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

MARLI LUIZ BELUCI

**Qualidade de vida de indivíduos com fissura labiopalatina:
avaliação pré e pós-correção cirúrgica da deformidade dentofacial**

**BAURU
2014**

MARLI LUIZ BELUCI

**Qualidade de vida de indivíduos com fissura labiopalatina:
avaliação pré e pós-correção cirúrgica da deformidade dentofacial**

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

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas.

Orientadora: Profa. Dra. Katia Flores Genaro

**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. João Grandino Rodas – 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 Tese.

Marli Luiz Beluci

Bauru, ____ de _____ de ____.

Beluci, Marli Luiz

B419q Qualidade de vida de indivíduos com fissura labiopalatina: avaliação pré e pós-correção cirúrgica da deformidade dentofacial / Marli Luiz Beluci. Bauru, 2014.

104p.; il.; 30 cm.

Tese (Doutorado – Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Katia Flores Genaro

1. Qualidade de Vida. 2. Cirurgia Ortognática. 3. Fenda Labial. 4. Fissura Palatina. 5. Anormalidades Maxilofaciais.

CDD: 610

FOLHA DE APROVAÇÃO

Marli Luiz Beluci

Tese apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Reabilitação.
Área de concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Profa. Dra. Daniela Gamba Garib Carreira

Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP

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

DEDICATÓRIA

Com todo amor e carinho:

*Ao meu esposo **Wagner***

*À minha filha **Beatriz***

*Aos meus pais **Luíz e Zenaíde** (in memoriam)*

Pelo apoio, compreensão e amor.

Meus grandes incentivadores!

Muito obrigada!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora:

Profa. Dra. Katia Flores Genaro

*Agradeço pela oportunidade, orientação e paciência,
confiança por ter acreditado em meu trabalho
e incentivo à pesquisa.*

Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas bênçãos e oportunidades concedidas.

Ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), na pessoa de sua Superintendente Dra. Regina Célia Bortoleto Amantini.

À Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP, na pessoa de sua presidente, Profa. Dra. Daniela Gamba Garib Carreira.

Aos pacientes e seus familiares, pela colaboração neste estudo.

À CAPES, pelo apoio financeiro durante a realização deste estudo.

Ao Laboratório de Fisiologia, funcionárias e alunas, pela colaboração para a realização da coleta dos dados neste setor e período de estágio.

Aos Professores da Pós-Graduação do HRAC/USP, pelos ensinamentos prestados.

À Secretaria do Programa de Pós-Graduação do HRAC/USP, nas pessoas de Andréia Cristina da Silva, Maria José Bento Lopes e Rogério da Silveira, pela eficiência e assessoria.

À Seção de Documentação e Informação e Seção de Apoio à Pesquisa do HRAC/USP, nas pessoas de Denise A. Giacheti Gilio, Rosemeire A. G. Botelho, Rafael Mattos de Deus e Ricardo P. Nogueira, pela eficiência e assessoria.

Profa. Dra. Maria Helena Borgato, Profa. Dra. Maria de Fátima Belancieri, Prof. Dr. Alceu Sérgio Trindade Junior, pelas importantes contribuições realizadas no exame de qualificação.

Profa. Dra. Suelly Prieto de Barros, Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertoncello Fontes, pelo apoio e incentivo à pesquisa.

Flávia M. Cintra, pela realização do tratamento estatístico dos dados.

À Profa. Dra. Adriane Belluci Belório de Castro, pela realização das correções ortográficas e gramaticais.

Profa. Dra. Gisele Dalben, Dra. Roberta Martinelli, Profa. Dra. Sandra Simeão, Bibliotecária Ana A. Gomes Grigolli, pela atenção e generosidade.

Enfª Dra. Cleide C. Demoro Mondini, Enfº Armando Trettene, pela colaboração.

Ana Vera Niquerito, Verônica Lima dos Reis, pela colaboração e incentivo à pesquisa.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste estudo.

RESUMO

Beluci ML. Qualidade de vida de indivíduos com fissura labiopalatina: avaliação pré e pós-correção cirúrgica da deformidade dentofacial [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2014.

Objetivos: Avaliar a qualidade de vida (QV) e o impacto das condições de saúde oral na QV de indivíduos com fissura labiopalatina reparada, nos períodos pré e pós-correção cirúrgica da deformidade dentofacial (DDF), bem como verificar a expectativa dos indivíduos relacionada à correção cirúrgica e a satisfação com os resultados. **Material e Método:** Estudo quantitativo e prospectivo, realizado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo. Participaram 50 indivíduos acima de 18 anos, de ambos os sexos, com fissura labiopalatina reparada e indicação para cirurgia de correção da DDF. Para avaliar a QV foram utilizados os instrumentos WHOQOL-Bref e OHIP-14. Para verificar a expectativa do indivíduo com a correção cirúrgica da DDF e a satisfação com os resultados, um questionário elaborado para este estudo foi aplicado, aproximadamente três dias antes e entre três e 12 meses após a cirurgia. Foram realizadas comparações entre os resultados obtidos nos dois momentos investigados, considerando-se o nível de significância de 5%. O teste “t” para amostras pareadas foi utilizado para analisar os resultados do WHOQOL-Bref, o teste de Wilcoxon foi utilizado na análise dos resultados do OHIP-14 e do questionário sobre a expectativa e satisfação com os resultados do tratamento. **Resultados:** A comparação dos resultados obtidos com o WHOQOL-Bref evidenciou diferença significativa após a cirurgia para os domínios: Físico ($p=0,034$), Psicológico ($p<0,001$), Meio Ambiente ($p=0,034$) e nas Questões Gerais ($p=0,014$). Assim como para os domínios: Desconforto Psicológico ($p<0,001$), Limitação Psicológica ($p<0,001$), Limitação Social ($p=0,027$), Incapacidade ($p=0,001$) e no Escore Geral ($p<0,001$) para o OHIP-14. A maior expectativa quanto à cirurgia foi a estética facial (78%) e, após tal procedimento, 96% da amostra apresentaram-se satisfeitos com os resultados alcançados para a face ($p<0,001$), nariz ($p=0,004$), dentes ($p<0,001$) e lábios ($p<0,001$). **Conclusão:** A correção cirúrgica da DDF propiciou melhora da QV e o impacto negativo da saúde oral na QV diminuiu; a maior expectativa antes da cirurgia era a melhora da estética facial e após a cirurgia os indivíduos se mostraram satisfeitos com os resultados relacionados aos aspectos corpo, face, nariz, dentes e lábios.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Cirurgia ortognática. Fenda labial. Fissura palatina. Anormalidades maxilofaciais.

ABSTRACT

Beluci ML. Quality of life of individuals with cleft lip and palate: evaluation before and after surgical correction of dentofacial deformity [thesis]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2014.

Objectives: To evaluate the quality of life (QL) and the impact of oral health conditions on the QL of individuals with repaired cleft lip and palate, in periods before and after surgical correction of the dentofacial deformity (DFD), as well as to analyze the expectations of individuals related with the surgical correction and satisfaction with the outcomes. **Material and methods:** Quantitative and prospective study conducted at the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies, University of São Paulo. The study was conducted on 50 individuals older than 18 years, of both genders, with repaired cleft lip and palate and with indication for surgical correction of DFD. The QL was evaluated using the instruments WHOQOL-Bref and OHIP-14. To verify the expectations of individuals about the surgical correction of DFD and the satisfaction with the outcomes, a questionnaire designed for this study was applied approximately three days before and three to 12 months after surgery. The results obtained in the two moments were compared, considering a significance level of 5%. The t test for paired samples was used to analyze the outcomes of the WHOQOL-Bref, the Wilcoxon test was used for analysis of the outcomes of OHIP-14 and questionnaire about the expectation and satisfaction with the treatment outcomes. **Results:** Comparison of the results obtained with the WHOQOL-Bref evidenced significant difference after surgery for the following domains: Physical ($p=0.034$), Psychological ($p<0.001$), Environment ($p=0.034$) and in General Questions ($p=0.014$), as well as the domains Psychological Discomfort ($p<0.001$), Psychological Limitation ($p<0.001$), Social Limitation ($p=0.027$), Inability ($p=0.001$) and Overall Score ($p<0.001$) for the OHIP-14. The greatest expectation about surgery was for facial esthetics (78%) and, after the procedure, 96% of the sample was satisfied about the outcomes achieved for the face ($p<0.001$), nose ($p=0.004$), teeth ($p<0.001$) and lips ($p<0.001$). **Conclusion:** Surgical correction of the DFD provided improvement in the QL and the negative impact of oral health on QL was reduced; the greatest expectation before surgery was to improve the facial esthetics, and after surgery the individuals were satisfied about the outcomes related to the aspects body, face, nose, teeth and lips.

Keywords: Quality of life. Orthognathic surgery. Cleft lip. Cleft palate. Maxillofacial abnormalities.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Distribuição das frequências encontradas quanto à satisfação com os aspectos investigados, nos dois momentos analisados ...	63
Figura 2 -	Distribuição da amostra segundo a expectativa quanto à cirurgia	64
Figura 3 -	Distribuição da amostra segundo a satisfação com os resultados após a cirurgia	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Valores obtidos para os diferentes domínios do WHOQOL-Bref e o resultado da comparação entre os valores pré e pós-cirúrgico.....	61
Tabela 2 -	Valores obtidos para os diferentes domínios do OHIP-14 e o resultado da comparação entre os valores pré e pós-cirúrgico.....	62
Tabela 3 -	Comparação dos escores obtidos nos dois momentos estudados em relação à satisfação com os aspectos analisados	63

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	REVISÃO DE LITERATURA	27
2.1	FISSURA LABIOPALATINA	29
2.2	QUALIDADE DE VIDA E MÉTODOS DE AVALIAÇÃO	31
2.3	QUALIDADE DE VIDA E DEFORMIDADE DENTOFACIAL.....	35
2.4	QUALIDADE DE VIDA E FISSURA LABIOPALATINA.....	40
3	OBJETIVOS	47
4	MATERIAL E MÉTODO	51
4.1	ASPECTO ÉTICO	53
4.2	CARACTERÍSTICA DO ESTUDO	53
4.3	AMOSTRA.....	54
4.4	PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	54
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	57
5	RESULTADOS	59
6	DISCUSSÃO	65
7	CONCLUSÃO	77
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICE	95
	ANEXOS	99

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Indivíduos que apresentam fissura labiopalatina enfrentam, desde o nascimento, comprometimentos estéticos e funcionais, que podem repercutir negativamente no aspecto psicossocial (Graciano, Tavano e Bachega 2007 e Veronez 2007), podendo ainda ser agravado na dependência dos valores sociais e culturais do meio em que vivem (Veronez 2007). O comprometimento estrutural interfere na própria aceitação de si pelo indivíduo acometido (Raposo-do-Amaral, kuczynski e Alonso 2011).

A fissura labiopalatina não tratada pode ocasionar um impacto negativo em vários aspectos importantes para a integração do indivíduo na sociedade. Sendo assim, a reabilitação visa também proporcionar a plena inclusão social do indivíduo (Graciano, Tavano e Bachega 2007).

Para a completa recuperação dos indivíduos, o tratamento orientado por ação multiprofissional e interdisciplinar é essencial, propiciando a integração adequada do indivíduo no seu ambiente familiar e social (Cerqueira et al 2005, Paranaíba et al 2011 e Freitas et al 2012c).

Profissionais que trabalham com a promoção, manutenção, recuperação e reabilitação do bem-estar das pessoas, têm frequentemente utilizado o termo Qualidade de Vida (QV), sendo comum este se associar aos indicadores psicossociais. Assim, a QV apresenta-se como meta e direito a ser alcançado por todas as pessoas (Bachega 2002).

Estudos relacionados à avaliação da QV de populações diversas têm sido realizados, incluindo indivíduos com deformidade dentofacial (DDF) e alguns autores sugeriram que o sucesso do tratamento pode ser constatado pela percepção do

próprio indivíduo quanto à QV após o tratamento, bem como sua satisfação com os resultados (Sadek e Salem 2007, Ryan, Barnard e Cunningham 2012 e Soh e Narayanan 2013).

Especificamente em relação à QV dos indivíduos com fissura labiopalatina, estudos começaram a ser desenvolvidos na instituição na qual este trabalho foi realizado (Bachega 2002, Santos, Graciano e Valentin 2007, Veronez 2007, Cardoso 2008, Schwerdtfeger 2010, Mondelli 2011, Pinto 2012 e Pinto, Oliveira e Trindade Junior 2012).

Destaca-se a importância da avaliação da QV como um medidor dos resultados do tratamento, empregado pelas diferentes áreas envolvidas no processo de tratamento e reabilitação em saúde (Seidl e Zannon 2004). Esse fato tem contribuído para que equipes de saúde possam aprimorar seus serviços, buscando o bem estar dos indivíduos (Berlim e Fleck 2003). Além disso, conhecer as expectativas em relação aos tratamentos necessários favorece a satisfação no pós-operatório (Ribas et al 2005).

Avaliar a QV possibilitará à instituição uma reflexão sobre os resultados obtidos com o tratamento proposto, pois identificar os domínios que se apresentarem com maior deficiência, permitirá rever as propostas de intervenção oferecidas, com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência e, consequentemente, a promoção da saúde.

Nessa perspectiva, torna-se fundamental estudar a QV dos indivíduos com fissura labiopalatina, a fim de identificar as principais características que influenciam nesse aspecto, nos casos que apresentam DDF. Em muitos indivíduos, essa deformidade, uma desarmonia maxilomandibular, está além do alcance do tratamento ortodôntico, requerendo a combinação com o tratamento cirúrgico

(Freitas et al 2012a). Deste modo, é questionado se, após o tratamento cirúrgico da DDF, há melhora da QV.

A cirurgia ortognática visa à correção das desproporções maxilomandibulares, beneficiando a oclusão dentária e a estética facial (Freitas et al 2012b) e, por essa razão, acredita-se que seja muito aguardada pelos indivíduos. Por isso, espera-se encontrar uma melhor QV após a correção cirúrgica da DDF.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 FISSURA LABIOPALATINA

Dentre as malformações craniofaciais, a mais comum é a fissura labiopalatina e suas alterações morfológicas podem envolver prejuízos estéticos e funcionais, levando a implicações psicossociais (Freitas e Silva et al 2008, Dutra et al 2012 e Freitas et al 2012c). Essa malformação ocorre devido a comprometimento na fusão dos processos faciais no período embrionário e fetal, da 4^a a 12^a semana gestacional (Diewert 1983 e Silva Filho e Freitas 2007). Sua etiologia é multifatorial e relaciona-se à predisposição genética e a fatores ambientais (Edwards e Watson 1980).

Estudos demonstraram que, no Brasil, acomete cerca de 1:650 nascimentos (Nagem Filho, Moraes e Rocha 1968, Souza Freitas et al 1977 e Loffredo, Freitas e Grigolli 2001). A fissura de lábio, associada ou não à de palato, é mais comum no sexo masculino, enquanto a fissura de palato isolada predomina no sexo feminino (Baroneza et al 2005, Freitas e Silva et al 2008 e Aquino et al 2011).

As fissuras labiopalatinas podem produzir, além do comprometimento anatômico, alterações estéticas e funcionais, afetando as interações sociais (Dutra et al 2012 e Freitas et al 2012c). Por esta razão, a atuação de uma equipe multiprofissional especializada em saúde, com abordagem interdisciplinar se mostra necessária para a adequada reabilitação e integração do indivíduo na sociedade.

Ao longo de grande parte da vida, indivíduos com fissura labiopalatina passam por intervenções cirúrgicas e outros tratamentos, os quais visam à correção do comprometimento anatômico, minimizando os prejuízos estéticos e funcionais. Quando as alterações na condição dentoalveolar são marcantes e a correção apenas por tratamento ortodôntico não é suficiente, há a possibilidade da realização

da cirurgia ortognática para corrigir a DDF (Freitas et al 2012b), cuja indicação depende da particularidade de cada caso (Freitas et al 2012a).

A DDF é uma desarmonia estrutural esquelética da face relacionada aos desvios dos padrões normais referentes às proporções esqueléticas e alterações das relações dentárias, que podem resultar em comprometimento estético facial e alterações das funções maxilomandibulares (Yoshida et al 2007). De acordo com Proffit, White Junior e Sarver (2005), a DDF é definida como a desproporção facial e dentária, grave o suficiente para afetar a QV do indivíduo, e sua correção sugere a realização da cirurgia ortognática, além do tratamento ortodôntico.

Para o tratamento e a reabilitação de pacientes com fissura labiopalatina e DDF, há necessidade da atuação de uma equipe multidisciplinar, com abordagem interdisciplinar, na busca dos melhores resultados (Spiri e Leite 1999, Veronez 2007, Cardoso 2008, Gomide et al 2009, Veronez et al 2011 e Martins, Silva e Lancetta 2012).

Nesse contexto, o enfermeiro e sua equipe exercem função primordial, que abrange desde as orientações pré-operatórias à prevenção de complicações pós-operatórias, com intervenções que implicam diretamente no sucesso terapêutico, incluindo cuidados relacionados à alimentação, higiene e repouso. Sendo assim, evidencia-se a promoção do autocuidado, por meio de orientações educativas, no qual a família deve ser inserida para a manutenção dos cuidados após a alta hospitalar (Spiri e Leite 1999, Mondini 2001, Gomide et al 2009, Trettene 2011, Martins, Silva e Lancetta 2012 e Santos, Sousa e Turrini 2012).

Para que o paciente vivencie a cirurgia de forma positiva, há necessidade de informações sobre o procedimento a ser realizado e o processo de recuperação e reabilitação, por meio das orientações de enfermagem, garantindo essa compreensão (Bueno, Noronha e Araújo 2002).

A satisfação do paciente com o resultado cirúrgico depende também, da expectativa pré-operatória e das informações quanto ao procedimento realizado (Rustemeyer, Eke e Bremerich 2010). De acordo com Santos, Sousa e Turrini (2012), quando o paciente é orientado, sente-se preparado para a cirurgia e enfrenta este processo de uma forma melhor, o que favorece a satisfação com os resultados.

Além disso, a assistência de enfermagem visa reduzir o estresse e a ansiedade do paciente, proporcionar orientações sobre os procedimentos realizados, bem como sobre as dúvidas e as necessidades de informação solicitadas (Bueno, Noronha e Araújo 2002 e Santos, Sousa e Turrini 2012).

Alguns autores sugerem que a análise do sucesso da reabilitação no tratamento das DDF pode ser verificada por meio da percepção do próprio indivíduo, quanto à sua satisfação com os resultados e a QV após o tratamento (Ryan, Barnard e Cunningham 2012 e Soh e Narayanan 2013).

2.2 QUALIDADE DE VIDA E MÉTODOS DE AVALIAÇÃO

Para a Organização Mundial de Saúde QV é: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group 1994). Cada indivíduo deve se sentir bem quanto ao aspecto psicológico, à condição física, socialmente integrado e capaz de realizar suas funções (Bullinger et al 1993).

Alguns instrumentos foram elaborados para estudos envolvendo a QV, construídos e traduzidos para utilização em diferentes países, culturas e populações (Slade e Spencer 1994, Bullinger 1995, Sullivan, Karlsson e Ware 1995, Slade 1997,

WHOQOL Group 1998, Ciconelli et al 1999, Saxena et al 2001, Cunningham, Garratt e Hunt 2002, Pires, Ferraz e Abreu 2006 e Kluthcovsky e Kluthcovsky 2009).

Nesse sentido, o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-Bref) é um questionário útil para ser aplicado em estudos sobre QV (Fleck et al 2000). Foi desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde e, em sua versão original, o WHOQOL-100 é composto por 100 questões (WHOQOL Group 1998).

A partir da necessidade de um instrumento que demandasse menor tempo de aplicação, foi proposta uma versão resumida desse instrumento, a qual é composta de 26 questões que apresentam respostas confiáveis e que mantêm as características da versão original (Fleck et al 2000). A versão resumida foi aplicada em estudo envolvendo adultos de 23 países, considerando as variáveis: socioeconômica, condições de saúde e reabilitação, tendo evidenciado excelente propriedade psicométrica (Skevington, Lotfy e O'Connell 2004). Segundo Seidl e Zannon (2004), o WHOQOL-Bref é um dos instrumentos mais adequados para avaliação da QV, pois considera os aspectos subjetivo e multidimensional que constituem a vida das pessoas.

Nessa versão resumida, o instrumento O WHOQOL-Bref é composto por 26 questões, duas de caráter geral, sendo uma referente à QV e outra à saúde, além de outras 24 questões distribuídas em quatro domínios: físico (questões 3, 4, 10 e de 15 a 18); psicológico (questões de 5 a 7, 11, 19 e 26); relações sociais (questões de 20 a 22) e meio ambiente (questões 8, 9, de 12 a 14 e 23 a 25). Para cada questão, há cinco possibilidades de resposta, em que o valor 5 é a melhor condição e 1 a pior condição. Além disso, quatro tipos de resposta são previstos: capacidade, que varia entre “nada” e “completamente”; intensidade, variando entre “nada” e

“extremamente”; frequência, que varia de “nunca” a “sempre”; e avaliação, variando de “muito insatisfeito” a “muito satisfeito”, considerando como referência as duas últimas semanas (Fleck et al 2000).

No Brasil, o WHOQOL-Bref foi aplicado numa amostra com 300 indivíduos da cidade de Porto Alegre-RS e revelou características satisfatórias, praticidade de uso e bom desempenho psicométrico, demonstrando ser uma alternativa para estudos brasileiros sobre QV (Fleck et al 2000).

Uma revisão sistemática sobre QV mostrou que entre os diversos instrumentos utilizados, o WHOQOL-Bref é um dos mais comuns (Landeiro et al 2011) e tem sido aplicado em diversas populações, como em indivíduos com HIV-Aids (Santos, França Junior e Lopes 2007) e adultos e idosos após a adaptação da prótese auditiva (Teixeira et al 2008). Entre as diversas amostras estudadas, indivíduos com problemas psiquiátricos e a população em geral foram os mais frequentes, seguidos por cuidadores, indivíduos com doenças cardiovascular, neurológica e nefropatia crônica (Kluthcovsky e Kluthcovsky 2009 e Macuglia et al 2010), adolescentes (Gordia, Quadros e Campos 2009), adultos com lesão medular (França et al 2011), e problemas cardíacos (Aguiar et al 2011). Indivíduos com fissura labiopalatina também foram estudados (Santos, Graciano e Valentin 2007, Veronez 2007, Mondelli 2011, Pinto 2012, Pinto, Oliveira e Trindade Junior 2012 e Pisula, Lukowska e Fudalej 2013).

Outro instrumento desenvolvido para investigar a QV foi o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), em suas versões completa (Slade e Spencer 1994) e resumida (Slade 1997), que permite indicar as dimensões da QV afetadas pela condição da saúde oral (Slade e Spencer 1994) e tem sido um dos mais utilizados em diferentes países (Wong, Lo e McMillan 2002, Almeida, Loureiro e Araújo 2004, Lopez e Baelum 2006, Pires,

Ferraz e Abreu 2006, Feu et al 2008, Montero-Martín et al 2009, Feu et al 2010 e Soh e Narayanan 2013). A versão completa (OHIP-49) foi desenvolvida e testada em 1994 por Slade e Spencer para analisar a repercussão dos problemas odontológicos sobre a QV. Em 1997, Slade desenvolveu a versão resumida desse instrumento (OHIP-14), preservando as características de precisão e confiança do instrumento original, a partir de um estudo envolvendo 1.217 indivíduos com idade superior a 60 anos.

Nessa versão resumida, o instrumento compõe-se de 14 questões distribuídas em sete domínios, com duas questões cada um: limitação funcional (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) e incapacidade (questões 13 e 14). Cada questão apresenta cinco possibilidades de respostas, sendo atribuído pontuação de 1 a 5, em que 1 é a melhor condição e 5 a pior condição: 1 = nunca, 2 = quase nunca, 3 = às vezes, 4 = quase sempre e 5 = sempre (Slade 1997). No atual estudo, considerou-se os últimos seis meses na condição pré-cirúrgica e as duas últimas semanas na condição pós-cirúrgica.

Tal instrumento foi testado e validado no Brasil com 504 puérperas, para avaliar o impacto da odontalgia na QV (Oliveira e Nadanovsky 2005), sendo confirmado que este apresenta boas propriedades psicométricas, similares à do instrumento original. Posteriormente, foi aplicado em diferentes populações, demonstrando confiabilidade para estudar a QV relacionada às condições de saúde oral. Entre os estudos encontram-se aqueles desenvolvidos com adolescentes (Bastos et al 2012), adultos e idosos (Alvarenga et al 2011 e Miotto, Barcellos e Velten 2012), entre outros, que estudaram o impacto, na QV, da doença periodontal em diabéticos (Drumond-Santana et al 2007), da má oclusão (Feu et al 2008, 2010),

das condições bucais (Coelho et al 2008), da perda dentária (Silva et al 2010), e do uso de prótese dentária em idosos (Guimarães et al 2013). Em estudo de revisão de literatura, o OHIP foi considerado um instrumento sensível para capturar mudanças no impacto das condições bucais (Miotto e Barcellos 2001).

No caso dos estudos envolvendo adultos com fissura labiopalatina reparada, até o momento da conclusão do estudo atual foi encontrado um único trabalho que utilizou o OHIP-14 (Foo et al 2012), contudo, este não analisou os resultados da correção cirúrgica da DDF. Uma vez que o OHIP-14 avalia o impacto da saúde oral na QV e que a cirurgia ortognática modifica diretamente a condição, a utilização deste instrumento em estudos envolvendo tais casos se justifica.

Por outro lado, na literatura foi encontrado um instrumento específico para avaliar o impacto da cirurgia ortognática na QV, o *Orthognathic Quality of Life Questionnaire* - OQLQ (Cunningham, Garratt e Hunt 2000, 2002). No entanto, apesar de ter sido desenvolvido em 2000 e validado em 2002, a tradução para a língua portuguesa e a adaptação transcultural foi publicada apenas em 2011 (Bortoluzzi et al 2011).

2.3 QUALIDADE DE VIDA E DEFORMIDADE DENTOFACIAL

A literatura mostra que a DDF interfere na QV, independente da existência ou não da fissura, e esta deformidade requer o tratamento com a cirurgia ortognática.

Diversas são as queixas que levam um indivíduo a procurar a correção cirúrgica da DDF, sendo as funcionais e estéticas as principais, independente da idade ou do sexo (Sadek e Salem 2007 e Proothi, Drew e Sachs 2010), pois a

aparência facial é determinante na formação da imagem corporal, da identidade e da autoestima (Abitante et al 2010).

O impacto psicossocial da cirurgia ortognática e seus benefícios foram estudados por Hunt et al (2001), a partir de uma revisão sistemática, os quais encontraram que há benefício psicossocial, bem como melhora da autoestima, da imagem corporal e facial, como também melhora na adaptação social.

Motegi et al (2003) investigaram a QV relacionada à saúde, bem como a função psicológica em 93 indivíduos, duas semanas antes da cirurgia ortognática e de dois a cinco anos após. Na coleta de dados, utilizaram os instrumentos *Sickness Impact Profile* (SIP), *Oral Health Status Questionnaire* (OHSQ) e *Symptom Checklist 90 Revised* (SCL-90-R). Observaram resultados estáveis entre dois e cinco anos após a cirurgia e os indivíduos estavam satisfeitos com o resultado. Os autores concluíram que, no geral, houve melhora da QV com o tratamento cirúrgico.

A partir da aplicação do OHIP-14 em 151 adultos com má oclusão severa antes do tratamento cirúrgico, Rusanen et al (2010) constataram que a dor física, bem como o desconforto psicológico e a incapacidade foram os domínios mais afetados nesses casos.

Ao estudar 152 indivíduos, sendo 76 com DDF e 76 sem essa deformidade, Lee, McGrath e Samman (2007) analisaram o impacto de DDF na QV por meio dos instrumentos *Short Form Health Survey* (SF-36), OHIP-14, *Orthognathic Quality of Life Questionnaire* (OQLQ). Os resultados mostraram QV inferior no grupo com DDF. No ano seguinte, esses mesmos autores investigaram as alterações na QV após a cirurgia ortognática, em três momentos, no pré-operatório, seis semanas após a cirurgia e seis meses depois. Ao aplicarem os instrumentos OHIP-14, SF-36 e OQLQ

em 36 indivíduos com DDF, encontraram alterações significativas na QV após seis meses da cirurgia ortognática (Lee, McGrath e Samman 2008).

Esperão et al (2010), para analisar o impacto dos problemas bucais na QV de adultos submetidos à cirurgia ortognática, aplicaram os instrumentos *Oral Health-Related Quality of Life* (OHRQOL) e OHIP-14 em 117 indivíduos distribuídos em três grupos, sendo 20 após consulta ortodôntico-cirúrgica, 70 no pré-cirúrgico e 27 após a cirurgia. Observaram que os indivíduos, após a consulta ortodôntico-cirúrgica, apresentaram efeito mais negativo na QV, comparado aos pré e pós-cirúrgicos, e assim a cirurgia ortognática afeta de forma positiva a QV.

Um estudo desenvolvido com 225 adolescentes, dos quais 101 haviam procurado tratamento ortodôntico e 124 não (Feu et al 2010), verificou que os casos que buscaram tratamento ortodôntico apresentavam maior prejuízo estético, má oclusão severa e pior QV, ao utilizar o *Oral Health-Related Quality of Life* (OHQOL), o OHIP-14, o *Dental Health Component* (DHC), o *Aesthetic Component* (AC), o *Index of Orthodontic Treatment Need* (IOTN) e o *Decayed Missing and Filled Teeth Index* (DMFT).

As alterações na QV após o tratamento ortodôntico-cirúrgico foi estudada por Choi et al (2010), utilizando-se os instrumentos SF-36, OHIP-14 e OQLQ, antes da cirurgia, após seis semanas da cirurgia, após seis meses e a partir de 12 meses. Verificaram melhora significativa da QV após o tratamento ortodôntico-cirúrgico, assim como melhora na saúde em geral.

Alanko, Svedström-Oristo e Tuomisto (2010) investigaram a percepção dos pacientes que realizaram cirurgia ortognática quanto ao bem-estar psicológico, por meio de uma revisão sistemática. Em geral, os indivíduos não relataram problemas psiquiátricos relacionados à DDF e tiveram alteração

positiva na QV, contudo podem enfrentar problemas como ansiedade e depressão. Segundo os autores, a melhora na autoestima, na estética e nas funções foram os principais motivos para buscar o tratamento.

O estudo de Khadka et al (2011) investigou o impacto da DDF na QV comparando indivíduos segundo o envolvimento ou não da oclusão. Todos os indivíduos foram avaliados antes da cirurgia e entre seis e oito meses após. Foram utilizados o SF-36 e OQLQ-22. Concluíram que a cirurgia ortognática teve impacto positivo na QV, independentemente do tipo de deformidade.

Murphy et al (2011) compararam os escores obtidos no questionário OQLQ, na *Visual Analogue Scale* (VAS) e no *Global Transition Scale* (GTS), antes da cirurgia e seis meses após. Observaram efeitos positivos da cirurgia ortognática sobre a QV relacionada à melhora na aparência facial, da mastigação, do conforto e da fala.

As mudanças observadas na QV de adultos com DDF antes e após a cirurgia ortognática foram investigadas por Rustemeyer e Gregersen (2012) a partir da aplicação do OHIP-14 e de três questões adicionais. Observaram que os aspectos psicológicos e estéticos exerceram forte influência na QV, com a melhora da estética facial e da QV após a realização da cirurgia ortognática.

Um estudo de revisão da literatura sobre as variáveis psicossociais associadas à cirurgia ortognática foi realizado por Carvalho, Martins e Barbosa (2012). Os autores constataram que a cirurgia proporciona melhoria do aspecto emocional referente à autoimagem, com modificações positivas na autoestima e na autoconfiança, resultando em percepções e comportamentos positivos, levando ao bem-estar e melhor QV.

A partir da aplicação do instrumento OHIP-14 em indivíduos com DDF antes do tratamento ortodôntico, comparativamente a um grupo controle, Frejman et al (2013) analisaram a QV relacionada à saúde oral, a autoestima e a depressão. Verificaram diferença significativa entre os grupos para a QV relacionada à saúde oral e autoestima, mas não foram encontradas diferenças quanto à depressão e não foi observada associação entre DDF e depressão. Os autores concluíram que os indivíduos com DDF apresentaram pior QV relacionada à saúde oral e baixa autoestima em comparação com os indivíduos sem DDF.

Uma revisão sistemática da literatura foi realizada por Soh e Narayanan (2013) com o objetivo de analisar a QV após a cirurgia ortognática, a percepção dos indivíduos com a cirurgia e o que motivou. Analisaram estudos desenvolvidos entre 2001 a junho de 2012, sendo verificado melhora da QV após a cirurgia e cada caso revelou diferentes motivações e expectativas quanto ao tratamento.

Assim, o grau de satisfação com os resultados relaciona-se ao motivo da procura pela correção cirúrgica da DDF, que pode ser a melhora funcional e a estética, visando melhorar as relações sociais e a aparência (Nicodemo, Pereira e Ferreira 2007). A identificação das expectativas do paciente referente a correção cirúrgica da DDF permite oferecer apoio para aumentar sua satisfação em relação aos resultados obtidos com o tratamento cirúrgico, tendo em vista que a expectativa com o tratamento é um dos principais determinantes da satisfação (Ryan, Barnard e Cunningham 2012).

Desse modo, um tratamento orientado por ação multidisciplinar e interdisciplinar é essencial para completa recuperação do paciente, visando à integração adequada do sujeito no seu ambiente familiar e social.

2.4 QUALIDADE DE VIDA E FISSURA LABIOPALATINA

Estão presentes na literatura estudos que se propuseram a investigar a QV em indivíduos com fissura labiopalatina.

Os aspectos psicológicos de 98 adultos com fissura labiopalatina, operados há duas décadas, foram estudados por Clifford, Crocker e Pope (1972) no que se refere à satisfação do indivíduo com a aparência, com tratamentos e sua percepção sobre a influência da fissura. Constataram que os indivíduos apresentaram satisfação relativamente alta com eles mesmos, assim como nos aspectos: corporal, aparência, tratamento recebido e percepção da influência da fissura. Apresentaram satisfação elevada com a aparência e baixa satisfação com os dentes, seguido da fala.

Os problemas e as preocupações de indivíduos com fissura labiopalatina e de seus pais foram estudados por Noar (1991), que investigou aspectos relacionados à aparência facial e à fala, aspectos emocionais e sociais e o sucesso obtido pelos especialistas envolvidos no trabalho. Constatou que os pacientes estavam satisfeitos com o tratamento recebido e com a aparência de um modo geral, porém menos satisfeitos nos aspectos nariz, lábios, perfil, sorriso e dentes. Assim como seus pais estavam satisfeitos no geral, mas relataram que o filho era social e emocionalmente afetado pela fissura, assim como no desempenho escolar.

O bem-estar psicológico foi avaliado por Cheung, Loh e Ho (2007), os quais estudaram 94 indivíduos com fissura labiopalatina, entre 10 e 16 anos e entre 17 e 40 anos, comparado a um grupo controle composto por 116 indivíduos sem fissura labiopalatina. Utilizaram os questionários: *Social Avoidance and Distress Scale* (SADS), *Satisfaction with Life Scale* (SWLS), *Cultural-Free Self-Esteem Inventory* (CFSEI) e *Miller Behavioral Style Scale* (MBSS). Concluíram que, no geral, os

indivíduos estavam satisfeitos com a vida e apresentavam bom relacionamento com os pais, a autoestima era mais baixa do que o grupo controle sem fissura.

Especificamente quanto aos estudos que se propuseram a investigar a QV na população com fissura labiopalatina, estes conduziram os estudos utilizando diversos instrumentos. Marcusson, Akerlind e Paulin (2001) avaliaram a QV em 68 adultos com fissura labiopalatina reparada, comparativamente a um grupo de 66 adultos sem fissura, utilizando os instrumentos *Generic Quality of Life*, *Well-Being* e *Health-Related Quality of Life* (HRQL). Os resultados mostraram, no grupo com fissura, forte impacto da deficiência sobre a vida, quanto ao aspecto global, bem-estar, assim como no aspecto social. Somente alguns aspectos da QV encontravam-se aquém, quando comparados ao grupo controle, indicando uma adaptação de vida razoavelmente boa, apesar das desvantagens.

Para identificar, descrever e avaliar indicadores psicossociais, bem como a repercussão na QV, Bachega (2002) estudou 67 adolescentes com fissura labiopalatina reparada, com idade entre 10 e 19 anos, comparado a um grupo controle. Utilizou um questionário composto por questões estruturadas e algumas questões abertas, enfocando suas percepções, antecedentes pessoais e variáveis relativas ao perfil psicossocial relacionadas com a QV. Os resultados indicaram que, apesar do estigma decorrente da malformação, os adolescentes superaram os limites da deficiência, ao apresentarem-se satisfeitos com a vida em relação à autorrealização, saúde e bem estar.

A avaliação da estética, do aspecto funcional e da QV relacionada à saúde foi realizada por Sinko et al (2005) em adultos com fissura labiopalatina reparada. Os instrumentos SF-36, *Health-Related Quality of Life* (HRQoL) e *Visual Analog Scales* (VAS) foram utilizados, sendo observado baixos escores nos aspectos sociais e

emocionais. Os pacientes que desejavam a continuidade do tratamento com mais cirurgias para sua reabilitação, apresentaram escores de QV mais baixos. Segundo os autores, a cirurgia de lábio e de nariz parece ter primordial importância para os pacientes com fissura.

Veronez e Tavano (2005), utilizando um questionário desenvolvido pelas autoras, entrevistaram 15 indivíduos com fissura labiopalatina operada e 15 indivíduos sem fissura, que foram submetidos à cirurgia ortognática, com o objetivo de comparar as modificações psicossociais. Constataram, em ambos os grupos, satisfação com os resultados quanto à estética, à modificação positiva da autoestima, às relações interpessoais e à integração social do indivíduo.

O estudo de Veronez (2007) investigou 120 indivíduos com fissura labiopalatina reparada e em fase final de tratamento, com o propósito de analisar a QV por meio do instrumento WHOQOL-Bref. Os resultados demonstraram valores acima da média para todos os domínios, sendo as relações sociais em primeiro lugar, seguido do psicológico, físico e meio ambiente. Segundo a autora, tais achados indicam boa QV para esses indivíduos, correspondente à população em geral. No mesmo ano, Santos, Graciano e Valentin (2007) também utilizaram o WHOQOL-Bref para investigar a QV de adultos com fissura labiopalatina em fase final de tratamento e inseridos no mercado de trabalho. As autoras concluíram que esses indivíduos apresentaram, em média, QV boa ou muito boa, bem como índices significativos de satisfação profissional, modificações positivas na autoestima, na autoconfiança e fortalecimento dos laços afetivos e familiares.

Os questionamentos em relação aos aspectos envolvendo a QV foram verificados por Cardoso (2008), que analisou os protocolos clínicos de 314 prontuários de indivíduos com fissura labiopalatina. Investigou os domínios convívio social,

relacionamento interpessoal, educação, desempenho escolar, lazer e satisfação com resultado do tratamento, bem como queixas nas áreas de atendimento. Das 12 áreas clínicas investigadas, 42% contemplaram domínios relacionados a aspectos da QV, contudo, na prática clínica, em 66% das áreas houve presença de domínios de QV registrados de forma espontânea no prontuário.

Mani, Carlsson e Marcusson (2010) avaliaram a QV relacionada à saúde, em adultos com fissura labiopalatina reparada, utilizando o instrumento SF-36. Os resultados mostraram-se semelhantes aos dos indivíduos sem fissura; houve diferença entre os sexos, sendo os homens mais afetados negativamente no aspecto emocional; bem como foi verificado diferença quanto à faixa etária, em que os mais jovens foram mais afetados que os mais velhos. Segundo os autores, outros estudos se fazem necessário para explorar as possíveis correlações entre o estado funcional e a estética com a QV nessa população.

Com o propósito de comparar duas técnicas cirúrgicas para reparação da fissura labial, Mondelli (2011) estudou 76 indivíduos com fissura labiopalatina reparada, a partir de 18 anos de idade, para avaliar, dentre outros aspectos, a QV utilizando o instrumento WHOQOL-Bref. Os resultados não revelaram diferença entre as duas técnicas quanto aos resultados dos domínios investigados. Nesse mesmo ano, outros pesquisadores utilizaram o WHOQOL-100 para investigar a QV em crianças e adolescentes com fissura de lábio e palato operada (Augsornwan et al 2011). Os resultados demonstraram QV de alto nível, apesar de alguns indivíduos relatarem que gostariam de receber mais tratamento cirúrgico para minimizar a cicatriz.

O nível de estresse e a QV foram estudados por Pinto (2012) em 60 indivíduos com fissura labiopalatina reabilitados cirurgicamente, entre 18 e 34 anos,

por meio do Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp e do WHOQOL-Bref. A autora constatou baixo nível de estresse e não observou diferença entre os três grupos, sendo que, foram sorteados 10 homens e 10 mulheres para cada tipo de fissura, isolada de lábio, isolada de palato e de lábio e palato. A QV se mostrou adequada para os domínios físico, social e meio ambiente, contudo, verificou menor escore no domínio psicológico para as mulheres.

Foo et al (2012) analisaram a QV relacionada à saúde geral e ao impacto da saúde oral utilizando os instrumentos OHIP-14 e SF-36. Estudaram 88 adultos que finalizaram o tratamento reabilitador da fissura labiopalatina, comparativamente a indivíduos sem fissura, com o propósito de determinar diferenças quanto à idade e ao sexo. Os resultados revelaram pior impacto da saúde oral na QV para o grupo com fissura labiopalatina; os aspectos vitalidade e saúde mental foram menores no grupo com fissura. De acordo com os autores, os resultados indicaram que o tratamento não elimina totalmente fatores que contribuem para pobre QV.

A identificação dos fatores relacionados à QV e à satisfação com a aparência nasal em adultos com fissura labiopalatina reparada foi o objetivo do estudo de Mani et al (2013), que utilizaram os instrumentos SF-36 e *Satisfaction With Appearance* (SWA). Os resultados mostraram que fissura mais ampla na infância foi associada a menor satisfação com a aparência nasal na idade adulta; a baixa QV foi associada a uma menor satisfação com a aparência nasal; maior resistência durante a respiração nasal foi associada a menor QV e saúde física. Os autores concluíram que a extensão da fissura na infância pode afetar a QV e a satisfação com a aparência nasal na fase adulta.

A melhora da QV é uma das metas da equipe multiprofissional que acompanha os indivíduos com fissura labiopalatina e, por essa razão, no

planejamento do tratamento deve se considerar as expectativas de cada indivíduo, bem como as características morfológicas individuais da face e da oclusão (Freitas et al 2012a). Assim, conhecer as expectativas dos pacientes é fundamental, pois estão diretamente relacionadas ao nível de satisfação pós-operatório.

Como pode ser observado pela análise da literatura, a fissura labiopalatina afeta, de alguma forma, a QV dos indivíduos, assim como a DDF, o que justifica a realização de estudos relacionados à QV após a cirurgia ortognática para a correção da DDF decorrente da fissura labiopalatina, com o objetivo de verificar os resultados dos tratamentos empregados e a percepção do paciente frente ao tratamento recebido.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

- Avaliar a QV de indivíduos com fissura labiopalatina, nos períodos pré e pós-correção cirúrgica da deformidade dentofacial;
- Avaliar o impacto das condições de saúde oral na QV de indivíduos com fissura labiopalatina, nos períodos pré e pós-correção cirúrgica da deformidade dentofacial;
- Verificar a expectativa do indivíduo relacionada à cirurgia e à satisfação com os resultados.

4 MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 ASPECTO ÉTICO

Este estudo teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, conforme Ofício nº 93/2013-SVAPEPE-CEP, visualizado no Anexo 1.

Os indivíduos que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo, com os devidos esclarecimentos acerca da pesquisa. Aqueles que concordaram firmaram seu consentimento assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo-lhes garantido o sigilo de sua identificação.

4.2 CARACTERÍSTICA DO ESTUDO

Este é um estudo quantitativo e prospectivo que foi realizado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, sendo a coleta dos dados realizada no Laboratório de Fisiologia.

O planejamento amostral foi realizado considerando o desvio padrão de 21% com base no estudo de Veronez (2007), um alfa de 5% e um poder de 80%, além de uma diferença a ser detectada de 8,5%. Deste modo, estimou-se uma amostra de 50 indivíduos.

4.3 AMOSTRA

Foram incluídos no estudo indivíduos com idade superior a 18 anos, que apresentavam fissura envolvendo o lábio e o palato, já operados. Esses indivíduos se encontravam em rotina de internação para a realização de cirurgia ortognática, com a finalidade de corrigir a DDF, e aceitaram participar do estudo. O tipo de DDF não foi considerado no estudo.

Foram excluídos os indivíduos com síndrome ou suspeita de apresentarem alguma síndrome, conforme anotações no prontuário.

Para alcançar a amostra estimada de 50 casos avaliados nos períodos pré e pós-operatório, foram entrevistados 80 indivíduos antes da cirurgia corretiva da DDF. Destes casos, 30 deles não realizaram a entrevista após a realização da cirurgia por motivos diversos, como ter faltado no horário de atendimento, ou não ter previsão de retorno até a data da finalização da pesquisa.

O tempo transcorrido entre a cirurgia e a entrevista variou de três a 11 meses, com a média de seis meses. Neste estudo, padronizou-se a utilização do termo sexo para se referir a masculino e feminino (Laurenti, Jorge e Gotlieb 2005). A amostra foi composta por 50 indivíduos, 58% (n=29) do sexo masculino e 42% (n=21) do sexo feminino.

4.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

A coleta dos dados ocorreu seguindo a rotina de agendamento da instituição, sendo realizada em dois momentos: aproximadamente três dias antes da cirurgia ortognática, denominado pré-cirúrgico, e de três a 12 meses após a cirurgia, denominado pós-cirúrgico.

Nesses dois momentos, por meio de entrevista, foram aplicados dois instrumentos para avaliar a QV, o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-Bref) e o *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) visualizados nos Anexos 2 e 3. Além disso, um questionário para verificar a expectativa do indivíduo quanto à cirurgia e à satisfação com os resultados também foi elaborado e aplicado pela pesquisadora (Apêndice 1).

A escolha do WHOQOL-Bref ocorreu por ser um questionário genérico e contemplar questões que atendiam ao propósito do estudo. Além disso, pelo fato de agregar respostas confiáveis, facilidade de aplicação e demandar pouco tempo para isso (Fleck et al 2002).

Na análise dos resultados do WHOQOL-Bref, baseou-se na proposta de Pedroso et al (2010), sendo utilizado o *Software Microsoft Excel*, direcionado para o cálculo dos escores. Com a finalidade de quantificar as respostas de cada domínio, utilizou-se uma escala de 1 a 5 pontos e, nas questões 3, 4 e 26, os valores são invertidos, em que 1=5, 2=4, 4=2 e 5=1, mantendo-se igual à pontuação 3 (World Health Organization 1996). Realizou-se a transformação dos valores da escala de 4 a 20 pontos, proporcionalmente para valores de 0% a 100% em cada domínio, com base na sintaxe do manual de referência e, assim, quanto maior o valor obtido melhor a QV (World Health Organization 1996).

A escolha do OHIP-14 se deve ao fato de ser um instrumento específico, capaz de avaliar, de forma individual, determinados aspectos da QV, com capacidade de detecção da melhora ou piora destes e permite indicar as dimensões da QV afetadas pela condição da saúde oral e a percepção das pessoas sobre o impacto das condições de saúde oral na QV (Slade e Spencer 1994).

Na análise do OHIP-14, atribuiu-se pesos para cada questão (Allen e Locker 1997). Assim, o valor da resposta era multiplicado pelo peso correspondente: questão 1 = 0,51, questão 2 = 0,49, questão 3 = 0,34, questão 4 = 0,66, questão 5 = 0,45, questão 6 = 0,55, questão 7 = 0,52, questão 8 = 0,48, questão 9 = 0,60, questão 10 = 0,40, questão 11 = 0,62, questão 12 = 0,38, questão 13 = 0,59 e questão 14 = 0,41. Deste modo, ao multiplicar as respostas pelos seus pesos, a pontuação de cada domínio pode variar de 0 a 4 pontos, e a soma dos pesos corresponde a 1 em cada domínio. Uma vez que o instrumento apresenta sete domínios, ao somar a pontuação final, esta pode variar entre 0 e 28 pontos. Escores próximos de zero estão relacionados ao menor impacto da saúde oral na QV (Slade 1997 e Oliveira e Nadanovsky 2005).

O questionário para analisar a expectativa do indivíduo relacionada à cirurgia e à satisfação com os resultados do tratamento foi composto por duas questões, sendo uma para investigar a satisfação com a aparência em relação ao corpo, face, nariz, dentes e lábios. Cada um desses aspectos foi composto por cinco possibilidades de resposta, correspondendo a uma escala de 1 a 5 pontos, em que a melhor condição é 5 e a pior é 1 (Clifford, Crocker e Pope 1972 e Noar 1991). Somente uma das seguintes opções poderia ser escolhida: muito insatisfeito (1), insatisfeito (2), nem satisfeito nem insatisfeito (3), satisfeito (4) e muito satisfeito (5). A outra questão contemplou uma resposta aberta e foi obtida na condição pré-cirúrgica, sendo investigada a maior expectativa do indivíduo com o procedimento cirúrgico a ser realizado e, após a cirurgia, os indivíduos foram questionados sobre a satisfação com o resultado alcançado.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados em planilha *Microsoft Excel* versão 2007 e encontram-se apresentados como média, desvio padrão, valor mínimo e máximo, nos momentos pré e pós-cirúrgico.

Foram realizadas comparações entre os resultados obtidos nos dois momentos investigados, considerando-se o nível de significância de 5%. O teste “t” para amostras pareadas foi utilizado para analisar os resultados do instrumento WHOQOL-Bref, enquanto o teste de Wilcoxon foi utilizado na análise dos resultados do instrumento OHIP-14 e do questionário sobre a expectativa e satisfação com os resultados do tratamento, para o qual também foram apresentadas as frequências absoluta e relativa, demonstradas em tabelas e gráficos.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Os resultados obtidos pelos instrumentos WHOQOL-Bref e OHIP-14, bem como do questionário para verificar a expectativa relacionada à cirurgia e à satisfação com os resultados obtidos estão apresentados a seguir.

Em relação ao WHOQOL-Bref, os resultados encontrados antes e após a cirurgia referente aos cinco domínios, assim como a comparação entre esses dois momentos estudados podem ser visualizados na Tabela 1. Observa-se que dos quatro domínios analisados, à exceção do domínio relações sociais, após a cirurgia as porcentagens foram mais elevadas, indicando melhora na QV.

Tabela 1 - Valores obtidos para os diferentes domínios do WHOQOL-Bref e o resultado da comparação entre os valores pré e pós-cirúrgico.

Domínios		Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo	Valor de p
Físico	Pré	79,64%	8,96%	53,57%	100,00%	p=0,034 ♦
	Pós	82,50%	7,47%	64,29%	96,43%	
Psicológico	Pré	74,58%	11,43%	50,00%	95,83%	p<0,001 ♦
	Pós	80,92%	9,42%	58,33%	100,00%	
Relações Sociais	Pré	81,00%	16,67%	33,33%	100,00%	p=0,164
	Pós	83,50%	15,01%	33,33%	100,00%	
Meio Ambiente	Pré	72,69%	10,49%	50,00%	93,75%	p=0,034 ♦
	Pós	75,50%	11,56%	50,00%	96,88%	
Questões Gerais	Pré	82,75%	12,34%	62,50%	100,00%	p=0,014 ♦
	Pós	87,75%	10,86%	62,50%	100,00%	

♦Valores maiores após a cirurgia.

Quanto ao instrumento OHIP-14, na Tabela 2, estão descritos os valores centrais de cada domínio analisado, além do resultado da comparação entre os momentos pré e pós-cirúrgico. Verifica-se que dos sete domínios analisados, quatro deles sofreram alteração após a cirurgia, apresentando valores mais baixos

(Desconforto Psicológico, Limitação Psicológica, Limitação Social e Incapacidade), da mesma forma para o Escore Geral. Este resultado indica que, após a correção da DDF, o impacto negativo da saúde oral na QV diminuiu.

Tabela 2 - Valores obtidos para os diferentes domínios do OHIP-14 e o resultado da comparação entre os valores pré e pós-cirúrgico.

Domínios		Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo	Valor de p
Limitação Funcional	Pré	0,88	0,69	0,00	2,53	p=0,359
	Pós	0,75	0,74	0,00	2,04	
Dor Física	Pré	0,42	0,83	0,00	4,00	p=0,633
	Pós	0,33	0,55	0,00	1,98	
Desconforto Psicológico	Pré	1,16	1,19	0,00	4,00	p<0,001*
	Pós	0,45	0,87	0,00	4,00	
Limitação Física	Pré	0,28	0,57	0,00	2,08	p=0,241
	Pós	0,16	0,46	0,00	2,52	
Limitação Psicológica	Pré	0,96	0,77	0,00	2,80	p<0,001*
	Pós	0,29	0,48	0,00	2,40	
Limitação Social	Pré	0,70	0,83	0,00	3,62	p=0,027*
	Pós	0,40	0,66	0,00	2,00	
Incapacidade	Pré	0,39	0,75	0,00	4,00	p=0,001*
	Pós	0,09	0,30	0,00	1,18	
Escore Geral	Pré	4,79	3,79	0,00	13,07	p<0,001*
	Pós	2,48	2,66	0,00	9,99	

*Valores menores após a cirurgia.

Na Figura 1, estão apresentadas as frequências obtidas quanto à satisfação referente ao corpo, face, nariz, dentes e lábios, nos dois momentos estudados. Observa-se em relação ao corpo, frequência semelhante entre os dois momentos, predominando a satisfação mais positiva e, em relação à face, nariz, dentes e lábios, observam-se modificações positivas quanto à satisfação para esses aspectos.

A comparação dos resultados obtidos nos dois momentos investigados mostrou diferença significativa para os aspectos face, nariz, dentes e lábios, em que

os escores atribuídos foram maiores após a cirurgia, indicando satisfação com os resultados (Tabela 3).

Figura 1 - Distribuição das frequências encontradas quanto à satisfação com os aspectos investigados, nos dois momentos analisados.

Tabela 3 - Comparação dos escores obtidos nos dois momentos estudados em relação à satisfação com os aspectos analisados.

Aspecto	Etapa	Média	Desvio Padrão	Escore Mínimo	Escore Máximo	Valor de p
Corpo	Pré	3,82	0,87	2	5	p=0,235
	Pós	4,00	0,86	2	5	
Face	Pré	2,88	1,12	1	5	p<0,001 ♦
	Pós	2,90	0,76	2	5	
Nariz	Pré	2,50	1,11	1	5	p=0,004 ♦
	Pós	2,98	0,96	1	5	
Dentes	Pré	3,02	1,12	1	5	p<0,001 ♦
	Pós	4,08	0,94	2	5	
Lábios	Pré	2,62	1,28	1	5	p<0,001 ♦
	Pós	3,38	1,05	1	5	

♦ Valores maiores após a cirurgia.

Em relação à maior expectativa quanto à cirurgia, os resultados mostraram que a estética foi a mais citada (Figura 2) e, após a cirurgia, a maioria encontrava-se satisfeito com os resultados (Figura 3).

Figura 2 - Distribuição da amostra segundo a expectativa quanto à cirurgia.

Figura 3 - Distribuição da amostra segundo a satisfação com os resultados após a cirurgia.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Este estudo se propôs a avaliar a QV de indivíduos com fissura labiopalatina antes e depois da realização da correção cirúrgica da DDF. Na literatura revisada, não foram encontrados estudos semelhantes a este, que estuda a QV geral e específica, além da expectativa e satisfação com os resultados dos aspectos faciais após a cirurgia ortognática, a partir da aplicação dos instrumentos: WHOQOL-Bref e OHIP-14, bem como de questões sobre a expectativa e a satisfação dos indivíduos com os resultados.

A hipótese levantada neste estudo foi que a cirurgia ortognática promoveria modificação nos aspectos da QV, com impacto positivo da condição da saúde oral, além de atingir as expectativas e a satisfação com os resultados.

A amostra avaliada no atual estudo caracterizou-se por indivíduos com fissura completa de lábio e palato, dos quais pouco mais da metade (58%) eram do sexo masculino; resultado que corrobora outros estudos, que verificaram maior frequência de fissura unilateral de lábio e palato no sexo masculino (Baroneza et al 2005, Freitas e Silva et al 2008 e Aquino et al 2011). A idade dos participantes foi superior a 18 anos, conforme o critério de inclusão na amostra, uma vez que a cirurgia corretiva da DDF é realizada após a conclusão do crescimento ativo das bases ósseas (Freitas et al 2012a, 2012b). Dentre as fissuras labiopalatinas, aquela que envolve tanto o lábio quanto o palato é a que mais promove implicações morfofuncionais, sendo um maior desafio para a equipe de reabilitação, que mobiliza um protocolo de tratamento mais extenso e complexo, fato que justifica a atenção dada pela literatura (Freitas et al 2012a, 2012b, 2012c).

A coleta dos dados foi realizada antes da cirurgia ortognática e entre três e 11 meses após esta cirurgia, com tempo médio de seis meses entre a cirurgia e a entrevista. Essa média de tempo após a cirurgia vai ao encontro de outros estudos que também investigaram a QV a partir de seis meses (Ambrizzi et al 2007, Nicodemo, Pereira e Ferreira 2007, Sadek e Salem 2007, Yoshida et al 2007, Lee, McGrath e Samman 2008, Choi et al 2010, Khadka et al 2011 e Murphy et al 2011).

Acredita-se que, se a coleta dos dados fosse realizada em período inferior a três meses, a presença de edema, dor, desconforto e limitações funcionais poderiam influenciar nas respostas, por gerar impacto negativo na QV e interferir na percepção do paciente quanto à aparência e à satisfação com os resultados. De acordo com alguns autores, a degradação da QV ocasionada pela dor e limitações funcionais se manifesta, principalmente, nas primeiras seis semanas a três meses após a cirurgia (Lee, McGrath e Samman 2008 e Carvalho, Martins e Barbosa 2012).

No estudo de Lee, McGrath e Samman (2008), que avaliou os indivíduos seis semanas após a correção cirúrgica da DDF, os resultados evidenciaram piora acentuada na QV em aspectos relacionados ao bem-estar geral. Da mesma forma, o estudo de Choi et al (2010) mostrou piora transitória na QV, imediatamente após a correção cirúrgica e, até seis semanas de pós-operatório, causados, possivelmente, pelas morbidades cirúrgicas comuns. Tais autores também constataram melhora significativa na QV seis meses após a correção cirúrgica. Para Nicodemo, Pereira e Ferreira (2007), após seis meses da cirurgia, os pacientes estariam sem edema, retomando as atividades rotineiras, profissionais e sociais e poderiam estar adaptados com a nova imagem, o que justifica a melhora da QV.

No atual estudo, os resultados do WHOQOL-Bref evidenciaram diferença significativa após a cirurgia, com percentuais mais elevados para os domínios: Físico,

Psicológico e Meio Ambiente, assim como para as Questões Gerais. Tais resultados indicam que, na percepção que o indivíduo tem de sua vida, a correção cirúrgica da DDF melhorou a QV nestes aspectos. Este fato é justificado pelas modificações físicas e consequente alteração na aparência facial gerada pela cirurgia (Hunt et al 2001, Laureano Filho et al 2003 e Murphy et al 2011), visto que questões funcionais e estéticas são as principais queixas que motivam a procura pelo tratamento (Abitante et al 2010), independente da idade ou do sexo (Sadek e Salem 2007 e Proothi, Drew e Sachs 2010).

No que se refere às Questões Gerais, os resultados apontaram para a percepção positiva do indivíduo em relação à QV e à saúde geral após a cirurgia, o que possivelmente está associado à melhora nos domínios Físico, Psicológico e Meio Ambiente, que influenciaram, de forma positiva, na vida do indivíduo. Este resultado corrobora estudos que constataram melhora da QV após a cirurgia corretiva da DDF, em indivíduos sem fissura labiopalatina (Motegi et al 2003, Khadka et al 2011, Murphy et al 2011 e Carvalho, Martins e Barbosa 2012), apesar de utilizarem outros instrumentos para análise da QV. Assim como, em estudos que também utilizaram o OHIP-14, entre outros instrumentos (Lee, McGrath e Samman 2008, Choi et al 2010, Esperão et al 2010 e Rustemeyer e Gregersen 2012).

Por outro lado, o domínio Relações Sociais não se mostrou diferente entre as fases pré e pós-cirúrgica, o que é justificado pelo fato do percentual já se apresentar elevado mesmo antes da cirurgia. Este fato indica que, apesar da cicatriz cirúrgica devido à reparação do lábio, os indivíduos estão adaptados e satisfeitos socialmente, conforme indicam alguns estudos (Clifford, Crocker e Pope 1972, Noar 1991, Bachega 2002 e Cheung, Loh e Ho 2007).

Assim, os resultados encontrados no WHOQOL-Bref mostraram alterações positivas na QV após cirurgia corretiva da DDF. Estes resultados refletem o trabalho sistematizado e integrado da equipe multidisciplinar (Ribas et al 2005) realizado na instituição (Veronez e Tavano 2005). Também é possível associar ao fato de que, na adolescência (Bachega 2002), assim como na fase adulta (Pinto 2012), apesar da presença da fissura labiopalatina ou da DDF, quando reparada, as modificações são percebidas pelo paciente, o que leva à repercussão positiva na QV.

Alguns estudos aplicaram o instrumento WHOQOL em indivíduos com fissura labiopalatina e constataram, de forma geral, boa QV. Em crianças e adolescentes o WHOQOL-100 revelou QV de alto nível (Augsornwan et al 2011). Em adultos na fase final de tratamento foi verificada boa QV e condições de vida similar à população geral, com valores acima da média em todos os domínios, em especial do domínio Relações Sociais do WHOQOL-Bref (Veronez 2007). Da mesma forma que os indivíduos já inseridos no mercado de trabalho, os quais apresentaram, em média, QV boa a muito boa (Santos, Graciano e Valentin 2007). Alguns autores, ao aplicarem o instrumento WHOQOL-Bref em adultos com fissura labiopalatina, também constataram adequada QV para os domínios físico, relações sociais e meio ambiente (Pinto 2012 e Pinto, Oliveira e Trindade Junior 2012). No estudo de Pisula, Lukowska e Fudalej (2013), com adolescentes e adultos, houve pouca diferença em relação à adaptação psicológica entre indivíduos com e sem fissura labiopalatina e, no estudo de Mondelli (2011) não ocorreu diferença nos domínios da QV entre grupos de indivíduos que realizaram duas diferentes técnicas cirúrgicas para reparação da fissura labial.

Quando a QV foi investigada em adultos a partir de outros instrumentos, como o *Generic Quality of Life*, *Well-Being* e o *Health-Related Quality of Life*, foi verificado forte

impacto da deficiência sobre a vida nos aspectos global, bem-estar e social no grupo com fissura labiopalatina, em relação ao grupo controle (Marcusson, Akerlind e Paulin 2001). Ao utilizar os instrumentos *Short Form Health Survey* (SF-36), *Health-Related Quality of Life* e *Visual Analogic Scales*, Sinko et al (2005) observaram baixos escores nos aspectos sociais e emocionais nos indivíduos com fissura labiopalatina. Contudo, Mani, Carlsson e Marcusson (2010) aplicaram o instrumento SF-36 e verificaram semelhança nos resultados entre os indivíduos com e sem fissura labiopalatina.

Em relação ao OHIP-14, que investiga especificamente questões relacionadas à cavidade oral, alguns autores constataram nos adolescentes sem fissura labiopalatina em tratamento ortodôntico que o comprometimento da estética teve impacto negativo na QV, mais expressivo no aspecto psicossocial, comparado àqueles que nunca realizaram tal tratamento (Feu et al 2008, 2010). Assim, a QV é afetada pela DDF, mesmo em indivíduos sem fissura labiopalatina (Lee, McGrath e Samman 2007, Esperão et al 2010 e Frejman et al 2013). Rusanen et al (2010) constataram que os domínios Dor Física, Desconforto Psicológico e Incapacidade foram os mais afetados negativamente antes da correção cirúrgica, em adultos com grave má oclusão. Isso porque a desproporção facial e dentária pode ser grave o suficiente para afetar, de forma negativa, a QV das pessoas (Proffit, White Junior e Sarver 2005) e o OHIP-14 permite indicar as dimensões da QV afetadas pela condição oral (Slade e Spencer 1994).

Os resultados do OHIP-14 no atual estudo mostraram pontuações menores no pós-cirúrgico para os domínios: Desconforto Psicológico, Limitação Psicológica, Limitação Social e Incapacidade, como também para o Escore Geral, o que indica impacto positivo da saúde oral na QV em tais domínios após a correção da DDF.

Este fato é atribuído à correção da desproporção maxilomandibular que beneficia a oclusão dentária e a estética facial (Freitas et al 2012b), o que favorece a QV (Motegi et al 2003, Alanko, Svedström-Oristo e Tuomisto 2010, Choi et al 2010, Esperão et al 2010, Khadka et al 2011, Murphy et al 2011, Carvalho, Martins e Barbosa 2012 e Soh e Narayanan 2013). No que se refere aos domínios, os resultados vêm ao encontro do estudo de Hunt et al (2001), que observaram benefício psicossocial, melhora na autoestima, imagem facial e na adaptação social. Contudo, nas primeiras seis semanas a três meses após a cirurgia da DDF, a presença de dor e as limitações funcionais podem gerar dano acentuado à QV (Lee, McGrath e Samman 2008 e Carvalho, Martins e Barbosa 2012), em aspectos relacionados ao bem-estar geral e, seis meses após, são encontradas alterações significativas e melhora da QV (Lee, McGrath e Samman 2008).

Assim sendo, os resultados obtidos com a aplicação do OHIP-14 evidenciaram comprometimento da QV diante da DDF e impacto positivo da saúde oral na QV após a correção da DDF, o que demonstra benefícios funcionais e psicossociais após o tratamento ortodôntico-cirúrgico. Veronez e Tavano (2005) enfatizaram a importância de um trabalho sistematizado e integrado do indivíduo submetido à cirurgia ortognática junto à equipe multidisciplinar, o que promove segurança e expectativa positiva, assegurando melhor QV.

Para a melhora da QV, a forma como o indivíduo percebe a sua imagem facial e corporal poderá ter repercussões evidentes no seu bem-estar, pois o desejo de melhorar a aparência é acompanhado por expectativas de benefícios psicológicos (Carvalho, Martins e Barbosa 2012).

Em indivíduos com fissura labiopalatina e sem DDF, Clifford, Crocker e Pope (1972) encontraram satisfação relativamente alta dos pacientes com eles

mesmos, bem como no aspecto corporal, aparência, tratamento recebido e percepção da influência da fissura, com baixa satisfação quanto aos dentes e a fala. Da mesma forma, Noar (1991) constatou que os pacientes estavam satisfeitos com o tratamento recebido e com a aparência de um modo geral, contudo, menos satisfeitos quanto ao nariz, lábios, perfil, sorriso e dentes. No estudo de Cheung, Loh e Ho (2007), os indivíduos também, em geral, estavam satisfeitos com a vida e apresentavam bom relacionamento com os pais, mas mostravam menor autoestima que os indivíduos sem fissura. De acordo com Burden et al (2010), indivíduos com DDF tendem a mostrar-se menos satisfeitos com a imagem facial e dentária, assim como menor autoestima.

Deste modo, em adultos com fissura labiopalatina, a cirurgia do lábio e do nariz parece ter primordial importância (Sinko et al 2005) e, segundo Mani et al (2013), nesses casos, a extensão da fissura na infância pode afetar a QV e a satisfação com a aparência nasal na fase adulta. Assim, acredita-se que a correção cirúrgica da DDF seja muito aguardada pelos indivíduos, uma vez que esta modifica a oclusão e a aparência facial. Por outro lado, conhecer as expectativas das pessoas em relação aos tratamentos, levará à satisfação com os resultados no pós-operatório (Ribas et al 2005) e, o sucesso da reabilitação das DDF pode ser analisado e constatado pela percepção do próprio indivíduo quanto aos resultados (Ryan, Barnard e Cunningham 2012 e Soh e Narayanan 2013).

Em relação à satisfação com a aparência do corpo, face, nariz, dentes e lábios, os resultados do atual estudo mostraram diferença significativa, com escores mais elevados após a cirurgia, indicando satisfação com os resultados. Um estudo envolvendo indivíduos sem fissura labiopalatina (Murphy et al 2011) constatou, após seis meses da cirurgia, impacto positivo sobre a aparência facial e as funções orais,

com melhora da autoconfiança. No estudo de Motegi et al (2003), os autores observaram que entre dois e cinco anos após a cirurgia, os indivíduos estavam satisfeitos. Tal resultado pode ser justificado, pois a DDF compromete a estética facial e afeta as funções, visto que se trata de uma desarmonia estrutural esquelética da face com desvios dos padrões normais (Yoshida et al 2007), cuja correção favorece a estética e a oclusão dentária (Freitas et al 2012b).

Hunt et al (2001) observaram benefício psicossocial, melhora da autoestima e da imagem corporal e facial, bem como adaptação social após a correção da DDF. Apesar das diferentes motivações e expectativas no que se refere ao tratamento (Soh e Narayanan 2013), segundo Alanko, Svedström-Oristo e Tuomisto (2010), os principais motivos da procura pelo tratamento cirúrgico são a melhora estética e funcional, bem como a autoestima. Deste modo, tendo em vista que a expectativa com o tratamento cirúrgico é um dos principais determinantes da satisfação (Nicodemo, Pereira e Ferreira 2007 e Ryan, Barnard e Cunningham 2012), identificar essas expectativas permite oferecer apoio para aumentar a satisfação com os resultados obtidos (Ryan, Barnard e Cunningham 2012).

No atual estudo, observou-se, em relação ao corpo, frequência semelhante entre os dois momentos, com predomínio de satisfação positiva mesmo antes da cirurgia. Sabe-se que a cirurgia ortognática torna o indivíduo vulnerável à perda de peso corporal, devido ao pós-operatório limitado quanto à ingestão alimentar e à mastigação (Zane, Tavano e Peres 2002). Apesar desse fato, os resultados foram favoráveis quanto ao aspecto corporal, o que demonstra a importância do tratamento orientado por uma equipe multidisciplinar para a recuperação cirúrgica e promoção da saúde (Freitas e Silva et al 2008 e Paranaíba et al 2011), como é encontrado na instituição onde o estudo foi realizado.

Em relação à maior expectativa com a cirurgia, na amostra estudada a estética foi a mais citada, enquanto a fala, a mastigação e a respiração foram as menos referidas. Estudos demonstraram que a preocupação com a estética facial tem sido o principal motivo para justificar o tratamento orto-cirúrgico (Belluci e Kapp-Simon 2007, Sadek e Salem 2007 e Johnston et al 2010). Após a cirurgia, foi verificado, neste estudo, que quase todos os indivíduos se apresentavam satisfeitos com os resultados, fato que pode ser atribuído às expectativas com a cirurgia, pois a aparência facial é determinante na imagem corporal, na identidade e na autoestima (Abitante et al 2010). Segundo alguns estudos, os aspectos psicológicos e estéticos têm grande influência na QV, como verificado após a cirurgia corretiva da DDF, que altera a estética facial (Murphy et al 2011 e Rustemeyer e Gregersen 2012). Isso traz benefício psicossocial e emocional com a melhora da autoestima, da imagem facial e corporal, da autoconfiança, favorecendo o bem-estar e a adaptação social (Hunt et al 2001, Nicodemo, Pereira e Ferreira 2007 e Carvalho, Martins e Barbosa 2012).

Assim, os resultados deste estudo evidenciaram que os indivíduos com fissura labiopalatina desta amostra mostraram melhora da QV e impacto positivo da saúde oral na QV após a correção da DDF; expectativa positiva relacionada à correção cirúrgica da DDF com a melhora da estética facial; e se mostraram satisfeitos com os resultados; assim como nos aspectos referentes ao corpo, face, nariz, dentes e lábios. Com a modificação da aparência facial, esperava-se que os aspectos investigados apresentassem alterações positivas, partindo do pressuposto de que a QV tem caráter subjetivo e envolve a percepção do indivíduo que é um ser multidimensional. Deste modo, a hipótese levantada foi confirmada permitindo-se afirmar que a cirurgia ortognática promoveu melhora nos aspectos da QV, com impacto positivo da condição da saúde oral, e atingiu as expectativas e a satisfação com os resultados.

Essa constatação permite uma reflexão da equipe de reabilitação desta instituição quanto ao sucesso do tratamento oferecido para a correção da DDF, confirmando a importância do uso de questionários que investiguem a satisfação com os resultados e a QV, pois a boa apresentação pessoal faz parte do processo de interação social, que significa permanentes cuidados na aparência física (Carvalho, Martins e Barbosa 2012), bem como índices significativos de satisfação profissional, modificações positivas na autoestima, na autoconfiança e fortalecimento dos laços afetivos e familiares (Santos, Graciano e Valentin 2007).

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Os indivíduos com fissura labiopalatina reparada, que fizeram parte da amostra estudada, apresentaram:

- Melhora da QV após a correção da DDF e o impacto negativo da saúde oral na QV diminuiu com a realização da cirurgia;
- Maior expectativa relacionada à correção cirúrgica da DDF com a melhora da estética facial, no qual se mostraram satisfeitos com os resultados, assim como nos aspectos referentes ao corpo, face, nariz, dentes e lábios.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Abitante C, Schneider LE, Vargas IA, Bridi AO, Crusius KC, Krause RGS. Análise quantitativa da motivação estética do paciente de cirurgia ortognática da ULBRA - Canoas. *Rev Ciênc Méd Biol*. 2010;9(3):185-8.

Aguiar MIF, Farias DR, Pinheiro ML, Chaves ES, Rolim ILTP, Almeida PC. Qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante cardíaco: aplicação da escala WHOQOL-Bref. *Arq Bras Cardiol*. 2011;96(1):60-7.

Alanko OM, Svedström-Oristo AL, Tuomisto MT. Patients' perceptions of orthognathic treatment, well-being, and psychological or psychiatric status: a systematic review. *Acta Odontol Scand*. 2010;68(5):249-60

Allen PF, Locker D. Do item weights matter? An assessment using the oral health impact profile. *Community Dent Health*. 1997;14(3):133-8.

Almeida AA, Loureiro CA, Araújo VE. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) na forma simplificada. Parte I: Adaptação cultural e linguística. *UFES Rev Odontol*. 2004;6(1):6-15.

Alvarenga FAS, Henriques C, Takatsui F, Montandon AAB, Telarolli Júnior R, Monteiro ALCC, et al. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes maiores de 50 anos de duas instituições públicas do município de Araraquara-SP, Brasil. *Rev Odontol UNESP*. 2011;40(3):118-24.

Ambrizzi DR, Franzi AS, Pereira Filho VA, Gabrielli MAC, Gimenez CMM, Bertoz FA. Avaliação das queixas estético-funcionais em pacientes portadores de deformidades dentofaciais. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial*. 2007;12(5):63-70.

Aquino SN, Paranaíba LMR, Martelli DRB, Swerts MSO, Barros LM, Bonan PRF, et al. Study of patients with cleft lip and palate with consanguineous parents. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2011;77(1):19-23.

Augsornwan D, Namedang S, Pongpagatip S, Surakunprapha P. Quality of life in patients with cleft lip and palate after operation. *J Med Assoc Thai*. 2011;94(Suppl 6):S124-8.

Bachega MI. Indicadores psicossociais e repercussões na qualidade de vida de adolescentes com fissura labiopalatal [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2002.

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.

Bastos RS, Carvalho ES, Xavier A, Caldana ML, Bastos JRM, Lauris JRP. Dental caries related to quality of life in two brazilian adolescent groups: a cross-sectional randomized study. *Int Dent J*. 2012;62(3):137-43.

Belluci CC, Kapp-Simon KA. Psychological considerations in orthognathic surgery. *Clin Plast Surg*. 2007;34(3):e11-6.

Berlim MT, Fleck MPA. Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(4):249-52.

Bortoluzzi MC, Manfro R, Soares IC, Presta AA. Cross-cultural adaptation of the orthognathic quality of life questionnaire (OQLQ) in a brazilian sample of patients with dentofacial deformities. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011;16(5):e694-9.

Bueno M, Noronha R, Araújo IEM. Visita pós-operatória de enfermagem: aplicação de instrumento e apreciação dos enfermeiros. *Acta Paul Enferm*. 2002;15(4):45-54.

Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson N. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res*. 1993;2(6):451-9.

Bullinger M. German translation and psychometric testing of the SF-36 health survey: preliminary results from the IQOLA project. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1359-66.

Burden DJ, Hunt O, Johnston CD, Stevenson M, O'Neill C, Hepper P. Psychological status of patients referred for orthognathic correction of skeletal II and III discrepancies. *Angle Orthod*. 2010;80(1):43-8.

Cardoso SAC. Qualidade de vida nos protocolos clínicos do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2008.

Carvalho SC, Martins EJ, Barbosa MR. Variáveis psicossociais associadas à cirurgia ortognática: uma revisão sistemática da literatura. *Psicol Refl Crít.* 2012;25(3):477-90.

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.

Cheung LK, Loh JSP, Ho SMY. Psychological profile of chinese with cleft lip and palate deformities. *Cleft Palate Craniofac J.* 2007;44(1):79-86.

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.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50.

Clifford E, Crocker EC, Pope BA. Psychological findings in the adulthood of 98 cleft lip-palate children. *Plast Reconstr Surg.* 1972;50(3):234-7.

Coelho MP, Cordeiro MCP, Corrêa FF, Carvalho CM, Araújo VE. Avaliação do impacto das condições bucais na qualidade de vida medido pelo instrumento OHIP-14. *UFES Rev Odontol.* 2008;10(3):4-9.

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

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

Diewert VM. A morphometric analysis of craniofacial growth and changes in spatial relations during secondary palatal development in human embryos and fetuses. *Am J Anat.* 1983;167(4):495-522.

Drumond-Santana T, Costa FO, Zenóbio EG, Soares RV, Santana TD. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(3):637-44.

Dutra DM, Aragão MS, Martins FAP, Alves GAS. Influência da comunicação entre o portador de fissuras labiopalatinas e o cirurgião-dentista no atendimento odontológico. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2012;16(3):393-400.

Edwards W, Watson ACH. *Advances in the management of cleft palate*. Edingurh: Churchill Livingstone; 1980.

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

Feu D, Oliveira BH, Almeida MAO, Kiyak HA, Miguel JAM. Oral health-related quality of life and orthodontic treatment seeking. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2010;138(2):152-9.

Feu D, Oliveira BH, Sales HX, Miguel JAM. Más-oclusões e seu impacto na qualidade de vida de adolescentes que buscam tratamento ortodôntico. *Ortodontia SPO*. 2008;41(4):355-65.

Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4):431-8.

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.

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.

França ISX, Coura AS, França EG, Basílio NNV, Souto RQ. Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL-Bref. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(6):1364-71.

Freitas e Silva DS, Mauro LDL, Oliveira LB, Ardenghi TM, Bönecker M. Estudo descritivo de fissuras lábio-palatinas relacionadas a fatores individuais, sistêmicos e sociais. *Rev Gauch Odontol*. 2008;56(4):387-91.

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*. 2012a;20(2):268-81.

Freitas JAS, Garib DG, Trindade-Suedam IK, Carvalho RM, Oliveira TM, Lauris RCMC, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of 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 JAS, Neves LT, Almeida ALPF, Garib DG, Trindade-Suedam IK, Yaedú RYF, 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.* 2012c;20(1):9-15.

Frejman MW, Vargas IA, Rösing CK, Closs LQ. Dentofacial deformities are associated with lower degrees of self-esteem and higher impact on oral health-related quality of life: results from an observational study involving adults. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013;71(4):763-7.

Gomide ACM, Pereira HO, Buchholz I, Martins VLV. Cuidados de enfermagem no pós-operatório de pacientes com trauma buco-maxilo-facial: revisão de literatura. *Rev Enferm UFPE on-line.* 2009;3(1):101-9.

Gordia AP, Quadros TMB, Campos W. Variáveis sociodemográficas como determinantes do domínio meio ambiente da qualidade de vida de adolescentes. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(6):2261-8.

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

Guimarães MB, Rocha FR, Bueno RS, Blaya MBG, Hirakata LM. Impacto do uso de próteses dentárias totais na qualidade de vida de idosos. *Rev Bras Qualid Vida.* 2013;5(1):31-8.

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

Johnston C, Hunt O, Burden D, Stevenson M, Hepper P. Self-perception of dentofacial attractiveness among patients requiring orthognathic surgery. *Angle Orthod.* 2010;80(2):361-6.

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(3 Suppl):1-12.

Landeiro GMB, Pedrozo CCR, Gomes MJ, Oliveira ERA. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(10):4257-66.

Laureano Filho JR, Cypriano RV, Moraes RPA, Freitas MQ. Avanço maxilar: descrição da técnica e relato de caso clínico. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2003;3(2):25-31.

Laurenti Ruy, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(1):35-46.

Lee S, McGrath C, Samman N. Impact of orthognathic surgery on quality of life. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008;66(6):1194-9.

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

Loffredo LCM, Freitas JAS, Grigolli AAG. Prevalência de fissuras orais de 1975 a 1994, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(6):571-5.

Lopez R, Baelum V. Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp). *BMC Oral Health*. 2006;6(11):1-8.

Macuglia GR, Rossatto FC, Teixeira MAP, Giacomoni CH. Qualidade de vida e depressão de pacientes em hemodiálise. *Rev Bras Ter Cogn*. 2010;6(2):167-88.

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.

Mani M, Reiser E, Andlin-Sobocki A, Skoog V, Holmstrom M. Factors related to quality of life and satisfaction with nasal appearance in patients treated for unilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*. 2013;50(4):432-9.

Marcusson A, Akerlind I, Paulin G. Quality of life in adults with repaired complete cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*. 2001;38(4):379-85.

Martins DS, Silva LF, Lancetta CFF. Educação em saúde: o papel do enfermeiro na melhoria da qualidade de vida dos portadores de fendas labiopalatinas. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Online)*. 2012;4(1):2740-7.

Miotto MHMB, Barcellos LA, Velten DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(2):397-406.

Miotto MHMB, Barcellos LA. Uma revisão sobre o indicador subjetivo de saúde bucal "Oral Health Impact Profile" (OHIP). *UFES Rev Odontol*. 2001;3(1):32-8.

Mondelli RL. Queiloplastia de FTB, comparação da técnica clássica de Spina com a modificada pelo HRAC [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2011.

Mondini CCSD. Os agentes de autocuidado e a utilização de orientações disponíveis no cenário do processo cuidativo da criança portadora de fissura lábio-palatal [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.

Montero-Martín J, Bravo-Pérez M, Albaladejo-Martínez A, Hernández-Martín LA, Rosel-Gallardo EM. Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *J Clin Exp Dent*. 2009;1(1):e1-7.

Motegi E, Hatch JP, Rugh JD, Yamaguchi H. Health-related quality of life and psychosocial function 5 years after orthognathic surgery. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2003;124(2):138-43.

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

Nagem Filho H, Moraes N, Rocha RGF. Contribuição para o estudo da prevalência das malformações congênitas labiopalatinas na população escolar de Bauru. *Rev Fac Odonto São Paulo*. 1968;7:111-28.

Nicodemo D, Pereira MD, Ferreira LM. Cirurgia ortognática: abordagem psicossocial em pacientes Classe III de Angle submetidos à correção cirúrgica da deformidade dentofacial. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial*. 2007;12(5):46-54.

Noar JH. Questionnaire survey of attitudes and concerns of patients with cleft lip and palate and their parents. *Cleft Palate Craniofac J*. 1991;28(3):279-84.

Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the brazilian version of the oral health impact profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(4):307-14.

Paranaíba LMR, Miranda RT, Ribeiro LA, Barros LM, Martelli-Júnior H. Frequency of congenital craniofacial malformations in a brazilian reference center. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(1):151-60.

Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL, Picinin CT. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Rev Bras Qualid Vida*. 2010;2(1):31-6.

Pinto RR, Oliveira FP, Trindade Junior AS. Qualidade de vida em adultos com fissura labiopalatina. *Bol Acad Paulista de Psicologia*. 2012;32(82):75-87.

Pinto RR. Fissura labiopalatina: estresse e qualidade de vida [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2012.

Pires CPAB, Ferraz MB, Abreu MHNG. Translation into brazilian portuguese, cultural adaptation and validation of the oral health impact profile (ohip-49). *Braz Oral Res*. 2006;20(3):263-8.

Pisula E, Lukowska E, Fudalej PS. Self-esteem, coping styles, and quality of life in polish adolescents and young adults with unilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*. 2013. [In press].

Proffit WR, White Junior RP, Sarver DM. Prefácio. In: Proffit WR, White Junior RP, Sarver DM, editores. *Tratamento contemporâneo de deformidades dentofaciais*. Porto Alegre: Artmed; 2005. p.7.

Proothi M, Drew SJ, Sachs SA. Motivating factors for patients undergoing orthognathic surgery evaluation. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010;68(7):1555-9.

Raposo-do-Amaral CE, Kuczynski E, Alonso N. Qualidade de vida de crianças com fissura labiopalatina: análise crítica dos instrumentos de mensuração. *Rev Bras Cir Plást*. 2011;26(4):639-44.

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

Rusanen J, Lahti S, Tolvanen M, Pirttiniemi P. Quality of life in patients with severe malocclusion before treatment. *Eur J Orthod.* 2010;32(1):43-8.

Rustemeyer J, Eke Z, Bremerich A. Perception of improvement after orthognathic surgery: the important variables affecting patient satisfaction. *Oral Maxillofac Surg.* 2010;14(3):155-62.

Rustemeyer J, Gregersen J. Quality of life in orthognathic surgery patients: post-surgical improvements in aesthetics and self-confidence. *J Craniomaxillofac Surg.* 2012;40(5):400-4.

Ryan FS, Barnard M, Cunningham SJ. What are orthognathic patients' expectations of treatment outcome - a qualitative study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012;70(11):2648-55.

Sadek H, Salem G. Psychological aspects of orthognathic surgery and its effect on quality of life in egyptian patients. *East Mediterr Health J.* 2007;13(1):150-9.

Santos ECM, França Junior I, Lopes F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(Supl 2):64-71.

Santos LRS, Graciano MIG, Valentim RCAAP. Trabalho e qualidade de vida de pessoas com fissura labiopalatina inseridas no mercado profissional em Bauru. *Serv Social Realid.* 2007;16(2):83-121.

Santos MRM, Sousa CS, Turrini RNT. Percepção dos pacientes submetidos à cirurgia ortognática sobre o cuidado pós-operatório. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(Esp.):78-85.

Saxena S, Carlson D, Billington R, Orley J. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): the importance of its items for cross-cultural research. *Qual Life Res.* 2001;10(8):711-21.

Schwerdtfeger CMMA. Qualidade de recuperação em anestesia: abordagem da satisfação dos pacientes submetidos ao procedimento anestésico [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2010.

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

Silva Filho OG, Freitas JAS. Caracterização morfológica e origem embriológica. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Editora Santos; 2007. p. 17-49.

Silva MES, Villaça EL, Magalhães CS, Ferreira EF. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(3):841-50.

Sinko K, Jagsch R, Precht V, Watzinger F, Hollmann K, Baumann A. Evaluation of esthetic, functional, and quality-of-life outcome in adult cleft lip and palate patients. *Cleft Palate Craniofac J*. 2005;42(4):355-61.

Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial: a report from the WHOQOL Group. *Qual Life Res*. 2004;13(2):299-310.

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(4):284-90.

Soh CL, Narayanan V. Quality of life assessment in patients with dentofacial deformity undergoing orthognathic surgery: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2013;42(8):974-80.

Souza Freitas JA, Capellozza Filho L, Abdo RCC, Rufino CBF. Pesquisa epidemiológica sobre lesões labiopalatinas e tratamento destas anomalias congênitas. *Ciência Cult*. 1977;29(Supl 1):141.

Spiri WC, Leite MMJ. Convivendo com o portador de fissura lábio-palatal: o vivencial da enfermeira. *Rev Esc Enf USP*. 1999;33(1):81-94.

Sullivan M, Karlsson J, Ware JE Junior. The Swedish SF-36 Health Survey. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1349-58.

Teixeira AR, Almeida LG, Jotz GP, Barba MC. Qualidade de vida de adultos e idosos pós-adaptação de próteses auditivas. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2008;13(4):357-61.

Trettene AS. Alimentação da criança em pós-operatório imediato de palatoplastia: comparação entre as técnicas utilizando copo e colher [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2011.

Veronez FS, Graciano MIG, Tavano LDA, Lauris JRP. Instrumento de avaliação do desempenho psicossocial para pessoas com fissura labiopalatina. *Arq Ciênc Saúde*. 2011;18(2):87-93.

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

Veronez SF, Tavano LDA. Modificações psicossociais observadas pós-cirurgia ortognática em pacientes com e sem fissuras labiopalatinas. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12(3):133-7.

WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychol Med*. 1998;28(3):551-8.

WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.

Wong MC, Lo EC, McMillan AS. Validation of a chinese version of the Oral Health Impact profile (OHIP). *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002;30(6):423-30.

World Health Organization: WHOQOL-Bref: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment - field trial version. Geneva: World Health Organization; 1996.

Yoshida MM, Câmara PRP, Goldenberg DC, Alonso N. Padronização de avaliação em cirurgia ortognática. *Rev Soc Bras Cir Craniomaxilofac*. 2007;10(4):125-32.

Zane VC, Tavano LDA, Peres SPBA. Avaliação psicológica de pacientes submetidos à cirurgia ortognática. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial*. 2002;7(1):85-9.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 - Questionário satisfação e expectativas

1) Atualmente, o quão você está satisfeito com:

- 1. Aparência corporal: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- 2. Aparência da face: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- 3. Aparência do nariz: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- 4. Aparência dos dentes: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- 5. Aparência dos lábios: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(1=muito insatisfeito, 2=insatisfeito, 3=nem satisfeito nem insatisfeito, 4=satisfeito e 5=muito satisfeito)

2) Qual é a sua maior expectativa nesse momento? (**PRÉ-CIRÚRGICO**)

2) Está satisfeito com o alcance da sua expectativa? (**PÓS-CIRÚRGICO**)

() Satisfeito

() Insatisfeito

Outro: _____

ANEXOS

ANEXO 1 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HRAC/USP, Ofício nº 93/2013 SVAPEPE-CEP

Ofício nº 93/2013-SVAPEPE-CEP

Bauru, 29 de agosto de 2013.

Prezada Senhora

O projeto de pesquisa intitulado **"Qualidade de vida de indivíduos com fissura labiopalatina: análise pós correção cirúrgica da deformidade dentofacial"**, de autoria de V.Sa., foi aprovado pelo CEP em 31/05/2011. Na reunião realizada em 27/08/2013, as alterações solicitadas e a solicitação de alteração do título para: **"Qualidade de vida de indivíduos com fissura labiopalatina: avaliação pré e pós-correção cirúrgica da deformidade dentofacial"**, foram aprovadas.

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

Atenciosamente,

PROFA. DRA. MARCIA RIBEIRO GOMIDE

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC-USP

Ilma. Sra

Marli Luiz Beluci

A/C

Dra. Kátia Flores Genaro

Fisiologia – HRAC/USP

ANEXO 2 - WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life)

Instruções: Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	[1] nada	[2] muito pouco	[3] médio	[4] muito	[5] completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?				☐	

Você deve circular, como no exemplo, o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você irá circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio ou irá circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

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

		[1] muito ruim	[2] ruim	[3] nem ruim nem boa	[4] boa	[5] muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?					
		[1] muito insatisfeito	[2] insatisfeito	[3] nem satisfeito nem insatisfeito	[4] satisfeito	[5] muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?					

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: Fleck MPA. WHOQOL – abreviado: versão em português [homepage na internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; sd. [Acesso em: 9 dez 2013]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/breve.PDF>

ANEXO 3 - OHIP-14 (Oral Health Impact Profile)

Limitação Funcional

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

Dor Física

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

Desconforto Psicológico

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

Limitação Física

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

Limitação Psicológica

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

Limitação Social

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

Incapacidade

13. Você já sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?
☐ 0. Nunca ☐ 1. Quase nunca ☐ 2. Às vezes ☐ 3. Quase sempre ☐ 4. Sempre
14. Você tem estado sem poder fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?
☐ 0. Nunca ☐ 1. Quase nunca ☐ 2. Às vezes ☐ 3. Quase sempre ☐ 4. Sempre

Fonte: Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the brazilian version of the oral health impact profile-short form. Community Dent Oral Epidemiol. 2005;33(4):307-14.