55,00%	11	55,00%	8	40,00%	10	50,00%	0,753
	Sim	9	45,00%	9	45,00%	12	60,00%	10	50,00%	
Motivação D	Não	18	90,00%	14	70,00%	14	70,00%	14	70,00%	0,362
	Sim	2	10,00%	6	30,00%	6	30,00%	6	30,00%	
Motivação E	Não	19	95,00%	17	85,00%	17	85,00%	16	80,00%	0,572
	Sim	1	5,00%	3	15,00%	3	15,00%	4	20,00%	

Legenda sobre Motivação para procurar o atendimento: Motivação A: “Não gosto de alguma parte do meu rosto”, Motivação B: “Não gosto dos meus dentes nem do sorriso”, Motivação C: “Não gosto do meu perfil nem da minha mordida”, Motivação D: “Meu dentista disse que preciso”, Motivação E: “Dor na ATM”. Sim: escolheu a resposta, Não: não escolheu a resposta

Como foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa para a questão “Não gosto dos meus dentes nem do sorriso”(B) foi aplicado o mesmo teste estatístico para identificar quais grupos diferiam-se entre si, quando comparados par a par: Grupo 1 X Grupo 2, $p= 0,752$; Grupo 1 X Grupo 3, $p= 0,204$; Grupo 1 X Grupo 4, $p= 0,002$; Grupo 2 X Grupo 3, $p= 0,337$; Grupo 2 X Grupo 4, $p= 0,006$; Grupo 3 X Grupo 4, $p= 0,058$. Assim ficou demonstrado que o Grupo 4 é o que se difere dos demais para esta questão.

5.2 PERFIL DE IMPACTO EM SAÚDE ORAL (OHIP-14)

Os valores de pontuação para o Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14) de acordo com os grupos são mostrados na tabela 5.1 e a representação gráfica da mesma por meio do boxplot (figura 5.1) respectivamente. Houve uma diminuição dos valores das respostas a partir dos grupos 3 e 4. Com a aplicação do teste de Kruskal-Wallis houve diferença altamente significativa entre os grupos ($p = 0,001$).

Como foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa para esta variável, foi aplicado o Teste de Mann-Whitney, para identificar quais grupos diferem-se entre si, quando comparados par a par: Grupo 1 X Grupo 2, $p = 0,745$; Grupo 1 X Grupo 3, $p = 0,989$; Grupo 1 X Grupo 4, $p = 0,004$; Grupo 2 X Grupo 3, $p = 0,507$; Grupo 2 X Grupo 4, $p = 0,002$; Grupo 3 X Grupo 4 $p < 0,001$. Assim ficou demonstrado que o Grupo 3 e o Grupo 4 são os que se diferem dos demais para esta variável.

Tabela 5.1 - Valores de pontuação para o Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14) de acordo com os grupos a significância do Teste de Kruskal-Wallis

Variável	Grupo	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 50 (Mediana)	Percentil 75	Sig. (p)
Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14)	1	20	16,60	15,10	0,00	45,00	4,00	11,50	26,25	0,001
	2	20	17,10	13,51	0,00	43,00	5,00	14,00	26,00	
	3	20	12,55	5,85	0,00	22,00	10,25	13,00	16,00	
	4	20	4,75	3,70	0,00	12,00	1,25	4,00	7,75	
	Total	80	12,75	11,62	0,00	45,00	4,00	11,00	16,00	

Figura 5.1 - Representação gráfica das medianas (máxima e mínima) para o Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14) de acordo com os grupos e a significância do Teste de Mann-Whitney

Legenda: Letras diferentes representam diferença estatística significativa entre os grupos com aplicação do teste de Mann-Whitney ($p < 0,05$).

5.3 QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EM CIRURGIA ORTOGNÁTICA (OQLQ)

Os valores da pontuação para o Questionário de Qualidade de Vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ) de acordo com os grupos são mostrados na tabela 5.2 e no gráfico tipo boxplot (figura 5.2) respectivamente. Houve diminuição considerável dos valores das respostas a partir dos grupos 3 e 4. Com a aplicação do teste de Kruskal-Wallis houve diferença altamente significativa entre os grupos ($p = < 0,001$).

Como foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa para esta variável, foi aplicado o Teste de Mann-Whitney, para identificar quais grupos diferem-se entre si, quando comparados par a par: Grupo 1 X Grupo 2, $p = 0,636$; Grupo 1 X Grupo 3, $p = < 0,001$; Grupo 1 X Grupo 4, $p = < 0,001$; Grupo 2 X Grupo 3, $p = < 0,001$; Grupo 2 X Grupo 4, $p = < 0,001$; Grupo 3 X Grupo 4 $p = 0,002$. Assim

ficou demonstrado que o Grupo 3 e o Grupo 4 são os que se diferem dos demais para esta variável.

Tabela 5.2 – Valores de pontuação para o Questionário de Qualidade de Vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ) de acordo com os grupos e a significância do Teste de Kruskal-Wallis

Variável	Grupo	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 50 (Mediana)	Percentil 75	Sig. (p)
Qualidade de Vida / ortognática	1	20	35,85	23,93	8,00	85,00	20,00	26,50	56,00	< 0,001
	2	20	38,95	22,66	10,00	76,00	16,25	35,00	64,50	
	3	20	11,05	6,21	0,00	23,00	6,00	11,50	16,75	
	4	20	4,70	4,29	0,00	12,00	0,00	4,50	8,50	
	Total	80	22,64	22,40	0,00	85,00	6,25	14,50	28,50	

Figura 5.2 - Representação gráfica das medianas (máxima e mínima) para o Questionário de Qualidade de Vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ) de acordo com os grupos e a significância do Teste de Mann-Whitney

Legenda: Letras diferentes representam diferença estatística significativa entre os grupos com aplicação do teste de Mann-Whitney ($p < 0,05$).

Os valores da pontuação para todos os Domínios do Questionário de Qualidade de Vida em Cirurgia Ortognática: Aspectos Sociais, Estética Facial; Função Oral e Consciência da Deformidade, de acordo com os grupos são mostrados na tabela 5.3. Houve uma diminuição considerável dos valores das respostas para todos os domínios a partir dos grupos 3 e 4. Com a aplicação do teste de Kruskal-Wallis houve diferença altamente significativa entre os grupos ($p < 0,001$).

Como foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa para esta variável em todos os domínios, foi aplicado o Teste de Mann-Whitney, para identificar quais grupos diferem-se entre si, quando comparados par a par para o domínio Aspectos Sociais: Grupo 1 X Grupo 2, $p = 0,817$; Grupo 1 X Grupo 3, $p = 0,007$; Grupo 1 X Grupo 4, $p < 0,001$; Grupo 2 X Grupo 3, $p = 0,122$; Grupo 2 X Grupo 4, $p = 0,005$; Grupo 3 X Grupo 4 $p = 0,017$. Para o domínio Estética Facial: Grupo 1 X Grupo 2, $p = 0,946$; Grupo 1 X Grupo 3, $p < 0,001$; Grupo 1 X Grupo 4, $p < 0,001$; Grupo 2 X Grupo 3, $p < 0,001$; Grupo 2 X Grupo 4, $p < 0,001$; Grupo 3 X Grupo 4 $p = 0,011$. Para o domínio Função Oral: Grupo 1 X Grupo 2, $p = 0,290$; Grupo 1 X Grupo 3, $p = 0,059$; Grupo 1 X Grupo 4, $p < 0,001$; Grupo 2 X Grupo 3, $p < 0,001$; Grupo 2 X Grupo 4, $p < 0,001$; Grupo 3 X Grupo 4 $p = 0,001$. Para o domínio Consciência da Deformidade: Grupo 1 X Grupo 2, $p = 0,828$; Grupo 1 X Grupo 3, $p = 0,001$; Grupo 1 X Grupo 4, $p < 0,001$; Grupo 2 X Grupo 3, $p < 0,001$; Grupo 2 X Grupo 4, $p < 0,001$; Grupo 3 X Grupo 4 $p = 0,129$.

Assim ficou demonstrado que o Grupo 1 e o Grupo 2 são estatisticamente semelhantes entre si, para todas as variáveis de interesse. No geral o Grupo 3 e 4 diferem-se entre si para todas as variáveis.

Tabela 5.3 - Valores de pontuação para os Domínios do Questionário de Qualidade de Vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ) de acordo com os grupos e a significância do Teste de Kruskal-Wallis

Variável	Grupo	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 50 (Mediana)	Percentil 75	Sig. (p)
Domínio Social	1	20	9,65	10,45	0,00	32,00	2,00	6,00	11,75	< 0,001
	2	20	10,95	11,67	0,00	32,00	0,25	4,50	23,00	
	3	20	2,20	1,82	0,00	6,00	1,00	2,00	3,00	
	4	20	1,15	1,95	0,00	8,00	0,00	0,50	1,00	
	Total	80	5,99	8,94	0,00	32,00	0,00	2,00	6,00	
Domínio Estética	1	20	10,75	6,14	0,00	21,00	5,50	10,50	16,00	< 0,001
	2	20	10,90	5,91	2,00	20,00	6,00	10,00	16,75	
	3	20	1,95	1,96	0,00	6,00	0,00	2,00	3,75	
	4	20	0,50	0,83	0,00	2,00	0,00	0,00	1,00	
	Total	80	6,03	6,49	0,00	21,00	0,00	3,50	10,00	
Domínio Função Oral	1	20	7,60	6,17	0,00	19,00	1,00	7,50	11,75	< 0,001
	2	20	9,30	4,35	0,00	15,00	7,00	10,00	12,75	
	3	20	3,85	2,60	0,00	9,00	2,00	4,00	6,00	
	4	20	1,10	1,68	0,00	6,00	0,00	0,00	2,00	
	Total	80	5,46	5,14	0,00	19,00	0,25	4,00	9,00	
Domínio Consciência da deformidade	1	20	8,05	4,58	0,00	16,00	4,25	8,50	11,75	< 0,001
	2	20	7,80	3,75	0,00	14,00	5,25	9,50	10,00	
	3	20	3,05	2,84	0,00	9,00	0,25	2,00	5,00	
	4	20	1,95	2,80	0,00	9,00	0,00	0,50	3,00	
	Total	80	5,21	4,46	0,00	16,00	1,00	4,50	9,00	

5.4 ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)

Os valores da pontuação para a Escala de Autoestima de Rosenberg de acordo com os grupos são mostrados na tabela 5.4 e no gráfico tipo boxplot (figura 5.3) respectivamente.

Houve um aumento dos valores das respostas a partir do grupo 1. Com a aplicação do teste de Kruskal-Wallis houve diferença altamente significativa entre os grupos ($p = 0,001$).

Como foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa para esta variável, foi aplicado o Teste de Mann-Whitney, para identificar quais grupos diferem-se entre si, quando comparados par a par: Grupo 1 X Grupo 2, $p = 0,284$;

Grupo 1 X Grupo 3, $p = 0,015$; Grupo 1 X Grupo 4, $p = < 0,001$; Grupo 2 X Grupo 3, $p = 0,587$; Grupo 2 X Grupo 4, $p = 0,018$; Grupo 3 X Grupo 4 $p = 0,013$.

Assim ficou demonstrado que o Grupo 3 e o Grupo 4 são os que se diferem dos demais para esta variável.

Tabela 5.4 - Valores de pontuação para a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) de acordo com os grupos e a significância do Teste de Kruskal-Wallis

Variável	Grupo	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 50 (Mediana)	Percentil 75	Sig. (p)
Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)	1	20	28,60	6,13	13,00	36,00	27,25	29,50	33,50	0,001
	2	20	30,80	6,75	19,00	40,00	23,00	32,50	36,75	
	3	20	32,75	3,86	25,00	38,00	30,25	32,50	37,00	
	4	20	35,70	3,51	27,00	40,00	34,00	36,50	38,75	
	Total	80	31,96	5,78	13,00	40,00	29,00	33,00	37,00	

Figura 5.3 - Representação gráfica das medianas (máxima e mínima) para a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) de acordo com os grupos e a significância do Teste de Mann-Whitney

Legenda: Letras diferentes representam diferença estatística significativa entre os grupos com aplicação do teste de Mann-Whitney ($p < 0,05$).

5.5 O TIPO DE DEFORMIDADE DENTO-FACIAL E OS DESFECHOS

Os valores da pontuação para o Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14), o Questionário de Qualidade de vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) de acordo com os grupos conforme a Deformidade dento-facial são mostrados no quadro 5.3.

Com a aplicação do Teste de Mann-Whitney não houve diferença significativa entre as comparações.

Quadro 5.3 – Valores de pontuação para o Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14), o Questionário de Qualidade de vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) de acordo com os grupos e conforme a Deformidade dento-facial e a significância do Teste de Kruskal-Wallis

	Variável	Classificação Deformidade	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Sig. (p)
Grupo 1	Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14)	II	11	13,09	12,25	0,00	44,00	0,361
		III	9	20,89	17,78	1,00	45,00	
		Total	20	16,60	15,10	0,00	45,00	
	Qualidade de Vida / Cirurgia Ortognática	II	11	28,36	19,97	8,00	83,00	0,209
		III	9	45,00	26,26	13,00	85,00	
		Total	20	35,85	23,93	8,00	85,00	
	Escala de Autoestima	II	11	29,82	6,21	13,00	36,00	0,208
		III	9	27,11	6,03	14,00	35,00	
		Total	20	28,60	6,13	13,00	36,00	
Grupo 2	Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14)	II	9	20,67	13,58	0,00	42,00	0,361
		III	11	14,18	13,36	0,00	43,00	
		Total	20	17,10	13,51	0,00	43,00	
	Qualidade de Vida / Cirurgia Ortognática	II	9	42,33	21,62	16,00	71,00	0,425
		III	11	36,18	24,14	10,00	76,00	
		Total	20	38,95	22,66	10,00	76,00	
	Escala de Autoestima	II	9	31,22	7,14	23,00	40,00	0,517
		III	11	30,45	6,74	19,00	39,00	
		Total	20	30,80	6,75	19,00	40,00	
Grupo 3	Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14)	II	7	11,29	6,70	0,00	22,00	0,321
		III	13	13,23	5,51	0,00	21,00	
		Total	20	12,55	5,85	0,00	22,00	
	Qualidade de Vida / Cirurgia Ortognática	II	7	10,43	6,19	4,00	23,00	0,633
		III	13	11,38	6,45	0,00	20,00	
		Total	20	11,05	6,21	0,00	23,00	
	Escala de Autoestima	II	7	31,71	4,03	26,00	37,00	0,337
		III	13	33,31	3,82	25,00	38,00	
		Total	20	32,75	3,86	25,00	38,00	

	Variável	Classificação Deformidade	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Sig. (p)
Grupo 4	Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14)	II	11	5,73	3,88	0,00	12,00	0,181
		III	9	3,56	3,28	0,00	9,00	
		Total	20	4,75	3,70	0,00	12,00	
	Qualidade de Vida / Cirurgia Ortognática	II	11	4,36	4,59	0,00	11,00	0,644
		III	9	5,11	4,14	0,00	12,00	
		Total	20	4,70	4,29	0,00	12,00	
	Escala de Autoestima	II	11	36,18	2,82	32,00	40,00	0,759
		III	9	35,11	4,31	27,00	40,00	
		Total	20	35,70	3,51	27,00	40,00	

5.6 O SEXO DO PACIENTE E OS DESFECHOS

Os valores médios da pontuação para o Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14), o Questionário de Qualidade de vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) de acordo com os grupos conforme o sexo do paciente são mostrados no quadro 5.4.

Com a aplicação do Teste de Mann-Whitney houve diferença significativa para a variável Qualidade de Vida em Cirurgia Ortognática no grupo 1 ($p= 0,026$) e para as variáveis Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14) ($p= < 0,001$) e Qualidade de Vida em Cirurgia Ortognática ($p= 0,023$) no grupo 4, com valores maiores para o sexo feminino.

Quadro 5.4 - Valores de pontuação para o Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14), o Questionário de Qualidade de vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) de acordo com os grupos e conforme o sexo do paciente e a significância do Teste de Kruskal-Wallis

	Variável	Sexo	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Sig. (p)
Grupo 1	Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14)	Feminino	17	18,88	15,27	0,00	45,00	0,063
		Masculino	3	3,67	2,08	2,00	6,00	
		Total	20	16,60	15,10	0,00	45,00	
	Qualidade de Vida / Cirurgia Ortognática	Feminino	17	39,47	24,12	13,00	85,00	0,026
		Masculino	3	15,33	6,43	8,00	20,00	
		Total	20	35,85	23,93	8,00	85,00	
	Escala de Autoestima	Feminino	17	28,06	6,38	13,00	35,00	0,339
		Masculino	3	31,67	3,79	29,00	36,00	
		Total	20	28,60	6,13	13,00	36,00	
Grupo 2	Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14)	Feminino	11	19,00	12,65	0,00	42,00	0,341
		Masculino	9	14,78	14,92	0,00	43,00	
		Total	20	17,10	13,51	0,00	43,00	
	Qualidade de Vida / Cirurgia Ortognática	Feminino	11	42,91	17,16	17,00	71,00	0,210
		Masculino	9	34,11	28,34	10,00	76,00	
		Total	20	38,95	22,66	10,00	76,00	
	Escala de Autoestima	Feminino	11	30,55	5,85	22,00	38,00	0,647
		Masculino	9	31,11	8,07	19,00	40,00	
		Total	20	30,80	6,75	19,00	40,00	
Grupo 3	Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14)	Feminino	15	12,40	6,02	0,00	21,00	0,793
		Masculino	5	13,00	5,96	6,00	22,00	
		Total	20	12,55	5,85	0,00	22,00	
	Qualidade de Vida / Cirurgia Ortognática	Feminino	15	9,87	5,74	0,00	19,00	0,124
		Masculino	5	14,60	6,84	6,00	23,00	
		Total	20	11,05	6,21	0,00	23,00	
	Escala de Autoestima	Feminino	15	32,07	3,96	25,00	38,00	0,186
		Masculino	5	34,80	3,03	31,00	37,00	
		Total	20	32,75	3,86	25,00	38,00	
Grupo 4	Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14)	Feminino	12	7,08	2,68	3,00	12,00	< 0,001
		Masculino	8	1,25	1,58	0,00	4,00	
		Total	20	4,75	3,70	0,00	12,00	
	Qualidade de Vida / Cirurgia Ortognática	Feminino	12	6,50	4,30	0,00	12,00	0,023
		Masculino	8	2,00	2,67	0,00	6,00	
		Total	20	4,70	4,29	0,00	12,00	
	Escala de Autoestima	Feminino	12	35,08	3,15	30,00	40,00	0,174
		Masculino	8	36,63	4,03	27,00	40,00	
		Total	20	35,70	3,51	27,00	40,00	

5.7 A FAIXA ETÁRIA E OS DESFECHOS

Os valores médios da pontuação para o Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14), o Questionário de Qualidade de vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) de acordo com os grupos conforme a faixa etária são mostrados no quadro 5.5.

Com a aplicação do Teste de Mann-Whitney não houve diferença significativa entre as comparações.

Quadro 5.5 - Valores médios de pontuação para o Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14), o Questionário de Qualidade de vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) de acordo com os grupos e conforme a faixa etária do paciente e a significância do Teste de Kruskal-Wallis

	Variável	Faixa Etária	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Sig. (p)
Grupo 1	Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14)	< a média	10	14,50	12,87	1,00	45,00	0,970
		> a média	10	18,70	17,49	0,00	44,00	
		Total	20	16,60	15,10	0,00	45,00	
	Qualidade de Vida / Cirurgia Ortognática	< a média	10	30,50	20,56	13,00	85,00	0,570
		> a média	10	41,20	26,88	8,00	83,00	
		Total	20	35,85	23,93	8,00	85,00	
	Escala de Autoestima	< a média	10	28,30	5,91	14,00	34,00	0,704
		> a média	10	28,90	6,64	13,00	36,00	
		Total	20	28,60	6,13	13,00	36,00	
Grupo 2	Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14)	< a média	11	13,91	10,90	0,00	30,00	0,322
		> a média	9	21,00	15,93	0,00	43,00	
		Total	20	17,10	13,51	0,00	43,00	
	Qualidade de Vida / Cirurgia Ortognática	< a média	11	35,55	22,57	12,00	69,00	0,470
		> a média	9	43,11	23,39	10,00	76,00	
		Total	20	38,95	22,66	10,00	76,00	
	Escala de Autoestima	< a média	11	30,82	6,91	22,00	39,00	0,970
		> a média	9	30,78	6,96	19,00	40,00	
		Total	20	30,80	6,75	19,00	40,00	

	Variável	Faixa Etária	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Sig. (p)
Grupo 3	Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14)	< a média	13	12,38	7,23	0,00	22,00	0,751
		> a média	7	12,86	1,95	10,00	15,00	
		Total	20	12,55	5,85	0,00	22,00	
	Qualidade de Vida / Cirurgia Ortognática	< a média	13	9,92	7,01	0,00	23,00	0,175
		> a média	7	13,14	4,02	8,00	20,00	
		Total	20	11,05	6,21	0,00	23,00	
	Escala de Autoestima	< a média	13	32,62	3,82	25,00	38,00	0,810
		> a média	7	33,00	4,24	26,00	37,00	
		Total	20	32,75	3,86	25,00	38,00	
Grupo 4	Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14)	< a média	9	4,89	3,33	0,00	9,00	0,818
		> a média	11	4,64	4,13	0,00	12,00	
		Total	20	4,75	3,70	0,00	12,00	
	Qualidade de Vida / Cirurgia Ortognática	< a média	9	5,67	4,98	0,00	12,00	0,375
		> a média	11	3,91	3,70	0,00	11,00	
		Total	20	4,70	4,29	0,00	12,00	
	Escala de Autoestima	< a média	9	35,56	4,16	27,00	40,00	> 0,999
		> a média	11	35,82	3,09	30,00	40,00	
		Total	20	35,70	3,51	27,00	40,00	

Legenda da Faixa etária:

< a média: menor que a média de idade;

> a média: maior que a média de idade;

Idade média geral de 29, 4 anos.

6 DISCUSSÃO

Neste trabalho que avaliou o impacto da cirurgia ortognática na qualidade de vida e autoestima de pacientes, por meio de questionários validados para o português do Brasil, durante as várias fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico, foi observada uma melhora significativa nos grupos pós-operatório e após remoção de aparelho ortodôntico no questionário de Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14), no questionário de Qualidade de Vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ) e nos seus domínios, e na Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE). Desta forma foi possível verificar uma melhora significativa na qualidade de vida e autoestima dos pacientes submetidos a cirurgia ortognática.

Sabe-se que a face é uma característica fundamental na determinação da atratividade física humana, sendo que indivíduos que apresentam deformidades dento-faciais possuem impacto negativo na qualidade de vida em muitos aspectos (Lee et al., 2007; Gava et al., 2013). Os pacientes têm relatado uma grande satisfação, aumento da autoconfiança e melhor desenvoltura social, melhora na aparência e benefícios psicossociais após cirurgia ortognática (Modig et al., 2006). Vale ressaltar que as mudanças promovidas na aparência por esse tipo de cirurgia levam a uma melhora no aspecto psicossocial já que os fatores psicológicos e estéticos têm uma forte influência na qualidade de vida (Rustemeyer; Gregersen, 2012).

Ficou evidenciado que a média de idade dos pacientes foi de 29,4 anos e não houve diferença significativa entre a média de idade dos grupos. Esses dados são semelhantes aos encontrados por outros trabalhos (Oland et al., 2010; Elmouden; Ousehal, 2018), porém diferentemente do observado em outro estudo onde a média de idade dos pacientes na fase pré-cirúrgica era menor do que a dos grupos no pós-operatório e retenção respectivamente (Palomares et al., 2016). Normalmente os pacientes iniciam o tratamento na idade adulta, quando o crescimento terminou e os resultados serão, portanto mais estáveis.

A presença do sexo feminino foi predominante (68,8 %) e não houve diferença significativa na distribuição dos sexos entre os grupos. Outras pesquisas também relataram um predomínio do sexo feminino (Jung, 2016;

Alanko et al., 2017; Sun et al., 2018). Possivelmente este aspecto está associado à auto percepção sobre a maloclusão esquelética como um comprometimento estético e que, portanto, as mulheres estão mais motivadas a seguir o tratamento (Schmidt et al., 2013). Tem sido afirmado que as mulheres tendem a dar maior prioridade à estética e são mais propensas a se sentirem incapacitadas pela aparência do que os homens devido à necessidade de satisfazer certas expectativas impostas pela sociedade, como aumentar as chances de um relacionamento, aceitação social, obtenção de melhores oportunidades de carreira e prestígio (Turker et al., 2008). Contrariamente, foi descrito que os pacientes do sexo masculino estão mais aptos a afirmar que estavam mais deprimidos por causa de sua aparência ou que estavam mais magoados com comentários sobre sua aparência do que pacientes do sexo feminino (Bock et al., 2009). Vale ressaltar que uma atenção especial deve ser dada aos aspectos relacionados à cultura do país onde foi realizada a pesquisa já que os aspectos sociais estão fortemente imbuídos na população local, na qual em muitas culturas o papel que a mulher desempenha na sociedade, ainda está relacionada unicamente como o de reprodutora e cuidadora, a cultura oriental é muito diferente à ocidental, por exemplo. Diferenças quanto ao sexo do paciente devem, portanto, ser vistas como contextuais e tratadas com certa cautela.

O presente trabalho apresentou um ligeiro predomínio de pacientes com deformidade dento-facial padrão III (53,8%), sendo o restante dos pacientes padrão II (46,3%), não havendo diferença significativa na distribuição do padrão de deformidade entre os grupos. As frequências das deformidades dento-faciais observadas por outros estudos também apresentaram o predomínio de pacientes padrão III (Leite et al., 2004; Boeck et al., 2011; Proffit et al., 2013; Sato et al., 2014; Palomares et al., 2016; Elmouden; Ousehal, 2018). Entre os anos de 1996 e 2000, o percentual de pacientes com deformidade dento-facial padrão II na população americana era de 59%, enquanto que o de pacientes padrão III era de 35%, entre os anos de 2006 e 2010, o percentual de pacientes padrão III aumentou de 35% para 54%, e o percentual de padrão II diminuiu de 59% para 41%, os percentuais para face longa e assimetria apresentaram poucas mudanças. Essa virada na proporção da doença observada na população americana parece estar relacionada principalmente ao aumento do grande

número de afro-americanos, nativos americanos, hispânicos e asiáticos, que possuem maior prevalência de alterações dento-faciais, e que agora procuram pelo tratamento cirúrgico. Além disso outros motivos que podem ter influenciado essa mudança são: a cobertura da cirurgia ortognática pelos convênios de saúde, e pela escolha de tratamentos conservadores como camuflagem ortodôntica para pacientes padrão II, sendo este padrão socialmente mais aceitável do que o excesso mandibular ou a deficiência maxilar (Proffit et al., 2013). Portanto, leigos e ortodontistas consideram um perfil facial padrão III grave, menos ideal do que um padrão II grave (Modarai et al., 2013).

A motivação para procurar o tratamento é variada. Alguns trabalhos enfatizaram que o fator motivador primário foi identificado como sendo a oclusão em vez da aparência. Outras razões incluíam dor, sorriso e dicção (Modig et al., 2006; Oland et al., 2010; Proothi et al., 2010). Em contrapartida outros autores relataram que melhorar a aparência e a estética facial foi o principal objetivo para a escolha do tratamento ortodôntico-cirúrgico (Sadek; Salem, 2007; Turker et al., 2008; Rustemeyer; Gregersen, 2012), ou a associação de ambos, estéticos e funcionais (Silva et al., 2016). Na nossa pesquisa as principais queixas que motivaram os pacientes a procurar pelo tratamento foram “Não gosto do meu perfil nem da minha mordida”, “Não gosto dos meus dentes nem do sorriso” e “Meu dentista disse que preciso”, havendo diferença significativa para a afirmação “Não gosto dos meus dentes nem do sorriso” entre os grupos. Cabe destacar que o número de afirmativas para esta sentença apresentou uma queda nos grupos 3 e 4.

Os valores médios da pontuação para o Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14) de acordo com os grupos apresentaram uma diminuição dos valores das respostas a partir dos grupos 3 (pós – cirurgia) e 4 (após remoção do aparelho), havendo diferença altamente significativa entre os grupos, evidenciando uma melhora significativa na qualidade de vida relacionada à saúde oral. Esses resultados demonstraram uma melhora contínua após a cirurgia ortognática, o que era esperado, pois o objetivo dessa modalidade cirúrgica visa corrigir não somente os problemas funcionais, mas também uma melhora da estética facial. Esses dados foram semelhantes aos encontrados em outros estudos que avaliaram a qualidade de vida relacionada à saúde oral de indivíduos

portadores de deformidades dento-faciais submetidos a cirurgia ortognática através do OHIP-14 (Esperao et al., 2010; Schmidt et al., 2013; Goelzer et al., 2014; Asada et al., 2015; Corso et al., 2016; Kurabe et al., 2016). A determinação da qualidade de vida em saúde oral em pacientes com deformidades dento-faciais pode ser muito útil para entender os problemas dos pacientes e para avaliar a extensão das mudanças em termos de bem-estar do paciente. Através do OHIP-14 e do Questionário de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Oral (OHRQoL), os pacientes expressaram um alto nível de satisfação e aprovação em relação à cirurgia ortognática, embora os autores tenham detectado pequenas limitações com relação ao OHRQoL (Kurabe et al., 2016). O tempo escolhido para a primeira avaliação após cirurgia ortognática realizada nesta pesquisa foi de 3 meses, tempo em que a maioria dos sintomas pós-cirúrgicos como edema, distúrbios neuro-sensoriais, abertura bucal limitada e eficiência mastigatória diminuída já cessaram, o que difere do utilizado por outros autores que avaliaram os pacientes de 1 a 4 meses após cirurgia. (Esperao et al., 2010; Goelzer et al., 2014; Corso et al., 2016). Além disso, na nossa pesquisa nós avaliamos os pacientes antes do início do tratamento ortodôntico e após a remoção do aparelho ortodôntico para investigar se isso tinha algum impacto na percepção do paciente quanto à qualidade de vida. Houve uma ligeira piora no grupo 2 (pré – cirurgia) em relação ao grupo 1 (inicial sem aparelho), diferentemente do relatado por outros autores que encontraram uma melhora na qualidade de vida relacionada à saúde oral no grupo pré – cirurgia comparado ao grupo inicial sem aparelho (Esperao et al., 2010; Palomares et al., 2016). A fase de descompensação ortodôntica aumenta a discrepância entre as arcadas tornando a deformidade mais evidente e esteticamente menos favorável, o que justifica a percepção da piora da qualidade de vida nessa fase (Choi et al., 2010). Isto não deve ser subestimado pelo profissional e deve ser muito bem explanado ao paciente no início do tratamento ortodôntico-cirúrgico, de modo a evitar frustrações que possam levar ao abandono do tratamento.

A avaliação da qualidade de vida para aferição dos cuidados de saúde é um campo com mais de 1000 novos itens a cada ano, indexados sob o termo “qualidade de vida”. As medidas de saúde baseadas no paciente, incluindo a qualidade de vida, são uma contribuição muito importante, já que quando a saúde

oral está comprometida, a qualidade de vida pode ser afetada, porém existe uma limitação na utilização de questionários genéricos voltados para a saúde oral em pacientes que apresentam uma deformidade dento-facial (Elmouden; Ousehal, 2018). Portanto nesta pesquisa foi utilizada uma versão traduzida e validada do OQLQ para a população brasileira que tem demonstrado um alto nível de validade e confiabilidade, com o objetivo de ter uma avaliação mais específica destes pacientes submetidos a cirurgia ortognática (Gava et al., 2013). A importância de se utilizar um instrumento de avaliação específico está na possibilidade de focar numa condição em particular e de ser potencialmente mais responsivo a pequenas mudanças, que são clinicamente importantes na saúde (Cunningham et al., 2000a).

Os valores médios da pontuação para o Questionário de Qualidade de Vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ) de acordo com os grupos mostraram uma diminuição considerável dos valores das respostas a partir dos grupos 3 e 4, havendo diferença altamente significativa entre os grupos, evidenciando uma melhora significativa na qualidade de vida relacionada ao impacto da cirurgia ortognática. Esses dados foram semelhantes aos encontrados em outros estudos que avaliaram a qualidade de vida de pacientes com deformidades dento-faciais submetidos a cirurgia ortognática, utilizando o OQLQ (Bock et al., 2009; Choi et al., 2010; Murphy et al., 2011; Alanko et al., 2014; Wee; Poon, 2014; Jung, 2016; Palomares et al., 2016; Silva et al., 2016; Alanko et al., 2017; Eslamipour et al., 2017; Tamme et al., 2017; Chaurasia et al., 2018; Elmouden; Ousehal, 2018).

A deformidade dento-facial afeta muitos aspectos da vida dos pacientes provocando impactos negativos que tem influência na qualidade de vida que o OQLQ foi capaz de detectar. Os resultados obtidos através do OQLQ demonstraram uma melhora contínua após a cirurgia ortognática, tanto na avaliação geral quanto na avaliação por domínios do questionário. Estes achados também têm sido confirmados por outros autores que afirmam que o OQLQ tem boas propriedades de medida e é adequado como um instrumento de avaliação de pacientes com deformidade dento-facial submetidos a cirurgia ortognática (Cunningham et al., 2002; Lee et al., 2007; Bock et al., 2009; Choi et al., 2010; Jung, 2016; Palomares et al., 2016; Tamme et al., 2017; Elmouden; Ousehal, 2018; Sun et al., 2018). Outros autores observaram que no geral, os pacientes

expressaram um alto nível de satisfação e aprovação ao tratamento combinado ortodôntico-cirúrgico. Porém, mesmo após a conclusão da terapia, algumas limitações persistiram, o que pode ter um impacto negativo na qualidade de vida, especialmente no domínio psicossocial. Uma limitação citada por um estudo poderia ser que a qualidade de vida do paciente não foi avaliada antes do tratamento. Portanto, isso pode representar um viés, já que alguns dos aborrecimentos que os pacientes relataram podem haver estado presentes desde antes do tratamento (Tamme et al., 2017).

Como mencionado previamente, a fase de aplicação dos questionários nesta pesquisa incluiu também os pacientes antes do início do tratamento ortodôntico, onde houve uma ligeira piora no grupo 2 (pré – cirurgia) em relação ao grupo 1 (inicial sem aparelho) semelhante ao encontrado por alguns autores (Cunningham et al., 2002; Alanko et al., 2017), porém diferentemente do relatado por outro trabalho que observou uma melhora no grupo pré – cirurgia (Palomares et al., 2016). Durante o curso do tratamento ortodôntico-cirúrgico, é plausível que o bem-estar psicossocial se modifique à medida que diferentes estágios do tratamento ortodôntico-cirúrgico começam e terminam, e também porque a duração do mesmo leva muito tempo. A fase de descompensação ortodôntica aumenta a discrepância entre as arcadas tornando a deformidade mais evidente e esteticamente menos favorável, o que justifica a percepção da piora da qualidade de vida nessa fase (Choi et al., 2010). Além disso, é provável que ouvir qualquer comentário profissional possa afetar o modo como os pacientes se veem, consequentemente, afetando as respostas dos pacientes aos questionários. Assim, as avaliações iniciais devem ser conduzidas antes da primeira consulta com a equipe que fará o tratamento ortodôntico-cirúrgico (Ryan et al., 2012; Alanko et al., 2017). Ao analisarmos o impacto dos resultados em relação à percepção de bem-estar do paciente pode ser observada uma variedade de estudos com tempos de coleta de dados diferentes, no entanto a resposta de melhora aumenta após a cirurgia ortognática, independentemente do tempo de avaliação pós – cirurgia e se torna ainda mais evidente após a remoção do aparelho ortodôntico (Choi et al., 2010). Cabe destacar que no desenho transversal desta pesquisa, a coleta de dados revela uma história baseada em percepções e sentimentos dos pacientes para cada grupo representado pelas

fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico, desde a avaliação inicial antes da instalação do aparelho ortodôntico até a remoção do mesmo, fornecendo assim uma visão mais abrangente dos mesmos em relação ao tratamento.

A média de pontuação nos quatro domínios do questionário do OQLQ, ou seja, aspectos sociais, estética facial, função oral e consciência da deformidade, mostraram uma mudança estatisticamente significativa após a cirurgia ortognática. Os domínios que causaram o maior efeito negativo no grupo 1 (inicial sem aparelho) foram os seguintes: “estética facial” e “aspectos sociais da deformidade”, e que estão de acordo com as queixas principais dos pacientes relacionadas à aparência facial, além da baixa autoestima e falta de autoconfiança, o que também foi observado por outros autores (Cunningham et al., 2000a; Choi et al., 2010; Murphy et al., 2011; Gava et al., 2013; Palomares et al., 2016; Elmouden; Ousehal, 2018; Sun et al., 2018).

Já os domínios que causaram maior impacto positivo após a cirurgia ortognática foram os seguintes: “estética facial” e “função oral”, semelhante aos encontrados por outros autores (Bock et al., 2009; Murphy et al., 2011; Silva et al., 2016; Sun et al., 2018), seguido pelos “aspectos sociais”, que estão de acordo com outros trabalhos (Silva et al., 2016; Elmouden; Ousehal, 2018). Pode haver várias explicações para isso, uma delas é que a mudança significativa na aparência facial é imediata e dramática e, portanto, o impacto mais óbvio após a cirurgia. O grande impacto na função oral pode refletir melhora para esses grupos com significativas alterações dentárias como sobressaliência, sobremordida, mordida cruzada, mordida aberta, que afetam intensamente a função mastigatória. Uma mudança tão significativa na aparência facial pode deixar alguns pacientes limitados quanto ao envolvimento na interação social, sendo que a variação na personalidade do paciente e a faixa etária maior da amostra podem ter influenciado nisso, e assim, podendo moderar o impacto nesses domínios. É possível que isso possa melhorar com o tempo, à medida que o paciente se torna mais confiante com a interação social pós-cirurgia. Esses achados são de relevância ao explicar os possíveis benefícios aos pacientes com deformidade dento-facial antes da cirurgia (Murphy et al., 2011).

A melhor compreensão das mudanças na qualidade de vida durante o tratamento ortodôntico-cirúrgico é importante em muitas frentes, inclusive durante

as orientações iniciais ao paciente e na previsão do ganho geral da saúde à luz da morbidade do tratamento. Além disso, ajuda os profissionais envolvidos no tratamento a entender as dificuldades que os pacientes têm que suportar para alcançar o resultado final e incluir isso na recomendação da opção de tratamento (Choi et al., 2010). Comparando-se o estado de saúde oral e a percepção da aparência física e facial associados à qualidade de vida através da pontuação total do OQLQ constatamos que os pacientes com deformidade dento-facial apresentavam percepções mais precárias sobre essas variáveis, associadas a pontuações mais altas neste instrumento, confirmando uma pior qualidade de vida relacionada à deformidade dento-facial. Portanto, os achados do presente estudo sugerem que o OQLQ é capaz de capturar o efeito em pacientes que necessitam de tratamento ortodôntico-cirúrgico, que não seriam detectados com o uso de questionários que avaliam a qualidade de vida associada à saúde em geral (SF-36) ou saúde oral (OHIP-14) apenas (Gava et al., 2013).

Na Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) foi observada uma melhora crescente conforme a evolução das fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico. Isso demonstra como as consequências estéticas, funcionais e psicossociais da deformidade dento-facial podem atrapalhar a qualidade de vida da pessoa e como a cirurgia ortognática influencia positivamente para a melhora de auto percepção da imagem pessoal e a construção de uma autoestima mais elevada em relação ao início do tratamento. Poucos trabalhos avaliaram o impacto da cirurgia ortognática na autoestima de pacientes com deformidade dento-facial utilizando essa escala, que embora não seja específica para a doença estudada, avalia questões relacionadas à autoestima do indivíduo no geral. Tais estudos encontraram uma melhora da autoestima após a cirurgia ortognática (Alanko et al., 2014; Jung, 2016; Alanko et al., 2017). Um trabalho avaliou os efeitos da maloclusão e do tratamento ortodôntico na autoestima dos adolescentes, concluindo que o sexo do paciente desempenhou um papel importante na relação entre autoestima e maloclusão. Para as meninas, o apinhamento dos dentes anteriores teve um efeito significativo na autoestima em relação aos meninos (Jung, 2010). Outro estudo comparou o estado psicológico de pacientes com necessidade de cirurgia ortognática com um grupo controle não-cirúrgico e observaram que, em comparação com o grupo controle, o grupo de pacientes

cirúrgicos apresentou níveis de ansiedade significativamente mais altos, além disso, apresentavam baixa autoestima, porém, sem diferença significativa (Cunningham et al., 2000b).

No nosso trabalho houve diferença significativa quanto à autoestima nos grupos 3 e 4. Até o nosso conhecimento, não há estudos com a população brasileira de pacientes com deformidade dento-facial submetidos a cirurgia ortognática que avaliassem a autoestima utilizando essa escala. O modelo de adaptação transcultural da Escala de Rosenberg (RSE) utilizado nesta pesquisa, foi escolhido por ser abrangente e levar em conta as diferenças do contexto sócio cultural em adolescentes e adultos no processo de adaptação do instrumento (Hutz; Zanon, 2011).

Não houve diferença significativa em relação à autoestima associada ao tipo de deformidade dento-facial, sexo e idade dos pacientes. Para (Proffit et al., 2013), algumas diferenças podem existir no perfil psicológico de pacientes com diferentes tipos de deformidade dento-facial, pacientes com padrão III têm sentimentos mais fortes de insegurança em relação à sua aparência facial comparado a pacientes padrão II. Os autores sugerem que os pacientes padrão II são menos propensos a ter problemas psicológicos porque para este tipo de pacientes é possível disfarçar a sua discrepância esquelética ao projetar a mandíbula. Outro trabalho que avaliou a qualidade de vida e autoestima em pacientes com deformidade dento-facial padrão II e padrão III submetidos a cirurgia ortognática, observou não haver diferença significativa na escala de autoestima entre os tipos de deformidade (Jung, 2016). Em outro estudo publicado, os pesquisadores relataram que as fases iniciais do tratamento não afetam a autoestima, enquanto que pacientes no final do tratamento apresentam melhor autoestima do que no início ou até melhor do que os pacientes do grupo controle (Alanko et al., 2014; Alanko et al., 2017). Avaliar a autoestima de pacientes com deformidade dento-facial trás à luz as mudanças que ocorrem no bem-estar psicossocial do paciente durante o processo do tratamento ortodôntico-cirúrgico e poderia ser incluída como rotina clínica no manejo desses pacientes, já que, com o conhecimento mais detalhado, é possível informar os pacientes sobre o que esperar do ponto de vista psicossocial e oferecer apoio quando for mais necessário.

Correlacionando os resultados obtidos através dos questionários e a possível relação com o tipo de deformidade dento-facial, o sexo do paciente e a idade média dos mesmos entre os grupos, não houve diferença significativa nos resultados de qualidade de vida e autoestima entre os diferentes tipos de deformidade dento-facial em todos os momentos, o que está de acordo com outros trabalhos (Espeland et al., 2008; Jung, 2016; Elmouden; Ousehal, 2018). Alguns autores afirmaram que os pacientes apresentando padrão III parecem estar mais satisfeitos do que os pacientes padrão II após a cirurgia (Choi et al., 2010).

Quanto ao sexo do paciente houve diferença significativa para o Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14) e para a Qualidade de Vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ) no grupo 1 e para a Qualidade de Vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ) no grupo 4, para o sexo feminino. Esses resultados podem ser atribuídos aos padrões de beleza impostas à mulher pela sociedade, o que leva ao maior número de mulheres a procurar corrigir esses problemas estéticos de modo a se sentirem inseridas no estereótipo de beleza ideal. Alguns trabalhos citaram resultados semelhantes (Jung, 2010; Elmouden; Ousehal, 2018), em contrapartida outros autores encontraram scores de satisfação semelhante entre homens e mulheres e concluíram que a qualidade de vida não estava relacionada ao sexo do paciente (Palomares et al., 2016; Silva et al., 2016; Emadian Razvadi et al., 2017).

Em relação à média de idade dos pacientes não houve diferença significativa entre os grupos para o Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14), para a Qualidade de Vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE). Não se encontram na literatura estudos correlacionando faixa etária e qualidade de vida nos pacientes de cirurgia ortognática.

Assim foi possível confirmar em nosso estudo com base nos questionários validados para o Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP-14), Qualidade de Vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE), que os pacientes apresentaram significativa melhora na qualidade de vida e autoestima logo após a cirurgia ortognática e principalmente após a remoção do aparelho ortodôntico.

7 CONCLUSÕES

Neste trabalho, que avaliou o impacto da cirurgia ortognática na qualidade de vida e autoestima de pacientes, por meio de questionários validados para o português do Brasil, durante as seguintes fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico: pré-ortodontia, pré-cirurgia, pós-operatório e após a remoção do aparelho ortodôntico, foi possível concluir que:

- No questionário de Impacto no Perfil em Saúde Oral (OHIP-14) houve uma melhora significativa nos grupos pós-operatório e após a remoção do aparelho ortodôntico;
- No questionário de Qualidade de Vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ) houve uma melhora significativa nos grupos pós-operatório e após a remoção do aparelho ortodôntico;
- Nos domínios do questionário de Qualidade de Vida em Cirurgia Ortognática (OQLQ) analisados separadamente, ou seja: aspecto social, estética facial, função oral e consciência da deformidade, houve uma melhora significativa nos grupos pós-operatório e após a remoção do aparelho ortodôntico;
- Na Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) houve uma melhora significativa nos grupos pós-operatório e após a remoção do aparelho ortodôntico.

REFERÊNCIAS¹

- Alanko O, Tuomisto MT, Peltomaki T, Tolvanen M, Soukka T, Svedstrom-Oristo AL. A longitudinal study of changes in psychosocial well-being during orthognathic treatment. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2017;46(11):1380-6.
- Alanko OM, Svedstrom-Oristo AL, Peltomaki T, Kauko T, Tuomisto MT. Psychosocial well-being of prospective orthognathic-surgical patients. *Acta Odontol Scand*. 2014;72(8):887-97.
- AlKharafi L, AlHajery D, Andersson L. Orthognathic surgery: pretreatment information and patient satisfaction. *Med Princ Pract*. 2014;23(3):218-24.
- American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Criteria for Orthognathic Surgery [Internet]. 2017.
https://www.aaoms.org/docs/practice_resources/clinical_resources/ortho_criteria.pdf
- Araujo AM, Araujo MM, Araujo A. Orthognathic Surgery - Complication or Solution? A Manual for Surgical-Orthodontic Treatment. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*. 2000;5:105-22.
- Asada K, Motoyoshi M, Tamura T, Nakajima A, Mayahara K, Shimizu N. Satisfaction with orthognathic surgery of skeletal Class III patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2015;148(5):827-37.
- Avanci JQ, Assis SG, Santos NCd, Oliveira RVC. Adaptação tanscultural de escala de auto-estima para adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2007;20:397-405.
- Bock JJ, Odemar F, Fuhrmann RA. Assessment of quality of life in patients undergoing orthognathic surgery. *J Orofac Orthop*. 2009;70(5):407-19.
- Boeck EM, Lunardi N, Pinto Ados S, Pizzol KE, Boeck Neto RJ. Occurrence of skeletal malocclusions in Brazilian patients with dentofacial deformities. *Braz Dent J*. 2011;22(4):340-5.
- Capelozza Filho L. Diagnóstico em Ortodontia. Maringá: Dental Press Editora; 2004. p. 505
- Cariati P, Martinez R, Martinez-Lara I. Psycho-social impact of orthogathic sugery. *J Clin Exp Dent*. 2016;8(5):e540-e5.
- Carvalho SC, Martins EJ, Barbosa MR. Variáveis psicossociais associadas à cirurgia ortognática: uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2012;25(3):477-90.

¹ De acordo com estilo Vancouver.

Chaurasia N, Upadhyaya C, Srivastava S, Dulal S. Assessment of changes in quality of life in patients with Dentofacial deformities after orthognathic surgery-A study in Nepalese population. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery Medicine and Pathology*. 2018;30(2):111-4.

Choi WS, Lee S, McGrath C, Samman N. Change in quality of life after combined orthodontic-surgical treatment of dentofacial deformities. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2010;109(1):46-51.

Corso PF, Oliveira FA, Costa DJ, Kluppel LE, Rebellato NL, Scariot R. Evaluation of the impact of orthognathic surgery on quality of life. *Braz Oral Res*. 2016;30.

Cunningham SJ, Garratt AM, Hunt NP. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: I. Reliability of the instrument. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000a;28(3):195-201.

Cunningham SJ, Garratt AM, Hunt NP. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: II. Validity and responsiveness testing. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002;30(2):81-90.

Cunningham SJ, Gilthorpe MS, Hunt NP. Are orthognathic patients different? *European Journal of Orthodontics*. 2000b;22(2):195-202.

Elmouden L, Ousehal L. Assessment of the Quality of Life in Moroccan Patients Undergoing Orthognathic Surgery. *Turk J Orthod*. 2018;31(3):79-85.

Emadian Razvadi ES, Soheilifar S, Esmaeelinejad M, Naghdi N. Evaluation of the Changes in the Quality of Life in Patients Undergoing Orthognathic Surgery: A Multicenter Study. *J Craniofac Surg*. 2017;28(8):e739-e43.

Eslamipour F, Najimi A, Tadayonfard A, Azamian Z. Impact of Orthognathic Surgery on Quality of Life in Patients with Dentofacial Deformities. *Int J Dent*. 2017;2017:4103905.

Espeland L, Hogevoold HE, Stenvik A. A 3-year patient-centred follow-up of 516 consecutively treated orthognathic surgery patients. *Eur J Orthod*. 2008;30(1):24-30.

Esperao PT, de Oliveira BH, de Oliveira Almeida MA, Kiyak HA, Miguel JA. Oral health-related quality of life in orthognathic surgery patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2010;137(6):790-5.

Garvill J, Garvill H, Kahnberg KE, Lundgren S. Psychological factors in orthognathic surgery. *J Craniomaxillofac Surg*. 1992;20(1):28-33.

Gava EC, Miguel JA, de Araujo AM, de Oliveira BH. Psychometric properties of the Brazilian version of the Orthognathic Quality of Life Questionnaire. *J Oral Maxillofac Surg*. 2013;71(10):1762.e1-8.

Goelzer JG, Becker OE, Haas Junior OL, Scolari N, Santos Melo MF, Heitz C, et al. Assessing change in quality of life using the Oral Health Impact Profile (OHIP) in

patients with different dentofacial deformities undergoing orthognathic surgery: a before and after comparison. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2014;43(11):1352-9.

Harter S, Whitesell NR. Beyond the debate: Why some adolescents report stable self-worth over time and situation, whereas others report changes in self-worth. *J Pers*. 2003;71(6):1027-58.

Hutz CS, Zanon C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg: Revision of the adaptation, validation, and normalization of the Roserberg self-esteem scale. *Avaliação Psicológica*. 2011;10:41-9.

Hutz CS. Adaptação brasileira da escala de autoestima de Rosenberg. Porto Alegre, RS. : Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2000.

Ilg JP. Osteotomia Total da Maxila Tipo Lefort I. In: Araujo A, editor. *Cirurgia Ortognática*: Livraria Santos Editora; 1999. p. 374.

Johal A, Alyaqoobi I, Patel R, Cox S. The impact of orthodontic treatment on quality of life and self-esteem in adult patients. *Eur J Orthod*. 2015;37(3):233-7.

Jung MH. Evaluation of the effects of malocclusion and orthodontic treatment on self-esteem in an adolescent population. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2010;138(2):160-6.

Jung MH. Quality of Life and Self-Esteem of Female Orthognathic Surgery Patients. *J Oral Maxillofac Surg*. 2016;74(6):1240.e1-7.

Kater KJ, Rohwer J, Londre K. Evaluation of an upper elementary school program to prevent body image, eating, and weight concerns. *J Sch Health*. 2002;72(5):199-204.

Khechoyan DY. Orthognathic surgery: general considerations. *Semin Plast Surg*. 2013;27(3):133-6.

Koyuncu M, Tok S, Canpolat AM, Catikkas F. Body image satisfaction and dissatisfaction, social physique, anxiety, self-esteem, and body fat ratio in female exercisers and nonexercisers. *Social Behavior and Personality*. 2010;38(4):561-70.

Kurabe K, Kojima T, Kato Y, Saito I, Kobayashi T. Impact of orthognathic surgery on oral health-related quality of life in patients with jaw deformities. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2016;45(12):1513-9.

Lee S, McGrath C, Samman N. Quality of life in patients with dentofacial deformity: a comparison of measurement approaches. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2007;36(6):488-92.

Leite PCC, Camarini ET, Filho LI, Pavan ÂJ, Farah GJ, Silva MBd. Estudo epidemiológico das deformidades dentofaciais de Maringá/PR - 1997/2003 *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2004;4.

Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35(6):401-11.

Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: Slade GD, editor. *Measuring Oral Health and Quality of Life*; University of North Carolina-Chapel Hill, North Carolina: Department of Dental Ecology, School of Dentistry; 1997.

Modarai F, Donaldson JC, Naini FB. The influence of lower lip position on the perceived attractiveness of chin prominence. *Angle Orthod.* 2013;83(5):795-800.

Modig M, Andersson L, Wardh I. Patients' perception of improvement after orthognathic surgery: pilot study. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2006;44(1):24-7.

Murphy C, Kearns G, Sleeman D, Cronin M, Allen PF. The clinical relevance of orthognathic surgery on quality of life. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2011;40(9):926-30.

Oland J, Jensen J, Melsen B. Factors of importance for the functional outcome in orthognathic surgery patients: a prospective study of 118 patients. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010;68(9):2221-31.

Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33(4):307-14.

Pacheco-Pereira C, Abreu LG, Dick BD, De Luca Canto G, Paiva SM, Flores-Mir C. Patient satisfaction after orthodontic treatment combined with orthognathic surgery: A systematic review. *Angle Orthod.* 2016;86(3):495-508.

Palomares NB, Celeste RK, Miguel JA. Impact of orthosurgical treatment phases on oral health-related quality of life. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2016;149(2):171-81.

Pisitsungkagarn K, Taephant N, Attasaranya P. Body image satisfaction and self-esteem in Thai female adolescents: the moderating role of self-compassion. *Int J Adolesc Med Health.* 2014;26(3):333-8.

Polido WD. Osteotomia Sagital do Ramo Mandibular. In: Araujo A, editor. *Cirurgia Ortognática*: Livraria Santos Editora; 1999. p. 374.

Pope AW, Ward J. Factors associated with peer social competence in preadolescents with craniofacial anomalies. *J Pediatr Psychol.* 1997;22(4):455-69.

Proffit WR, Fields HW, Jr., Moray LJ. Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment need in the United States: estimates from the NHANES III survey. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg.* 1998;13(2):97-106.

Proffit WR, Jackson TH, Turvey TA. Changes in the pattern of patients receiving surgical-orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2013;143(6):793-8.

- Proothi M, Drew SJ, Sachs SA. Motivating factors for patients undergoing orthognathic surgery evaluation. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010;68(7):1555-9.
- Rustemeyer J, Gregersen J. Quality of Life in orthognathic surgery patients: post-surgical improvements in aesthetics and self-confidence. *J Craniomaxillofac Surg.* 2012;40(5):400-4.
- Ryan FS, Barnard M, Cunningham SJ. Impact of dentofacial deformity and motivation for treatment: a qualitative study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2012;141(6):734-42.
- Sadek H, Salem G. Psychological aspects of orthognathic surgery and its effect on quality of life in Egyptian patients. *East Mediterr Health J.* 2007;13(1):150-9.
- Sato FR, Mannarino FS, Asprino L, de Moraes M. Prevalence and treatment of dentofacial deformities on a multiethnic population: a retrospective study. *Oral Maxillofac Surg.* 2014;18(2):173-9.
- Sbicigo JB, Bandeira DR, Dell'Aglio DD. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF.* 2010;15:395-403.
- Schmidt A, Ciesielski R, Orthuber W, Koos B. Survey of oral health-related quality of life among skeletal malocclusion patients following orthodontic treatment and orthognathic surgery. *J Orofac Orthop.* 2013;74(4):287-94.
- Silva I, Cardemil C, Kashani H, Bazargani F, Tarnow P, Rasmusson L, et al. Quality of life in patients undergoing orthognathic surgery - A two-centered Swedish study. *J Craniomaxillofac Surg.* 2016;44(8):973-8.
- Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997;25(4):284-90.
- 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.
- Sun H, Shang HT, He LS, Ding MC, Su ZP, Shi YL. Assessing the Quality of Life in Patients With Dentofacial Deformities Before and After Orthognathic Surgery. *J Oral Maxillofac Surg.* 2018;76(10):2192-2201
- Tamme JA, Rohnen M, Gassling V, Ciesielski R, Fischer-Brandies H, Wiltfang J, et al. Correlation of general and oral health-related quality of life in malocclusion patients treated with a combined orthodontic and maxillofacial surgical approach. *J Craniomaxillofac Surg.* 2017;45(12):1971-9.
- Turker N, Varol A, Ogel K, Basa S. Perceptions of preoperative expectations and postoperative outcomes from orthognathic surgery: part I: Turkish female patients. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2008;37(8):710-5.

Wee TH, Poon CY. Quality of life treatment outcomes of class III skeletal patients after bimaxillary osteotomies. *Proceedings of Singapore Healthcare*. 2014;23(3):183-90.

APÊNDICE A. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Hospital Santa Catarina – São Paulo

HOSPITAL SANTA
CATARINA/ASSOCIAÇÃO
CONGREGAÇÃO DE SANTA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA, AUTOESTIMA E SATISFAÇÃO DOS PACIENTES NAS FASES DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO-CIRÚRGICO.

Pesquisador: Lilian Victoria Pérez Espinola

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81263317.8.0000.5458

Instituição Proponente: Associação Congregação de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.467.983

Apresentação do Projeto:

adequado

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo deste trabalho é

avaliar as alterações na qualidade de vida relacionada ao impacto da cirurgia ortognática, à autoestima e satisfação durante todas as fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

quanto a pesquisa em si de qualidade de vida, os riscos são mínimos e está descrito no TCLE

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

tema pertinente e de importância para os pacientes com alterações dento-faciais

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

adequado

Recomendações:

não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há pendências

Endereço: Avenida Paulista, 200

Bairro: Bela Vista

CEP: 01.310-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3016-4240

Fax: (11)3016-2443

E-mail: cep@hsc.org.br

**HOSPITAL SANTA
CATARINA/ASSOCIAÇÃO
CONGREGAÇÃO DE SANTA**

Continuação do Parecer: 2.467.983

Considerações Finais a critério do CEP:

Trabalho aprovado sem restrições

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1041117.pdf	05/12/2017 16:46:17		Aceito
Outros	Projetoestradoqualidadedevida.pdf	05/12/2017 16:45:52	Lilian Victoria Pérez Espnola	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_Pesquisa.pdf	05/12/2017 16:44:38	Lilian Victoria Pérez Espnola	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoLilian.pdf	05/12/2017 16:41:44	Lilian Victoria Pérez Espnola	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaodematricula.pdf	30/11/2017 15:29:51	Lilian Victoria Pérez Espnola	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termodeparticipacao.pdf	30/11/2017 15:28:52	Lilian Victoria Pérez Espnola	Aceito
Declaração de instituição e infraestrutura	Untitled_23112017_120723.pdf	29/11/2017 13:08:21	Lilian Victoria Pérez Espnola	Aceito
Orçamento	OrcamentoLilian.pdf	29/11/2017 13:04:34	Lilian Victoria Pérez Espnola	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLELilian.pdf	29/11/2017 13:01:21	Lilian Victoria Pérez Espnola	Aceito
Brochura Pesquisa	BrochuraPesquisa.pdf	29/11/2017 12:57:16	Lilian Victoria Pérez Espnola	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	29/11/2017 12:56:06	Lilian Victoria Pérez Espnola	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Paulista, 200

Bairro: Bela Vista

CEP: 01.310-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3016-4240

Fax: (11)3016-2443

E-mail: cep@hsc.org.br

HOSPITAL SANTA
CATARINA/ASSOCIAÇÃO
CONGREGAÇÃO DE SANTA

Continuação do Parecer: 2.457.983

SÃO PAULO, 16 de Janeiro de 2018

Assinado por:
Carlos Alberto Fernandes Costa
(Coordenador)

Endereço: Avenida Paulista, 200
Bairro: Bela Vista CEP: 01.310-000
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3016-4240 Fax: (11)3016-2443 E-mail: cephsc@hsc.org.br

APÊNDICE B. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa FOUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA, AUTOESTIMA E SATISFAÇÃO DOS PACIENTES NAS FASES DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO-CIRÚRGICO.

Pesquisador: Lilian Victoria Pérez Espinola

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81263317.8.3001.0075

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.523.014

Apresentação do Projeto:

A face é uma estrutura dinâmica e complexa de grande importância já que é através dela que expressamos os nossos sentimentos e deve ser avaliada cuidadosamente antes de qualquer intervenção cirúrgica. As deformidades dento-faciais são discrepâncias esqueléticas associadas a má oclusões severas que afetam negativamente a estética, a função oral, a personalidade e o comportamento social. Pelo fato de o rosto ser a principal fonte de identidade pessoal, a atratividade facial influencia as interações pessoais e profissionais ao longo da vida. A cirurgia ortognática é a modalidade cirúrgica maxilofacial que visa a correção das deformidades dento faciais. A cirurgia ortognática visa em primeiro plano um melhor equilíbrio ósseo e dentário dentro do complexo facial e em segundo plano, mas com uma grande importância uma acomodação harmônica dos tecidos. Os pacientes com deformidade dento facial frequentemente referem sintomas relacionados a maloclusão dentária, dificuldade de mastigação, problemas de fonação e dor nas articulações temporo-mandibulares. O impacto da deformidade dento facial com frequência tem sido caracterizado como sendo estético, funcional e psico-social. Dentre os sintomas físicos frequentemente associados a problemas psicológicos desencadeados pela aparência física dos pacientes apresentando deformidade dento-facial podemos citar; bullying, constrangimento social, baixa autoestima, baixa autoconfiança e pessimismo quanto à vida social e futuro emocional.

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3091-7900 **Fax:** (11)3091-7814 **E-mail:** cepfo@usp.br

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.529.014

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo deste trabalho é avaliar as alterações na qualidade de vida relacionada ao impacto da cirurgia ortognática, à autoestima e satisfação durante todas as fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os voluntários não serão submetidos a riscos além dos já esperados e previamente esclarecidos em consulta inicial em cada fase do tratamento ao qual farão parte.

Benefícios: Não haverá benefícios diretos, os benefícios desta pesquisa serão de que forma a cirurgia ortognática promove ou não benefícios aos pacientes no que se refere à qualidade de vida, auto estima e satisfação nas diferentes fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico. Desta forma, ter informações que podem auxiliar e estimular encorajando pacientes que apresentam este tipo de deformidade e para que possamos melhorar para atingir o nível de satisfação destes pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância no sentido de dar subsídios científicos com relação os benefícios que a cirurgia ortognática promove aos pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: Projeto detalhado, questionários que serão aplicado aos participantes, TCLE e Ficha clínica.

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final, utilizando-se da opção "Enviar Notificação" (descrita no Manual "Submeter Notificação", disponível na Central de Suporte - canto superior direito do site www.saude.gov.br/plataformabrasil).

Qualquer alteração no projeto original deve ser apresentada "emenda" a este CEP, de forma objetiva e com justificativas para nova apreciação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-900
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 Fax: (11)3091-7814 E-mail: cepfo@usp.br

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.523.014

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1064341.pdf	15/02/2018 23:37:04		Aceito
Cronograma	Calendario_Lilian.pdf	15/02/2018 23:36:37	Lilian Victoria Pérez Espinola	Aceito
Outros	Projetoestradoqualidadedevida.pdf	05/12/2017 16:45:52	Lilian Victoria Pérez Espinola	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_Pesquisa.pdf	05/12/2017 16:44:38	Lilian Victoria Pérez Espinola	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLELilian.pdf	29/11/2017 13:01:21	Lilian Victoria Pérez Espinola	Aceito
Brochura Pesquisa	BrochuraPesquisa.pdf	29/11/2017 12:57:16	Lilian Victoria Pérez Espinola	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 02 de Março de 2018

Assinado por:
Maria Gabriela Haye Biazevic
(Coordenador)

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-900
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 Fax: (11)3091-7814 E-mail: cefpo@usp.br

ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**1. O Sr. (a). está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: “AVALIAÇÃO DO IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA E AUTO-ESTIMA DOS PACIENTES NAS FASES DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO-CIRÚRGICO.”**

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Telefones para contato: _____

As informações contidas nestes prontuários foram fornecidas pelos pesquisadores Lilian Victoria Pérez Espínola CROSP 100.938, João Gualberto C. Luz CROSP 21159, Ricardo Pimenta D'ávila CROSP 80702, objetivando firmar acordo escrito mediante o qual, o voluntário da pesquisa autoriza sua participação e divulgação de fotos e exames de imagem com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos e riscos a que se submeterá, com a capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação, podendo desistir de participar da pesquisa por qualquer motivo a qualquer momento sem prejuízo nenhum.

2. Objetivo: O objetivo deste estudo é avaliar as alterações na qualidade de vida relacionada ao impacto da cirurgia ortognática e na autoestima durante todas as fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico.

3. Justificativa: Pacientes com deformidade dento-facial apresentam alterações esqueléticas associadas a más oclusões severas que afetam negativamente a estética, a função oral, a personalidade e o comportamento social. Pelo fato de o rosto ser a principal fonte de identidade pessoal, a atratividade facial influencia as interações pessoais e profissionais ao longo da vida. A cirurgia ortognática é um procedimento largamente empregado para o tratamento das deformidades dento faciais esqueléticas. As mudanças promovidas pelo tratamento ortodôntico-cirúrgico incluem melhoras na autoestima, qualidade na saúde oral, mudanças positivas no estilo, na qualidade de vida e nas relações interpessoais. Porém devido à sua magnitude, fases de tratamento, medo, consequências pós-operatórias decorrentes do trauma cirúrgico aos tecidos, como dor, edema, distúrbios neuro-sensoriais, resultados pós-operatórios não atingidos, fazem com que alguns pacientes se sintam insatisfeitos com o tratamento. Esta pesquisa irá englobar pacientes diagnosticados com deformidade dento-facial em 4 fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico avaliando assim as alterações na qualidade de vida e autoestima dos mesmos.

4. Procedimentos: Primeiramente este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Catarina e da Universidade de São Paulo – FOU SP. A todos os participantes e responsáveis serão esclarecidos os objetivos da pesquisa e solicitado o preenchimento do termo de consentimento formal de participação. Os termos de consentimento serão entregues no local da avaliação e aplicados pelo examinador. Os voluntários selecionados serão divididos em 4 grupos sendo, grupo 1: pacientes pré-ortodontia, grupo 2: pacientes pré-cirurgia, grupo 3: pacientes pós-cirurgia, grupo 4: pacientes após remoção do aparelho ortodôntico. Todos os indivíduos receberão os questionários consistindo de questões de múltipla escolha sobre a sua percepção em relação à sua saúde oral, seu aspecto facial, convívio social e laboral, expectativas e satisfação, dentre outros. O paciente poderá optar em responder os questionários no momento da consulta ou enviá-lo por e-mail para o pesquisador responsável pela coleta das informações.

5. Desconforto e Benefícios: Os voluntários não serão submetidos a riscos além dos já esperados e previamente esclarecidos em consulta inicial em cada fase do tratamento ao qual farão parte. Entre os benefícios desta pesquisa saberemos de que forma a cirurgia ortognática promove ou não benefícios aos pacientes no que se refere à qualidade de vida e autoestima nas diferentes fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico. Desta forma, ter informações que podem auxiliar e estimular encorajando pacientes que apresentam este tipo de deformidade para que possamos melhorar e atingir o nível de satisfação destes pacientes. O voluntário não terá custos para a aplicação dos questionários que será realizado na mesma consulta programada para seus retornos ambulatoriais ou via e-mail.

6. Informações: Você terá garantia que receberá respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a vontade do indivíduo em continuar participando.

7. Retirada do Consentimento: Você (voluntário) tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que haja nenhum prejuízo a si mesmo. Será garantido o seguimento e suporte em todas as fases do seu tratamento.

8. Aspecto Legal: Elaborados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atendendo à Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde – Brasília – DF. Esse termo de consentimento livre e esclarecido será elaborado em duas vias, devendo ser assinado pelo voluntário e pelos pesquisadores. Uma via ficará com o sujeito da pesquisa e outra com os pesquisadores.

9. Garantia do Sigilo: Os pesquisadores asseguram a privacidade dos voluntários quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

10. Telefones dos Pesquisadores para Contato: Lílian Victoria Pérez Espínola CROSP 100.938, (011) 993020171 ou pelo e-mail lilianvpespinola@gmail.com, Ricardo Pimenta D'ávila CROSP 80702, (011) 98299-9494 ou pelo e-mail r.pimentadavila@gmail.com, João Gualberto Cerqueira Luz CROSP 21159, (011) 99914-7066 ou pelo e-mail jgluz@usp.br

Consentimento Pós-Informação:

Eu, _____
após leitura e compreensão deste termo de informação e consentimento, entendo que a participação, é voluntária, e que posso sair do estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum. Confirmando que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa, bem como a realização e utilização de fotos e exames de imagem. Autorizo também a divulgação dos dados obtidos neste estudo no meio científico.

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Nome (por extenso): _____

Assinatura: _____

Pesquisadores:

Lilian Victoria Pérez Espínola - CROSP 100938

João Gualberto C. Luz – CROSP 21159

Ricardo Pimenta D'ávila – CROSP 80702

ANEXO B- **FICHA CLÍNICA PADRONIZADA PARA O ESTUDO DOS DADOS**

Data: ____/____/____

Nome: _____ Nº _____

Idade: _____ Sexo: M () F ()

Doenças sistêmicas: SIM () NÃO ()

Quais: _____

Etilista: SIM () NÃO () Tabagista: SIM () NÃO () Drogas: SIM () NÃO ()

Tipo de deformidade: Padrão I () Padrão II () Padrão III ()

Paciente Grupo: 1 () 2 () 3 () 4 ()

Grau de escolaridade:

Analfabeto () Fundamental completo () Médio completo ()

Superior completo () Pós-graduação ()

Ocupação: Sim () Não ()

Qual: _____

Qual a sua motivação para procurar o tratamento?

Não gosto de alguma parte do meu rosto () Minha família me disse que
 preciso () Não gosto dos meus dentes ou sorriso () Meus amigos me
 disseram que preciso () Não gosto nem do meu perfil nem da minha
 mordida () Meu dentista me disse que preciso ()

Outros _____

Como você avaliaria a sua autoestima: Baixa () Alta () Realista ()

Você se sente satisfeito com a sua aparência? Não () Sim () Um
 pouco satisfeito () Muito satisfeito ()

Você está fazendo tratamento ortodôntico? Sim () Não ()

Você está fazendo acompanhamento psicológico? Sim () Não ()

Você está fazendo acompanhamento fonoaudiólogo? Sim () Não ()

Como é o seu relacionamento social com amigos? Bom () Muito

Bom () Ruim () Muito Ruim ()

Como é o seu relacionamento social com a sua família? Bom () Muito

Bom () Ruim () Muito Ruim ()

Como é o seu relacionamento social no trabalho? Bom () Muito

Bom () Ruim () Muito Ruim ()

ANEXO C- PERFIL DE IMPACTO EM SAÚDE ORAL (OHIP14)

Alguma vez devido a seu problema nos dentes:

- 1- Você teve problemas para falar alguma palavra?
- 2- Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?
- 3- Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?
- 4- Você se sentiu incomodada ao comer algum alimento?
- 5- Você ficou preocupada (o)?
- 6- Você se sentiu estressada (o)?
- 7- Sua alimentação ficou prejudicada (o)?
- 8- Você teve que parar suas refeições
- 9- Você encontrou dificuldade para relaxar?
- 10- Você se sentiu envergonhada (o)?
- 11- Você ficou irritada (o) com outras pessoas?
- 12- Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias?
- 13- Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?
- 14- Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?

Nunca = 0

Raramente = 1

Às vezes = 2

Repetidamente = 3

Sempre = 4

ANEXO D- QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EM CIRURGIA ORTOGNÁTICA (OQLQ)

Reprodução da Versão Traduzida para o Português do Questionário de Qualidade de Vida para Pacientes Orto-Cirúrgicos (OQLQ)

Por favor, leia cuidadosamente as afirmativas a seguir. Para que saibamos o quanto cada uma das afirmativas é importante para você, por favor circule 1,2,3,4 ou N/A, onde:

1- Significa que isto te incomoda um pouco

4 - Significa que isto te incomoda muito

2 + 3 – Ficam entre te incomodar um pouco e te incomodar muito

N/A – Significa que a afirmativa não se aplica a você ou isto não te incomoda de forma alguma

Exemplo:

1. Eu fico inseguro com a aparência dos meus dentes

2. Eu tenho problemas para morder

3. Eu tenho problemas para mastigar

4. Há alguns alimentos que evito comer porque a maneira como os meus dentes se encaixam torna isso difícil

5. Eu não gosto de comer em lugares públicos

6. Eu tenho dores no meu rosto ou no maxilar

7. Eu não gosto de ver o meu rosto de lado (perfil)

8. Eu passo muito tempo analisando o meu rosto no espelho

9. Eu passo muito tempo analisando os meus dentes no espelho

10. Eu não gosto que tirem fotografia de mim **11. Eu não gosto de ser visto em vídeo** **12. Eu costumo olhar fixamente para os dentes das pessoas** **13. Eu costumo olhar fixamente para os rostos de outras pessoas**

14. Eu fico inseguro com a aparência do meu rosto

15. Eu tento cobrir a minha boca quando encontro pessoas pela primeira vez

16. Eu me preocupo em encontrar pessoas pela primeira vez

17. Eu me preocupo que as pessoas irão fazer comentários que magoam sobre a minha aparência

18. Eu sinto falta de confiança quando saio socialmente **19. Eu não gosto de sorrir quando me encontro com pessoas** **20. Eu às vezes fico deprimido por causa da minha aparência** **21. Eu às vezes acho que as pessoas estão me encarando**

22. Comentários sobre a minha aparência realmente me chateiam, mesmo quando sei que as pessoas estão apenas brincando

ANEXO E- **ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)**

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso

(4) Discordo Totalmente (3) Discordo (2) Concordo (1) Concordo Totalmente

4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar

(4) Discordo Totalmente (3) Discordo (2) Concordo (1) Concordo Totalmente

6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

7. No conjunto, eu estou satisfeito (a) comigo

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo (a)

(4) Discordo Totalmente (3) Discordo (2) Concordo (1) Concordo Totalmente

9. Às vezes eu me sinto inútil

(4) Discordo Totalmente (3) Discordo (2) Concordo (1) Concordo Totalmente

10. Às vezes eu acho que não presto para nada

(4) Discordo Totalmente (3) Discordo (2) Concordo (1) Concordo Totalmente