UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

RENATA RESINA MIGLIORUCCI

Imagem corporal e qualidade de vida em indivíduos com deformidades dentofaciais

BAURU
2011

RENATA RESINA MIGLIORUCCI

Imagem corporal e qualidade de vida em indivíduos com deformidades dentofaciais

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Fonoaudiologia.

Área de concentração: Fonoaudiologia
Orientadora: Profa. Dra. Dagma Venturini Marques Abramides

Versão corrigida

BAURU

2011

Migliorucci, Renata Resina

M588i Imagem corporal e qualidade de vida em indivíduos com deformidades dentofaciais / Renata Resina Migliorucci. – Bauru, 2011.
113 p. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Dagma Venturini Marques Abramides

Nota: A versão original desta dissertação encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo Nº: 049/2009
Data: 15/05/2009

FOLHA DE APROVAÇÃO

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu esposo, **Roberto**, que sempre esteve presente em minha vida, incentivando-me a seguir em frente. A você, meu amor, companheiro de muitas lutas.

Castelos de areia

"Compreendi que tudo em nossas vidas, todas as coisas que gastam
tanto de nosso tempo e de nossa energia para construir, tudo é passageiro,
tudo é feito de areia; o que permanece é só o relacionamento
que temos com as outras pessoas.
Mais cedo ou mais tarde, uma onda virá e destruirá
ou apagará o que levamos tanto tempo para construir.
E quando isso acontecer, somente aquele que tiver as mãos de outro alguém
para segurar, será capaz de rir e recomeçar. "

(Autor desconhecido)

Obrigada, por sempre estender suas mãos!

Aos meus amados filhos, que me deram a imensa felicidade de ser mãe. Filhos queridos, que estão sempre ao meu lado. Vocês são minha eterna luz, força e vida na minha vida. Para vocês, por vocês e com vocês procuro sempre ser uma pessoa melhor, fiel ao que acredito. Espero que minha eventual ausência tenha se compensado pelo exemplo de busca às inquietações e ao conhecimento.

A você, **Mateus**, com o seu jeito todo especial de ser, meu companheiro e que me entende apenas pelo olhar. Colaborou dando atenção ao seu irmão, fazendo silêncio para que eu pudesse me concentrar nos estudos. Sei que sempre poderei contar com você, meu filho e amigo.

Ao **Theo**, nossa riqueza, que veio para nos completar e alegrar nossas vidas. Meu pequeno, que me conforta quando chego em casa com seu abraço apertado.

Eu tenho tanto pra lhes falar
Mas com palavras não sei dizer
Como é grande o meu amor por vocês
E não há nada pra comparar
Para poder lhes explicar
Como é grande o meu amor por vocês
Nem mesmo o céu nem as estrelas
Nem mesmo o mar e o infinito
Não é maior que o meu amor
Nem mais bonito
Me desespero a procurar
Alguma forma de lhes falar
Como é grande o meu amor por vocês
Nunca se esqueçam, nem um segundo
Que eu tenho o amor maior do mundo
Como é grande o meu amor por você
Mas como é grande o meu amor por vocês.

(Roberto Carlos)

Ofereço uma rosa

"A quem me deu perfume, a quem me deu sentido,

a quem só me fez bem,

ofereço uma rosa àqueles que sorriram comigo,

aqueles que comigo partilharam lágrimas,

aqueles que souberam da minha existência.

Ofereço uma rosa, aos nobres do sentir, aos ricos do

viver, aos imperadores do amor.

Ofereço uma simples rosa,

àqueles que simplesmente foram amigos,

que ternamente fizeram do silêncio sair sons,

que cantaram comigo,

que me olharam e me sentiram.

Ofereço a minha rosa!

(Autor desconhecido)

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A **Deus** por iluminar meu caminho e dar-me forças para seguir em frente!

À minha mãe, **Irene** (in memorian), minha imensa gratidão por nos ter incentivado a "Educação".

"Aquela mulher com brilho no olhar, firmeza inabalável, passos apressados, voz forte;
desafiou a todos, a si mesma desafiou muito mais,
nunca se deteve... avançou em paz.
Foi a mesma mulher que na solidão, na pobreza ou na fartura,
dividiu tudo o que sempre conquistou.
Aquela mulher que passou por cima da brasa dos seus próprios medos,
caminhou enfrentando a resistência do movimento aos sem ideal,
dos sem meta, dos sem coragem...
Aquela mulher atravessou montanhas, percorreu caminhos de pedra,
chorou em silêncio, sozinha, confiou,
mesmo quando lhe afirmavam que o mundo ia desabar.
Aquela mulher é minha mãe! Ela não seguiu os sinais no caminho, apontados para o
fracasso, sofreu, viveu, viverá sempre, em tudo ou toda obra,
porque vai deixar muito mais para frente do que para trás."

(Ivone Boechat)

Ao meu querido pai, **Evaristo** (in memorian), sempre presente e carinhoso. Aprendemos muitas coisas diante sua enfermidade, a valorizar o simples e até mesmo o imperceptível, valorizar os momentos que a vida nos oferece. Seu exemplo de luta pela vida ficará eternamente em minha memória.

"Vou às vezes buscar ao sítio escuro
Que tenho lá no fundo da memória
Os momentos tão doces em que vinhas
Ter comigo e contavas uma história
Eram momentos curtos intervalos
Das coisas que fazias lá por fora
Mas ficaram cá dentro não se foram
No tempo fazem parte desta hora
É assim que te levo pela estrada
Lembro as palavras lembro o rosto amigo
Foram sementes pai foram sementes
Pequenas sim mas cresceram comigo."

(Paulo Jorge Geraldo)

Aos meus irmãos **Cleiber** (in memorian) e **Wagner**, muito obrigada por caminharmos juntos nesta vida, todo o meu carinho. À minha irmã **Carmen** e ao cunhado **Guto** (in memorian), minha eterna gratidão pelo apoio financeiro para que eu pudesse concluir meus estudos. Obrigada pelo incentivo e carinho.

"A saudade é a prova
De que tudo aquilo que passamos
Valeu a pena! "

À minha orientadora, **Profa. Dra. Dagma Venturine Marques Abramides**, por aceitar ser minha orientadora e acreditar nesta pesquisa, em compreender e aceitar minhas sugestões e decisões, pela sabedoria, ensinamentos e grande ajuda nesta pesquisa. A você, meu especial respeito profissional e agradecimento por poder contar com sua amizade, disponibilidade e confiança em mim depositada.

À amiga e **Profa. Dra. Giedre Berretin-Felix**, infinitos agradecimentos por fazer parte do amadurecimento profissional e pessoal, pela confiança, carinho, disponibilidade em ajudar, compartilhando seus conhecimentos, apoiando-me durante esta trajetória. O seu apoio foi fundamental para a concretização deste estudo. Muito Obrigada!

À **Profa. Dra. Sandra Leal Calais** por aceitar fazer parte da Banca Examinadora, pelas valiosas sugestões, que muito contribuíram para o aperfeiçoamento deste estudo. Obrigada pelas suas palavras de carinho, humildade e atenção com que avaliou este trabalho.

SER MESTRE

"Ser Mestre é descobrir no outro a beleza do sonhar e do amanhecer, é caminhar com o futuro de todas as pessoas nas mãos, carregar o tom de todas as cores
e suavizar a tristeza de quem ainda não descobriu o saber.
Ser Mestre é ter vez e voz na vida do outro que aprende e ensina, é mostrar o "caminho das pedras" e como passar por elas!
É ensinar a caminhar na calçada que não atravessa, mas de onde se vê o outro lado!
É vislumbrar o horizonte muitas vezes perdido atrás das cores do arco-íris,
É se alegrar com a vida que renasce de suas idéias e viver todos os sonhos que emolduram a vida alheia.
Ser Mestre é iluminar os caminhos longos e os atalhos nem sempre floridos e frios!
É aprender e ensinar como viver, como embaralhar e acertar todas as cartas.
É acender todos os lampiões para o outro passar com passos lentos ou rápidos pela vida.
É desbloquear emoções contidas na escuridão do não-saber.
Também é ensinar a dar passos largos ou pequenos em todas as direções,
como dançar, sorrir e ser feliz.
Ser Mestre é mostrar o acender das luzes nas trevas tortuosas
mas necessárias do anoitecer sombrio!
É ser maestro e compositor de homens e suas obras maravilhosas.
É não apenas dar o peixe, mas a melhor maneira de lançar todas as redes!"

Marilena Frade

AGRADECIMENTOS

À **Fonoaudiologia**, por me permite passear entre diferentes pessoas desde recém-nascidos até o idoso, homens e mulheres, por diferentes áreas de atuação. Por me fazer compreender e praticar a interdisciplinaridade. Por me fazer um ser humano melhor. Ser fonoaudiólogo é estar internamente preparado para confrontar-se com a vida em busca do aprimoramento pessoal, sem o qual a comunicação humana não faz sentido.

Ao meu **esposo** e meus **filhos**, que abdicaram, em muitos momentos, de minha presença física. A eles, a certeza em Deus, de que todo esforço empreendido contribuirá para o nosso crescimento e o fortalecimento da nossa capacidade de superação.

Aos sobrinhos **Juliana, Thomas, Izabela, Fernanda, Luís Henrique, Gabriela e Enzo.** Obrigada por fazerem parte da minha vida, proporcionando-me momentos felizes e de afeto.

À minha cunhada, **Marluce**, que mesmo após a partida de meu irmão, faz-se permanecer a si e aos seus filhos, meus amados sobrinhos, presentes em nossas vidas.

À minha amada sogra, **Maria Antonieta**, pelo apoio constante em minha vida. Pelo exemplo de mulher, exemplo de vida! A você minha gratidão e meu amor.

Ao meu cunhado **Alexandre** e cunhada **Renata**, pelos momentos agradáveis em família, pelo exemplo profissional. Exemplo de força, união e superação. Exemplos de vida!

A todos os meus familiares e familiares de meu esposo, tias (os), primas (os), pelo apoio e incentivo constantes. A todos vocês minha eterna gratidão por estarem presentes e proporcionando-me momentos felizes. Amo todos vocês!

À minha querida prima-irmã, **Alessandra** e seu esposo **Val**, pela presença constante em minha vida, pelo apoio e carinho.

Como não agradecer aquelas pessoas que fazem e fizeram parte de minha vida, mesmo que há tempos atrás, pessoas que não vejo há anos, mas que nunca as esquecerei, estas as quais me trouxeram alegria, carinho, pessoas que compartilharam muitos momentos em minha vida, meus agradecimentos com eterna saudade.

"O Destino une e separa pessoas.
Mas, mesmo sendo tão forte ele é incapaz
de nos fazer esquecer as pessoas que, por algum momento,
fizeram-nos felizes."

Aos **professores** do Departamento de Fonoaudiologia da FOB/USP.

Às secretárias do Departamento da FOB**, Karina, Dani e Renata**, sempre atenciosas e dispostas a ajudar.

A todos os funcionários da Clínica de Fonoaudiologia da FOB, **Sidnei, Evandro,Thiago, Claudia, Marlene**, **Claudinha, Wellington** pela atenção, ajuda e carinho dispensados à nossa equipe de pesquisa e para com os pacientes.

Às **bibliotecárias** pela atenção e orientações.

Aos cirurgiões bucomaxilos **Dr. Hugo Nary**, **Prof. Dr. Eduardo Gonçalves, Dr. Maurício**, por acreditar neste estudo e encaminhar seus pacientes para que esta pesquisa tenha sido realizada.

À **D. Cida**, da USC, que sempre me atendeu prontamente e com carinho.

Ao **Prof. Dr. Manoel Henrique Salgado**, *pe*la orientação precisa e cautelosa durante o processo de análise dos dados. Pela prontidão em auxiliar e valiosos esclarecimentos fornecidos no decorrer do trabalho. Muito Obrigada!

À **Profa. Dra. Maria Ines Pegoraro-Krook**, meus agradecimentos especiais, por ter sido a primeira pessoa no meio profissional que me recebeu em Bauru e permitiu que pudesse acompanhá-la durante suas aulas na FOB como ouvinte e me mostrou o caminho que me levasse a grandes conquistas. Obrigada pelo carinho, atenção e muitos ensinamentos.

A todas as **Fonoaudiólogas do Centrinho – HRAC/USP** que me receberam com muito carinho e me fizeram apaixonar cada vez mais pela Fonoaudiologia; principalmente a **Cris Guedes**, minha primeira orientadora, a qual me estendeu as mãos e me mostrou o caminho da pesquisa com muita atenção, paciência e carinho.

Ao **Dr. Roberto Macoto** por me oferecer a oportunidade de ter atuado em sua clínica, pela atenção e grandes ensinamentos. Por ter permitido que eu acompanhasse muitos passos do tratamento cirúrgico das Deformidades Dentofaciais, desde o atendimento, planejamento cirúrgico e até mesmo durante a Cirurgia Ortognática, os quais me ajudaram muito a compreender a dinâmica e a longa trajetória destes pacientes até a sua completa recuperação. Muito Obrigada! E a sua esposa e minha amiga, **Lourdes**, que também confiou em minha capacidade. Obrigada pelos bons momentos compartilhados.

À **Danny e Dani**, meus agradecimentos especiais, pelo convívio, cumplicidade e união, por compartilhar as angustias, dificuldades e conquistas durante esta pesquisa.

À **Claudinha, Amanda, Marcela**, pela ajuda durante os Trabalhos, carinho e atenção.

A **todas as pessoas do Mestrado**, pelo convívio que, certamente, deixarão marcas na minha vida.

Ao **paciente** que desnuda sua alma e me permite assim conhecê-lo.

A todas as pessoas que aceitaram em fazer parte do **Grupo Controle**, e assim enriqueceram esta pesquisa. Meus sinceros agradecimentos.

As **funcionárias da limpeza**, por nos atender prontamente, meu respeito e gratidão.

À **Faculdade de Odontologia de Bauru / USP** pelo vasto conhecimento científico adquirido.

À **CAPES** pela bolsa concedida, que muito contribuiu para realização desse estudo.

A todos que colaboraram direta e indiretamente com esta pesquisa, manifesto minha gratidão.

A todos, muito obrigada!

"O que transforma qualquer ato em algo extraordinário é o fato de fazermos aquilo com o coração e o que transforma qualquer vida numa existência extraordinária é o fato de ser vivida com amor."

Mark Sanborn

RESUMO

As deformidades dentofaciais (DDF) interferem não só nas condições funcionais e na estética facial, como também na personalidade, nas atitudes e no comportamento do indivíduo, de modo que a insatisfação gerada pela aparência pode desencadear problemas psicológicos e pior qualidade de vida. Entretanto, nenhum estudo até a atualidade investigou o quanto o nível de insatisfação com a Imagem Corporal (IC) relaciona-se com a QV. O propósito deste estudo foi analisar a relação entre Imagem Corporal (IC) e Qualidade de Vida (QV) nos indivíduos com Deformidades Dentofaciais (DDF), considerando gênero, idade e padrão facial. Foram estudados 30 indivíduos com DDF, 18 mulheres e 12 homens, sendo 12 padrão facial do tipo II e 18 padrão III, em tratamento ortodôntico pré-cirúrgico, com idade entre 18 e 40 anos ($\bar{x}$ =28,98 anos). Um Grupo Controle foi constituído por 30 indivíduos para comparações com o Grupo DDF. Para análise da IC, foi aplicado o *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE), constituído por 34 perguntas que mensuram o grau de insatisfação relativa à determinada característica física e para a QV foi aplicado o questionário *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14), composto por 14 questões que abordam sete categorias (Limitação Funcional, Dor Física, Desconforto Psicológico, Limitação Física, Limitação Psicológica, Limitação Social e Incapacidade). Os resultados mostraram que Grupo DDF apresentou maior nível de insatisfação com a IC e pior QV em relação ao GC, sendo que 26,6% do Grupo DDF apresentaram níveis elevados de insatisfação com a IC; dentre as categorias do OHIP-14, o Desconforto Psicológico, Limitação Psicológica, Dor Física e Limitação Física, foram os impactos mais observados no Grupo DDF. Houve correlação linear positiva entre a IC e QV. Quanto ao padrão facial, houve diferença significativa apontando que tanto o padrão facial II quanto o III, tiveram impacto negativo na IC e na QV. Em relação ao gênero, a DDF afeta mais as mulheres, em relação a insatisfação com a IC e pior QV, do que os homens. Concluiu-se que, há relação entre IC e QV, ou seja, quanto maior a insatisfação com a IC, pior é a QV no Grupo DDF.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Imagem corporal. Má oclusão.

ABSTRACT

Body image and quality of life in individuals presented with dentofacial deformities

Dentofacial deformities (DFD) not only interfere with one's functional conditions and facial aesthetics, but also with the individual's personality, attitudes and behavior, so that the dissatisfaction generated by his/her appearance may trigger psychological problems and worse life quality. Nevertheless, no study has so far investigated the degree in which dissatisfaction with the body image is related to QOL. This study aims at analyzing the characteristics of body image and quality of life (QOL), in individuals presented with DFD, taking into account gender, age, facial pattern, as well as the relation between body image and QOL. Thirty individuals presented with DFD, that is, 18 females and 12 males, were studied, being 12 with type II facial pattern and 18 with pattern III, undergoing presurgical orthodontic treatment, in the age range 18 - 40 years ($\bar{x}$ =28.98 yrs). A Control Group was comprised by 30 subjects, for comparisons with the DFD Group. The Body *Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE), comprising 34 questions which measure the degree of dissatisfaction related to a given physical characteristic, was applied for body image analysis, and the questionnaire *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14), composed of 14 questions addressing seven categories (Functional Limitation, Physical Pain, Psychological Discomfort, Physical, Psychological and Social Limitation, and Impairment), was applied for QOL analysis. The results showed that the DFD Group presented the highest body image dissatisfaction level and the worst QOL, as compared to the CG, being that 26.6% of the DFD Group presented high levels of dissatisfaction with the body image; among the categories of the OHIP-14, Psychological Discomfort, Psychological Limitation, Physical Pain and Physical Limitation were the most observed impacts in the DFD Group. A significant correlation pointed that both Facial Pattern II and Facial Pattern III, had a negative impact on BI and QOL. Regarding the gender, DFD affects more women, in relation to dissatisfaction with body image and worse QOL, than men. It was concluded that there is relation between IC and QOL, that is the greater the dissatisfaction with the IC, the worse the QOL in Group DDF.

Keywords: Quality of life. Body image. Malocclusion.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Somatório dos escores dos indivíduos em cada pergunta do BDDE do Grupo DDF e Grupo Controle..... **62**

Gráfico 2 - Somatório dos escores de cada categoria que constitui o OHIP-14 dos indivíduos do Grupo DDF e Grupo Controle..... **65**

Gráfico 3 - Somatório dos escores dos indivíduos em cada pergunta do OHIP-14 global do Grupo DDF e do Grupo Controle..... **66**

Gráfico 4 - Correlação entre BDDE e OHIP-14 do Grupo DDF..... **71**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos indivíduos segundo o gênero e padrão facial do Grupo DDF e Grupo Controle..... **59**

Tabela 2 - Distribuição dos 30 indivíduos em relação aos Padrões Faciais II e III e o gênero feminino e masculino..... **59**

Tabela 3 - Distribuição dos indivíduos segundo a idade, gênero, padrão facial, BDDE e OHIP-14 no Grupo DDF e Grupo Controle..... **60**

Tabela 4 - Comparações entre o Grupo DDF e o GC em relação aos dados descritivos em média ($\bar{x}$), mediana (M), desvio padrão (dP) e valores de p, obtidos no BDDE, OHIP-14 e categorias do OHIP-14..... **61**

Tabela 5 - Somatório dos escores dos 30 indivíduos em cada categoria que constitui o OHIP-14 do Grupo DDF e do Grupo Controle..... **64**

Tabela 6 - Resultados das comparações dos Padrões Faciais I (GC), II (G DDF) e III (G DDF) com o BDDE, OHIP-14 e categorias do OHIP-14, em relação aos valores em média ($\bar{x}$), mediana (M), desvio padrão (dP) e valores de p..... **68**

Tabela 7 - Comparações entre gênero, BDDE, OHIP-14 e categorias do OHIP-14 em relação aos dados descritivos em média ($\bar{x}$), mediana (M), desvio padrão (dP) e valores de p do Grupo DDF..... **69**

Tabela 8 - Comparações entre gênero, BDDE, OHIP-14 e categorias do OHIP-14 em relação aos dados descritivos em (média ($\bar{x}$), mediana (M), desvio padrão (dP) e valores de p do Grupo Controle..... **70**

Tabela 9 - Resultados dos coeficientes de correlações entre idade, gênero, padrão facial, BDDE e OHIP-14, no Grupo DDF..... **71**

Tabela 10 - Resultados dos coeficientes de correlações entre BDDE, OHIP-14, idade e gênero no Grupo Controle..... **72**

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

DDF	Deformidade Dentofacial
DFE	Deformidade Facial Esquelética
CO	Cirurgia Ortognática
IC	Imagem Corporal
QV	Qualidade de Vida
TDC	Transtorno Dismórfico Corporal
OHIP-14	Oral Health Impact Profile
BDDE	Body Dismorphic Disorder Examination

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **21**
2 REVISÃO DE LITERATURA **27**
2.1 IMAGEM CORPORAL **29**
2.2 QUALIDADE DE VIDA **32**
2.3 IMAGEM CORPORAL E QUALIDADE DE VIDA EM CASOS COM DEFORMIDADES DENTOFACIAIS **35**
3 OBJETIVOS **45**
4 CASUÍSTICA E MÉTODO **49**
4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS **51**
4.2 CASUÍSTICA **51**
4.3 MATERIAIS E PROCEDIMENTOS **52**
4.3.1 Imagem corporal **52**
4.3.2 Qualidade de vida **54**
4.4 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS **55**
5 RESULTADOS **57**
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA **59**
5.2 COMPARAÇÕES ENTRE O GRUPO DDF E GRUPO CONTROLE **61**
5.2.1 Comparação do BDDE, OHIP-14 e categorias do OHIP-14 ..... **61**
5.2.1.1 Comparação das respostas positivas do BDDE do Grupo DDF e Grupo Controle **62**
5.2.1.2 Comparação das respostas positivas das categorias do OHIP-14 do Grupo DDF e Grupo Controle **63**
5.2.1.3 Comparação das respostas positivas das questões do OHIP-14 do Grupo DDF e Grupo Controle **66**
5.3 COMPARAÇÕES DENTRO DOS GRUPOS **67**
5.3.1 Comparações do BDDE, OHIP-14 e categorias do OHIP-14 com o Padrão Facial no Grupo DDF e Grupo Controle **67**
5.3.2 Comparações do BDDE, OHIP-14 e categorias do OHIP-14 com o gênero **68**
5.3.2.1 No Grupo DDF **68**
5.3.2.2 No Grupo Controle **70**

5.4 CORRELAÇÕES **70**
5.4.1 Correlação entre a idade, gênero, padrão facial, BDDE e OHIP-14 ..... **70**
5.4.1.1 No Grupo DDF **70**
5.4.1.2 No Grupo Controle **72**
6 DISCUSSÃO **73**
7 CONCLUSÕES **83**
REFERÊNCIAS **87**
ANEXOS **99**

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Equipe interdisciplinar - formada por fonoaudiólogo, cirurgião dentista, nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo - atua no cuidado à saúde de indivíduos com deformidade dentofacial (DDF), tem se defrontado com a necessidade de expandir a atuação, incluindo a percepção desses indivíduos em relação ao impacto da deformidade na sua subjetividade e na qualidade de vida. Assim, o rol de atuação da Equipe deve contemplar aspectos intra e intersubjetivos, de maneira a lhes assegurar o tratamento mais efetivo contribuindo, assim, para o atendimento integral de suas necessidades.

A atuação fonoaudiológica pratica a escuta diferenciada em relação às expectativas do paciente em relação ao tratamento, tanto da Cirurgia Ortognática como do tratamento fonoaudiológico. Os indivíduos afetados desta forma costumam relatar que sentem vergonha de sua aparência, evitam eventos sociais e relacionamentos e postergam planos de estudos, passeios, namoro, casamento para depois da Cirurgia.

Em confluência com a prática relatada, a literatura atual vem apontando a importância da percepção do indivíduo sobre a sua imagem corporal e, consequentemente, sobre o seu nível de satisfação em relação a essa imagem, bem como outros aspectos da personalidade. Tal realidade é perfeitamente justificável na medida em que a sociedade contemporânea valoriza muito a estética facial e corporal. Maner et al. (2003) afirmam que as pessoas atraentes são recebidas mais positivamente do que aquelas menos atraentes. Nesse sentido, em nossa sociedade, os adultos acreditam que a sua aparência facial afeta sua escolha na profissão, diminuindo-lhes a autoestima, e proporcionando pior qualidade de vida cujo resultado é a discriminação (SARWER et al., 1999). É razoável supor, portanto que o mesmo pode ser aplicado àqueles indivíduos com deformidade dentofacial.

A deformidade dentofacial (DDF) é definida como má oclusão associada à alteração esquelética que se caracteriza pela desarmonia entre a maxila e a mandíbula (OKAZAKI, 1999). De modo mais abrangente, Gonçales (2010) refere-se à deformidade facial esquelética (DFE) como defeito da face resultante de alterações no crescimento e desenvolvimento dos seus ossos, levando às alterações

não só de posicionamento dos dentes e na sua oclusão, bem como da estética facial e da função de todas as demais estruturas esqueléticas, tais como articulações, músculos, dentes e ligamento periodontal.

O processo de crescimento facial requer inter-relações morfogênicas íntimas entre todas as partes dos tecidos moles e duros que estão crescendo, modificando-se e funcionando, cuja meta é um estado de equilíbrio funcional e estrutural complexo (FELÍCIO, 2004). Assim, indivíduos com DDF possuem características miofuncionais variantes de acordo com o tipo de desproporção apresentada (COUTINHO et al., 2009). As adaptações musculares aos diversos tipos de DDF viabilizam a realização das funções estomatognáticas; essas modificações musculares ocorrem de acordo com o padrão das bases ósseas do esqueleto maxilofacial (RIBEIRO, 1999).

Apesar das dificuldades funcionais estarem sempre presentes, são as queixas estéticas que, na maioria das vezes, impulsionam esses indivíduos a procurarem o tratamento (FLANNARY; BARNWELL; ALEXANDER, 1985; VAN STEENBERGEN; LITT; NANDA, 1996; RANKIN; BORAH, 2003). Em contrapartida, outros autores apresentam casuísticas em que as queixas funcionais são tão representativas quanto às estéticas (EK; PERSSON; LUNDGREN, 1997; RIVERA et al., 2000). Problemas na região facial, em geral, tais como os da mastigação, fala e doença periodontal, são queixas físicas comuns em pacientes com má oclusão grave, sendo que a procura pelo tratamento ortodôntico e Cirurgia Ortognática (CO) estão muitas vezes na esperança de melhoria no seu bem-estar físico e qualidade de vida (SCOTT et al., 2000). A correção dos componentes estéticos e funcionais podem significativamente melhorar a autoestima, as oportunidades na vida dos indivíduos portadores de DDF (FLANARY et al., 1990; FINLAY; ATKINSON; MOOS, 1995; GROSSBART; SARWER, 1999; HUNT et al., 2001), o bem-estar geral, auto-conceito, interações sociais, imagem corporal global e imagem facial (HUGO; BECKER; WITT, 1996; CUNNINGHAM et al., 1996; SCOTT et al., 2000; DERWENT; HUNT; CUNNINGHAM, 2000; GERZANIC; JAGSCH; WATZKE, 2002; LAZARIDOU-TERZOUDI et al., 2003; MODIG; ANDERSSON; WARDH, 2006).

Portanto, as DDF interferem nas condições funcionais, na estética facial, tanto quanto na personalidade, nas atitudes e no comportamento do indivíduo, de modo que a insatisfação gerada pela aparência pode desencadear problemas de

ordem psicológica (BERRETIN-FELIX; JORGE; GENARO, 2004; RIBAS et al., 2005). Essa insatisfação parece ser um conjunto de fatores sociais, com relação entre a satisfação e os problemas psicológicos (AHMED, 1999; CUNNINGHAM; HUNT; FEINMANN, 1995; RIBAS et al., 2005).

Neste contexto, surge a temática proposta para este estudo com o intuito de investigar o impacto da DDF na imagem corporal (IC) e na qualidade de vida (QV) desta população. No aspecto interdisciplinar, obter dados e informações significativas que possam subsidiar a equipe envolvida no processo de reabilitação de indivíduos com DDF.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 IMAGEM CORPORAL

Entende-se por imagem do corpo humano a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós. O esquema de corpo é a imagem tridimensional que todos têm de si mesmos, assim, podemos chamá-la de imagem corporal (SCHILDER, 1999).

Segundo Gorman (1965), no século XVI, na França, iniciou-se a história da imagem corporal (IC) com o médico e cirurgião Ambroise Paré, o qual percebeu a existência do membro fantasma, caracterizando-o como a alucinação de que um membro ausente estaria presente. Três séculos depois, Weir Mitchell, da Filadélfia (EUA) demonstrou que a IC pode ser mudada sob tratamento ou em condições experimentais. Mas o aprofundamento dos estudos sobre IC deu-se na escola britânica, tanto nos aspectos neurológicos, quanto fisiológicos e psicológicos.

O neurologista Henry Head, do London Hospital, foi o primeiro a usar o termo “esquema corporal” e também o primeiro a construir uma teoria na qual “cada indivíduo constrói um modelo ou figura de si mesmo a constituir um padrão contra os julgamentos da postura e dos movimentos corporais” (FISHER, 1990). Todavia uma de suas mais importantes reflexões consistiu na introdução da ideia de que a imagem do corpo não possui apenas fatores patológicos: os eventos diários também contribuem para sua construção, dando-nos assim a capacidade de mudar a imagem continuamente. E essa multiplicidade de imagens só pode ser conseguida pelas forças emocionais. Unindo os aspectos fisiológicos com as forças emocionais, a imagem vai condensando a vivência que o homem tem de si mesmo e do mundo.

Para Schilder (1999), é importante ressaltar também que, quando percebemos nosso corpo ou partes dele, projetamos essas imagens para outros corpos e passamos a ter curiosidade sobre outras partes, até então, a nós, obscuras. Na verdade, fica difícil dizer qual corpo percebemos primeiro: o nosso ou o do outro. A imagem é um fenômeno social, pois há um intercâmbio contínuo entre nossa própria imagem e a imagem corporal dos outros. A imagem corporal (IC) é multidimensional e caracterizada pelo grau em que se está satisfeito ou insatisfeito

com determinado aspecto do corpo ou da face. Refere-se a um construto complexo e multifacetário envolvendo, no mínimo, aspectos perceptuais, afetivos, cognitivos e comportamentais das experiências corporais (CASH; PRUZINSKY, 2002).

A compreensão do conceito de IC está vinculada ao significado dos termos imagem e corpo. Refere-se, portanto à percepção que temos de nós próprios e o que idealizamos ao pensarmos nos nossos corpos e aparência física. Ela é influenciada pelos padrões estipulados pela sociedade e a cultura que nos rodeia. Por sua vez, a autoestima tem impacto no modo como vemos o nosso corpo e está relacionada com a maneira como uma pessoa valoriza as suas habilidades físicas, aptidões, capacidades interpessoais, papéis familiares e IC (TAVARES, 2003).

Na população, em geral, a insatisfação com a própria imagem parece ser comum, porém o nível de preocupação pode variar entre os indivíduos e atingir um grau que cause interferência no funcionamento do cotidiano (CONRADO, 2009). A extrema insatisfação com a IC é o sintoma nuclear do transtorno psiquiátrico denominado Transtorno Dismórfico Corporal (TDC). O TDC é relativamente comum, por vezes incapacitante, e envolve uma percepção distorcida da IC, caracterizada pela preocupação exagerada com uma anomalia imaginária na aparência ou com um mínimo defeito corporal presente (PHILLIPS et al., 2000; HEPBURN; CUNNINGHAM, 2006). É mais comum que essas preocupações envolvam áreas da face (pele, cabelos e nariz), embora qualquer parte do corpo possa ser foco de preocupação (VEALLE et al., 1996; PHILLIPS; DIAZ, 1997). Veale et al. (1996) observaram que 86% de seus pacientes com TDC mencionaram algum defeito em suas faces. Por esta razão, dentistas; fonoaudiólogos; dermatologistas; cirurgiões plásticos; cirurgiões bucomaxilos e ortodontistas podem ser os primeiros a se envolverem com esses indivíduos em suas clínicas. Para diferençar o TDC das queixas normais com a aparência, comuns na população geral, a preocupação deve causar estresse significativo ou prejuízo no funcionamento do cotidiano (VEALE, 2004).

A respeito dos estudos que avaliam a IC, observa-se a aplicação de inúmeros instrumentos mensuradores dos aspectos específicos do construto “imagem corporal”. Considerando as várias possibilidades de medidas para avaliação da IC, alguns cuidados são necessários para que o pesquisador não cometa erros que inviabilizem seu estudo (THOMPSON, 2004). A seleção cuidadosa

do instrumento é indispensável para que sejam identificadas as informações almejadas. Além disso, é de extrema importância a definição, a priori, dos aspectos a serem avaliados nos estudos relacionados à IC. As pesquisas relacionadas a tal aspecto abordam a multidimensionalidade desse construto, possibilitando o acesso a numerosas informações.

Conti (2008) considerou ainda que este tema seja relativamente novo na área científica e há pouco conhecimento, em especial no cenário brasileiro. Um dos estudos precursores foi o desenvolvido por Cordás e Castilho (1994) que apresentaram uma versão do Questionário de Imagem Corporal *Body Shape Questionnaire-BSQ* (COOPER et al., 1987) para o português, com o intuito de se avaliar a insatisfação corporal de indivíduos com transtornos alimentares. A partir de então, diversas pesquisas têm sido realizadas sobre o tema, podendo ser classificadas de acordo com seus objetivos. Na literatura, encontram-se alguns instrumentos traduzidos e validados para o Português brasileiro que auxiliam no estudo da IC, como*: Body Shape Questionnaire – BSQ* (DI PIETRO, 2001); *Body Attitudes Questionnaire – BAQ* (SCAGLIUSI et al., 2005); *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale - Y-BOCS* (SOUZA et al., 2008), *Body Dismorphic Disorder Examination* – BDDE (JORGE et al., 2008), *Body Image Avoidance Questionnaire – BIAQ* (CAMPANA, 2007): *Body Checking Questionnaire – BCQ* (CAMPANA, 2007), entre outros.

Geralmente, têm sido utilizadas fotografias para comparar a aparência dos pacientes antes e depois do tratamento. No entanto, no sentido de humanizar essa avaliação e fazê-la menos técnica, o *Body Dismorphic Disorder Examination – BDDE* pode fornecer um parâmetro adicional para avaliar o sucesso do tratamento e verificar as queixas de aparência relatadas por esses indivíduos (BOSS; HOOGSTRATEN; PRAHL-ANDERSEN, 2003)

Na literatura, são escassos os estudos nas áreas odontológica e fonoaudiológica relacionados ao uso de instrumentos específicos sobre a IC. E é neste cenário que se justifica o presente estudo com a utilização do BDDE, traduzido para o Português do Brasil e validado em relação à confiabilidade entre a população brasileira por Jorge et al. (2008). Trata-se de um instrumento específico de IC, na forma de questionário, que - embora utilizado para diagnosticar o TDC - foi escolhido

em face de avaliar o grau de satisfação relativo à determinada característica física, neste caso a DDF.

2.2 QUALIDADE DE VIDA

A conceituação da Qualidade de Vida (QV) é uma tarefa difícil, tendo em vista seu caráter subjetivo, sua complexidade e suas várias dimensões. A QV de uma pessoa depende de fatores intrínsecos e extrínsecos, variando de pessoa para pessoa e estando sujeito a influências de seu cotidiano, onde vivem, seus hábitos e estilo de vida (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005).

> A QV, além de diferir de indivíduo para indivíduo, está sujeita a sofrer alterações ao longo da vida, mostrando que os fatores que determinam a QV das pessoas são inúmeros, e que a combinação destes "resulta numa rede de fenômenos e situações os quais, abstratamente, podem ser chamados de qualidade de vida". Geralmente estão associados a ela fatores como: estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e até espiritualidade. Num sentido mais amplo qualidade de vida pode ser uma medida da própria dignidade humana, pois pressupõe o atendimento das necessidades humanas fundamentais (NAHAS, 2001).

O termo qualidade de vida (QV) foi mencionado pela primeira vez em 1920 por Pigou em um livro sobre economia e bem-estar. Ele discutiu o suporte governamental para pessoas de classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas e sobre o orçamento do Estado (WOOD-DAUPHINEE, 1999). Contudo, para outro autor, o termo QV foi utilizado pela primeira vez por Lyndon Johnson, em 1964, então presidente dos Estados Unidos, que declarou: "os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da QV que proporcionam às pessoas" (FLECK et al., 1999). Após a Segunda Guerra Mundial, o termo passou a ser muito utilizado com a noção de sucesso associada à melhora do padrão de vida, principalmente relacionado à obtenção de bens materiais: tais como casa própria, carro, salário, e bens adquiridos (PASCHOAL, 2001).

Embora não haja consenso sobre o conceito de QV (PASCHOAL, 2001; SEIDL; ZANNON, 2004), um grupo de especialistas da Organização Mundial da Saúde, de diferentes culturas, num projeto colaborativo multicêntrico, obteve três

aspectos fundamentais referentes ao construto QV: a subjetividade, a multidimensionalidade (inclui, pelo menos, as dimensões física, psicológica e social) e a bipolaridade (presença de dimensões positivas e negativas) (FLECK et al., 1999; SEIDL; ZANNON, 2004). Portanto, esse grupo define QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995).

Sob o ponto de vista da saúde, Fleck (1999) mostra que a QV pode ser dividida em seis dimensões: física, emocional, social, profissional, intelectual e espiritual. Minayo, Hartz e Buss (2000) por sua vez, entende que QV é uma noção, eminentemente, humana a manter relação com o grau de satisfação do indivíduo em relação à vida familiar, amorosa, social, ambiental e existencial, abrangendo os conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividade em determinada época, local e situação.

Para medir diretamente a saúde dos indivíduos, têm-se desenvolvido e testado instrumentos estruturados e simplificados, capazes de reconhecer os estados de “completo bem estar físico, mental e social” dos indivíduos (BROUSSE; BOISAUBERT, 2007). Do ponto de vista da saúde oral, todos os indivíduos devem dispor de uma condição que lhes permita falar, mastigar, reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, viver livre de dor e desconforto, e se relacionar com outras pessoas sem constrangimento. A capacidade de se alimentar e a ocorrência de dor e desconforto costumam serem considerados os aspectos positivos e negativos mais relevantes para a qualidade de vida, respectivamente (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007).

Diversos instrumentos têm sido propostos, sendo administrados por entrevistadores ou autoadministráveis. Os instrumentos de medida de QV podem ser divididos em dois grupos: genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos são utilizados na avaliação da QV da população em geral. Em relação ao campo de aplicação, usam-se questionários de base populacional sem especificar enfermidades, sendo mais apropriados a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do Sistema de Saúde. Os mais frequentemente utilizados e traduzidos para o Português brasileiro são: *Short Form Health Survey* - SF-36 (CICONELLI et al. 1999), Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde -

WHOQOL-100 (FLECK et al., 2000), *Nottingham Health Profile* – NHP (TEIXEIRA-SALMELA, 1999), entre outros. Os instrumentos específicos são capazes de avaliar, de forma individual e específica, determinados aspectos da QV, proporcionando maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto em estudo. Sua principal característica é a sensibilidade de medir as alterações, em decorrência da história natural ou depois de determinada intervenção. Podem ser específicos para determinada população, enfermidade, ou para certa situação (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993; COONS et al., 2000).

A QV relacionada à saúde oral pode ser definida como “a ausência de impactos negativos da condição oral na vida social e um sentido positivo de autoconfiança da condição oral” (ATCHISON; DOLLAN, 1990). Nos últimos anos, foram desenvolvidos vários instrumentos capazes de mensurar a relação entre a saúde oral e a QV. Isso traduz o crescente reconhecimento de que a saúde oral pode ocasionar impactos na QV (PROFFIT; PHILLIPS; DANN, 1990; MOTEGI et al., 2003; DINI; MCGRATH; BEDI, 2003; NAITO et al., 2006; MODIG; ANDERSSON; WARDH, 2006; KIYAK, 2008; BARBIERI; ROPOPORTI, 2009; DAHLSTRÖM; CARLSSON, 2010; ESPERÃO et al., 2010).

Os indicadores subjetivos devem, ou - pelo menos - deveriam participar efetivamente do momento da avaliação, uma vez que conseguem captar as necessidades relatadas pelos indivíduos e então demonstrarem um panorama mais próximo da real condição da saúde oral (BORTOLI et al., 2003). Alguns autores afirmam que tais dados (aspectos orais clínicos e subjetivos) proporcionam, ao profissional, subsídios complementares ao exame clínico, permitindo uma visão integral do paciente e ainda mais dos modernos conceitos de saúde (BARBIERI; ROPOPORTI, 2009).

A percepção da condição oral e a importância dada a ela é que condicionam o comportamento do indivíduo. Na maioria das vezes, a razão para as pessoas não procurarem o atendimento odontológico é a não percepção de suas necessidades. Quando as pessoas percebem sua condição oral, o fazem com certa precisão, entretanto usando critérios diferentes dos usados pelo profissional. Enquanto o cirurgião dentista avalia a condição com base na ausência ou presença de doença, o paciente dá mais importância aos sintomas, problemas funcionais e sociais que são ocasionados pela presença da doença (SILVA; FERNANDES, 2001).

Os questionários que se destinam a avaliar o impacto dos problemas orais sobre a qualidade de vida são instrumentos específicos, e suas aplicações são amplas e incluem ações políticas, de pesquisa, de saúde pública e clínica (REISINE, 1981). Nas últimas duas décadas, foram desenvolvidos vários indicadores de saúde oral como o *Geriatric Oral Health Assessment Index* - GOHAI (CASTRO; PORTELA; LEÃO, 2007), *Dental Impacts on Daily Living* - DIDL (LEAO; SHEIHAM, 1996), *Oral Health Impact Profile* – OHIP- (SLADE; SPENCER, 1994) e a sua versão abreviada – o OHIP-14 (SLADE, 1997a) e o *Oral Impacts on Daily Performances* - OIDP (SLADE, 1997b).

Slade e Spencer (1994) criaram um índice com capacidade de avaliar saúde e esclarecer se a QV sofre limitações associadas a desordens orais, denominado *Oral Health Impact Profile* (OHIP), composto por 49 questões abordando variedade de impactos sociais, físicos e psicológicos. Em virtude do índice ser extenso e trabalhoso em sua aplicação, Slade, em 1997, propôs sua simplificação: o OHIP-14, com 14 questões avaliadoras das mesmas dimensões conceituais do instrumento anterior. O OHIP-14 foi adaptado à população brasileira por Almeida, Loureiro e Araujo (2003), os quais realizaram a tradução e a validação semântica transculturalmente. É amplamente utilizado para indicar os aspectos da QV mais afetados pelo estado de saúde oral e é um forte aliado no estabelecimento de melhores abordagens para atendimento integral ao paciente. Esse instrumento permite indicar as dimensões da QV afetadas pela condição da saúde oral (SLADE; SPENCER, 1994).

2.3 IMAGEM CORPORAL E QUALIDADE DE VIDA EM CASOS COM DEFORMIDADES DENTOFACIAIS

Com o objetivo de avaliar o perfil psicológico dos indivíduos com DDF antes de qualquer tratamento e de comparar com um Grupo Controle, Cunningham, Gilthorpe e Hunt (2000) utilizaram vários questionários para verificar: ansiedade, depressão, autoestima e a imagem corporal (imagem corporal geral e facial). A IC foi avaliada pela escala *BCS - Body Cathexis Scale*; esse instrumento tem uma escala geral que explora os níveis de IC de distintas partes do corpo, e uma subescala que se refere especificamente aos aspectos relativos à face e à oclusão. Os

questionários foram distribuídos para 81 indivíduos com DDF e para 95 indivíduos sem DDF sendo estes parte do Grupo Controle, pareados com gênero, idade e etnia. Os indivíduos foram convidados a preencher o questionário em suas casas. Os autores observaram ser a idade significativa apenas para IC – Facial; o gênero foi significativo para autoestima, IC geral e Facial. Os homens relataram maior autoestima e maior satisfação com a IC-Geral e Facial. A satisfação com a IC-Geral e Facial diminuiu com a idade. O grupo DDF foi mais propenso a apresentar níveis elevados do estado de ansiedade, insatisfação com a IC-Geral e Facial, menor autoestima que o grupo controle. Os autores concluíram que neste estudo, houve algumas diferenças no perfil psicológico dos indivíduos com DDF em relação ao Grupo Controle. Os indivíduos com DDF mostraram-se mais propensos a apresentar níveis mais elevados de ansiedade, insatisfação com a IC (geral / facial). E, também, que a autoestima tenha sido menor no Grupo Experimental, embora a diferença significativa tenha sido limítrofe.

Foi realizado um estudo prospectivo, por Garcia-Rodriguez et al. (2000), em 58 indivíduos com DDF com indicação de Cirurgia Ortognática (CO) no Hospital Universitário de Madrid, com idades entre 14 e 43 anos ($\bar{x}$ =22,6 anos). Do total da amostra, 85% apresentaram idades entre 18 e 29 anos, sendo 69% mulheres e 31% homens. O objetivo do estudo foi avaliar a IC antes e depois da CO, utilizando a escala *BCS - Body Cathexis Scale.* O questionário foi aplicado em quatro momentos: T0 (uma semana antes da cirurgia), T1 (um mês depois da cirurgia), T6 (seis meses depois) e T12 (um ano posterior). Nenhum indivíduo apresentou antecedentes psiquiátricos, exceto sintomas ocasionais de ansiedade frente a uma situação estressante em 11% dos casos, 20% dos indivíduos referiram antecedentes psiquiátricos leves em familiares de primeiro grau. Tanto a escala geral quanto subescala da IC (facial) não mostraram diferenças significativas antes da cirurgia (T0) em relação aos valores de referência obtidos da população geral. Em T6 houve aumento significativo em relação a T0, tanto na escala geral quanto na subescala. Em T6 e T12 também houve um aumento significativo tanto na escala geral quanto na subescala em relaçao à população geral. Em T12, observaram-se diferenças significativas em ambas subescalas em relação à população geral. No entanto, entre T12 e T0, houve diferença significativa na IC geral e na subescala (facial). Não foram encontradas diferenças entre T12 e T6. Os autores concluíram que, entre os

indivíduos com DDF, os solicitantes de tratamento cirúrgico mais frequêntes foram as mulheres; os valores de IC antes da cirurgia foram compatíveis aos da população geral, entretanto melhoraram significativamente seis meses depois da cirurgia tanto na escala geral quanto na subescala e essa melhora se manteve por um ano para a escala geral e aumentou significativamente na subescala. Esses achados parecem confirmar um efeito positivo de médio prazo da CO sobre a IC, embora seja necessário prolongar o estudo para se verificar a persistência deste efeito em longo prazo.

A satisfação com a aparência dentofacial, a expectativa do tratamento ortodôntico e a influência do gênero e idade foram alvos do estudo de Boss, Hoogstraten e Prahl-Andersen (2003) por meio de questionários em 100 indivíduos com DDF sem tratamento ortodôntico. A amostra foi dividida em dois grupos segundo as médias de idade, sendo um grupo $\bar{x}$=16 anos (32 meninos e 32 meninas) e outro grupo $\bar{x}$=27 anos (11 homens e 17 mulheres). Foram utilizados dois questionários: o *Body-Cathexis Scale,* modificado para a percepção da aparência dentofacial, contendo 16 itens, e outro com 23 itens, desenvolvido para uso entre os indivíduos submetidos à CO, modificado para pacientes ortodônticos, esse instrumento mede as expectativas de longo prazo do tratamento ortodôntico. Os autores observaram que não houve correlações significativas entre o gênero e a aparência dentofacial e as expectativas do tratamento ortodôntico. Porém, notaram uma diminuição da satisfação com a aparência dentofacial com o aumento da idade. Além disso, os autores encontraram correlações significativas entre a satisfação com aparência dentofacial e as expectativas do tratamento ortodôntico. No grupo de indivíduos mais jovens, foi encontrada uma correlação significativa entre a satisfação com aparência dentofacial e expectativas sobre o bem-estar geral. Os autores concluíram que a satisfação com a aparência dentofacial é um preditor significativo na expectativa do tratamento ortodôntico. Além disso, aludem que os ortodontistas devem estar atentos em como o indivíduo percebe seus problemas oclusais antes de iniciar o tratamento.

Entre 2000 a 2002, na Universidade de Florença (Itália), Rispoli et al. (2004) utilizaram vários questionários com o objetivo de avaliar dados relativos a IC (*Body Dysmorphic Disorder Examination – BDDE)*, nível de ansiedade (*State Trait Anxiety Inventory - STAI)*, estado de depressão (*Self-Rating Depression Scale - SRDS)*,

qualidade de vida (*Oral Health Status Questionnaire* - OHSQ) e satisfação com o resultado pós cirúrgico (*Post-Surgical Satisfaction Questionnaire - PSPSQ)*. Participaram do estudo 30 indivíduos, sendo 16 homens e 14 mulheres, com idades entre 23 e 35 anos ($\bar{x}$=27,9 anos). A avaliação foi realizada em diferentes momentos: T1- dois meses antes da cirurgia, T2 – uma semana antes da cirurgia, T3 – uma semana depois da cirurgia, T4 – um mês depois a cirurgia e T5 – três meses depois da cirurgia. O BDDE foi utilizado nos momentos T1 e T5, em que observaram a pontuação média total do BDDE no pré (97,60 ± 11,04) e pós (54,47 ± 2,54). Houve melhora da IC no pós com diminuição significativa no escore total dos níveis da IC. A pontuação média da amostra está dentro dos limites da normalidade, tanto antes como depois da cirurgia. Devido a isto, o teste não mostrou sintomatologia depressiva relevante. Os niveis de depressão não foram influenciados pelo tratamento cirúrgico. Houve diferença significativa no estado de ansiedade no pré e pós-cirúrgico, mas o tratamento cirúrgico não influenciou significativamente os traços da ansiedade. Uma diferença significativa foi encontrada em todas as áreas da saúde oral no pós-operatório. Em relação à saúde oral, houve um aumento significativo nas funções, enquanto a dificuldade em realizar trabalhos, atividades sociais, desconforto com a aparência da boca e da mandíbula, dor ou sensibilidade diminuíram significativamente. As mulheres relataram estarem mais satisfeitas uma semana depois da cirurgia, porém não houve diferença significativa entre os gêneros no nível de satisfação com um ou três meses depois da cirurgia. Indivíduos do gênero feminino apresentaram níveis significativamente mais altos nos traços de ansiedade no pós-operatório, embora ela não fosse significativa, apresentou-se a mesma tendência pré-cirúrgico quando comparadas ao gênero masculino. Os autores concluíram que esse estudo delineou o impacto que a CO provocou sobre os aspectos psicológicos, emocionais e o bem-estar dos indivíduos, indicando a necessidade de um especialista para entender o estado emocional e as expectativas antes da cirurgia.

Outro estudo de Hepburn e Cunningham (2006) verificou a prevalência de TDC (Transtorno Dismórfico Corporal) em 40 indivíduos com DDF ($\bar{x}$=27,4 anos) e compararam com um grupo controle de 70 indivíduos sem DDF ($\bar{x}$=31,2 anos). O instrumento utilizado para diagnosticar o TDC foi o Y-BOCS (GOODMAN et al., 1989), modificada por Phillips, Broder e Bennett (1997), que avalia a intensidade dos

sintomas obsessivo-compulsivos relacionados à IC. Quanto maior a pontuação, pior o quadro de TDC. O TDC foi diagnosticado em duas mulheres do grupo controle (2,86%) e três indivíduos com DDF (7,5%), sendo duas mulheres e um homem. Os autores concluíram que é importante a compreensão acerca da IC e da identificação de indivíduos ortodônticos que apresentem TDC, pois esses raramente ficam satisfeitos com os resultados do tratamento e, por isso, é importante reconhecê-los para se evitarem tratamentos desnecessários.

Vulink et al. (2008) realizaram estudo a fim de determinar a prevalência de TDC em um ambulatório de cirurgia ortognática. Um total de 160 indivíduos com DDF preencheram um questionário validado contendo 20 perguntas das quais nove foram sorteadas a partir do *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire: Dermatology Version*, e 11 do *Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)*; um cirurgião bucomaxilo pontuava a gravidade dos defeitos em uma escala. A idade dos indivíduos foi de 12 a 56 anos ($\bar{x}$ =27,1 anos), sendo 106 (67%) do gênero feminino e 54 (33%) masculino. Vinte e oito (17%) indivíduos apresentaram preocupações excessivas com sua aparência, o que influenciou negativamente na vida psicossocial. Destes 28, 16 indivíduos (57% do grupo e 10% do total) preencheram o diagnóstico TDC e foram encaminhados a um psiquiatra, quatro concordaram e os outros 12 se recusaram. Dos 16 indivíduos com TDC, 11 eram do gênero feminino (69%), com média de idade de 32,6 anos. Mais de 80% dos pacientes com TDC (n=13) evitaram situações sociais, profissionais, ou outras atividades. Não foram encontradas diferenças significativas em relação à média de idade, gênero e estado civil. Os autores sugeriram mais estudos sobre o assunto em uma população maior, e que os cirurgiões bucomaxilo e ortodontistas devem estar atentos aos problemas relacionados ao funcionamento psicossocial e ocorrência do TDC em indivíduos com DDF.

Enquanto a avaliação clínica seja relevante, a avaliação do próprio indivíduo fornece informações substanciais sobre os impactos das disfunções orais. Os indivíduos que procuram tratamento para DDF, frequentemente o fazem por problemas funcionais e insatisfação com a estética facial. Portanto, as possíveis repercussões das DDF e seu tratamento sobre a QV tem sido objeto de inúmeras pesquisas.

Zhang, McGrath e Hägg (2006) realizaram revisão de literatura sobre o impacto da má oclusão na QV. Foram revisados estudos transversais, retrospectivos, prospectivos, longitudinais, randomizados, ensaios clínicos controlados e revisões de meta-análise. Observaram que a má oclusão e seu tratamento podem afetar a saúde física em termos de dor (DTM, trauma dental e da gengiva), fala e mastigação. Em termos de saúde psicológica, é relatado prejuízo no auto-conceito, e, socialmente, pode afetar a atratividade percebida pelos outros, aceitação social e intelectual. No entanto, as evidências são conflitantes devido às diferenças de modelos de estudo, população estudada e os métodos de avaliação da saúde psíquica, social e psicológica. Os autores concluíram que há muita controvérsia sobre o impacto da má oclusão e seu tratamento sobre a qualidade de vida, fazendo-se necessária a avaliação mais abrangente e rigorosa, empregando instrumentos padronizados, validados e confiáveis.

Foi analisado o impacto da DDF na QV em 152 indivíduos, sendo 76 com DDF (28 homens e 48 mulheres) com idades entre 14 e 41 anos ($\bar{x}$=22,5) e 76 fizeram parte do Grupo Controle (36 homens e 40 mulheres) com idades entre 16 e 45 ($\bar{x}$=26,2). A QV foi avaliada pelos instrumentos de saúde geral (SF-36), saúde oral (OHIP-14) e condição específica (OQLQ). Os autores observaram que não houve diferença significativa entre os Grupos Controle e experimental quanto à idade, gênero, escolaridade e escore do SF-36. Entrementes, para os escores globais do OHIP-14 e OQLQ, houve diferença significativa entre os grupos. Quanto às sete categorias do OHIP-14, houve diferença significativa entre os Grupos para a Limitação Funcional, Desconforto Psicológico, Limitação Psicológica e Incapacidade. Os autores concluíram que a DDF apresentou impacto em muitos aspectos na vida dos indivíduos com DDF, e que os instrumentos específicos para avaliar a QV são capazes de discriminar indivíduos com DDF daqueles que não apresentam e, portanto, podem determinar o impacto da DDF na QV (LEE; MCGRATH; SAMMAN, 2007).

Outro estudo, de Rusanen et al. (2009) também verificou a ocorrência de impactos orais sobre a QV dos indivíduos com má oclusão grave e DDF antes do tratamento e a relação entre o gênero e o tipo de má oclusão sobre os impactos orais. O estudo foi composto por 151 indivíduos, com idades entre 16 e 64 anos ($\bar{x}$=35,5 anos), sendo 92 mulheres e 59 homens. Foi utilizado o OHIP-14 para medir

o impacto da QV em saúde oral. A prevalência do impacto oral foi de 70,2 %. A Dor Física bem como o Desconforto Psicológico e Incapacidade foram os impactos mais comumente observados; ser autoconsciente, sentindo-se tenso, com dificuldades em relaxar, e ser um pouco irritado com outras pessoas foram mais comuns em mulheres que em homens. Apesar do alto impacto sobre a saúde oral, apenas 5,3% dos indivíduos ficaram incapacitados em relação as suas atividades. Não foram observadas diferenças em termos de impacto oral entre os Grupos de má oclusão. As diferenças foram estatisticamente significativas nas dimensões psicológica e social do OHIP-14, ou seja, mulheres relataram estar autoconscientes, sentindo-se tensas (dificuldades para relaxar) e serem um pouco irritadas com as outras pessoas do que homens. Os autores concluíram que indivíduos com má oclusão ou DDF relataram níveis significativamente maiores dos impactos na saúde oral que a população em geral, e que a má oclusão grave prejudica a QV dos indivíduos muito mais que outros problemas orais. As mulheres tendem a sofrer mais dos impactos orais do que os homens.

Foi realizado um estudo em 38 indivíduos adultos da Jordânia, candidatos a CO, com o objetivo de verificar a QV e comparar a dados publicados a partir de um corte britânico, sendo 21 mulheres e 17 homens, com idades entre 16 e 31 anos. Os indivíduos completaram dois questionários o SF-36 e o OQLQ antes do início de qualquer tratamento ortodôntico. Não houve diferença significante entre homens e mulheres da Jordânia para qualquer um dos itens dos questionários. Quando comparados os dados do OQLQ com os da amostra britânica, houve diferença significativa apenas da função oral. O grupo dos Jordanianos teve pior QV do que o grupo dos britânicos. No entanto, é questionável se essa diferença seria de relevância clínica. Essas diferenças podem ser culturais ou podem ser devido a diferenças financeiras nos critérios do sistema de saúde, e isso precisariam ser mais bem investigados. As avaliações de QV realizadas por ortodontistas e cirurgiões bucomaxilofaciais fornecem uma visão geral de como a DDF afeta os indivíduos e essas medidas podem, também, ser usadas como parâmetro após o tratamento (Al-BITAR et al., 2009).

Esperão et al. (2010) avaliaram o impacto da DDF, em 117 adultos jovens, relacionados à QV em três fases distintas do tratamento: 20 indivíduos (17%) na fase inicial (antes de qualquer procedimento ortodôntico); 70 (60%) pré-operatório

(tendo concluído preparo ortodôntico para a CO) e 27 (23%) pós-operatória (após a cirurgia, mas continua a receber tratamento ortodôntico). Foi utilizado o OHIP-14 para avaliar a QV em saúde oral. Devido à distribuição assimétrica dos valores do OHIP-14, a amostra foi dividida em dois grupos: de alto impacto (àqueles que responderam quase sempre e sempre) e baixo impacto (àqueles que responderam nunca, quase nunca e às vezes). Os escores totais do OHIP-14 de todos os participantes variaram entre 0 e 45 ($\bar{x}$=14,7±10,4). As respostas das mulheres foram maiores para o alto impacto de sua condição oral em sua QV, tanto na fase inicial como depois da cirurgia. O grupo inicial mostrou maior impacto relacionado ao Desconforto Psicológico e Incapacidade. No entanto, os grupos pré-cirúrgico e pós-cirúrgico foram mais afetados na Dor Física e Desconforto Psicológico. As diferenças entre os três grupos foram estatisticamente significativas na Limitação Funcional, Desconforto Psicológico, Limitação Psicológica e Limitação Psicológica e marginalmente significante na Dor Física. Os autores concluíram que houve uma tendência ao declínio dos escores nos dados iniciais para o grupo pré-operatório, e do pré-operatório para o grupo pós-cirúrgico; as mulheres relataram maior impacto da DDF na QV do que os homens; os indivíduos na fase inicial foram mais susceptíveis a relatarem alto impacto sobre o OHIP-14.

Choi et al. (2010) analisaram mudanças na QV depois do tratamento ortodôntico-cirúrgico em indivíduos com DDF, utilizando o *SF-36*, *OHIP-14* e o *OQLQ,* nos seguintes períodos de tratamento: pré-operatório, seis semanas pós, seis meses pós e um ano pós. Participaram do estudo 32 indivíduos, sendo 22 mulheres e 10 homens ($\bar{x}$=23,94 anos). Quanto ao tipo de deformidade, cinco (15,6%) dos indivíduos apresentaram Padrão Facial II, 12 (37,5%) Padrão Facial III, 11 (34,4%) assimetrias e quatro (12,5%) com outros tipos de alterações. Quanto ao grau de escolaridade, 18 (56,3%) tinham o ensino primeiro e segundo grau e 14 (43,8%) o universitário. Não houve diferença significativa entre o gênero e os diferentes tipos de DDF em todos os momentos. Ocorreu melhora significativa na QV após o tratamento ortodôntico-cirúrgico, demonstrando diminuição significativa nos escores do OHIP-14 e os escores do OQLQ. Em conclusão, os instrumentos para uma avaliação global, saúde geral e saúde oral revelaram-se úteis na determinação de tais mudanças durante a trajetória do tratamento.

Alanko, Stromvedstrom-Oristo e Tuomisto (2010) realizaram revisão sistemática de estudos sobre o bem-estar psicossocial dos indivíduos ortodôntico-cirúrgicos. Foram pesquisados artigos publicados entre 2001 e 2009, e trinta e cinco artigos preencheram os critérios de seleção e foram incluídos nesta revisão. Foi observado que os principais motivos para a busca de tratamento foram melhoras na autoconfiança, aparência e função oral. Dentre os artigos encontrados que avaliaram a IC, por meio do questionário BDDE, foram dois (NARDI; GUARDUCCI; CERVINO, 2003; RISPOLI et al., 2004) e que avaliaram a QV, por meio do OHIP-14, foram três (LEE; MCGRATH; SAMMAN, 2008; MODIG; ANDERSSON; WARDH, 2006; LEE; MCGRATH; SAMMAN, 2007). Foram registradas alterações no bem-estar mais frequentemente quando usadas as medidas destinadas a avaliação do impacto da saúde oral na QV (OQLQ e o OHIP). Os autores concluíram que há necessidade de novos métodos de avaliação com foco no dia-a-dia, pois as mudanças no humor e bem-estar são evidentes.

Com o objetivo de avaliar a necessidade do tratamento ortodôntico e o efeito relacionado à QV e saúde oral, Hassan e Amin (2010) realizaram um estudo em 366 adultos jovens, sendo 153 (41,8%) homens e 213 (58,2%) mulheres com idades entre 21 e 25 anos ($\bar{x}$ =23 anos). Cada participante foi avaliado para verificar a relação da necessidade do tratamento ortodôntico e a QV e saúde oral. Foi utilizado o DHC do IOTN para verificar a necessidade de tratamento ortodôntico e foram categorizados como (1) pouco ou nenhuma necessidade de tratamento, (2) limítrofe e (3) tratamento necessário. O IOTN (*Index of Orthodontic Treatment Need*) – índice de necessidade de tratamento ortodôntico: é um sistema de pontuação para a má oclusão, desenvolvido por Brook e Shaw (1989). Ele inclui dois componentes independentes: o componente de saúde oral (DHC), registrador da necessidade de saúde oral para o tratamento ortodôntico, e o componente estético, demarcador da necessidade estética do tratamento ortodôntico. A DHC usa uma régua simples e uma sigla-MOCDO (falta de dentes, *overjet*, mordida cruzada, deslocamentos de pontos de contato, sobremordida) para identificar os traços oclusais mais severos para cada paciente e o OHRQOL e o OHIP-14 para verificar o impacto na QV e saúde oral. Os resultados mostraram que 14,8% dos participantes tiveram pouca ou nenhuma necessidade, 56% nível limítrofe e 29,2% necessidades reais para o tratamento ortodôntico. Nos homens 13,7% tiveram pouca ou nenhuma

necessidade, 54,2% nível limítrofe, e 32,1% necessidades reais para o tratamento ortodôntico. Enquanto, nas mulheres, 15,5% tiveram pouca ou nenhuma necessidade, 57,3% nível limítrofe e 27,2% necessidades reais para o tratamento ortodôntico. A necessidade do tratamento ortodôntico afetou significativamente o paladar e a capacidade de relaxar em homens e mulheres. No entanto, a fala e a capacidade de realizar as atividades diárias efetivamente não foram significativamente associadas à necessidade do tratamento ortodôntico em ambos os gêneros. Os autores concluíram que esses achados enfatizaram o impacto da má oclusão na saúde oral relacionados à QV dos indivíduos.

A partir da literatura estudada, observa-se que pesquisadores e clínicos têm dado importância às percepções dos próprios pacientes em relação ao estado da saúde oral na busca de melhor compreensão quanto às suas necessidades, a satisfação com o tratamento e, finalmente, a percepção da qualidade da saúde geral e oral, incluindo as DDF. São escassos os estudos relacionados à IC e à DDF, por outro lado, aqueles relacionados à QV embora mais numerosos, se referem a resultados depois da cirurgia ortognática. Até o momento, estas duas variáveis (IC e QV) foram estudadas isoladamente nesta população, desta forma este estudo foi delineado de maneira a investigar a relação entre a IC e a QV nestes indivíduos.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

Analisar a relação entre Imagem Corporal (IC) e Qualidade de Vida (QV) nos indivíduos com Deformidades Dentofaciais (DDF), considerando gênero, idade e padrão facial.

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O trabalho faz parte de um projeto temático intitulado “Efeitos da Cirurgia Ortognática sobre o Sistema Miofuncional Orofacial e Cervical” o qual obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, cumprindo as determinações da resolução 196/96 do CONEP, processo 049/2009 (Anexo A).

Na realização do estudo, constou a concordância expressa dos indivíduos recrutados, os quais foram informados claramente a respeito de detalhes da pesquisa e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

4.2 CASUÍSTICA

Foram convidados a participar do estudo 30 indivíduos com Deformidades Dento-faciais (DDF), sendo 18 mulheres e 12 homens em tratamento ortodôntico e candidatos à realização de cirurgia ortognática, com idades entre 18 e 40 anos ($\bar{x}$=28,98 anos) provenientes de Instituições situadas no município de Bauru/SP: Instituto HNARY, Instituto Odontológico de Cirurgia e Prótese (IOCP) e Programa de Pós Graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade do Sagrado Coração, mediante aquiescência dos seus diretores administrativos (Anexos C, D e E).

Os critérios de exclusão foram: indivíduos que haviam sido submetidos a outras cirurgias ortognáticas, com sinais fenotípicos de síndromes, histórico de problemas neurológicos e psiquiátricos e nível insuficiente para a compreensão dos questionários. Esses dados foram obtidos por meio de entrevista de anamnese dirigida a esses aspectos.

Um Grupo Controle foi formado para comparações, constituído por 30 indivíduos, pareados segundo o gênero e a idade com o Grupo de Estudo. Os

critérios de inclusão foram: apresentar boa saúde, tanto geral, quanto oral; boa relação entre os arcos dentários com trespasse vertical e horizontal entre 1 e 3mm; elementos dentários naturais no mínimo até o segundo pré-molar, tipo facial médio e respiração nasal. Todos os indivíduos do Grupo Controle foram pareados com a idade e o gênero, realizaram entrevista para levantamento da história clínica fonoaudiológica, bem como avaliação miofuncional orofacial, para verificar se eles atendiam aos critérios de inclusão.

Portanto, a amostra total deste estudo foi composta por 60 indivíduos, sendo 30 indivíduos com DDF (Grupo DDF) e 30 sem DDF (Grupo Controle).

4.3 MATERIAIS E PROCEDIMENTOS

Todos os indivíduos foram atendidos na Clínica de Fonoaudiologia da FOB/USP e responderam aos questionários de Imagem Corporal (IC) e Qualidade de Vida (QV).

O método de administração utilizado para a aplicação do questionário foi no formato de entrevista, uma vez que estudo de Souza et al. (2009) apontou que o formato de autoaplicação do questionário pode resultar em menores taxas de conclusão e perda de dados. A aplicação dos questionários foi realizada apenas pelo pesquisador em ambiente adequado a fim de garantir o estabelecimento de *rapport* com o paciente.

4.3.1 Imagem corporal

Para análise da Imagem Corporal foi aplicado o *Body Dysmorphic Disorder Examination* – BDDE (Anexo F), com versão para a língua portuguesa e validação transcultural, realizada por Jorge et al. (2008). Trata-se de um instrumento que trata apenas a imagem corporal do indivíduo.

O BDDE é constituído por 34 perguntas que avaliam o grau de insatisfação relativa a uma determinada característica física, cujas respostas variam para cada

tipo de pergunta, com respostas descritivas e de múltipla escolha com escores que variam de 0 (zero) a 6. As instruções estabelecidas pelos autores para a aplicação do instrumento encontram-se a seguir:

- As perguntas são relacionadas ao último mês da vida do entrevistado;
- As perguntas com um asterisco sempre são feitas enquanto as outras dependendo da necessidade da informação. É dito ao entrevistado para escolher qualquer número das respostas, não só os números que possuem uma descrição ao lado;
- Nem todas as respostas são incluídas no questionário, as respostas para as questões 1, 2, 3, 22, 33 e 34 não são fornecidas ao entrevistado, cabendo ao entrevistador escolher a resposta adequada. É extraída a explicação detalhada de como a característica se aplica ou não ao entrevistado, e é discutido o significado que o indivíduo deu àquele número. Por exemplo: porque ele chamou a característica “extrema” em vez de “moderada”, e depois se compara a avaliação dele/a com a impressão do entrevistador;
- Pergunta 1- O indivíduo nomeia uma característica física. Caso aponte características do corpo inteiro, é-lhe solicitado localizar a reclamação o máximo possível próximo da face. Os comentários de julgamento são anotados literalmente, mas é solicitado ao entrevistado que descreva, por exemplo, o que seria uma característica “feia” ou “asquerosa” em condições mais objetivas;
- Pergunta 2- Se possível, é solicitado que o entrevistado mostre o problema de aparência, a não ser que isto seja muito constrangedor para ele;
- Pergunta 3- É apenas uma observação do entrevistador em relação à queixa do entrevistado;
- Pergunta 22- Não é feita esta pergunta quando o entrevistado obtiver pontuação 2 no item 2, isto é, apresentar anormalidade física definida que não seja imaginada ou exagerada. É determinado se a pessoa poderia reconhecer a possibilidade de que esteja exagerando na extensão do defeito e que a preocupação seja insensata ou sem sentido;

- Pergunta 33- São determinados todos os recursos que a pessoa usa para tentar alterar o problema de aparência. Considerando estratégias usadas em qualquer momento (em vez de só nas últimas quatro semanas). Não são consideradas estratégias empregadas para preocupações de aparência que sejam completamente sem conexão ao defeito presente, ou que já tenham sido completamente resolvidos como, por exemplo, cirurgia estética para problema de nariz, se a preocupação atual da pessoa for o quadril. São marcadas até três alternativas;
- Pergunta 34- É determinado se a reclamação está relacionada à outra desordem (por exemplo, desordem alimentar, desordem de identidade de gênero, desordem obsessiva compulsiva). O questionário é excluído da amostra, porquanto ele não é apropriado se a anorexia ou bulimia são presentes e se há outra reclamação diferente de peso.

A pontuação máxima do questionário corresponde a 168 pontos, lembrando que, das 34 questões que constituem o BDDE, seis questões não fazem parte da pontuação (1, 2, 3, 22, 33 e 34). De acordo com as instruções dos autores do instrumento, escores acima de 66 refletem insatisfação com a aparência. E, muito embora não tenham estabelecido níveis de graduação de insatisfação, os resultados indicam que quanto maior o escore, maior o nível de insatisfação.

4.3.2 Qualidade de vida

Para verificar a QV, foi aplicado o OHIP-14 correspondente à tradução e validação da forma simplificada do *Oral Health Impact Profil* realizada por Almeida, Loureiro e Araujo (2003) (Anexo G). É uma versão abreviada do OHIP-49, contendo 14 questões mensuradoras da percepção das pessoas a respeito do impacto de suas condições orais sobre o seu bem-estar nos últimos meses, tendo sido utilizados, como referência para este trabalho, os três meses anteriores à aplicação do questionário, pois em alguns casos a ortodontia pode iniciar quatro meses antes da cirurgia, momento em que serão reposicionados os dentes nas bases ósseas, resultando, muitas vezes, em piora da oclusão. Outro motivo da escolha de três

meses anteriores foi com o objetivo de obter as respostas positivas mais recentes em relação à saúde oral do indivíduo.

São sete categorias que constituem o questionário, contendo duas questões relacionadas aos ”problemas nos dentes”. Porém neste estudo, as questões foram relacionadas à deformidade dentofacial. As categorias são: 1) Limitação Funcional: problemas para falar alguma palavra e/ou se sente que o sabor dos alimentos tem piorado; 2) Dor Física: sente dores fortes em sua boca e/ou se sente incomodado ao comer algum alimento; 3) Desconforto Psicológico: tem ficado pouco à vontade e/ou estressado; 4) Limitação Física: alimentação tem sido prejudicada e/ou teve que parar suas refeições; 5) Limitação Psicológica: encontra dificuldades para relaxar e/ou já se sentiu um pouco envergonhado; 6) Limitação Social: tem estado um pouco irritado com outras pessoas e/ou tem tido dificuldade em realizar suas atividades diárias; 7) Incapacidade: já sentiu que a vida em geral ficou pior e/ou tem estado sem poder fazer suas atividades diárias.

Os resultados obtidos para cada questão são distribuídos numa escala de cinco pontos (nunca = 0, quase nunca = 1, às vezes = 2, quase sempre = 3 e sempre = 4). Para cada categoria constituinte do questionário, foi calculado o resultado correspondente à média dos valores atribuídos às duas questões relacionadas. O escore total obtido correspondeu à soma da pontuação obtida para cada uma das questões, sendo a resposta máxima individual representada por 56 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, pior QV.

4.4 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Os resultados obtidos nas avaliações em todos os momentos foram anotados em protocolos específicos e transcritos em banco de dados EXCEL.

A análise dos dados foi feita com o uso de tabelas e gráficos, bem como valores de média ($\bar{x}$), mediana (M), desvio padrão (dP), valores mínimo (Min) e máximo (Max) para as variáveis.

Para as comparações entre as variáveis independentes foram utilizados Teste Mann-Whitney.

Para verificar possíveis associações entre as variáveis foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman.

As análises foram feitas considerando nível de significância de 5%.

Foi utilizado o software STATISTICA da StatSoft.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A distribuição dos indivíduos do Grupo DDF e Grupo Controle (GC) segundo o gênero e padrão facial, estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos indivíduos segundo o gênero e padrão facial do Grupo DDF e Grupo Controle

Variável	Grupo DDF	Grupo Controle
	n (%)	n (%)
Indivíduos	30	30
Gênero		
Masculino	12 (40%)	12 (40%)
Feminino	18 (60%)	18 (60%)
Padrão facial		
I	0 (0%)	30 (100%)
II	12 (40%)	0 (0%)
III	18 (60%)	0 (0%)

Em relação ao padrão facial II, sete pertenciam ao gênero feminino e cinco ao masculino. Enquanto que no padrão facial III, 11 pertenciam ao gênero feminino e sete masculino, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos 30 indivíduos em relação aos Padrões Faciais II e III e o gênero feminino e masculino

	Padrão Facial II	Padrão Facial III	Total
Feminino	7	11	18
Masculino	5	7	12
Total	12	18	30

A Tabela 3 mostra que dos 30 indivíduos com DDF, oito (26,6%) apresentaram escores de BDDE acima de 66, indicando alto nível de insatisfação com a IC, sendo sete mulheres e um homem. Dois apresentaram padrão facial II (uma mulher e um homem) e seis padrão facial III, sendo que a insatisfação com a aparência estava relacionada à DDF. Enquanto um indivíduo (mulher) do GC apresentou escore elevado de insatisfação com a aparência em geral, principalmente em relação ao excesso de sardas na face. Nenhum dos indivíduos do Grupo DDF e GC referiu histórico psiquiátrico.

Tabela 3 - Distribuição dos indivíduos segundo a idade, gênero, padrão facial, BDDE e OHIP-14 no Grupo DDF e Grupo Controle

IND.	IDADE	GÊNERO	PADRÃO FACIAL		BDDE		OHIP-14	
			GE	GC	GE	GC	GE	GC
1	25	F	II	I	69	10	23	1
2	19	F	III	I	46	33	7	2
3	19	F	III	I	54	3	23	0
4	20	F	III	I	62	29	21	1
5	26	M	III	I	15	12	0	0
6	25	M	II	I	17	30	6	4
7	38	M	II	I	31	12	21	0
8	25	M	III	I	18	8	7	0
9	39	M	III	I	28	4	28	0
10	24	M	III	I	36	4	13	0
11	18	F	II	I	43	23	10	0
12	28	M	II	I	13	4	4	0
13	40	F	II	I	23	4	7	0
14	21	M	III	I	41	4	17	0
15	33	M	III	I	9	0	2	0
16	28	F	III	I	87	8	28	1
17	38	F	III	I	132	4	40	0
18	23	M	III	I	21	4	15	0
19	25	F	II	I	87	14	18	0
20	33	F	II	I	38	4	23	0
21	19	F	III	I	26	4	2	0
22	38	F	II	I	33	4	10	0
23	28	F	III	I	92	90	35	0
24	37	F	III	I	108	4	24	0
25	35	F	II	I	63	4	22	0
26	26	F	III	I	21	2	1	1
27	18	M	II	I	99	0	26	0
28	32	M	II	I	6	0	4	0
29	19	F	III	I	87	0	13	0
30	40	F	III	I	15	0	8	0

Ind.: Indivíduo / **GE:** Grupo de Estudo (com DDF) / **GC:** Grupo Controle (sem DDF)

5.2 COMPARAÇÕES ENTRE O GRUPO DDF E GRUPO CONTROLE

5.2.1 Comparação do BDDE, OHIP-14 e categorias do OHIP-14

As comparações entre os dois Grupos avaliados a partir dos escores da IC e QV encontram-se na Tabela 4.

Tabela 4 - Comparações entre o Grupo DDF e o GC em relação aos dados descritivos em média ($\bar{x}$), mediana (M), desvio padrão (dP) e valores de p, obtidos no BDDE, OHIP-14 e categorias do OHIP-14

Variável	GRUPO DDF			GRUPO CONTROLE			p
	$\bar{x}$	M	dP	$\bar{x}$	M	dP	
BDDE	47,68	38,00	6,49	9,36	4,00	9,35	0,000*
OHIP-14	16,24	17,0	2,14	0,36	0,00	0,90	0,000*
Limitação Funcional	0,50	0,00	0,15	0,00	0,00	0,00	0,013*
Dor Física	1,26	1,00	0,18	0,14	0,00	0,30	0,000*
Desconforto Psicológico	2,14	2,00	0,27	0,04	0,00	0,20	0,000*
Limitação Física	1,24	1,00	0,24	0,00	0,00	0,00	0,000*
Limitação Psicológica	1,84	2,00	0,24	0,00	0,00	0,00	0,000*
Limitação Social	0,52	0,00	0,15	0,00	0,00	0,00	0,026*
Incapacidade	0,60	0,00	0,18	0,00	0,00	0,00	0,007*

***** $p \leq 0,05$ (estatisticamente significante)

De acordo com a Tabela 4, verifica-se que todas as comparações são estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$). Nos casos de BDDE e OHIP-14, os valores da mediana do Grupo DDF superam os do GC e assim por diante para as diferentes categorias do OHIP-14.

5.2.1.1 *Comparação das respostas positivas do BDDE do Grupo DDF e Grupo Controle*

Para verificar as questões que tiveram maiores pontuações, foi realizado o somatório dos escores obtidos em cada questão dos 30 indivíduos do Grupo DDF e dos 30 do GC, conforme mostra o Gráfico 1.

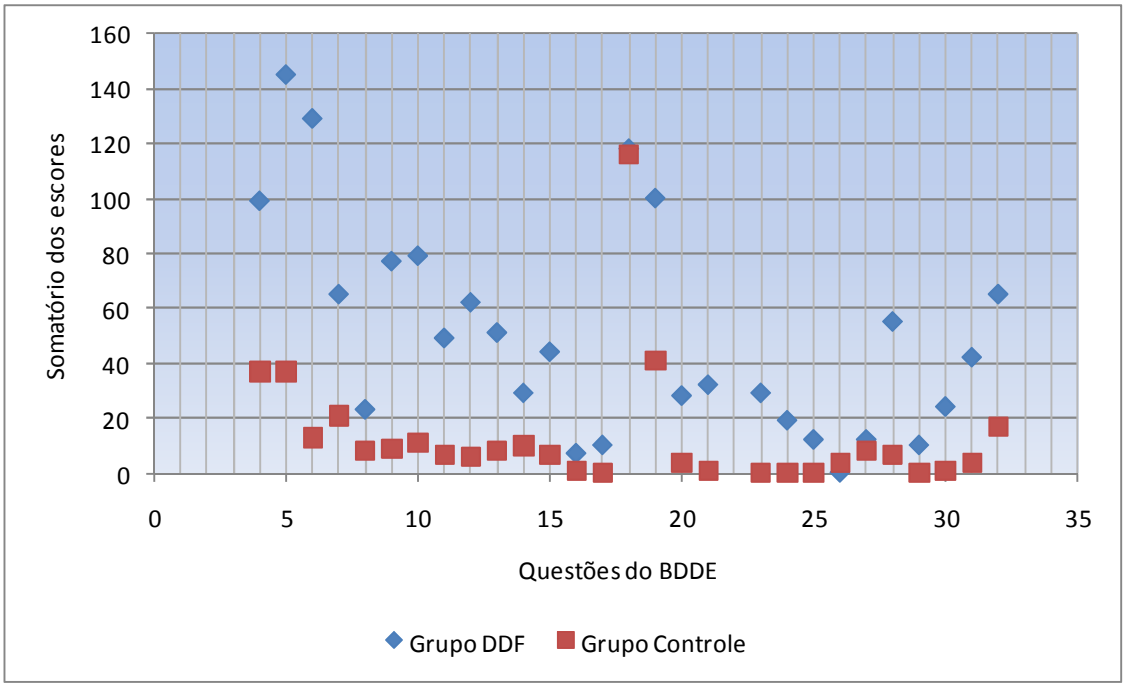

Gráfico1 - Somatório dos escores dos indivíduos em cada pergunta do BDDE do Grupo DDF e Grupo Controle

O Gráfico 1 mostra que os resultados do Grupo DDF foram superiores aos do GC. As questões do BDDE com maior número de respostas positivas para o Grupo DDF foram:

- questão 5: olharam todos os dias atentamente no espelho seus problemas nos dentes;
- questão 6: o quanto incômodo seu “defeito” tem causado;
- questão 18: o quanto a sua aparência é importante comparada a outros valores, como a personalidade, habilidade no trabalho;

- questão 19: se criticaram devido ao seu “defeito”;
- questão 9: com que frequência pensam no seu “defeito” e ficam tristes ou chateados;
- questão 10: se preocupam sobre seu “defeito” quando estão em áreas públicas como lojas, restaurantes, supermercados;
- questão 7: se sentem incomodados com a sua aparência em geral;
- questão 4: até que ponto percebem que as outras pessoas tem a mesma característica;
- questão 32: se costuma comparar “sua boca / seus dentes / face” com de outras pessoas da TV ou revistas.

No Grupo Controle, as questões com maior número de respostas positivas foram:

- questão 18: o quanto a sua aparência é importante comparada a outros valores, como a personalidade, habilidade no trabalho;
- questão 19: se criticaram devido ao seu “defeito”;
- questão 4: até que ponto percebem que as outras pessoas tem a mesma característica;
- questão 5: olharam todos os dias atentamente no espelho seus problemas nos dentes.

5.2.1.2 Comparação das respostas positivas das categorias do OHIP-14 do Grupo DDF e Grupo Controle

Para verificar as categorias que tiveram maiores pontuações, foi realizado o somatório dos escores dos indivíduos em cada categoria que constitui o OHIP-14 do Grupo DDF e GC, conforme mostra a Tabela 5 e Gráfico 2.

Tabela 5 - Somatório dos escores dos 30 indivíduos em cada categoria que constitui o OHIP-14 do Grupo DDF e do Grupo Controle

IND	CATEGORIAS OHIP-14 GRUPO DDF													
	LIM FUNC		DOR FIS		DESC PSIC		LIM FIS		LIM PSIC		LIM SOC		INCAP	
	GDDF	GC	GDDF	GC	GDDF	GC	GDDF	GC	GDDF	GC	GDDF	GC	GDDF	GC
1	0	0	2	0,5	4	0	1	0	2,5	0	2	0	0	0
2	0	0	1,5	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0,5	0	1	0	4	0	2,5	0	2,5	0	0	0	1	0
4	0	0	2	0,5	2,5	0	1,5	0	2	0	1,5	0	1	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	1	1	0,5	1	0,5	0	1	0	0	0	0	0
7	2	0	0	0	3,5	0	0,5	0	2	0	0,5	0	2	0
8	0	0	3	0	3,5	0	2	0	3	0	2	0	0,5	0
9	0	0	1	0	0,5	0	1	0	1	0	0	0	0	0
10	0	0	1	0	3,5	0	0	0	2	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	2	0	1	0	2	0	0	0	0	0
12	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	2	0	0	0	1,5	0	0	0	0	0
14	1	0	1	0	3	0	2	0	1,5	0	0	0	0	0
15	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	1	0	1	0,5	4	0	0	0	4	0	1	0	3	0
17	1	0	2	0	3	0	4	0	4	0	2	0	3	0
18	1	0	2	0	1	0	2,5	0	1	0	0	0	0	0
19	2	0	1	0	1,5	0	1	0	1,5	0	2	0	2	0
20	0	0	1	0	1,5	0	3,5	0	3	0	1	0	1,5	0
21	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
22	0	0	2	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
23	2	0	3	0	3,5	0	3	0	4	0	1	0	1	0
24	2	0	1	0	3,5	0	2,5	0	2,5	0	0	0	0,5	0
25	0	0	3	0	2,5	0	1,5	0	3	0	0	0	1	0
26	0,5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	0	0	1	0	1,5	0	2	0	3	0	3,5	0	1,5	0
28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
29	0	0	1	0	1,5	0	0	0	3	0	0	0	1	0
30	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
TOTAL	**14**	**1**	**35,5**	**3,5**	**56,5**	**1**	**33**	**0**	**53**	**0**	**16,5**	**0**	**19**	**0**

IND: indivíduos / **LIM FUNC:** Limitação Funcional / **DOR FIS:** Dor física / **DESC PSIC:** Desconforto Psicológico / **LIM FIS:** Limitação Física / **LIM PSIC:** Limitação Psicológica / **LIM SOC:** Limitação Social / **INCAP:** Incapacidade / **GDDF:** Grupo com Deformidade Dentofacial / **GC:** Grupo Controle

A Tabela 5 mostra como foi realizado o somatório dos escores obtidos em cada categoria para os 30 indivíduos do Grupo DDF e Grupo Controle, para verificar as categorias que obtiveram maiores pontuações. E o Gráfico 2 ilustra as pontuações das categorias. Desta mesma maneira foram calculados os somatórios dos escores das questões do BDDE (Gráfico 1) e das 14 questões do OHIP-14 (Gráfico 3).

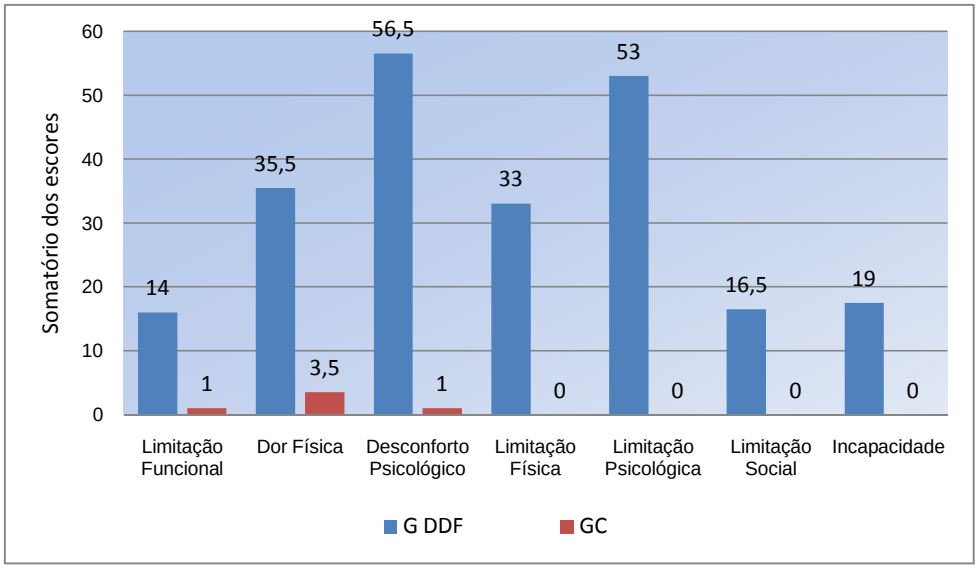

Gráfico 2 - Somatório dos escores de cada categoria que constitui o OHIP-14 dos indivíduos do Grupo DDF e Grupo Controle

Por meio do Gráfico 2, pôde-se verificar que houve maior impacto para o Desconforto Psicológico (56,5), seguido da Limitação Psicológica (53,0), Dor Física (35,5), Limitação Física (33,0), Incapacidade (19,0), Limitação Social (16,5) e Limitação Funcional (14,0). Enquanto que para o Grupo Controle, a categoria com maior impacto foi a Dor Física (3,5), seguida da Limitação Psicológica (1,0) e do Desconforto Psicológico (1,0).

5.2.1.3 Comparação das respostas positivas das questões do OHIP-14 do Grupo DDF e Grupo Controle

O Gráfico 3 mostra que também foi realizado o somatório dos escores dos indivíduos em cada uma das 14 questões do OHIP-14 do Grupo DDF e do GC.

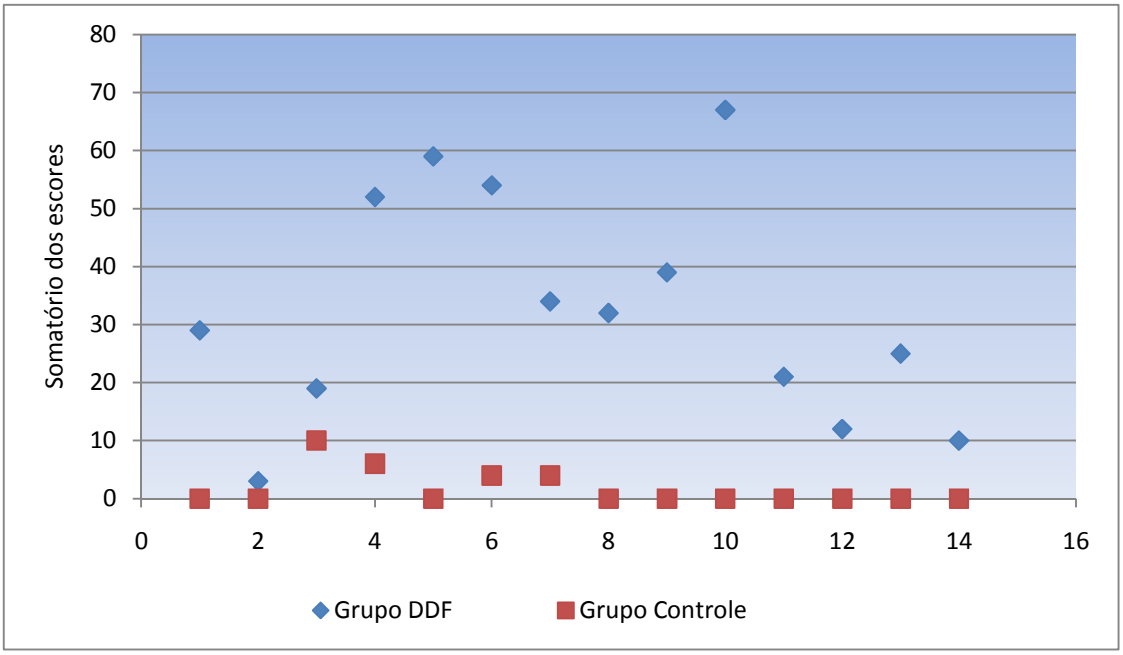

Gráfico 3- Somatório dos escores dos indivíduos em cada pergunta do OHIP-14 global do Grupo DDF e do Grupo Controle

Conforme o Gráfico 3, os resultados do Grupo DDF foram superiores aos do GC. Contribuem, para tais resultados, as seguintes questões do OHIP-14, que obtiveram maior número de respostas positivas no Grupo DDF:

- questão 10: se sentem envergonhados devido a problemas nos dentes;
- questão 5: ficam pouco à vontade;
- questão 6: se sentem estressados devido a problemas nos dentes;
- questão 4: incomodados em comer algum alimento;
- questão 9: sentem dificuldade para relaxar devido a problemas nos dentes;

- questão 7: a alimentação tem sido prejudicada;
- questão 8: tiveram que parar suas refeições;
- questão 1: tiveram problemas na fala devido a problemas nos dentes;
- questão 13: sentiram que a vida, em geral, ficou pior devido a problemas nos dentes;
- questão 11: ficaram irritados com outras pessoas;
- questão 3: sentiram dor forte em sua boca;
- questão 12: sentiram dificuldades em realizar atividades diárias;
- questão 14: ficaram sem poder fazer suas atividades diárias;
- questão 2: sentiram que o sabor do alimento piorou.

Enquanto que no Grupo Controle (GC), os escores foram inferiores ao Grupo DDF, e os indivíduos responderam positivamente as questões: 3, 4, 6 e 7.

5.3 COMPARAÇÕES DENTRO DOS GRUPOS

5.3.1 Comparações do BDDE, OHIP-14 e categorias do OHIP-14 com o Padrão Facial no Grupo DDF e Grupo Controle

O padrão facial também foi outra variável selecionada para análise na comparação dos resultados obtidos nos instrumentos. Na Tabela 6, estão incluídos os três tipos de padrões e respectivos resultados.

Tabela 6 - Resultados das comparações dos Padrões Faciais I (GC), II (G DDF) e III (G DDF) com o BDDE, OHIP-14 e categorias do OHIP-14, em relação aos valores em média ($\bar{x}$), mediana (M), desvio padrão (dP) e valores de p

Variáveis	Padrão Facial I (n=30)	Padrão Facial II (n=12)	Padrão Facial III (n=18)	p
BDDE	12,07 ± 17,28 b	43,50 ± 29,79 a	49,89 ± 36,73 a	0,000*
OHIP-14	0,30 ± 0,84 b	14,42 ± 8,32 a	15,78 ± 12,08 a	0,000*
Limitação Funcional	0,03 ± 0,18 b	0,50 ± 0,90 a	0,55 ± 0,68 a	0,001*
Dor Física	0,12 ± 0,28 b	1,00 ± 0,95 a	1,30 ± 0,89 a	0,000*
Desconforto Psicológico	0,03 ± 0,18 b	1,75 ± 1,15 a	1,97 ± 1,58 a	0,000*
Limitação Física	0,00 ± 0,00 b	1,00 ± 1,00 a	1,16 ± 1,33 a	0,000*
Limitação Psicológica	0,00 ± 0,00 b	1,70 ± 1,07 a	1,80 ± 1,41 a	0,000*
Limitação Social	0,00 ± 0,00 b	0,75 ± 1,15 a	0,41 ± 0,73 a	0,001*
Incapacidade	0,00 ± 0,00 b	0,00 ± 0,81 a	0,61 ± 0,96 a	0,000*

Letras distintas traduzem diferença estatisticamente significante entre os padrões faciais
* p ≤ 0,05 (estatisticamente significante)

A análise estatística dos resultados apresentados na Tabela 6 demonstrou que não houve diferença significativa na comparação dos padrões faciais II e III nas variáveis BDDE, OHIP-14 e as categorias do OHIP-14, uma vez que, letras iguais traduzem diferença não significante. Porém houve diferença significativa na comparação do padrão facial I e II (p≤0,05) e I e III (p≤0,05).

5.3.2 Comparações do BDDE, OHIP-14 e categorias do OHIP-14 com o gênero

5.3.2.1 No Grupo DDF

Foi considerada a variável gênero, na análise dos resultados nos instrumentos BDDE e OHIP-14, conforme mostra a Tabela 7.

Tabela 7 - Comparações entre gênero, BDDE, OHIP-14 e categorias do OHIP-14 em relação aos dados descritivos em média ($\bar{x}$), mediana (M), desvio padrão (dP) e valores de p do Grupo DDF

Variáveis Grupo DDF	Feminino (n=18)			Masculino (n=12)			p
	$\bar{x}$	M	dP	$\bar{x}$	M	dP	
BDDE	60,33	58,00	33,07	27,83	19,50	24,85	0,003*
OHIP-14	17,44	19,50	10,94	11,92	10,00	9,54	0,149
Limitação Funcional	0,55	0,00	0,76	0,50	0,00	0,79	0,700
Dor Física	1,30	1,00	0,95	1,00	1,00	0,85	0,314
Desconforto Psicológico	2,13	2,00	1,35	1,50	1,00	1,46	0,192
Limitação Física	1,25	1,00	1,33	0,87	0,50	0,98	0,524
Limitação Psicológica	2,13	2,25	1,25	1,20	1,00	1,11	0,056
Limitação Social	0,58	0,00	0,80	0,50	0,00	1,10	0,510
Incapacidade	0,75	0,25	0,98	0,33	0,00	0,68	0,195

* $p \leq 0,05$ (estatisticamente significante)

De acordo com a Tabela 7, verifica-se que o gênero feminino, do Grupo DDF, está associado a valores maiores do BDDE. Por meio do teste estatístico é possível afirmar que, para esse Grupo, os valores de BDDE (p=0,003) do gênero feminino são significativamente superiores aos do masculino. Isto não ocorre no OHIP-14 (p=0,149). Dentre as categorias do OHIP-14, para um nível de significância próximo de 5% (p=0,056), é possível afirmar que, na Limitação Psicológica, o gênero feminino apresenta valores, em média, superiores em relação ao gênero masculino. Para as demais categorias, apesar do gênero feminino apresentar valores médios e medianos superiores ao masculino, essas diferenças não foram estatisticamente significativas. Ressalte-se o alto grau de dispersão (desvio padrão) encontrado nos dados. Tal ocorrência dificulta a detecção de diferenças estatisticamente significativas entre médias.

5.3.2.2 No Grupo Controle

Para o Grupo Controle, também foi feita a mesma análise e, conforme aponta a Tabela 8, não ocorreu diferença significativa (p>0,05) quando comparado BDDE e OHIP-14 com o gênero.

Tabela 8 - Comparações entre gênero, BDDE, OHIP-14 e categorias do OHIP-14 em relação aos dados descritivos em média ($\bar{x}$), mediana (M), desvio padrão (dP) e valores de p do Grupo Controle

Variáveis Grupo Controle	Feminino			Masculino			p
	$\bar{x}$	M	dP	$\bar{x}$	M	dP	
BDDE	14,56	4,0	21,30	8,33	6,00	7,76	0,915
OHIP-14	0,27	0,00	0,57	0,33	0,00	1,15	0,582
Limitação Funcional	0,55	0,00	0,23	0,00	0,00	0,00	0,799
Dor Física	0,13	0,00	0,28	0,08	0,00	0,28	0,567
Desconforto Psicológico	0,00	0,00	0,00	0,08	0,00	0,28	0,703
Limitação Física	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,000
Limitação Psicológica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,000
Limitação Social	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,000
Incapacidade	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,000

p ≤ 0,05 (estatisticamente significante)

5.4 CORRELAÇÕES

5.4.1 Correlação entre a idade, gênero, padrão facial, BDDE e OHIP-14

5.4.1.1 No Grupo DDF

Por meio do teste estatístico, a Tabela 9 apresenta os níveis de correlação entre as variáveis e os resultados obtidos nos instrumentos aplicados.

Tabela 9 - Resultados dos coeficientes de correlações entre idade, gênero, padrão facial, BDDE e OHIP-14, no Grupo DDF

Correlação Grupo DDF	r	p
BDDE x Idade	- 0,215	0,252
BDDE x Gênero	- 0,542	0,001*
BDDE x Padrão Facial	0,055	0,772
BDDE x OHIP-14	0,794	0,000*
OHIP-14 x Idade	0,112	0,501
OHIP-14 x Gênero	- 0,267	0,152
OHIP-14 x Padrão Facial	0,031	0,868

***** p ≤ 0,05 (estatisticamente significante)

Conforme aponta a Tabela 9, o BDDE não foi relacionado com a idade e padrão facial (p>0,05), porém foi relacionado com o gênero (p=0,001). O OHIP-14 não foi relacionado com a idade, gênero e padrão facial. O BDDE foi significativamente relacionado com o OHIP-14 (p=0,000) no Grupo DDF.

Tendo em vista o propósito de investigar a relação entre a IC e a QV no Grupo DDF, o Gráfico 4 mostra os dados da análise estatística efetuada.

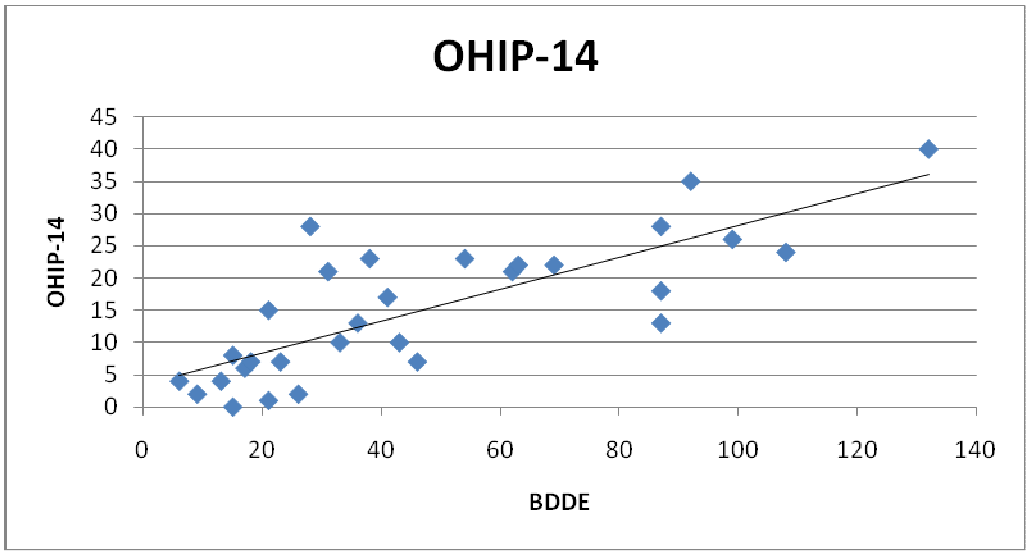

Gráfico 4 - Correlação entre BDDE e OHIP-14 do Grupo DDF

De acordo com o Gráfico 4, houve correlação linear positiva entre o BDDE e o OHIP-14, indicando que conforme o BDDE aumenta o OHIP-14 também tende a aumentar no Grupo DDF.

5.4.1.2 No Grupo Controle

A Tabela 10 apresenta, por meio do teste estatístico, os níveis de correlação entre as variáveis e os resultados obtidos nos instrumentos aplicados no Grupo Controle.

Tabela 10 - Resultados dos coeficientes de correlações entre BDDE, OHIP-14, idade e gênero no Grupo Controle

Correlação Grupo Controle	r	p
BDDE x Idade	- 0,409	0,024*
BDDE x Gênero	- 0,020	0,915
BDDE x Padrão Facial	-	-
BDDE x OHIP-14	0,492	0,005*
OHIP-14 x Idade	- 0,243	0,195
OHIP-14 x Gênero	- 0,157	0,405
OHIP-14 x Padrão Facial	-	-

* $p \leq 0,05$ (estatisticamente significante)

Em relação ao Grupo Controle, observa-se na Tabela 10, que houve correlação positiva entre BDDE e idade (p=0,024), e BDDE e OHIP-14 (p=0,005). Não houve correlação positiva entre BDDE e gênero, OHIP-14 e idade e OHIP-14 e gênero. Quanto ao padrão facial não foi realizado a correlação, pois no GC todos os indivíduos apresentaram padrão facial I.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A literatura mostra que, em relação às pessoas com DDF, é esperado encontrar níveis de insatisfação com a IC nessa população. Entretanto, não foi encontrado nenhum estudo, que investigasse o quanto esse nível de insatisfação tem relação com a QV. Este estudo evidenciou que o Grupo com DDF apresentou maior nível de insatisfação com a IC e isto afetou diretamente a QV, uma vez que houve correlação linear positiva entre os achados do BDDE e do OHIP-14.

Para melhor compreensão dessa correlação foram analisados os achados referentes à IC e QV nos dois Grupos. A comparação entre o Grupo DDF e o GC, apontou diferença significativa em relação à IC, sendo que os indivíduos com DDF apresentaram valores superiores em relação ao GC, corroborando os achados de Cunningham, Gilthorpe e Hunt (2000) e Hepburn e Cunningham (2006), nos quais os indivíduos com DDF mostraram-se mais propensos a apresentar níveis mais elevados de ansiedade e insatisfação com a IC. Diferentemente, Garcia-Rodriguez et al. (2000) não encontraram diferenças significativas em relação aos valores da população em geral. Além disso, Garcia-Rodriguez et al. (2000) e Vulink et al. (2008) mostraram que os níveis de satisfação com a IC melhoram depois do processo de intervenção, o que não foi o objetivo da presente pesquisa.

Na avaliação da IC, por meio do BDDE, os aspectos que mais caracterizaram o Grupo DDF foram a preocupação excessiva com a aparência, a supervalorização com ela em detrimento de outros atributos, o incomodo e a autocrítica em relação à deformidade, gerando sentimentos de tristeza, preocupação com a sua exposição em áreas públicas e comparação da aparência com de outras pessoas. Rispoli et al. (2004) e Vulink et al. (2008) aplicaram o mesmo instrumento de avaliação da IC em indivíduos com DDF nos períodos pré e pós-cirúrgico, porém os autores não descreveram os ítens mais afetados na casuística estudada.

No GC, os aspectos que mais caracterizaram esse Grupo foram aqueles relacionados a importância com a aparência a ponto de se olharem com maior frequência no espelho e se autocriticarem, embora os participantes deste Grupo não apresentassem nenhum defeito visível. De acordo com Conrado (2009), este tipo de insatisfação com a própria imagem parece ser comum, porém o nível de

preocupação pode variar entre os indivíduos e atingir um grau em que estas preocupações causem interferência no seu funcionamento cotidiano. No caso do GC, ainda que apresentem insatisfação com a aparência, esta não interfere negativamente no seu dia-a-dia e nos índices de QV, ao contrário do que ocorre no grupo DDF.

Na avaliação da QV dos dois Grupos, verificou-se que os resultados obtidos pelo Grupo DDF, no OHIP-14 e todas as categorias, apresentaram diferença estatisticamente significante em relação ao GC, sendo que os indivíduos com DDF tiveram maior impacto na QV do que àqueles sem DDF, corroborando os achados de Lee, McGrath e Samman (2007) e Russanen et al. (2009).

Dentre as categorias do OHIP-14, o Desconforto Psicológico, Limitação Psicológica, Dor Física e Limitação Física, foram os impactos mais comumente observados no Grupo com DDF. Russanen et al. (2009) também observaram que o Desconforto Psicológico e a Dor Física tiveram maior impacto na QV nesta população, enquanto que Lee, McGrath e Samman (2007) encontraram diferença significativa para Limitação Funcional, Desconforto Psicológico, Limitação Psicológica e Incapacidade.

O que mais caracterizou o Grupo DDF foram os sentimentos de vergonha, desconforto e alto nível de estresse em relação à sua condição. Portanto, esses aspectos podem ser tomados como indicadores de problemas de QV. Em termos de escore, tais problemas foram seguidos por aqueles relacionados a dificuldades com a alimentação, com a fala e para relaxar, além de irritabilidade e dor na boca. Os achados do GC apontaram nível satisfatório em relação à QV, compatível com o estudo de Rusanen et al. (2009) no qual os indivíduos sem DDF apresentaram impacto menor da saúde oral na QV. Mas, os trabalhos encontrados na literatura abordadores das questões de qualidade de vida em indivíduos com DDF não indicam quais as questões mais pontuadas, dificultando a análise comparativa entre os estudos.

De fato, as pessoas com deformidades dentofaciais se percebem mais comprometidas pelo desconforto (Limitação Psicológica) imposto pelas alterações e pelo estigma social que traz em seu bojo. A preocupação maior se refere aos aspectos psicológicos do que físicos ou funcionais e isto é plenamente justificável na medida em que a sociedade valoriza muito a imagem.

A face humana, juntamente com a sua dentição, funciona harmonicamente como um espelho da expressão e da emoção, e tem fundamental importância na fala e na capacidade de comunicação (MOORREES et al., 1976) garantidoras da participação social ativa. Por sua vez, a IC é um fenômeno social e refere-se a um construto complexo e multifacetário que envolve, no mínimo, aspectos perceptuais, afetivos, cognitivos e comportamentais das experiências corporais (CASH; PRUZINSKY, 2002). Assim, as relações interpessoais expõem o jogo dinâmico de especularidade entre a subjetividade do individuo e a do outro.

Para ilustrar a confluência entre aspectos biopsicosociais, no Grupo de DDF, foi observado grande expectativa quanto à intervenção cirúrgica uma vez que ela é considerada como "reparadora" das alterações prejudiciais às suas vidas. Assim, todo o planejamento de vida dessas pessoas em relação às tarefas evolutivas tais como namoro, casamento e atuação profissional são postergadas até a completa reabilitação das condições funcionais e, principalmente, estéticas. Relatos de pacientes são contundentes nesse sentido ao explicitarem, por exemplo, "...*como é difícil sorrir"*. É razoável supor que os sentimentos de vergonha permeiam os turnos dialógicos e, desta forma, os indivíduos com DDF podem experimentar alto nível de estresse e desconforto psicológico frente as relações interpessoais e de interlocução. Além disso, a alimentação também demonstrou estar prejudicada nesses indivíduos, podendo dificultar a participação dos mesmos em atividades sociais que envolvem essa função. Assim, a alimentação e a fala estendem-se também ao domínio social.

Este estudo também analisou os resultados obtidos pelos participantes considerando a idade e o gênero. Quanto à idade, não foi possível a formação de subgrupos para comparar aqueles indivíduos com menos idade e mais idade, e verificar qual subgrupo apresentaria resultados superiores ou inferiores em relação a IC e QV, devido ao alto grau de dispersão na faixa etária do Grupo estudado. Todavia, foi possível a realização da correlação da idade, no qual não foi detectada correlação significativa entre a idade e a IC no Grupo DDF. Entretanto, diferentemente dos achados deste estudo, Cunningham, Gilthorpe e Hunt (2000) verificaram que a idade foi significativa para a IC.

Considerando idade e QV, não houve correlação significatica tanto no Grupo DDF quanto do GC. Na revisão de literatura, Lee, McGrath e Samman (2007)

também não encontraram diferença significativa entre a idade e QV. Quanto ao GC, não há citações quanto à idade nem para IC e nem para a QV na população em geral, ou seja, em Grupos Controle.

Considerando o gênero, no Grupo DDF, tanto nas comparações quanto na correlação, as mulheres apresentaram valores superiores significativos quanto ao nível de insatisfação com a IC em relação aos homens, confirmando os achados de outros estudos com a mesma população, como o de Cunningham, Gilthorpe e Hunt (2000), que verificaram rebaixamento da autoestima e maior insatisfação com a IC em mulheres, bem como nos achados de Garcia-Rodriguez et al. (2000), no qual as mulheres se sentiram mais insatisfeitas com sua aparência e, procuraram com maior frequência a CO. No entanto, Boss, Hoogstraten e Prahl-Andersen (2003), em seus estudos, verificaram que não houve correlações significativas entre o gênero, aparência dentofacial e as expectativas do tratamento ortodôntico. No Grupo Controle deste estudo, os gêneros não apresentaram diferenças significativas, quando realizadas as comparações e correlações. Apesar de alguns autores realizarem estudos com Grupos Controle (CUNNINGHAM; GILTHORPE; HUNT, 2000; GARCIA-RODRIGUEZ et al., 2000; HEPBURN; CUNNINGHAM, 2006), esses não se referiram aos resultados especificamente do GC, apenas compararam com os indivíduos com DDF.

Apesar dos achados da literatura (CUNNINGHA; GILTHORPE; HUNT, 2000; HEPBURN; CUNNINGHAM, 2006; GARCIA-RODRIGUEZ et al., 2000) mostrarem-se inconclusivos quanto ao estabelecimento de maior nível de insatisfação das mulheres com a DDF e, a despeito da limitação do tamanho do Grupo amostral deste estudo, ressalta-se a importância de maior investigação sobre contexto sociocultural que estabelece o padrão estético feminino vigente e, sobretudo, como a mulher contemporânea lida com a relação entre IC e o padrão esperado. Tal enfoque será fundamental para o enquadre clínico destes pacientes uma vez que, a literatura em outras áreas como cirurgia plástica, dermatologia e transtornos alimentares é robusta ao evidenciar maior frequência de insatisfação corporal entre as mulheres.

Quanto a avaliação da QV, apesar de não ter ocorrido diferença estatística, as mulheres apresentaram maior impacto da DDF do que os homens, corroborando os achados de Rusanen et al. (2009), que verificaram a ocorrência de impactos orais

sobre a QV em indivíduos com má oclusão grave e DDF, sendo que as mulheres tendem a sofrer mais dos impactos orais do que os homens; de Hansan e Amin (2010), ao verificar que a necessidade do tratamento ortodôntico afetou, significativamente, o paladar e a capacidade de relaxar em mulheres; de Esperão et al. (2010) que observaram que, para as mulheres, houve alto impacto de sua condição oral na QV. Entrementes, o mesmo não ocorreu em outras pesquisas como os estudos de Al-Bitar et al. (2009) e Choi et al. (2010), nos quais, também não foram obtidas diferenças significativas entre os gêneros. Entre os indivíduos do GC, não houve diferença estatística entre os gêneros e a IC e QV, porém os valores em média das mulheres foram superiores aos dos homens apenas para IC.

Tanto na avaliação da IC, quanto da QV, não houve diferença estatística quando comparados Padrão Facial II e III, o que está em concordância com os achados de Rusanen et al. (2009) e Choi et al. (2010), os quais também não encontraram relação entre os tipos faciais. A literatura não aponta detalhadamente como foram realizadas as comparações em relação aos padrões faciais e as más oclusões. No presente estudo, houve diferença estatística quando comparados padrão Facial I e II; e padrão facial I e III sendo que os resultados possibilitaram identificar que independente do tipo de deformidade, padrão II ou III, a presença da mesma impacta negativamente tanto a IC como a QV.

Convém ressaltar que são escassos os achados da literatura em relação à IC em indivíduos com DDF e nenhum estudo foi encontrado que relacionasse IC e QV, tornando-se necessárias novas pesquisas. De qualquer forma, a perspectiva biopsicossocial vem sendo enfatizada pela literatura para a abordagem junto a esta população. Tal visão sugere que o indivíduo é uma unidade complexa, na qual, o corpo e mente não podem ser separados e enfatiza que são tênues os limites entre saúde e doença, entre bem-estar ou mal-estar, pois são conceitos difundidos cultural, social e psicologicamente.

Nessa perspectiva, segundo Kiyak et al. (1985), o conhecimento das queixas estéticas e funcionais ocasionadas pela deformidade e dos aspectos psicossociais envolvidos amplia o contato direto entre profissionais e pacientes, fazendo-os chegar a um denominador comum, visando a satisfação do paciente com os resultados obtidos pelo tratamento ortodôntico e a cirurgia ortognática.

Tendo em vista que a IC é um fenômeno social, os resultados da presente pesquisa apontam a necessidade de considerar o aspecto multidimensional da IC, englobando aspectos biopsicossociais. Também apontam para os aspectos que devem ser manejados ao longo do processo e acompanhamento desses pacientes pela equipe interdisciplinar. Nesse sentido, Vulink et al. (2008) sugerem que cirurgiões e ortodontistas devem estar atentos aos problemas relacionados ao funcionamento psicossocial destes indivíduos, enquanto Boss, Hoogstraten e Prahl-Andersen (2003) ressaltam a importância de ortodontistas estarem atentos em relação à percepção das pessoas quanto aos seus problemas oclusais antes de iniciar o tratamento, uma vez que a satisfação com a aparência dentofacial é um preditor significativo na expectativa do tratamento ortodôntico.

Entretanto, não foram encontrados tais aspectos que contemplassem na literatura fonoaudiológica e áreas afins, o que pode ser considerado de importância para a compreensão das reais necessidades terapêuticas dos indivíduos. Além disto, a escassez de estudos em relação a avaliação de QV e IC, usando os instrumentos OHIP-14 e BDDE, respectivamente, reforça a necessidade de novos estudos, principalmente no que se refere à utilização desses procedimentos antes do tratamento cirúrgico. A revisão sistemática, em relação ao assunto, feita por Alanko, Stromvedstrom-Oristo e Tuomisto (2010) mostrou evidências nesse sentido.

Outro aspecto relacionado à metodologia empregada nesta pesquisa, remete ao fato de que a maioria dos estudos da literatura analisada utilizou como procedimento, a auto-aplicação dos questionários pelos participantes em suas casas ou no local de atendimento. Nesta pesquisa, os questionários de IC e QV foram realizados em forma de entrevista no local de atendimento. De acordo com Sousa et al. (2009), o uso de questionário no formato de entrevista tem resultados mais fidedignos. Na presente pesquisa, durante a aplicação dos protocolos, foi possível verificar que este formato garantiu aos participantes melhor compreensão das questões e oportunidade para ampla expressão de crenças e sentimentos decorrentes da DDF.

Desta forma, restabelecer as funções estomatognáticas implica restabelecer a imagem pessoal uma vez que a integridade dela garante, além do aspecto estético harmonioso, a eficiência da fala e - consequentemente - a inserção social, por representar a inclusão nos espaços da comunidade falante.

Finalizando com as conclusões de Tesch, Oliveira e Leão (2007):

> ... do ponto de vista da saúde oral, todos os indivíduos devem dispor de uma condição que lhes permita falar, mastigar, reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, viver livre de dor e desconforto, e se relacionar com outras pessoas sem constrangimento.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

A partir da análise dos resultados constatou-se que:

- O grupo DDF apresentou maior insatisfação com a imagem corporal e pior nível de qualidade de vida em relação ao GC;
- O que mais caracterizou o Grupo DDF foram os sentimentos de vergonha, desconforto e alto nível de estresse em relação à sua condição;
- O Desconforto Psicológico, Limitação Psicológica, Dor Física e Limitação Física foram as categorias do OHIP-14 que tiveram maior impacto na QV do Grupo DDF;
- Em termos de escore, tais problemas, foram seguidos por aqueles relacionados a dificuldades com a alimentação, com a fala e para relaxar, além de irritabilidade e dor na boca;
- Houve diferença estatística quando comparados padrão Facial I e II; e padrão facial I e III sendo que os resultados possibilitaram identificar que independente do tipo de deformidade, padrão II ou III, a presença da mesma tem impacto negativo tanto na IC quanto na QV;
- No Grupo DDF, as mulheres apresentaram maior insatisfação com a IC em relação aos homens.
- A idade não apresentou correlação significativa em relação a IC e a QV no Grupo DDF.

Há correlação entre a IC e QV em indivíduos com DDF e não foram encontrados estudos que relacionasse IC e QV, o faz deste estudo uma referência para que outras pesquisas possam relacionar a IC na fonoaudiologia.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Ahmed MMS. Long-term stability of anterior segmental maxillary osteotomy. Int J Adult Orthodon Orthognath Surg. 1999;14(4):297-303.

Alanko OME, Stromvedstrom-Oristo AL, Tuomisto MT. Patients' perceptions of orthognathic treatment, well-being, and psychological or psychiatric status: a systematic review. Acta Odontologica Scandinavica. 2010;68(5):249-260.

Al-Bitar ZB, Al-Omari IK, Al-Ahmad HT, El Maaytah MA, Cunningham SJ. A comparison of health-related quality of life between Jordanian and British orthognathic patients. Eur JOrthod. 2009;31(5):485-9.

Almeida AM, Loureiro CA, Araujo VE. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 (*ORAL HEALTH IMPACT PROFILE*) na forma simplificada. Parte I: adaptação cultural e lingüística. Tese de Mestrado, São Leopoldo Mandic, 2003.

Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. J Dent Educ. 1990;54(11):680-7.

Barbieri CH, Rapoport A. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes reabilitados com próteses implanto-muco-suportadas versus próteses totais convencionais. Bras Cir Cabeça Pescoço. 2009;38(2):84-7.

Berretin-Felix G, Jorge T, Genaro KF. Intervenção Fonoaudiológica nos casos submetidos à cirurgia ortognática. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO (Org). Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 2004.

Bortoli D, Locatelli FA, Fadel CB, Baldani MH. Associação entre percepção de saúde bucal e indicadores clínicos e subjetivos: Estudo de um grupo de educação continuada da terceira idade. Publ UEPG Ci Biol Saúde. 2003;9(4):55-65.

Boss A, Hoogstraten J, Prahl-Andersen B. Expectations of treatment and satisfaction with dentofacial appearance in orthodontic patients. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2003;123(2):127-32.

Brook PH, Shaw WC. The development of an orthodontic treatment priority Index. Eur J Orthod. 1989;11(3):309-20.

Brousse C, Boisaubert B. Quality of life and escales measuring. R Méd Int. 2007;28(7):458-62.

Campana ANNB. Tradução, adaptação transcultural e validação do “Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ) e do “Body Checking Questionnaire (BCQ)” para a língua Portuguesa no Brasil. [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2007.

Cash TF, Pruzinsky T (orgs). Body Image: a handbook of theory, research, and clinical practive. New York: Guilford Press; 2002.

Castro RAL, Portela MC, Leão AT. Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Cad Saúde Pública. 2007;23(10):2275-84.

Choi WS, Lee S, McGrath C, Samman N. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2010;109(1):46-51.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol 1999;39:143-50.

Conrado LA. Transtorno dismórfico corporal em dermatologia: diagnóstico, epidemiologia e aspectos clínicos. An Bras Dermatol. 2009;84(6):569-81.

Conti MA. Os Aspectos que Compõem o Conceito de Imagem Corporal pela Ótica do Adolescente. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2008;18(3):240-53.

Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality of life instruments. PharmacoEconomics. 2000;17(1):13-35.

Cooper PJ, Taylor M, Cooper Z, Fairburn CG. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. Int J Eat Disord.1987;6(4):485-94.

Cordás TA, Castilho S. Imagem corporal nos transtornos alimentares – instrumentos de avaliação: “Body Shape Questionnaire”. Psquiatr Biolog. 1994;2(1):17-21.

Coutinho TA, Abath MB, Campos GJL, Antunes AZ, Carvalho RWFC. Adaptações do sistema estomatognático em indivíduos com desproporções maxilo-mandibulares: revisão da literatura. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2009;14(2):275-9.

Cunningham SJ, Crean SJ, Hunt NP, Harris M. Preparation, perceptions, and problems: a long-term follow-up study of orthognathic surgery. Int J Adult Orthod Orthognath Surg. 1996;11(1):41-7.

Cunningham SJ, Gilthorpe MS, Hunt NP. Are orthognathic patients different? Eur J Orthod. 2000;22(2):195-202.

Cunningham SJ, Hunt NP, Feinmann C. Psychological aspects of orthognathic surgery: a review of the literature. Int Adult Orthodon Orthognath Surg. 1995;10(3):159-72.

Dahlström L, Carlsson GE. Temporomandibular disorders and oral health-related quality of life. A systematic review. Acta Odontol Scand. 2010;68(2):80-5.

Derwent SK, Hunt NP, Cunningham SJ. A comparison of parents'and patients' views of orthognathic treatment. Int J Adult Orthod Orthognath Surg. 2000;16(3):171-8.

Di Pietro, MC. Validade interna, dimensionalidade e desempenho da escala BSQ – Body Shape Questionnaire – em uma população de estudantes universitários. [dissertação]. São Paulo (sp): Universidade Federal de São Paulo; 2001.

Dini EL, McGrath C, Bedi R. An evaluation of the oral health qualityof life (OHQoL) instrument in a Brazilian population. Community Dental Health. 2203;20(1):40-44.

Ek E, Persson J, Lundgren S. Surgical correction of dentofacial anomalies: an evaluation of two patient groups with the aid of a questionnaire. Swed Dent J. 1997;21(3):101-10.

Esperão 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.

Felício CM. Desenvolvimento Normal das Funções Estomatognáticas. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO (Org) Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 2004.

Finlay, PM, Atkinson, JM, Moos, KF. Orthognathic surgery: patients expectations, psychological profile and satisfaction with outcome. Br J Oral Maxillofac Surg. 1995;33(1):9-14.

Fisher S. The evolution of psychological concepts about the body. 1990. In: Cash TF, Pruzinsky T (ed). Body images: development, deviance and change. New York: The Guilford Press, 1990.

Flanary CM, Barnwell GM, Alexander JM. Patient perception of orthognathic surgery. Am J Orthod. 1985;88(2):137-45.

Flanary GM, Barnwel JE, Vansickels JH, Littlefield JH, Rugh AL. Impact of orthognathic surgery on normal and abnormal personality dimensions: 2-year follow-up study of 61 patients. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1990;98(4):313-32.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr. 1999; 21(1): 19-28.

García Rodríguez P, García-Camba E, Varela M, Rubio P, Díaz F. Body image in patients with dentofacial deformities treated by maxillofacial surgery. Actas Esp Psiquiatr. 2000;28(5):279-83.

Gerzanic L, Jagsch R,Watzke IM. Psychologic implications of orthognathic surgery in patients with skeletal Class II or Class III malocclusion. Int J Adult Orthod Orthognath Surg. 2002;17(2):75-81.

Gonçales ES. Cirurgia ortognática: guia de orientação para portadores de deformidades faciais esqueléticas. São Paulo: Editora Santos; 2010.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(11):1012-6.

Gorman W. Body image and the image of the brain. Apud: Barros DD. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 2005;12(2):547-54.

Grossbart TA, Sarwer DB. Cosmetic surgery: surgical tools--psychosocial goals. Semin Cutan Med Surg.1999;18(2):101-11.

Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med. 1993;118(8):622-9.

Hassan AH, Amin HES. Association of orthodontic treatment needs and oral health-related quality of life in young adults. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2010;137(1):42-7.

Hepburn S, Cunningham S. Body dysmorphic disorder in adult orthodontic patients. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2006;130(5):569-74.

Hugo B, Becker S, Witt E. Assessment of the combined orthodontic-surgical treatment from the patients' point of view. A longitudinal study. J Orofac Orthop. 1996;57(2):88-101.

Hunt OT, Johnston CD, Hepper PG, Burden DJ. The psychosocial impact of orthognathic surgery: a systematic review. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2001;120(5):490-7.

Jorge RT, Sabino Neto M, Natour J, Veiga DF, Jones A, Ferreira LM. Brazilian version of the body dysmorphic disorder examination. Sao Paulo Med J. 2008;126(2):87-95.

Kawakame PMG, Miyadahira AMK. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo. 2005;39(2):164-72.

Kiyak HA. Does orthodontic treatment affect patients' quality of life? J Dent Educ. 2008;72(8):886-94.

Lazaridou-Terzoudi T, Kiyak HA, Moore R, Athanasiou AE, Melsen B. Long-term assessment of psychologic outcomes of orthognathic surgery. J Oral Maxillofac Surg. 2003;61(5):545-52.

Leao A, Sheiham A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. Community Dent Health. 1996;13(1):22-6.

Lee S, McGrath C, Samman N. Impact of orthognathic surgery on quality of life. J Oral Maxillofac Surg. 2008;66:1194-9.

Lee S, McGrath C, Samman N. Quality of life in patients with dentofacial deformity: a comparison of measurement approaches. Int J Oral Maxillofac Surg. 2007;36(6):488-92.

Maner JK, Kenrick DT, Becker DV, Delton AW, Hofer B, Wilbur CJ, Neuberg SL. Sexually selective cognition: beauty captures the mind of the beholder. J Pers Soc Psychol. 2003;85(6):1107-20.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência & Saúde Coletiva. 2000;5(1):7-18.

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.

Moorrees CFA, VanVenrooij ME, Lebret LML, Glatky CB, Kent Jr RL, Reed RB. New norms for mesh diagram analysis. Am J Orthod. 1976;69(1):57-71.

Motegi E, Hatch JP, Rugh JD. Yamaguchi H. Health-related quality of life and psychosocial function 5 years after orthognathic surgery. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopaedics. 2003;124(2):138-143.

Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2001.

Naito M, Yuasa H, Nomura Y, Nakayama T, Hamajima N, Hanada N. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. J Oral Sci. 2006;48(1):1-7.

Nardi P, Guarducci M, Cervino M. Orthognathic surgery. Study of nerve injuries. Minerva Stomatol. 2002;51(11-12):461-71.

Okazaki LK. Quando indicar uma cirurgia ortognática. 1999. In: Gonçales ES. Cirurgia ortognática: guia de orientação para portadores de deformidades faciais esqueléticas. São Paulo; Editora Santos, 2010.

Paschoal SMP. Qualidade de vida no idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [dissertação na internet]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2001 [acesso em: nov. 2009]. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-09112001-162639/pt-br.php.

Phillips C, Broder HL, Bennett ME. Dentofacial disharmony: motivations for seeking treatment. Int J Adult Orthod Orthognath Surg. 1997;12(1):7-12.

Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. J Nerv Ment Dis. 1997;185(9):570-7.

Phillips KA, Dufresne RG Jr, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. J Am Acad Dermatol. 2000;42(3):436-41.

Proffit WR, Phillips C, Dann C. Who seeks surgicalorthodontic treatment? Int J Adult Orthod Orthognath Surg.1990;5(3):153-60.

Rankin M, Borah GL. Perceived functional impact of abnormal facial appearance. Plast Reconstr Surg. 2003;111(7):2140-6.

Reisine ST. Theoretical considerations in formulating sociodental indicators. Soc sci med. 1981;15(6):745-50.

Ribas MO, Reis LFG, França BHS, Lima AAS. Cirurgia ortognática: orientações legais aos ortodontistas e cirurgiões bucofaciais. Rev Dent Press Ortodon Ortopedi Facial. 2005;10(6):75-83.

Ribeiro MC. Atuação fonoaudiológica no pré e pós-operatório em cirurgia ortognática. J Bras Fonoaudiol. 1999;1:61-8.

Rispoli A, Acocella A, Pavone I, Tedesco A, Giacomelli E, Ortiz L, Scott A. Psychoemotional assessment changes in patients treated with orthognathic surgery: pre- and postsurgery report. World J Orthod. 2004;5(1):48-53.

Rivera SM, Hatch JP, Dolce C, Bays RA, Van Sickels JE, Rugh JD. Patient's own reasons and patient perceived recommendations for orthognathic surgery. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2000;118(2):134-40.

Rosen JC, Reiter J. Development of the body dysmorphic disorder examination. Behav Res Ther 1996;34:755-66.

Rusanen J, Lahti, Tolvanen M, Pirttiniemi P. Quality of life in patients with severe malocclusion before treatment. Eur J Orthod. 2009;32(1):43-8.

Sarwer DB, Bartlett SP, Whitaker LA, Paige KT, Pertschuk MJ,Wadden TA. Adult psychological functioning of individuals born with craniofacial anomalies. Plast Reconstr Surg. 1999;103(2):412-8.

Scagliusi FB, Polacow VO, Cordás TA., Coelho D, Alvarenga M, Phillipi ST, Lancha AH. Psychometric testing and applications of the body attitudes questionnaire translated into portuguese. Perceptual and Motor Skills. 2005;101(1):25-41.

Schilder P. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

Scott AA, Hatch JP, Rugh JD, Hoffman TJ, Rivera SM, Dolce C, Bays RA. Psychosocial predictors of satisfaction among orthognathic surgery patients. Int J Adult Orthod Orthognath Surg. 2000;15(7):7-15.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Públ. 2004;20(2):580-8.

Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. Revista Saúde Pública. 2001;35(4):01-10.

Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. Community Dent Health. 1994;11(1):3-11.

Slade GD. Derivation and validation of a shortform Oral Health Impact Profile. Community Dent Oral Epidemiol. 1997a;25:284-90.

Slade GD. Oral impacts on daily performances: measuring oral health and quality of life. North Carolina: Department of Dental Ecology, School of Dentistry, University of North C. 1997b.

Sousa PCB, Mendes FM, Imparato JCP, Ardenghi TM. Differences in responses to the Oral Health Impact Profile (OHIP14) used as a questionnaire or in an interview. Braz Oral Res. 2009;23(4):358-64.

Souza FP, Foa EB, Meyer E, Niederauer KG, Raffin AL, Cordioli AV. Obsessive-Compulsive Inventory and ObsessiveCompulsive Inventory-Revised scales: translation into Brazilian Portuguese and cross-cultural adaptation. Rev Bras Psiquiatr. 2008;30(1):42-6.

Tavares MCC. Imagem Corporal: Conceito e desenvolvimento. São Paulo: Manole; 2003.

Teixeira-Salmela LF, Olney JO, Nadeau S, Brouwer B. Muscle strengthening and physical conditioning to reduce impairment and disability in chronic stroke survivors. Arch Phys Med Rehabil. 1999;80(10):1211-8.

Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças. Cad Saúde Pública. 2007;23(11):2555-64.

Thompson JK. The (mis) measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. Body Image. 2004;1(1):7-14.

Van Steenbergen E, Litt MD, Nanda R. Presurgical satisfaction with facial appearance in orthognathic surgery patients. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1996;109(6):653-9.

Veale D, Gournay K, Dryden W, Boocock A, Shah F, Willson R, Walburn J. Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. Behav Res Ther. 1996;34(9):717-29.

Veale D. Body dysmorphic disorder. Postgrad Med J. 2004;80(9):67-71.

Vulink NC, Rosenberg A, Plooij JM, Koole R, Bergé SJ, Denys D. Body dysmorphic disorder screening in maxillofacial outpatients presenting for orthognathic surgery. Int J Oral Maxillofac Surg. 2008;37(11):985-91.

WHOQOL Group. 1995. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41:1403-10.

Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have come and where are we going? J Clin Epi. 1999;52(4): 355-63.

Zhang M, McGrath C, Hägg U. The impact of malocclusion and its treatment on quality of life: a literature review. Int J Paediatr Dent. 2006;16(6):381-7

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru
Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-901 – C.P. 73
PABX (0XX14)3235-8000 – FAX (0XX14)3223-4679

Comitê de Ética em Pesquisa (14)3235-8356
mferrari@fob.usp.br

Processo nº 049/2009

Bauru, 15 de maio de 2009.

Senhora Professora,

O projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado "**Efeitos da cirurgia ortognática sobre o sistema miofuncional orofacial e cervical**", de autoria de Dannyelle Christinny Bezerra de Oliveira Passos; Daniela Galvão Almeida Prado e Renata Resina Migliorucci, que será desenvolvido sob sua orientação e com a colaboração das Profas. Dras. Alcione Ghedini Brasolotto, Dagma Venturini Marques Abramides, Kátia Flores Genaro, Lídia Cristina da Silva Teles e Fisioterapeuta Drª Eloísa Aparecida Nelli, foi enviado ao relator para avaliação.

Na reunião de 29 de abril de 2009 o parecer do relator, **aprovando o projeto,** foi aceito pelo Comitê, considerando que não existem infrações éticas pendentes.

Informamos que qualquer alteração efetuada no trabalho de pesquisa, o pesquisador/orientador deverá comunicar ao CEP-FOB/USP, bem como ao final do trabalho enviar um Relatório para novo parecer, o qual será utilizado para publicação científica.

Atenciosamente,

Profª Drª Maria Teresa Atta
Coordenadora

Profª Drª Giédre Berretin-Felix
Docente do Departamento de Fonoaudiologia

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU
Clínica de Fonoaudiologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO / CARTA DE INFORMAÇÃO

Fui convidado (a) a participar da pesquisa: ***"Efeito da cirurgia ortognática sobre o sistema miofuncional orofacial e cervical"*** e concordo, de forma espontânea e consciente, em participar deste projeto. Estou ciente que minha participação é voluntária e que receberei orientações sobre os resultados obtidos nos exames a serem realizados, bem como os devidos encaminhamentos, quando necessários.

As avaliações para obtenção dos dados da pesquisa serão realizadas durante 3 anos, sendo que, dentro desse período, irei comparecer até no máximo 4 (quatro) vezes à Clínica de Fonoaudiologia da FOB-USP para realização de todos os exames.

Não serão necessárias quaisquer formas de gastos financeiros relacionados ao meu transporte, os quais serão custeados por órgão de fomento (FAPESP) ou pelos pesquisadores desse projeto (receberei o equivalente ao valor unitário das passagens de transporte urbano às quais tiver de utilizar). Da mesma forma, todos os alimentos que deverei comer também serão fornecidos pela pesquisadora. Esta pesquisa não implica em riscos à minha saúde ou ao tratamento odontológico realizado, não sendo prevista, portanto, qualquer forma de indenização quanto a este aspecto. As informações resultantes desse estudo e filmagens dos meus exames serão confidenciais, podendo ser divulgadas em discussão com outros profissionais, ou ainda, para ilustrar apresentações e publicações científicas. Durante todo o estudo, meu nome será mantido em sigilo.

Fui orientado (a) que serei submetido (a) a uma avaliação onde serão realizadas fotos do meu corpo (de frente, costas e lado) e análises da musculatura da minha face, pescoço e dos movimentos dos meus lábios, língua e maxilar inferior. A avaliação da sensibilidade envolverá o toque de filamentos de náilon de diferentes calibres nos lábios, queixo, bochechas, língua, céu da boca e gengiva.

Responderei a um questionário contendo perguntas sobre meu grau de escolaridade e a respeito dos eletrodomésticos e automóveis disponíveis em minha residência, além de possíveis funcionárias mensalistas.

Também serão realizadas gravações de minha fala e voz utilizando microfone e computador específicos, assim como filmagem e observações do meu rosto durante a minha mastigação e deglutição de pão francês, suco engrossado e água.

Serei avaliado (a) quanto a minha respiração, onde ficarei sentado, em repouso e depois realizando um sopro forte em um bocal acoplado ao espirômetro. Em seguida, terei de emitir as vogais “a, i, u, s, z” prolongadas pelo maior tempo possível e farei uma contagem de 1 a 20.

Serei, também, submetido (a) à avaliação eletromiográfica, onde serão posicionados eletródios descartáveis na região dos músculos da minha face durante a mordida de uma placa específica, assim como na fala, mastigação e deglutição dos alimentos citados e de um pedaço de borracha de látex.

Deverei responder a várias questões referentes à minha qualidade de vida e imagem corporal, além de um questionário específico sobre problemas dos músculos da mastigação e da articulação entre os maxilares, sendo que tais informações serão confidenciais e meu nome será mantido no anonimato durante todas as fases do estudo.

Estou ciente de que caso eu queira reclamar de eventuais desconfortos oriundos dos procedimentos, sentir-me lesado eticamente ou quiser tirar eventuais dúvidas poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Giédre Berretin-Felix, pelo telefone (14) 3235-8232, ou com o Comitê de Ética e Pesquisa – FOB/USP – Fone: (14) 3235-8356.

As informações obtidas irão auxiliar na comprovação e compreensão das adaptações posturais e funcionais da respiração, mastigação, deglutição, voz, fala, além dos aspectos relacionados a minha qualidade de vida e imagem corporal e a ocorrência de disfunção temporomandibular, após tratamentos ortodônticos e cirúrgicos das deformidades dentofaciais, auxiliando no diagnóstico e tratamentos futuros.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 29º do Código de Ética do Fonoaudiólogo).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de _____.

_____ _____

Assinatura do Sujeito da Pesquisa **Profa. Dra. Giédre Berretin-Felix**

Pesquisadora Responsável

ANEXO C - Termo de Aquiescência

INSTITUTO HNARY

Bauru, 11 de dezembro de 2008.

TERMO DE AQUIESCÊNCIA

Como parte da documentação solicitada pelo *Comitê de Ética em Pesquisa* da Faculdade de Odontologia de Bauru Universidade de São Paulo (FOB/USP) para a avaliação de projetos de pesquisas envolvendo seres humanos, declaramos estar cientes da realização da pesquisa *"Efeitos da cirurgia ortognática sobre o sistema miofuncional orofacial e cervical"*, a ser realizada na Clinica de Fonoaudiologia junto à disciplina Clinica de Voz e Motricidade Orofacial, sob a responsabilidade das professoras Profª. Drª. Giédre Berretin-Félix e Profª. Drª Kátia Flores Genaro.

Declaramos, ainda, ter ciência de que tal pesquisa envolverá pacientes do Instituto HNary, que concordarem em participar voluntariamente, sendo que os procedimentos avaliativos deverão ocorrer nas dependências da Clínica de Fonoaudiologia da FOB/USP.

Informamos que o trabalho só poderá ser iniciado após aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Atenciosamente,

Dr. Hugo Nary Filho
Diretor Clínico do Instituto HNary

Alex
Gerente do Instituto HNary

Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 12-67,
Vila Universitária, CEP 17012-191, Bauru – SP
www.institutohnary.com.br
Tel.: (14) 3227-7495

ANEXO D - Termo de Aquiescência

Rua Henrique Savi 5-63,
Vila Nova Cidade Universitária,
Bauru-SP, CEP 17012-205,
(14) 3234-9065
www.iocp.com.br

IOCP

Bauru, 06 de abril de 2009.

TERMO DE AQUIESCÊNCIA

Como parte da documentação solicitada pelo *Comitê de Ética em Pesquisa* da Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo (FOB/USP) para a avaliação de projetos de pesquisas envolvendo seres humanos, declaramos estar cientes da realização da pesquisa *"Efeitos da cirurgia ortognática sobre o sistema miofuncional orofacial e cervical"*, a ser realizada na Clinica de Fonoaudiologia junto à disciplina Clínica de Voz e Motricidade Orofacial, sob responsabilidade da professora Profª Drª Giédre Berretin-Felix.

Declaramos, ainda, ter ciência de que tal pesquisa envolverá pacientes do Instituto Odontológico de Cirurgia e Prótese, que concordarem em participar voluntariamente, sendo que os procedimentos avaliativos deverão ocorrer nas dependências da Clínica de Fonoaudiologia da FOB/USP.

Informamos que o trabalho só poderá ser iniciado após a aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Atenciosamente,

Dr. Paulo Domingos Ribeiro Jr.
Cirurgião Dentista

Dr. Luís Eduardo M. Padovan
Cirurgião Dentista

ANEXO E - Termo de Aquiescência

USC
UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORACAO

Bauru, 06 de abril de 2009.

TERMO DE AQUIESCÊNCIA

Como parte da documentação solicitada pelo *Comitê de Ética em Pesquisa* da Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo (FOB/USP) para a avaliação de projetos de pesquisas envolvendo seres humanos, declaramos estar cientes da realização da pesquisa *"Efeitos da cirurgia ortognática sobre o sistema miofuncional orofacial e cervical"*, a ser realizada na Clinica de Fonoaudiologia junto à disciplina Clinica de Voz e Motricidade Orofacial, sob responsabilidade da professora Profª Drª Giédre Berretin-Felix.

Declaramos, ainda, ter ciência de que tal pesquisa envolverá pacientes atendidos pelo Programa de Pós Graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade do Sagrado Coração (USC), que concordarem em participar voluntariamente, sendo que os procedimentos avaliativos deverão ocorrer nas dependências da Clínica de Fonoaudiologia da FOB/USP.

Informamos que o trabalho só poderá ser iniciado após a aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Eduardo Sanches Gonçales
Coordenador do Programa de Pós Graduação em Cirurgia e Traumatologia da USC

ANEXO F - Questionário Body Dysmorphic Disorder Examination – BDDE

Questionário Body Dysmorphic Disorder Examination – BDDE

Nome: _____ Nº _____
Data do exame: __ / __ / __ Idade: ___ anos DN: __ / __ / __ Sexo: _____
Estado civil: _____ Escolaridade: _____ Nome do dentista: _____
Examinadora:_____Data:____/____/____

1. Descrição de problema na aparência física

***** "O que você não tem gostado na sua aparência no último mês"?"
_____
_____
_____
_____

2. Defeito físico observável

0) nenhum problema de aparência observável.
1) problema informado é observável, embora não raro ou anormal (por exemplo, um nariz grande, sobrepeso moderado).
2) problema informado definitivamente é anormal (por exemplo, perna amputada, cicatrizes de queimaduras, obesidade grave).
3) nenhuma oportunidade para observar o problema.

3. Reclamações de transtorno delirante somático ou similar

0) problema de aparência informado prejudica apenas a aparência.
1) o problema informado prejudica funções corpóreas
2) o problema assusta as pessoas.

4. Percepção da anormalidade do problema de aparência

* "Durante o último mês, até que ponto o sr(a) tem sentido que outras pessoas têm a mesma característica ou a mesma gravidade da característica que você descreveu acima?" "O quanto esta condição está presente em outras pessoas?"
0) todo mundo tem a mesma característica.
1)
2) muitas pessoas têm a mesma característica.
3)
4) poucas pessoas têm a mesma característica.
5)
6) ninguém mais tem a mesma característica

5. Conferindo o problema

"Informe o número de vezes durante o último mês no qual você olhou atentamente o seu problema no espelho".
0) 0 vezes
1) 1-3 vezes
2) 4-7 vezes
3) 8-11 vezes
4) 12-16 vezes
5) 17-21 vezes
6) 22-28 dias vezes

6. Descontentamento com problema de aparência

*****"Durante o último mês, quanto incômodo seu (a) _____ tem causado?"

0) nenhum incômodo.
1)
2) incômodo leve.
3)
4) incômodo médio.
5)
6) incômodo grande.

7. Descontentamento com a aparência geral

*****"Durante o último mês, você tem se sentido incomodado com a sua aparência geral?"
0) nenhum incômodo.
1)
2) incômodo leve.
3)
4) incômodo médio.
5)
6) incômodo grande.

8. Busca de conforto

***** "Durante o último mês, você procurou apoio com outras pessoas tentando ouvir que seu (a) _____ não é tão ruim ou anormal quanto você pensa que é?"
0) nunca tentou se confortar
2) 4 -7 vezes/mês ou tentou se confortar uma ou duas vezes em cada semana.
3) 8-11 vezes/mês.
4) 12-16 vezes/mês ou tentou se confortar em metade dos dias.
5) 17-21 vezes/mês.
6) 22-28 vezes/mês ou tentou se confortar diariamente ou quase diariamente.

9. Preocupação com o problema de aparência

***** "Com que freqüência você pensa em seu problema e se sente triste, desestimulado ou chateado?"
0) nunca fica chateado com o problema de aparência ou nunca pensa no problema de aparência.
1) 1-3 vezes/mês.
2) 4-7 vezes/mês ou pensa nisto e se sente chateado uma ou duas vezes em cada semana.
3) 8-11 vezes.
4) 12-16 vezes/mês ou pensa nisto e se sente chateado em metade dos dias da semana.
5) 17-21 vezes.
6) 22-28 vezes ou pensa nisto e se sente chateado diariamente ou quase diariamente.

10) Preocupação com o problema de aparência em situações públicas

*****"Durante o último mês, quanto você se preocupou sobre seu (a) _____ quando você estava em áreas públicas como lojas, supermercados, ruas, restaurantes, ou lugares onde havia principalmente pessoas que você não conhecia?"
0) nenhuma preocupação.
1)
2) leve preocupação.
3)
4) média preocupação.
5)
6) grande preocupação.

11. Preocupação sobre o problema de aparência em situações sociais

***** "Durante o último mês, quanto você se preocupou sobre seu problema quando estava em locais sociais com colegas de trabalho, conhecidos, amigos ou membros da família?"
0) nenhuma preocupação.
1)
2) leve preocupação.
3)
4) média preocupação.
5)
6) grande preocupação.

12. Freqüência com que o problema de aparência é notado por outras pessoas

***** "Durante o último mês, com que freqüência você têm sentido que outras pessoas notaram ou estavam prestando atenção em seu(a) _____?"
0) nunca aconteceu.
1) 1-3 vezes/mês.
2) 4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes em cada semana.
3) 8-11 vezes/mês.
4) 12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias.
5) 17-21 vezes/mês.
6) 22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.

13. Angústia relacionada ao problema de aparência notado por outras pessoas

***** "Quanto você ficou chateado quando sentiu que as pessoas notaram ou estavam prestando atenção em seu (a) _?"
0) não se sentiu chateado ou outras pessoas não notaram.
1) se sentiu ligeiramente chateado somente quando certas pessoas notaram.
2) se sentiu ligeiramente chateado quando qualquer um notou.
3) se sentiu medianamente chateado quando certas pessoas notaram.
4) se sentiu medianamente chateado quando qualquer um que notou.
5) se sentiu enormemente chateado quando certas pessoas notaram.
6) se sentiu enormemente chateado quando qualquer um notou.

14. Freqüência relacionada ao comentário de outros

***** "Durante o último mês, com que freqüência alguém fez tanto um comentário positivo quanto negativo sobre seu (a)_?"
0) nunca aconteceu.
1) 1 a 3 vezes/mês.
2) 4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes a cada semana.
3) 8-11 vezes/mês.
4) 12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias.
5) 17-21 vezes/mês.
6) 22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.

15. Angústia relacionada ao comentário de outros

***** "Quanto você ficou chateado quando alguém fez um comentário sobre seu (a) _____?"
0) não ficou chateado ou outras pessoas não comentaram.
1) se sentiu ligeiramente chateado somente quando certas pessoas comentaram.
2) se sentiu ligeiramente chateado quando qualquer um comentou.
3) se sentiu medianamente chateado quando certas pessoas comentaram.
4) se sentiu medianamente chateado quando qualquer um comentou.
5) se sentiu enormemente chateado quando certas pessoas comentaram.
6) se sentiu enormemente chateado quando qualquer um comentou.

16. Freqüência com que foi tratado diferentemente por outros devido ao problema de aparência

***** "Durante o último mês, com que freqüência você sentiu que outras pessoas o(a) trataram diferente ou de maneira que você não gostou por causa de seu (a) _____?"
0) nunca aconteceu.
1) 1-3 vezes/mês.
2) 4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes em cada semana.
3) 8-11 vezes/mês.
4) 12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias.
5) 17-21 vezes/mês.
6) 22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.

17. Angústia relacionada ao tratamento diferenciado das outras pessoas devido ao problema de aparência

***** "Quanto você ficou chateado quando as pessoas o(a) trataram diferente
por causa de seu(a)_____?"
0) não ficou chateado ou não houve nenhum tratamento diferencial.
1) ligeiramente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
2) ligeiramente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.
3) medianamente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
4) medianamente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.
5) enormemente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
6) enormemente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.

18. Importância do problema de aparência

***** "O quanto a sua aparência é importante comparada a outros valores como personalidade, inteligência, habilidade no trabalho, relacionamento com outras pessoas e execução de outras atividades?"
0) nenhuma importância.
1)
2) pouca importância.
3)
4) média importância.
5)
6) grande importância.

19. Auto-avaliação negativa devido ao problema de aparência

***** "Durante o último mês, você se criticou devido ao seu (a) _____)?"
0) nenhuma crítica.
1)
2) poucas críticas.
3)
4) algumas críticas.
5)
6) muitas críticas.

20. Avaliação negativa feita por outras pessoas devido ao problema de aparência

***** "Durante o último mês, você sentiu que outras pessoas o(a) criticaram por causa de seu(a) _____?
0) nenhuma crítica.
1)
2) poucas críticas aconteceram.
3)
4) algumas críticas aconteceram.
5)
6) muitas críticas aconteceram.

21. Percepção de atratividade física

***** "Durante o último mês, você sentiu que outras pessoas te acharam atraente"?
0) Sim, me acharam atraente
1)
2) Não, ligeiramente sem atrativos.
3)
4) Não, mediamente sem atrativos.
5)
6) Não, sem nenhum atrativo.

22. Grau de convicção do problema de aparência

Não faça esta pergunta se o entrevistado obteve pontuação 2 no item 2, isto é, tem uma anormalidade física definida que não é imaginada ou é exagerada. * "Durante as últimas quatro semanas, você pensou alguma vez que seu (a) _____ poderia não ser tão ruim quanto você geralmente pensa ou que seu (a) _____ realmente não é anormal?"
0) perspicácia boa, completamente atento ao exagero e à insensibilidade, embora preocupado com o defeito.
1) perspicácia regular. Pode admitir que a preocupação pode ser às vezes insensata ou sem sentido e que aquela aparência não é verdadeiramente defeituosa.
2) perspicácia pobre. Firmemente convencido que o defeito é real e que a preocupação não é sem sentido.

23. Afastamento de situações públicas

***** "Durante o último mês, você evitou áreas públicas porque se sentiu incomodado com o seu (a) _____? Você tem evitado ir a lojas, supermercados, ruas, restaurantes ou outras áreas onde haveria principalmente pessoas que você não conhecia? Com que freqüência?"
0) nenhum afastamento de situações públicas.
1)
2) evitou pouco.
3)
4) evitou com média freqüência.
5)
6) evitou muito.

24. Afastamento de situações sociais

***** "Durante o último mês, você evitou trabalhar ou outras situações sociais com amigos, parentes, ou conhecidos porque se sentiu incomodado com o seu (a) _____? Situações sociais podem incluir ir à escola, festas, reuniões familiares e etc. Com que freqüência?"
0) nenhum afastamento de situações sociais.
1)
2) evitou pouco
3)
4) evitou com média freqüência.
5)
6) evitou muito.

25. Afastamento de contato físico

***** "Durante o último mês, você tem evitado contato físico com outras pessoas por causa de seu (a) _____? Isto inclui relação sexual como também outro contato íntimo como abraçar, beijar, ou dançar."
0) nenhum afastamento de contato físico.
1)
2) evitou pouco.
3)
4) evitou com média freqüência.
5)
6) evitou muito.

26. Afastamento de atividade física

***** "Durante o último mês, você evitou atividades físicas como exercício ou recreação ao ar livre por causa de seu (a) _____?"
0) nenhum afastamento de atividade física.
1)
2) evitou pouco
3)
4) evitou com média freqüência.
5)
6) evitou muito

27. Escondendo o corpo

***** "Durante o último mês, você se vestiu de forma a esconder, encobrir, disfarçar e/ou desviar atenção de seu (a) _____ ?" Utilizou maquiagem ou mudou seu corte de cabelo de algum modo especial para tentar esconder ou disfarçar seu (a) _____?"
0) nunca escondeu problema
1) 1-3 vezes/mês
2) 4-7 vezes/mês ou escondeu uma ou duas vezes em cada semana.
3) 8-11 vezes/mês
4) 12-16 vezes/mês ou escondeu em metade dos dias.
5) 17-21 vezes/mês
6) 22-28 dias vezes/mês ou escondeu diariamente ou quase diariamente.

28. Alterando a postura corporal

***** "Durante o último mês, você alterou seus movimentos corporais (como o modo de se levantar ou de se sentar, onde você põe suas mãos, como você caminha, que lado seu você mostra às pessoas) com a intenção de esconder seu (a) _____ ou distrair a atenção das pessoas do seu
problema de aparência?"
0) nenhuma alteração de postura ou movimentos corporais.
1) 1-3 dias vezes/mês.
2) 4-7 vezes/mês ou uma ou duas alterações em cada semana.
3) 8-11 vezes/ mês.
4) 12-16 vezes/mês ou alteração em cerca de metade dos dias.
5) 17-21 vezes/mês.
6) 22-28 vezes/mês ou alteração de postura ou movimentos corporais diariamente ou quase diariamente.

29. Inibição do contato físico

***** "Durante o último mês, você evitou contato físico com outras pessoas com a intenção de esconder seu (a) _____ ou distrair a atenção das pessoas dele?"Por exemplo, você impediu outras pessoas de tocarem certas partes de seu corpo? Ou inibiu sua postura durante ato sexual ou outro contato físico íntimo como abraçar, beijar ou dançar?"
0) nunca inibiu o contato físico.
1)
2) inibiu em menos da metade das ocasiões de contato físico.
3)
4) inibiu em torno de metade das ocasiões de contato físico.
5)
6) inibiu em todas ou quase todas as vezes em que teve contato físico.

30. Evitando olhar para o corpo

***** "Durante o último mês, você tem evitado olhar para seu corpo, particularmente para o seu (a) _____ para controlar sentimentos sobre sua aparência? Isto inclui evitar olhar para você, vestido ou sem roupas, diretamente ou em espelhos."
0) nenhuma inibição de olhar para corpo.
1) 1-3 vezes/mês.
2) 4-7 vezes/mês ou evitou uma ou duas vezes em cada semana.
3) 8-11 vezes/mês.
4) 12-16 vezes/mês ou evitou em metade dos dias.
5) 17-21 vezes/mês.
6) 22-28 vezes/mês ou evitou olhar para corpo diariamente ou quase diariamente.

31. Evitando que outras pessoas olhem para o seu corpo

***** "Durante o último mês, você tem evitado que outras pessoas vejam seu corpo sem roupas porque se sente incomodado com a sua aparência? Isto inclui não deixar seu cônjuge, parceiro, companheiro
de quarto ou outras pessoas o(a) vejam sem roupas."
0) nenhuma inibição de que outros o vejam com o corpo despido devido ao problema.
1)
2) evitou pouco.
3)
4) evitou com média freqüência.
5)
6) evitou muito.

32. Comparação com outras pessoas

***** "Durante as últimas quatro semanas, você comparou seu(a) _____ com a aparência de outras pessoas ao redor de você ou de revistas ou televisão?"
0) nenhuma comparação com outras pessoas.
1) 1-3 vezes/mês.
2) 4-7 vezes/mês ou uma ou duas comparações em cada semana.
3) 8-11 vezes/mês.
4) 12-16 vezes/mês ou comparações em metade dos dias.
5) 17-21 vezes/mês.
6) 22-28 vezes/mês o

33. Estratégias de embelezamento

***** "O que você tem feito para tentar mudar (reduzir, eliminar, corrigir) seu (a) _na tentativa de melhorar sua aparência?"
0) nenhuma estratégia ou tentativa para alterar o problema deaparência.
1) redução de peso através de dieta.
2) redução de peso através de exercícios.
3) redução de peso através de cirurgia (por exemplo, gastroplastia).
4) cirurgia estética para eliminação gordura (por exemplo, lipoescultura).
5) outra cirurgia estética (por exemplo, mastoplastia, rinoplastia, reversão de cicatriz).
6) tratamentos tópicos (por exemplo, para condições de pele ou calvície).
7) prótese (por exemplo, perna artificial ou prótese de silicone para melhorar a aparência).
8) outro (especifique) _____

34. Problema de aparência não considerado por outra desordem

0) a preocupação é restrita à aparência em vez de outras obsessões ou compulsões ou comportamento relacionado a fobias; preocupação não relacionada a uma manifestação de uma desordem alimentar ou desordem de identidade de gênero.
1) preocupação melhor considerada por outra desordem.

ANEXO G - Questionário de Qualidade de Vida - OHIP 14

Nome: _____ Nº _____
Data do exame: __ / __ / __ Idade: ___ anos DN: __ / __ / __ Sexo: _____
Estado civil: _____ Escolaridade: _____ Nome do dentista: _____
Examinadora:_____ Data:____/____/____

Limitação Funcional

1) Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?
0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre

2) Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado por causa de problemas com os seus dentes, sua boca ou dentadura?
0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre

Dor Física

3)Você já sentiu dores fortes em sua boca?
0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre

4) Você tem se sentido incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?
0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre

Desconforto Psicológico

5) Você tem ficado pouco à vontade por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?
0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre

6) Você se sentiu estressado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?
0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre

Limitação Física

7) Sua alimentação tem sido prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?
0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre

8) Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?
0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre

Limitação Psicológica

9) Você tem encontrado dificuldades para relaxar por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?
0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre

10) Você já se sentiu um pouco envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?
0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre

Limitação Social

11) Você tem estado um pouco irritado com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?
0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre

12) Você tem tido dificuldade em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?
0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre

Incapacidade

13) Você já sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?
0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre

14) Você tem estado sem poder fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?
0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre