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

MICHELLY LIMA MORO ALVES

**Avaliação da qualidade de vida de pacientes com fissura
transforame bilateral submetidos à cirurgia ortognática
comparados aos reabilitados com próteses de recobrimento no
Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da
Universidade de São Paulo**

**BAURU
2014**

MICHELLY LIMA MORO ALVES

**Avaliação da qualidade de vida de pacientes com fissura
transforame bilateral submetidos à cirurgia ortognática
comparados aos reabilitados com próteses de recobrimento no
Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da
Universidade de São Paulo**

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
2014**

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.

Michelly Lima Moro Alves

Bauru, ____ de _____ de 2014.

Alves, Michelly Lima Moro
A87a Avaliação da qualidade de vida de pacientes com fissura transforame bilateral submetidos à cirurgia ortognática comparados aos reabilitados com próteses de recobrimento no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo / Michelly Lima Moro Alves. Bauru, 2014. 78p.; 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. Qualidade de vida. 2. Fissura palatina. 3. Fenda labial. 4. Cirurgia ortognática. 5. Prótese dentária.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Michelly Lima Moro Alves

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

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Profa. Dra. Simone Soares - Orientadora

Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - USP

Profa. Dra. Daniela Gamba Garib Carreira

Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC/USP

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

DEDICATÓRIA

A **Deus**, que me proporcionou a vida e me guiou até o dia de hoje.

Aos meus **pais e família**, que sempre estiveram ao meu lado, e são minha base.

Ao meu **marido**, por todo seu amor.

Aos **professores**, por todos os seus ensinamentos durante essa jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, que me deu a vida e nunca me desamparou sempre que precisei.

Aos meus pais, **Sueli** e **Sidnei** e meu irmão **Michel**, por serem meu tudo, terem me criado com amor e carinho e me ensinado os valores da vida, meu muito obrigada!

Ao meu marido, **Edson**, por todo seu amor, paciência, carinho e compreensão nos momentos difíceis. Por estar sempre disposto a me ajudar, por ser meu amigo, companheiro, amor, tudo em uma mesma pessoa. Só tenho a agradecer por ter o privilégio de ter você do meu lado, te amo!

Aos meus tios, **Esmeralda** e **Ademiro**, e a minha avó, **Yolanda**, por estarem sempre presentes em todos os momentos da minha vida, por me darem amor e suporte sempre que precisei. Obrigada por serem tão bons comigo.

Aos meus sogros, **Francine** e **Edson**, que sempre nos ajudaram quando precisamos, estando sempre dispostos, meu muito obrigada!

Ao “**Centrinho**”, pela oportunidade de fazer parte de um programa de pós-graduação tão rico em conhecimento, por ser um ambiente tão acolhedor. Com certeza, durante esse período no qual fui aluna cresci muito como pessoa e como profissional, obrigada!

A **CAPES**, pela bolsa concedida durante um ano de mestrado, essa iniciativa é muito válida para nós alunos.

Ao **Banco Santander**, pela oportunidade de realizar um intercâmbio internacional durante o mês de Agosto/2013. Esse incentivo estudantil para mobilidade internacional em parceria com a USP é algo que tem que ser reconhecido e valorizado. Cresci muito em todos os sentidos com essa experiência vivida. Obrigada!

A minha orientadora, **Profa. Dra. Simone Soares**, que com certeza foi uma das melhores coisas que me aconteceu nesse mestrado. Sempre pronta a me ajudar, compreensiva nos momentos que me ausentei, disposta em ensinar, em cumprir com o papel de orientadora, de fazer com que eu estivesse sempre motivada a querer fazer mais, a me empenhar. Obrigada por todos os momentos que tivemos durante esses dois anos, com certeza ficarão guardados na minha memória. Espero ter a oportunidade de trabalharmos juntas novamente.

A **Profa. Dra. Daniela Garib**, presidente da pós-graduação, que em muitos momentos pra mim foi muito mais que uma professora. Sempre disposta a me ouvir e ajudar quando precisei. Obrigada por tudo!

A **Profa. Karin Hermana Neppelenbroek**, pela oportunidade de realizar o PAE ao seu lado, pelos ensinamentos e compreensão em todos os momentos, obrigada!

Aos funcionários da pós-graduação: **Zeze, Rogério, Andréia, Tatiana**, que sempre que solicitados me ajudaram, e olha que dei trabalho naquela salinha! E eles, todos, sempre pacientes e prontos a tentarem me ajudar e solucionar os problemas da melhor maneira possível. Sem vocês a pós-graduação não teria tido a mesma graça, obrigada!

Aos meus amigos da **turma de Agosto/2012**! Turma boa demais!!! Todos, sem exceção, foram muito importantes nesses dois anos. Ajudamo-nos, rimos juntos, brigamos juntos, churrasqueamos juntos, foram anos muito bem vividos. Tive sorte de cair na turma de vocês, obrigada por tudo sempre!

Em especial quero agradecer aos meus amigos do fundão: **Rogério Penhavel, Victor Zilo, Bruno Nicoliello, Luiz Pegoraro, Telma Brosco**, aos do “quase” fundão: **Pri Ayub, Paulinha, Ana Paula, Vivian, Maria Eugênia, Melissa, Dai, Flávia Ferlin**, obrigada por todos os momentos especiais que tivemos durante esse mestrado. Momentos de dedicação e descontração que foram fundamentais para que chegássemos até aqui. Não falei que iríamos conseguir? Aqui estamos nós! Obrigada gente, vocês foram e são maravilhosos!

Ao setor de Prótese Dentária do Hospital, em especial aos professores **Fernando, Mônica, Rosângela, Rafael, João, Regina, Caio, Flávio** e funcionários **Ivone, Adriana, Emília, Roseli**, que me ajudaram durante toda a minha formação, desde antes do Mestrado. Sempre me receberam de portas abertas, dispostos, e com um sorriso no rosto, me ajudando em todo o momento. Obrigada por tudo.

Aos residentes de prótese da turma de 2012: **Mari Balla, Nathália, Gustavo, Alcides, Juliana, Mariana (Ketti), Thales, Denis, Jaine, Aninha, Rafaella e Renata**, que me ajudaram muito durante a pesquisa, na coleta de dados, sempre dispostos a me avisarem quando chegava um paciente potencial. Ligavam, mandavam recado, cediam a cadeira, enfim, sem vocês teria sido muito mais difícil. Obrigada por tudo e muito sucesso a todos vocês!

Ao setor de **Cirurgia Ortognática** do Hospital, que também sempre me recebeu muito bem, ajudando na coleta dos dados, obrigada!

Aos funcionários do **Centro de Processamento de Dados**, em especial ao Robert, que me ajudou muito com o agendamento dos pacientes, fornecendo mês a mês os nomes e locais onde eu poderia encontrar os pacientes, obrigada!

Aos funcionários do **Arquivo de Prontuários**, que me ajudaram com o levantamento epidemiológico, separando prontuários, avisando sempre que chegava algum que eu precisava, obrigada pela atenção e disposição de todos vocês.

Aos professores e funcionários da **University of Toronto** e **Sick Kids Hospital**, que me receberam muito bem durante o mês de intercâmbio, trocando experiências, me ensinando e ajudando no que precisei. Obrigada!

RESUMO

Alves MLM. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com fissura transforame bilateral submetidos à cirurgia ortognática comparados aos reabilitados com próteses de recobrimento no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2014.

A preocupação em restabelecer e avaliar a qualidade de vida do paciente é um assunto que vem sendo bastante abordado na literatura atual. A fissura labiopalatina é uma das malformações mais comuns, afetando não só o aspecto funcional do paciente, mas também o psicológico, fatores esses estritamente relacionados com a qualidade de vida. Pacientes com fissura do tipo transforame bilateral sofrem mais as consequências das cirurgias primárias corretivas, levando cerca de 25-38% necessitarem de correção cirúrgica da discrepância maxilomandibular com cirurgia ortognática. Devido ao anseio de muitos em finalizar a reabilitação com um tempo mais curto, ou a vontade de terminar o caso sem procedimento cirúrgico, o setor de Prótese Dentária do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, desenvolveu uma prótese removível diferenciada, chamada prótese removível de recobrimento ou overlay. Objetivo: Avaliar a qualidade de vida geral e oral dos pacientes que tiveram seus tratamentos finalizados com cirurgia ortognática (CiOr) comparados aos que finalizaram seus casos com a prótese de recobrimento (PR). Metodologia: O trabalho foi composto de 40 pacientes, sendo 20 no Grupo CiOr e 20 no Grupo PR. Foi feito um levantamento epidemiológico e aplicação de dois questionários: WHOQOL-bref e OHIP-14. Os resultados finais foram avaliados estatisticamente através do teste Mann-Whitney. Resultados: Em relação ao comparativo com o questionário WHOQOL-bref, não foi encontrado diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Na análise do OHIP-14, apenas no campo “Limitação psicológica” pôde ser observado diferença, sendo que o Grupo CiOr teve impacto mais negativo quando comparado ao Grupo PR. Conclusão: Ambas as reabilitações proporcionam uma qualidade de vida satisfatória para os pacientes.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Fissura palatina. Fenda labial. Cirurgia ortognática. Prótese dentária.

ABSTRACT

Alves MLM. Assessment of quality of life of patients with complete bilateral cleft lip and palate underwent orthognathic surgery compared to those rehabilitated with overlay prosthesis at the Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo [dissertation]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2014.

The concern for restoring and assess the quality of life has been extensively discussed in the literature. Cleft lip and palate is one of the most common birth defects, affecting not only the functional aspect of the patient, but also the psychological, these are factors closely related to the quality of life. Patients with complete bilateral cleft lip and palate suffer most the consequences of primary corrective surgeries; about 25-38% of them require surgical correction of maxilomandibular discrepancy with orthognathic surgery. Due to the desire of many to finalize the rehabilitation within a shorter time, or the desire to end the case without surgical procedure, the Prosthodontics Department of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies, developed a differentiated removable prosthesis, called overlay. Objective: To evaluate the overall and oral quality of life of patients who had completed their treatment with orthognathic surgery (CiOr) compared to those who completed their cases with prosthetic rehabilitation (PR). Methodology: The study comprised 40 patients, 20 in CiOr Group and 20 in PR Group. Epidemiological survey and application of two questionnaires (WHOQOL-bref and OHIP-14) were done. The final results were evaluated statistically by the Mann-Whitney test. Results: Regarding the comparison with the WHOQOL-bref, no significant statistical differences between groups were found. In the analysis of the OHIP-14, only in "Psychological Limitation" field difference could be observed, where CiOr Group showed more negative impact when compared to the PR Group. Conclusion: Both rehabilitations provide a satisfactory quality of life for patients.

Keywords: Quality of life. Cleft lip. Cleft palate. Orthognathic surgery. Dental prosthesis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Início ortodontia.....	19
Figura 2 -	Ortodontia pré-cirúrgica.....	19
Figura 3 -	Ortodontia pós-cirúrgica.....	19
Figura 4 -	Caso finalizado.....	19
Figura 5 -	Oclusão inicial – vista frontal.....	21
Figura 6 -	Oclusão inicial – vista lateral.....	21
Figura 7 -	Prótese de recobrimento: vista oclusal.....	21
Figura 8 -	Prótese de recobrimento: vista superior.....	21
Figura 9 -	Prótese de recobrimento: sorriso final.....	21
Figura 10 -	Sorriso inicial da paciente de 12 anos.....	22
Figura 11 -	Placa provisória de recobrimento.....	22
Figura 12 -	Sorriso final da paciente.....	22
Figura 13 -	Fluxograma dos pacientes.....	32
Figura 14 -	Quantidade de Homem x Mulher da amostra.....	39
Figura 15 -	Idade que o paciente chegou ao HRAC.....	39
Figura 16 -	Paciente já chegou operado ao hospital.....	40
Figura 17 -	Classificação socioeconômica.....	40
Figura 18 -	Grau de escolaridade.....	41
Figura 19 -	Tempo de preparo ortodôntico pré-cirúrgico - Grupo CiOr.....	41
Figura 20 -	Idade na qual o paciente foi submetido a cirurgia ortognática – Grupo CiOr.....	42
Figura 21 -	Paciente precisou de algum tipo de prótese após cirurgia - Grupo CiOr.....	42
Figura 22 -	Houve recidiva após a cirurgia ortognática - Grupo CiOr.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Análise comparativa dos resultados do questionário WHOQOL-bref entre os dois grupos.....	43
Tabela 2 -	Análise comparativa dos resultados do questionário OHIP-14 entre os dois grupos.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CiOr	Cirurgia Ortognática
dp	Desvio Padrão
HRAC	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
n	Número da amostra
OHIP	Oral Health Impact Profile
OMS	Organização Mundial da Saúde
PR	Prótese de Recobrimento
USP	Universidade de São Paulo
WHOQOL-100	World Health Organization Quality of Life – 100
WHOQOL-bref	World Health Organization Quality of Life abreviado

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA	13
2	PROPOSIÇÃO	25
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	29
3.1	LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO	32
3.2	APLICAÇÃO E ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS	33
3.3	ANÁLISE ESTATÍSTICA	35
4	RESULTADOS	37
5	DISCUSSÃO	45
6	CONCLUSÃO.....	57
	REFERÊNCIAS	61
	ANEXOS	67

*1 INTRODUÇÃO E
REVISÃO DE LITERATURA*

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

A fissura labiopalatina é uma das malformações mais comuns, com uma prevalência no Brasil de 1:650 indivíduos nascidos vivos, de etiologia multifatorial, podendo acometer lábio, palato ou as duas estruturas concomitantemente (GARIB et al., 2010).

O indivíduo, acometido por essa malformação, tem além do aspecto funcional, o aspecto psicológico afetados, fatores esses estritamente relacionados com a qualidade de vida, pois é na face que o paciente carregará a marca causada pela deformidade (WEHBY; CASSELL, 2010; FREITAS et al., 2011).

O tratamento reabilitador do paciente com fissura envolve uma equipe multidisciplinar visando uma reabilitação satisfatória, dando subsídios para que o paciente seja reinserido na sociedade e tenha uma vida saudável em todos os aspectos (GARIB et al., 2010; FREITAS et al., 2011).

A preocupação em restabelecer e avaliar a qualidade de vida do paciente, principalmente após uma reabilitação, é um assunto que vem sendo bastante abordado na literatura atual, pois o conceito se relaciona com o bem estar físico e emocional, que é o objetivo final de qualquer tratamento proposto (PASKULIN; VIANNA; MOLZAHN, 2009; WEHBY; CASSELL, 2010; CRUZ et al., 2011; KHADKA et al., 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como sendo: “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

A subjetividade que envolve o tema, fez com que grupos de estudos se reunissem a fim de estabelecerem métodos de avaliação que englobassem tanto aspectos objetivos quanto psicossociais da vida do indivíduo (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Baseado nisto, a OMS desenvolveu instrumentos de mensuração da qualidade de vida geral, entre eles o WHOQOL-100, um método de avaliação que foi

concebido através de uma abordagem multicultural e que possui características únicas.

Diversos centros de vários lugares estiveram envolvidos na operacionalização dos domínios do questionário, na elaboração e seleção das perguntas, escala das respostas e no estudo piloto.

A participação ativa dos pesquisadores foi de extrema importância a fim de garantir que, tanto a opinião dos pesquisadores, quanto dos pacientes, estivesse representada na construção do instrumento, além do uso de métodos de tradução testados e aprovados (THE WHOQOL GROUP, 1995).

O WHOQOL-100 é um questionário composto por 100 questões que avalia a percepção da vida dos indivíduos no contexto cultural em que eles vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Já foi testado em 37 centros e traduzido para 29 idiomas.

Devido à dificuldade muitas vezes em se aplicar um questionário composto de 100 questões, que demanda um tempo considerável ao paciente, a OMS desenvolveu o WHOQOL-bref, uma versão abreviada, composta de 26 questões, passível de ser usada em pesquisas clínicas, reconhecido e validado mundialmente.

A primeira questão se refere à qualidade de vida de modo geral, a segunda a satisfação com a própria saúde e as outras 24 são divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente; tornando possível avaliar de uma forma abrangente e confiável a qualidade de vida do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

A versão brasileira foi validada apresentando características psicométricas satisfatórias por Fleck et al. (2000).

Desde então esse método vem sendo amplamente utilizado na literatura. Em uma revisão feita por Kluthcovsky e Kluthcovsky (2009) observou-se uma progressiva e crescente utilização do WHOQOL-bref, com início em 1998, sendo que o Brasil foi até 2006 o país que mais publicou estudos utilizando esse questionário, seguido por Taiwan, Alemanha, China, Turquia e Japão.

Uma das grandes vantagens desse questionário é o fato de ter caráter transcultural podendo assim ser utilizado em vários lugares, permitindo a realização de pesquisas colaborativas em diferentes centros, comparando resultados em diversas populações (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

Veronez (2007) desenvolveu um estudo com pacientes com fissura labiopalatina no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP) para avaliar a qualidade de vida dos indivíduos atendidos. Foram incluídos no trabalho 120 pacientes entre 18 e 30 anos, todos em fase final de tratamento. Aplicou-se o questionário WHOQOL-bref e o resultado mostrou um índice de qualidade de vida geral de bom a muito bom, com todos os domínios acima da média.

O WHOQOL-bref é utilizado para avaliar a qualidade de vida de uma forma geral. Slade e Spencer (1994) pensando em analisar o impacto das condições bucais na qualidade de vida, desenvolveram o Oral Health Impact Profile (OHIP), inicialmente composto por 49 questões que abrangem sete domínios: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, limitação física, limitação psicológica, limitação social e incapacidade.

Assim como o WHOQOL teve sua versão abreviada para facilitar a aplicação, o OHIP também o teve. Slade (1997) publicou um trabalho descrevendo a versão curta do OHIP, agora composta de 14 questões mantendo os mesmo domínios e fidelidade do inicial.

Foi validado no Brasil por Oliveira e Nadanovsky (2005) e desde então o questionário vem sendo amplamente utilizado na literatura devido ao fato de ser genérico, podendo ser aplicado a vários tipos de grupos, com alto grau de confiabilidade e de medir a percepção individual do impacto social das desordens bucais na qualidade de vida (RUSTEMEYER; GREGERSEN, 2012).

Choi et al. (2010) realizou um estudo longitudinal com 32 pacientes não fissurados para analisar as mudanças na qualidade de vida após a cirurgia ortognática. Ele estudou os pacientes em quatro diferentes períodos: antes da cirurgia, no pós-operatório (PO) de 6 semanas, PO de 6 meses e depois de 1 ano.

No estudo supracitado foram aplicados diversos questionários, dentre eles o OHIP-14 e como resultado eles observaram que na análise geral do

questionário houve uma piora na qualidade de vida no PO de 6 semanas (valor médio OHIP-14 = 22,13), provavelmente devido a fase de adaptação do paciente a nova condição, no PO de 6 meses os valores do OHIP-14 começaram a diminuir, ou seja houve uma melhora na qualidade de vida (valor = 12,39) e com um ano de PO o valor do OHIP-14 chegou a uma média de 6,5, que segundo o autor, nessa fase é quando realmente podemos analisar os benefícios da cirurgia, pois toda a fase de sintomas pós operatórios e adaptação do paciente já é findada (CHOI et al., 2010).

Em um estudo realizado por Montero et al. (2013) sobre a auto-avaliação dos pacientes após reabilitação com diferentes tipos de próteses convencionais, utilizando-se o OHIP-14, concluiu-se que a reabilitação protética convencional melhora o bem estar geral do paciente e que as próteses parciais metálicas removíveis foram as mais previsíveis em termos de satisfação do paciente

O HRAC-USP é considerado pela OMS um centro de excelência, uma vez que possui atendimento eficiente com grande volume de pacientes, capaz de assistir à populações diversas, combinando programas de transporte custeados e tratamentos gratuitos aos indivíduos com fissura labiopalatina (SHAW; SEMB, 2007; FREITAS et al., 2011).

Atualmente o Hospital possui 50.696 pacientes com fissura matriculados (sem síndrome associada)*, destes, 6711 (13%) são pacientes com fissura do tipo transforame bilateral, considerado o tipo mais deletério para o crescimento facial, uma vez que segmenta a maxila em três partes separadas (CAVASSAN; SILVA FILHO, 2007).

Pacientes com fissura transforame bilateral sofrem mais as consequências das cirurgias primárias corretivas (queiloplastia e palatoplastia), tendo como característica final um perfil excessivamente côncavo, com retrusão maxilar acentuada (trespasse horizontal negativo), rotação da mandíbula no sentido horário, aumento do ângulo gôníaco, levando a uma relação maxilomandibular do tipo Classe III (SILVA FILHO; LAURIS; CAVASSAN, 1990; CAVASSAN; SILVA FILHO, 2007; FREITAS et al., 2011; PHILLIPS; NISH; DASKALOGIANNAKIS, 2012).

* Fonte: Centro de Processamento de Dados do HRAC – Junho 2014.

Devido a essas consequências, aproximadamente de 25 a 38% desses pacientes necessitam de correção cirúrgica da discrepância maxilomandibular com cirurgia ortognática, sendo a osteotomia do tipo Lefort I a técnica cirúrgica mais utilizada (DASKALOGIANNAKIS; MEHTA, 2009; FREITAS et al., 2012a; SALTAJI et al., 2012).

A cirurgia ortognática é um procedimento complexo que reposiciona as bases ósseas maxilares através de osteotomias, devolvendo oclusão, função e estética satisfatória. É necessário para tanto, um preparo ortodôntico prévio do paciente, assim como uma finalização ortodôntica pós-cirúrgica (PROFFIT; SARVER; WHITE, 2005; ESPERÃO et al., 2010; PHILLIPS; NISH; DASKALOGIANNAKIS, 2012; SALTAJI et al., 2012).

Atualmente é o tratamento de escolha para pacientes com grandes discrepâncias maxilomandibulares, pois consegue corrigir trespases horizontais e verticais acentuados, devolvendo um perfil facial harmonioso assim como padrão oclusal satisfatório (Figuras 1 a 4) (PHILLIPS; NISH; DASKALOGIANNAKIS, 2012; SALTAJI et al., 2012).

Figura 1 - Início ortodontia

Figura 2 - Ortodontia pré-cirúrgica

Figura 3 - Ortodontia pós-cirúrgica

Figura 4 - Caso finalizado

Tem como desvantagem morbidade do paciente, tempo de preparo ortodôntico prévio, alto custo do material de fixação utilizado nos procedimentos cirúrgicos, possibilidade de complicações trans e pós-operatórias assim como recidiva em alguns casos (HO et al., 2011; SALTAJI et al., 2012).

A literatura nos mostra que as osteotomias feitas em pacientes com fissura podem não ser tão estáveis em longo prazo, podendo haver uma maior recidiva devido à contração tecidual provocada pelas cicatrizes das cirurgias primárias e corretivas (SALTAJI et al., 2012).

O HRAC possui centros cirúrgicos e profissionais capacitados para a realização deste tipo de procedimento, porém devido ao tempo de preparo ortodôntico pré e pós-operatório necessário, o tratamento se torna mais demorado, gerando expectativa e ansiedade no paciente.

Devido ao anseio, de muitos, em finalizar a reabilitação com um tempo mais curto, ou a vontade de terminar o caso sem ter que se submeter a mais um procedimento cirúrgico, ou ainda o fato da idade avançada do paciente ao chegar ao Hospital, ou baseado em alguma contra indicação cirúrgica para o caso, o setor de Prótese Dentária do HRAC/USP desenvolveu uma prótese removível diferenciada, chamada prótese removível de recobrimento ou *overlay* (LOPES et al., 2002; FREITAS et al., 2013).

As próteses de recobrimento têm como principal objetivo corrigir as discrepâncias maxilomandibulares presentes nesses pacientes, devolvendo, assim como a cirurgia, oclusão, função e estética (RIZOTO et al., 2000; LOPES et al., 2002; FRAGOSO et al., 2005; PINTO; LOPES, 2007).

Estas próteses possuem a capacidade de recobrir o arco superior, permitindo que os dentes sejam montados sobre os dentes remanescentes do paciente. A sela recobre o arco a partir da região vestibular como um “para-lama” e assim pode-se, através do plano de cera, avançar tanto quanto necessário e possível, montando os dentes em uma posição favorável (Figuras 5 a 9) (RIZOTO et al., 2000; LOPES et al., 2002).

Figura 5 - Oclusão inicial – vista frontal

Figura 6 - Oclusão inicial – vista lateral

Figura 7 - Prótese de recobrimento: vista oclusal

Figura 8 - Prótese de recobrimento: vista superior

Figura 9 - Prótese de recobrimento: sorriso final

Algumas das vantagens dessa alternativa de tratamento são: tempo de trabalho reduzido, morbidade mínima, baixo custo quando comparado à cirurgia ortognática, desgaste mínimo nos dentes, versatilidade no desenho da armação, permite uso temporário para que paciente se adapte, pode ser usada em diferentes fases da vida, pois permite troca conforme o crescimento, reversibilidade, o paciente a qualquer momento pode ser submetido a outro tipo de reabilitação, caso seja necessário (Figuras 10 a 12) (RIZOTO et al., 2000; LOPES et al., 2002; PINTO; LOPES, 2007).

Figura 10 - Sorriso inicial da paciente de 12 anos

Figura 11 - Placa provisória de recobrimento

Figura 12 - Sorriso final da paciente

Como todo procedimento implica em cuidados, com as próteses isso não é diferente, sendo imperativo que o paciente tenha uma boa orientação e controle de higiene e que redobre os cuidados com escovação, pois os dentes remanescentes permanecerão recobertos pela prótese (PRESHAW et al., 2011; FREITAS et al., 2013).

Com o aumento do número de pacientes que buscavam o setor de Prótese para finalizarem sua reabilitação, visto a escassez de artigos relacionados ao tema na literatura, surgiu a necessidade da realização de estudos nesta área, principalmente comparando-se o uso da prótese de recobrimento com a cirurgia ortognática aliados ao impacto destas na qualidade de vida geral e oral do paciente.

2 PROPOSIÇÃO

Baseado no exposto, o presente trabalho propõe uma avaliação da qualidade de vida dos pacientes que tiveram seus tratamentos finalizados com cirurgia ortognática, comparados aos que tiveram seus casos concluídos com prótese de recobrimento. A hipótese testada é de que a abordagem não cirúrgica apresente resultados semelhantes à terapia cirúrgica no quesito da percepção e auto-avaliação da qualidade de vida.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3 MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HRAC, parecer número 207/803 (Anexo A).

O estudo por nós realizado foi do tipo: observacional, prospectivo e paralelo, pois comparamos dois grupos distintos.

Para a realização do mesmo, foi feito um levantamento epidemiológico dos pacientes e aplicados os seguintes questionários: o WHOQOL-bref (Anexo B) ou WHOQOL-abreviado, e o OHIP-14 (Anexo C).

A seleção dos pacientes obedeceu ao agendamento para procedimentos de rotina do Hospital, porém foram selecionados de forma aleatória dentre os pacientes alocados.

Durante o processo de coleta dos dados 65 pacientes foram avaliados, porém apenas 40 foram selecionados baseados nos seguintes critérios de inclusão: serem maiores de 18 anos, apresentar fissura do tipo transforame bilateral, com pelo menos um ano de finalização do tratamento, não apresentando fístula remanescente e/ou palato aberto, assim como síndromes associadas.

Os grupos foram divididos em 20 pacientes para o Grupo CiOr (submetidos à cirurgia ortognática) e 20 para o Grupo PR (finalizaram com prótese de recobrimento) (Figura 13).

Figura 13 - Fluxograma dos pacientes

Os 40 indivíduos elegíveis que aceitaram participar da pesquisa estavam de acordo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D).

3.1 LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO

Análise de prontuários dos pacientes incluídos no trabalho foi realizada para que pudéssemos traçar o perfil dos indivíduos participantes.

Assim que chegam ao Hospital os pacientes passam pelo setor do Serviço Social, onde dados são colhidos para que esse paciente possa ser cadastrado e classificado de acordo com o questionário proposto por Graciano e Lehfeld (2010).

Esse exame inicial é bem completo, sendo que abrange os seguintes indicadores: *I – Investigação Diagnóstica*: - avaliação socioeconômica, - situação econômica da família (rendimentos, gastos), - número de membros residentes na família/relações (tipo de união, tipologia, religião, relacionamento, planejamento, repercussões da anomalia craniofacial na vida social, discriminações/preconceitos) - escolaridade/relações (nível educacional, relacionamento, apoio escolar), - habitação (situação, condição, acomodações, tipo de construção e de domicílio, zona, infraestrutura, telefonia, coleta de lixo, asfalto e outros recursos), -

ocupação/relações (situação, classificação, setor, natureza, relacionamento e apoio do empregador), - recursos para a reabilitação (tipo ou grau de deficiência, tempo de tratamento, percurso, recursos de apoio para locomoção, recursos organizacionais e humanos de apoio ao tratamento, periodicidade e prazo de comunicação de retornos, recursos e áreas para o tratamento na cidade de origem, expectativas de tratamento, problemas de saúde e deficiência na família; *II – Parecer/Intervenção do Serviço Social*: - abordagens, - estratificação socioeconômica, - nível de compreensão, - demandas/atendimentos); *III – Evolução Social* (GRACIANO; LEHFELD, 2010).

A classificação final do indivíduo é dada por um sistema de somatória de pontos, que os leva a estarem em uma das seguintes categorias: Baixa inferior, Baixa superior, Média inferior, Média, Média superior e Alta (Anexo E) (GRACIANO; LEHFELD, 2010).

No presente estudo as seguintes informações foram anotadas: gênero, idade, escolaridade, classificação socioeconômica, idade que chegou ao hospital, se chegou já operado, tempo de preparo ortodôntico, idade ao qual foi submetido à cirurgia ortognática (Grupo CiOr), recidiva pós-cirúrgica (Grupo CiOr), complicações pós-cirúrgicas (Grupo CiOr), motivo da escolha da prótese (Grupo PR).

3.2 APLICAÇÃO E ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficava separado dos questionários para que o paciente tivesse certeza de que não teria como ser identificado durante as respostas, logo o estudo se tornou cego para o pesquisador.

Os pacientes leram e responderam aos questionários sozinhos, em uma sala reservada, onde ele não pudesse ser atrapalhado. O paciente recebeu auxílio no preenchimento apenas quando não havia o entendimento de alguma pergunta.

Ao término, os pacientes eram orientados a guardarem os questionários em uma pasta, para que o pesquisador não os identificasse.

A aplicação dos questionários era feita durante o tempo livre do paciente, entre um atendimento e outro, de forma a não prejudicar a rotina do paciente no Hospital.

O formulário OHIP-14, que avalia a qualidade de vida bucal do paciente, é composto por sete dimensões, representadas pelas seguintes questões:

- Limitações funcionais: questões 1 e 2;
- Dor física: questões 3 e 4;
- Desconforto psicológico: questões 5 e 6;
- Limitação física: questões 7 e 8;
- Limitação psicológica: questões 9 e 10;
- Limitação social: questões 11 e 12;
- Incapacidade: questões 13 e 14.

As seguintes pontuações eram atribuídas a cada resposta:

- nunca – 0
- raramente – 1
- às vezes – 2
- frequentemente – 3
- sempre – 4

O método de análise do OHIP-14 selecionado foi o aditivo, no qual as respostas são somadas podendo ter um resultado máximo de 56 pontos. Lembrando que quanto maior a pontuação apresentada, maior a percepção do impacto pelo indivíduo e conseqüentemente menor o índice de qualidade de vida (SLADE, 1997).

O questionário WHOQOL-bref, que avalia a qualidade de vida no aspecto geral do paciente, foi analisado segundo as coordenações dadas pela Organização Mundial da Saúde em manual publicado em 1995 (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Segundo as instruções, as respostas seguem a escala de Likert de 1 a 5, sendo que quanto maior a pontuação, maior a qualidade de vida do indivíduo. Algumas questões têm que ter seus valores recodificados para então obtermos o valor final (Anexo F).

3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados dos questionários foram submetidos à análise estatística através do teste não paramétrico Mann-Whitney que deu a correlação entre os grupos. O nível de significância de 5% foi estabelecido para que se pudesse observar diferença estatística entre os grupos ($p < 0,05$).

Os dados do levantamento epidemiológico foram analisados de forma descritiva.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

Dos 40 pacientes selecionados, 20 fizeram parte do Grupo CiOr, sendo 11 homens e 9 mulheres, com idade média de 29,15 anos. O Grupo PR também foi composto por 20 indivíduos, 11 homens e 9 mulheres, sendo a idade média dos participantes de 32,15 anos (Figura 14).

Figura 14 - Quantidade de Homem x Mulher da amostra

A Figura 15 demonstra a idade na qual os pacientes chegaram ao HRAC para iniciarem o tratamento.

Figura 15 - Idade que o paciente chegou ao HRAC

Outro dado relevante levantado e descrito na Figura 16 é o número de pacientes que já chegaram ao Hospital operados.

Figura 16 - Paciente já chegou operado ao hospital

Com relação à classificação socioeconômica da família e o nível de escolaridade, as Figuras 17 e 18 nos mostram o panorama dos participantes.

Quando o paciente chega adulto, a escolaridade descrita é a do próprio paciente. Quando chega com idade inferior a 18 anos, a escolaridade apresentada é a dos pais.

Figura 17 - Classificação socioeconômica

Figura 18 - Grau de escolaridade

Ao analisar os prontuários foi anotado também o tempo que o paciente levou para o preparo ortodôntico pré-cirúrgico. O resultado encontra-se descrito na Figura 19, onde pode-se observar que 11% dos pacientes levaram até 5 anos de preparo, 47% levaram de 6 a 11 anos e 42% de 12 a 17 anos.

Figura 19 - Tempo de preparo ortodôntico pré-cirúrgico - Grupo CiOr

Em relação à idade na qual o paciente do Grupo CiOr foi submetido a cirurgia ortognática, podemos observar na Figura 20 que 20% fez a cirurgia entre 17 e 22 anos, 60% entre 23 e 38 anos e 20% entre 29 e 34 anos.

Figura 20 - Idade na qual o paciente foi submetido a cirurgia ortognática – Grupo CiOr

Outra informação relevante encontrada em nossa base de dados foi o fato de, mesmo após ter sido realizada a cirurgia ortognática, o paciente ainda precisou de algum tipo de reabilitação protética.

A Figura 21 nos mostra que apenas 15% da amostra não precisou de algum tipo de prótese após a cirurgia e que 85% recebeu algum tipo de prótese. Desses 85% (17 pacientes), 14 finalizaram com prótese fixa, 2 com próteses fixas sobre implantes e 1 necessitou de prótese de recobrimento além da cirurgia, devido a discrepância maxilo-mandibular inicial.

Figura 21 - Paciente precisou de algum tipo de prótese após cirurgia - Grupo CiOr

Quando trabalhamos com cirurgias, um dado sempre importante de se levantar é se houve ou não recidiva no caso. Ao analisarmos nossos pacientes, constatamos que 20% da amostra do Grupo CiOr apresentou recidiva após a ortognática (Figura 22).

Figura 22 - Houve recidiva após a cirurgia ortognática - Grupo CiOr

Na amostra do Grupo Cior também observaram-se complicações pós-cirúrgicas, e o resultado mostrou que três pacientes tiveram a pré-maxila necrosada após a ortognática e teve que removê-la, e um paciente perdeu o enxerto ósseo bilateral feito previamente a cirurgia.

Concomitante ao levantamento epidemiológico dos indivíduos incluídos na pesquisa os questionários foram aplicados.

O questionário **WHOQOL-bref** foi analisado segundo cada domínio separadamente (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente), para que pudéssemos obter maior confiabilidade e precisão dos resultados.

Conforme as instruções do manual, as perguntas 1 (Percepção da qualidade de vida) e 2 (Satisfação com a saúde) foram analisadas isoladamente.

Aplicado o teste estatístico Mann-Whitney observou-se, como descrito na Tabela 1, que não houve diferença estatística entre os grupos em nenhum domínio analisado.

Tabela 1 - Análise comparativa dos resultados do questionário **WHOQOL-bref** entre os dois grupos

	CioR (n=20)		PR (n=20)		p
	Média	dp	Média	dp	
Q1	86,250	12,760	81,250	17,909	0,431
Q2	86,250	15,120	81,250	17,909	0,394
Físico	80,893	12,113	77,857	14,684	0,447
Psicológico	74,375	13,738	78,750	14,864	0,340
Relação Social	79,583	16,771	80,833	15,788	0,848
Meio Ambiente	69,219	12,955	68,281	15,976	1,000

Q1: Questão 1 (percepção da qualidade de vida); **Q2:** Questão 2 (satisfação com a saúde); **dp:** desvio padrão.

O questionário **OHIP-14** foi avaliado segundo cada um dos sete domínios separadamente (Limitação funcional, Dor física, Desconforto psicológico, Limitação física, Limitação psicológica, Limitação social e Incapacidade) e tem-se na Tabela 2 o panorama geral sobre a qualidade de vida bucal dos pacientes, lembrando que quanto maior o resultado, maior o impacto e menor a qualidade de vida.

Os resultados do teste estatístico (Mann-Whitney) para o OHIP-14 comparando os dois grupos, nos mostraram que apenas no campo “Limitação Psicológica” pode-se observar diferença estatisticamente significativa, demonstrando que o Grupo CiOr gerou um maior impacto na qualidade de vida em relação aos aspectos bucais.

Tabela 2 - Análise comparativa dos resultados do questionário **OHIP- 14** entre os dois grupos

	CioR (n=20)		PR (n=20)		p
	Média	dp	Média	dp	
Limitação Funcional	0,550	1,191	0,850	1,226	0,407
Dor Física	1,250	1,154	1,150	1,348	0,700
Desconforto Psicológico	1,300	1,625	0,900	1,651	0,327
Limitação Física	0,950	1,356	1,200	2,331	0,803
Limitação psicológica	1,200	1,152	0,750	2,023	0,015*
Limitação Social	0,650	1,137	0,700	1,380	0,863
Incapacidade	0,550	1,050	0,250	0,550	0,553
Análise Geral	6,450	6,013	5,800	6,787	0,605

Dp: desvio padrão

* p<0,05

5 DISCUSSÃO

A literatura é bem definida quando se procura informações sobre a fissura transforame unilateral, no que diz respeito a sua prevalência, ao fato de ocorrer mais do lado esquerdo e de os homens serem os mais afetados (FREITAS et al., 2011).

Quando buscamos informações sobre o tipo transforame bilateral, ainda há uma escassez de artigos que discutam sobre suas correlações, havendo até uma sugestão da OMS para que mais estudos sejam feitos sobre esse tipo de fissura, para que se possa delinear um perfil mais específico da população afetada (SHAW; SEMB, 2007).

O presente estudo fez um levantamento epidemiológico e avaliou a qualidade de vida oral e geral em pacientes com fissura do tipo transforame bilateral (n=40), sendo esses divididos em dois grupos: 20 pacientes que finalizaram seu tratamento com prótese de recobrimento (Grupo PR) e 20 que finalizaram com cirurgia ortognática (Grupo CiOr).

Analisando-se o gênero dos indivíduos participantes, foi possível observar que, não houve uma predileção entre homens e mulheres acometidos pela fissura transforame bilateral, sendo que dos 40 pacientes que compunham a amostra, 22 eram homens e 18 mulheres.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o Brasil é um país que possui um grande território, com uma população de cerca de 201.032.714 habitantes, sendo essa formada por diversos povos e etnias, das mais diversas classes sociais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

O HRAC é um hospital de referência nacional e internacional, sendo considerado pela OMS um centro de excelência em reabilitação das anomalias craniofaciais (SHAW; SEMB, 2007).

Os pacientes matriculados no HRAC oriundos de todas as partes do país são, logo ao chegarem, classificados quanto às suas questões emocionais, sociais e econômicas, baseados em um questionário desenvolvido por Pavão e colaboradores

em 2006 e atualizado por Graciano e Lehfeld em 2010 (GRACIANO; LEHFELD, 2010).

Como já descrito anteriormente, essa classificação final é dada por um sistema de somatória de pontos, que os leva a estarem em uma das seguintes categorias: Baixa inferior, Baixa superior, Média inferior, Média, Média superior e Alta (GRACIANO; LEHFELD, 2010).

Com base no levantamento epidemiológico, feito nesse estudo, observou-se que grande parte dos pacientes pertencentes ao Grupo PR chegou tardiamente ao hospital.

Esse fato pode estar relacionado às condições socioeconômicas e culturais dessa população, pois dentro da classificação aplicada no Hospital, estes ficaram entre as classes Baixa inferior e Média inferior, com nível de escolaridade baixo, pois a predominância do grupo foi o ensino fundamental incompleto.

Em contrapartida, o Grupo CiOr em sua grande maioria, chegou ao hospital dentro do tempo ideal para realização das cirurgias primárias, o que poderíamos relacionar ao nível cultural mais elevado dos pais, que foram classificados em sua maioria como tendo o ensino fundamental ou médio completos. Isso denota mais informação a respeito da doença congênita e sobre o local apropriado para tratamento, bem como exames pré-natais capazes de detectar a lesão e permitir aos pais anteciparem a busca por tratamento.

O fato ainda de não ter acesso fácil à informação, pode comprometer o tratamento de muitos indivíduos, pois o não conhecimento da existência de um serviço gratuito como o do HRAC para pacientes com fissura, ou o simples fato do desconhecimento das implicações funcionais, causas e consequências desse tipo de anomalia, gera uma desordem na reabilitação final levando muitas vezes a uma finalização não ideal.

Infelizmente ainda encontramos muitos indivíduos chegando tardiamente ao Hospital, ou porque nunca haviam ouvido falar do local, ou desconheciam a existência de tratamento, viviam as margens da sociedade vítimas de preconceito, discriminações.

Esse trabalho psicossocial de reinserção do paciente na sociedade, ainda tem muito a ser explorado para que se possa atingir um tratamento ideal, no tempo

certo para todos os acometidos pelas fissuras labiopalatinas e/ou síndromes associadas (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007).

Ao analisar o fato de os pacientes terem chegado ao Hospital já operados, ou seja, com alguma cirurgia primária realizada fora do HRAC, observa-se que no Grupo PR isso foi um fato recorrente, sendo que 14 dos 20 pacientes já chegaram com alguma intervenção feita.

Pensando pelo lado de que as cirurgias primárias têm um impacto psicossocial positivo para a família, melhora tanto o aspecto estético do bebê quanto o funcional, principalmente no que diz respeito à amamentação e ingestão de alimentos, o fato de o paciente já ter chegado operado é um bom sinal (FREITAS et al., 2012a).

Porém, é sabido que as cirurgias primárias além de corrigirem, podem levar a complicações futuras devido à presença das cicatrizes que promovem contraturas teciduais. Quando bem feitas, por profissionais capacitados e experientes já deixam sequelas, se realizadas por profissionais inexperientes, podem ter suas consequências agravadas (FREITAS et al., 2011; FREITAS et al., 2012b; SALTAJI et al., 2012).

O desconhecimento pelos profissionais do Hospital, de como foram realizadas essas cirurgias nos pacientes que já chegaram operados, torna o prognóstico dos casos mais obscuro, levando os profissionais e muitas vezes os próprios pacientes, devido a traumas sofridos por cirurgias na infância, a optarem pela finalização protética, uma vez que essa modalidade terapêutica é não invasiva, reversível e esteticamente satisfatória (RIZOTO et al., 2000; LOPES et al., 2002; FREITAS et al., 2013).

Analisando o Grupo CiOr quanto ao fato de terem chegado já operados ou não, observa-se que houve uma igualdade dentro do grupo. Ou seja, não podemos concluir se isso é um fator determinante para que o paciente se torne cirúrgico ou não (FREITAS et al., 2013).

Estudos mostram que apesar da finalização cirúrgica ser a mais indicada para os pacientes com discrepâncias maxilomandibulares, esta nem sempre é estável. Há sim relatos de recidiva, o que pode ser ainda mais marcante em

pacientes com fissura, devido à presença da cicatriz deixada pelas cirurgias corretivas iniciais (da SILVA FREITAS et al., 2009; SALTAJI et al., 2012).

Saltaji et al. (2012), em uma revisão sistemática sobre a recidiva de cirurgia ortognática em pacientes com fissura, relata que a cicatriz do tecido mole pode não ser a única causa potencial da deficiência do terço médio da face, porém, está bem relacionada com a recidiva cirúrgica, uma vez que restringe o movimento de avanço cirúrgico, empurrando de volta à posição inicial a base avançada.

Essa afirmação se relaciona com achados do presente estudo, pois no Grupo CiOr, quatro pacientes, 20% da amostra, sofreram recidiva cirúrgica. Logo, podem ter sofrido maior influência das cicatrizes derivadas de cirurgias primárias, repercutindo no crescimento da maxila (da SILVA FREITAS et al., 2009).

De acordo com Murphy et al. (2011) em uma análise da relevância clínica da cirurgia ortognática na qualidade de vida dos pacientes, observou-se que o tempo médio de preparo ortodôntico pré-cirúrgico em pacientes sem fissura foi de 24 meses, sendo que o aceitável seria entre 18 e 24 meses.

No presente estudo foi observado que apenas 11% da amostra do Grupo CiOr completou o preparo ortodôntico prévio em até 5 anos, havendo pacientes que estiveram sob tratamento ortodôntico por 17 anos até o dia em que foram submetidos a cirurgia ortognática.

Segundo Freitas et al. (2012a) o protocolo de tratamento ortodôntico do HRAC para pacientes portadores de fissura completa de lábio e palato deve ser: ortodontia pré enxerto, enxerto ósseo alveolar secundário, ortodontia pós enxerto, cirurgia ortognática (quando indicada), finalização e contenção.

Com base no fato dessas etapas iniciarem-se por volta dos 8-9 anos, e de a ortognática ser normalmente realizada quando se tem o fim do crescimento, ou seja, por volta dos 18-20 anos; um paciente com fissura demoraria, no mínimo, aproximadamente 10 anos para estar pronto para a cirurgia (REZENDE, 2007; FREITAS et al., 2012a).

Levando-se em consideração que os pacientes do Hospital são provenientes de todos os estados do Brasil, muitos dependem do transporte oferecido pelas prefeituras (Carona Amiga), por não terem condições de vir por conta própria, das inúmeras dificuldades quanto a dispensa do trabalho para se apresentarem no

Hospital, da falta de profissionais capacitados e disponíveis em outros estados para fazer um acompanhamento mensal desses pacientes, das faltas dos próprios pacientes aos retornos agendados, ou da falta de colaboração do paciente quanto aos cuidados com o aparelho e/ou higienização; todos esses fatores fazem com que o tratamento se alongue, justificando assim o tempo de preparo de até 17 anos para estarem aptos a receber a cirurgia.

Os fatos supracitados ajudam a compreender também os resultados encontrados em relação à idade na qual o paciente realizou a cirurgia, maioria entre 23 e 28 anos. Tem que ser levado em consideração o fato de que nem todos os pacientes do Grupo CiOr chegaram na idade correta ao Hospital, o que gera todo um atraso nos procedimentos, uma vez que a ortodontia iniciada tardiamente pode enfrentar maiores dificuldades, já que as má oclusões encontram-se em estágios mais avançados e estabelecidos (FREITAS et al., 2012a).

Com relação a esse tempo de chegada ao Hospital para início do tratamento, essa condição pode fazer toda a diferença na escolha final da reabilitação. O que se observou claramente nesse estudo foi que quanto mais adulto o paciente chegou ao Hospital, mais, quantitativamente, se optou por “simplificar” o tratamento, escolhendo as próteses como reabilitação final.

Alguns pacientes, mesmo chegando no tempo certo e passando por todos os procedimentos nas idades ideais, quando orientados quanto às opções de finalização (orto/cirúrgica ou protética) acabaram por escolher o tratamento protético pelo simples fato de estarem “cansados” de tantas cirurgias.

Um fato que foi observado nesse estudo é a importância de se escutar o paciente, entender e compreender seus anseios e expectativas. Muitas vezes no âmbito de querermos dar o que para nós seria o “ideal”, esquecemos que quem será submetido a todo o processo reabilitador é o paciente, ele sofrerá todas as etapas, terá que viajar para retornos e acompanhamentos, receberá as cirurgias, enfrentará os pós-operatórios, ou seja, precisamos oferecer opções de tratamento aos nossos pacientes, explicando suas vantagens e desvantagens e deixar que ele decida o que é melhor para ele.

Um trabalho realizado por Veronez e Tavano (2005) discute exatamente a importância do psicólogo no Hospital, o qual poderá orientar os profissionais quanto aos anseios do paciente, principalmente em relação à cirurgia ortognática.

Essa fase cirúrgica do paciente implica em seu subconsciente que esta é a fase final da sua reabilitação, é a conclusão de tudo que passou, logo, muitos pacientes criam uma expectativa grande em relação à ortognática e que nem sempre é alcançada, devido a todas as limitações já discutidas no que diz respeito ao paciente com fissura (VERONEZ; TAVANO, 2005).

Portanto, dar opções para o paciente, escutá-lo, explicar que após a cirurgia o tratamento dele não será finalizado como um todo, que ainda serão necessários retornos, que pode ser que ocorra recidiva, que existe a possibilidade de a cirurgia não dar certo, podem ocorrer complicações, ou seja, dar ao paciente a autonomia de analisar os prós e contras, e optar por sua finalização, é de extrema importância.

Por isso a ideia de compararmos essas duas opções de finalização, analisando-se a qualidade de vida desses pacientes ao final de seus tratamentos se faz tão importante. Pois tendo esses dados em mãos, fica mais fácil discutirmos o que seria o mais indicado para cada caso.

A análise da qualidade de vida é um assunto crescente na literatura, sendo que inúmeros artigos podem ser encontrados avaliando-se tanto a qualidade de vida em um âmbito geral, através do WHOQOL-bref, quanto no aspecto bucal, através do OHIP-14 (FLECK et al., 2000; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOSVSKY, 2009; KANATAS; ROGERS, 2010; CRUZ et al., 2011; RUSTEMEYER; GREGERSEN, 2012).

Porém, quando buscamos esses mesmos dados voltados ao paciente com fissura, percebemos uma carência de estudos, visto que em sua maioria a presença de fissura lábio palatina torna-se critério de exclusão na maioria dos trabalhos.

Utilizou-se nesse trabalho instrumentos genéricos de análise de qualidade de vida, pois se estava trabalhando com grupos com diferentes tipos de reabilitação.

Na literatura pode-se encontrar questionários específicos para pacientes submetidos à cirurgia ortognática, para os finalizados com diversos tipos de prótese, porém os questionários não podem ser comparados entre si, logo se optou pelo uso

do WHOQOL-bref e do OHIP-14 que são totalmente aplicáveis aos dois grupos estudados (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOSVSKY, 2009; CHOI et al., 2010).

Após a análise dos dados obtidos através da aplicação do WHOQOL-bref, pode-se observar que não houve diferença estatisticamente significativa em nenhum campo entre os dois grupos estudados.

Esse resultado vem ao encontro com o estudo de Veronez (2007) que, analisando a qualidade de vida em pacientes adultos com fissura, observou que estes apresentavam níveis de satisfação geral de bom a muito bom, com todos os domínios acima da média da população geral.

Quando comparado com o estudo de Cruz et al. (2011), pode-se perceber que os valores encontrados nos pacientes com fissura no presente estudo encontram-se compatíveis, quando não, ligeiramente acima da média dos valores normativos da população geral.

Baseado nisso, podemos inferir que ambas as reabilitações proporcionam ao paciente uma qualidade de vida satisfatória.

A literatura é vasta em estudos com o OHIP-14 aplicados em pacientes sem fissura, e em pacientes submetidos à cirurgia ortognática, mas ainda deixa a desejar quando procuramos por trabalhos específicos para pacientes com fissura e mais ainda para reabilitações com prótese de recobrimento (LEE; MCGRATH; SAMMAN, 2008; CHOI et al., 2010; ESPERÃO et al., 2010; RUSTEMEYER; GREGERSEN, 2012).

A prótese de recobrimento é muito utilizada no HRAC, porém ainda pouco divulgada no meio acadêmico, sendo esse um dos objetivos deste estudo, mostrar para os profissionais que há uma alternativa de tratamento não cirúrgica para pacientes com discrepância maxilomandibular, que é funcionalmente e esteticamente satisfatória, levando o paciente a uma qualidade de vida tão boa quanto se ele tivesse finalizado seu caso com ortognática.

Freitas et al. (2013) relataram o uso das próteses de recobrimento como alternativas de reabilitação não cirúrgica de discrepâncias maxilomandibulares, assim como outros autores confirmam sua indicação e eficácia (RIZOTO et al., 2000; LOPES et al., 2002; FRAGOSO et al., 2005; PINTO; LOPES, 2007).

O baixo impacto das próteses de recobrimento na qualidade de vida oral, notado no Grupo PR está de acordo com o estudo de Montero et al. (2013), que concluiu que as próteses parciais metálicas removíveis foram as mais previsíveis em termos de satisfação do paciente.

A finalização cirúrgica do paciente com fissura é algo bem descrito na literatura, porém estudos sobre sua influência na qualidade de vida ainda não são muito bem delimitados (VERONEZ; TAVANO, 2005; DASKALOGIANNAKIS; MEHTA, 2009; PHILLIPS; NISH; DASKALOGIANNAKIS, 2012).

Baseado no trabalho de Choi et al. (2010), os pacientes desse estudo foram todos analisados tendo o período mínimo de um ano de reabilitação completada, para que tentássemos diminuir qualquer viés na amostra.

O resultado final está de acordo com os achados na literatura para pacientes sem fissura, tanto na análise geral do questionário (média OHIP-14= 6,450), quanto nos domínios separadamente (LEE; MCGRATH; SAMMAN, 2008; CHOI et al., 2010; RUSTEMEYER; GREGERSEN, 2012).

Esperão et al. (2010) também realizou um estudo com pacientes sem fissura, antes e depois da cirurgia ortognática, aplicando-se o questionário OHIP-14 e observou uma melhora na qualidade de vida destes após a cirurgia, obtendo diferença significativa nos campos limitação funcional, desconforto psicológico e limitação psicológica.

O presente estudo também encontrou diferença estatisticamente significativa no campo “limitação psicológica”, sendo que no Grupo CiOr houve um maior impacto dos aspectos bucais na qualidade de vida. O que se pode inferir disto é que a finalização com a cirurgia ortognática em comparação com a prótese de recobrimento teve um impacto mais negativo na qualidade de vida do indivíduo.

Esse achado pode ser devido ao fato de o paciente passar boa parte da adolescência e início da vida adulta, que é quando acontecem as maiores relações interpessoais, aguardando a finalização do tratamento, realizando preparos ortocirúrgicos. Nessa fase a imagem, a face, o sorriso tem um papel muito importante no que diz respeito a questão psicológica dos indivíduos, uma vez que eles já carregam esse estigma no rosto desde criança, esse período de espera para finalizar o

tratamento acaba por, talvez, gerar esse impacto negativo (VERONEZ; TAVANO, 2005; GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007).

O que em contrapartida não foi observado no Grupo PR, pois como a finalização com prótese pode ser dada em qualquer etapa, os pacientes acabam passando por fases importantes da vida, principalmente a escolar, já reabilitados, com uma estética do sorriso mais satisfatória.

É sabido que hoje, o bullying com crianças e adolescentes vem crescendo a cada dia, é algo difícil para pessoas que não possuem nenhum tipo de deformidade, para os pacientes com fissura então, isso se torna fator agravante, e influi diretamente em seus relacionamentos pessoais (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007).

Portanto, analisar cada caso individualmente, pesando as vantagens e desvantagens de cada reabilitação, saber respeitar as limitações e anseios de cada paciente, fará com que seja possível, ao final do tratamento, proporcionar qualidade de vida adequada.

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Diante do exposto e respeitado as limitações do presente estudo, podemos concluir que:

- a hipótese testada foi ACEITA, ou seja a alternativa não cirúrgica (PR) é capaz de trazer os mesmos benefícios da cirúrgica (CiOr), uma vez que não encontramos diferenças gerais entre as reabilitações.

De acordo com os diversos resultados obtidos no estudo também é possível observar:

- que tanto a reabilitação protética quanto a cirúrgica, demonstraram bom grau de satisfação dos pacientes;
- que no campo específico da “limitação psicológica”, avaliado através do OHIP-14, o grupo reabilitado com prótese de recobrimento demonstrou índice melhor de qualidade de vida;
- que a classificação sócio econômica e o nível de escolaridade da família dos pacientes, pode ser algo determinante para o sucesso final da reabilitação;
- que quanto mais tarde o paciente tiver acesso ao tratamento, maior a chance de receber a prótese como tratamento;
- que as próteses de recobrimento surgiram para suprir essa demanda dos pacientes que se apresentam tardiamente para o tratamento, e o fazem com sucesso;
- que é importante ouvir o paciente e dar opções de tratamento ao mesmo, para que seus anseios e expectativas possam ser alcançados.

O presente trabalho também nos leva a fazer algumas considerações futuras:

- há necessidade de mais estudos com pacientes com fissura transforame bilateral, principalmente no campo de análise da qualidade de vida;

- estabelecimento de um protocolo no Hospital, para indicação da finalização do tratamento com prótese de recobrimento ou não;
- mais estudos voltados a esse tipo de reabilitação protética são necessários com o intuito de disseminar a ideia tanto no meio acadêmico quanto profissional.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Cavassan AO, Silva Filho OG. Abordagem ortodôntica. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Editora Santos; 2007. p. 213-38.

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

Cruz LN, Polanczyk CA, Camey SA, Hoffmann JF, Fleck MP. Quality of life in Brazil: normative values for the WHOQOL-bref in a southern general population sample. *Qual Life Res*. 2011;20(7):1123-9.

da Silva Freitas R, Canan Junior LW, Roça GB, Busato LS, Alonso N, D'Oro U. Cirurgia ortognática nos portadores de fissuras lábiopalatais: experiência e desafios. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac*. 2009;12(3):89-93.

Daskalogiannakis J, Mehta M. The need for orthognathic surgery in patients with repaired complete unilateral and complete bilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*. 2009;46(5):498-502.

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

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.

Fragoso WS, Troia Junior MG, Valdrighi HC, Chiavini P, Oliveira PA. Reabilitação oral com prótese parcial removível overlay. *RGO (Porto Alegre)*. 2005;53(3):243-6.

Freitas JA, de Almeida AL, Soares S, das 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.

Freitas JA, Garib DG, Oliveira TM, Lauris R de C, de Almeida AL, das 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*. 2012a;20(2):272-85.

Freitas JA, Garib DG, Trindade-Suedam IK, Carvalho RM, Oliveira TM, Lauris R de C, 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.* 2012b;20(6):673-9.

Freitas JA, 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.* 2011;20(1):9-15.

Garib DG, Silva Filho OG, Janson G, Pinto JHN. Etiologia das más oclusões: perspectiva clínica (parte III) – fissuras labiopalatinas. *Rev Clin Ortod Dental Press.* 2010;9(4):30-6.

Graciano MIG, Lehfeld NAS. Estudo socioeconômico: indicadores e metodologia numa abordagem contemporânea. *Serv Social Saúde.* 2010;9(9):157-85.

Graciano MIG, Tavano LD, Bachega MI. Aspectos psicossociais da reabilitação. Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar.* São Paulo: Editora Santos; 2007. p. 311-33.

Ho MW, Boyle MA, Cooper JC, Dodd MD, Richardson D. Surgical complications of segmental Le Fort I osteotomy. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2011;49(7):562-6.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas da população residentes no Brasil e unidade da federação com data de referência em 1 de Julho de 2013. [Internet]. [Acesso 2014 maio 25]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2013/populacoes_estimativas_BR_UF_TCU_31_10_2013.pdf.

Kanatas AN, Rogers SN. A systematic review of patient self-completed questionnaires suitable for oral and maxillofacial surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2010;48(8):579-90.

Khadka A, Liu Y, Li J, Zhu S, Luo E, Feng G, et al. Changes in quality of life after orthognathic surgery: a comparison based on the involvement of the occlusion. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011;112(6):719-25.

Kluthcovsky ACGC, Kluthcovsky FA. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev Psiquiatr Rio Gd. Sul.* 2009;31:1-12.

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

Lopes MMW, Bonfante G, Lopes JFS, Pinto JHN. Próteses parciais removíveis não - convencionais empregadas no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - USP - Bauru. *Revista Brasileira de Prótese Clínica & Laboratorial.* 2002;4(21):420-6.

- Montero J, Castillo-Oyagüe R, Lynch CD, Albaladejo A, Castaño A. Self-perceived changes in oral health-related quality of life after receiving different types of conventional prosthetic treatments: a cohort follow-up study. *J Dent*. 2013;41(6):493-503.
- Murphy C, Kearns G, Sleeman D, Cronin M, Allen PF. The clinical relevance of orthognathic surgery on quality of life. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2011;40:926-30.
- Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile–short form. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33:307-14.
- Paskulin L, Vianna L, Molzahn AE. Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *Int Nurs Rev*. 2009;56(1):109-15.
- Phillips JH, Nish I, Daskalogiannakis J. Orthognathic surgery in cleft patients. *Plast Reconstr Surg*. 2012;129(3):535e-48.
- Pinto JHN, Lopes JFS. Reabilitação oral com prótese dentária. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Editora Santos; 2007. p. 261-74.
- Preshaw PM, Walls AW, Jakubovics NS, Moynihan PJ, Jepson NJ, Loewy Z. Association of removable partial denture use with oral and systemic health. *J Dent*. 2011;39(11):711-9.
- Proffit WR, Sarver DM, White RP. *Tratamento contemporâneo de deformidades dentofaciais*. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- Rezende MLR. Implantes osseointegrados. Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Editora Santos; 2007. p. 275-310.
- Rizoto A, Ribeiro MCM, Ferreira AR, Cembranelli TZ, Lopes JFS, Pinto JHN. Reabilitação de paciente portador de fissura através de prótese de recobrimento - relato de caso clínico. *Revista Brasileira de Prótese Clínica & Laboratorial*. 2000;2(5):22-6.
- Rustemeyer J, Gregersen J. Quality of life in orthognathic surgery patients: Post-surgical improvements in aesthetics and self-confidence. *J Craniomaxillofac Surg*. 2012;40(5):400-4.
- Saltaji H, Major MP, Alfakir H, Al-Saleh M, Flores-Mir C. Maxillary advancement with conventional orthognathic surgery in patients with cleft lip and palate: is it a stable technique? *J Oral Maxillofac Surg*. 2012;70(12):2859-66.

Shaw WC, Semb G. Princípios e estratégias da reabilitação: recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Editora Santos, 2007. p. 1-16.

Silva Filho OG, Lauris RCMC, Cavassan AO. Pacientes fissurados de lábio e palato: efeitos suscitados pela queiloplastia. *Ortodontia*. 1990;3(23):25-34.

Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994;11(1):3-11.

Slade GD; Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25;284-90.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.

Veronez FS, Tavano LD. Modificações psicossociais observadas pós cirurgia ortognática em pacientes com e sem fissuras labiopalatinas. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12(3):133-37.

Veronez FS. Avaliação da qualidade de vida em pacientes adultos com fissura lábio palatina [dissertação]. Bauru (SP): Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2007.

Wehby GL, Cassell CH. The impact of orofacial clefts on quality of life and healthcare use and costs. *Oral Dis*. 2010;16(1):3-10.

World Health Organization. Division of mental health and prevention of substance abuse. WHOQOL Measuring Quality of Life. 1997.

ANEXOS

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade de vida de pacientes com fissura transforame bilateral submetidos à cirurgia ortognática comparados aos reabilitados com próteses de recobrimento.

Pesquisador: Michelly Lima Moro Alves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10854312.3.0000.5441

Instituição Proponente: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 207.803

Data da Relatoria: 26/02/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa de Dissertação de Michelly Lima Moro Alves sob orientação da Dra Simone Soares, onde serão aplicados questionários aos pacientes matriculados no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais.

Para a realização deste estudo será aplicado o questionário proposto pela OMS, reconhecido e validado mundialmente, o WHOQOL-BREF, que avalia a qualidade de vida no aspecto geral do paciente. O instrumento é composto por 26 questões que abrangem aspectos físicos, psicológicos, relações sociais e meio ambiente.

Os sujeitos da pesquisa deverão ser maiores de 18 anos, com fissura transforame bilateral, com discrepâncias classificadas como Índice Oclusal Bauru 4 e/ou 5, com pelo menos um ano de finalização do tratamento, não apresentando fístula remanescente e/ou palato aberto, assim como síndromes associadas.

Serão escolhidos de forma aleatória conforme agendamento para procedimentos de rotina no

Hospital. Baseado em estimativa estatística prévia serão selecionados 130 pacientes. Os grupos serão divididos em 65 pacientes para o Grupo CiOr (submetidos à cirurgia ortognática) e 65 para o Grupo PR (finalizaram com prótese de recobrimento).

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

HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS DA USP

Objetivo da Pesquisa:

O trabalho tem por objetivo fazer uma avaliação da qualidade de vida dos pacientes que tiveram seus tratamentos finalizados com cirurgia ortognática comparados aos que optaram por finalizar seus casos com a prótese de recobrimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as pesquisadoras, os riscos contidos no presente estudo são próximos de zero e os benefícios esperados constituem uma importante contribuição ao conhecimento das condições de qualidade de vida na qual se encontram os pacientes do HRAC após a reabilitação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possibilitará confirmar (ou não) a hipótese de que a abordagem não cirúrgica apresente resultados semelhantes à terapia cirúrgica na reabilitação oral dos pacientes no que diz respeito ao quesito da percepção e auto-avaliação da qualidade de vida. Com certeza contribuirá para análise crítica dos tratamentos reabilitadores orais propostos aos pacientes do HRAC-USP.

A metodologia utiliza um instrumento já validado e reconhecido mundialmente, de acordo com a literatura.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pesquisadoras substituíram o TCLE, que agora está de acordo com a pesquisa e assinaram os outros termos.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugiro ao CEP parecer aprovado para o projeto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Colegiado acatou o parecer do relator em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador fica responsável pela entrega na Seção de Apoio a Pesquisa do SVAPEPE dos relatórios semestrais e final.

Informamos que após o recebimento do trabalho concluído, este Comitê enviará o parecer final para publicação do trabalho.

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

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO C

OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) 0 - nunca 1 - quase nunca 2 - às vezes 3 - quase sempre 4 - sempre	0	1	2	3	4
Limitação funcional					
1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com a prótese?					
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado por causa de problemas com a prótese?					
Dor física					
3. Você já sentiu dores fortes em sua boca?					
4. Você tem se sentido incomodado ao comer algum tipo de alimento por causa de problemas com a prótese?					
Desconforto psicológico					
5. Você tem ficado pouco a vontade por causa de problemas com a prótese?					
6. Você se sentiu estressado por causa de problemas com a prótese?					
Limitação física					
7. Sua alimentação tem sido prejudicada por problemas com a prótese?					
8. Você teve que parar suas refeições por problemas com a prótese?					
Limitação psicológica					
9. Você tem encontrado dificuldades para relaxar por causa de problemas com a prótese?					
10. Você já se sentiu um pouco envergonhado por causa de problemas com a prótese?					
Limitação social					
11. Você tem estado um pouco irritado com outras pessoas por causa de problemas com a prótese?					
12. Você tem tido dificuldades para realizar suas atividades diárias por causa de problemas com a prótese?					
Incapacidade					
13. Você já sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas com a prótese?					
14. Você tem estado sem poder fazer atividades diárias por causa de problemas com a prótese?					

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a)

portador da cédula de identidade _____, responsável pelo paciente
*, _____, após leitura minuciosa
deste documento, devidamente explicado pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos
serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do
lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar
da pesquisa: Avaliação da qualidade de vida de pacientes com fissura transforame bilateral
submetidos à cirurgia ortognática comparados aos reabilitados com próteses de recobrimento no
Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, realizada por:
Michelly Lima Moro Alves nº do Conselho: SP 101912, sob orientação do Dr(a): Simone Soares, nº
do Conselho: SP 32.762.

**Tem como objetivo: avaliar a qualidade de vida após a reabilitação finalizada, através do
preenchimento de dois questionários sendo um da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-
bref) composto de 26 questões e outro sobre a qualidade de vida bucal (OHIP 14) composto de
14 questões. Para tanto o paciente irá dispor de aproximadamente 30 minutos do seu tempo,
necessários apenas para preenchimento e compreensão das questões. Os questionários serão
aplicados na clínica de prótese dentária do Hospital conforme disponibilidade dos pacientes
entre um atendimento e outro. O tempo será administrado de forma a não prejudicar o
andamento da rotina do paciente no hospital.**

"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 Silvio Marchione, 3-20 no Serviço de Apoio ao Ensino,
Pesquisa e Extensão ou pelo telefone (14) 3235-8421".

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que
todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional
(Art. 9 do Código de Ética Odontológico).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, ____ de _____ de ____ .

Assinatura do Sujeito da Pesquisa
ou responsável

Assinatura do Pesquisador Responsável

Nome do Pesquisador Responsável: Michelly Lima Moro Alves
Endereço Institucional: Rua Silvio Marchione, 3-20
Cidade: Bauru Estado: SP CEP: 17012-900
Telefone: 14 32358086 e-mail: michellylima@usp.br

ANEXO E

Como analisar o questionário WHOQOL-bref

O módulo WHOQOL-BREF é constituído de 26 perguntas (sendo a pergunta numero 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral), as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida).

Fora essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios que são: FÍSICO, PSICOLÓGICO, RELAÇÕES SOCIAIS e MEIO AMBIENTE.

Neste instrumento terá que aparecer o resultado somente em média (1 a 5) por domínio e por faceta.

ATENÇÃO!!!

Neste instrumento é necessário também recodificar o valor das questões **3, 4, 26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)**

As perguntas 1 e 2 deverão aparecer da seguinte forma.

1 – percepção da qualidade de vida (resultado em média 1 a 5);

2 – satisfação com a saúde (resultado em média 1 a 5)

Cada faceta é só somar os valores da entrevista (de 1 a 5) e dividir pelo numero de participantes. Fazer uma média onde o resultado vai ser de 1 até 5.

Abaixo estão os domínios e suas facetas correspondentes.

Domínio 1 - Domínio físico

3. Dor e desconforto - **aqui do lado vai aparecer a média (resultado) em cada faceta**

4. Energia e fadiga

10. Sono e repouso

15. Mobilidade

16. Atividades da vida cotidiana

17. Dependência de medicação ou de tratamentos

18. Capacidade de trabalho

Para calcular o domínio físico é só somar os valores das facetas e dividir por 7.

(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)/7.

Mesmo formato deve ser feito nos demais domínios.

Domínio 2 - Domínio psicológico

5. Sentimentos positivos

6. Pensar, aprender, memória e concentração

7. Auto-estima

11. Imagem corporal e aparência

19. Sentimentos negativos

26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Para calcular o domínio psicológico é só somar os valores das facetas e dividir por 6.

(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)/6

Domínio 3 - Relações sociais

20. Relações pessoais

21. Suporte (Apoio) social

22. Atividade sexual

Para calcular o domínio relações sociais é só somar os valores das facetas e dividir por 3.

(Q20,Q21,Q22)/3

Domínio 4 - Meio ambiente

8. Segurança física e proteção

9. Ambiente no lar

12. Recursos financeiros

13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade

14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades

23. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer

24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)

25. Transporte

Para calcular o domínio meio ambiente é só somar os valores das facetas e dividir por 8.
(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)/8

Todos os resultados vão ser em média tanto no domínio quanto nas facetas.

Os resultados das questões um e dois:

necessita melhorar (quando for 1 até 2,9);

regular (3 até 3,9);

boa (4 até 4,9)

muito boa (5).

ANEXO F

INSTRUMENTAL DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA – 2010

QUADRO 1 – SITUAÇÃO ECONÔMICA DA FAMÍLIA				
RENDA BRUTA				PONTOS
+ DE 100 SM				21
+ DE 60 A 100 SM				18
+ DE 30 A 60 SM				14
+ DE 15 A 30 SM				12
+ DE 9 A 15 SM				09
+ DE 4 A 9 SM				05
+ DE 2 A 4 SM				03
+ DE ½ A 2 SM				02
ATÉ ½ SM				01
TIPO DE RENDIMENTO: ☐ salário ☐ retirada pró-labore ☐ rendimento financeiro ☐ aluguéis ☐ benefícios do governo ☐ honorários ☐ aposentadoria ☐ pensionista ☐ seguro desemprego ☐ outros Especificar: _____				
Quadro 2 – Número de membros residentes da família				Pontos
1 a 2				06
3 a 4				04
5 a 6				03
7 a 8				02
Acima de 8				01
Quadro 3 – Escolaridade dos membros da família				Pontos
Superior				07
Superior incompleto ou Médio completo				05
Médio incompleto ou Fundamental – Ciclo II completo (até o 9º ano)				04
Fundamental – Ciclo II incompleto (do 6º ao 8º ano) ou Fundamental – Ciclo I completo (até o 5º ano)				03
Fundamental – Ciclo I incompleto (até o 4º ano)				02
Alfabetizado				01
Analfabeto				00
Obs.: Especificar o nível educacional dos membros da família. Pontuar somente o maior nível educacional dentre os “responsáveis” (com rendimentos).				
Quadro 4 – Habitação				
Condição / situação	Pontos			
	Insatisfatória	Regular	Boa	Ótima
Própria	7	8	9	10
Financiada	6	7	8	9
Alugada	5	6	7	8
Cedida	3	4	5	6
Outras	0	0	1	2
Obs: Para pontuar condição / situação habitacional: considerar: tipo, modalidade, acomodações, zona e infra-estrutura (água, luz, esgoto e coleta de lixo, telefonia).				

Quadro 5 – Ocupação dos membros da família	Pontos
Empresários: Proprietários na agricultura, agroindústria, indústria, comércio, sistema financeiro, serviços, etc.	13
Trabalhadores da alta administração: Juizes, Promotores, Diretores, Administradores, Gerentes, Supervisores, Assessores, Consultores, etc.	11
Profissionais liberais autônomos: Médico, Advogado, Contador, Arquiteto, Engenheiro, Dentista, Representante comercial, Oculista, Auditor, etc.	10
Trabalhadores assalariados administrativos, Técnicos e Científicos: Chefias em geral, Assistentes, Ocupações de nível médio e superior, Analistas, Atletas profissionais, Técnicos em geral, Servidores públicos de nível superior, etc.	09
Trabalhadores assalariados da produção, bens e serviços e da administração (indústria, comércio, serviços, setor público e sistema financeiro), ajudantes e auxiliares, etc.	07
Trabalhadores por conta própria: autônomos - Pedreiros, Caminhoneiros, Marceneiros, Feirantes, Cabelereiros, Taxistas, Vendedores etc.	
- Com empregado	07
- Sem empregado	06
Pequenos produtores rurais: Meeiro, Parceiro, Chacareiro, etc.	
- Com empregado	05
- Sem empregado	03
Empregados domésticos: Jardineiros, Diaristas, Mensalista, Faxineiro, Cozinheiro, Mordomo, Babá, Motorista Particular, Atendentes, etc.	
- Urbano	03
- Rural	02
Trabalhadores rurais assalariados , volantes e assemelhados: Ambulantes, Chapa, Bóia-Fria, Ajudantes Gerais, etc.	01
OBS.: Aposentado - Relacionar a ocupação em vigor na ativa. Especificar a ocupação dos membros da família. Pontuar somente o maior nível ocupacional dentre os “responsáveis” (com rendimentos).	

Quadro 6 – Sistema de pontos para Classificação Socioeconômica		
Pontos	Classificação	Siglas
0 a 20	Baixa Inferior	BI
21 a 30	Baixa Superior	BS
31 a 40	Média Inferior	MI
41 a 47	Média	ME
48 a 54	Média Superior	MS
55 a 57	Alta	AL