



CATOLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

UISEU

**IMPACTO PSICOSSOCIAL EM PACIENTES COM INDICAÇÃO
PARA TRATAMENTO-ORTODÔNTICO-CIRÚRGICO-
ORTOGNÁTICO**

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção
do grau de Mestre em Medicina Dentária*

Por:

Luana Sofia Marques Martins

Viseu, 2021



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

**IMPACTO PSICOSSOCIAL EM PACIENTES COM INDICAÇÃO
PARA O TRATAMENTO-ORTODÔNTICO-CIRÚRGICO-
ORTOGNÁTICO**

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção
do grau de Mestre em Medicina Dentária*

Por:

Luana Sofia Marques Martins

Orientadora: Prof. Doutora Susana Silva

Co-orientador: Prof. Doutor Vítor Teixeira

Viseu, 2021

*“The first step is to establish that something is possible; then probability
will occur”*

Elon Musk

Dedico este trabalho aos meus pais, principalmente à minha mãe, que infelizmente partiu a 1 ano de me ver receber o diploma e me formar como médica dentista.

Agradecimentos

À minha orientadora, **Professora Doutora Susana Silva**, por ter sido incansável e me ter ajudado na realização deste projeto.

Ao meu coorientador, **Professor Doutor Vítor Teixeira**, pela ajuda e pelo apoio na realização deste projeto.

Ao **Mestre Carlos Almeida**, pela ajuda e assistência na estatística aplicada.

Aos **meus pais** que sempre acreditaram em mim e nas minhas capacidades e me terem feito acreditar nas minhas competências e qualidades, e nunca me terem deixado desistir dos meus sonhos.

Ao **meu namorado Carlos Cardoso**, pela paciência, companheirismo, compreensão, amizade e prestabilidade, ao longo destes 5 anos. Obrigada por acreditares sempre em mim.

À **minha binómia Mara Pedro**, pelo apoio emocional e companheirismo nas boas e más fases da minha vida ao longo destes 5 anos. Por me ter ajudado, não só na realização deste projeto, mas em todos os desafios que encarei na universidade.

A todos aqueles que permitiram que este meu sonho se tornasse realizado.

Resumo

Introdução: As deformidades dento-faciais estão cada vez mais prevalentes no mundo. Estas são causadoras de repercussões na vida social, profissional e psicológica dos pacientes e acaba por interferir com a sua autoestima e qualidade de vida. Torna-se fundamental, desta forma, saber gerir o psicológico do paciente para que o tratamento seja bem-sucedido.

Objetivos: Esta investigação tem como principais objetivos tentar perceber o impacto que as deformidades dento-faciais têm sobre os pacientes com indicação para o Tratamento-Ortodôntico-Cirúrgico-Ortognático e comparar com o grupo controlo.

Materiais e Métodos: Estudo transversal descritivo, realizado a dois grupos de pacientes, uns com deformidades dento-faciais e com indicação para cirurgia ortognática (grupo de estudo) e os outros com indicação para o tratamento ortodôntico convencional (grupo controlo). A recolha de dados foi feita com dois tipos de questionários, um para avaliar a qualidade de vida (WHOQoL-BREF) e o outro para avaliar a autoestima (Escala de Autoestima de Rosenberg).

Resultados: A amostra é constituída por um total de 79 pacientes que se dividem em dois grupos, o grupo de estudo com 32 pacientes e o grupo controlo com 42 pacientes. No total da amostra a idade varia entre os 17-48 anos e a média das idades é de 25,35 ($\pm 5,93$). No que toca ao género 69,62% são do género feminino e 30,38% são do género masculino. Relativamente à autoestima, tivemos uma média de 49,94 ($\pm 7,54$) e por fim a qualidade de vida, onde se obteve uma média no domínio geral de 8,45 ($\pm 1,07$), no domínio físico 16,85 ($\pm 2,14$), no domínio psicológico 16,53 ($\pm 2,14$), nas relações sociais de 16,30 ($\pm 2,78$) e no meio ambiente de 16,48 ($\pm 7,54$).

Conclusão: Pacientes com deformidades dento-faciais apresentaram uma qualidade de vida e uma autoestima mais baixas em comparação com o grupo controlo.

Palavras-chave: Deformidade dento-facial; Cirurgia ortognática; Qualidade de vida; Autoestima; Ortodontia

Abstract

Introduction: Dentofacial deformities are increasingly prevalent in the world. These cause repercussions in the social, professional, and psychological life of patients and end up interfering with their self-esteem and quality of life. Therefore, it is essential to know how to manage the patient's psychological condition for the treatment to be successful.

Objectives: This investigation has as its main objectives try to understand the impact that dentofacial deformities have on patients with indication for Orthodontic-Surgical-Orthognathic Treatment and compare with the control group.

Materials and Methods: Descriptive cross-sectional study, conducted with two groups of patients, one with dentofacial deformities and with an indication for orthognathic surgery (study group) and the other with an indication for conventional orthodontic treatment (control group). Data collection was performed using two types of questionnaires, one to assess the quality of life (WHOQoL-BREF) and the other to assess self-esteem (Rosenberg Self-Esteem Scale).

Results: The sample consists of a total of 79 patients who are divided into two groups, the study group with 32 patients and the control group with 42 patients. In the total sample, age varies between 17-48 years and the average age is 25.35 (± 5.93). Concerning gender, 69.62% are female and 30.38% are male. Regarding self-esteem, we had an average of 49.94 (± 7.54). Finally, quality of life, which obtained an average in the general domain of 8.45 (± 1.07), in the physical domain of 16.85 (± 2.14), in the psychological domain of 16.53 (± 2.14), in social relationships of 16.30 (± 2.78), and the environment of 16.48 (± 7.54).

Conclusion: Patients with dentofacial deformities had a lower quality of life and self-esteem compared to the control group

Keywords: Dentofacial deformities; orthognathic surgery; quality of life; self-esteem; orthodontics

ÍNDICE

| | | |
|--------|--|----|
| I. | INTRODUÇÃO..... | 3 |
| II. | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 8 |
| 1. | Deformidade dento-facial..... | 8 |
| 1.1. | Tipos de más-oclusões..... | 8 |
| 1.2. | Terapêutica..... | 11 |
| 2. | Tratamento-Ortodôntico-Cirúrgico-Ortognático (TOCO)..... | 12 |
| 2.1. | Diagnóstico e planeamento cirúrgico..... | 12 |
| 2.1.2. | Estética Facial em Ortodontia..... | 13 |
| 2.2. | Tratamento Ortodôntico pré-cirúrgico..... | 14 |
| 2.3. | Cirurgia Ortognática..... | 14 |
| 2.3.1. | Técnicas utilizadas..... | 17 |
| 2.3.2. | Complicações..... | 18 |
| 2.4. | Finalização ortodôntica pós-cirúrgica..... | 18 |
| 3. | Dimensões Psicossociais da DDF..... | 19 |
| 3.3. | Qualidade de Vida..... | 20 |
| 3.4. | Autoestima..... | 22 |
| III. | MATERIAIS E MÉTODOS..... | 27 |
| 1. | Metodologia..... | 27 |
| 2. | Pacientes..... | 28 |
| 3. | Questionários..... | 28 |
| 4. | Considerações Éticas..... | 30 |
| 5. | Análise Estatística..... | 30 |
| IV. | RESULTADOS..... | 35 |
| 1. | Caracterização da população..... | 35 |
| 2. | Caracterização da amostra de estudo..... | 36 |
| 2.1. | Idade..... | 36 |
| 2.2. | Género..... | 37 |
| 2.4. | Estado Civil..... | 38 |
| 3. | Apresentação de dados..... | 38 |
| V. | DISCUSSÃO..... | 52 |
| VI. | CONCLUSÃO..... | 62 |
| | BIBLIOGRAFIA..... | 71 |

Índice de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1: Classificação de Angle, relação molar e padrão de crescimento (1)..... | 10 |
| Figura 2 - Diagrama do envelope da discrepância dos incisivos superiores de Proffit e Ackerman (1)..... | 17 |
| Figura 3 - Diagrama do envelope da discrepância dos incisivos inferiores de Proffit e Ackerman (1)..... | 17 |
| Figura 4 - Distribuição da amostra de estudo segundo a idade | 36 |
| Figura 5 - Distribuição da amostra de estudo segundo o género | 37 |
| Figura 6 - Distribuição da amostra de estudo segundo o grau de escolaridade | 37 |
| Figura 7 - Distribuição da amostra de estudo segundo o Estado Civil | 38 |
| Figura 8 - Amostras independentes de teste de Kruskal-Wallis referente à QV e AE segundo o estado civil no grupo de estudo | 45 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1- Medidas de avaliação da QV | 21 |
| Tabela 2 – Domínios e Facetas da WHOQOL-BREF (The WHOQOL Group 1998b) | 29 |
| Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica da amostra | 35 |
| Tabela 4 – Dados relativos aos valores nos domínios do WHOQoL-Bref em pacientes com indicação para TOCO vs Controlo | 39 |
| Tabela 5 - Resultados do teste U de Mann-Whitney referente à QV em pacientes com indicação para TOCO vs. controlo | 40 |
| Tabela 6 - Dados relativos aos valores RSES em pacientes com indicação para TOCO vs controlo | 40 |
| Tabela 7 - Resultados do teste U de Mann-Whitney referente à AE em pacientes com indicação para TOCO vs controlo | 41 |
| Tabela 8 - Dados dos vários domínios do questionário WHOQoL-BREF distribuídos por género | 41 |
| Tabela 9 - Teste U de Mann-Whitney referente à QV distribuída por género | 42 |
| Tabela 10 - Dados dos valores da AE geral distribuídos por género | 43 |
| Tabela 11 - Teste U de Mann-Whitney relativo à AE geral distribuída por género | 43 |
| Tabela 12 - Decisões estatísticas referente à H1 | 43 |
| Tabela 13 - Teste de Kruskal-Wallis referente à QV segundo o estado civil no grupo de estudo | 44 |
| Tabela 14 - Teste de Kruskal-Wallis referente à AE segundo o estado civil dos pacientes do grupo de estudo | 46 |
| Tabela 15 - Teste binominal referente ao género feminino e masculino no grupo de estudo | 47 |
| Tabela 16 - Dados relativos ao grau de escolaridade no grupo de estudo | 48 |
| Tabela 17 - Dados relativos ao estado civil no grupo de estudo | 48 |

Lista de abreviaturas

AE – Autoestima

QV – Qualidade de Vida

DDF – Deformidade Dento-facial

CO – Cirurgia Ortognática

TOCO – Tratamento-Ortodôntico-Cirúrgico-Ortognático

DTM – Disfunção temporomandibular

SAOS – Síndrome Apneia Obstrutiva do Sono

DP – Desvio Padrão

Mm – Milímetros

RSES – Rosenberg Self-Esteem Scale

WHOQoL-BREF – World Health Organization Quality of Life (abreviada da versão completa)

Introdução

I. INTRODUÇÃO

As deformidades dento-faciais (DDFs) afetam a população de todo o mundo. São definidas como alterações do desenvolvimento do esqueleto facial que acabam por afetar diretamente a componente estética, funcional e psicossocial dos indivíduos. Por este motivo, a procura pelo Tratamento-Ortodôntico-Cirúrgico-Ortognático (TOCO) tem vindo a ser cada vez mais procurada, principalmente pelo sexo feminino e por razões estéticas. (1, 2) Segundo alguns estudos, os indivíduos com DDFs têm valores de qualidade de vida (QV) mais baixos em comparação com aqueles que não têm e são ainda considerados um fator de risco para a autoestima (AE) destes pacientes. (3)

Os pacientes com indicação para cirurgia ortognática (CO) são todos aqueles que apresentem um padrão facial fora da normalidade, quando os problemas ortodônticos são tão severos que nem a camuflagem, nem a modificação do crescimento consegue oferecer uma solução. A cirurgia nestes casos tem a finalidade de reposicionar as bases ósseas de modo a garantir a estabilidade oclusal, um perfil harmonioso e uma melhor QV. (1, 4) A cirurgia não trata apenas da componente estética, trata também a componente psicossocial do paciente, sendo que esta pode influenciar o sucesso do tratamento a longo prazo. (5, 6)

Foi em 1849 com o cirurgião americano *Simon P. Hüllihen* que a CO teve origem. Este cirurgião realizou a primeira osteotomia mandibular para a correção de uma mordida aberta anterior de origem esquelética e uma osteotomia de cunha para reposicionar a mandíbula para trás, corrigindo deste modo a oclusão. Em 1898 foi realizado pelo cirurgião *Vilray Blair* em conjunto com *Edward Angle*, o pai da Ortodontia Moderna, a primeira osteotomia mandibular descrita num paciente com prognatismo mandibular. E foi a partir de 1900 que se admitiu ser fundamental o trabalho conjunto entre cirurgião ortognático e ortodontista. Durante parte da segunda metade do século XX, a maioria das deformidades dento-faciais foram corrigidas reposicionando a mandíbula, independentemente da localização da deformidade (maxila e/ou mandíbula), através de abordagens transcervicais utilizando-se fios metálicos e seguindo-se longos períodos de fixação para alcançar

a cicatrização óssea. A cirurgia maxilar foi desenvolvida mais tarde, em meados da década de 1980, graças à pesquisa de Bell. (7)

Existem três fases inerentes ao TOCO: a fase pré-cirúrgica, a fase cirúrgica e a fase pós-cirúrgica. A cirurgia não substitui o tratamento ortodôntico, antes pelo contrário, eles vão-se complementar um ao outro e são fundamentais para o sucesso do tratamento. (8)

Na primeira fase do tratamento o papel da ortodontia passa por fazer a correção dento-alveolar permitindo que as arcadas dentárias se tornem compatíveis e se estabeleça acertadamente a posição vertical e sagital dos incisivos. (1) É nesta fase que se faz a preparação psicológica ao paciente, podendo ser conseguida com recurso a um planeamento informático virtual para promover uma análise mais precisa da deformidade, assim como do próprio planeamento e desta forma ajudar com educação dos pacientes. (9)

Na segunda fase é realizada a CO onde se vai proceder à correção das alterações dento-faciais. No entanto, podem existir situações em que a CO pode ocorrer previamente ao tratamento ortodôntico, como nos pacientes que têm classes III esqueléticas severas. (9-11)

Na terceira fase dá-se a continuidade do tratamento ortodôntico fixo que vai permitir a obtenção de uma oclusão estável, sendo igualmente fundamental o acompanhamento psicológico nesta fase. (1)

Os atuais avanços nos métodos de diagnóstico, planeamento e técnicas cirúrgicas tornaram a cirurgia ortognática segura e por isso mais procurada pelos pacientes para o tratamento destas deformidades. (3)

Ao longo dos tempos têm-se desenvolvido métodos e mecanismos para ajudar as pessoas a terem uma visão tridimensional de como será o seu aspeto final. Os primeiros sistemas clinicamente validados para usar imagens 3D foram desenvolvidos por *Gwen Swennen*, na Bélgica, e *Jaime Gateno* e *James Xia*, em Houston (USA). Estes sistemas permitem ajudar no planeamento cirúrgico virtual em combinação com a impressão 3D de férulas interoclusais para transferir os planos virtuais para a realidade. O planeamento cirúrgico virtual tornou-se, desde então, o

procedimento ideal uma vez que permite ao paciente ter uma noção realista do seu aspeto final e aumentar o sucesso do tratamento pós-cirúrgico. (7)

No que toca à psicologia, existem dois aspetos que são importantes ter em conta uma vez que vão influenciar o bem-estar mental do paciente, a QV e a AE. O conceito de QV teve origem no campo da medicina geral e foi definida, de acordo com a Organização Mundial de Saúde como “a perceção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (12) ou mais simplesmente como “um sentimento de bem-estar que decorre da satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes”(13). Relacionando este conceito com a saúde oral, de acordo com Klages et al (2004), apenas a ausência de doenças e de disfunções bucofaciais não são consideradas suficientes para a indicação de uma boa saúde oral e QV. É necessário que o paciente não sinta desconforto ou vergonha consigo mesmo e que tenha um sentido positivo de autoconfiança e autoestima (14). A AE, por sua vez, é definida por Rosenberg como um conjunto de sentimentos e pensamentos do indivíduo sobre o seu próprio valor, competência e adequação, que se reflete numa atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo (15, 16)

Este projeto torna-se relevante e importante para que os médicos dentistas percebam que o estado psicológico e mental dos pacientes pode influenciar o sucesso do tratamento. Desta forma, torna-se importante que estes pacientes tenham acompanhamento psicológico, sejam bem informados e esclarecidos sobre o processo de todo o tratamento e acima de tudo que não tenham expectativas irrealistas sobre o seu aspeto no final do tratamento, o que poderia levar ao seu fracasso. (17) É importante nunca dissociar a saúde oral da saúde em geral do paciente, e sempre que necessário, em casos graves, deve-se reencaminhar o paciente para o seguimento por um psicólogo. A psicologia tem-se tornado ultimamente um fator cada vez mais estudado pelos investigadores para tentar colmatar estes problemas e podermos dar ao paciente o melhor tratamento possível.

Em termos estruturais, este trabalho está dividido numa primeira parte introdutória onde é realizada uma contextualização teórica sobre o papel do médico

dentista na CO, sobre os diferentes tipos de DDFs que existem assim como as suas terapêuticas e por fim sobre a abordagem à componente psicossocial.

Na segunda parte é apresentada a metodologia inerente ao estudo empírico que inclui as questões de investigação, objetivos e tipo de investigação. Segue-se a apresentação dos critérios de inclusão e exclusão dos diferentes tipos de amostra, a descrição dos instrumentos de recolha de dados, os procedimentos na recolha dos dados e éticos, bem como a análise dos dados, onde se especificam os testes estatísticos utilizados. Apresentam-se e discutem-se os resultados obtidos e por fim a conclusão.

De acordo com a literatura apresentada, a investigação tem deste modo o objetivo de:

1. Perceber o impacto psicossocial que as DDFs têm sobre os pacientes com indicação para TOCO;
2. Avaliar a QV e a AE dos pacientes com indicação a TOCO em relação ao tratamento ortodôntico convencional;
3. Perceber se as variáveis sociodemográficas (género, idade, grau de escolaridade e estado civil) vão ter influência na AE e na QV em pacientes com indicação para TOCO.

II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Deformidade dento-facial

A DDF é referida na literatura como uma alteração das proporções faciais ideais que acaba por afetar as relações oclusais normais e acabam por se tornar, inevitavelmente, num fator desencadeante para uma má saúde oral, afetando negativamente a estética dento-facial, a função mandibular durante a mastigação ou até mesmo na fonação. De uma forma geral acaba por interferir com o bem-estar geral do indivíduo (1, 5, 18, 19).

Estima-se que as DDFs afetem aproximadamente 20% da população mundial. (6) A origem destas deformidades pode ser ambiental e/ou congénita, associada a doenças sistêmicas (como por exemplo os distúrbios endócrinos, síndromes, doenças locais associadas à obstrução nasal e tumores) ou então devido a hábitos nocivos ainda numa idade precoce. Além disso, a dificuldade ao acesso dos serviços de saúde oral, ou seja, fatores culturais e socioeconómicos, também podem influenciar na má oclusão e na evolução destas patologias, assim como na ausência de tratamentos interceivos ainda numa fase precoce. (1, 20)

Estes pacientes referem com frequência sintomas relacionados à má-oclusão dentária, tal como dificuldade na mastigação, problemas na fonação, na respiração (principalmente em pacientes com mordida aberta associada aos dolicofaciais (5)) e disfunções temporomandibulares (DTMs). Para além destes, são habituais os problemas psicológicos desencadeados pela aparência física, frequentemente associados ao constrangimento social, baixa autoestima, baixa autoconfiança e pessimismo quanto à vida social e futuro emocional (1, 5, 6, 21, 22).

A procura pela cirurgia ortognática surgiu pelo impacto da DDF na vida das pessoas que foi descrito como: estético, funcional e psicossocial, podendo manifestar-se em simultâneo ou então individualmente num indivíduo. (2)

1.1. Tipos de más-oclusões

A oclusão ideal é descrita por Ferreira (2008) como uma perfeita adaptação entre as arcadas, onde os contactos entre os dentes ocorrem de forma simultânea e onde não existe qualquer interferência mandibular. Contudo, o autor afirma que é

raro encontrar o considerado ideal, e que é mais frequente encontrarmos uma “oclusão usual” ou uma “oclusão normal” que é definida pelo autor como “vinte e oito dentes corretamente ordenados no arco e em harmonia com todas as forças estáticas e dinâmicas que sobre eles atuam”. (23)

Por sua vez, as más-oclusões definem-se como uma oclusão anormal, onde os dentes não apresentam uma posição mais adequada: quer entre os dentes adjacentes na mesma arcada, quer com os antagonistas quando o paciente está a ocluir. A origem desta má-oclusão pode ser dentária com/sem uma relação basal anormal e podem afetar simultaneamente quatro sistemas: dentes, ossos, músculos e nervos. (23, 24)

A classificação mais utilizada em ortodontia é a de Angle que é fundamentada na relação do primeiro molar inferior (mandibular) com o primeiro molar superior (maxilar) no sentido sagital. (1, 25) Assim sendo, Angle classificou as más-oclusões em classe I, classe II e classe III e criou 4 grupos para a sua classificação: (26)

- Oclusão normal: Relação classe I molar e os dentes encontram-se na linha oclusal.
- Má-oclusão classe I: Relação classe I molar, mas existem apinhamentos, rotações dentárias, entre outros.
- Má-oclusão classe II: O molar superior encontra-se a mesial do molar inferior e a relação dos outros dentes com o plano oclusal não se encontra especificada.
- Má-oclusão classe III: O molar superior encontra-se a distal do molar inferior e a relação dos outros dentes com o plano oclusal não se encontra especificada.

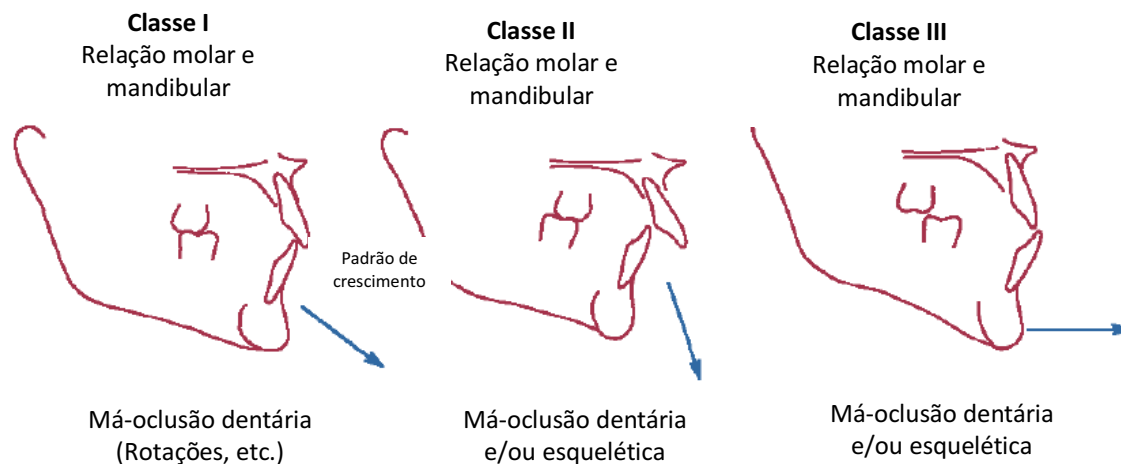


Figura 1: Classificação de Angle, relação molar e padrão de crescimento (1)

A classificação de Angle passou a descrever quatro fatores diferentes que podem influenciar o tipo de má-oclusão presente: o tipo de oclusão (se há a presença de apinhamentos, rotações, diastemas, entre outros), a relação molar, a relação mandibular e o padrão de crescimento, que podem ser vistas no exame clínico, nos modelos de estudo ou nas cefalometrias durante o planejamento do caso (Figura 1). Embora o comprimento da mandíbula e o padrão de crescimento estejam correlacionados com a relação molar, as correlações às vezes não se verificam e podem existir casos em que um paciente com uma classe I molar possui uma classe II esquelética ou uma classe III esquelética. É ainda importante referir que pacientes com uma classe II esquelética têm um crescimento essencialmente vertical enquanto os que têm classe III esquelética vão ter um crescimento mais para horizontal como é visível na Figura 1. (1)

É frequente encontrarmos associado a uma má-oclusão classe I um perfil harmonioso, que se deve essencialmente a um desenvolvimento normal e a um bom alinhamento das bases ósseas intermaxilares. Neste caso o ideal será optar pelo tratamento ortodôntico fixo para corrigir e alinhar apinhamentos ou dentes mal posicionados. (1, 5, 27)

As classes II esqueléticas são uma desordem estrutural que pode ser caracterizada de duas formas: podemos ter uma retrognatia mandibular associada a uma maxila bem posicionada ou então por uma prognatia maxilar

associada a uma mandíbula bem posicionada, podendo estar ou não associada a uma compensação dentária. Por este motivo, aquando do planeamento, é necessário avaliar as bases ósseas e tentar perceber a origem do problema. (27, 28) O resultado do posicionamento mais posterior da mandíbula pode estar associado a um comprometimento das vias aéreas nas crianças e à síndrome da apneia obstrutiva nos adultos, daí a importância da multidisciplinaridade destas patologias. (29)

A deformidade dento-esquelética classe III é apontada por muitos estudos como a esteticamente menos aceite pela sociedade e é comum os pacientes com esta deformidade apresentarem uma AE e QV significativamente menores antes da cirurgia. (30, 31) É caracterizada por um prognatismo mandibular, associado ou não a uma deficiência maxilar cujos dentes sofrem na grande maioria das vezes uma compensação dentária – incisivos mandibulares retro-inclinados e incisivos superiores pro-inclinados. (8, 18, 29, 32)

1.2. Terapêutica

A abordagem terapêutica na presença de uma classe III esquelética ou de uma classe II esquelética, pode ser indicada e iniciada na infância, preferencialmente entre o final da dentição decídua e o início da dentição mista por meio de aparelhos ortopédicos onde é feita a manipulação desse crescimento. Entretanto em pacientes que já atingiram a maturidade esquelética, a abordagem consiste no tratamento ortodôntico compensatório, através das camuflagens, ou então através da cirurgia ortognática juntamente com a ortodontia, devendo ser criteriosamente avaliado quer por um ortodontista quer por um cirurgião, por meio de análise de tecidos moles e duros, e da relação dento-alveolar. (33, 34)

Numa má-oclusão classe II, se se considerar a camuflagem, a exodontia de alguns dentes vai ser geralmente necessária para que se possa criar espaço suficiente na arcada para permitir o movimento significativo dos outros dentes. Este tratamento pode não ser bem-sucedido se resultar numa oclusão dentária razoável em detrimento da estética facial. Além disso, existem limites até onde o periodonto consegue acomodar a deslocação dos dentes das suas posições (Figuras 2 e 3). (35)

2. Tratamento-Ortodôntico-Cirúrgico-Ortognático (TOCO)

O TOCO é uma área da medicina que envolve a intervenção de um médico dentista e de um cirurgião maxilofacial nos casos de elevada complexidade das DDFs. É importante que ambos os profissionais cooperem para se conseguir obter o plano de tratamento mais adequado para cada paciente, a falta de coordenação entre os dois pode levar a um comprometimento do resultado. (8)

O papel do ortodontista pode ser dividido em 4 fases: avaliação inicial (diagnóstico e planeamento cirúrgico); ortodontia pré-cirúrgica; cirurgia ortognática e ortodontia pós-cirúrgica. (8, 36)

2.1. Diagnóstico e planeamento cirúrgico

A avaliação inicial feita pelo ortodontista tem como objetivo definir o tipo de DDF do paciente, e para isso temos de estabelecer um diagnóstico com base em: (8, 36-38)

- Anamnese;
- Motivo da consulta (estética ou função);
- Expectativas do doente quanto ao tratamento;
- Documentação fotográfica intra e extra-oral;
- Modelos de gesso:
 - Análise de modelos de gesso;
- Exames complementares de diagnóstico:
 - Radiografia panorâmica
 - Periapicais
 - Telerradiografia de perfil
 - Análise cefalométrica

Nesta fase eventualmente poderão ser necessárias fotografias tridimensionais (3D) e imagens de vídeo do paciente. (8, 38)

Depois de estabelecido o diagnóstico, dever-se-á planear o tratamento mediante a DDF do paciente. O planeamento cirúrgico deve ser estudado tendo em conta os limites do movimento esquelético para cada paciente bem como as suas características. Deve-se dar prioridade aos objetivos e ao que mais incomoda o paciente que na maior parte das vezes é da componente estética, por este motivo,

ao fazer o estudo é importante dar ênfase aos parâmetros dos tecidos moles, como a relação lábio-incisivo, o ângulo naso-labial ou o ângulo mento-labial, para que se consiga alcançar uma aparência facial harmoniosa e equilibrada. (8)

Com o passar do tempo, o planeamento convencional tem-se tornado cada vez mais tecnológico, dando origem ao conceito do Planeamento Cirúrgico Virtual (PCV). Este conceito permite poder trabalhar o caso num ambiente virtual, com medidas precisas, simulações cirúrgicas e previsões do resultado clínico. É útil principalmente nos casos mais complexos uma vez que dá para alterar as imagens e traçados bidimensionais sem distorções ou sobreposições de estruturas anatómicas. (4, 39) Por fim, o PCV oferece vantagens ao cirurgião maxilofacial para a execução técnica do caso com uma margem de erro menor e dá-lhe mecanismos que o ajudam a prever os resultados da cirurgia e garantir a função, a estética e a QV ao seu paciente, reduzindo desta forma qualquer expectativa irrealista que o paciente possa ter sobre a sua aparência final aumentando o sucesso pós-operatório. (40, 41)

2.1.2. Estética Facial em Ortodontia

Uma das motivações principais dos pacientes com DDFs envolve o desejo de querer melhorar a estética facial, por isso é um critério fundamental que se deve ter em conta aquando do planeamento do tratamento.(42-44)

Uma face estética implica que haja uma proporção bem equilibrada das características faciais e trata-se do conjunto de todos os elementos anatómicos, incluindo a pele, os tecidos subcutâneos, os músculos, o esqueleto facial e os dentes. Este equilíbrio harmonioso implica um trabalho árduo em equipa do ortodontista com o cirurgião maxilofacial, ainda que esta seja considerada a condição oral mais difícil para medir, em grande parte porque envolve uma avaliação subjetiva do que constitui a “estética normal”. (29, 45)

Para entender quais são as características estéticas mais valorizadas pelas pessoas na sociedade, vários investigadores focaram-se na importância das várias características faciais aquando da avaliação estética tal como a distância entre os olhos, o comprimento e a largura da face, o tamanho da boca e a posição das bochechas. Estas são características importantes tanto para os homens como para as mulheres, contudo, é preciso ter em conta que as características que são estéticas e consideradas como atrativas nos homens, são consideradas como não

estéticas nas mulheres, tais como: mandíbulas quadradas, maçãs do rosto proeminentes ou o queixo grande. (46, 47)

Por isso o primeiro passo aquando a avaliação da face do paciente consiste na observação da mesma em diversos planos, o que vai dar ao médico dentista a informação necessária para identificar problemas como: assimetrias; alterações na altura facial inferior; excesso ou deficiência maxilar e/ou mandibular. (1, 27, 36, 48)

2.2. Tratamento Ortodôntico pré-cirúrgico

A ortodontia pré-cirúrgica é a primeira fase do TOCO. A ortodontia pré-cirurgia tem como principal objetivo descompensar a oclusão. Se os dentes não forem descompensados antes da cirurgia podem ocorrer interferências dentárias que impedem o ideal posicionamento das bases ósseas durante a cirurgia. (8)

Esta descompensação aumenta a discrepância entre as arcadas tornando a deformidade mais evidente e esteticamente menos favorável, e normalmente nesta fase há uma diminuição da QV nos pacientes, principalmente os que são portadores de classes III esqueléticas. (36, 49)

2.3. Cirurgia Ortognática

A cirurgia ortognática é a segunda fase do TOCO. Trata-se de um procedimento de rotina há mais de 50 anos e atualmente está associada a baixas taxas de morbidade e de complicações pós-operatórias. É um procedimento que surge para tratar as DDFs severas que se encontrem definidas pelo final do crescimento ósseo do paciente e que estão fora das competências do tratamento ortodôntico convencional. (32, 35) De acordo com a Associação Americana de Cirurgiões Orais e Maxilofaciais (50) esta abordagem está indicada nas seguintes circunstâncias:

- Discrepâncias ântero-posteriores
 - Relação incisal em que o overjet é inferior ou igual a 0 mm e superior ou igual a 5 mm
 - Relação molar com discrepância superior ou igual a 4 mm
- Discrepâncias verticais
 - Deformidade esquelética vertical
 - Mordida aberta anterior
 - Mordida aberta posterior superior a 2 m

- Mordida profunda que interfira com os tecidos moles da arcada antagonista
- Extrusão dentária por ausência de antagonistas.
- Discrepâncias transversais
 - Mordidas cruzadas bilaterais e unilaterais, sem alterações no torque
- Assimetrias
 - Ântero-posteriores, laterais e transversais

Além das condições acima, a cirurgia ortognática também pode ser indicada nos casos em que exista:

- Disfunção temporomandibular (DTM); (51)
- Síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS); (52)
- Recepção de tumores perinasais ou da base do crânio; (53)

Relativamente à DTM, a cirurgia ortognática é um procedimento extremamente invasivo e por isso deve-se optar primeiro por opções menos invasivas e mais conservadoras, como a utilização de goteiras oclusais, a toma de anti-inflamatórios, a realização de fisioterapia e acupuntura ou pela aplicação de toxina botulínica. (54)

Em relação à SAOS e à DTM estas podem estar em correlação com a DDF. (50) A SAOS é uma condição que pode afetar tanto crianças como adultos e pode ter consequências graves se não for tratada. Tende a ocorrer quando se observa um colapso das vias respiratórias superiores que pode ter origem na compressão pela língua, amígdalas e/ou adenoides. A cirurgia vai reposicionar anteriormente a mandíbula para que desta forma haja uma permeabilização das vias aéreas. (55, 56)

Sob o ponto de vista ortodôntico, de acordo com *Bisinelli et al.*, 2009, existem diferentes casos que devem ser tratados em combinação com a cirurgia ortognática e que não devem ser negligenciados pelo médico dentista: (57)

- Classe I de Angle:
 - Mordida cruzada posterior: O tratamento passa pela expansão rápida da maxila com acompanhamento cirúrgico;
 - Excesso vertical da maxila (Sorriso gengival): O tratamento consiste no reposicionamento superior da maxila por osteotomia maxilar (Le Fort I)

- Excesso vertical maxilar e mordida aberta anterior: O tratamento consiste na osteotomia da maxila (*Le Fort I*), remoção do excesso em posterior e reposicionamento do plano oclusal.
- Classe II de Angle
 - Deficiência mandibular: O tratamento cirúrgico indicado é a osteotomia sagital do ramo mandibular com ou sem mentoplastia;
 - Excesso vertical maxilar: O tratamento cirúrgico indicado passa pelo reposicionamento maxilar, com ou sem mentoplastia;
 - Excesso vertical maxilar e deficiência mandibular: Tratamento cirúrgico passa pela combinação de um avanço mandibular com um reposicionamento maxilar (com ou sem mentoplastia de avanço);
 - Mordida aberta anterior: Tratamento cirúrgico é complexo (há comprometimento de três setores da oclusão: a relação ântero-posterior de classe II; o excesso vertical maxilar e a mordida cruzada posterior), passando pela osteotomia da maxila com o seccionamento e reposicionamento da parte mais superior bem como uma segmentação e a reposição superior da maxila.
- Classe III de Angle
 - Prognatismo mandibular: o tratamento cirúrgico passa por uma osteotomia sagital ou vertical do ramo da mandíbula, com ou sem mentoplastia;
 - Deficiência maxilar: O tratamento comporta uma osteotomia da maxila, com ou sem expansão horizontal;
 - Prognatismo mandibular e deficiência maxilar: o tratamento é combinado com osteotomia de avanço maxilar com osteotomia sagital ou vertical da mandíbula para que haja recuo da mesma.

Relativamente à estabilidade pós-cirúrgica *Proffit* em 1986 afirmou que esta podia ser influenciada por: (1)

1. O grau de estiramento dos tecidos (de acordo com o autor, existe uma melhor estabilidade quando os tecidos se encontram relaxados do que quando estes se encontram em tensão).

2. A adaptação neuromuscular que é conseguida na maioria dos

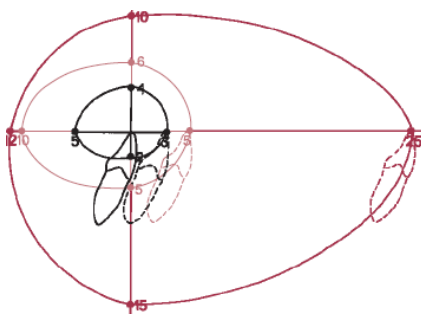


Figura 3 - Diagrama do envelope da discrepância dos incisivos inferiores de Proffit e Ackerman (1)

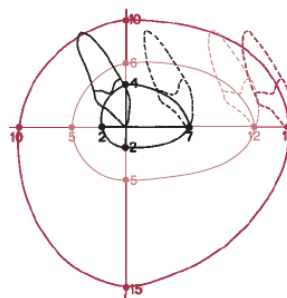


Figura 2 - Diagrama do envelope da discrepância dos incisivos superiores de Proffit e Ackerman (1)

procedimentos.

Embora a cirurgia possa permitir alterações maiores face à camuflagem, ainda existem limitações das estruturas anatómicas que devem ser consideradas aquando do planeamento da cirurgia. Então, *Proffit* e *White* em 1999 desenvolveram o “envelope da discrepância” que consiste num diagrama para indicar os limites do movimento nos 3 planos. (Figuras 2 e 3) Este diagrama ajuda a simplificar a relação das três possibilidades básicas de tratamento: o tratamento ortodôntico (camuflagem); ortodôntico-ortopédico e ortodôntico-cirúrgico cada um deles representado por uma elipse, respetivamente da mais interna para a mais externa. (1)

Em ambos os diagramas (Figura 2 e 3), é necessário ter em consideração que as possibilidades de tratamento não são idênticas no que diz respeito aos planos de espaço vertical e ântero-posterior, uma vez que há mais potencial para retrair do que proinclinare os dentes e mais potencial para extruir do que intruir. (1)

Para alcançar o sucesso no tratamento é preciso que haja uma preparação prévia, é necessário que se tenha em conta a forma de obtenção de uma oclusão dentária satisfatória, a escolha adequada de fixação dos segmentos ósseos, a preservação de uma boa vascularização dos tecidos, acompanhada da proteção dos dentes, segmentos ósseos e estruturas neuromusculares e um adequado suporte alimentar. Ao ter em consideração estas medidas vamos promover uma recuperação mais rápida e um pós-operatório menos doloroso para o paciente. (58)

2.3.1. Técnicas utilizadas

São quatro as técnicas mais utilizadas para serem aplicadas em casos de más-oclusões Classe II e III: (1)

- Osteotomia maxilar *Le Fort I*;
- Osteotomia sagital do ramo mandibular;
- Osteotomia vertical do ramo mandibular;
- Mentoplastia.

2.3.2. Complicações

Apesar dos benefícios que a CO nos fornece, esta terapia pode oferecer alguns riscos tais como: (59)

- Hemorragias;
- Fraturas inesperadas;
- Posicionamento incorreto do côndilo;
- Infecções;
- Alteração neuro sensorial

Existem diversos fatores que podem afetar a frequência e o tipo de complicação como: (59)

- A abordagem cirúrgica;
- O material utilizado no procedimento;
- O tempo cirúrgico;
- Os cuidados pós-operatórios;
- A habilidade do cirurgião.

2.4. Finalização ortodôntica pós-cirúrgica

Por fim a ortodontia pós-cirúrgica é relativamente semelhante para a grande maioria dos casos e, por noma, inicia-se 2 a 4 semanas após a cirurgia e tem a duração de 5 a 11 meses. (60)

Esta tem dois objetivos principais: (8)

- A estabilização da reposição das bases ósseas

- Refinar e finalizar a oclusão dentária.

É necessário ter em atenção que quanto mais tempo durar esta fase, mais tempo as alterações esqueléticas vão ter para se consolidar completamente. (8)

Macgregor em 1981 apresentou três fatores principais que podem influenciar a insatisfação com os resultados no pós-operatório: (61)

- Fatores relacionados com o paciente: problemas psicológicos ou expectativas irrealistas;
- Fatores relacionados com o cirurgião maxilofacial: como a falta de preparação no pré-operatório ou uma avaliação pouco cuidadosa;
- Fatores relacionados com a relação paciente-cirurgião maxilofacial como a falta de comunicação ou conflitos de personalidade.

Para que nenhuma destas situações ocorra, o paciente deve ter uma preparação psicológica prévia. Devem ser fornecidas todas as informações sobre o tipo de cirurgia, local de incisões, período de hospitalização, tempo de recuperação, perspectivas de reabilitação, sequelas e complicações da cirurgia e por fim de todos os detalhes dependentes da correção ortodôntica. Todas as perguntas e respostas devem ser realizadas de forma clara e direta. (58)

3. Dimensões Psicossociais da DDF

Pessoas com DDFs exibem níveis mais elevados de stress psicossocial do que aquelas que não têm estas deformidades, em parte por causa dos preconceitos e da fasquia elevada que a nossa sociedade impõe da estética, por isso não restam dúvidas que a estética dento-facial é relevante e que os pacientes podem ter uma QV e AE mais pobre e como resultado disso há uma tendência a se tornarem mais introvertidas e a isolarem-se, acabando muitas das vezes em depressões. (32, 62, 63)

Em dois estudos realizados em que os pacientes foram entrevistados pré-operatoriamente, mais de 60% dos pacientes indicaram que a sua aparência facial tinha influenciado negativamente a sua vida pessoal, e mais de 40% tiveram a sua vida social afetada negativamente. (64, 65)

De acordo com Sónia Carvalho et al em 2012, a cirurgia não vai mudar diretamente a QV do paciente, mas vai dar-lhe a segurança emocional necessária permitindo que haja as mudanças necessárias na sua vida. Ao melhorar os estados emocionais ligados à imagem corporal aumentamos o nível de AE e também de autoconfiança, permitindo que o paciente se sinta bem consigo mesmo. (17)

3.3. **Qualidade de Vida**

“Qualidade de Vida” é um conceito multidimensional, isto porque pode significar diversas coisas para os pacientes. De acordo com os autores, trata-se de um conceito que vai depender das sensações e das experiências pessoais de cada um, e pode ser afetado pela saúde física, saúde psicológica, pontos de vista pessoais relações sociais e ambientais. (31, 66) Isto confirma-se pela Organização Mundial da Saúde que também afirma que a QV é determinada pela forma como os indivíduos se auto-percepcionam. A perceção de um indivíduo está sob influência do sistema de valores que se relacionam com a sua cultura e com os seus objetivos de vida, bem como dos padrões da sua sociedade e na posição que o indivíduo ocupa nela. (14, 67)

A aparência facial potencializa a AE, que por sua vez está diretamente relacionada aos aspetos sociais que influenciam diretamente a QV, no fundo estas duas componentes funcionam em simultâneo. Por exemplo, se a conceção de um paciente sobre a sua aparência for boa, independentemente dos problemas funcionais, a sua QV também será melhor. (68)

A utilização de instrumentos para avaliação da QV reflete a importância de como os pacientes se sentem, captam as suas perspetivas sobre a sua doença e tratamento, a sua perceção de necessidade de cuidados de saúde e as suas preferências pelo tratamento e os seus resultados. Foi por essa razão que a área da medicina foi onde estes questionários começaram a ter especial relevância em resposta à visão do ser humano como um todo no qual os estados subjetivos também começaram a demonstrar interesse e importância para o bem-estar psíquico do paciente. (69-71)

Deste modo, acabaram por surgir instrumentos para avaliar o impacto da QV na saúde. Estes instrumentos podem variar de um grau genérico para o específico. Os genéricos são universais, usam questionários de base populacional sem

especificar o tipo de patologia, e têm uma vasta variabilidade de aplicações, tal como estudos epidemiológicos, planeamento e avaliação do sistema de saúde. (71, 72) Têm a vantagem de permitirem comparar indivíduos doentes com os não doentes, e também comparar indivíduos com diferentes doenças. Apresentam como desvantagem não capturar aspetos específicos da doença. (71) Já os específicos são usados para pacientes com uma determinada doença ou característica relevante para o seu tratamento. (73)

Na tabela 1 temos os diversos questionários que avaliam QV nos pacientes. Temos as versões genéricas e também específicas. Dar ênfase ao WHOQoL-Bref que foi o escolhido para esta investigação.

| Nome do Questionário | Autor ou órgão criador | Características |
|---|-------------------------------|--|
| WHOQOL- 100 | WHO (12) | Versão genérica para a avaliação da QV (12) |
| WHOQOL - BREF | WHO (12) | Versão genérica, mais abreviada, de 26 itens do genérico WHOQOL-100 (12) |
| WHOQOL - HIV | WHO (12) | Versão específica criada para pessoas HIV-positivas (12) |
| WHOQOL - SRPB | WHO (12) | Versão específica criada para avaliar a componente de crença pessoal, espiritual e religiosa na QV (12) |
| WHOQOL - OLD | WHO (12) | Versão específica para medir a QV na população idosa (74) |
| Short-Form Health Survey (SF-36) | RAND | Versão com 36 questões; Componente físico e componente mental predominam (75) |
| European Quality of Life- 5 Dimensions (EQ-5D) | EuroQol Group | Versão genérica com 5 itens (mobilidade; cuidados pessoais; atividades diárias; dor/desconforto; ansiedade/depressão). (76) |
| Assessment of Quality of Life (AQoL) | AQoL | Versão genérica com 15 itens de cinco dimensões: a doença, independência, relações sociais, aspetos físicos e bem-estar psicológico (76) |
| DAS59 | Derriford Appearance Scales | Versão específica que avalia a aparência relacionada com a QV. (77) |
| Orthognathic Quality of Life OQOL | Cunningham et al. 2002 | Versão específica que avalia a QV relacionada com a Ortodontia. (78) |

Tabela 1- Medidas de avaliação da QV

Segundo *Orley et al.*, se o objetivo do estudo for avaliar a influência da doença ou dos seus sintomas na QV, a inclusão destes sintomas na avaliação da QV vai apenas confundir as variáveis dependentes e independentes. (79) Por esta razão, o autor afirma existirem fortes argumentos a favor do uso de instrumentos genéricos em avaliações de QV.

Contudo, de acordo com *Cunningham et al.*, a opinião é diferente da de *Orley et al*, ao afirmar que os questionários genéricos não focam a área de interesse adequadamente, não são suficientemente responsivos e que possuem muitas questões que são irrelevantes para o estudo. (80)

3.4. Autoestima

Uma das dimensões que tem demonstrado maior relevância na medicina dentária é a AE. (5)

A psicologia social é afetada pelas aparências físicas, pelas auto percepções e pela aceitação social dos indivíduos, e um dos principais constituintes da auto percepção, daquilo que construímos sobre nós próprios, é a AE, que acaba por influenciar a nossa motivação e o nosso comportamento em determinadas situações. (5) O ponto fundamental da AE, segundo *Coopersmith* em 1989, é o aspeto valorativo, o que influencia a forma como o indivíduo elege as suas metas, se aceita a si mesmo, valoriza o outro e projeta as suas expectativas para o futuro. (15) É possível que o desenvolvimento da AE dependa do sucesso da interação com a sociedade. Contudo também se torna necessário ter em conta a personalidade do indivíduo, que é também uma variável que pode influenciar estas interações na sociedade. (16)

Está descrito na literatura que a DDF é um dos fatores de risco mais importantes para a diminuição da AE, uma vez que aumenta a preocupação com a aparência facial e o modo como podem ser vistos pela sociedade. Além de diminuir a AE e os níveis de confiança, aumenta o constrangimento social e o pessimismo quanto à vida social (2, 3, 21, 81). A CO, para além de conseguir devolver a funcionalidade também consegue aumentar os níveis de AE e devolver a vida social ao paciente. (2, 82, 83)

A Escala de autoestima de Rosenberg (SER) (1965) é um instrumento unidimensional capaz de classificar o nível da AE em baixo, médio e alto. A baixa AE expressa-se pelo sentimento de incompetência, inadequação e incapacidade de enfrentar os desafios. A média é caracterizada pela oscilação do indivíduo entre o sentimento de aprovação e rejeição de si. A alta consiste no autojulgamento de valor, confiança e competência. (15)

Materiais e Métodos

III. MATERIAIS E MÉTODOS

1. Metodologia

De acordo com a literatura apresentada foram colocadas as seguintes hipóteses e questões de investigação:

Hipótese geral:

Hipótese 0: Existem diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes do grupo de estudo e o grupo controlo para as variáveis da AE e QV

Hipóteses específicas:

Hipótese 1: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o género dos pacientes com indicação para TOCO para os valores de AE e QV

Hipótese 2: São maioritariamente pacientes do sexo feminino que procuram o TOCO.

Hipótese 3: São maioritariamente pacientes solteiros e com formação universitária e secundária que procuram o TOCO.

Hipótese 4: Existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil no grupo de estudo para as variáveis da QV e AE.

Questão 1: Existem diferenças nos domínios da QV dos pacientes do grupo de controlo com o grupo de estudo?

Foi esperado, com base na literatura, que fosse encontrada alguma diferença entre o grupo controlo e o grupo de estudo assim como entre as variáveis sociodemográficas que daí advêm.

Foi optado por um estudo do tipo descritivo e transversal, que tem como população alvo os pacientes com DDF e que têm indicação para TOCO.

Foram definidas variáveis independentes, as quais incluem as diferentes variáveis sociodemográficas (Idade, género, grau de escolaridade e estado civil). E as variáveis dependentes vão ser a QV e a AE.

2. Pacientes

Esta amostra foi recolhida em três clínicas do distrito de Aveiro, uma clínica de Braga e duas clínicas do Porto.

Relativamente aos critérios de inclusão e exclusão no grupo de estudo temos:

| Critérios de Inclusão | Critérios de Exclusão |
|--------------------------|------------------------------------|
| DDFs | Anomalias craniofaciais congénitas |
| Indicação para CO | Síndromes Craniofaciais |
| Idade superior a 16 anos | Fendas palatinas e nasopalatinas |
| | DDFs traumáticas |
| | Tratamento ortodôntico prévio |

Já no que toca ao grupo controlo temos os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

| Critérios de Inclusão | Critérios de Exclusão |
|--|------------------------------------|
| Indicação para tratamento ortodôntico convencional | Anomalias craniofaciais congénitas |
| Idade superior a 16 anos | Síndromes Craniofaciais |
| | Fendas palatinas e nasopalatinas |
| | DDFs traumáticas |
| | Tratamento ortodôntico prévio |

Em ambos os grupos foram apenas incluídos os participantes que aceitaram participar no estudo e assinando o consentimento informado após a explicação do mesmo e do esclarecimento de dúvidas que possam existir. Se o participante for menor de idade ou não possuírem capacidade para assinar autonomamente, deverá ser o encarregado/responsável legal a assumir e a assinar este parâmetro.

Para a determinação da amostra foi realizado um cálculo para um valor de significância de 0,05 e uma potência estatística de 83%.

3. Questionários

Os pacientes incluídos na amostra responderam a dois questionários: um sobre a QV (WHOQOL-BREF) e outro sobre a AE (Rosenberg).

O WHOQOL-Bref (Anexo 3) é um exemplo de questionário genérico, abreviado do original WHOQOL-100. Esta necessidade de abreviação do teste ocorreu precisamente pela necessidade de um teste curto e de rápida aplicação, originando o WHOQOL-Bref de apenas 26 questões. A primeira questão deste questionário, refere-se à QV de um modo geral e a segunda à satisfação com a própria saúde. As outras 24 estão divididas nos domínios: físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente. Estes 4 domínios são compostos por 24 facetas representadas na Tabela 2. (84)

Domínios e Facetas do WHOQOL-BREF

Domínio I – Domínio Físico

- 3. Dor e desconforto
- 4. Energia e fadiga
- 10. Sono e repouso
- 15. Mobilidade
- 16. Atividades da vida quotidiana
- 17. Dependência de medicação ou de tratamentos
- 18. Capacidade de Trabalho

Domínio II – Domínio Psicológico

- 5. Sentimentos positivos
- 6. Pensar, aprender, memória e concentração
- 7. Autoestima
- 11. Imagem corporal e aparência
- 19. Sentimentos negativos
- 26. Espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais

Domínio III – Domínio das Relações Sociais

- 20. Relações Pessoais
 - 21. Suporte (apoio) social
 - 22. Atividade Sexual
-

Domínio IV – Domínio do Meio Ambiente

- 8. Segurança física e proteção
- 9. Ambiente no lar
- 12. Recursos financeiros
- 13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
- 14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
- 23. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
- 24. Ambiente Físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
- 25. Transporte

Tabela 2 – Domínios e Facetas da WHOQOL-BREF (The WHOQOL Group 1998b)

Para avaliar a AE foi escolhida a escala de AE de Rosenberg, que se trata de uma medida que avalia a AE em adolescentes e adultos. É formado por 10 afirmações em que as opções de resposta são: Concordo totalmente; Concordo; Concordo parcialmente; Discordo parcialmente; Discordo; Discordo totalmente. (85)

Os itens da escala são cotados de 1-6, em que a cotação mínima (1) corresponde à discordância total e refletem atitudes negativas em relação a si mesmo, e a cotação máxima (6) corresponde à concordância total e refletem atitudes positivas. Existe a reversão destas pontuações nas afirmações número 2, 5, 6, 8, 9 para evitar que existam respostas padronizadas pelos pacientes, e se existirem, conseguirmos excluir estas respostas do estudo. Desta forma, metade das afirmações são referentes a uma visão positiva, e a outra metade é referente a uma visão auto depreciativa de si mesmo. (85)

A pontuação pode variar entre 1-60, sendo que quanto maior for este valor maior é o indício de uma autoestima elevada e vice-versa. (85)

4. Considerações Éticas

Este projeto foi realizado seguindo o Código de Ética e de Conduta da Universidade Católica Portuguesa (UCP), a Declaração de Helsínquia, a Convenção de Oviedo.

Foi igualmente avaliado para apreciação pela Comissão de Ética para a Saúde da UCP, que concedeu um parecer favorável para este projeto. (Anexo 2)

5. Análise Estatística

Os dados dos inquéritos foram agrupados em uma base de dados (Microsoft Excel®, Microsoft®, EUA). Posteriormente os dados foram analisados estatisticamente com recurso ao IBM® Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows®, versão 25, SPSS, EUA).

Na análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva adequada a cada variável, recorrendo à análise de frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas e à análise da média e desvio-padrão para variáveis quantitativas.

Foi verificada a normalidade com recurso aos testes estatísticos *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*. Para relacionar variáveis quantitativas com qualitativas foram utilizados os testes paramétricos *One-Way ANOVA* e ao teste *post-hoc* de *Bonferroni*. No caso de ausência de normalidade foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis*. Na ausência de diferenças foi aplicado o teste *Mann-Whitney*, separadamente para todos os grupos.

Em todos os testes será utilizado um nível de significância (α) de 5%, isto é, $\alpha = 0,05$.

Resultados

IV. RESULTADOS

1. Caracterização da população

Os questionários foram distribuídos em 8 clínicas diferentes. Apesar das dificuldades apresentadas foi possível constituir uma amostra de 81 pacientes, em que 2 pacientes foram excluídos por apresentarem critérios de exclusão. Dos 79 pacientes, 32 pacientes pertencem ao grupo estudo e 47 pacientes ao grupo controlo.

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica da amostra

| Variáveis | Grupo Controlo | | Grupo Estudo | | Total | |
|---------------------------|----------------|------------|--------------|------------|-----------|------------|
| | n (47) | % (100) | n (32) | % (100) | n (79) | % (100) |
| Idade | | | | | | |
| 16-23 anos | 23 | 48,94 | 11 | 34,38 | 34 | 43,04 |
| 24-43 anos | 24 | 51,06 | 19 | 59,38 | 43 | 54,43 |
| 44-53 anos | 0 | 0 | 2 | 6,25 | 2 | 2,53 |
| Género | | | | | | |
| Masculino | 16 | 34,0 | 8 | 25,0 | 24 | 30,38 |
| Feminino | 31 | 66,0 | 24 | 75,0 | 55 | 69,62 |
| Nível escolaridade | | | | | | |
| 7º-9º anos | 1 | 2,13 | 0 | 0 | 1 | 1,27 |
| 10º-12º anos | 18 | 38,30 | 11 | 34,38 | 29 | 36,71 |
| Estudos Universitários | 27 | 57,45 | 19 | 59,38 | 46 | 58,23 |
| Formação Pós-Graduada | 1 | 2,13 | 2 | 6,25 | 3 | 3,80 |
| Estado Civil | | | | | | |
| Solteiro | 36 | 76,60 | 25 | 78,13 | 61 | 77,22 |
| Casado | 4 | 8,51 | 5 | 15,63 | 9 | 11,39 |
| União de Facto | 6 | 12,77 | 2 | 6,25 | 8 | 10,13 |
| Separado | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Divorciado | 1 | 2,13 | 0 | 0 | 1 | 1,27 |

Na tabela 3 é possível ver a caracterização sociodemográfica da amostra total (n=79), onde é possível ver que o intervalo de idades predominante é entre os 24-43 anos. No que toca ao género, o género feminino foi o mais predominante com 69,62% (n=55) enquanto o género masculino teve apenas 30,38% (n=24). Relativamente ao grau de escolaridade a maioria dos pacientes apresenta estudos universitários com 58,23% (n=46) ou tem o ensino secundário do 10º-12º ano de escolaridade com 36,71% (n=29). Por fim, o estado civil, onde a maioria dos pacientes se apresenta solteiro, com 77,22% (n=61).

2. Caracterização da amostra de estudo

Da amostra total, a amostra de estudo - pacientes com indicação para TOCO – compreende cerca de 32 pacientes.

2.1. Idade

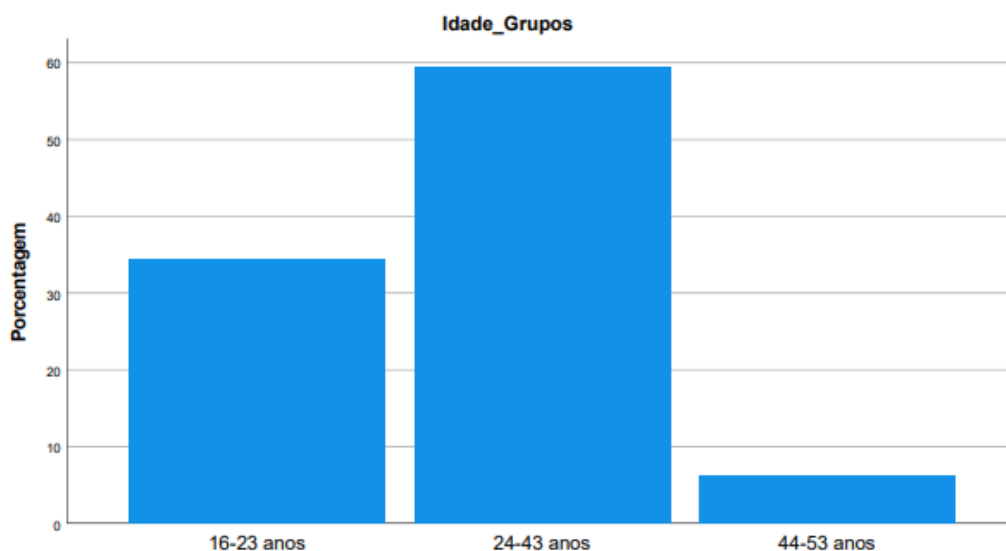


Figura 4 - Distribuição da amostra de estudo segundo a idade

A maioria dos pacientes encontra-se numa faixa etária jovem, com maior predominância do subgrupo dos 24-43 anos com mais de 50% dos pacientes. (Figura 4)

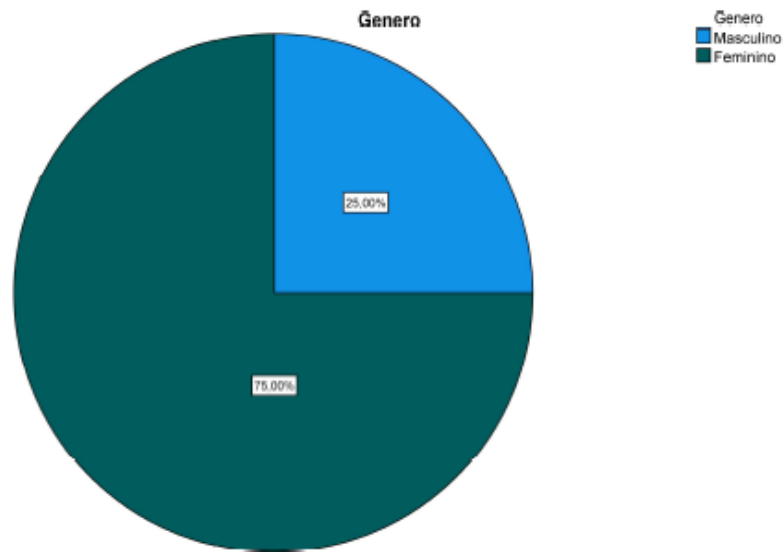


Figura 5 - Distribuição da amostra de estudo segundo o gênero

2.2. Gênero

Na amostra de estudo recolhida houve uma predominância do sexo feminino com 75% (n=24) sobre o sexo masculino com 25% (n=8). (Figura 9)

2.3. Grau de escolaridade

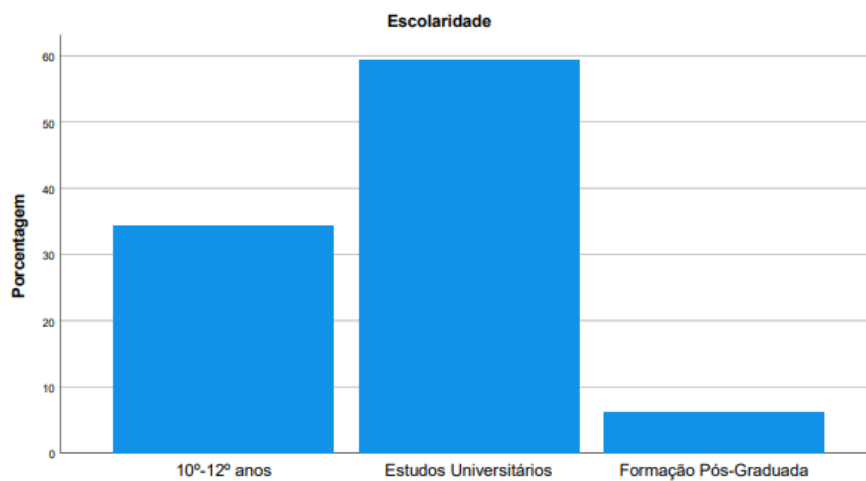


Figura 6 - Distribuição da amostra de estudo segundo o grau de escolaridade

Segundo o grau de escolaridade da amostra de estudo, a maioria dos pacientes apresentavam estudos universitários (>50%) em comparação com os outros subgrupos. (Figura 10)

2.4. Estado Civil

Em relação ao estado civil, grande maioria da população em estudo, se encontra solteira (>80%), e apenas uma pequena parte da amostra se encontra casada ou em união de facto. (Figura 7)

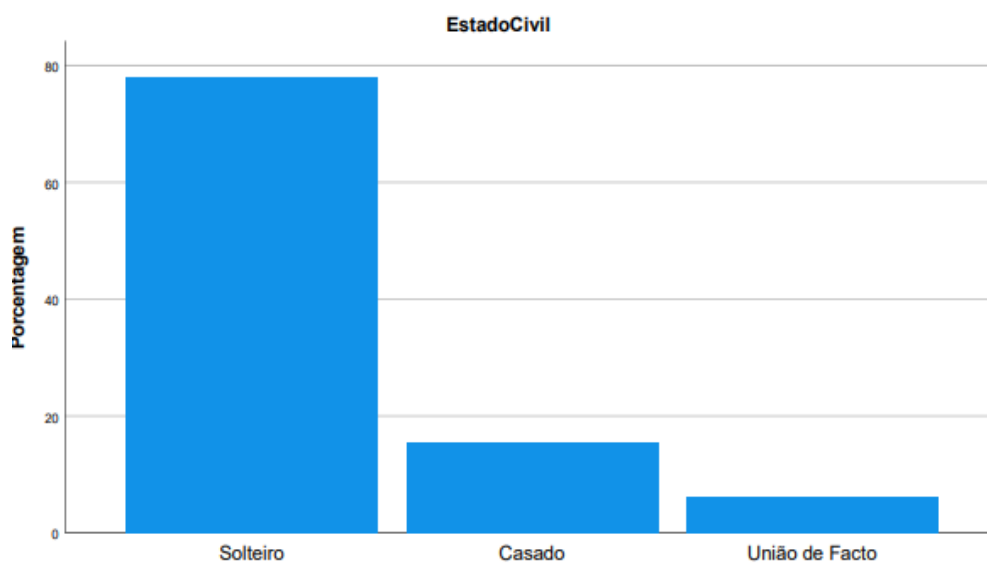


Figura 7 - Distribuição da amostra de estudo segundo o Estado Civil

3. Apresentação de dados

Apresentação dos resultados em resposta às hipóteses e questão de investigação.

3.1. Diferenças na QV e AE entre o grupo controlo e o grupo de estudo

Hipótese 0: Existem diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes do grupo de estudo e o grupo controlo para as variáveis da AE e QV

Qualidade de Vida

Na tabela 4 são apresentados os dados do grupo controlo e de estudo nos diversos domínios do questionário da QV.

Tabela 4 – Dados relativos aos valores nos domínios do WHOQoL-Bref em pacientes com indicação para TOCO vs Controlo

| | Estudo | | | Controlo | | |
|---------------------------------|--------|-------|-------|----------|-------|-------|
| | n | M | dp | n | M | dp |
| Domínio Geral | 32 | 8,12 | ±1,18 | 47 | 8,68 | ±0,95 |
| Domínio Físico | 32 | 15,90 | ±2,39 | 47 | 17,56 | ±1,67 |
| Domínio Psicológico | 32 | 15,31 | ±2,23 | 47 | 17,37 | ±1,62 |
| Domínio Relações Sociais | 32 | 15,34 | ±2,83 | 47 | 16,96 | ±2,57 |
| Domínio Ambiente | 32 | 15,42 | ±2,03 | 47 | 17,20 | ±2,27 |

A média encontrada para o grupo de estudo no domínio geral é de 8,12 ($\pm 1,18$); no domínio físico é de 15,90 ($\pm 2,39$); no domínio psicológico é de 15,31 ($\pm 2,23$); no domínio das relações sociais é de 15,34 ($\pm 2,83$) e no domínio do ambiente é de 15,42 ($\pm 2,03$).

Já no grupo controlo, a média encontrada para o domínio geral é de 8,68 ($\pm 0,95$); no domínio físico é de 17,56 ($\pm 1,67$); no domínio psicológico é de 17,37 ($\pm 1,62$); no domínio das relações sociais é de 16,966 ($\pm 2,57$) e no domínio do ambiente é de 17,20 ($\pm 2,27$).

Verificamos que na QV para os diferentes domínios o valor médio é inferior no grupo de estudo. Vamos agora verificar se a diferença é estatisticamente significativa com recurso a testes paramétricos, nomeadamente o teste U de Mann-Whitney para as variáveis independentes e deste modo avaliar a distribuição dos domínios ao longo dos dois grupos.

Regra de decisão:

Para um nível de significância de 0,05 a regra de decisão foi obtida consoante o ρ adquirido no teste. Caso o $\rho > 0,05$ iremos rejeitar a H_0 , por outro lado, se $\rho < 0,05$ então iremos aceitar H_0 .

Tabela 5 - Resultados do teste U de Mann-Whitney referente à QV em pacientes com indicação para TOCO vs. controlo

| Teste U de Mann-Whitney | ρ |
|--|--------|
| Distribuição do domínio geral | 0,038 |
| Distribuição do domínio físico | 0,002 |
| Distribuição do domínio psicológico | 0,000 |
| Distribuição do domínio relações sociais | 0,009 |
| Distribuição domínio ambiente | 0,000 |

Verificamos que existe significância estatística na distribuição dos valores para todos os domínios do questionário da QV uma vez que $\rho < 0,05$. (Tabela 5)

Autoestima

Tabela 6 - Dados relativos aos valores RSES em pacientes com indicação para TOCO vs controlo

| | Estudo | | | Controlo | | |
|-------------------|--------|-------|------------|----------|-------|------------|
| | n | M | dp | n | M | dp |
| Autoestima | 32 | 45,25 | $\pm 8,00$ | 47 | 53,14 | $\pm 5,25$ |

Na tabela 6 estão representados os dados referentes à AE tanto do grupo de estudo como do grupo de controlo.

A média encontrada para o grupo de estudo é de 45,25 ($\pm 8,00$) e para o grupo controlo é de 53,14 ($\pm 5,25$).

Verifica-se que a média de AE é superior no grupo controlo que no grupo de estudo

Para ver a significância estatística foi utilizado novamente um teste não paramétrico, uma vez que a variável da AE não apresenta uma distribuição normal, e este teste vai permitir analisar a diferença de distribuição entre os dois grupos.

Tabela 7 - Resultados do teste U de Mann-Whitney referente à AE em pacientes com indicação para TOCO vs controlo

| Teste U de Mann-Whitney | ρ |
|-------------------------|--------|
| Autoestima | 0,000 |

Verificamos, com base na tabela 7, que existe uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($\rho < 0,001$).

Perante estes dados podemos aceitar a hipótese nula H0.

Hipótese 1: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o género dos pacientes com indicação para TOCO para os valores de AE e QV

Qualidade de vida

Na tabela 8 estão distribuídos os dados descritivos relativos à variável da QV distribuída por género no grupo de estudo.

Tabela 8 - Dados dos vários domínios do questionário WHOQoL-BREF distribuídos por género

| | Masculino | | | Feminino | | |
|---------------------------------|-----------|-------|-------|----------|-------|-------|
| | N | M | dp | n | M | dp |
| Domínio Geral | 8 | 8,75 | ±1,28 | 24 | 7,91 | ±1,10 |
| Domínio Físico | 8 | 18,22 | ±0,82 | 24 | 15,12 | ±2,23 |
| Domínio Psicológico | 8 | 16,17 | ±2,36 | 24 | 15,02 | ±2,16 |
| Domínio Relações Sociais | 8 | 16,67 | ±2,03 | 24 | 14,89 | ±2,95 |
| Domínio Ambiente | 8 | 17,06 | ±1,26 | 24 | 14,87 | ±1,95 |

No género masculino, a média encontrada para o domínio geral é de 8,75 ($\pm 1,28$); no domínio físico é de 18,22 ($\pm 0,82$); no domínio psicológico é de 16,17 ($\pm 2,03$); no domínio das relações sociais é de 16,67 ($\pm 2,03$) e no domínio do ambiente é de 17,06 ($\pm 1,26$).

Já no género feminino, a média encontrada para o domínio geral é de 7,91 ($\pm 1,10$); no domínio físico é de 15,129 ($\pm 2,23$); no domínio psicológico é de 15,02 ($\pm 2,16$); no domínio das relações sociais é de 14,89 ($\pm 2,95$) e no domínio do ambiente é de 14,87 ($\pm 1,95$).

Usando agora o teste U de Mann-Whitney para verificar a significância estatística, temos a Tabela 9 onde é visível que apenas foi encontrado um p significativo nos domínios físicos ($p < 0,001$) e do ambiente ($p = 0,004$). Como o valor nestes domínios é estatisticamente significativo, podemos afirmar que o sexo feminino tem uma pior QV nos domínios físico e do ambiente. Nos outros domínios não foram encontrados valores significativos.

Tabela 9 - Teste U de Mann-Whitney referente à QV distribuída por género

| Teste U de Mann-Whitney | p |
|--|-----------------------|
| Distribuição do domínio geral | 0,124 |
| Distribuição do domínio físico | 0,000 |
| Distribuição do domínio psicológico | 0,204 |
| Distribuição do domínio relações sociais | 0,147 |
| Distribuição domínio ambiente | 0,004 |

Autoestima

Na tabela 10 encontram-se os dados descritivos relativos à AE distribuídos por género dos participantes do grupo de estudo.

Tabela 10 - Dados dos valores da AE geral distribuídos por género

| | Masculino | | | Feminino | | |
|-------------------|-----------|-------|-------|----------|-------|-------|
| | n | M | dp | n | M | dp |
| Autoestima | 8 | 48,87 | ±5,56 | 24 | 44,04 | ±8,42 |

A média da AE encontrada em participantes do sexo masculino é de 48,87 ($\pm 5,56$) e no sexo feminino é de 44,04 ($\pm 8,42$)

Tabela 11 - Teste U de Mann-Whitney relativo à AE geral distribuída por género

| Teste U de Mann-Whitney | ρ |
|-------------------------|--------|
| Autoestima | 0,174 |

De acordo com a tabela 11, não foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas na AE entre ambos os géneros uma vez que nos deu um $\rho=0,174$, desta forma não podemos relacionar o género com a AE em geral.

Perante os dados obtidos de QV e AE, a decisão estatística é: (Tabela 12)

Tabela 12 - Decisões estatísticas referente à H1

| | Decisão estatística |
|--|--------------------------|
| Distribuição do domínio geral | Reter hipótese |
| Distribuição do domínio físico | Rejeitar Hipótese |
| Distribuição do domínio psicológico | Reter Hipótese |
| Distribuição do domínio relações sociais | Reter Hipótese |
| Distribuição domínio ambiente | Rejeitar Hipótese |
| Autoestima | Reter hipótese |

Hipótese 4: Existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil no grupo de estudo para as variáveis da QV e AE.

Qualidade de Vida

Como já foi visto anteriormente na Figura 7, o estado civil predominante no grupo de estudo desta investigação é o solteiro com 78,13% (n=25).

Foi utilizado um teste não paramétrico, o teste de Kruskal-Wallis para estudar a significância estatística dos resultados obtidos.

Tabela 13 - Teste de Kruskal-Wallis referente à QV segundo o estado civil no grupo de estudo

| Teste Kruskal-Wallis | ρ |
|--|--------------|
| Distribuição do domínio geral | 0,934 |
| Distribuição do domínio físico | 0,184 |
| Distribuição do domínio psicológico | 0,057 |
| Distribuição do domínio relações sociais | 0,399 |
| Distribuição domínio ambiente | 0,713 |

Com base na tabela 13, os resultados obtidos foram: no domínio geral $\rho=0,934$, no domínio físico $\rho=0,184$, no domínio psicológico $\rho=0,057$, no domínio das relações sociais $\rho=0,399$ e no domínio do ambiente $\rho=0,713$. Uma vez que $\rho > 0,05$ então não existe significância estatística nos domínios da QV, o que nos leva a não ter dados para refutar a hipótese nula formulada. De notar que no domínio psicológico como o $\rho=0,057$, estamos perante um valor limítrofe por estar muito próximo do valor $\rho=0,05$ que significaria significância.

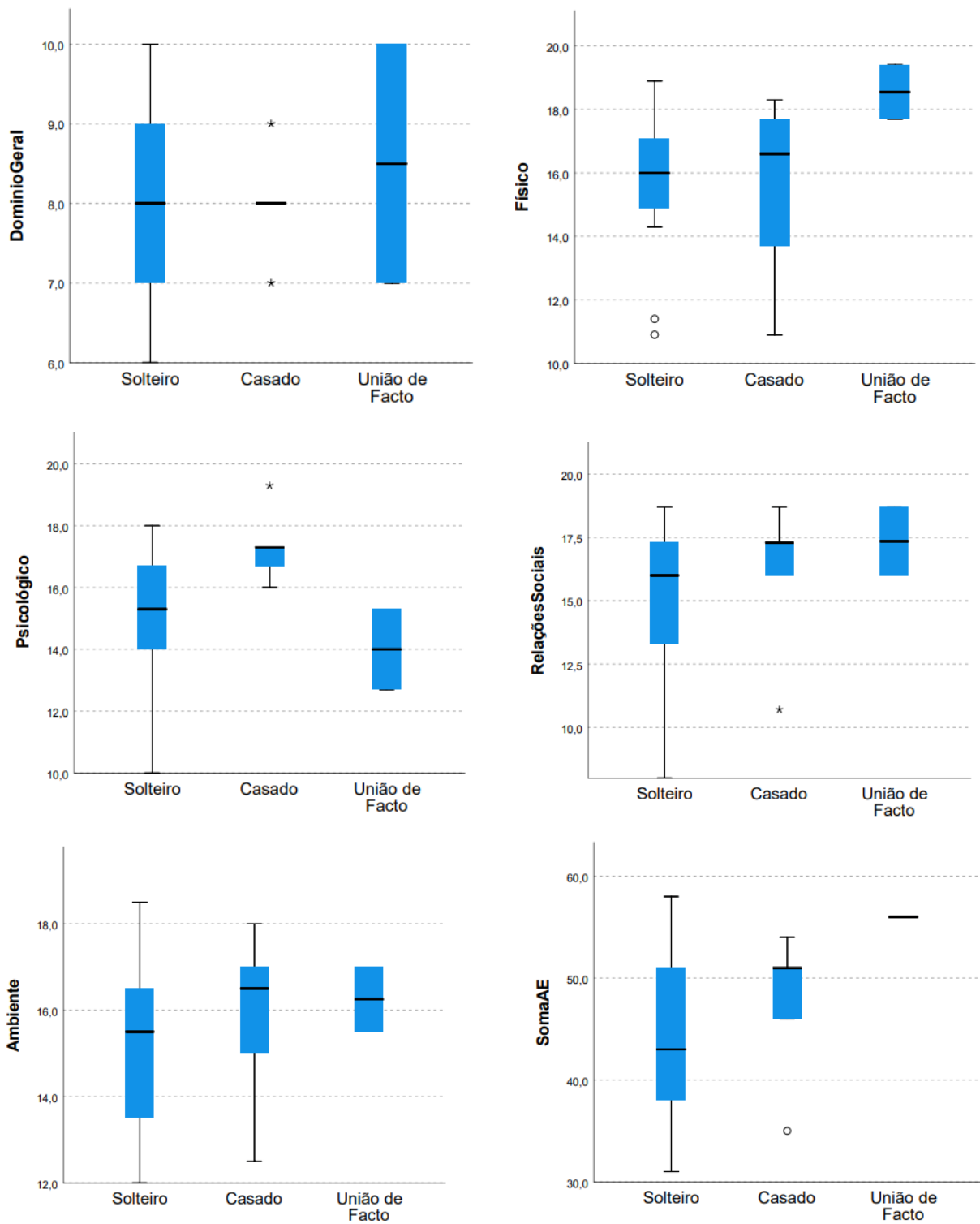


Figura 8 - Amostras independentes de teste de Kruskal-Wallis referente à QV e AE segundo o estado civil no grupo de estudo

Com base nos diagramas em caixa aqui representados (Figura 8), no que concerne a QV, percebe-se que os pacientes solteiros são os que apresentam piores valores médios nos domínios físico, das relações sociais e do ambiente em comparação com os pacientes que estão casados ou que vivem em união de facto que apresentam valores médios mais elevados. No domínio geral os valores médios foram idênticos nos três estados civis, e no domínio psicológico foram os pacientes que vivem em união de facto a apresentarem a pior média.

Autoestima

Tabela 14 - Teste de Kruskal-Wallis referente à AE segundo o estado civil dos pacientes do grupo de estudo

| Teste Kruskal-Wallis | ρ |
|-----------------------------|--------------------------|
| Autoestima | 0,062 |

Por último a AE onde é possível visualizar um nível de significância de $\rho=0,062$. Tratando-se de um valor onde $\rho>0,05$ teremos que reter a hipótese nula, e desta forma também não poderemos afirmar que a AE terá impacto sobre os pacientes do grupo controlo.

Passando agora para a análise dos diagramas em caixa na figura 8, é possível ver mais uma vez, que os pacientes solteiros foram os que apresentaram a pior média referente à AE e os pacientes que vivem em união de facto foram os que apresentaram a média mais elevada.

De acordo com os resultados obtidos teremos que rejeitar a hipótese nula H4.

Questão 1: Existem diferenças nos domínios da QV dos pacientes do grupo de controlo com o grupo de estudo?

Verifica-se que os valores dos diferentes domínios da QV do grupo controlo são genericamente superiores aos do grupo de estudo. Sendo as diferenças estatisticamente significativas. (Domínio geral $\rho=0,038$; Domínio físico $\rho=0,002$; Domínio psicológico $\rho<0,001$; Domínio das relações sociais $\rho=0,009$ e domínio do ambiente $\rho<0,001$). (Tabela 4)

3.2. Pacientes com DDFs e o TOCO

Hipótese 2: São maioritariamente pacientes do sexo feminino que procuram o TOCO.

Dos pacientes que entram no grupo de estudo, verifica-se descritivamente que temos maioritariamente elementos do sexo feminino com 75% (n=24) face ao sexo masculino que tem apenas 25% (n=8). (Figura 10)

Recorrendo a um teste não paramétrico como o teste binominal de uma amostra para verificar a significância estatística, podemos averiguar que temos um $p=0,008$. (Tabela 15).

Tabela 15 - Teste binominal referente ao género feminino e masculino no grupo de estudo

| Teste Binomial de uma amostra | p |
|--------------------------------------|-------|
| Género masculino vs. Género feminino | 0,008 |

Verificamos que a distribuição dos elementos do sexo masculino e feminino não ocorre de igual forma daí que exista uma diferença estatisticamente significativa entre o género feminino e género masculino. Desta forma, a hipótese nula H3 está aceite.

Hipótese 3: São maioritariamente pacientes solteiros e com formação universitária e secundária que procuram o TOCO.

Dos 79 pacientes que constituem a amostra, 61 são solteiros, 9 são casados, 8 vivem em união de facto e 1 é divorciado. Já no grupo de estudo 25 são solteiros, 5 são casados e 2 vivem em união de facto. No que toca ao grau de escolaridade, dos 79 pacientes que constituem a amostra, 1 paciente tem o 7º-9º anos, 29 pacientes têm o 10º-12º anos, 46 pacientes têm estudos universitários e 3 pacientes com formação pós-graduada. No grupo de estudo, 11 pacientes têm o 10º-12º anos, 19 pacientes têm estudos universitários e 2 pacientes com formação pós-graduada. No grupo controlo 36 pacientes são solteiros, 4 pacientes são casados, 6 pacientes vivem em união de facto e 1 paciente é divorciado. No que toca ao grau de escolaridade, 1 paciente tem o 7º-9º anos, 18 pacientes com o 10º-12º anos, 27

pacientes têm estudos universitários e apenas 1 paciente tem formação pós-graduada. (Tabela 3)

Verifica-se que a grande maioria dos pacientes que procuram TOCO, possuem estudos secundários ou universitários (93,76%) e são maioritariamente solteiros (78,13%). (Tabela 16 e 17)

Tabela 16 - Dados relativos ao grau de escolaridade no grupo de estudo

| | Frequência (n) | Percentagem % |
|-------------------------------|-----------------------|----------------------|
| 10º-12º anos | 11 | 34,38 |
| Estudos Universitários | 19 | 59,38 |
| Formação pós-graduada | 2 | 6,25 |
| Total | 32 | 100,00 |

Tabela 17 - Dados relativos ao estado civil no grupo de estudo

| | Frequência (n) | Percentagem % |
|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| Solteiro | 25 | 78,13 |
| Casado | 5 | 15,63 |
| União de Facto | 2 | 6,25 |
| Total | 32 | 100,00 |

Desta forma a hipótese nula H4 está aceite.

Discussão

V. DISCUSSÃO

Uma aparência facial atraente é importante para as relações interpessoais e para se consiga alcançar sucesso pessoal. Uma pessoa com DDF com o psicológico e as relações sociais destruídas vão afetar todos estes aspetos, uma vez que os níveis de AE e confiança nestes pacientes vão estar diminuídos. (31) Por isso, com o objetivo de tentar estudar e compreender a influência dos impactos psicossociais causados pelas DDFs na vida das pessoas, foram realizados estudos ao longo dos tempos para esta finalidade. (3, 31, 86, 87)

Dentro dos questionários sobre a QV existentes, optamos por um questionário genérico, porque o objetivo do estudo é avaliar a influência que as DDFs têm na QV destes pacientes, e a inclusão dos sintomas na avaliação da QV vai confundir as variáveis dependentes e independentes, e por isso, de acordo com *Orley et al.*, existem fortes argumentos a favor do uso de instrumentos genéricos ao invés dos específicos (80). O questionário WHOQOL-Bref é um exemplo de questionário genérico e por isso foi escolhido para este estudo.

O questionário da AE de Rosenberg, por outro lado, é um questionário amplamente utilizado por todo o mundo em imensos estudos com fiabilidade comprovada. Trata-se de um questionário com validação para uso em pacientes ortodônticos e tem mostrado uma boa reprodutibilidade e validade no seu uso. (88)

A questão principal que esta investigação procura responder, é se as DDFs têm alguma repercussão negativa na autoestima e qualidade de vida destes pacientes, e a conclusão a que chegamos com este estudo, foi que existe uma diminuição da QV estatisticamente significativa em todos os domínios, e também da AE nos pacientes com indicação para TOCO em comparação com o grupo de estudo. O que está em concordância com a literatura. (5, 87)

Respondendo agora às hipóteses de estudo, temos:

- **Hipótese 0** – Existem diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes do grupo de estudo e o grupo controlo para as variáveis da AE e QV

Qualidade de vida

Os resultados obtidos mostram-nos que efetivamente existe uma diferença entre o grupo controlo e o grupo de estudo, e que os pacientes com DDFs têm uma pior QV do que aqueles que não têm. Estes resultados acabam por ser um pouco diferentes dos resultados obtidos no estudo feito por *Figueiredo*, que não conseguiu obter uma significância estatística nos diferentes domínios da QV. Tal se pode dever ao aumento da amostra do grupo de estudo nesta investigação. (87)

No estudo de *Silva* também não houve diferenças significativas entre o grupo de estudo e o grupo controlo, o mesmo não se verifica neste estudo. (5) Isto pode ser justificado pelo facto de este estudo ter sido realizado em tempo não pandémico. Está comprovado pela literatura que a quarentena e o confinamento têm impacto na saúde mental dos pacientes (89), por isso apesar da amostra neste estudo ter sido mais reduzida, a saúde mental vai estar comprometida, daí estes resultados.

Comparando agora com estudos que utilizaram instrumentos de investigação diferentes, a maioria deles concluiu que os pacientes que possuem DDFs possuem uma AE e QV afetadas. É ainda importante referir que muitos destes estudos optaram por questionários da QV mais específicos para a saúde oral. Como é o caso do “*Orthognathic Quality of Life Questionnaire*” (OQLQ), e por isso os resultados obtidos são mais fidedignos na medida em que são específicos para a saúde oral. (3, 31, 86)

Autoestima

Neste estudo houve uma diferença estatisticamente significativas no valor da AE entre o grupo de estudo e o grupo controlo, logo podemos afirmar que a AE teve impacto no grupo de estudo comparativamente ao grupo controlo, o que está em concordância com estudos feitos anteriormente, que também demonstraram existir associação entre as duas variáveis. (88) Isto acontece porque as DDFs tendem a diminuir a atratividade física do paciente, acabando por afetar a autoestima e também o valor social para com as outras pessoas. (90)

No estudo de *Figueiredo* não foi encontrada uma significância estatística na AE entre o grupo de estudo e o grupo controlo, o que pode estar relacionado, mais uma vez, com a amostra reduzida. (87)

- **Hipótese 1** - Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o género dos pacientes com indicação para TOCO para os valores de AE e QV

Qualidade de vida

Em investigações realizadas anteriormente com outros meios de avaliação da QV, é de notar que o género feminino sai mais prejudicado que o sexo masculino, isto porque as mulheres tendem a perceber mais os impactos da DDF na sua vida social e também nas atividades físicas diárias. (3, 30, 91, 92) Já no que toca a este estudo, as mulheres foram as que tiveram pior QV com significância estatística nos domínios físico ($p < 0,001$) e do ambiente ($p = 0,004$).

Contudo existem estudos que mostram nenhuma diferença significativa em ambos os géneros. (49) Assim como no estudo de *Figueiredo* também não foi encontrada nenhuma diferença significativa entre os géneros, a única diferença estatisticamente significativa foi encontrada no domínio psicológico. (87)

Autoestima

No que toca à AE, apesar do sexo feminino apresentar uma média de AE de 44,04 ($\pm 8,42$) inferior à do sexo masculino que foi de 48,87 ($\pm 5,56$), a diferença não apresenta significância estatística, e por isso não podemos afirmar que a AE tem influência entre os géneros. (3) O que está em concordância com o estudo de *Silva e Figueiredo*. (5, 87)

O que pode ter desencadeado esta diferença neste estudo, foi a reduzida amostra principalmente do sexo masculino que se veio a mostrar como o género que menos procura este tipo de tratamento.

- **Hipótese 2** - São maioritariamente pacientes do sexo feminino que procuram o TOCO.

No que toca ao género, as mulheres correspondem à maior percentagem de pessoas que procuram este tratamento (75%), precisamente por apresentarem uma AE inferior e estarem muitas vezes mais insatisfeitas com a sua aparência e na forma como se encaixam na sociedade. (5, 42, 87) A baixa percentagem de homens

a procurar o TOCO pode-se dever, de acordo com *Silva*, às baixas exigências estéticas da autoimagem assim como numa maior dificuldade em aceitar as regras do tratamento. (5) Há ainda estudos que não verificaram nenhuma diferença entre géneros, como no caso do estudo feito pelos autores *Choi et al.* (49)

Comparando com o estudo de *Figueiredo*, a autora também teve uma maior predominância do sexo feminino a procurar o TOCO, estando em concordância com a presente investigação. (87)

Contudo, a literatura não teve uma opinião unanime, uns autores afirmaram que não existe diferença entre género, enquanto outros afirmaram que o sexo feminino é o mais afetado e apresenta uma AE e uma QV mais baixa.

- **Hipótese 3: São maioritariamente pacientes solteiros e com formação universitária e secundária que procuram o TOCO.**

Relativamente ao estado civil a maioria dos pacientes que recorreram ao TOCO são solteiros (78,13%), o que entra em concordância com estudos já realizados anteriormente (5, 87). Este facto pode ser justificado pelo interesse destes pacientes em querer melhorar a estética facial para a conquista de um novo companheiro. (5)

No que toca ao grau de escolaridade, pacientes com formação secundária e universitária correspondem à maioria dos pacientes que procuram o TOCO com 93,76%. Podemos justificar este valor, pelo ponto de vista financeiro e educacional. De acordo com a autora, este tipo de tratamentos exige uma série de conceitos que não estão acessíveis a toda a população. (5)

- **Hipótese 4: Existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil no grupo de estudo para as variáveis da QV e AE.**

Qualidade de vida

Nos resultados obtidos nesta investigação, é de notar que no domínio psicológico cujo $p=0,057$ estamos perante um valor limítrofe por estar muito próximo do valor $p=0,05$ o que poderia significar significância. Deste modo é legítimo levantar a hipótese que numa amostra mais robusta com uma maior proporção similar entre

os diversos estados civis poderia eventualmente diminuir ou até mesmo aumentar o ρ . Apesar de existirem evidências na literatura que o estado civil tem influência na QV dos pacientes, nenhuns deles fala do domínio psicológico em específico.

Contudo, no estudo feito pela autora *Gomes*, esta afirma que o estado civil teve um impacto estatisticamente significativo na QV dos pacientes, sendo que os pacientes solteiros ou divorciados foram os que apresentaram piores resultados no parâmetro da QV em comparação com pacientes que eram casados, (92) o que acaba por corroborar com as médias obtidas nos diferentes domínios para os diferentes estados civis, onde os pacientes solteiros foram os que apresentavam valores médios mais baixos em quase todos os domínios.

Autoestima

Abordando agora o estado civil dos pacientes e a forma de como a AE pode influenciar este parâmetro, o estudo realizado por *Silva* afirma que os pacientes solteiros demonstraram um valor de AE de 48,77 ($\pm 9,51$), os casados 50,31 ($\pm 4,48$), os divorciados 57,50 ($\pm 0,71$) e por fim os que vivem em união de facto com 55,14 ($\pm 5,11$). Apesar de não existirem valores estatisticamente significativos, os pacientes solteiros foram os que apresentavam uma média de AE mais baixa em comparação com os outros pacientes. (5) Este facto corrobora com os resultados obtidos nesta investigação, que também não obteve valores estatisticamente significativos, contudo os pacientes solteiros também foram os que apresentaram um valor médio da AE inferior.

Neste estudo a significância estatística para a AE foi de $\rho=0,062$. Apesar de ser um valor muito próximo de $\rho=0,05$, posso afirmar que com uma amostra maior este valor poderia acabar por diminuir, uma vez que existe evidência científica que confirma a influência que o estado civil tem sobre a AE dos pacientes.

Os pacientes solteiros para além de terem uma média de AE mais baixa, também são os que mais procuram o TOCO. A sua crescente procura por este tipo de tratamento pode-se dever ao interesse em melhorar a estética e com ela também a AE, para o arranjo de um novo companheiro. (5)

- **Questão 1: Existem diferenças nos domínios da QV dos pacientes do grupo de controlo com o grupo de estudo?**

Foram encontrados valores significativos entre o grupo de estudo e o grupo controlo em todos os domínios da QV. Já seria de esperar, com base na literatura, que a QV no grupo de estudo fosse inferior à do grupo controlo.

Não será possível avaliar e comparar estas variáveis com base na literatura uma vez que não foi possível encontrar estudos que utilizassem os mesmos critérios para o grupo controlo.

Contudo estas diferenças podem ser justificadas pelo facto de os pacientes no grupo controlo não terem deformidades dento-faciais, que são as principais responsáveis pela diminuição da QV e AE nos pacientes.

1. Abordagem a parâmetros sem hipóteses formuladas

- **Idade**

No que toca à idade, a faixa etária predominante dos pacientes que procuraram o TOCO, de acordo com os resultados obtidos, compreendiam os 24-43 anos (54,43%). Isto pode ser justificado pela independência monetária que se atinge nestas idades, e por se tratar de um tratamento essencialmente de ambiente clínico privado. Esta faixa etária mais avançada é encontrada na literatura como sendo a que mais procura este tipo de tratamento (5, 21, 42, 87, 88), o que corrobora com os resultados obtidos nesta investigação.

No estudo de *Silva*, contudo, não houve uma prevalência significativa de uma faixa etária, sendo que 48,8% corresponde à faixa etária dos 16-23 anos. De acordo com a autora, a adesão destes jovens adultos a este tipo de tratamento, deve-se essencialmente a questões de autoimagem que podem estar relacionadas com questões afetivas ou sociais, e não tanto por questões profissionais. (5)

No estudo de *Figueiredo* a idade de pacientes que tinham indicação para TOCO compreendiam os 21-29 anos, portanto uma idade jovem ainda. Estas idades compreendem todas elas a faixa etária dos 24-43 anos, que foi a faixa etária

predominante nesta investigação. (87) Por isso os resultados entram em concordância.

Com base na literatura, será de esperar que pacientes mais velhos apresentem uma QV diminuída enquanto os pacientes mais jovens, pelo contrário, apresentem a AE diminuída. De acordo com *Bortoluzzi et al.*, isto acontece porque pacientes mais velhos para além do impacto negativo que a estética tem sobre eles, também a componente funcional vai ter impacto, principalmente ao nível da DTM. De acordo com o autor, com o aumento da idade vêm também mais limitações devido à saúde física e mais reclamações de dor. No estudo realizado pelo autor, foram utilizados 3 questionários para avaliar a QV dos pacientes, em dois deles foi verificada uma diferença nas faixas etárias mais velhas, com maior impacto negativo na QV. (93)

No que toca à AE, os pacientes mais jovens são os principais afetados, isto pode ser justificado por causa das preocupações estéticas que são frequentes nestas idades, para a sua integração no mundo de trabalho e na sociedade e das opiniões que as pessoas têm sobre a imagem deles. O estudo de *Gabardo* confirma que enquanto os pacientes mais velhos vão estar mais prejudicados no domínio físico, os pacientes mais jovens vão ter um maior impacto no domínio psicológico, devido à sua auto-perceção.(94)

No estudo feito por *Figueiredo*, não foram encontradas diferenças entre as faixas etárias mais novas e mais velhas. (87)

Também no estudo de *Silva* não foram encontrados valores estatisticamente significativos para a AE. A média da AE de pacientes com indicação para TOCO, na faixa etária dos 16-23 anos foi de 48,45 ($\pm 8,59$) e na faixa etária dos 24-43 anos foi de 51,02 ($\pm 8,70$). Logo, não se pode afirmar que as DDFs tenham influência sobre a AE do paciente. A autora justifica estes resultados dizendo que é possível que muitos pacientes não tenham sido sinceros nas suas respostas.(5)

2. Limitações

O tipo de questionário para avaliar a QV acabou por se tornar numa limitação, por se tratar de um questionário genérico e desta forma não relacionar a QV

especificamente com a saúde oral. Desta forma sugere-se o uso de um questionário específico como o ***Orthognatic Quality of Life Questionnaire*** (OQLQ).

Ao juntarmos os adolescentes com os adultos os resultados poderão não ser 100% fidedignos, uma vez que, como viemos a perceber ao longo deste estudo, a QV e AE não é igual para estas duas faixas etárias. E por isso a forma de lidar com estas faixas etárias também poderá ser diferente. Daí que seja interessante em estudos futuros fazer uma distinção entre pacientes adultos e adolescentes.

Durante a investigação, o tamanho da amostra tornou-se uma limitação, isto porque não conseguimos ter resultados fidedignos de forma significativa, principalmente no que toca ao género e idade. Por isso uma sugestão para futuras investigações será o aumento da amostra em estudo.

Também o tempo de pandemia que afeta todo o país e todo o mundo, se tornou uma limitação. Apesar dos esforços na entrega dos questionários para que fossem preenchidos pelos pacientes, não foi possível obter uma taxa de resposta de 100%. Muitos dos questionários não foram preenchidos por receio de partilhar canetas e o papel dos questionários.

Também devido à pandemia e ao confinamento do país, muitos pacientes se puderem mostrar mentalmente mais em baixo e mais depressivas o que se refletia em índices de AE e QV mais inferiores em toda a amostra da investigação. O estudo de Ayesha et al., avaliou precisamente o impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental da população de 18 países, e conseguiu concluir que houve um ligeiro impacto negativo na saúde mental dos adultos da região. (89) Desta forma é aconselhável em futuras investigações, realizar estudos que envolvam a componente psicossocial numa altura não pandémica.

Em investigações futuras seria também interessante:

- Avaliar o motivo que leva o paciente a procurar o TOCO;
- Tentar comparar outras variáveis, tal como a classe esquelética dos pacientes e tentar perceber qual a classe esquelética com maior prevalência e o modo como ela influencia a QV e a AE do paciente;

- Se o planejamento virtual digital influencia a forma como o paciente encara a deformidade e se desta forma os pacientes têm uma melhor AE e QV no pré e no pós-operatório e comparar entre ambos;
- Utilizar uma escala para a aparência facial para tentar perceber a forma de como esta influência a saúde mental do paciente.

Conclusão

VI. CONCLUSÃO

Dentro das limitações já referidas e conforme os objetivos inicialmente propostos, pode-se concluir que:

1. **Perceber o impacto psicossocial que as DDFs têm sobre os pacientes com indicação para TOCO** – Conforme foi estudado, é possível concluir que os pacientes com DDFs possuem uma QV e AE mais baixas. Contudo, isto poderá dever-se também à pandemia e ao confinamento imposto por ela;
2. **Avaliar a QV e a AE dos pacientes com indicação a TOCO em relação ao tratamento ortodôntico convencional** – Conforme os resultados obtidos, é possível aferir que a QV e AE em pacientes com indicação para TOCO são inferiores comparativamente aos pacientes do grupo controle;
3. **Perceber se as variáveis sociodemográficas (género, idade, grau de escolaridade e estado civil) vão ter influência na AE e na QV em pacientes com indicação para TOCO** – De acordo com os resultados obtidos, conseguimos perceber que:
 - O género feminino teve um maior impacto psicossocial que o sexo masculino;
 - A faixa etária mais elevada tem a pior QV enquanto a faixa etária mais nova tem a pior AE;
 - Pacientes solteiros são os que têm pior AE e QV
 - Pacientes com grau de escolaridade universitário e secundário também foram os que maioritariamente procuraram o TOCO.

Em suma, procurar entender o impacto psicossocial e os fatores que lhes estão associados, vai facilitar o encontro de um tratamento específico e ajustá-lo da melhor maneira possível para cada paciente.

Bibliografia

BIBLIOGRAFIA

1. Proffit WR, Fields HW. Contemporary Orthodontics: Mosby; 1986.
2. Ryan FS, Barnard M, Cunningham SJ. Impact of dentofacial deformity and motivation for treatment: a qualitative study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2012;141(6):734-42.
3. Eslamipour F, Najimi A, Tadayonfard A, Azamian Z. Impact of Orthognathic Surgery on Quality of Life in Patients with Dentofacial Deformities. *International Journal of Dentistry.* 2017;2017:4103905.
4. Silva LR. Planejamento Cirúrgico Virtual em Cirurgia Ortognática. Brasília: Universidade de Brasília; 2018.
5. Silva SPFMd. A dimensão psicossocial na deformidade dento-facial.: Universidade do Porto; 2019.
6. Espinola LVP. Avaliação do impacto das fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico na qualidade de vida e autoestima de pacientes de cirurgia ortognática [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2018.
7. Bell RB. A History of Orthognathic Surgery in North America. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2018;76(12):2466-81.
8. Wirthlin JO, Shetye PR. Orthodontist's Role in Orthognathic Surgery. *Seminars in plastic surgery.* 2013;27(3):137-44.
9. Aléssio CV, Mezzomo CL, Körbes D. Intervenção Fonoaudiológica nos casos de pacientes classe III com indicação à Cirurgia Ortognática. *Arquivos em Odontologia.* 2016;43(3).
10. Ribas MdO, Reis LFG, França BHS, Lima AASd. Cirurgia ortognática: orientações legais aos ortodontistas e cirurgiões bucofaciais %J *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial.* 2005;10:75-83.
11. Haryani J, Nagar A, Mehrotra D, Ranabhatt R. Management of severe skeletal Class III malocclusion with bimaxillary orthognathic surgery. *Contemp Clin Dent.* 2016;7(4):574-8.
12. group TW. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine (1982).* 1995;41(10):1403-9.
13. Kiyak HA. Does orthodontic treatment affect patients' quality of life? *Journal of dental education.* 2008;72(8):886-94.
14. Klages U, Bruckner A, Zentner A. Dental aesthetics, self-awareness, and oral health-related quality of life in young adults. *Eur J Orthod.* 2004;26(5):507-14.
15. Sbcigo J, Teixeira M, Dias A, Dell'Aglio D. Propriedades psicométricas da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP)/ Psychometric properties of the General Perceived Self-Efficacy Scale (EAGP). *Psico.* 2012;43:139-46.
16. Hutz CS, Zanon C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg: Revision of the adaptation, validation, and normatization of the Roserberg self-esteem scale %J *Avaliação Psicológica.* 2011;10:41-9.
17. Carvalho SC, Martins EJ, Barbosa MR. Variáveis psicossociais associadas à cirurgia ortognática: uma revisão sistemática da literatura %J *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2012;25:477-90.
18. 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.
19. Posnick JC. 3 - Definition and Prevalence of Dentofacial Deformities. In: Posnick JC, editor. *Orthognathic Surgery.* St. Louis: W.B. Saunders; 2014. p. 61-8.
20. Gomes AMdP. Qualidade de vida de pacientes com deformidades dentofaciais: o impacto da reabilitação bucomaxilofacial [Doutoramento]. Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba: Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2019.
21. Cariati P, Martinez R, Martinez-Lara I. Psycho-social impact of orthogathic sugery. *J Clin Exp Dent.* 2016;8(5):e540-e5.

22. Sadek H, Salem G. Psychological aspects of orthognathic surgery and its effect on quality of life in Egyptian patients. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de santé de la Méditerranée orientale = al-Majallah al-šihḥiyah li-sharq al-mutawassiṭ*. 2007;13:150-9.
23. Ferreira FV. *Ortodontia-Diagnóstico e planejamento clínico 7ª*, editor. São Paulo 2008.
24. Davies SJ. Malocclusion--a term in need of dropping or redefinition? *British dental journal*. 2007;202(9):519-20.
25. Orthlieb J-D. *Oclusão Princípios práticos* 2002.
26. Angle EH. *Classification of Malocclusion*. 41, editor 1899.
27. Miloro M, Markiewicz MR. 22 - Aesthetic Orthognathic Surgery. In: Frame JD, Bagheri SC, Smith DJ, Khan HA, editors. *Aesthetic Surgery Techniques*. London: Elsevier; 2019. p. 169-83.
28. Brierley C, DiBiase A, Sandler P. Early Class II treatment. 2017;62(S1):4-10.
29. Sykes JM, Suárez GA. Chapter 23 - Orthognathic Aesthetic Facial Surgery. In: Azizzadeh B, Murphy MR, Johnson CM, Massry GG, Fitzgerald R, editors. *Master Techniques in Facial Rejuvenation (Second Edition)*: Elsevier; 2018. p. 294-304.e1.
30. Agirnasligil MO, Gul Amuk N, Kilic E, Kutuk N, Demırbas AE, Alkan A. The changes of self-esteem, sensitivity to criticism, and social appearance anxiety in orthognathic surgery patients: A controlled study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2019;155(4):482-9.e2.
31. Garbin A, Ferraz F, Paula A, Garbin C. Qualidade de vida em paciente classe III cirúrgico pré e pós-tratamento. *OrtodontiaSPO*. 2017;50:144.
32. Cunningham SJ, Johal A. Orthognathic correction of dento-facial discrepancies. *British dental journal*. 2015;218(3):167-75.
33. Garbin AJI, Ferraz FWdS, Gomes AMdP, Garbin CAS. Qualidade de vida em paciente classe III cirúrgico pré e pós-tratamento. *Ortodontia*. 2017;50(2):120-6.
34. Posnick JC. 20 - Maxillary Deficiency with Relative Mandibular Excess Growth Patterns. In: Posnick JC, editor. *Orthognathic Surgery*. St. Louis: W.B. Saunders; 2014. p. 686-757.
35. Mahfouz M. The Current Concepts of Orthodontic Discrepancy Stability. *Open Journal of Stomatology*. 2014;4:184-96.
36. De Massiac G, Gueguen P, Blanc JL, Mercier J. [Orthodontic preparation for orthognathic surgery. Various specific points]. *Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale*. 1998;99(1):11-9.
37. Faber J. Benefício Antecipado: uma nova abordagem para o tratamento com cirurgia ortognática que elimina o preparo ortodôntico convencional %J *Dental Press Journal of Orthodontics*. 2010;15:144-57.
38. Cunningham SJ, Johal A. Orthognathic correction of dento-facial discrepancies. *British dental journal*. 2015;218(3):167-75.
39. Jaisinghani S, Adams NS, Mann RJ, Polley JW, Giroto JA. Virtual Surgical Planning in Orthognathic Surgery. *Eplasty*. 2017;17:ic1-ic.
40. Swennen GR, Mollemans W, Schutyser F. Three-dimensional treatment planning of orthognathic surgery in the era of virtual imaging. *J Oral Maxillofac Surg*. 2009;67(10):2080-92.
41. Elnagar MH, Aronovich S, Kusnoto B. Digital Workflow for Combined Orthodontics and Orthognathic Surgery. *Oral and maxillofacial surgery clinics of North America*. 2020;32(1):1-14.
42. 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.
43. Øland J, Jensen J, Melsen B. Factors of Importance for the Functional Outcome in Orthognathic Surgery Patients: A Prospective Study of 118 Patients. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. 2010;68:2221-31.
44. Rustemeyer J, Gregersen J. Quality of Life in orthognathic surgery patients: post-surgical improvements in aesthetics and self-confidence. *Journal of cranio-maxillo-facial surgery : official publication of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery*. 2012;40(5):400-4.
45. Esperão PT, de Oliveira BH, de Oliveira Almeida MA, Kiyak HA, Miguel JA. Oral health-related quality of life in orthognathic surgery patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2010;137(6):790-5.

46. Keating CF. Gender and the physiognomy of dominance and attractiveness. *Social Psychology Quarterly*. 1985;48(1):61-70.
47. Cunningham MR, Barbee AP, Pike CL. What do women want? Facialmetric assessment of multiple motives in the perception of male facial physical attractiveness. *Journal of personality and social psychology*. 1990;59(1):61-72.
48. Pinto CFB. *Estética facial em ortodontia: Universidade Egas Moniz*; 2014.
49. Choi WS, Lee S, McGrath C, Samman N. Change in quality of life after combined orthodontic-surgical treatment of dentofacial deformities. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*. 2010;109(1):46-51.
50. Surgereons. AAOOaM. *Criteria for Orthognathic Surgery*. 2020:1-10.
51. Al-Riyami S, Cunningham SJ, Moles DR. Orthognathic treatment and temporomandibular disorders: a systematic review. Part 2. Signs and symptoms and meta-analyses. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2009;136(5):626.e1-16, discussion -7.
52. Foltán R, Hoffmannová J, Pavlíková G, Hanzelka T, Klíma K, Horká E, et al. The influence of orthognathic surgery on ventilation during sleep. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2011;40(2):146-9.
53. Naraghi M, Bayat M, Yahyavi S, Kashfi A, karimi yazdi A, Khorsandi M. Le fort I osteotomy approach for advanced nasopharyngeal angiofibroma with intracranial extension: Report of a case. *Acta Medica Iranica*. 2002;40.
54. Rodrigues MFPM. *Abordagem terapêutica da toxina botulínica nas disfunções temporomandibulares: Egas Moniz*; 2017.
55. Banabilh SM. Orthodontic view in the diagnoses of obstructive sleep apnea. *J Orthod Sci*. 2017;6(3):81-5.
56. Mehra P, Wolford LM. Surgical management of obstructive sleep apnea. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2000;13(4):338-42.
57. Julio César Bisinelli MdOR, Wilson Denis Martins. *CIRURGIA ORTOGNÁTICA – ESTÉTICA E/OU FUNÇÃO*. 5, editor2009.
58. Pinto JC, Amarante J. *Cirurgia Ortognática. Ortodontia e o Tratamento Multidisciplinar*1994. p. 19-45.
59. Kim Y-K. Complications associated with orthognathic surgery. *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. 2017;43:3.
60. Barroso R, do Vale F. Protocolo ortodôntico-cirúrgico no tratamento das deformidades dento-faciais classe iii- relato de caso clínico. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2013;54(2):95-102.
61. Macgregor FC. Patient dissatisfaction with results of technically satisfactory surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*. 1981;5(1):27-32.
62. Rumsey N, Harcourt D. Body image and disfigurement: issues and interventions. *Body Image*. 2004;1(1):83-97.
63. Newell R, Marks I. Phobic nature of social difficulty in facially disfigured people. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2000;176:177-81.
64. Barbosa AL, Marcantonio E, Barbosa CE, Gabrielli MF, Gabrielli MA. Psychological evaluation of patients scheduled for orthognathic surgery. *The Journal of Nihon University School of Dentistry*. 1993;35(1):1-9.
65. Garvill J, Garvill H, Kahnberg KE, Lundgren S. Psychological factors in orthognathic surgery. *Journal of cranio-maxillo-facial surgery : official publication of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery*. 1992;20(1):28-33.
66. Oort F, Visser M, Sprangers M. An application of structural equation modeling to detect response shifts and true change in quality of life data from cancer patients undergoing invasive surgery. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2005;14:599-609.
67. Salehi N, Harris N, Coyne E, Sebar B. Trust and quality of life: A cross sectional study of young women. *International Journal of Social Psychiatry*. 2014;61.

68. Gava EC, Miguel JA, de Araújo AM, de Oliveira BH. Psychometric properties of the Brazilian version of the Orthognathic Quality of Life Questionnaire. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013;71(10):1762.e1-8.
69. Carr AJ, Higginson IJ. Are quality of life measures patient centred? *BMJ.* 2001;322(7298):1357-60.
70. Owczarek K. The concept of quality of life. *Acta Neuropsychologica.* 2010;8:207-13.
71. Vida ESdEdP-NdleSeQd. IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida: Livro de Actas In: Porto: ESEP, editor. Saúde e Qualidade de Vida em Análise Carlos Sequeira, Isabel Lopes Ribeiro, José Carlos Carvalho, Teresa Martins, Teresa Rodrigues ed. Porto2009.
72. Minayo MCdS, Hartz ZMdA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário %J *Ciência & Saúde Coletiva.* 2000;5:7-18.
73. Osoba D. The concept of quality of life in oncology. *Archive of Oncology.* 2004;12.
74. Rodrigues SM, Oliveira AC, Vargas AMD, Moreira AN, E Ferreira EF. Implications of edentulism on quality of life among elderly. *Int J Environ Res Public Health.* 2012;9(1):100-9.
75. Lins L, Carvalho FM. SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE Open Med.* 2016;4:2050312116671725-.
76. Brennan DS. Oral Health Impact Profile, EuroQol, and Assessment of Quality of Life instruments as quality of life and health-utility measures of oral health. *European journal of oral sciences.* 2013;121(3 Pt 1):188-93.
77. 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.
78. 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 dentistry and oral epidemiology.* 2002;30(2):81-90.
79. Orley J, Saxena S, Herrman H. Quality of life and mental illness: Reflections from the perspective of the WHOQOL. *British Journal of Psychiatry.* 1998;172(4):291-3.
80. Cunningham SJ, Hunt NP. Quality of life and its importance in orthodontics. *Journal of orthodontics.* 2001;28(2):152-8.
81. Silva I, Cardemil C, Kashani H, Bazargani F, Tarnow P, Rasmusson L, et al. Quality of life in patients undergoing orthognathic surgery - A two-centered Swedish study. *Journal of cranio-maxillo-facial surgery : official publication of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery.* 2016;44(8):973-8.
82. 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.
83. 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.
84. Fleck MPdA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas %J *Ciência & Saúde Coletiva.* 2000;5:33-8.
85. Faria L, Pepi A, Alesi M. Concepções pessoais de inteligência e auto-estima: Que diferenças entre estudantes portuguesas e italianas? %J *Análise Psicológica.* 2004;22:747-64.
86. 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 surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics.* 2011;112(6):719-25.
87. Figueiredo CCVfDae. Qualidade de vida e autoestima em pacientes com indicação para tratamento ortodôntico- cirúrgico- ortognático submetidos a camuflagem ortodôntica : estudo piloto. Universidade Católica Portuguesa - Viseu: Universidade Católica Portuguesa - Viseu; 2020.
88. 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.
89. Al Dhaheri AS, Bataineh MaF, Mohamad MN, Ajab A, Al Marzouqi A, Jarrar AH, et al. Impact of COVID-19 on mental health and quality of life: Is there any effect? A cross-sectional study of the MENA region. *PLOS ONE.* 2021;16(3):e0249107.

90. Garvill J, Garvill H, Kahnberg K-E, Lundgren S. Psychological factors in orthognathic surgery. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 1992;20(1):28-33.
91. Ribeiro-Neto CA, Ferreira G, Monnazzi GCB, Gabrielli MFR, Monnazzi MS. Dentofacial deformities and the quality of life of patients with these conditions: a comparative study. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2018;126(6):457-62.
92. Mendes de Paula Gomes A, Adas Saliba Garbin C, da Silva Ferraz FW, Adas Saliba T, Isper Garbin AJ. Dentofacial Deformities and Implications on Quality of Life: A Presurgical Multifactorial Analysis in Patients Seeking Orthognathic Surgical Treatment. *J Oral Maxillofac Surg*. 2019;77(2):409.e1-.e9.
93. Bortoluzzi MC, de Camargo Smolarek P, Claudino M, Campagnoli EB, Manfro R. Impact of Dentofacial Deformity on Quality of Life: Age and Gender Differences Evaluated Through OQLQ, OHIP and SF36. *J Oral Maxillofac Res*. 2015;6(3):e3-e.
94. Gabardo M, Zielak J, Tórtora G, Gerber J, Nascimento Meger M, Rebellato N, et al. Impact of orthognathic surgery on quality of life: Predisposing clinical and genetic factors. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 2019;47.

Anexos

Anexo 1 – Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

(De acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Título do estudo: Impacto psicossocial em pacientes com indicação para Tratamento-Ortodôntico-Cirúrgico-Ortognático.

Enquadramento: A deformidade dento-facial é um problema de má oclusão associado a alterações esqueléticas, que para além da má-oclusão também afeta a estética facial, e consequentemente a qualidade de vida e a autoestima dos pacientes que se encontrem nesta situação.

Esta investigação visa entender de que forma o estado psicossocial se encontra afetado em pacientes que possuem este tipo de deformidade dento facial.

Trata-se uma investigação para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária a realizar em pacientes que têm indicação para TOCO, pela estudante do 3º ano Luana Sofia Marques Martins e sob orientação da Professora Doutora Susana Silva e Professor Doutor Vítor Teixeira.

Explicação do Estudo: O presente estudo tem como principal objetivo avaliar o impacto psicossocial, nomeadamente no que toca à qualidade de vida e à autoestima, de pacientes que têm indicação para a realização do Tratamento-Ortodôntico-Cirúrgico-Ortognático. Para isso será aplicado a pacientes com indicação de TOCO dois questionários, um questionário para avaliação da autoestima (Escala de autoestima global de Rosenberg) e outro para avaliar a qualidade de vida (WHOQol (bref)).

Condições e financiamento: Este estudo não envolve procedimentos que não se enquadrem na prática clínica normal nem pretende testar novos produtos ou medicamentos.

A participação neste estudo é totalmente voluntária, não acarretando quaisquer custos, podendo retirar o seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis, e com a total ausência de prejuízos, assistenciais aos outros, caso não queira participar. Ao decidir participar pode colocar todas as questões que considerar necessárias para o seu esclarecimento.

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos são de uso exclusivo dos responsáveis pelo estudo e serão tratados de modo a garantir a sua confidencialidade. A análise dos dados será efetuada em ambiente que garanta o anonimato dos mesmos.

Acompanhamento dos participantes: É assegurado a todos os pacientes que participem no estudo acompanhamento psicológico sempre que este seja necessário. Se o mesmo for solicitado pelo participante, o pedido deverá ser dirigido à investigadora principal.

Assinatura do investigador:

Luana Sofia Marques Martins
Luana-martins28@hotmail.com
Tm. 916742796

Assinatura dos orientadores:

Professora Doutora Susana Silva

Professor Doutor Vítor Teixeira

Data Protection Officer – UCP
Dra. Frederica Campos de Carvalho
Contacto Telefónico: +351 217214179
E-mail: compliance.rgd@ucp.pt

Por favor leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto, ou que não está claro, por favor não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Eu, abaixo-assinado _____ declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m.

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito que os dados recolhidos, de forma voluntária, sejam divulgados sob a forma de publicação científica, desde que a minha identidade seja mantida confidencial.

Nome: _____

Assinatura: _____

_____, ____/____/____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR INCAPACIDADE

NOME: _____

BI/CC Nº: _____ DATA OU VALIDADE: ____/____/____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____


ASSINATURA: _____

ESTE DOCUMENTO É FEITO DE DUAS VIAS: UMA ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Anexo 2 – Parecer comissão de ética



Parecer sobre o projeto nº 120
Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa
Mandato 2019/2023

| |
|---|
| <p>Projeto de Investigação Na reunião do dia 27 de maio de 2021 a CES-UCP esteve reunida e apreciou do ponto de vista ético os elementos submetidos pela investigadora, em resposta a parecer prévio da CES. Sobre a apreciação redige o parecer que agora se apresenta.</p> |
| <p>Título: Impacto psicossocial em pacientes com indicação para Tratamento Ortodôntico-Cirúrgico-Ortognático (TOCO)</p> |
| <p>Investigador Principal: Luana Sofia Marques Martins Orientador: Professora Doutora Susana Paula Machado da Silva; Professor Doutor Vitor Manuel dos Santos Teixeira; Professora Doutora Célia Ribeiro.</p> |
| <p>Resumo: Uma cirurgia ortognática pode causar sintomas depressivos, baixa autoconfiança, baixa autoestima, maiores níveis de ansiedade social. Até hoje este tema, que relaciona a medicina dentária e a psicologia, foi muito pouco estudado em Portugal. Assim é objetivo desta dissertação de mestrado integrado em medicina dentária, avaliar o impacto psicossocial desta cirurgia, através de um questionário Rosenberg (escala de Lickert, 10 perguntas) e do Questionário de avaliação da Qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde - WHOQoL-Bref)</p> |
| <p>Estiveram presentes na reunião nº 29 da CES-UCP Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas Doutor Jerónimo Santos Trigo Doutor Pedro Garcia Marques Dr. Eugénio Fonseca Mestre António Faria Vaz Doutora Ana Mineiro Zaky Doutora Marta Brites Mestre Ivone Gaspar</p> |
| <p>Conclusão Ouvido o Relator, e o plenário da reunião do dia 27 de maio de 2021, realizada por videoconferência, esta CES delibera, por unanimidade, a emissão de parecer favorável, tendo em conta os esclarecimentos prestados.</p> |
| <p>Esta CES solicita à Investigadora Principal que, aquando da conclusão do estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados obtidos e respetivas conclusões, via eletrónica, para o correio eletrónico da CES UCP.</p> |
| <p>A Presidente,  Mara de Sousa Freitas 27/05/2021</p> |

Anexo 3 – Questionário WHOQOL-Bref

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos A2 Data de Nascimento / /

A3 Sexo Masculino
 Feminino

| | | | |
|----|--------------|---------------------------------------|--------------------------|
| A4 | Escolaridade | Não sabe ler nem escrever | <input type="checkbox"/> |
| | | Sabe ler e/ou escrever | <input type="checkbox"/> |
| | | 1 ^o -4 ^o anos | <input type="checkbox"/> |
| | | 5 ^o -6 ^o anos | <input type="checkbox"/> |
| | | 7 ^o -9 ^o anos | <input type="checkbox"/> |
| | | 10 ^o -12 ^o anos | <input type="checkbox"/> |
| | | Estudos Universitários | <input type="checkbox"/> |
| | | Formação pós-graduada | <input type="checkbox"/> |

A5 Profissão

A5.1 Freguesia

A5.2 Concelho

A5.3 Distrito

| | | | |
|----|--------------|----------------|--------------------------|
| A7 | Estado Civil | Solteiro(a) | <input type="checkbox"/> |
| | | Casado(a) | <input type="checkbox"/> |
| | | União de facto | <input type="checkbox"/> |
| | | Separado(a) | <input type="checkbox"/> |
| | | Divorçado(a) | <input type="checkbox"/> |
| | | Viúvo(a) | <input type="checkbox"/> |

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem?

B2 Há quanto tempo?

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado
2. Assistido pelo entrevistador
3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

| | Nada | Pouco | Moderadamente | Bastante | Completamente |
|--|------|-------|---------------|----------|---------------|
| Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

| | | Muito Má | Má | Nem Boa Nem Má | Boa | Muito Boa |
|--------|--------------------------------------|----------|----|-------------------|-----|-----------|
| 1 (Q1) | Como avalia a sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Muito Insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito Satisfeito |
|--------|---|--------------------|--------------|------------------------------------|------------|------------------|
| 2 (Q4) | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

| | | Nada | Pouco | Nem muito nem pouco | Muito | Máximo |
|-----------|---|------|-------|------------------------|-------|--------|
| 3 (F1.4) | Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 (F11.3) | Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 (F4.1) | Até que ponto gosta da vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 (F24.2) | Em que medida sente que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 (F5.3) | Até que ponto se consegue concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 (F16.3) | Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 (F21.1) | Em que medida é saudável o seu ambiente físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

| | | Nada | Pouco | Moderadamente | Bastante | Completamente |
|------------|---|------|-------|---------------|----------|---------------|
| 10 (F12.1) | Tem energia suficiente para a sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 (F7.1) | É capaz de aceitar a sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 (F18.1) | Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 (F20.1) | Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 (F21.1) | Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Muito Má | Má | Nem boa nem má | Boa | Muito Boa |
|-----------|---|----------|----|----------------|-----|-----------|
| 15 (F9.1) | Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

| | | Muito Insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito Satisfeito |
|------------|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 16 (F3.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 (F10.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 (F12.4) | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 (F6.3) | Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 (F13.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 (F15.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 (F14.4) | Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 (F17.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 (F19.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 (F23.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

| | | Nunca | Poucas vezes | Algumas vezes | Frequentemente | Sempre |
|-----------|--|-------|--------------|---------------|----------------|--------|
| 26 (F8.1) | Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anexo 4 – Escala de Autoestima Global de Rosenberg

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO

QUESTIONÁRIO DE AUTO-ESTIMA GLOBAL

Autor: M. Rosenberg
Adaptação: Luísa Faria (2000)

Segue-se uma lista de afirmações respeitantes ao modo como se sente acerca de si próprio(a). À frente de cada uma delas assinala com uma cruz (X), na respectiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

| A | B | C | D | E | F |
|------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|----------|------------------------|
| CONCORDO TOTALMENTE | CONCORDO | CONCORDO PARCIALMENTE | DISCORDO PARCIALMENTE | DISCORDO | DISCORDO TOTALMENTE |

| | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Globalmente estou satisfeito(a) comigo próprio(a). | A | B | C | D | E | F |
| 2. | Por vezes penso que nada valho. | A | B | C | D | E | F |
| 3. | Sinto que tenho um bom número de qualidades. | A | B | C | D | E | F |
| 4. | Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das outras pessoas. | A | B | C | D | E | F |
| 5. | Sinto que não tenho muito de que me orgulhar. | A | B | C | D | E | F |
| 6. | Por vezes sinto-me de facto um(a) inútil. | A | B | C | D | E | F |
| 7. | Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros. | A | B | C | D | E | F |
| 8. | Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a). | A | B | C | D | E | F |
| 9. | Em termos gerais inclino-me a achar que sou um(a) falhado(a). | A | B | C | D | E | F |
| 10. | Adopto uma atitude positiva perante mim próprio(a). | A | B | C | D | E | F |

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

Autor: M. Rosenberg