**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

NATÁLIA CRISTINA REINALDO MARIANO

**Impacto das disfunções orofaciais na qualidade de vida de
pacientes com e sem fissuras labiopalatinas**

**BAURU
2015**

NATÁLIA CRISTINA REINALDO MARIANO

**Impacto das disfunções orofaciais na qualidade de vida de
pacientes com e sem fissuras labiopalatinas**

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Orientadora: Profa. Dra. Simone Soares

**BAURU
2015**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

Rua Silvio Marchione, 3-20

Caixa Postal: 1501

17012-900 - Bauru – SP – Brasil

Telefone: (14) 3235-8000

Prof. Dr. Marco Antônio Zago – Reitor da USP

Dra. Regina Célia Bortoleto Amantini – Superintendente do HRAC-USP

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Natália Cristina Reinaldo Mariano

Bauru, ____ de _____ de ____.

M333i

Mariano, Natália Cristina Reinaldo
Impacto das disfunções orofaciais na qualidade de vida de pacientes com e sem fissuras labiopalatinas / Natália Cristina Reinaldo Mariano. Bauru, 2015.
81p. : il. ; 30cm.

Dissertação (Mestrado – Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Soares

1. Fissura palatina. 2. Qualidade de vida. 3. Fissura labial.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Natália Cristina Reinaldo Mariano

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Profa. Dra. Daniela Gamba Garib Carreira

Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP

Data de depósito da dissertação junto a SPG: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus** pela realização deste sonho.

Ao meu marido **Eduardo**, por me apoiar e sempre incentivar.

Aos meus pais **Ana** e **Donizeth**, que me ensinaram a ter fé em mim e em Deus.

À minha querida orientadora **Profa. Dra. Simone Soares**, obrigada por fazer do aprendizado, não um trabalho, mas um contentamento. Por fazer com que eu me senti-se uma pessoa de valor. Por me ajudar a descobrir o que fazer de melhor e, assim, fazê-lo cada vez melhor. Obrigado por afastar-me do medo das coisas que pude não compreender, levando, por fim, a compreendê-las... Por resolver o que achava complicado... Por ser uma pessoa digna de total confiança e a quem pude recorrer quando achei que as coisas seriam difíceis... Obrigado por me convencer de que era melhor do que eu suspeitava.

Agradeço a todos os professores do programa e em especial a **Profa. Dra. Daniela Gamba Garib Carreira**, que nunca poupou esforços para nós alunos.

Às **funcionárias da Pós-graduação**, por serem sempre prestativas, competentes e gentis quando precisei.

Aos **professores das Clínicas de Reabilitação Oral do HRAC-USP** e também da **FOB-USP**. E também aos **funcionários das clínicas**.

Aos meus **colegas de turma** pelo companheirismo e carinho.

Ao **Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo**.

A **todos os pacientes** que aceitaram participar deste trabalho, sem os quais não seria possível a realização do mesmo, o meu agradecimento pela disponibilidade.

À **Profa. Dra. Aímee Maria Guiotti** por ter aceitado o convite de fazer parte da minha banca. Obrigada por esta honra!

E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, colaboraram e tornaram possível a realização deste trabalho.

“Lute com determinação, abrace a vida com paixão, perca com classe e vença sempre com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito bela para ser insignificante.”

Charles Chapin

RESUMO

Mariano NCR. Impacto das disfunções orofaciais na qualidade de vida de pacientes com e sem fissuras labiopalatinas [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2015.

O presente estudo avaliou as disfunções orofaciais em pacientes com e sem fissuras labiopalatinas e correlacionou com qualidade de vida. Foram selecionados 120 pacientes, de 35 a 65 anos do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais/USP e da Faculdade de Odontologia de Bauru FOB/USP. Os pacientes selecionados foram divididos em 2 grupos: grupo controle (GC) e grupo fissura (GF): 60 pacientes em cada grupo (30 homens e 30 mulheres). Cada paciente passou por uma entrevista e por uma avaliação clínica, através dos instrumentos NOT-S (disfunção orofacial) e SF-36 (saúde relacionada a qualidade de vida). A pontuação foi obtida e tabulada para cada instrumento específico. O teste estatístico de Mann-Whitney foi aplicado para avaliar grupos e gêneros no desempenho de NOT-S e SF-36 e o Teste Qui-quadrado associou o desempenho entre NOT-S, nos gêneros e grupos. Para correlacionar os instrumentos utilizou-se o Coeficiente de correlação de Spearman. Nível de significância de 5% foi adotado para todos os testes estatísticos. O índice de concordância intra-examinador foi $K=0,63$. Ao avaliar os valores de NOT-S entre os grupos, houve diferença estatisticamente significativa para os gêneros ($p<0,001$), entretanto quando avaliou-se os gêneros no mesmo grupo não houve diferença. Na avaliação do desempenho dos domínios de NOT-S entre GC e GF, houve diferença estatística ao associar os grupos nos domínios II ($p=0,021$), IV ($p<0,001$) e VI ($p=0,002$) na entrevista, e em todos os domínios do exame ($p<0,001$). Na avaliação dos domínios do SF-36 com os grupos observou-se médias de valores maiores em todos os domínios, com diferença estatística para: estado geral de saúde ($p=0,003$), aspectos físicos ($p=0,014$), aspectos sociais ($p<0,001$), e vitalidade ($p=0,006$). Ao associar o questionário SF-36 entre os gêneros e os grupos houve diferença estatística para o gênero feminino nos seguintes domínios: estado geral de saúde ($p=0,002$), aspectos sociais ($p=0,003$) e vitalidade ($p=0,036$). Na correlação entre os domínios de SF-36 e NOT-S para o grupo GC verificou-se diferença estatística apenas para o domínio estado geral de saúde ($p=0,047$). No grupo GF observou-se que houve correlação do NOT-S com SF-36 nos seguintes domínios: estado geral de saúde ($p=0,004$), limitação por aspectos emocionais ($p=0,028$) e vitalidade ($p=0,05$), ou seja, quanto menor o valor de NOT-S, melhor o estado geral de saúde, limitação por aspectos emocionais e vitalidade. Conclui-se que a prevalência da disfunção orofacial em pacientes com fissura labiopalatina é maior que em pacientes sem fissura labiopalatina; que a disfunção orofacial impacta negativamente a qualidade de vida dos pacientes com fissura nos domínios: estado geral de saúde, limitação por aspectos emocionais e vitalidade e que há diferença na prevalência da disfunção orofacial entre os gêneros para os pacientes com e sem fissura labiopalatina.

Palavras-chave: Fissura palatina. Qualidade de vida. Fissura labial.

ABSTRACT

Mariano NCR. Impact of orofacial dysfunctions on quality of life of patients with or without cleft lip and palate [dissertation]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2015.

This study assessed the orofacial dysfunctions in patients with and without cleft lip and palate and correlated with quality of life. We selected 120 patients, 35-65 years Anomalies Rehabilitation Hospital Craniofacial / USP and Bauru Dental School FOB/USP. The selected patients were divided into 2 groups: control group (CG) and fissure group (GF): 60 patients in each group (30 men and 30 women). Each patient underwent an interview and a clinical evaluation through NOT-S instruments (orofacial dysfunctions) and SF-36 (health related quality of life). The score was obtained and tabulated for each specific instrument. The statistical test of Mann-Whitney was applied to evaluate groups and genders in performing NOT-S and SF-36 and the chi-square test associated performance between NOT-S, the genders and groups. To correlate the instruments we used the Spearman correlation coefficient. 5% significance level was adopted for all statistical tests. The intra-examiner agreement index was K=0.63. When evaluating the NOT-S values between the groups, there were statistically significant differences for sexes ($p<0.001$), however when we evaluated the genders in the same group there was no difference. In performance evaluation of areas of NOT-S between GC and GF, was no statistical difference by associating groups in areas II ($p=0.021$), IV ($p<0.001$) and VI ($p=0.002$) in the interview, and in all areas of the test ($p<0.001$). In the evaluation of the SF-36 with the groups observed average higher values in all areas, with statistical difference for: general health ($p=0.003$), physical ($p=0.014$), social functioning ($p<0.001$), and vitality ($p=0.006$). By associating the SF-36 questionnaire between genders and groups was no statistical difference for females in the following areas: general health ($p=0.002$), social functioning ($p=0.003$) and vitality ($p=0.036$). The correlation between the domains of SF-36 and NOT-S for the control group there was significant difference only for the domain general health ($p=0.047$). In GF group we noted that there was correlation NOT-S with SF-36 in the following areas: general health ($p=0.004$), role emotional ($p=0.028$) and vitality ($p=0.05$) that is, the lower the value of NOT-S, better general health, role emotional and vitality. It concludes that the prevalence of orofacial dysfunctions in patients with cleft lip and palate is higher than in patients without cleft lip and palate; the orofacial dysfunctions adversely impacts the quality of life of patients with cleft in the areas: general health, role emotional and vitality and that no difference in the prevalence of orofacial dysfunctions between genders for patients with and without cleft lip and palate.

Keywords: Cleft palate. Quality of life. Cleft lip.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURAS

Figura 1 -	Pede-se para o paciente fechar os olhos fortemente, para avaliar se os músculos se apresentam ativados em simetria (Domínio 3)	35
Figura 2 -	Avaliou-se os músculos da mandíbula em função. Pedindo para o paciente morder com os dentes posteriores (Domínio 4).....	35
Figura 3 -	Pede-se para o paciente colocar a língua para fora o máximo possível e avalia-se a função motora oral (Domínio 5)	35
Figura 4 -	Abertura máxima de boca e pronúncia do som -“ah-ah-ah”. Observa-se se há elevação da úvula e do palato mole (Domínio 6).....	35
Figura 5 -	Fluxograma dos pacientes com fissura labiopalatina	43

- QUADROS

Quadro 1 -	Domínios incluídos no Nordic Orofacial Test-Screening (NOT-S) ...	34
Quadro 2 -	Domínios para análise do SF-36, e ponderação dos dados.....	37
Quadro 3 -	Cálculo de <i>Raw Scale</i>	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição da amostra de acordo com o número de indivíduos avaliados e valores de média, desvio padrão, variação, valores máximos e mínimos de NOT-S e idade.....	43
Tabela 2 -	Média e desvio padrão de NOT-S entre os gêneros e grupos avaliados	44
Tabela 3 -	Avaliação de desempenho dos domínios de NOT-S nos grupos ..	45
Tabela 4 -	Avaliação dos domínios dos grupos com o SF-36	45
Tabela 5 -	SF-36 aplicado entre os grupos e gênero	46
Tabela 6 -	Correlação de Spearman entre SF-36 e NOT-S nos grupos GC e GF	46

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1	QUALIDADE DE VIDA	19
2.2	DISFUNÇÃO OROFACIAL	21
2.3	FISSURAS LABIOPALATINAS	24
3	PROPOSIÇÃO	27
3.1	HIPÓTESES	29
4	CASUÍSTICA E MÉTODOS	31
4.1	COMITÊ DE ÉTICA	33
4.2	SELEÇÃO DA AMOSTRA	33
4.3	DETERMINAÇÃO DOS GRUPOS	34
4.4	AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO OROFACIAL	34
4.5	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA GERAL	36
4.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	39
5	RESULTADOS	41
6	DISCUSSÃO	47
7	CONCLUSÃO	55
	REFERÊNCIAS	59
	ANEXOS	69

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Qualidade de vida, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida e no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1993). Qualidade de vida envolve o bem estar físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos e também a saúde e outras circunstâncias da vida. Não deve ser confundida com padrão de vida, uma medida que quantifica qualidade e quantidade de bens e serviços disponíveis (GOULART; SAMPAIO, 2004; LANA et al., 2007; POMPEU; MENESES, 2008; COSTA et al., 2010). O grau de satisfação ou insatisfação do indivíduo pode refletir em valores, passíveis de mensuração, capazes de comprometer a qualidade de vida de uma forma geral (LEME; BARBOSA; GAVIÃO, 2011). Existem vários instrumentos para mensurar e avaliar a qualidade de vida e o *Medical Outcomes Study 36-item Short Form* (SF-36) (VITORINO et al., 2004; AQUINO et al., 2009) é um deles que busca quantificar, através de domínios específicos, e entrevista, aspectos gerais de qualidade de vida.

Disfunções ou anomalias congênitas (SANCHES, 2004) que alteram a condição normal, como por exemplo, fissuras labiopalatinas (MOSSEY et al., 2009), podem comprometer substancialmente aspectos estéticos, morfológicos e funcionais (FREITAS et al., 2012a). Uma delas é a disfunção orofacial, que pode ser detectada como uma simples alteração de simetria na face do indivíduo, até comprometimentos mais complexos relacionados a deglutição, fonação, musculatura mastigatória com alteração de padrão facial.

Função orofacial é o resultado de atividades complexas e integradas do sistema nervoso central e do sistema neuromuscular (FELÍCIO, 2004). Isto inclui uma série de ações vitais como, por exemplo, respirar, mastigar, deglutir e falar, atua como base para interação social em termos de comunicação verbal, comunicação emocional, expressões faciais e aparência. Dentre as funções citadas, a mastigação se apresenta como uma função essencial na prevenção dos distúrbios miofuncionais, da musculatura orofacial. A deglutição normal também é imprescindível, pois tal evento dará continuidade à estimulação para manutenção e

equilíbrio das funções orais. A função respiratória normal proporciona condições favoráveis para o crescimento e desenvolvimento dos tecidos moles e duros. E finalmente a fonação, pois o som é produzido na laringe e é controlado e moldado pela cavidade oral, faringe e cavidade nasal (MACEDO; GOMES; FURKIM, 2000; KURAME et al., 2001; FELÍCIO, 2004; MACIEL et al., 2006). Porém, esses processos fisiológicos, quando comprometidos, podem causar ou exacerbar uma má oclusão dentária. Essas más oclusões resultantes de fatores hereditários, pré-natais, pós-natais intrínsecos, como perdas precoces e hipoplasias, e, ainda, por fatores pós-natais extrínsecos, que se referem a todos os hábitos nocivos, como a sucção sem fins nutritivos, distúrbios respiratórios, interposição de língua, alterações na deglutição, mastigação e articulação da fala (MACIEL et al., 2006).

A disfunção orofacial pode incapacitar o indivíduo esteticamente e funcionalmente, podendo ser adquirida como consequência de doenças ou traumas (LUND, 1991) ou se apresentar como fator comum em algumas enfermidades genéticas e desordens congênitas. Para avaliar essa disfunção, foi criado um *Nordic Orofacial Test-Screening* (NOT-S), que através de exame e entrevista estruturada quantifica a disfunção orofacial.

O desenvolvimento facial embrionário humano é muito complexo. Uma alteração genética qualquer pode resultar em anomalias, desde pequenas assimetrias até defeitos faciais com maiores comprometimentos, tanto estético quanto funcional. E a fissura labiopalatina é um exemplo de desordem congênita que pode alterar a condição de normalidade e afetar a qualidade de vida (GARDENAL et al., 2011).

Estas alterações, que ocorrem dependendo do período, podem ocasionar diferentes tipos de fissuras. Existem algumas classificações citadas na literatura, porém o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP) adotou a classificação de Spina et al. (1972). Sua particularidade consiste em elucidar a origem embriológica do defeito por considerar a evolução da face na vida intrauterina, tendo como referencial o forame incisivo.

As fissuras faciais, incluindo as de lábio e de rebordo alveolar, se formam até a 8ª semana de vida intrauterina, enquanto as fissuras de palato até a 12ª semana de vida gestacional (FREITAS et al., 2013).

A linha de fusão entre os processos faciais embrionários constitui a área vulnerável, e na ausência de fusão, onde ela deveria acontecer, forma-se a fissura. A época de surgimento destas malformações corresponde ao período embrionário para as fissuras da face e palato primário, e ao período fetal, para as fissuras de palato secundário (AIELLO; SILVA FILHO; FREITAS, 2000; MARQUES; THOMÉ; PERES, 2007).

As fissuras que envolvem o lábio acarretam implicações estéticas por deixarem marcas indeléveis na face e, quando passam pelo rebordo alveolar, na oclusão. As fissuras que envolvem o palato desencadeiam problemas relacionados ao funcionamento do mecanismo velofaríngeo e do ouvido. As fissuras labiopalatinas acometem cerca de 2 para cada 1000 nascidos vivos entre os asiáticos, 1 para cada 1000 nascidos vivos entre os indivíduos brancos, e de 0,41 casos por 1000 nascidos vivos entre os negros (TEWFIK, 2015).

Porém os pacientes com fissura e disfunção orofacial também são passíveis de sofrer influência em sua qualidade de vida. A partir desta hipótese correlacionar a disfunção orofacial em pacientes com e sem fissura, é importante, pois a presença dessa desordem podem influenciar o bem estar do paciente afetando a qualidade de vida.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 QUALIDADE DE VIDA

Na década de 80, o conceito sobre qualidade de vida começou a ser abordado, considerando diferentes dimensões. E para compreender melhor este fato, estudos empíricos (SANTOS; SIMÕES, 2012; SANTOS, 2013) foram conduzidos para auxiliar a formação de uma base conceitual fundamental para o avanço da ciência.

Já a década de 90, foi caracterizada pela concordância entre os especialistas de que o conceito de qualidade de vida avançou inevitavelmente em dois aspectos centrais: a subjetividade e a multidimensionalidade, sendo assim, um conceito complexo. A análise da literatura produzida até 1995 revela que ainda havia muitos problemas teóricos e metodológicos a serem solucionados (BOOG, 2001; SEIDL; ZANNON, 2004).

Atualmente, este termo vem sendo utilizado por diversas áreas da saúde. No entanto, é possível notar a multidimensionalidade e a complexidade que aparece retratada na diversidade de abordagens sobre o assunto (IGLESIAS, 2002).

Esta expressão ou termo, não está sendo somente usada pela sociedade, mas também por pesquisadores, no qual cada vez mais estão produzindo estudos sobre o assunto (GOULART; SAMPAIO, 2004). Os mesmos procuram conceituar, compreender, relacionar o termo qualidade de vida de indivíduos e grupos sociais a partir dos preceitos da ciência.

Segundo a World Health Organization (1986), qualidade de vida é definida como preservação da integridade física, mental e social, um completo bem-estar biopsicossocial e não apenas ausência de doença, com maior expectativa de vida e avanços biomédicos. E ainda, qualidade de vida pode ser definida, como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, ligado em um contexto cultural e em um sistema de valor em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FERREIRA et al., 2014).

Pesquisas têm sido desenvolvidas para dimensionar e quantificar qualidade de vida, todas baseadas em questionários ou instrumentos específicos para esse fim.

Reissmann et al. (2013) avaliaram a magnitude da associação entre dois questionários, OHIP-49 e SF-36 para saúde oral e geral, respectivamente, e correlacionaram esses instrumentos para a prática odontológica. Os autores trabalharam com uma amostra de 811 pacientes de uma população geral e 313 indivíduos que compareceram para o check-up anual. O trabalho mostrou evidência da indissociável relação entre a percepção de saúde geral e bucal.

Segundo os autores Camargos et al. (2004), a qualidade de vida pode ser avaliada tanto por instrumentos genéricos como específicos. Os genéricos possibilitam a comparação do impacto de diferentes doenças ou de determinada doença em relação à população geral (LANA et al., 2007). E nos instrumentos específicos, os itens são direcionados para as características da doença em questão e podem também incluir itens destinados aos efeitos colaterais do tratamento, mesmo que possua os mesmos domínios avaliados pelos instrumentos genéricos (MARINUS et al., 2002). Os instrumentos específicos são mais sensíveis para detectar alterações no estado de saúde do indivíduo, e têm como foco os sintomas que representam maior impacto na doença estudada (CAMARGOS et al., 2004).

Alguns instrumentos genéricos comumente utilizados são: o *Sickness Impact Profile* (SIP), o *Nottingham Health Profile* (NHP), o *Medical Outcomes Study 36-item Short Form* (SF-36), o *Funcional Status Questionnaire* (FSQ), o *EuroQol instrument* (EQ-5D), WHOQOL-Bref, OHIP, além de outros (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

O questionário SF-36 (*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*) é um instrumento genérico, utilizado para avaliar de forma ampla e completa a qualidade de vida. Este instrumento foi criado por Ware e Sherbourne (1992), e é original da língua inglesa norte-americana. No Brasil, teve sua tradução, adaptação cultural e validação realizada por (CICONELLI et al., 1999; BEATON; SCHEMITSCH, 2003; CAMPOLINA; CICONELLI, 2006).

Leplège et al. (1998), realizaram a tradução, validação cultural e avaliação preliminar psicométrica do SF-36 na versão francesa. Foi também realizada a

tradução, validação e normatização na versão italiana pelos autores Apolone e Mosconi (1998). E ainda no mesmo ano, a versão australiana (SANSON-FISHER; PERKINS, 1998).

A validação do SF-36 também é confirmada e demonstrada por meio do uso em pesquisas de diversas nacionalidades e distintas patologias, permitindo assim comparações de um grupo com um modelo populacional ou entre diferentes enfermidades (LOPES; CICONELLI; REIS, 2007).

A criação do SF-36 foi baseada em uma revisão de vários trabalhos existentes na literatura e proveniente de um questionário de avaliação de saúde formado por 149 artigos, desenvolvido e testado em mais de 22.000 pacientes. Com o propósito de formular um questionário não extenso, foi elaborado um instrumento a partir de 18 domínios que avaliaram a capacidade funcional, inicialmente limitando doença, saúde mental e percepção da saúde. Em seguida, foram somados dois domínios a este questionário para a avaliação dos aspectos sociais e dor, então, foi criado o SF-20 (*Short Form-20*). O SF-36 foi formado para satisfazer o padrão psicométrico, para a comparação entre grupos que abrangem conceitos genéricos de saúde, não sendo específico para determinada idade, doença ou tratamento. Ele representa definições múltiplas da saúde, inclusive função e deficiência orgânica, desconforto e bem estar, relatórios objetivos e reclamações subjetivas, favorável e desfavorável da condição de saúde (WARE; SHERBOURNE, 1992; CICONELLI et al., 1999).

Condições adversas podem afetar a qualidade de vida dos pacientes em geral, com diferentes graus de comprometimento.

2.2 DISFUNÇÃO OROFACIAL

O sistema estomatognático é composto por estruturas rígidas (ossos, dentes) e tecidos moles estáticos (artérias, veias e nervos) e dinâmicos (lábios, língua, bochechas, glândulas), responsáveis pelo funcionamento harmônico da cavidade oral (MACIEL et al., 2006) e das regiões adjacentes que exercem papel significativo nas funções vitais como: sucção, mastigação, deglutição, respiração, além da articulação da fala (FELÍCIO, 2004), controlados pelo sistema nervoso

central (GONZÁLEZ, 2000). Tais estruturas não são individualmente especializadas em determinada função, ou seja, agem de forma conjunta, de maneira que qualquer modificação anatômica ou funcional específica pode levar a desequilíbrios e vários tipos de alterações (CASTRO et al., 2012).

A Função Orofacial é resultado de atividades integradas do sistema nervoso central e neuromuscular. Envolve diversas funções vitais como respiração, deglutição, mastigação e atos básicos de interação social como fala, expressão facial, aparência e ainda a comunicação de emoções. Dessa forma a função orofacial pode ser severamente incapacitante, sendo característica de muitas desordens genéticas e congênitas. Pode ainda ser adquirida como consequência de trauma ou doenças. Devido sua complexidade vários profissionais estão envolvidos em seu diagnóstico. Uma equipe interdisciplinar que atue multidisciplinarmente é a grande necessidade para estabelecer uma linguagem mútua (BAKKE et al., 2007).

Baseado na possibilidade de alterações que desviem o curso normal de crescimento, desenvolvimento ou condição adversa, em 2002 um grupo de trabalho formado no *Second Nordic Conference on Orofacial* em Gotemburgo, teve a missão de desenvolver um instrumento para avaliação da disfunção orofacial. O grupo acreditava que qualquer prejuízo genético ou congênito poderia levar a disfunção orofacial e havia falta de critérios para avaliar esse comprometimento.

Bakke et al. (2007) desenvolveu e validou um instrumento para avaliar a disfunção orofacial (NOT-S, *Nordic Orofacial Test-Screening*). Um questionário que consistia de uma entrevista estruturada e um exame clínico, totalizando 12 domínios. Cada domínio avaliava uma função orofacial. Nesse estudo os autores avaliaram 120 pacientes de centros especializados em cuidados dentários e patologia da fala e linguagem – grupo estudo (idade entre 3 e 86 anos) e 60 indivíduos saudáveis (idade entre 3 e 78 anos), como grupo controle. Observou médias e desvio padrão para o grupo estudo e para o grupo controle, $4,1 \pm 2,6$ e $0,4 \pm 0,6$, respectivamente. Houve diferença significativa entre os grupos e estudo, e o instrumento revelou sensibilidade (0,96) e especificidade (0,63) e concordância inter e intra-examinador. Concluindo que o NOT-S é capaz de oferecer um teste confiável e válido para avaliação da disfunção orofacial.

A partir desse estudo, O NOT-S foi traduzido e está disponível em várias línguas, tais como, dinamarquês, inglês, finlandês, islandês, norueguês, sueco e,

português (LEME; BARBOSA; GAVIÃO, 2011). Outros estudos seguiram essa corrente e observaram que sua utilização poderia ser feita de forma rápida, sem uso de equipamento especial, e de fácil utilização por profissionais com diferentes formações (BERGENDAL; MCALLISTER; STECKSEN-BLICKS, 2009; STRINI et al., 2011; LEME; BARBOSA; GAVIÃO, 2012; MCALLISTER; LUNDEBORG, 2013).

Saeves et al. (2011) avaliaram a disfunção orofacial em pacientes com síndrome de Prader-Willi e compararam com grupo controle saudável. Aplicaram o NOT-S em 45 pacientes com síndrome de Prader-Willi (23 homens e 22 mulheres) com idade média de $19,8 \pm 9,5$ anos e 40 indivíduos saudáveis (18 homens e 22 mulheres) com idade média de $24 \pm 16,3$ anos. Os indivíduos com síndrome de Prader-Willi mostraram escores de NOT-S maiores que o grupo saudável da ordem de $3,9 \pm 2,1$ contra $0,3 \pm 0,5$, respectivamente. Onde concluíram que 87% dos participantes com síndrome de Prader-Willi demonstraram disfunção em 2 ou mais domínios, particularmente nos domínios: função motora oral, hábitos e face em repouso.

Avaliando disfunção orofacial, níveis de cortisol na saliva e qualidade de vida oral em pacientes jovens, Strini et al. (2011) selecionaram 30 indivíduos saudáveis de ambos os gêneros ($22,93 \pm 2,42$ anos). Aplicaram os instrumentos: NOT-S e OHIP-49 e coletaram saliva durante 3 dias: imediatamente e 30 minutos após o despertar, para obter o ACR (resposta do cortisol ao despertar). Os autores concluíram que indivíduos com disfunção orofacial apresentaram prejuízo na qualidade de vida relacionada a saúde oral, mas não suficiente para modificar os níveis de cortisol salivar. O gênero não tem influência na qualidade de vida relacionada a saúde oral na amostra estudada.

Marquezin et al. (2013) analisaram desempenho mastigatório, força de mordida, necessidade de tratamento ortodôntico (IOTN) e disfunção orofacial (NOT-S) em crianças e adolescentes. A amostra constituiu de 316 pacientes de ambos os gêneros (idade entre 6-16 anos) e divididos em grupos. Concluíram que idade, índice de massa corpórea, força máxima de mordida e presença de bruxismo do sono estavam relacionados ao melhor desempenho mastigatório; mas o aumento nos escores de NOT-S esteve significativamente relacionado ao mais pobre desempenho mastigatório.

Asten et al. (2013) avaliaram as características e funções orofaciais e saúde oral associada a síndrome de Treacher-Collins em relação a expressão fenotípica variável (TCS). Utilizaram o NOT-S, questionário MHC, quadro de observação MHC e exame clínico nasal e da faringe e função mastigatória e deglutição em 19 indivíduos com idade entre 5-74 anos. Concluíram que características e funções orofaciais alteradas em TCS são comuns e persistem na adolescência tardia e maioridade. Os níveis funcionais se correlacionaram com as condições de variabilidade fenotípica. O padrão de saúde oral foi satisfatório. Os achados indicaram que indivíduos com TCS são prováveis de requerer serviços de saúde ao longo de sua vida relacionado as condições orais.

2.3 FISSURAS LABIOPALATINAS

A fissura labiopalatina é um acidente anatômico na região do lábio ou palato, ocasionada pelo não fechamento dessas estruturas, que ocorre entre a quarta e a oitava semana de gestação (BARONEZA et al., 2005; SANDRINI et al., 2005; FIGUEIREDO et al., 2008). Provocam uma série de alterações que podem comprometer a fala, a alimentação, o posicionamento dentário e a estética. Sem o devido tratamento, as fissuras podem ocasionar sequelas graves, como a perda da audição, problemas de fala e déficit nutricional, além de baixa autoestima por causa do preconceito que as pessoas afetadas sofrem (CERQUEIRA et al., 2005). Esses fatores podem comprometer a qualidade de vida dos indivíduos acometidos pelas fissuras labiopalatinas.

Em uma revisão de literatura Eckstein et al. (2011), registraram a preocupação dos resultados dos tratamentos realizados e relatados pelos pacientes com fissura de lábio e palato. O estudo mostrou que esses resultados estavam baseados em medidas objetivas, entretanto pesquisas que incluem a estética, fala, função, autoimagem e qualidade de vida fornecem avaliações mais completas. Os autores buscaram questionários validados em fissura de lábio e palato. Identificaram 44 instrumentos utilizados em estudos com fissura labiopalatina e observaram que nenhum questionário foi criado especificamente para fissuras, resultando em limitações no conteúdo. E concluíram que não há questionários completos, válidos e

confiáveis para fissuras de lábio e palato. Mais pesquisas serão necessárias para desenvolver e validar instrumentos relacionados as fissuras de lábio e palato e avaliar satisfação do paciente.

Locker, Jokovic e Tompson (2005), avaliaram crianças de 11 a 14 anos de idade e relataram que essa população é afetada por várias desordens orais e orofaciais com potencial de comprometer a função, o bem estar e a qualidade de vida. Trinta e nove pacientes com desordens orofaciais (fissura labiopalatina entre elas, porém sem numerar quantas) foram comparados com 32 pacientes com cáries dentárias. Com base nas pontuações do instrumento CPQ₁₁₋₁₄, poucas diferenças foram observadas na saúde relacionada a qualidade de vida de crianças de 11 a 14 anos de idade com condições orofaciais, em comparação com crianças com cárie dentária. Isto sugere que a maioria dessas crianças estão adaptadas e são capazes de lidar com as adversidades que experimentam como resultado de suas condições.

Mani, Carlsson e Marcusson (2010) avaliaram se o sexo e a idade afetavam em graus diferentes a qualidade de vida relacionada a saúde geral entre adultos com fissura unilateral de lábio e palato tratados. Todos os pacientes tratados (n=109) entre os anos de 1960 a 1987 foram avaliados e comparados com o grupo sem fissura (n=1385). O tempo médio de acompanhamento foi de 35 anos. O instrumento empregado para avaliação da qualidade de vida geral foi o SF-36. Os autores concluíram que as fissuras de lábio e palato unilateral afetam a qualidade de vida de forma diferente dependendo do sexo e da idade do paciente. Os pacientes mais jovens foram afetados mais negativamente do que os pacientes mais idosos em vários domínios. No entanto, com exceção do domínio saúde mental, a qualidade de vida relacionada à saúde geral foi semelhante entre o grupo de pacientes com fissura de lábio e palato unilaterais comparado ao grupo sem fissura.

Klassen et al. (2012) em uma revisão sistemática avaliou a qualidade de vida de crianças com fissura labiopalatina, através de questionários. Os autores identificaram 4.594 publicações e apenas vinte e seis estudos preencheram os critérios de inclusão. A pesquisa envolveu pacientes com fissura labiopalatina que vivem em nove países, com tamanhos da amostra que variaram entre 23 e 661. Os conceitos de saúde foram medidos através de 29 questionários diferentes. A revisão observou que não há nenhum questionário de qualidade de vida específico para

pacientes com fissura labiopalatina. O estudo identificou áreas de saúde que têm sido mais pesquisadas e áreas onde seriam necessárias mais pesquisas.

3 PROPOSIÇÃO

Correlacionar a prevalência e o impacto da disfunção orofacial na qualidade de vida em pacientes de ambos os gêneros com e sem fissura labiopalatina.

3.1 HIPÓTESES

- H0 – Não há diferença entre os grupos estudados.
- H1 – Há diferença entre os grupos estudados.

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 COMITÊ DE ÉTICA

O início para a realização do projeto se deu após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC-USP) – CAAE: 01924012.6.0000.5441, parecer número 965.568 (Anexo A).

4.2 SELEÇÃO DA AMOSTRA

O critério de inclusão da amostra compreendeu pacientes de ambos os gêneros, com idade entre 35 e 65 anos em tratamento no HRAC-USP sem síndromes relacionadas. E pacientes sem fissuras em tratamento nas clínicas de Prótese e Dentística da Faculdade de Odontologia de Bauru/USP.

Como fatores de exclusão, observou-se: doenças degenerativas articulares (osteoartrose e osteoartrite), doenças sistêmicas como artrite reumatoide, problemas psiquiátricos severos e desordens neurológicas e motoras, história de problemas hormonais e câncer de cabeça e pescoço, fumantes, pacientes que receberam ou estavam em tratamento radioterápico, gripe ou resfriado, rinite alérgica e também o uso de drogas que poderiam afetar a atividade dos músculos da face de forma direta ou indireta, tais como anti-histamínicos, sedativos, xaropes, homeopatia, ou drogas que deprimem o sistema nervoso central como antidepressivos e anticonvulsivantes; presença de distúrbios de origem sistêmica capaz de comprometer a função mastigatória, tais como distúrbios neurológicos, paralisia cerebral, e usuários de drogas entorpecentes.

Inicialmente, o paciente que se encaixou no perfil descrito foi introduzido à pesquisa, obtendo toda e qualquer informação necessária sobre seus objetivos, de modo que anuiu, por espontânea vontade, e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

4.3 DETERMINAÇÃO DOS GRUPOS

Ao todo foram incluídos no projeto 120 pacientes, divididos em 2 grupos:

- Grupo Controle (GC) – Pacientes sem fissura: 60 pacientes, divididos equitativamente entre os gêneros;
- Grupo Fissura (GF) – Pacientes com fissura transforame: 60 pacientes, no total, desses 30 com fissura transforame unilateral e 30 com fissura transforame bilateral.

4.4 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO OROFACIAL

Para avaliar a disfunção orofacial, utilizou-se do instrumento NOT-S (*The Nordic Orofacial Test – Screening*), o qual foi desenvolvido por um grupo formado no *Second Nordic Conference on Orofacial Therapy* em Gotemburgo, 2002 para investigar a função orofacial e validado no Brasil (BAKKE et al., 2007; LEME; BARBOSA; GAVIÃO, 2011).

O NOT-S (Anexo C) consiste de uma entrevista estruturada e um exame clínico, conforme Quadro 1. A Entrevista é realizada lendo-se as perguntas do manual referentes a cada domínio. Cada domínio contém de 1 a 5 itens, o que reflete a complexidade da função em questão.

	NOT-S Entrevista		NOT-S Exame
I	Função Sensorial	1	Face em repouso
II	Respiração	2	Respiração Nasal
III	Hábitos	3	Expressão Facial
IV	Mastigação e deglutição	4	Músculos mastigatórios e função mandibular
V	Presença de saliva no lábio	5	Função motora oral
VI	Secura na boca	6	Fala

Quadro 1 - Domínios incluídos no Nordic Orofacial Test-Screening (NOT-S)

A entrevista e o exame clínico foram realizados no Setor de Prótese do HRAC-USP e nas Clínicas de Prótese e Dentística da FOB, individualmente pelo examinador, previamente calibrado.

Para a entrevista coube a resposta SIM ou NÃO, e para o exame clínico, usou-se o manual ilustrado (www.mun-h-centre.se) (Figuras 1, 2, 3, e 4). Para cada item avaliado e que se apresentou comprometido, tanto na entrevista quanto no exame, a marcação foi anotada, porém há domínios que apresentam várias questões, e se mais de uma recebeu anotação, considerou-se apenas o valor 1. Dessa forma para cada SIM e cada X, em domínios diferentes, foi dado o valor 1, respectivamente, com variação de valor total entre 0 e 12.

Fonte: BAKKE et al., 2007.

Figura 1 - Pede-se para o paciente fechar os olhos fortemente, para avaliar se os músculos se apresentam ativados em simetria (Domínio 3)

Fonte: BAKKE et al., 2007.

Figura 2 - Avaliou-se os músculos da mandíbula em função. Pedindo para o paciente morder com os dentes posteriores (Domínio 4)

Fonte: BAKKE et al., 2007.

Figura 3 - Pede-se para o paciente colocar a língua para fora o máximo possível e avalia-se a função motora oral (Domínio 5)

Fonte: BAKKE et al., 2007.

Figura 4 - Abertura máxima de boca e pronúncia do som "ah-ah-ah". Observa-se se há elevação da úvula e do palato mole (Domínio 6)

Para avaliar o Domínio 1, observou-se a face do paciente e assinalou-se há assimetria entre os lados direito e esquerdo.

Ao avaliar o Domínio 2 (respiração nasal), pediu-se ao paciente que respirasse sobre o espelho, posicionado abaixo da narina. Caso o espelho se apresenta-se embaçado nas duas narinas, o domínio não estava comprometido.

4.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA GERAL

Para análise da qualidade de vida, o questionário SF-36 (Anexo D) foi aplicado (WARE et al., 1993; CICONELLI et al., 1999). O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, de fácil administração e compreensão. Consiste em um questionário multidimensional formado por 36 perguntas divididas em 8 escalas ou domínios: capacidade funcional (10 itens), limitação por aspectos físicos (4 itens), dor física (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), limitação por aspectos emocionais (3 itens) e saúde mental (5 itens). Totalizando 35 perguntas, porém uma questão é genérica (questão 2) e diz respeito a opinião pessoal do paciente, quanto sua vida melhorou em relação a um ano atrás. Apresenta um escore de 0 (zero) a 100 (obtido por meio de cálculo do *Raw Scale*), onde o zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde. É um questionário bem desenhado e suas propriedades de medida, como reprodutibilidade, validade e suscetibilidade às alterações, já foram bem demonstradas em diversos trabalhos (quais trabalhos, referir pelo menos 3) (APOLONE; MOSCONI, 1998; LEPLÈGE et al., 1998; SANSON-FISHER; PERKINS, 1998).

Para realizar o cálculo dos escores do SF-36 (WARE; SHERBOURNE, 1992), duas fases distintas são aplicadas: na 1^a. fase pondera-se os dados obtidos nas questões (Quadro 2) e na 2^a. fase (Quadro 3) faz-se o cálculo de *Raw Scale*.

01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0
08	A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7	
	Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)	
	Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)	
	Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)	
	Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)	
	Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)	
	Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)	
	Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:	
	Se a resposta for (1), a pontuação será (6)	
	Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)	
	Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)	
	Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)	
	Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)	
09	Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e, h, deverá seguir a seguinte orientação:	
	Se a resposta for 1, o valor será (6)	
	Se a resposta for 2, o valor será (5)	
	Se a resposta for 3, o valor será (4)	
	Se a resposta for 4, o valor será (3)	
	Se a resposta for 5, o valor será (2)	
	Se a resposta for 6, o valor será (1)	
	Para os demais itens (b, c, f, g, i), o valor será mantido o mesmo	
10	Considerar o mesmo valor	
11	Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:	
	Se a resposta for 1, o valor será (5)	
	Se a resposta for 2, o valor será (4)	
	Se a resposta for 3, o valor será (3)	
	Se a resposta for 4, o valor será (2)	
	Se a resposta for 5, o valor será (1)	

Quadro 2 - Domínios para análise do SF-36, e ponderação dos dados

Na 2^a. fase transforma-se o valor das questões anteriores em notas nos 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem). É chamado de *Raw Scale* porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Os 8 domínios são ponderados individualmente e para isso aplica-se a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (*Score Range*) são fixos e estão estipulados no Quadro 3.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Quadro 3 - Cálculo de *Raw Scale*

Os pacientes foram submetidos ao exame clínico e entrevista, por um único examinador, de acordo com os critérios do NOT-S e responderam ao SF-36 que foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Ciconelli et al. (1999). A partir das informações obtidas, os dados foram tabulados.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para avaliar a concordância intra-examinador, 10% da amostra total foi reavaliada pelo mesmo examinador. A segunda avaliação foi realizada após 2 semanas, utilizando o teste Kappa.

A análise estatística descritiva foi realizada com valores de média e desvio-padrão. O teste estatístico de Mann-Whitney foi aplicado para avaliar grupos e gêneros no desempenho de NOT-S e SF-36 e o Teste Qui-quadrado associou o desempenho entre NOT-S, nos gêneros e grupos. Para correlacionar os instrumentos utilizou-se o Coeficiente de correlação de Spearman. Nível de significância de 5% foi adotado para todos os testes estatísticos.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Inicialmente 85 pacientes foram avaliados do grupo GF. Desses, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, 25 foram excluídos (Figura 5). Do grupo GC, 60 pacientes foram selecionados e todos participaram do estudo. A amostra foi composta de 120 pacientes no total.

O índice de concordância intra-examinador foi $K=0,63$.

Figura 5 - Fluxograma dos pacientes com fissura labiopalatina

A Tabela 1 mostra um panorama das médias e desvio padrão das características avaliadas: gênero, idade e NOT-S nos grupos estabelecidos (GC e GF).

Tabela 1 - Distribuição da amostra de acordo com o número de indivíduos avaliados e valores de média, desvio padrão, variação, valores máximos e mínimos de NOT-S e idade

		n	Média	DP	Variação	Máximo	Mínimo	Mediana
GC	Idade	60	49,48	8,47	30,00	65	35	49,50
	NOT-S	60	0,63	0,96	3,00	3,00	0,00	0,00
GF	Idade	60	41,25	6,72	29,00	61	32	40,00
	NOT-S	60	5,00	2,23	8,00	10,0	2,00	5,00

Na Tabela 2 verifica-se as médias dos valores de NOT-S entre os gêneros e os grupos (GC e GF). Ao avaliar os valores de NOT-S entre os grupos, houve diferença estatisticamente significativa para os gêneros, entretanto quando avaliou-se os gêneros no mesmo grupo não houve diferença.

Tabela 2 - Média e desvio padrão de NOT-S entre os gêneros e grupos avaliados

	GC	GF	p
Feminino	0,57 ($\pm 0,82$)	4,70 ($\pm 2,07$)	<0,001*
Masculino	0,70 ($\pm 1,09$)	5,30 ($\pm 2,38$)	<0,001*

*Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Dentro do grupo GF é possível estabelecer uma divisão entre fissuras unilateral e bilateral, porém na avaliação estatística não houve diferença significativa.

Os escores de NOT-S variaram entre 0 e 10 e a função mais comprometida e os domínios mais prevalentes na entrevista para o grupo controle (GC) foram: respiração (II – 23,3%) e hábitos (III – 21,7%) e no exame todos os domínios apresentaram valores em zero (0). No grupo com fissura (GF) os domínios com maior prevalência na entrevista foram: mastigação e deglutição (IV – 60,0%); respiração (II – 45,0%) e hábitos (III – 36,7%) e no exame foram: expressão facial (3 – 75,0%) seguido da função sensorial (1 – 66,7%), fala (6 – 50%) e músculos mastigatórios e função mandibular (4 – 41,7%) (Tabela 3). Houve diferença estatisticamente significativa ao associar os grupos nos domínios II, IV e VI na entrevista e em todos os domínios do exame.

Tabela 3 - Avaliação de desempenho dos domínios de NOT-S nos grupos

	Domínio	GC		GF		p
		n	%	n	%	
NOT-S entrevista	I	8	13,3	17	28,3	0,072
	II	14	23,3	27	45,0	0,021*
	III	13	21,7	22	36,7	0,108
	IV	5	8,3	36	60,0	<0,001*
	V	0	0,0	2	3,3	0,476
	VI	2	3,3	15	25,0	0,002*
NOT-S exame	1	0	0,0	40	66,7	<0,001*
	2	0	0,0	19	31,7	<0,001*
	3	0	0,0	45	75,0	<0,001*
	4	0	0,0	25	41,7	<0,001*
	5	0	0,0	21	35,0	<0,001*
	6	0	0,0	30	50,0	<0,001*

*Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

I= Função Sensorial; II= Respiração; III= Hábitos; IV= Mastigação e deglutição; V= Presença de saliva no lábio; VI= Secura na boca; 1= Face em repouso; 2= Respiração nasal; 3= Expressão Facial; 4= Músculos mastigatórios e função mandibular; 5= Função motora oral; 6= Fala.

Ao avaliar o SF-36 (Tabela 4), o GF mostrou médias de valores maiores em todos os domínios, com diferença estatisticamente significativa para os domínios: estado geral de saúde, aspectos físicos, aspectos sociais, e vitalidade.

Tabela 4 - Avaliação dos domínios dos grupos com o SF-36

	GC		GF		p
	Média	DP	Média	DP	
EGS	64,28	19,14	74,67	16,56	0,003*
CF	86,83	17,78	88,42	21,54	0,085
AF	77,50	29,52	87,08	27,81	0,014*
AE	73,48	37,22	78,40	34,53	0,480
AS	78,25	22,08	89,19	17,72	<0,001*
Dor	75,32	26,56	75,68	25,61	0,865
VT	68,50	19,64	77,17	19,88	0,006*
SM	69,77	19,02	75,75	18,61	0,056

*Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

EGS= estado geral de saúde; CF= capacidade funcional; AF= aspectos físicos; AE= aspectos emocionais; AS= aspectos sociais; Dor= dor; VT= vitalidade; SM= saúde mental.

Na Tabela 5 verifica-se a relação do questionário SF-36 entre os gêneros e os grupos avaliados. Houve diferença estatisticamente significativa para o gênero feminino nos seguintes domínios: estado geral de saúde, aspectos sociais e vitalidade.

Tabela 5 - SF-36 aplicado entre os grupos e gênero

		EGS	CF	AF	AE	AS	Dor	VT	SM
SF-36	Feminino	0,002*	0,193	0,096	0,637	0,003*	0,568	0,036*	0,170
	Masculino	0,148	0,341	0,055	0,609	0,058	0,623	0,084	0,172

*Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

EGS= estado geral de saúde; **CF**= capacidade funcional; **AF**= aspectos físicos; **AE**= aspectos emocionais; **AS**= aspectos sociais; **Dor**= dor; **VT**= vitalidade; **SM**= saúde mental.

Na Tabela 6 verifica-se a correlação entre os domínios de SF-36 e NOT-S. Para o grupo GC verificou-se diferença estatisticamente significativa apenas para o domínio estado geral de saúde. No grupo GF observou-se que houve correlação do NOT-S com SF-36 nos seguintes domínios: estado geral de saúde, limitação por aspectos emocionais e vitalidade, ou seja, quanto menor o valor de NOT-S, melhor o estado geral de saúde, limitação por aspectos emocionais e vitalidade.

Tabela 6 - Correlação de Spearman entre SF-36 e NOT-S nos grupos GC e GF

	SF-36	EGS	CF	AF	AE	AS	Dor	VT	SM
NOT-S	GF	-0,37 p=0,004*	-0,16 p=0,212	-0,08 p=0,537	-0,28 p=0,028*	-0,10 p=0,436	-0,00 p=0,981	-0,36 p=0,005*	-0,05 p=0,70
	GC	0,26 p=0,047*	0,18 p=0,177	0,10 p=0,427	0,10 p=0,445	0,10 p=0,448	0,00 p=0,984	0,01 p=0,937	0,08 p=0,844

*Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

EGS= estado geral de saúde; **CF**= capacidade funcional; **AF**= aspectos físicos; **AE**= aspectos emocionais; **AS**= aspectos sociais; **Dor**= dor; **VT**= vitalidade; **SM**= saúde mental.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

O impacto que as alterações estéticas e funcionais, independente da etiologia, podem acarretar no estado de saúde e na qualidade de vida, tem sido tema de pesquisa em estudos clínicos e longitudinais nos indivíduos em geral (COLLINS, 2013; ENOKI et al., 2013) e nos pacientes com fissura labiopalatina (OOSTERKAMP et al., 2007; CHETPAKDEECHIT et al., 2009; KRAMER et al., 2009). Porém em pacientes com fissura completa de lábio e palato há falta de estudos que relatem se a qualidade de vida desses indivíduos é afetada pela disfunção orofacial, dificultando a discussão dos resultados obtidos com a literatura atual disponível.

No presente estudo foram avaliados 120 pacientes de ambos os gêneros, com idades variáveis entre 35 e 65 anos, divididos em dois grupos: Grupo GC: controle, sem fissura labiopalatina = 60 pacientes, e Grupo GF: com fissura transforame unilateral ou bilateral = 60 pacientes. Dois instrumentos foram aplicados, um deles, o NOT-S analisou a disfunção orofacial (NOT-S) e o outro, SF-36, avaliou a qualidade de vida geral (SF-36). A correlação entre os escores de NOT-S e os domínios de SF-36, permitiu visualizar se a prevalência da disfunção orofacial impacta, positivamente ou negativamente, a qualidade de vida dos indivíduos.

A média de valores para o NOT-S foi da ordem de $5,00 \pm 2,23$ para o grupo GF, valor que corrobora os achados de Bakke et al. (2007), no qual o grupo de pacientes com malformação congênita, deformação e anormalidade cromossômica (sem referência às fissuras labiopalatinas), mostrou valor em média da ordem de $4,1 \pm 2,6$. Porém se comparado com pacientes não fissurados (GC), temos $0,63 \pm 0,96$, no presente estudo e valores de média e desvio padrão de $0,4 \pm 0,6$ (BAKKE et al., 2007), $0,7 \pm 0,0$ (BAKKE et al., 2011), $0,3 \pm 0,5$ (SAEVES et al., 2011), $1,8 \pm 1,4$ (STRINI et al., 2011). Esses dados, se comparados com os valores do grupo GF, inferem que a disfunção orofacial impacta de forma negativa a qualidade de vida dos pacientes com fissuras completas de lábio e palato.

Trabalhos que utilizaram o NOT-S para avaliar alterações como doença de Parkinson (BAKKE et al., 2011), hipertrofia adenotonsilar (LUNDEBORG et al.,

2009), Síndrome Prader-Willi (SAEVES et al., 2011), distonia oromandibular (BAKKE et al., 2013) e Síndrome de Treacher Collins (ASTEN et al., 2013) mostraram valores em média de $5,5 \pm 2,9$; $4,7 \pm 1,7$; $3,9 \pm 2,1$; $4,2 \pm 1,8$; $4,6 \pm 1,5$ respectivamente.

Na entrevista do NOT-S, os domínios apresentaram respectivamente, a seguinte ordem de prevalência: grupo GF – mastigação e deglutição (IV – 60,0%) e respiração (II – 45,0%) e o grupo GC – respiração (II – 23,3%) e hábitos (III – 21,7%). No estudo de Bakke et al. (2007), o grupo de pacientes com malformação congênita e deformação e anormalidade cromossômica (28 pacientes), a maior prevalência se apresentou no domínio IV (53,6%) e no trabalho com pacientes com displasia ectodérmica o mesmo domínio se apresentou mais frequente (BERGENDAL; MCALLISTER; STECKSEN-BLICKS, 2009). Já no trabalho de Lundeborg et al. (2009) a disfunção oral motora foi avaliada em crianças com hipertrofia adenotonsilar e o domínio prevalente foi a respiração. Já era esperado que os domínios IV e II fossem os mais prevalentes no grupo GF, pois nos pacientes acometidos pelas fissuras labiopalatinas, principalmente no tipo de fissura completa de lábio e palato que impõe comunicação entre a cavidade bucal e nasal, há comprometimento da relação oclusal e crescimento maxilo-mandibular e consequentemente na respiração (FREITAS et al., 2012b, 2012c, 2013). As alterações quanto a mastigação e deglutição devem ser avaliadas de forma cuidadosa, pois no presente trabalho não se verificou a relação oclusal e quantidade de dentes remanescentes dos pacientes ou utilização de próteses e variáveis quanto aos tipos de próteses indicadas. É sabido que as próteses afetam substancialmente a eficiência mastigatória, como demonstrado por Bajoria, Saldanha e Shenoy (2012) e Bessadet et al. (2013). Há que se considerar que ao associar os grupos GC e GF houve diferença estatisticamente significativa nos domínios II, IV e VI na entrevista e em todos os domínios no exame.

A queixa quanto à respiração no grupo GF, fica bem estabelecida, pois os pacientes com fissura completa de lábio e palato, devido ao envolvimento do palato, mostram comprometimento da respiração, que geralmente resultam em tamanho reduzido da via aérea nasal impondo a respiração bucal (WARREN; HAIRFIELD; DALSTON, 1990).

No exame de NOT-S os domínios prevalentes no grupo GF foram: expressão facial (3 – 75,%), face em repouso (1 – 66,7%), fala (6 – 50,0%) e

músculos mastigatórios e função mandibular (4 – 41,7%). Quando se avaliou a expressão facial dos pacientes com fissura, o grande desafio foi em assobiar ou soprar, ato dificultado ou realizado com sinais visíveis de assimetria. O exame de NOT-S avaliado em trabalhos anteriores que analisou pacientes com doença de Parkinson, Síndrome de Prader-Willi, distonia oromandibular e Síndrome de Treacher Collins mostraram respectivamente os seguintes domínios mais frequentes: expressão facial (BAKKE et al., 2011), função motora oral (SAEVES et al., 2011) e face em repouso (ASTEN et al., 2013; BAKKE et al., 2013).

A fala dos pacientes com fissura completa de lábio e palato se apresenta anasalada e, no presente trabalho, revelou significativa no grupo GF. É importante ressaltar novamente que, não foi avaliada a presença e o tipo de prótese utilizada pelos pacientes entrevistados e examinados e a possibilidade do uso de prótese de palato para auxiliar na inadequação ou incapacidade velofaríngea (FREITAS et al., 2013). No trabalho de Bakke et al. (2007), os pacientes avaliados no grupo com malformação congênita, deformação e anormalidade cromossômica os itens prevalentes foram, face em repouso e fala (50% em ambos – 14 pacientes). Quanto a face em repouso, alterações marcantes eram esperadas quanto a assimetria, pois as fissuras impõem, em pacientes por ela acometidos, mudanças visíveis, que comprometem o bem estar e a inclusão social.

O questionário SF-36 (Tabela 4) (PERNEGER et al., 1995; APOLONE; MOSCONI, 1998; LEPLÈGE et al., 1998; SANSON-FISHER; PERKINS, 1998), ao ser analisado nos grupos GC e GF, mostrou diferença estatisticamente significativa nos domínios: estado geral de saúde, limitação por aspectos físicos, aspectos sociais e vitalidade. Ao comparar os valores da média no presente trabalho entre os grupos, observa-se que os valores são maiores para o grupo GF em relação ao grupo GC. Um estudo pontual revelou que pacientes adultos atendidos pelo HRAC-USP possuem índices gerais de qualidade de vida acima da média. Embora não tenha havido correlação entre a qualidade de vida e os aspectos sociodemográficos, os dados avaliados mostraram que os pacientes apresentam índice satisfatório de qualidade de vida e condições correspondente a população em geral (VERONEZ, 2007): *Avaliação da qualidade de vida em paciente adultos com fissura labiopalatina*. Dissertação apresentada no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo. Bauru, São Paulo). E essa questão se mostra difícil de

responder, pois será que o contrário não deveria ser verdadeiro? Mas o que realmente ocorre nos pacientes com fissura labiopalatina é que de onde eles partiram e onde chegaram após o tratamento reabilitador, vê-se nitidamente a satisfação pessoal do paciente com o trabalho desenvolvido. Outra questão deve ser discutida, será que esses pacientes não se sentem subjugados quando inquiridos a responder esses questionários? Porém o estudo de Kramer et al. (2009) ao avaliar crianças com fissuras orofaciais não sindrômicas com idades entre 8 e 12 anos também observou que a qualidade de vida desses indivíduos era superior ao grupo controle, ressaltando que o instrumento empregado pode não apresentar domínios correlatos com o que utilizamos no presente estudo. Cuidado e atenção continuada podem ser os motivos que revelam essa diferença entre os grupos, pois os pacientes com fissura labiopalatina recebem tratamento e acompanhamento periódicos.

O grupo GC mostrou valores de médias menores quando comparado a estudos prévios (PERNEGER et al., 1995; SANSON-FISHER; PERKINS, 1998). No presente estudo observa-se que os domínios estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental apresentaram médias menores em relação aos demais domínios. Foo et al. (2012), avaliando saúde geral e oral entre indivíduos com e sem fissura, observou médias menores nos domínios vitalidade e saúde mental na população com fissura, o presente trabalho mostra médias menores nos domínios estado geral de saúde, dor e saúde mental. Porém vale ressaltar que na pesquisa realizada por Foo et al. (2012) os domínios: estado geral de saúde, capacidade funcional, aspectos funcionais e dor, mostraram médias maiores nos pacientes com fissura labiopalatina quando comparado com o grupo controle. E no presente trabalho todos os domínios no grupo GF apresentaram médias maiores que no grupo GC.

A análise do SF-36 entre os gêneros e grupos (Tabela 5) mostra que os domínios: estado geral de saúde, aspectos sociais e vitalidade apresentam diferença estatisticamente significativa para o gênero feminino, ou seja, as mulheres sofrem maior impacto com relação a qualidade de vida que os homens. Esses dados foram reiterados pelo trabalho de Foo et al. (2012), entretanto os autores não realizaram análise estatística dos dados, apenas análise descritiva.

Os valores de NOT-S, quando correlacionados ao SF-36 (Tabela 6), no grupo GF mostraram diferença estatisticamente significativa nos domínios: estado

geral de saúde, aspectos emocionais e vitalidade. Houve uma relação inversamente proporcional, pois conforme os valores de NOT-S aumentam e mostra disfunção orofacial, menores se apresentam o estado geral de saúde, aspectos emocionais dos pacientes, bem como a vitalidade. Avaliando ainda a correlação entre SF-36 e NOT-S no grupo GC, observa-se diferença estatisticamente significativa para o domínio estado geral de saúde, essa diferença não ocorreu devido ao NOT-S, mas foi estabelecida pelo valor numérico de SF-36, que determinou essa relevância estatística ($64,28 \pm 19,14$). Esses dados permitem negar a hipótese nula (H_0) e aceitar a hipótese alternativa (H_1).

O trabalho revela que há impacto negativo da disfunção orofacial na qualidade de vida dos pacientes com fissura. Mesmo observando médias maiores para o grupo GF em relação ao grupo GC, quando correlacionou-se NOT-S e SF-36, a disfunção orofacial foi evidenciada em três domínios.

O presente estudo confirma resultados anteriores (BAKKE et al., 2007; BERGENDAL; MCALLISTER; STECKSEN-BLICKS, 2009; BAKKE et al., 2011; STRINI et al., 2011; MCALLISTER; LUNDEBORG, 2013; BERGENDAL et al., 2014) de que o NOT-S é capaz de estabelecer diferenças entre pacientes com disfunção orofacial e grupos controles saudáveis e ainda mostrar alterações em indivíduos após o tratamento, podendo ser usado como um instrumento padrão para avaliar antes e após a reabilitação oral e melhorar a equivalência em prática e pesquisa clínica.

As fissuras labiopalatinas são acompanhadas de alterações que marcam de forma perene os pacientes por ela acometidos, a importância clínica do diagnóstico da disfunção orofacial nesses pacientes é a possibilidade de se buscar tratamento adequado, precocemente, que minimize os danos estéticos e funcionais causados por essa malformação. Durante o processo de reabilitação o instrumento NOT-S é indicado para avaliação e acompanhamento, e à partir dos dados obtidos nova direção pode ser tomada, reforçando a necessidade e envolvimento de profissionais.

A interdisciplinaridade no tratamento do paciente com fissura labiopalatina é importante porque pode modificar esse panorama. Diante desse quadro, podemos diminuir o impacto que a disfunção orofacial tem sobre os pacientes com fissura labiopalatina, aperfeiçoando a estética e a função, melhorando o estado geral de

saúde, os aspectos emocionais bem como a vitalidade, consequentemente melhorando a qualidade de vida desses indivíduos.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

- A prevalência da disfunção orofacial em pacientes com fissura labiopalatina é maior que em pacientes sem fissura labiopalatina;
- a disfunção orofacial impacta negativamente a qualidade de vida dos pacientes com fissura nos domínios: estado geral de saúde, limitação por aspectos emocionais e vitalidade;
- o gênero feminino sofre maior impacto na qualidade de vida geral que o masculino nos domínios: estado geral de saúde, aspectos sociais e vitalidade;
- há diferença na prevalência da disfunção orofacial entre os gêneros para os pacientes com e sem fissura labiopalatina.

A Hipótese nula foi rejeitada, pois houve diferença entre os grupos avaliados, e a hipótese alternativa foi acatada.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Aiello CA, Silva Filho OG, Freitas JAS. Fissuras lábio-palatais: uma visão contemporânea do processo reabilitador. In: Muga-Yar LRF. Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral. São Paulo: Pancast; 2000. p.111-39.
- Apolone G, Mosconi P. The Italian SF-36 Health Survey: translation, validation and norming. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(11):1025-36.
- Aquino CF, Augusto VG, Moreira DS, Ribeiro S. Avaliação da qualidade de vida de indivíduos que utilizam o serviço de fisioterapia em unidades básicas de saúde. *Fisioter Mov*. 2009;22(2):271-9.
- Asten P, Skogedal N, Nordgarden H, Axelsson S, Akre H, Sjögreen L. Orofacial functions and oral health associated with Treacher Collins syndrome. *Acta Odontol Scand*. 2013;71(3-4):616-25.
- Bajoria AA, Saldanha S, Shenoy VK. Evaluation of satisfaction with masticatory efficiency of new conventional complete dentures in edentulous patients – a survey. *Gerodontology*. 2012;29(3):231-8.
- Bakke M, Bergendal B, McAllister A, Sjögreen L, Asten P. Development and evaluation of a comprehensive screening for orofacial dysfunction. *Swed Dent J*. 2007;31(2):75-84.
- Bakke M, Larsen SL, Lautrup C, Karlsborg M. Orofacial function and oral health in patients with Parkinson's disease. *Eur J Oral Sci*. 2011;119:27-32.
- Bakke M, Larsen BM, Dalager T, Moller E. Oromandibular dystonia-functional and clinical characteristics: a report on 21 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2013;115:e21-6.
- Baroneza JE, Faria MJSS, Kuasne H, Carneiro JLV, Oliveira JC. Dados epidemiológicos de portadores de fissuras labiopalatinas de uma instituição especializada de Londrina, Estado do Paraná. *Acta sci, Health sci*. 2005;27(1):31-5.
- Beaton DE, Schemitsch E. Measures of health-related quality of life and physical function. *Clin Orthop Relat Res*. 2003;(413):90-105.
- Bergendal B, McAllister A, Stecksen-Blicks C. Orofacial dysfunction in ectodermal dysplasias measured using the Nordic Orofacial Test-Screening protocol. *Acta Odontol Scand*. 2009;67:377-81.

Bergendal B, Bakke M, McAllister A, Sjögren L, Åsten P. Profiles of orofacial dysfunction in different diagnostic groups using the Nordic Orofacial Test (NOT-S)--a review. *Acta Odontol Scand*. 2014;72(8):578-84.

Bessadet M, Nicolas E, Sochart M, Hennequin M, Veyune JL. Impact of removable partial denture prosthesis on chewing efficiency. *J Appl Oral Sci*. 2013;21(5):392-6.

Boog GG. Manual de treinamento e desenvolvimento: um guia de operações. 3. Ed. São Paulo: Makron Books; 2001.

Camargos ACR, Cópio FCQ, Sousa TRR, Goulart F. O impacto da doença de Parkinson na qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Rev Bras Fisioter*. 2004;8(3):267-72.

Campolina AG, Ciconelli RM. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(2):128-36.

Castro MSJ, Toro AADC, Sakano E, Ribeiro JD. Evaluation of oral functions of the stomatognathic system according to the levels of asthma severity. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;24(2):119-24.

Cerqueira MN, Teixeira SC, Naressi SCM, Ferreira APP. Ocorrência de fissuras labiopalatais na cidade de São José dos Campos-SP. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2005;8(2):161-6.

Chetpakdeecheit W, Hallberg U, Hagberg C, Mohlin B. Social life aspects of young adults with cleft lip and palate: grounded theory approach. *Acta Odontol Scand*. 2009;67(2):122-8.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Brazilian – Portuguese version of the SF-36: a reliable and valid quality of life outcome measure. *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.

Collins J. Improving patients' oral health-related quality of life with aesthetic dentistry. *Prim Dent J*. 2013;2(4):61-5.

Costa IKF, Melo GSM, Nóbrega WG, Dantas DV, Macêdo EAB, Medeiros RKS, et al. Utilization the sf-36 in the assessment of quality of life related to chronic diseases: literature review. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. 2010;4(esp 2):1939-44.

Eckstein DA, Wu RL, Akinbiyi T, Silver L, Taub PJ. Measuring quality of life in cleft lip and palate patients: currently available patient-reported outcomes measures. *Plast Reconstr Surg*. 2011;128(5):518e-26.

Enoki K, Ikebe K, Matsuda KI, Yoshida M, Maeda Y, Thomson WM. Determinants of change in oral health-related quality of life over 7 years among older Japanese. *J Oral Rehabil*. 2013;40(4):252-7.

- Felício CM. Desenvolvimento normal das funções estomatognáticas. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO, organizadores. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo, SP: Roca; 2004. p. 195-211.
- Ferreira DC, Souza ID, Assis CRS, Ribeiro MS. A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. *Rev Bras Educ Med*. 2014;38(2):283-8.
- Figueiredo MC, Pinto NF, Silva DDF, Oliveira M. Fissura bilateral completa de lábio e palato: alterações dentárias de má oclusão- relato de caso clínico. *Publ UEPG Ci Biol Saúde*. 2008;14(1):7-14.
- Foo P, Sampson W, Roberts R, Jamieson L, David D. General health-related quality of life and oral health impact among australians with cleft compared with population norms; age and gender differences. *Cleft Palate Craniofac J*. 2012;49(4):406-13.
- Freitas JAS, das Neves LT, de Almeida AL, Garib DG, Trindade-Suedam IK, Yaedú RY et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC-USP) – Part 1: overall aspects. *J Appl Oral Sci*. 2012a;20(2):9-15.
- Freitas JAS, Garib DG, Oliveira TM, Lauris RCMC, Almeida ALPF, Neves LT, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies – USP (HRAC-USP) – Part 2: pediatric dentistry and orthodontics. *J Appl Oral Sci*. 2012b;20(2):272-85.
- Freitas JAS, Garib DG, Tindade-Suedam IK, Carvalho RM, Oliveira TM, Lauris RCMC, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies – USP (HRAC-USP) – Part 3: oral and maxillofacial surgery. *J Appl Oral Sci*. 2012c;20(6):673-9.
- Freitas JAS, Almeida ALPF, Soares S, Neves LT, Garib DG, Trindade-Suedam IK, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC-USP) – Part 4: oral rehabilitation. *J Appl Oral Sci*. 2013;21(3):284-92.
- Gardenal M, Bastos PRHO, Pontes ERJC, Bogo D. Prevalência das fissuras orofaciais diagnosticadas em um serviço de referência em casos residentes no estado de Mato Grosso do Sul. *Arquivos Int Otorrinolaringol*. 2011;15(2):133-41.
- González NZT. Componentes do aparelho estomatognático. In: González NZT, Lopes LD. Fonoaudiologia e ortopedia maxilar na reabilitação orofacial: tratamento precoce e preventivo, terapia miofuncional. São Paulo, SP: Santos; 2000. p.1-7.
- Goulart IB; Sampaio JR. Qualidade de vida no trabalho: uma análise da experiência de empresas brasileiras. In: Sampaio JR (organizador). Qualidade de vida no trabalho e psicologia social. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.

Iglesias RB. Qualidade de vida de alunos trabalhadores que cursam a graduação em enfermagem [dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.

Klassen AF, Tsangaris E, Forrest CR, Wong KW, Pusic AL, Cano SJ, et al. Quality of life of children treated for cleft lip and/or palate: a systematic review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2012;65(5):547-57.

Kramer FJ, Gruber R, Fialka F, Sinikovic B, Hahn W, Schliephake H. Quality of life in school-age children with orofacial clefts and their families. *J Craniofac Surg*. 2009;20(6):2061-6.

Kurame M, Tavares SW, Almeida HA, Almeida MHC, Nöuer DF. Correção da deglutição atípica associada à mordida aberta anterior: relato de caso clínico. *J Bras Ortodont Ortop Facial*. 2001;6(36):493-501.

Lana RC, Álvares LMRS, Nasciutti-Prudente C, Goulart FRP, Teixeira-Salmela LF, Cardoso FE. Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de Parkinson através do PDQ-39. *Rev Bras Fisioter*. 2007;11(5):397-402.

Leme MS, Barbosa TS, Gavião MBD. Versão Brasileira do The Nordic Orofacial Test – Screening (NOT-S) para avaliação de disfunções orofaciais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa. 2011;11(2):281-9.

Leme MS, Barbosa TS, Gavião MBD. Avaliação das funções orais em crianças brasileiras por meio do Nordic Orofacial Test-Screening (NOT-S). *Rev Odonto Ciênc*. 2012;27(2):108-14.

Leplège A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV. The French SF-36 health survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(11):1013-23.

Locker D, Jokovic A, Tompson B. Health-related quality of life of children aged 11 to 14 years with orofacial conditions. *Cleft Palate Craniofac J*. 2005;42(3):260-6.

Lopes AD, Ciconelli RM, Reis FB. Medidas de avaliação de qualidade de vida e estados de saúde em ortopedia. *Rev Bras Ortop*. 2007;42(11-12): 355-9.

Lund JP. Mastication and its control by the brain stem. *Crit Rev Oral Biol Med*. 1991;2(1):33-64.

Lundeborg I, McAllister A, Graf J, Ericsson E, Hultcrantz E. Oral motor dysfunction in children with adenotonsillar hypertrophy-effects of surgery. *Logoped Phoniatr Vocol*. 2009;34:111-16.

Macedo EDM, Gomes GF, Furkim AM. Manual de cuidados do paciente com disfagia. São Paulo, SP: Lovise; 2000. p.19-27.

- Maciel CTV, Barbosa MH, Toldo CA, Faza FCB, Chiappetta ALML. Disfunções orofaciais nos pacientes em tratamento ortodôntico. *Rev CEFAC*. 2006;8(4):456-66.
- Mani M, Carlsson M, Marcusson A. Quality of life varies with gender and age among adults treated for unilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*. 2010;47(5):491-8.
- Marinus J, Ramaker C, van Hilten JJ, Stiggelbout AM. Health related quality of life in Parkinson's disease: a systematic review of disease specific instruments. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002;72(2):241-8.
- Marques IL, Thomé S, Peres SPBA. Aspectos pediátricos. Trindade IEK, Silva Filho OG. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Santos; 2007. p.51-71.
- Marquezin MC, Kobayashi FY, Montes AB, Gavião MB, Castelo PM. Assessment of masticatory performance, bite force, orthodontic treatment need and orofacial dysfunction in children and adolescents. *Arch Oral Biol*. 2013;58(3):286-92.
- McAllister A, Lundeborg I. Oral sensorimotor functions in typically developing children 3 to 8 years old; assessed by the Nordic orofacial test, NOT-S. *J Med Speech Lang Pathol*. 2013;21:51-9.
- Mossey PA, Little J, Munger RG, Dixon MJ, Shaw WC. Cleft lip and palate. *Lancet*. 2009;374(9703):1773-85.
- Oosterkamp BC, Dijkstra PU, Remmelink HJ, van Oort RP, Goorhuis-Brouwer SM, Sandham A, et al. Satisfaction with treatment outcome in bilateral cleft lip and palate patients. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2007;36(10):890-5.
- Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev Bras Educ Fís Esporte*. 2012;26(2):241-50.
- Perneger TV, Leplegge A, Etter JF, Rougemont A. Validation of a French-language version of the MOS 36-item short form health survey (SF-36) in young healthy adults. *J Clin Epidemiol*. 1995;48(8):1051-60.
- Pompeu JM, Meneses LC. Estudo comparativo da qualidade de vida em pacientes com Doenças de Parkinson Idiopática praticantes de atividades físicas e não praticantes [monografia]. Belém, PA: Universidade da Amazônia; 2008.
- Reissmann DR, John MT, Schierz O, Kriston L, Hinz A. Association between perceived oral and general health. *J Dent*. 2013;41(7):581-9.
- Saeves R, Asten P, Storhaug K, Bagesund M. Orofacial dysfunction in individuals with Prader-Willi syndrome assessed with NOT-S. *Acta Odontol Scand*. 2011;69:310-15.

Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. J Pediatr (Rio J.). 2004;80(5 Supl):s155-62.

Sandrini FAL, Chaves Júnior AC, Beltrão RG, Panarello AF, Robinson WM. Fissuras labiopalatinas em gêmeos: relato de caso. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2005;5(4):43-8.

Sanson-Fisher RW, Perkins JJ. Adaptation and validation of the SF-36 Health Survey for use in Australia. J Clin Epidemiol. 1998;51(11):961-67.

Santos AFR. Avaliação da qualidade de vida na paralisia cerebral espástica: um estudo caso [mestrado]. Portugal: Instituto Politécnico Castelo Branco; 2013.

Santos ALP, Simões AC. Educação física e qualidade de vida: reflexões e perspectivas. Saúde Soc. 2012;21(1):181-92.

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

Spina V, Psillakis JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras labiopalatinas: sugestão de modificação. Rev Hosp Fac Med S Paulo. 1972;27(1):5-6.

Strini PJ, Strini PJ, De Souza Barbosa T, Duarte Gavião MB. Assessment of orofacial dysfunctions, salivary cortisol levels and oral health related quality of life (ORHQoL) in young adults. Arch Oral Biol. 2011;56(12):1521-7.

Tewfik TL. Cleft lip and palate and mouth and pharynx deformities [internet]. 2015 [cited 2015 Apr 20]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/837347-overview#a2>.

Veronez F. Avaliação da qualidade de vida em paciente adultos com fissura labiopalatina [dissertação]. Bauru, SP: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo; 2007.

Vitorino MFD, Martins MLF, Sousa CA, Galdino D, Prado FG. Utilização do SF-36 em ensaios clínicos envolvendo pacientes fibromiálgicos: determinação de critérios mínimos de melhora clínica. Rev Neurociênc. 2004 12(3):147-50.

Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36 item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992;30:473-83.

Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 health survey: manual and interpretation guide. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center; 1993.

Warren DW, Hairfield WM, Dalston ET. The relationship between nasal airway size and nasal-oral breathing in cleft lip and palate. *Cleft Palate J.* 1990;27(1):46-51; discussion 51-2.

WHOQOL. Study protocol for the World Health Organization project to development a Quality of Life assessment instrument. *Qual Life Res.* 1993;2(2):153-9.

World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Geneve: WHO; 1986.

ANEXOS

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto das Disfunções Orofaciais na Qualidade de vida de pacientes com e sem fissura labiopalatina.

Pesquisador: Simone Soares

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 01924012.6.0000.5441

Instituição Proponente: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 965.568

Data da Relatoria: 24/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se da terceira apresentação de emenda de um projeto de conclusão de Mestrado de autoria de Natália Cristina Reinaldo Mariano, sob orientação da Profa Dra Simone Soares, e também fazendo parte da equipe de pesquisadores, Mariana Naomi Sano.

O estudo tem por objetivo avaliar as disfunções orofaciais em pacientes com e sem fissura labiopalatina e associar com qualidade de vida. A amostra se constituirá de 160 pacientes, de 35 a 55 anos, que estiverem em tratamento no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais/USP e na Faculdade de Odontologia de Bauru/USP e excluídos os que apresentarem doenças degenerativas articulares (osteoartrose e osteoartrite), doenças sistêmicas como artrite reumatoide, presença de problemas psiquiátricos severos e distúrbios neurológicos e motoras, história de problemas hormonais e câncer de cabeça e pescoço, fumantes, pacientes que receberam ou estão em tratamento radioterápico, uso de antidepressivos e

anticonvulsivante e usuários de drogas ilícitas. Os pacientes selecionados serão divididos em grupos conforme a presença e o tipo de fissura (4 grupos: sem fissura – grupo controle, n=40; fissura pré forame, n=40; transforame, n=40 e fissura pós forame, n=40). Cada paciente preencherá um questionário com questões de múltipla escolha sobre o impacto das disfunções orofaciais na qualidade de vida. Será utilizado o Nordic Orofacial Test Screening (NOT-S) para

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20

Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA

CEP: 17.012-900

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)3235-8421

Fax: (14)3234-7818

E-mail: uep_projeto@centrinho.usp.br

Continuação do Parecer: 965.568

avaliação das disfunções orofaciais e o instrumento SF – 36 para análise da qualidade de vida geral. A entrevista será realizada por um examinador previamente treinado e calibrado para avaliação.

Objetivo da Pesquisa:

O presente estudo tem por objetivo avaliar as disfunções orofaciais de pacientes com fissura labiopalatina e comparar com os pacientes sem fissura e ainda associar se a presença da disfunção orofacial influencia na qualidade de vida geral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as pesquisadoras, uma vez que o estudo seja realizado a partir das normas preconizadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisas em Seres Humanos, obedecendo às normas de biossegurança e guardando o sigilo ético, pode-se afirmar que os riscos seriam próximo de zero, pois apenas dois questionários serão aplicados e respondidos pelos paciente. Os benefícios seriam o conhecimento dessas disfunções e o impacto que causam na qualidade de vida dos pacientes. De acordo com os resultados obtidos, novas medidas poderão implementar o atendimento das pessoas que são acometidos por essas desordens.

Como o trabalho tem maior possibilidade de trazer benefícios do que de causar danos, está eticamente adequado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um estudo observacional, com aplicação de questionários e exame clínico, sem qualquer procedimento invasivo. Antes do exame, os pacientes serão consultados e esclarecidos a respeito da pesquisa, em seguida serão orientados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a assinatura do termo o paciente será questionado e examinado pelo pesquisador, tal procedimento será realizado na clínica de Prótese do HRAC/USP e nas clínicas de Prótese da FOB/USP sem comprometimento do atendimento dos demais pacientes durante o período. A previsão de atendimento para cada paciente é de 30 minutos.

Os pacientes que se enquadrarem no diagnóstico de disfunção orofacial receberão orientação específica na busca de minimizar o dano que a disfunção acarreta ao paciente. As pesquisadoras comunicam a introdução de grupo controle, a remoção do questionário OHIP-14, citado no resumo anterior e adequação do cronograma. As pesquisadoras agora apresentaram a carta de anuência e assinatura do chefe do departamento da Faculdade de Odontologia de Bauru -USP, declarando

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-900
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8421 **Fax:** (14)3234-7818 **E-mail:** uep_projeto@centrinho.usp.br

Continuação do Parecer: 965.568

estar ciente da pesquisa a ser realizada nas dependências da Clínica Integrada da referida faculdade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos já foram analisados em relatoria anterior e estão adequados.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As autoras atenderam à pendência anterior, portanto, sugiro ao CEP parecer aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador deve atentar que o projeto de pesquisa aprovado por este CEP refere-se ao protocolo submetido para avaliação. Portanto, conforme a Resolução CNS 466/12, o pesquisador é responsável por "desenvolver o projeto conforme delineado", se caso houver alterações nesse projeto, este CEP deverá ser comunicado em emenda via Plataforma Brasil, para nova avaliação.

Cabe ao pesquisador notificar via Plataforma Brasil o relatório final para avaliação, assim como os relatórios semestrais, os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos e/ou outros Termos obrigatórios, quando solicitados no parecer.

BAURU, 26 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Silvia Maria Graziadei
(Coordenador)

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-900
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8421 **Fax:** (14)3234-7818 **E-mail:** uep_projeto@centrinho.usp.br

ANEXO B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais o Sr. _____, portador da cédula de identidade, _____ responsável pelo paciente*,

_____, após a leitura minuciosa deste documento, devidamente explicado pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos os quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa : “ Impacto das Disfunções Orofaciais na Qualidade de vida de pacientes com fissura labiopalatina”, realizada por Simone Soares, nº do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo: 32.762 e Natália Cristina Reinaldo Mariano, nº94598 e que tem como objetivo: avaliar as disfunções orofaciais de pacientes com e sem fissura labiopalatina e associar com qualidade de vida, com previsão do tratamento global de 12(doze) meses . O tratamento será realizado no HRAC-USP e FOB-USP nos pacientes que se apresentarem para o tratamento no setor de Prótese de ambas clínicas, no período descrito.

“Caso o sujeito da pesquisa queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC-USP, pelo endereço Rua Sílvio Marchione, 3-20 no Ensino de Apoio a Pesquisa e Extensão ou pelo telefone (14)3235-8421”.

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa ou
Responsável

Assinatura do Pesquisador

*CAMPO A SER PREENCHIDO PELO REPRESENTANTE LEGAL DO MENOR OU INCAPAZ.

Nome do Pesquisador Responsável: Simone Soares
Endereço Institucional: Rua Sílvio Marchione, 3-20
Cidade: Bauru Estado: São Paulo CEP: 17.012-900
Telefone: 3235-8086/3235-8312

ANEXO C

Nordic Orofacial Test NOT-S – exame

O NOT-S é usado quando um paciente tem dificuldade para falar, mastigar ou engolir.

A seção de anamnese é conduzida como uma entrevista estruturada. O examinador faz a pergunta, explica, e faz perguntas adicionais quando necessário, interpreta a resposta e preenche o questionário.

A entrevista do NOT-S contém seis seções: Função Sensorial, Respiração, Hábitos, Mastigação e Deglutição, Salivação e Secura da Boca (I-VI).

O exame do NOT-S contém seis seções: Face em Repouso, Respiração Nasal, Expressão Facial, Músculos Mastigatórios e Função Mandibular, Função motora oral e Fala (1-6).

O manual ilustrado deve ser utilizado durante o exame.

País _____

Fonoaudiólogo Dentista Médico Fisioterapeuta Outros

Examinador ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ _____

Data do exame ____/____/____

Data de nascimento ____/____/____ ♀ ☐ ♂ ☐

Nome: _____

Primeiro Diagnóstico Médico (especificar somente um):

Código de diagnóstico (ICD-10):

Posição durante o exame ☐ Sentado ☐ Deitado

Posição da cabeça quando sentado ☐ Normal (reta e vertical) ☐ Outra

Respostas com ajuda de outra pessoa ☐

CÓDIGO PARA AVALIAÇÃO: O SCORE TOTAL DO NOT-S PODE VARIAR DE 0 A 12	X = SIM 0 = NÃO ---- = NÃO AVALIADO	SE EM UMA SEÇÃO HOVER UMA OU MAIS RESPOSTAS X, COLOQUE O SCORE 1 NA CAIXA DA COLUNA À DIREITA
NOT-S		SCORE TOTAL <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>

		Pontuação
I	Função Sensorial A- Escovar seus dentes faz você ter ânsia de vômito? Isso acontece muitas vezes? ☐ Desconforto óbvio como enjôo, vômito, ou refluxo – aumento de sensibilidade. B- Você coloca tanta comida na boca que fica difícil de mastigar? ☐ Isso acontece todo dia? Não consegue perceber quando a boca está cheia – diminuição da sensibilidade.	☐
II	Respiração A- Você respira normalmente ou usa algum suporte para respirar? CPAP, Oxigênio, respirador, outros. ☐ B- Você ronca muito quando dorme? Isso acontece toda noite? ☐ Ronco ou apnéia; não se aplica a sintomas de asma ou alergias.	☐
III	Hábitos A- Você roe as unhas, ou chupa os dedos ou outros objetos todos os dias? Hábito de sucção de chupeta e dedos não é avaliado abaixo dos 5 anos. ☐ B- Você chupa ou morde seus lábios, língua ou bochechas todos os dias? ☐ C- Você aperta forte seus dentes ou os range durante o dia? ☐	☐
IV	Mastigação e Deglutição A- Não come com a boca ☐ Tubo nasogástrico, gastrostomia, outros – pular perguntas B-E B- Você acha difícil comer alimentos com certa consistência (mais duros)? ☐ Excluir alergias e dietas especiais como vegetarianismo e intolerância ao glúten C- Você demora mais do que 30 minutos para comer uma refeição completa? ☐ D- Você engole grandes pedaços sem mastigar? ☐ E- Você costuma tossir durante as refeições? ☐ Acontece em quase todas as refeições.	☐
V	Salivação A - Você fica com saliva no canto da boca ou escorre saliva para o queixo todos os dias? ☐ Tem que limpar a boca, não se aplica enquanto dorme.	☐
VI	Secura da boca A- Você precisa beber algum tipo de líquido para conseguir comer uma torrada? ☐ B- Você sente dor na mucosa (pele) da boca ou na língua? ☐ Dor recorrente ou sensação de formigamento pelo menos uma vez na semana; não se aplica a dor de dente ou vesículas (lesões bolhosas) na boca.	☐
Nome: <u>ENTREVISTA NOT-S</u>		Soma:

			Pontuação
1	Face em repouso	Observe a figura por um minuto, começando agora. Observação de um minuto. Avalie A-D	
Figura 1	A- Assimetria (considerar tanto osso quanto tecidos moles)	☐	☐
	B- Desvio da posição dos lábios (boca aberta ou outros desvios em mais de 2/3 do tempo)	☐	
	C-Desvio da posição da língua (ponta da língua visivelmente entre os dentes em mais de 2/3 do tempo)	☐	
	D- Movimentos involuntários (repetidos movimentos involuntários da face)	☐	
2	Respiração nasal		
Figura 2	A- Feche a boca e faça 5 profundas inspirações pelo nariz (cheire) Não consegue fazer 5 inspirações sucessivas pelo nariz. Se o paciente não consegue fechar os lábios, o paciente ou o examinador pode, manualmente ajudar a manter os lábios fechados. Não avaliar se o paciente estiver resfriado.	☐	☐
3	Expressão facial		
Figura 3	A- Feche os olhos bem forte Os músculos faciais não estão ativados, esteticamente, em simetria.	☐	☐
Figura 4	B- Mostre seus dentes Os lábios e os músculos faciais não são simetricamente ativados então os dentes são facilmente visíveis.	☐	
Figura 5	C- Tente assobiar/soprar Não consegue fazer biquinho com os lábios simetricamente.	☐	
4	Músculos mastigatórios e função mandibular		
Figura 6	A- Morda forte com seus dentes do fundo Não se pode registrar atividade simétrica quando dois dedos ficam pressionando os músculos mandibulares (m. masseter dos dois lados).	☐	☐
Figura 7	B- Abra a boca o máximo que conseguir Não consegue abrir a boca numa distância correspondente à largura do dedo indicador e do dedo do meio da mão esquerda do paciente. Se os dentes anteriores estiverem ausentes, use a largura de três dedos (indicador, dedo do meio e anelar) como medida.	☐	
5	Função motora oral		
Figura 8	A- Ponha sua língua para fora o quanto puder Não consegue alcançar a borda do vermelhão dos lábios com a ponta da língua.	☐	☐
Figura 9	B- Lamba os seus lábios Não consegue usar a ponta da língua para molhar os lábios e não consegue alcançar os cantos da boca.	☐	
Figura 10	C- Encha sua boca de ar e segure por pelo menos 3 segundos ... Não consegue encher a boca de ar sem vazamento de ar ou sem fazer barulhos.	☐	
Figura 11	D- Abra a boca bem grande e diga ah-ah-ah! Não se nota elevação da úvula e o palato mole é observado.	☐	
6	Fala		
	A- Não fala Pular perguntas B-C.	☐	☐
Figura 12	B- Conte alto até 10 A fala não é clara com um ou mais sons indistinguíveis ou nasalidade anormal. Abaixo de 5 anos de idade exclua sons de R, S da avaliação.	☐	
Figura 13	C- Diga PATAKA, PATAKA, PATAKA Não avalie este item em crianças menores de 5 anos de idade.	☐	
Nome:		EXAME NOT-S	Soma:

ANEXO D

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 5, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>	
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e, h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c, f, g, i), o valor será mantido o mesmo</p>	
10	Considerar o mesmo valor.	
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>	

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de *Raw Scale* porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (*Score Range*) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

$$\text{Domínio: } \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)

- Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4.

- Aplicar fórmula:

$$\text{Domínio: } \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.