



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

UISEU

**IMPACTO PSICOSSOCIAL EM PACIENTES SUBMETIDOS A
TRATAMENTO ORTODÔNTICO – CIRÚRGICO - ORTOGNÁTICO
(TOCO)**

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

Por:

Rita Alexandra Figueiral Antunes

Viseu, 2021



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

**IMPACTO PSICOSSOCIAL EM PACIENTES SUBMETIDOS A
TRATAMENTO ORTODÔNTICO – CIRÚRGICO - ORTOGNÁTICO
(TOCO)**

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

Por:

Rita Alexandra Figueiral Antunes

Orientador

Professora Doutora Susana Silva

Coorientador

Professor Doutor Vítor Teixeira

Viseu, 2021

“Afinal, há é que ter paciência, dar tempo ao tempo, já devíamos ter aprendido, e de uma vez para sempre, que o destino tem de fazer muitos rodeios para chegar a qualquer parte”.

- José Saramago

Dedicatória

Aos meus pais, José e Paula,

Por serem os meus maiores admiradores e transmitirem os melhores valores. Por todos os conselhos e por me possibilitarem alcançar as minhas metas. Por serem o meu maior orgulho e um exemplo a seguir. Acima de tudo, pelo amor incondicional demonstrado sempre.

À minha irmã, Patrícia,

Por me acompanhar em todas as etapas e ser a minha maior confidente... Não podia pedir melhor irmã.

Ao meu avô, Ribeiro,

Por todas as palavras de incentivo, conversas e ser um exemplo de superação.

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora **Susana Silva**, pela inspiração, motivação e apoio prestado ao longo deste ano. Agradeço toda a preocupação, conversas e incentivo para fazer mais e melhor.

Ao Professor Doutor **Vitor Teixeira**, por se ter disponibilizado para coorientar a presente dissertação.

Ao Doutor **Carlos Almeida** pela prontidão e disponibilidade demonstrada em colaborar desde o início. O seu contributo facilitou bastante a concretização desta investigação. Foi, sem dúvida, uma preciosa ajuda.

À Doutora **Mariana Oliveira** e à Doutora **Rita Carvalho**, pela envolvimento e interesse demonstrado. É de louvar o seu contributo.

Aos meus **pais e restante família**, a quem, incontestavelmente, devo tudo o que sou. Um “obrigada” nunca será suficiente para agradecer todo o apoio, amizade e tempo despendido comigo.

À minha avó, **Maria Rosa**, por me presentear sempre com um sorriso e pela preocupação constante, esteja eu onde estiver.

Aos meus amigos de longa data, **Bruno Campos** e **Inês Oliveira**, que representam bem o significado da palavra “amizade”.

Às minhas amigas, **Beatriz Caiado** e **Patrícia Amaral**, sem as quais este percurso não teria sido o mesmo.

À **Catarina Oliveira**, a quem agradeço todas as conversas, sorrisos e partilhas diárias que tanto me (re)confortaram desde o primeiro dia. Espero que esta “aventura” tenha sido apenas o início e que possamos continuar a crescer, lado a lado. Foi, sem dúvida, um presente que a vida me deu.

Ao **Mário Oliveira**, com quem vivi de perto este último ano e agradeço todo o carinho, companheirismo e partilha.

Ao **Benito Pennacchio** por ter sido um excelente companheiro de tese e pela amizade.

Resumo

Introdução: A deformidade dentofacial caracteriza-se pela existência de desproporção esquelética e má oclusão dentária severa. Estima-se que cerca de 20% da população mundial padece desta condição considerada incapacitante que compromete os seus portadores a nível funcional, físico, psicológico e social. A opção terapêutica de eleição para estes indivíduos cujo potencial de crescimento ativo já cessou é o tratamento ortodôntico – cirúrgico - ortognático.

Materiais e Métodos: Para avaliar o impacto psicossocial em pacientes submetidos a tratamento ortodôntico – cirúrgico – ortognático, foi realizado um estudo transversal descritivo. Assim, foram aplicados dois questionários: a Escala de Autoestima Global de Rosenberg (RSES) e o Questionário de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQoL- Bref). Esta investigação apresentou uma amostra total de 187 inquiridos divididos em dois grupos: o de controlo (constituído por 154 indivíduos que realizaram tratamento ortodôntico convencional) e o de estudo (composto por 33 participantes submetidos a tratamento ortodôntico – cirúrgico – ortognático).

Resultados: A amostra total apresentou idades compreendidas entre os 18 e os 57 anos e idade média de 24,4 anos ($\pm 6,53$). Relativamente à autoestima geral específica para cada grupo, obteve-se uma média de 48,59 ($\pm 7,73$) para o grupo de controlo e de 52,09 ($\pm 5,02$) para o grupo de estudo. Quanto à qualidade de vida, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no domínio físico ($p=0,023$) entre ambos os grupos da amostra. Nos restantes domínios, o mesmo não se verificou ($p>0,05$).

Conclusão: Os pacientes submetidos ao tratamento ortodôntico – cirúrgico - ortognático apresentam níveis de autoestima superiores comparativamente aos pacientes que realizaram tratamento ortodôntico convencional. Quanto à qualidade de vida, o grupo de estudo apresentou valores mais altos no domínio físico. Nos restantes domínios não foram registadas diferenças estatisticamente significativas. O(a) médico(a) dentista parece ser o(a) principal responsável pelo encaminhamento dos pacientes com deformidade dentofacial.

Palavras-chave: Deformidade dentofacial; Qualidade de Vida; Autoestima; Ortodontia; Cirurgia Ortognática

Abstract

Introduction: Dentofacial deformity is characterized by the existence of skeletal disproportions and severe dental malocclusion. It is estimated that about 20% of the world population suffers from this condition, which is considered disabling since compromises its carriers at functional, physical, psychological and social levels. The therapeutic option for these individuals whose potential for active growth has ceased is combined orthodontic-orthognathic surgical treatment.

Materials and Methods: To assess the psychosocial impact on patients undergoing orthodontic treatment in conjunction with orthognathic surgery, a descriptive cross-sectional study was carried out. Thus, to assess these variables, two questionnaires were applied: the Rosenberg Global Self Esteem Scale (RSES) and the World Health Organization's Quality of Life Assessment Questionnaire (WHOQoL-Bref). This investigation presented a total sample of 187 participants divided into two groups: the control group (consisting of 154 individuals who underwent conventional orthodontic treatment) and the study group (composed of 33 participants undergoing combined orthodontic-orthognathic surgical treatment).

Results: The total sample was aged between 18 and 57 years old with an average age of 24.4 years old (± 6.53). Regarding the specific general self-esteem for each group, an average of 48.59 (± 7.73) was obtained for the control group and 52.09 (± 5.02) for the study group. Concerning quality of life, only statistically significant differences were found in the physical domain ($p=0.023$) between both sample groups. In the remaining domains, the same was not verified ($p>0.05$).

Conclusion: Patients undergoing combined orthodontic-orthognathic surgical treatment have higher levels of self-esteem compared to patients who underwent conventional orthodontic treatment. As for quality of life, the study group had higher values in the physical domain. In the remaining domains, no statistically significant differences were registered. The dentist is primarily responsible for referring patients with dentofacial deformities.

Keywords: Orthodontics; Dentofacial deformity; Quality of life; Self-esteem; Orthodontics; Orthognathic surgery

Índice

I.	Revisão Bibliográfica.....	1
I.1	Conceito de Má oclusão.....	3
I.2	Conceito de Deformidade Dentofacial	5
I.2.1	Dimensões psicossociais da DDF	5
I.2.2	Tratamento da DDF.....	6
I.3	Tratamento Ortodôntico-Cirúrgico-Ortognático	7
I.3.1	Indicações	7
I.3.2	Motivações	9
I.3.3	Fases.....	9
I.3.4	Benefícios e complicações	18
I.3.5	Intervenção multidisciplinar	18
I.3.6	Impacto psicossocial do TOCO	19
I.4	Objetivos gerais.....	20
II.	Materiais e Métodos.....	23
II.1	Caracterização do estudo e da amostra	25
II.2	Critérios de seleção.....	25
II.2.1	Critérios de inclusão e exclusão	25
II.3	Considerações éticas.....	26
II.4	Instrumentos.....	26
II.4.1	Escala de Autoestima Global de Rosenberg (RSES).....	27
II.4.2	Questionário de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQoL-BREF)	27
II.5	Análise Estatística.....	28
III.	Resultados.....	29
III.1	Caracterização sociodemográfica da amostra.....	31
III.1.1	Idade	31

III.1.2	Idade aquando da cirurgia ortognática	32
III.1.3	Género	32
III.1.4	Nível de escolaridade.....	33
III.1.5	Estado civil.....	33
III.1.6	Resumo.....	34
III.2	Caracterização da autoestima	35
III.3	Caracterização da qualidade de vida nos diferentes domínios.....	37
III.4	Caracterização das classes esqueléticas no grupo de estudo	38
III.5	Caracterização da qualidade de vida e autoestima em função do tempo decorrido após realização da cirurgia ortognática.....	42
IV.	<i>Discussão</i>	45
IV.1	Discussão dos resultados	47
IV.2	Limitações do estudo.....	53
V.	<i>Conclusão</i>.....	55
VI.	<i>Bibliografia</i>	59
VII.	<i>Anexos</i>.....	67
VII.1	Anexo 1 - Modelo de Consentimento Informado	69
VII.2	Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa.....	71
VII.3	Anexo 3 – Escala de Autoestima Global de Rosenberg (RSES).....	73
VII.4	Anexo 4 – Questionário de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQoL-Bref)	74
VIII.	<i>Apêndices</i>.....	79
VIII.1	Apêndice 1 – Questionário “Informações adicionais acerca do paciente”	81

Índice de Tabelas

Tabela 1 - <i>Estatísticas relativas à idade dos grupos da amostra</i>	31
Tabela 2 - <i>Estatísticas relativas à idade do grupo de estudo aquando da submissão à cirurgia ortognática</i>	32
Tabela 3 - <i>Estatísticas relativas ao género dos grupos da amostra</i>	32
Tabela 4 - <i>Estatísticas relativas ao estado civil dos grupos da amostra</i>	33
Tabela 5 - <i>Caracterização sociodemográfica dos grupos da amostra</i>	34
Tabela 6 - <i>Dados descritivos em relação à autoestima</i>	36
Tabela 7 - <i>Domínios da QV em função dos grupos da amostra</i>	38
Tabela 8 - <i>Caracterização da classe esquelética</i>	39
Tabela 9 - <i>Dados relativos à qualidade de vida e autoestima em função da classe esquelética</i>	40
Tabela 10 - <i>Motivações do grupo de estudo para a realização do TOCO</i>	41
Tabela 11 - <i>Principal responsável pelo encaminhamento para o TOCO</i>	42
Tabela 12 - <i>Dados relativos à qualidade de vida e autoestima em função do tempo decorrido após a cirurgia ortognática</i>	43

Índice de Figuras

Figura 1 - <i>Ilustração das classes de Angle (Adaptado de Cobourne M, DiBiase A. Handbook of Orthodontics. 2nd ed. Elsevier; 2016) (5)</i>	4
Figura 2 - <i>Osteotomia Le Fort I (Adaptado de Kashani H, Rasmusson L. Osteotomies in Orthognathic Surgery. In: Motamedi M, editor. A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery Volume 3. INTECH; 2016. p. 617–49) (30)</i>	12
Figura 3 - <i>Vista frontal da osteotomia Le Fort I (Adaptado de Kashani H, Rasmusson L. Osteotomies in Orthognathic Surgery. In: Motamedi M, editor. A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery Volume 3. INTECH; 2016. p. 617–49) (30)</i>	12
Figura 4 - <i>Aparelho expansor colocado após a cirurgia (Adaptado de Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. Ortodontia Contemporânea. 5th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012) (2)</i> .	13
Figura 5 - <i>Osteotomia segmentar anterior (Adaptado de Kashani H, Rasmusson L. Osteotomies in Orthognathic Surgery. In: Motamedi M, editor. A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery Volume 3. INTECH; 2016. p. 617–49) (30)</i>	14
Figura 6 - <i>Osteotomia segmentar posterior (Adaptado de Kashani H, Rasmusson L. Osteotomies in Orthognathic Surgery. In: Motamedi M, editor. A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery Volume 3. INTECH; 2016. p. 617–49) (30)</i>	14
Figura 7 – <i>Osteotomia Bilateral Sagital (Adaptado de Kashani H, Rasmusson L. Osteotomies in Orthognathic Surgery. In: Motamedi M, editor. A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery Volume 3. INTECH; 2016. p. 617–49) (30)</i>	15
Figura 8 – <i>Osteotomia Vertical do Ramo da Mandíbula (Adaptado de Kashani H, Rasmusson L. Osteotomies in Orthognathic Surgery. In: Motamedi M, editor. A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery Volume 3. INTECH; 2016. p. 617–49) (30)</i> .	15
Figura 9 – <i>Esquematização de diferentes técnicas de mentoplastia (Adaptado de Kashani H, Rasmusson L. Osteotomies in Orthognathic Surgery. In: Motamedi M, editor. A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery Volume 3. INTECH; 2016. p. 617–49) (30)</i>	16
Figura 10 – <i>Osteotomia lateral do corpo da Mandíbula e respectiva fixação (Adaptado de Kashani H, Rasmusson L. Osteotomies in Orthognathic Surgery. In: Motamedi M, editor. A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery Volume 3. INTECH; 2016. p. 617–49) (30)</i>	17

Figura 11 – *Osteotomia em L invertido* (Adaptado de Kashani H, Rasmusson L. Osteotomies in Orthognathic Surgery. In: Motamedi M, editor. A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery Volume 3. INTECH; 2016. p. 617–49) (30)17

Lista de Siglas

AE – Autoestima

ASA – American Society of Anesthesiologist

CV – Coeficiente de variação

DDF – Deformidade Dentofacial

DP – Desvio Padrão

M – Média

QV – Qualidade de Vida

RSES – Escala de Autoestima Global de Rosenberg

TOCO – Tratamento Ortodôntico – Cirúrgico - Ortognático

WHOQoL–Bref – Questionário de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (versão abreviada)

I. Revisão Bibliográfica

I. Revisão Bibliográfica

I.1 Conceito de Má oclusão

A oclusão consiste na relação que os dentes maxilares e mandibulares estabelecem entre si à medida que são colocados em contacto funcional. (1)

Para uma oclusão ser considerada normal têm de ser respeitados dois requisitos:

1. Os dentes têm de estar alinhados numa linha curva suave;
2. Deve existir uma relação molar adequada, isto é, a cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior permanente deve ocluir no sulco vestibular do primeiro molar inferior permanente. (2)

Sempre que não se verifique pelo menos um dos pontos suprarreferidos, considera-se que existe um desvio da normalidade e estabelece-se, portanto, um diagnóstico de má oclusão – uma anomalia que acomete os arcos dentários, as bases esqueléticas ou ambos. (1)

No final do século XIX, Edward Angle, considerado o “Pai da Ortodontia Moderna”, classificou as más oclusões dentárias, baseando-se nas relações ântero-posteriores e tendo como referência a relação dos primeiros molares superiores e inferiores permanentes. (2,3)

Assim, descreveu três classes de má oclusão, também nomeadas por Lisher:

1. Má oclusão classe I de Angle: Também denominada Neutroclusão (Lisher, 1912). Caracteriza-se pela existência de uma relação molar normal, uma vez que a cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior oclui no sulco vestibular do primeiro molar inferior. No entanto, considera-se má oclusão por apresentar uma linha de oclusão incorreta devido a dentes mal posicionados, anomalias nas relações verticais ou transversais ou, ainda, desvios na posição sagital dos incisivos. (3,4)
2. Má oclusão classe II de Angle: Também designada Distocclusão (Lisher, 1912). Caracteriza-se pela existência de uma relação oclusal distal onde a cúspide mesiovestibular do primeiro molar inferior oclui a distal da

cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior. As classes II podem ser subdivididas em:

- Divisão 1 ou divisão 2, de acordo com a posição dos incisivos superiores;
- Completa ou incompleta, dependendo da intensidade do desvio sagital entre os molares;
- Unilateral ou bilateral. (3)

3. Má oclusão classe III de Angle: Caracterizada por uma Mesioclusão (Lisher, 1912), onde o sulco vestibular do primeiro molar inferior se situa numa posição mesial relativamente ao primeiro molar superior. (3,4)

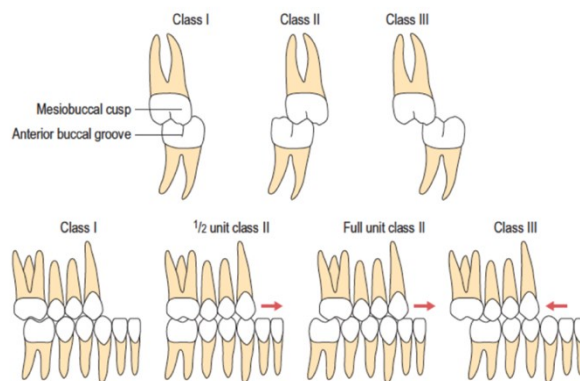


Figura 1 - Ilustração das classes de Angle (Adaptado de Cobourne M, DiBiase A. *Handbook of Orthodontics*. 2nd ed. Elsevier; 2016) (5)

Como referido anteriormente, uma má oclusão não ocorre somente aquando da existência de desvios dentários. Esta patologia pode, igualmente, surgir devido a alterações no crescimento e desenvolvimento das bases ósseas, o que resulta em discrepâncias osteo-dentárias e má relação entre as arcadas nos planos transversal, sagital e/ou vertical. (6)

Desvios da normalidade tanto a nível dentário como esquelético, traduzem-se em modificações nos tecidos moles com repercussões evidentes nos contornos faciais. (7) Tal é perceptível, por exemplo, nas más oclusões de classes II e III esqueléticas marcadas, nas mordidas abertas esqueléticas, entre outras, onde os pacientes apresentam um perfil alterado, o que pode gerar um menor grau de aceitabilidade estética e social, dependendo da cultura e raça em que se inserem. (2,8)

Considera-se, assim, que uma oclusão anormal pode conduzir a diversas alterações nos indivíduos com comprometimento estético (facial e dentário), social e funcional. (9) Assim sendo, torna-se imprescindível compreender este distúrbio por forma a tratar e, conseqüentemente, minimizar o seu impacto na vida dos pacientes.

I.2 Conceito de Deformidade Dentofacial

A deformidade dentofacial (DDF), tal como o nome indica, caracteriza-se pela existência simultânea de má oclusão dentária grave e desproporção esquelética, com conseqüente afetação da estética dentária e facial. (10) Estas deformidades podem apresentar vários graus de complexidade: desde uma ligeira proeminência do mento até uma microssomia hemifacial, em casos mais severos. (11) Estima-se que cerca de 20% da população mundial sofre desta condição que compromete os seus portadores a diversos níveis: funcional, físico, psicológico e social. (12)

I.2.1 Dimensões psicossociais da DDF

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida (QV) diz respeito à percepção dos indivíduos quanto à sua posição na vida, tendo em conta o contexto cultural e os valores onde se inserem e os seus objetivos, padrões, expectativas e preocupações. (13) Já a autoestima (AE), pode ser definida como os juízos de valor que um indivíduo desenvolve sobre si mesmo, que resultam de diversas componentes, tais como o valor pessoal, a autoconfiança, o autorrespeito e o amor próprio. (14) Tendo por base as definições apresentadas bem como a literatura atual, compreende-se que, de facto, tanto a AE como a QV são variáveis que podem ser afetadas pela presença de DDF. (13)

Ora vejamos:

A atratividade e a aparência facial são estímulos que influenciam fortemente os indivíduos, independentemente da idade. (15) Uma estética agradável é usualmente associada a uma maior AE, isto porque, como

resultado da atratividade física, há um autojulgamento e percepção global positivos da pessoa sobre as suas características e, em geral, sobre si própria. (16) Por outro lado, os indivíduos portadores de DDF, devido ao facto de exibirem uma desarmonia facial e, portanto, um desvio da normalidade nos padrões de beleza ideais, tendem a ser alvo de discriminação por parte de terceiros, a sentir-se menos satisfeitos com a sua aparência e, de uma forma geral, mais ansiosos, menos confiantes, entre outros sentimentos depreciativos, o que acaba por afetar negativamente as suas relações interpessoais e o seu autoconceito. (8,15,17)

Para além da índole física, estas deformidades também podem interferir e dificultar determinadas funções do sistema estomatognático, tais como a fonação, a mastigação, a deglutição e a sucção. Como consequência, estes indivíduos podem sentir-se embaraçados ao realizar estas atividades básicas do quotidiano em público o que, mais uma vez, poderá resultar numa limitação das suas interações sociais. (18)

Assim, face ao referido, podemos concluir que a DDF é uma condição considerada incapacitante que pode influenciar significativamente o bem-estar mental, físico e social dos seus portadores e, por conseguinte, a sua AE e QV. (10,15)

I.2.2 Tratamento da DDF

Atualmente, o tratamento das DDF é direcionado no sentido de estabelecer uma correta oclusão e uma harmonia a nível funcional, esquelético e dos tecidos moles. (19)

Para tal, há que considerar os seguintes fatores: a idade do paciente, o seu desenvolvimento ósseo, o objetivo pretendido, a extensão e a localização da ação terapêutica. (3)

Existem inúmeras opções terapêuticas. Contudo, de forma sucinta, podemos definir três:

1. Terapia modificadora de crescimento (tratamento intercetivo): é uma opção a considerar se a alteração for detetada numa idade precoce, isto

é, quando o paciente ainda se encontra em fase de crescimento puberal (observável, por exemplo, através da realização de uma radiografia da mão e punho). Nestes casos, recorre-se a aparelhos funcionais por forma a modificar o crescimento das bases ósseas; (3,19,20)

2. Tratamento ortodôntico com camuflagem dentária (tratamento corretivo): passível de se realizar quando já não existe potencial de crescimento. Consiste na exodontia de peças dentárias, em casos mais leves, o que produz uma compensação dentária à discrepância esquelética existente; (21)
3. Tratamento ortodôntico aliado à cirurgia ortognática (tratamento corretivo): frequentemente realizada em casos mais severos. Tem como objetivo restabelecer um padrão facial normal através da reposição dos segmentos dentoalveolares e das bases ósseas. É considerado o tratamento ideal, uma vez que corrige a deformidade ao invés de a compensar como acontece com a camuflagem dentária. Este procedimento apenas pode ser realizado após o término do crescimento. (21)

I.3 Tratamento Ortodôntico-Cirúrgico-Ortognático

O Tratamento Ortodôntico-Cirúrgico-Ortognático (TOCO) é um procedimento complexo que visa a correção da posição das peças dentárias e das bases ósseas (maxila, mandíbula ou ambas), o que, naturalmente, pressupõe a associação interdisciplinar entre as áreas da Ortodontia e da Cirurgia Maxilofacial. De uma forma geral, o principal objetivo desta intervenção é estabelecer uma harmonia oclusofuncional e estética (facial e dentária), com consequente melhoria a nível psicológico e social. (22)

I.3.1 Indicações

O TOCO constitui, portanto, uma opção terapêutica para pacientes cujo potencial de crescimento já cessou e que apresentem concomitantemente má oclusão severa e DDF não corrigível somente com tratamento ortodôntico convencional e camuflagem. (8,21,22) Neste sentido, e de acordo com a

Associação Americana de Cirurgiões Orais e Maxilofaciais, este procedimento está indicado nas seguintes circunstâncias: (23)

1. Anomalias dentofaciais:

a. Discrepâncias ântero-posteriores

- Relação incisal em que o overjet é ≤ 0 mm ou ≥ 5 mm (norma de 2 mm)
- Relação molar com discrepância ≥ 4 mm (norma de 0 a 1 mm)

b. Discrepâncias verticais

- Deformidade esquelética vertical com dois ou mais desvios das normas definidas
- Mordida aberta anterior
- Mordida aberta posterior > 2 mm
- Mordida profunda que interfira negativamente com os tecidos moles da arcada antagonista
- Sobre-erupção dentária por ausência de antagonistas

c. Discrepâncias transversais

- Discrepância esquelética transversal com dois ou mais desvios das normas definidas
- Mordidas cruzadas bilaterais ≥ 4 mm e unilaterais ≥ 3 mm, sem alterações no torque

d. Assimetrias

- Ântero-posteriores, laterais ou transversais > 3 mm

Para além das situações acima descritas, a cirurgia ortognática pode igualmente ser realizada quando existem discrepâncias esqueléticas faciais associadas a problemas funcionais, tais como: (23)

a. Disfunções temporomandibulares

b. Disfunções respiratórias

- Síndrome da apneia obstrutiva do sono

c. Distúrbios na fala

I.3.2 Motivações

Adicionalmente às indicações, um outro ponto importante a considerar aquando da ponderação para a realização do TOCO é a motivação dos pacientes. De forma sucinta, a motivação pode ser descrita como o estímulo que induz um indivíduo a executar uma dada ação a fim de alcançar um determinado objetivo. (24)

De uma forma geral, podemos distinguir dois tipos de fontes de motivação: uma interna e outra externa. A fonte interna, como o nome indica, deriva de fatores inerentes à pessoa, ou seja, advém do próprio desejo do paciente de realizar o tratamento por forma a corrigir um problema (estético ou funcional) que o mesmo identifica. Por outro lado, na fonte externa, há uma procura pelo tratamento resultante da pressão de outras pessoas. Nestes casos, os pacientes têm como motivação agradar a quem lhes é mais próximo, sejam eles familiares, amigos ou cônjuge. Assim, estes pacientes acreditam que a realização do TOCO lhes poderá conferir vantagens no meio externo e, desta forma, melhorar a sua condição social. (24,25)

De facto, tal como apresentado, existem diversas motivações para a realização deste tratamento, contudo, nem todas as razões apresentadas pelos pacientes são válidas. Ou seja, não basta haver um estímulo para a mudança. É necessário que exista concomitantemente indicação para a realização do mesmo. (24)

I.3.3 Fases

I.3.3.1 Diagnóstico

Antes de qualquer intervenção é primeiramente necessário estabelecer um correto diagnóstico para que depois se possa, com base neste, traçar um plano de tratamento. Assim, na fase de diagnóstico, deve ser feita uma recolha de dados, devendo esta incluir: a anamnese (a qual deve conter informações referentes à história médica e dentária do paciente, bem como o motivo da consulta e as suas expectativas quanto ao possível tratamento) e exames complementares de diagnóstico (nomeadamente uma ortopantomografia, uma

telerradiografia de perfil através da qual se realiza a análise cefalométrica, eventualmente radiografias periapicais, fotografias intra e extraorais e impressões para posterior confecção de modelos de gesso de estudo). (26) Se após a análise destes parâmetros o paciente for efetivamente candidato à realização de TOCO e concordar com esta opção terapêutica, dá-se início ao tratamento (fase pré-cirúrgica).

I.3.3.2 Fase pré-cirúrgica

Uma das abordagens ao TOCO mais comuns é a convencional. Esta constitui um processo longo que compreende três fases distintas: uma fase pré-cirúrgica, uma fase cirúrgica e uma fase pós-cirúrgica. (2)

A fase pré-cirúrgica envolve o tratamento ortodôntico com um período de duração variável entre os 12 e os 24 meses e centra-se na correção da componente dentoalveolar. (2) Os principais objetivos desta fase são três:

1. Descompensação dentária pré-cirúrgica: As discrepâncias esqueléticas são, por norma, pautadas pela existência de compensações dentárias que surgem por forma a mascarar a deformidade subjacente. Por exemplo, em casos de classe III esquelética, os dentes incisivos superiores proclinam e os inferiores retroclinam de modo a camuflar o retrognatismo maxilar e o prognatismo mandibular, respetivamente. Nesta fase, o que se pretende é justamente o contrário. Ou seja, o que se objetiva é expor a discrepância esquelética presente, movendo os dentes para a posição ideal e revertendo qualquer compensação dentária que exista. Naturalmente que, apesar de ser necessária, esta descompensação tem como consequência direta um agravamento da estética, uma vez que mostra a verdadeira magnitude da má oclusão;
2. Alinhamento dentário: Os dentes deverão ficar adequadamente alinhados. Desta forma, devem ser corrigidos quaisquer apinhamentos, diastemas, rotações e má posições dentárias que existam;

3. Coordenação das arcadas dentárias: Neste caso, o que se pretende é obter uma relação transversal normal a fim de alcançar a máxima intercuspidação após a cirurgia. Para tal, terá de se avaliar se há necessidade de expansão ou contração das arcadas e, se sim, efetuar esse procedimento. (27,28)

I.3.3.3 Fase cirúrgica

Depois de efetuado o descrito e de se verificarem os três parâmetros apresentados é realizada a cirurgia ortognática. Esta cirurgia permite que ocorra movimentação das bases ósseas e que as mesmas sejam reposicionadas tridimensionalmente. O cirurgião maxilofacial é o responsável pelo seu planeamento e pela realização das osteotomias por si programadas. (2,27)

De notar que, após esta fase, os pacientes experienciam um período mais débil, no qual é expectável a ocorrência de edema da face, congestão nasal e dificuldade em mastigar alimentos, devendo, por isso, a alimentação ser adaptada. (27)

I.3.3.3.1 Técnicas cirúrgicas

De facto, existe uma série de osteotomias que podem ser executadas, podendo estas ser maxilares, mandibulares ou combinadas, isto é, bimaxilares. O tipo de cirurgia a ser realizada vai depender não só do tipo de discrepância esquelética, mas também da sua gravidade. (28)

Osteotomias maxilares:

- **Osteotomia Le Fort I**

Existem três tipos de osteotomia Le Fort: a I, a II e a III. As osteotomias Le Fort II e III são bastante raras e usualmente aplicadas em casos de DDF associada a síndromes. Em contrapartida, a osteotomia Le Fort I é uma das técnicas de cirurgia ortognática maxilar mais comuns devido à sua

versatilidade. De facto, esta intervenção possibilita a movimentação da maxila nos planos sagital, vertical e transversal, estando, portanto, indicada em casos de classe II e III esquelética por prognatismo e retrognatismo maxilar respetivamente, assimetrias faciais e defeitos no terço médio da face. Este método obriga a que, primeiramente, seja realizada uma incisão intraoral. Esta deverá ir desde o primeiro molar até ao seu contralateral ou, de acordo com os protocolos modernos, restringir-se apenas à região dos incisivos. De seguida, procede-se ao afastamento do retalho por forma a expor as paredes da maxila. Posteriormente, inicia-se a osteotomia. Esta deve ir desde a abertura piriforme até à tuberosidade maxilar, devendo o mesmo ser feito no lado contralateral. Com o auxílio de um cinzel, separa-se o septo nasal e a junção pterigomaxilar, mobilizando, assim, a maxila e movimentando-a para a posição idealizada. (29,30)



Figura 2 - *Osteotomia Le Fort I* (Adaptado de Kashani H, Rasmusson L. Osteotomies in Orthognathic Surgery. In: Motamedi M, editor. A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery Volume 3. INTECH; 2016. p. 617–49) (30)

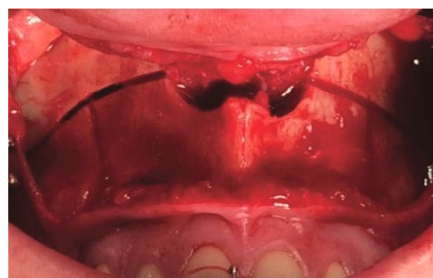


Figura 3 - *Vista frontal da osteotomia Le Fort I* (Adaptado de Kashani H, Rasmusson L. Osteotomies in Orthognathic Surgery. In: Motamedi M, editor. A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery Volume 3. INTECH; 2016. p. 617–49) (30)

○ **Expansão Rápida da Maxila Assistida Cirurgicamente**

A expansão rápida da maxila assistida cirurgicamente (ERMAC), tal como nome indica, é realizada quando se pretende que ocorra uma expansão

a nível da maxila. Esta técnica é indicada em casos de deficiência transversal da maxila, falha na expansão ortodôntica, estenose nasal significativa e alargamento do arco após colapso associado à deformidade de fenda palatina. De forma sucinta, a abordagem cirúrgica para a ERMAC é possível através da realização de osteotomias (idênticas às realizadas na técnica Le Fort I) que permitem reduzir a resistência óssea, seguidas da colocação de um expansor, o qual pode começar a ser ativado uma semana após a operação. (2,30)



Figura 4 - *Aparelho expansor colocado após a cirurgia (Adaptado de Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. Ortodontia Contemporânea. 5th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012) (2)*

○ **Osteotomia Segmentar Anterior**

A osteotomia segmentar anterior é uma técnica de cirurgia ortognática indicada quando se pretende reposicionar a parte anterior do maxilar num plano vertical. Assim, este método é utilizado para corrigir casos de mordida aberta anterior, de protrusão dos dentes anteriores e quando o tratamento ortodôntico por si só não é suficiente para solucionar as situações mencionadas. Esta intervenção requer a exodontia dos primeiros pré-molares superiores e a realização de osteotomias. Estas podem ser idênticas às realizadas na osteotomia Le Fort I ou na face vestibular da maxila, por cima das raízes dos incisivos, que permitem um acesso direto às paredes laterais anteriores da mesma, abertura piriforme e ao assoalho e septo nasal. (30)

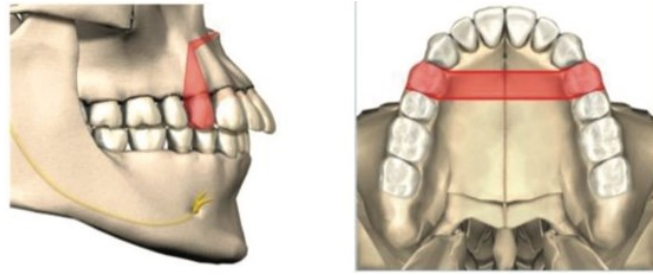


Figura 5 - *Osteotomia segmentar anterior* (Adaptado de Kashani H, Rasmusson L. Osteotomies in Orthognathic Surgery. In: Motamedi M, editor. A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery Volume 3. INTECH; 2016. p. 617–49) (30)

○ **Osteotomia Segmentar Posterior**

A osteotomia segmentar posterior é indicada a pacientes com mordida aberta posterior uni ou bilateral que a pretendam corrigir. Esta técnica envolve a realização de uma incisão intraoral. De seguida, procede-se à osteotomia propriamente dita que requer a realização de um corte horizontal na região posterior da maxila, desde o segundo molar até à face distal do canino, acima dos seus ápices dentários e outra vertical na face distal dos dentes referidos. Após efetuado o descrito, é possível mover o complexo dentoalveolar para a posição pretendida. (30)

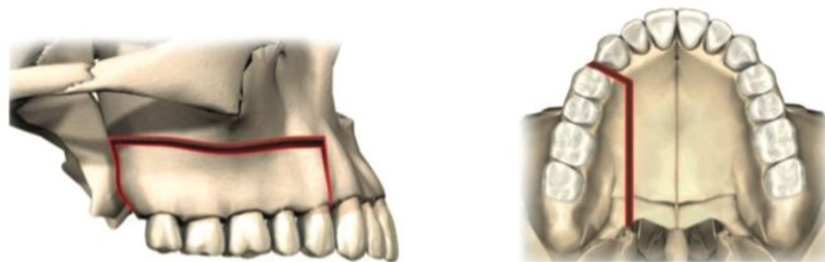


Figura 6 - *Osteotomia segmentar posterior* (Adaptado de Kashani H, Rasmusson L. Osteotomies in Orthognathic Surgery. In: Motamedi M, editor. A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery Volume 3. INTECH; 2016. p. 617–49) (30)

Osteotomias mandibulares:

○ **Osteotomia Bilateral Sagital**

A osteotomia bilateral sagital é a técnica mais comumente realizada na mandíbula, permitindo o seu avanço, recuo e rotação. É, portanto, indicada para a correção de casos de prognatismo e retrognatismo mandibular. Esta

intervenção envolve a realização de uma incisão intraoral que se estende desde a mucosa até à face lateral do bordo anterior do ramo da mandíbula. Quanto à osteotomia, a mesma foi sofrendo alterações ao longo dos anos. De forma sucinta, o que se preconiza é a realização de uma secção sagital da mandíbula na região do ângulo, por forma a separar o ramo do corpo mandibular. (30)



Figura 7 – *Osteotomia Bilateral Sagital* (Adaptado de Kashani H, Rasmusson L. Osteotomies in Orthognathic Surgery. In: Motamedi M, editor. A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery Volume 3. INTECH; 2016. p. 617–49) (30)

○ **Osteotomia Vertical do Ramo da Mandíbula**

A osteotomia vertical do ramo da mandíbula é uma técnica cirúrgica essencialmente indicada para pacientes que apresentem excesso mandibular e que o pretendam corrigir. Existem, no entanto, outras indicações para a realização da mesma, como acontece nos casos de assimetrias faciais e problemas na articulação temporomandibular. Nesta técnica, o ramo da mandíbula é verticalmente osteotomizado, desde a chanfradura sigmóide até ao bordo inferior da mandíbula. (30,31)

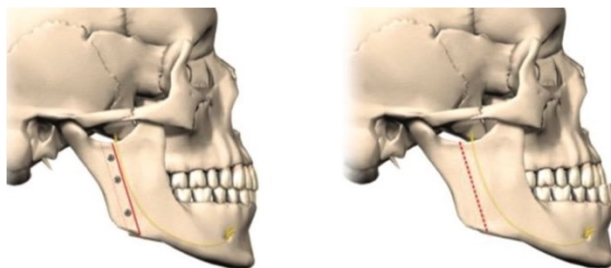


Figura 8 – *Osteotomia Vertical do Ramo da Mandíbula* (Adaptado de Kashani H, Rasmusson L. Osteotomies in Orthognathic Surgery. In: Motamedi M, editor. A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery Volume 3. INTECH; 2016. p. 617–49) (30)

○ **Mentoplastia**

O queixo ou mento é considerado uma zona crítica do rosto, uma vez que, por ser uma área tão exposta, qualquer desarmonia se torna bastante perceptível. Assim, por forma a alterar a posição do mento e, conseqüentemente, a estética do paciente, pode ser realizada uma mentoplastia. Esta técnica cirúrgica permite a movimentação do mento nos três planos (vertical, sagital e transversal) e está indicada na correção de proeminências, deficiências ou assimetrias que possam existir nesta região. (2,30)

Nesta intervenção é realizada uma incisão intraoral de canino a canino com uma boa margem de gengiva inserida por forma a facilitar a sutura. Quanto às osteotomias, existem diversas que podem ser efetuadas. A mais comum é a osteotomia horizontal que possibilita reposicionar o mento nos planos vertical e sagital. (30)

De notar que esta correção do mento pode ser realizada isoladamente ou, mais comumente, em combinação com outras osteotomias a nível da maxila ou mandíbula. (30)

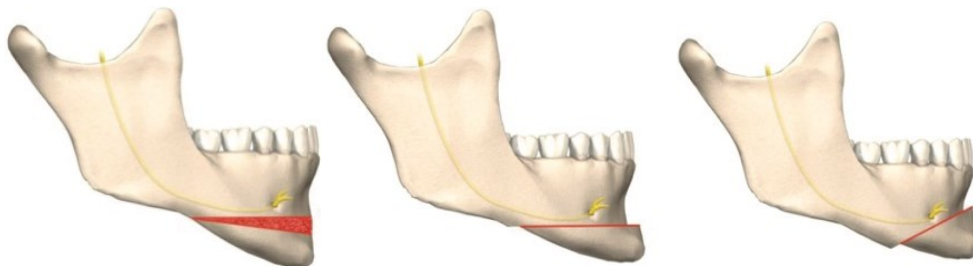


Figura 9 – *Esquemática de diferentes técnicas de mentoplastia (Adaptado de Kashani H, Rasmusson L. Osteotomies in Orthognathic Surgery. In: Motamedi M, editor. A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery Volume 3. INTECH; 2016. p. 617–49) (30)*

○ **Osteotomia lateral do corpo da Mandíbula**

A osteotomia lateral do corpo da mandíbula é uma intervenção amplamente indicada para a correção de casos de prognatismo mandibular e mordida aberta anterior, quando o primeiro ou o segundo pré-molar não estão presentes ou irão ser extraídos. Para esta técnica é necessário realizar uma osteotomia horizontal subapical (que se estende 2 a 3 mm anteriormente ao

foramen mentoniano), a qual deverá conectar-se a duas osteotomias verticais localizadas na zona dos primeiros ou segundos pré-molares que foram previamente extraídos. Após a realização do descrito, deverá proceder-se ao reposicionamento do segmento anterior da mandíbula por forma a corrigir a DDF existente. (30)

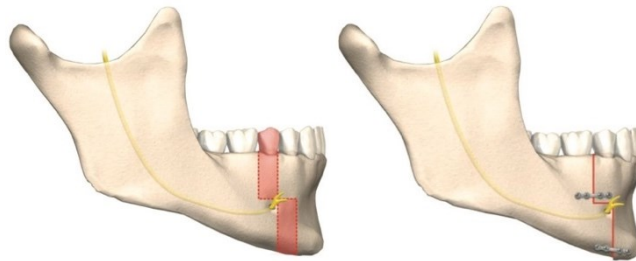


Figura 10 – *Osteotomia lateral do corpo da Mandíbula e respetiva fixação* (Adaptado de Kashani H, Rasmusson L. Osteotomies in Orthognathic Surgery. In: Motamedi M, editor. A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery Volume 3. INTECH; 2016. p. 617–49) (30)

○ **Osteotomias do ramo em C e L invertidas**

Ambas as técnicas são indicadas para a correção de casos de retromandíbula, isto é, deficiência mandibular. Assim, por forma a avançar a mandíbula, é realizada uma osteotomia vertical na base da mandíbula seguida de uma osteotomia horizontal efetuada superiormente ao forâmen mandibular e abaixo da chanfradura sigmóide. (30)

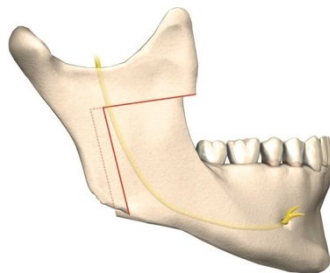


Figura 11 – *Osteotomia em L invertido* (Adaptado de Kashani H, Rasmusson L. Osteotomies in Orthognathic Surgery. In: Motamedi M, editor. A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery Volume 3. INTECH; 2016. p. 617–49) (30)

I.3.3.4 Fase pós-cirúrgica

Por último, na terceira fase, há uma continuação do tratamento ortodôntico convencional que deve ser retomado quatro a seis semanas após a

cirurgia. Esta fase dura cerca de seis meses e tem como objetivo final a obtenção de uma correta oclusão e estabilidade dos resultados a longo prazo. De notar que, no final do tratamento, há a necessidade de o paciente utilizar uma contenção por forma a evitar eventuais recidivas. (2,27)

I.3.4 Benefícios e complicações

Efetivamente, a realização do TOCO inclui uma série de benefícios para o paciente, visto que corrige a DDF (o que favorece a estética), melhora a função mastigatória, a deglutição e a fonação, bem como a função respiratória (nomeadamente em casos de apneia do sono). (32)

Apesar deste tratamento apresentar elevadas taxas de sucesso e de satisfação, existem complicações que podem advir tanto do tratamento ortodôntico como da cirurgia ortognática, as quais devem ser explicadas ao paciente e tidas em consideração aquando da decisão da realização do mesmo. São exemplos de complicações associadas ao tratamento ortodôntico a ocorrência de reabsorções radiculares, de anquilose, de problemas periodontais (recessões) e de descalcificações devido à má higienização. (28,33) Por outro lado, após a cirurgia, podem surgir complicações como infeções, lesões nervosas, hemorragias, reabsorção condilar, distúrbios temporomandibulares e problemas com os materiais de fixação cirúrgica. (28,34) De notar que estes riscos podem ser evitados se for efetuado um completo e correto diagnóstico e existir uma relação estreita entre o médico dentista e o cirurgião maxilofacial.

I.3.5 Intervenção multidisciplinar

O tratamento ortodôntico aliado à cirurgia ortognática é uma intervenção que tem vindo a ser cada vez mais procurada e que tem como objetivo restabelecer um padrão facial normal, propiciando melhorias a nível estético e funcional. Apesar deste procedimento apresentar elevadas taxas de sucesso, por vezes os pacientes demonstram-se insatisfeitos com os resultados pós-operatórios. Tal deve-se ao facto de estes indivíduos não estarem preparados

para receber um tratamento de grande magnitude e projetarem expectativas irreais, o que pode resultar em problemas psicológicos. Assim, por forma a mitigar estas situações, considera-se pertinente a inclusão de profissionais de saúde mental na equipa para avaliar os pacientes candidatos a TOCO e acompanhá-los posteriormente. (32) Apesar de tal nem sempre se verificar, está descrito na literatura que a intervenção de um psicólogo ou psiquiatra neste tipo de tratamento, permite que haja uma correta preparação psicológica, ajudando o paciente a lidar melhor com todo o processo e possíveis reações decorrentes deste o que, de certa forma, acaba por contribuir para uma melhoria nos níveis de QV e satisfação pós-operatória. (35)

Para além do espectro psicológico, há igualmente a considerar que, após a cirurgia, há uma série de modificações que podem interferir com as funções do sistema estomatognático. Desta forma, pode ser necessária a intervenção de um terapeuta da fala para acompanhar os pacientes e ajudar a restabelecer a motricidade orofacial. (28)

Face ao exposto, compreende-se a importância de haver uma intervenção multidisciplinar neste tipo de tratamento, não somente entre as áreas da cirurgia maxilofacial e da medicina dentária, mas também da terapia da fala e da psicologia. (28)

I.3.6 Impacto psicossocial do TOCO

Como referido anteriormente, existe uma série de variáveis psicossociais associadas à DDF que são igualmente abordadas no TOCO, principalmente após a fase cirúrgica do processo, uma vez que esta implica que ocorram grandes alterações num curto período de tempo. (35) A literatura demonstra que, nos primeiros meses após a cirurgia, há uma deterioração da QV resultante da dor, edema e limitações funcionais decorrentes da mesma. (35) No entanto, demonstra também que, finda a fase de recuperação, na grande maioria dos casos, há uma valorização da componente biopsicossocial face ao período pré-cirúrgico, visto que o tratamento proporciona melhorias a nível oclusal, funcional e estético, o que se traduz num aumento significativo das

dimensões do autoconceito e, portanto, em benefícios psicológicos e sociais. (36)

De facto, de uma forma geral, assume-se que a cirurgia ortognática está associada a uma melhoria da perceção estética geral por parte dos pacientes, isto porque, de acordo com alguns estudos, estes tendem a experimentar um “efeito halo”, ou seja, há uma tendência de superestimação da estética facial que generalizam para as outras partes do corpo. Como resultado deste aprimoramento estético, há um aumento dos níveis de autojulgamento facial e autoestima, com conseqüente afetação das relações sociais e pessoais. Adicionalmente, há também um impacto emocional positivo, uma vez que a maior parte dos pacientes relatam uma sensação de maior conforto com a sua aparência física, menos ansiedade social e níveis mais elevados de bem-estar e felicidade, o que, mais uma vez, se traduz num acréscimo da atividade social e das relações interpessoais. (36)

I.4 Objetivos gerais

Face ao exposto, compreende-se que o TOCO se trata, pois, de um procedimento de alta envergadura que altera o perfil facial dos pacientes o que, conseqüentemente, pode implicar uma série de mudanças a nível físico, psicológico e social. (18)

De facto, de acordo com a literatura atual, os pacientes que procuram este tipo de tratamento tendem a apresentar baixos níveis de AE assim como uma diminuição da QV. (18) Acontece que, em Portugal, apesar deste tema ter vindo a ser cada vez mais investigado, ainda existem poucos estudos que comprovam o referido. Por essa mesma razão, consideramos que é de interesse social avaliar de que forma este tratamento se pode repercutir no estado psicossocial e, por sua vez, no dia-a-dia na vida dos indivíduos com DDF que foram submetidos à cirurgia.

É neste contexto que surge o presente estudo, no qual foram formuladas as seguintes hipóteses/questões de investigação:

- Hipótese 1. O TOCO é predominantemente procurado por pacientes com idade superior a 25 anos.
- Hipótese 2. O TOCO é predominantemente procurado por pacientes do género feminino.
- Hipótese 3. O TOCO é predominantemente procurado por pacientes solteiros.
- Hipótese 4. Existem diferenças estatisticamente significativas nos valores de AE dos pacientes entre o grupo de estudo e o grupo de controlo.
- Hipótese 5. Existem diferenças estatisticamente significativas nos diferentes domínios da QV dos pacientes entre o grupo de estudo e o grupo de controlo.
- Hipótese 6. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas nos diferentes domínios da QV e AE entre os diferentes tipos de alteração esquelética dos elementos da amostra que realizaram TOCO.
- Hipótese 7. As questões estéticas são o principal motivo apontado para a realização do TOCO.
- Questão 1. O Médico Dentista é o principal responsável pelo encaminhamento para o TOCO?
- Questão 2. Existem diferenças na variável QV em função do tempo decorrido após realização da cirurgia ortognática?
- Questão 3. Existem diferenças na variável AE em função do tempo decorrido após realização da cirurgia ortognática?

Para responder a estas hipóteses/questões, elaborámos os seguintes objetivos:

- Averiguar quais as principais motivações para a realização do TOCO.
- Averiguar se a procura pelo TOCO depende das variáveis género, idade e estado civil.
- Avaliar o impacto psicossocial, nomeadamente a QV e a AE, em pacientes com DDF submetidos a TOCO em comparação com indivíduos submetidos a um tratamento ortodôntico convencional.

- Perceber quem é o principal responsável pelo encaminhamento para o TOCO.
- Analisar se existem diferenças nas variáveis QV e AE em função do tempo decorrido após realização do TOCO e da classe esquelética diagnosticada previamente à realização da cirurgia ortognática.

II. Materiais e Métodos

II. Materiais e Métodos

II.1 Caracterização do estudo e da amostra

Por forma a alcançar os objetivos anteriormente apresentados, optou-se pela realização de um estudo transversal e descritivo em pacientes submetidos a TOCO, no qual foram definidos dois tipos de variáveis:

1. Variáveis independentes: variáveis sociodemográficas, o tipo de classe esquelética e o tempo decorrido após a realização da cirurgia;
2. Variáveis dependentes: AE e QV.

Quanto à amostra total de estudo, esta foi constituída por 187 indivíduos, divididos em dois grupos:

1. Grupo de estudo: composto por 33 pacientes submetidos a TOCO;
2. Grupo de controlo: com um total de 154 pacientes submetidos a tratamento ortodôntico convencional fixo.

A dimensão amostral foi calculada utilizando um valor α de 0,05.

De notar que o presente estudo decorreu no contexto de consultas de Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, no período compreendido entre novembro de 2020 e maio de 2021.

II.2 Critérios de seleção

II.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Respeitando os critérios inicialmente definidos, no grupo de estudo incluímos somente pacientes com idade superior a 18 anos, classificados como ASA I ou II, com diagnóstico de DDF (pelo médico dentista ou cirurgião maxilofacial) que, entretanto, tenham sido submetidos a TOCO e que tenham assinado o consentimento informado (anexo 1) previamente apresentado. Por outro lado, no grupo de controlo participaram apenas pacientes com idade superior a 18 anos, classificados como ASA I ou II, que tenham sido submetidos a tratamento ortodôntico convencional fixo e que tenham igualmente assinado o consentimento informado (anexo 1). Neste estudo foram

excluídos, em ambos os grupos, pacientes com malformações craniofaciais e/ou características faciais sindrómicas, deformidades faciais traumáticas e, ainda, pacientes que demonstraram incapacidade para a perceção das questões efetuadas ou de responder às mesmas.

II.3 Considerações éticas

Foi garantida a todos os participantes a máxima confidencialidade e anonimato dos dados fornecidos através da apresentação de um consentimento informado, preenchido e assinado pelos mesmos, o qual foi elaborado de acordo com o Código de Ética e de Conduta da Universidade Católica Portuguesa, a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

A participação neste estudo foi totalmente voluntária e não acarretou quaisquer custos para os seus participantes. De notar ainda que, tal como apresentado no consentimento, os dados pessoais foram tratados exclusivamente pela equipa investigadora responsável, não tendo sido, portanto, transmitidos ou de qualquer modo disponibilizados a terceiros.

A proteção dos dados recolhidos segue os procedimentos impostos relativo à Proteção de Dados pelo regulamento 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016.

Importa referir que o estudo aqui apresentado foi possível após obtenção de um parecer favorável pela Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Anexo 2).

II.4 Instrumentos

Para avaliar o impacto psicossocial em pacientes submetidos a TOCO, particularmente a AE e a QV em geral, foram aplicados dois questionários aos mesmos: a Escala de Autoestima Global de Rosenberg (RSES) (Anexo 3) e o Questionário de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQoL- Bref) (Anexo 4), respetivamente. Ambos os questionários apresentam validação para a população portuguesa, tendo sido requerida e

aprovada a autorização pelas entidades competentes para a utilização dos mesmos neste estudo.

Para além dos instrumentos referidos, foi ainda aplicado um terceiro questionário, dirigido a médicos dentistas ou cirurgiões maxilofaciais, por forma a obter mais informações acerca do paciente que concordou participar no estudo e da sua cirurgia (Apêndice 1).

II.4.1 Escala de Autoestima Global de Rosenberg (RSES)

Para avaliação da AE global, recorreu-se à versão traduzida para português da Escala de Autoestima Global de Rosenberg (RSES), adaptada pela Professora Doutora Luísa Faria (2000). Esta escala é constituída por 10 afirmações, entre as quais cinco são de carácter positivo e as restantes cinco de carácter negativo. As mesmas encontram-se combinadas aleatoriamente por forma a tornar a escala menos tendenciosa e clara. Os itens podem ser cotados de 1 a 6 de acordo com a resposta seleccionada e do carácter das afirmações. Assim sendo, nas asserções de carácter positivo, é atribuído o valor 6 à resposta “concordo totalmente” e o valor 1 a “discordo totalmente”. Por outro lado, nas de índole negativa, há uma inversão das cotações, pelo que a resposta “concordo totalmente” é cotada com 1 e a “discordo totalmente” com 6.

A AE global é dada pela cotação final obtida, sendo que quanto maior a pontuação, maior será a AE do participante. (37)

II.4.2 Questionário de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQoL-BREF)

Para avaliação da QV foi utilizado o Questionário de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQoL-BREF).

A escolha da utilização do WHOQoL-BREF deveu-se fundamentalmente ao facto deste ser um questionário com validação portuguesa, simples e de rápido preenchimento que nos permite avaliar vários domínios psicossociais, entre os quais os que se preveem serem afetados pelos pacientes que tenham

sido submetidos ao TOCO. Estruturalmente, é constituído por 26 questões referentes ao físico (sete itens), ao psicológico (seis itens), às relações sociais (três itens), ao meio ambiente (oito itens) e às facetas gerais da QV (dois itens). É, portanto, um instrumento que avalia os indivíduos a nível biopsicossocial. (38)

Associado a este questionário encontra-se uma secção intitulada “dados pessoais” na qual foram recolhidas variáveis de carácter sociodemográfico (idade, género, grau de escolaridade, profissão e estado civil).

II.5 Análise Estatística

Os dados recolhidos através dos questionários aplicados foram inseridos numa base de dados Microsoft Excel® (Microsoft®, EUA). Posteriormente, para a realização da análise estatística, recorreu-se ao programa estatístico profissional IBM® Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows®, versão 27, SPSS, EUA – Estados Unidos da América). Foram elaboradas todas as componentes da estatística descritiva de cada grupo amostral apropriadas a cada uma das variáveis. Desta forma, para analisar as variáveis quantitativas recorreu-se, nomeadamente, à análise da média aritmética e do desvio padrão. Por outro lado, para as variáveis qualitativas, procedeu-se à análise das frequências absolutas e relativas. Para além do mencionado, foram ainda realizados os seguintes testes estatísticos:

- Teste do Qui-Quadrado (χ^2) para análise da associação entre variáveis;
- *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk* para estudo da normalidade da distribuição da amostra;
- *One-Way ANOVA* e o *post-hoc* de *Bonferroni* para relacionar as variáveis quantitativas com as qualitativas com normalidade;
- *Kruskal-Wallis* no caso de se verificar ausência de normalidade;
- *Mann-Whitney* aplicado separadamente para todos os grupos aquando da verificação de ausência de diferenças entre os mesmos.

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

III. Resultados

III. Resultados

III.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

III.1.1 Idade

A amostra total deste estudo foi constituída por 187 elementos, com idades compreendidas entre os 18 e os 57 anos e com idade média de 24,42 anos ($\pm 6,53$). No grupo de controlo, constituído por 154 indivíduos da amostra total, a idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 57 anos. Por outro lado, no grupo de estudo, constituído por 33 participantes submetidos a TOCO, a idade mínima foi de 21 anos e a máxima de 53 anos. Relativamente às idades médias, verificou-se que no grupo de controlo a mesma foi de 23,34 anos ($\pm 5,53$) e no grupo de estudo de 29,48 anos ($\pm 8,36$). Quanto ao coeficiente de variação, verificou-se que em ambos os grupos há uma elevada dispersão em relação às idades médias, sendo esta superior no grupo de estudo (CV=69,95%) quando comparado com o grupo de controlo (CV=30,55%). (Tabela 1)

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade dos grupos da amostra

Grupo	n	Min	Max	M	DP	CV (%)
Controlo	154	18	57	23,34	$\pm 5,53$	30,55
Estudo	33	21	53	29,48	$\pm 8,36$	69,95
Total	187	18	57	24,42	$\pm 6,53$	42,69

Ainda quanto ao fator idade, observou-se que, no grupo de controlo, a faixa etária mais representada foi entre os 16 e os 23 anos, com um total de 117 indivíduos, o que corresponde a 76,0% da amostra total. Já no grupo de estudo, a faixa etária mais prevalente foi entre os 24 e os 43 anos (66,7%). Por último, a classe de idades entre os 54 e os 63 anos, foi a menos representada, correspondendo a apenas 0,5% da amostra total. (Tabela 5)

III.1.2 Idade aquando da cirurgia ortognática

Através da tabela 2 é possível constatar que a maior parte dos participantes submetidos ao TOCO apresentava idade superior a 25 anos aquando da realização da cirurgia ortognática. Somente 13 indivíduos da amostra de estudo, isto é, 39,39% afirmou ter 25 anos ou menos. Verificou-se ainda que a idade média destes pacientes na altura da submissão à cirurgia foi de 26,06 ($\pm 8,11$) anos.

Tabela 2 - Estatísticas relativas à idade do grupo de estudo aquando da submissão à cirurgia ortognática

Idade	Grupo					
	Estudo					
	n (33)	% (100)	Min (n=33)	Max (n=33)	Média (n=33)	DP (n=33)
≤ 25 anos	13	39,39%	18	50	26,06	$\pm 8,11$
> 25 anos	20	60,61%				

III.1.3 Género

Quanto ao género dos participantes no estudo, verificou-se que o feminino foi o mais prevalente, com uma percentagem de 54,0% (o que equivale a 101 mulheres), face aos 46,0% do género masculino (que corresponde a um total de 86 indivíduos da amostra total). De realçar que apesar do sexo feminino ser o mais participativo, a distribuição dos géneros entre os diferentes grupos da amostra é relativamente equilibrada, visto não haver uma grande discrepância entre ambos como é possível observar na tabela 3.

Tabela 3 - Estatísticas relativas ao género dos grupos da amostra

Género	Grupo		Estudo		Total	
	Controlo					
	n (154)	% (100)	n (33)	% (100)	n (187)	% (100)
Masculino	71	46,1	15	45,5	86	46,0
Feminino	83	53,9	18	54,5	101	54,0

III.1.4 Nível de escolaridade

Relativamente ao nível de escolaridade é possível verificar que a grande maioria dos inquiridos se insere na categoria dos estudos universitários (82,9%), sendo este o grau de literacia mais comum tanto no grupo de controlo (85,1%) como no grupo de estudo (72,7%). O segundo nível de escolaridade mais prevalente foi, para ambos os grupos, o ensino secundário (11,2%), seguido da formação pós-graduada (5,4%) e, por último, o 3º ciclo do ensino básico (0,5%), representado apenas por um elemento pertencente ao grupo de estudo. (Tabela 5)

III.1.5 Estado civil

No que respeita ao estado civil, constatou-se que, entre os participantes do grupo de controlo, a grande maioria são solteiros (87,7%), seguindo-se os indivíduos em união de facto (7,8%) e, por último, os casados (4,5%). Por outro lado, entre os participantes do grupo de estudo, verificou-se, igualmente, um predomínio de indivíduos solteiros (75,8%), seguindo-se os casados (12,1%), os participantes em união de facto (9,1%) e apenas um declarou ser divorciado (3,0%). (Tabela 4)

Tabela 4 - Estatísticas relativas ao estado civil dos grupos da amostra

Estado Civil \ Grupo	Controlo		Estudo		Total	
	n	%	n	%	n	%
	(154)	(100)	(33)	(100)	(187)	(100)
Solteiro	135	87,7	25	75,8	160	85,6
Casado	7	4,5	4	12,1	11	5,9
União de Facto	12	7,8	3	9,1	15	8,0
Separado	0	0	0	0,0	0	0,0
Divorciado	0	0	1	3,0	1	0,5

III.1.6 Resumo

Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica dos grupos da amostra

Variáveis	Grupo		Estudo		Total	
	n (154)	% (100)	n (33)	% (100)	n (187)	% (100)
Idade						
16-23 anos	117	76,0	8	24,2	125	66,9
24-43 anos	33	21,4	22	66,7	55	29,4
44-53 anos	3	1,95	3	9,1	6	3,2
54-63 anos	1	0,65	0	0,0	1	0,5
Género						
Masculino	71	46,1	15	45,5	86	46,0
Feminino	83	53,9	18	54,5	101	54,0
Nível de Escolaridade						
7º-9º anos	0	0	1	3,0	1	0,5
10º-12º anos	15	9,7	6	18,2	21	11,2
Estudos Universitários	131	85,1	24	72,7	155	82,9
Formação Pós-Graduada	8	5,2	2	6,1	10	5,4
Estado Civil						
Solteiro	135	87,7	25	75,8	160	85,6
Casado	7	4,5	4	12,1	11	5,9
União de Facto	12	7,8	3	9,1	15	8,0
Separado	0	0	0	0,0	0	0,0
Divorciado	0	0	1	3,0	1	0,5

Hipótese de investigação nº1. O TOCO é predominantemente procurado por pacientes com idade superior a 25 anos.

Verificou-se que da amostra que efetuou TOCO (n=33), a generalidade dos elementos apresentava idade superior a 25 anos aquando da submissão à cirurgia ortognática. 60,61% possuía mais de 25 anos e apenas 39,39% relatou apresentar idade igual ou inferior a 25 anos. Assim, tendo em conta a estatística, aceita-se a hipótese formulada. (Tabela 2)

Hipótese de investigação nº2. O TOCO é predominantemente procurado por pacientes do género feminino.

Do total de inquiridos pertencentes ao grupo de estudo (n=33), 18 eram do género feminino (54,5%) e 15 do género masculino (45,5%), pelo que, analiticamente, se verifica uma prevalência do sexo feminino nos pacientes submetidos ao TOCO. (Tabela 3)

Hipótese de investigação nº3. O TOCO é predominantemente procurado por pacientes solteiros.

Dos 33 indivíduos pertencentes ao grupo de estudo, verifica-se, analiticamente, que a maioria dos elementos são solteiros (75,8%), seguindo-se os casados (12,1%) e os que vivem em união de facto (9,1%). Somente 3,0%, isto é, um indivíduo submetido a TOCO declarou ser divorciado. Posto isto, constata-se uma predominância de indivíduos solteiros na amostra de estudo. (Tabela 4)

III.2 Caracterização da autoestima

Como referido anteriormente, para avaliar a AE global dos inquiridos, recorreu-se à escala RSES. Assim, tendo por base as respostas, obteve-se uma média de AE geral da amostra total (n=187) de 49,21 ($\pm 7,44$). Relativamente à AE geral específica para cada grupo, obteve-se uma média de 48,59 ($\pm 7,73$) para o grupo de controlo (n=154) e de 52,09 ($\pm 5,02$) para o grupo de estudo (n=33). Verifica-se, assim, que os indivíduos pertencentes ao grupo de estudo apresentam uma AE em geral superior aos do grupo de controlo.

Quanto ao género, a média da AE registada pelo género masculino (M=49,88 \pm 7,18) foi ligeiramente mais elevada quando comparada com o género feminino (M=48,63 \pm 7,64). De notar que o desvio padrão também é inversamente proporcional, sendo superior no feminino.

Em relação às diferentes faixas etárias, a média da AE dos participantes com idades compreendidas entre os 16 e os 23 anos foi de 48,30 ($\pm 7,46$), a dos indivíduos entre os 24 e os 43 anos foi de 50,58 ($\pm 7,09$), entre os 44 e os

53 anos foi de 54,00 ($\pm 7,04$) e, o único participante com idade superior a 54 anos e inferior a 63 anos registou uma AE geral de 58,00. Verificou-se, portanto, que quanto mais elevada a faixa etária, maior a AE geral.

Relativamente ao nível de escolaridade, os indivíduos com formação pós-graduada obtiveram uma AE de 52,20 ($\pm 8,89$), os detentores de um curso superior registaram uma média de AE de 49,24 ($\pm 7,36$), os inquiridos com o ensino secundário completo uma média de 47,48 ($\pm 7,39$) e o único participante com o 3º ciclo do ensino básico obteve um valor de AE geral de 58,00.

Quanto ao estado civil, constatou-se que o único indivíduo divorciado apresentou a AE mais alta ($M=59,00$), seguido dos casados que apresentaram uma média de 51,18 ($\pm 7,91$) e depois os que vivem em união de facto com uma média de AE de 49,40 ($\pm 7,57$). Os participantes solteiros foram os que apresentaram uma média de AE mais baixa ($M=48,99 \pm 7,41$). (Tabela 6)

Tabela 6 - Dados descritivos em relação à autoestima

Autoestima		n	Média	DP	p
Geral		187	49,21	7,44	0,025
Grupo	Controlo	154	48,59	7,73	
	Estudo	33	52,09	5,02	
Género	Masculino	86	49,88	7,18	
	Feminino	101	48,63	7,64	
Idade	16-23 anos	125	48,30	7,46	
	24-43 anos	55	50,58	7,09	
	44-53 anos	6	54,00	7,04	
	54-63 anos	1	58,00	---	
Nível de Escolaridade	7º-9º anos	1	51,00	---	
	10º-12º anos	21	47,48	7,39	
	Estudos Universitários	155	49,24	7,36	
	Formação Pós-Graduada	10	52,20	8,89	
Estado civil	Solteiro	160	48,99	7,41	
	Casado	11	51,18	7,91	
	União de Facto	15	49,40	7,57	
	Separado	0	---	---	
	Divorciado	1	59,00	---	

Hipótese de investigação nº4. Existem diferenças estatisticamente significativas nos valores de AE dos pacientes entre o grupo de estudo e o grupo de controlo.

Através da Tabela 6, é possível constatar que, efetivamente, existem diferenças nos valores de AE dos inquiridos entre o grupo de estudo e o grupo de controlo, sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,025$).

III.3 Caracterização da qualidade de vida nos diferentes domínios

Para avaliação da QV dos participantes, foi aplicado o questionário WHOQoL-BREF.

A média da QV geral da amostra total ($n=187$) obtida foi de 8,56 ($\pm 1,17$) no domínio geral, 16,66 ($\pm 1,85$) no domínio físico, 15,67 ($\pm 2,07$) na vertente psicológica, 15,71 ($\pm 2,95$) nas relações sociais e de 15,98 ($\pm 1,96$) no domínio do ambiente.

Ainda em relação à QV, para o grupo de controlo foi obtida uma média de 8,56 ($\pm 1,21$) no domínio geral, no domínio físico este valor foi de 16,55 ($\pm 1,89$), no domínio psicológico foi de 15,52 ($\pm 2,14$), nas relações sociais a média de QV foi de 15,68 ($\pm 3,13$) e para o meio ambiente registou-se uma média de 15,90 ($\pm 1,99$). Quanto ao grupo de estudo, verificou-se que as médias registadas foram superiores às do grupo de controlo. Assim, obteve-se, para o grupo de estudo, uma média de QV no domínio geral de 8,58 ($\pm 1,00$), no domínio físico de 17,16 ($\pm 1,62$), no psicológico o valor foi de 16,40 ($\pm 1,54$), nas relações sociais a média foi de 15,88 ($\pm 1,87$) e no domínio do ambiente a mesma foi de 16,33 ($\pm 1,80$). (Tabela 7)

Tabela 7 - Domínios da QV em função dos grupos da amostra

	Qualidade de Vida									p
	Total			Controlo			Estudo			
	n	Média	DP	n	Média	DP	n	Média	DP	
Domínio Geral	187	8,56	±1,17	154	8,56	±1,21	33	8,58	±1,00	0,873
Domínio Físico	187	16,66	±1,85	154	16,55	±1,89	33	17,16	±1,62	0,023
Domínio Psicológico	187	15,67	±2,07	154	15,52	±2,14	33	16,40	±1,54	0,108
Relações Sociais	187	15,71	±2,95	154	15,68	±3,13	33	15,88	±1,87	0,867
Ambiente	187	15,98	±1,96	154	15,90	±1,99	33	16,33	±1,80	0,278

Hipótese de investigação nº5. Existem diferenças estatisticamente significativas nos diferentes domínios da QV dos pacientes entre o grupo de estudo e o grupo de controlo.

Na análise dos vários domínios da QV, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na componente “físico” da QV entre o grupo de controlo e o grupo de pacientes submetidos a TOCO ($p=0,023$). Nos restantes domínios, o mesmo não se verificou ($p=0,873$ no domínio geral, $p=0,108$ no domínio psicológico, $p=0,867$ no domínio das relações sociais e $p=0,278$ no domínio do ambiente), tal como é possível comprovar na tabela 7.

III.4 Caracterização das classes esqueléticas no grupo de estudo

Quando questionados acerca da classe esquelética diagnosticada ao grupo de estudo ($n=33$) antes de serem submetidos a TOCO, verificou-se que uma grande parte dos indivíduos exibia uma classe II esquelética (48,5%), seguido de classe III esquelética (33,3%), depois de assimetria facial (15,2%) e apenas um dos inquiridos manifestou sofrer de uma outra alteração esquelética. (Tabela 8)

Tabela 8 - Caracterização da classe esquelética

Classe Esquelética	n (33)	% (100)
Classe I	0	0,00
Classe II	16	48,5
Classe III	11	33,3
Assimetria facial	5	15,2
Outra	1	3,0

Quanto aos domínios da QV do grupo de estudo em função da classe esquelética, foi possível aferir que os pacientes diagnosticados com classe II esquelética previamente à cirurgia obtiveram um valor médio de 8,38 ($\pm 1,15$) no domínio geral, de 16,93 ($\pm 1,76$) no domínio físico, de 16,21 ($\pm 1,33$) na vertente psicológica, de 15,67 ($\pm 1,24$) nas relações sociais e de 15,84 ($\pm 1,67$) no domínio do meio ambiente. Nos pacientes diagnosticados com classe III antes da cirurgia, a pontuação média para o domínio geral foi de 8,82 ($\pm 0,87$), para a componente do físico foi de 17,45 ($\pm 1,50$), para o domínio psicológico foi de 16,42 ($\pm 1,82$), para as relações sociais foi de 15,39 ($\pm 2,41$) e para o meio ambiente o valor médio foi de 16,77 ($\pm 1,86$). Para os pacientes diagnosticados com assimetria facial antes da realização do TOCO, o valor de QV médio obtido no domínio geral foi de 8,60 ($\pm 0,89$), no domínio físico foi de 17,14 ($\pm 1,81$), no domínio psicológico foi de 16,53 ($\pm 1,59$), nas relações sociais foi de 16,80 ($\pm 1,19$) e no meio ambiente a média foi de 16,60 ($\pm 2,10$). O único paciente deste estudo diagnosticado com uma “outra” alteração esquelética (mordida aberta anterior esquelética), apresentou uma média de QV de 9,00 no domínio geral, de 17,71 no domínio físico, de 18,67 na vertente psicológica, de 20,00 nas relações sociais e de 18,00 do domínio do ambiente. Este foi, portanto, o indivíduo que registou os valores médios mais elevados nos vários domínios da QV. O mesmo se verificou na variável AE geral, na qual registou um valor médio 60,00. Já os pacientes com classe II obtiveram uma AE geral média de 52,00 ($\pm 4,60$), os pacientes com assimetria facial de 51,80 ($\pm 6,65$) e os indivíduos com classe III registaram o valor mais baixo com 51,64 ($\pm 4,97$). (Tabela 9)

Tabela 9 - Dados relativos à qualidade de vida e autoestima em função da classe esquelética

Classe Esquelética	Classe II n (16)		Classe III n (11)		Assimetria facial n (5)		Outra (Mordida Aberta anterior) n (1)		Total n (33)		p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
QV e AE											
Qualidade de vida											
Domínio Geral	8,38	±1,15	8,82	±0,87	8,60	±0,89	9,00	---	8,58	±1,00	0,735
Domínio Físico	16,93	±1,76	17,45	±1,50	17,14	±1,81	17,71	---	17,16	±1,62	0,637
Domínio Psicológico	16,21	±1,33	16,42	±1,82	16,53	±1,59	18,67	---	16,40	±1,54	0,625
Relações Sociais	15,67	±1,24	15,39	±2,41	16,80	±1,19	20,00	---	15,88	±1,87	0,140
Ambiente	15,84	±1,67	16,77	±1,86	16,60	±2,10	18,00	---	16,33	±1,80	0,438
Autoestima Geral	52,00	±4,60	51,64	±4,97	51,80	±6,65	60,00	---	52,09	±5,02	0,469

Hipótese de investigação nº6. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas nos diferentes domínios da QV e AE entre os diferentes tipos de alteração esquelética dos elementos da amostra que realizaram TOCO.

Através da tabela 9, é possível constatar que, no que toca à AE, não se verificou uma diferença estatisticamente significativa entre as díspares alterações esqueléticas ($p=0,469$).

Quanto à QV, verificou-se que, para os diversos domínios, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, visto que no domínio geral o valor de significância obtido foi de 0,735, no físico de 0,637, no psicológico de 0,625, nas relações sociais de 0,140 e no ambiente de 0,438.

Assim, apesar de haver diferenças em ambas as variáveis (AE e QV) em função da alteração esquelética subjacente diagnosticada previamente à realização do TOCO, as mesmas não são estatisticamente significativas ($p>0,05$), o que corrobora a hipótese formulada.

Hipótese de investigação nº7. As questões estéticas são o principal motivo apontado para a realização do TOCO.

Através dos dados apresentados na tabela 10, observa-se, analiticamente, que a motivação principal para a realização do TOCO é a questão funcional (48,5%), seguido da estética (45,5%) e, por último, a presença de desconforto/dor (6,1%).

Por forma a analisar esta hipótese a nível estatístico, foram realizados testes não paramétricos, a partir dos quais se obteve um nível de significância de 0,004 ($p=0,004$). Verifica-se, assim, uma diferença estatisticamente significativa entre as diferentes motivações para a realização de TOCO ($p=0,004$) e, por esse mesmo motivo, refuta-se a hipótese apresentada.

Tabela 10 - *Motivações do grupo de estudo para a realização do TOCO*

Motivações	n (33)	% (100)
Motivos estéticos	15	45,5%
Motivos funcionais	16	48,5%
Desconforto/Dor	2	6,1%
Influência externa (familiares e amigos)	0	0,0%
Outra	0	0,0%

Questão de investigação nº1. O médico dentista é o principal responsável pelo encaminhamento para o TOCO?

Analiticamente, verifica-se que 81,82% dos elementos do grupo de estudo indicou que o principal responsável pelo seu encaminhamento para a realização do TOCO foi o médico(a) dentista, 12,12% afirmou ter sido o médico(a) e somente 6,06% mencionou ter sido o(a) próprio(a) a tomar essa decisão. Assim, verifica-se que existe uma diferença estatisticamente significativa na distribuição dos elementos da amostra entre as várias categorias (médico(a) dentista, médico(a) e o(a) próprio(a)) desta variável, sendo o(a) médico(a) dentista (81,83%) a percentagem mais expressiva e,

portanto, o principal responsável pelo encaminhamento para o TOCO. (Tabela 11)

Tabela 11 - *Principal responsável pelo encaminhamento para o TOCO*

	n (33)	% (100)
Médico(a) Dentista	27	81,82
Médico(a)	4	12,12
Eu próprio(a)	2	6,06
Familiares e amigos	0	0,00
Outra	0	0,00

III.5 Caracterização da qualidade de vida e autoestima em função do tempo decorrido após realização da cirurgia ortognática

Quanto à QV em função do tempo decorrido, verificou-se que os valores médios nos diferentes domínios da QV mais elevados foram registados pelo paciente submetido ao TOCO há 9 anos. Em contrapartida, o grupo de pacientes que realizou a cirurgia ortognática há 4 anos obteve os valores médios mais baixos no domínio geral ($7,67 \pm 1,53$), no domínio físico ($16,38 \pm 3,89$) e no domínio do meio ambiente ($14,33 \pm 2,75$). No domínio psicológico, tanto o paciente submetido à cirurgia há menos de 1 anos como o que a realizou há 7 anos, apresentaram um valor médio de QV de 14,67, sendo este o valor mais baixo registado nesta componente. Já nas relações sociais, a pontuação mais baixa foi obtida pelo inquirido que realizou a cirurgia há 6 anos. (Tabela 12)

Quanto à AE geral, constatou-se que o único participante submetido à cirurgia ortognática há 9 anos foi o que apresentou a AE geral média mais alta (60,00) e que o paciente que realizou o dito tratamento há 6 anos foi o que registou o valor mais baixo (45,00). (Tabela 12)

Tabela 12 - Dados relativos à qualidade de vida e autoestima em função do tempo decorrido após a cirurgia ortognática

QV e AE Anos decorridos	Domínio Geral		Domínio Físico		Domínio Psicológico		Relações Sociais		Ambiente		AE Geral	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
[0,1[(n=1)	8,00	---	16,57	---	14,67	---	17,33	---	16,00	---	46,00	---
[1,2[(n=4)	8,50	±1,29	16,71	±1,64	16,50	±1,14	15,67	±2,28	16,13	±1,65	52,75	±3,77
[2,3[(n=8)	9,13	±1,13	16,71	±1,39	16,25	±1,95	16,00	±2,67	16,69	±1,67	52,00	±6,41
[3,4[(n=9)	8,56	±0,73	17,71	±1,54	16,81	±1,44	16,15	±1,41	16,72	±1,82	52,78	±5,38
[4,5[(n=3)	7,67	±1,53	16,38	±3,89	16,22	±1,68	15,11	±1,54	14,33	±2,75	51,33	±3,06
[5,6[(n=3)	8,33	±0,58	17,90	±0,33	16,89	±1,39	15,56	±0,77	16,17	±1,76	54,00	±3,00
[6,7[(n=1)	9,00	---	17,14	---	16,67	---	13,33	---	16,50	---	45,00	---
[7,8[(n=2)	8,00	0,00	17,14	±0,81	14,67	±0,94	16,00	±1,89	15,50	±2,12	52,00	±1,41
[9,10[(n=1)	10,00	---	18,86	---	18,67	---	18,67	---	19,00	---	60,00	---
Mais de 10 (n=1)	8,00	---	16,57	---	15,33	---	14,67	---	16,50	---	46,00	---
p	0,767		0,585		0,734		0,604		0,972		0,142	

Questão de investigação nº2. Existem diferenças estatisticamente significativas na variável QV em função do tempo decorrido após realização da cirurgia ortognática?

Relativamente à variável QV em função do tempo decorrido após a realização da cirurgia ortognática na variável QV, verificou-se que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os elementos da amostra e as categorias do domínio geral ($p=0,767$), do físico ($p=0,585$), do psicológico ($p=0,734$) e do meio ambiente ($p=0,972$). Assim, conclui-se que não existem diferenças nos valores da QV face ao tempo decorrido pós-cirurgia.

Questão de investigação nº3. Existem diferenças estatisticamente significativas na variável AE em função do tempo decorrido após realização da cirurgia ortognática?

Para a variável AE geral em função do tempo decorrido após a realização da cirurgia ortognática, o valor de significância obtido foi de $p=0,142$, não tendo sido, por isso, encontradas diferenças estatisticamente significativas. Assim, conclui-se que não existem diferenças nos valores da AE face ao tempo decorrido pós-cirurgia.

IV. Discussão

IV. Discussão

IV.1 Discussão dos resultados

Hipótese de investigação nº1. O TOCO é predominantemente procurado por pacientes com idade superior a 25 anos.

De acordo com os resultados do presente estudo, foi possível constatar que, no grupo de estudo (n=33), os pacientes apresentaram idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos aquando da realização da cirurgia ortognática. (Tabela 2) Verificou-se ainda que, em média, estes pacientes tinham 26,06 (\pm 8,11) anos nessa mesma altura, o que vem reforçar os resultados obtidos por outros investigadores que demonstraram que a procura e realização da cirurgia ortognática ocorre, essencialmente, após os 25 anos. (39,40) Por outro lado, estes resultados contrariam outras investigações que admitem que este tipo de tratamento se realiza em idades mais jovens. (8,12,17,41)

A procura em idades mais tardias pode ser justificada pelo facto dos pacientes acima dos 25 anos possivelmente apresentarem um grau de literacia superior e/ou se encontrarem empregados (segundo o site PORDATA, em 2020, verificou-se uma maior incidência de desemprego em indivíduos com idade inferior a 25 anos (22,6%) face aos 6,0% e 5,9% dos indivíduos entre os 25 e os 54 anos e os 55 e os 64 anos, respetivamente), o que lhes confere uma situação financeira mais estável e lhes permite aceder a este tipo de tratamento, muitas vezes realizado em âmbito privado face às listas de espera do setor público em Portugal. (40,42)

Hipótese de investigação nº2. O TOCO é predominantemente procurado por pacientes do género feminino.

Nesta investigação, houve uma prevalência do género feminino no grupo de pacientes submetidos ao TOCO, com um percentil de 54,5% face aos 45,5% do género masculino. Este predomínio vai de encontro à grande maioria dos estudos realizados anteriormente acerca desta temática. (7,22,40,43)

A discrepância entre géneros na amostra pode ser justificada pelo facto de as mulheres tenderem a ser mais exigentes e sensíveis em relação aos aspetos físicos, o que faz com que as mesmas tenham maior perceção da DDF e, conseqüentemente, procurem uma solução terapêutica para a dita condição. (7,44) Uma outra justificação pode prender-se com facto de, desde a infância, as mulheres tenderem a procurar com maior frequência os serviços de saúde, inclusive os de saúde oral, o que permite uma deteção precoce do problema. (45) Para além disso, há igualmente a ter em conta que, em Portugal, residem mais mulheres do que homens, o que pode ser mais um fator que explica a prevalência do género feminino na amostra. (46)

Hipótese de investigação nº3. O TOCO é predominantemente procurado por pacientes solteiros.

Relativamente ao estado civil do grupo de estudo, verificou-se que a maioria dos elementos são solteiros (75,8%), reforçando, assim, estudos previamente realizados que demonstram uma maior afluência destes para a realização do TOCO. (40,43) Uma possível explicação para este resultado é o facto destes indivíduos pretenderem melhorar a sua aparência por forma a tornarem-se mais atrativos, melhorarem as suas relações sociais e, eventualmente, encontrarem um companheiro/a. (35,40) No entanto, há que ter em conta que a idade média registada aquando da cirurgia ortognática nesta investigação foi de 26,06 anos e, de acordo com o site PORDATA, a idade média de casamento em Portugal foi, em 2020, de 34,9 anos para o género masculino e de 33,4 anos para o feminino, fator este que poderá igualmente explicar a predominância de solteiros na amostra de estudo. (47)

Hipótese de investigação nº4. Existem diferenças estatisticamente significativas nos valores de AE dos pacientes entre o grupo de estudo e o grupo de controlo.

No que toca aos valores de AE geral obtidos, constatou-se que o grupo de estudo apresentou valores mais elevados de AE, bem como a existência de diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos da amostra

($p=0,025$). Este último tópico vem contrariar estudos prévios que, apesar de assumirem igualmente uma AE mais alta nos indivíduos submetidos a cirurgia ortognática, defendem que as diferenças existentes entre os grupos não são consideradas significativas. (39,40) Esta diferença nos resultados face às restantes investigações, pode ser explicada pelo facto de haver uma grande desproporcionalidade entre o número de elementos que constituem os diferentes grupos, o que, por si só, pode originar viés de resultados.

Comparando apenas os valores médios de AE registados pelos participantes submetidos ao TOCO nesta investigação com os verificados por Miguel (40), cuja temática é em tudo semelhante à que se encontra aqui apresentada, constata-se que os mesmos são muito idênticos. O mesmo já não acontece com os valores médios obtidos pelo grupo de controlo, os quais registam uma diferença marcada: 48,59 ($\pm 7,73$) face aos 51,50 ($\pm 5,90$) obtidos pelo referido autor. (40)

Apesar de não haver literatura que apoie os resultados estatísticos, se admitirmos que efetivamente existem diferenças significativas, estas podem ser justificadas pelo facto de os pacientes que realizaram o TOCO experienciarem uma melhoria estética e funcional comparativamente ao pré-cirurgia, o que os faz valorizar mais a sua imagem e que acaba por se traduzir num aumento da AE.

Hipótese de investigação nº5. Existem diferenças estatisticamente significativas nos diferentes domínios da QV dos pacientes entre o grupo de estudo e o grupo de controlo.

No que toca à QV, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em um dos seus domínios, o físico ($p=0,023$), cujo valor médio foi superior no grupo de estudo ($17,16 \pm 1,62$) comparativamente ao grupo de controlo ($16,55 \pm 1,89$). Nos restantes domínios registaram-se valores mais elevados no grupo de estudo, não se verificando, no entanto, diferenças estatísticas significativas. Assim, visto que apenas existem diferenças estatisticamente significativas em um dos domínios da QV (físico) entre os dois grupos em estudo, rejeitamos a hipótese formulada.

A diferença verificada na vertente física pode ser explicada pelo facto de, nos pacientes submetidos a TOCO, haver uma intervenção cirúrgica que lhes corrige a DDF e os aproxima do seu padrão de beleza facial ideal. Esta melhoria a nível da estética facial e dentária, pode ser extrapolada para a componente física geral, fazendo com que estes sobrevalorizem o seu estado físico face aos indivíduos submetidos a somente a tratamento ortodôntico. Por outro lado, a ausência de diferenças nos demais domínios pode ser justificada pelo facto de ambos os grupos terem respondido aos questionários num período pós-tratamento, já que, comparando com os resultados obtidos pelos pacientes pré-cirurgia, se verifica um aumento significativo das médias nos vários domínios da QV. (40)

De notar ainda que, nesta investigação, o domínio que registou valores médios mais baixos no grupo de estudo foi o das relações sociais, discordando de estudos que defendem ser o domínio do ambiente o que apresenta valores médios inferiores aos restantes nos pacientes pós-cirurgia. (40,48)

Hipótese de investigação nº6. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas nos diferentes domínios da QV e AE entre os diferentes tipos de alteração esquelética dos elementos da amostra que realizaram TOCO.

Relativamente aos valores médios da QV e AE geral em função da alteração esquelética subjacente diagnosticada previamente à realização do TOCO, verificou-se que estes variam, no entanto, não se considera que exista uma diferença estatisticamente significativa entre as diferentes alterações esqueléticas ($p=0,469$). Este achado vai de encontro ao observado noutras investigações que avaliaram as referidas variáveis nos pacientes com classe II e III esqueléticas e defendem a inexistência de diferenças marcadas entre ambos após a submissão à cirurgia ortognática. (40,49,50) Uma possível justificação para este resultado é o facto de os grupos em avaliação serem ambos pós-tratamento. (40)

Hipótese de investigação nº7. As questões estéticas são o principal motivo apontado para a realização do TOCO.

Relativamente à amostra de estudo (n=33), verificou-se que o que levou os pacientes a recorrerem ao TOCO foi a questão funcional (48,5%). A segunda razão mais apontada para a realização deste tratamento foi a questão estética (45,45%). Estes dados reforçam o obtido na investigação realizada por Nicodemo (51). No entanto, discorda de outras que defendem ser o motivo estético a principal motivação para a submissão à cirurgia ortognática. (24) No presente estudo, admite-se que os problemas funcionais eram de tal ordem que os pacientes passaram para segundo plano as considerações estéticas, procurando principalmente obter uma melhoria da função e, como consequência, a sua QV.

Questão de investigação nº1. O médico dentista é o principal responsável pelo encaminhamento para o TOCO?

Nesta investigação, verificou-se que grande parte dos elementos do grupo de estudo (81,8%) indicou que o principal responsável pelo seu encaminhamento para a realização do TOCO foi o(a) médico(a) dentista. Apesar da amostra de estudo ser diferente, este resultado vai de encontro a outros realizados por Silva (35), Stirling (52) e Pabari (24), que concluíram ter sido o(a) médico(a) dentista o(a) principal responsável pela decisão dos pacientes de prosseguirem com o tratamento ortognático e/ou ortodôntico. Este achado pode ser explicado pelo facto de, por vezes, os pacientes não terem noção da presença da DDF ou estarem mal informados acerca desta e ser necessário o diagnóstico e encaminhamento por parte de profissionais de saúde, nomeadamente os médicos dentistas, aos quais se dirigem com maior frequência. (35)

Questão de investigação nº2. Existem diferenças estatisticamente significativas na variável QV em função do tempo decorrido após realização da cirurgia ortognática?

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os vários domínios da QV em função do tempo decorrido após a cirurgia ortognática na presente investigação.

Apesar do referido, não é possível comparar os resultados obtidos com outros, visto que ainda não há estudos que, simultaneamente, utilizem o questionário WHOQoL-Bref e tenham realizado um follow-up dos pacientes após a submissão à cirurgia ortognática. No entanto, de acordo com a literatura, imediatamente após a cirurgia, os pacientes tendem a sofrer uma degradação da sua QV como resultado das complicações deste procedimento. (50) Porém, depois da fase de recuperação, verifica-se uma melhoria desta variável. (50) Acrescentam ainda que após esta melhoria, se verifica uma estabilidade dos resultados ao longo dos anos. (39,53) Este aspeto pode, efetivamente, ser uma justificação para o facto de não se verificarem diferenças nos domínios da QV ao longo do tempo.

A evolução das técnicas cirúrgicas poderá ser uma outra justificação. Efetivamente, apesar dos avanços notáveis na área da Cirurgia Maxilofacial, as técnicas cirúrgicas não sofreram modificações consideráveis nos últimos 10 anos, período este que foi avaliado no presente estudo. (30) Assim, se a comparação fosse com pessoas que foram submetidas à cirurgia ortognática há, por exemplo, 30 anos, provavelmente seriam encontradas diferenças nesta variável, devido à evolução nos níveis de qualidade de tratamento cirúrgico e de saúde.

Questão de investigação nº3. Existem diferenças estatisticamente significativas na variável AE em função do tempo decorrido após realização da cirurgia ortognática?

Relativamente à AE geral em função do tempo decorrido após a realização da cirurgia ortognática, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Ainda não existem estudos que utilizem o instrumento RSES com um período de follow-up muito prolongado, o que impossibilita a comparação destes dados. Porém, de acordo com um estudo longitudinal desenvolvido por

Alanko *et al.* (39), o qual avaliou a AE antes do TOCO e um ano após a realização do mesmo, não se verificaram diferenças nesta variável ao longo do tempo.

Mais uma vez, tal como apresentado na questão de investigação nº 2, importa referir a questão da não variação das técnicas cirúrgicas nos últimos 10 anos, o que pode justificar os resultados obtidos.

De notar ainda que o facto de a amostra ser limitada acaba por influenciar os resultados. De facto, no presente estudo, alguns dos períodos de tempo registaram apenas uma resposta, o que pode não ser indicativo da realidade, uma vez que, nesses casos, os valores obtidos representam apenas um indivíduo de tantos outros que realizaram o mesmo procedimento na mesma altura e que podem ter valores de AE diferentes.

IV.2 Limitações do estudo

Efetivamente, existiram limitações que influenciaram os resultados deste estudo. A sua análise é fundamental para a contextualização dos resultados e ponderação de conclusões. Uma das limitações, já referida na parte da discussão dos resultados, prende-se com o facto de a amostra não ter sido equilibrada na sua distribuição. Verificou-se uma grande discrepância entre o número de elementos do grupo de estudo (constituído por 33 participantes) e o grupo de controlo (composto por 154 indivíduos). Esta diferença constitui uma limitação, uma vez que pode ter originado viés nos resultados apresentados. O ideal seria, assim, haver uma amostra mais homogénea, com uma aproximação do número de participantes de cada grupo da amostra. Como consequência desta variação, verificou-se que, em alguns campos que foram avaliados, existiu apenas um indivíduo a representar determinada característica (como aconteceu, por exemplo, na variável alteração esquelética, onde somente um participante respondeu “outra”). Neste caso, isso faz com que não existam meios comparativos e se registe apenas um valor, o que pode não ser representativo de toda a população com características semelhantes. Apesar dos esforços, não foi possível conseguir um maior número de inquiridos para o grupo de estudo. Tal aspeto, pode ser justificado pelo facto de ainda estarmos

em situação de pandemia por Covid-19, o que limitou o número de pessoas nos consultórios de especialidade de Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, bem como as suas consultas e, conseqüentemente, o acesso a estes pacientes. Outro fator que pode igualmente explicar o sucedido, foi a baixa recetividade por parte de alguns profissionais de saúde em colaborar.

Um outro aspeto limitador desta investigação foram os questionários utilizados. Apesar de alguns estudos prévios relacionados com a presente temática recorrerem aos mesmos, o que se verificou é que estes existem em número limitado. O pretendido é, efetivamente, avaliar o indivíduo como um ser biopsicossocial, no entanto, visto que os instrumentos de recolha de dados utilizados são gerais e não particulares para a saúde oral, as respostas podem não estar diretamente relacionadas com o TOCO. Adicionalmente, no questionário WHOQoL-Bref, os diversos domínios podem ser quantificados de diferentes formas, o que dificulta a comparação dos resultados com os demais estudos. Posto isto, o ideal numa futura investigação seria, portanto, a utilização de questionários específicos para a população ortodôntica. Esta alteração iria não só permitir uma caracterização da amostra mais fidedigna, como também uma comparação de resultados mais eficiente.

A terceira limitação deste estudo prende-se com a amostra utilizada. Visto que nesta investigação ambos os grupos da amostra foram avaliados após a submissão ao tratamento ortodôntico e/ou ortognático, acaba por não haver grandes diferenças psicossociais entre estes indivíduos. Assim, por forma a avaliar diretamente o impacto do TOCO e contornar esta limitação, admite-se que a alteração do grupo de controlo para pacientes com DDF antes da realização do TOCO seria mais proveitosa e fidedigna do real impacto do dito tratamento nos indivíduos. Naturalmente que, para que esta alteração fosse possível, teria de se optar pela realização de um estudo longitudinal, de modo a acompanhar estes pacientes ao longo do tratamento e registar as diferenças nas variáveis AE e QV em tempos diferentes do mesmo.

V. Conclusão

V. Conclusão

Como já foi mencionado, a estética facial e a presença de limitações funcionais podem ter implicações e afetar não só a AE, como também os vários domínios da QV dos indivíduos. Regra geral, quando um paciente recorre ao TOCO, fá-lo na expectativa de obter melhores resultados a nível funcional, físico, social e psicológico. (22) Apesar dos estudos já realizados indicarem o referido, em Portugal ainda existem poucos que incidam nesta temática. Foi precisamente por forma a avaliar e colmatar esta falha na literatura portuguesa que surgiu esta investigação.

Assim, com base nos resultados obtidos e acima apresentados, podemos concluir que:

- No que toca à AE, os pacientes submetidos ao TOCO têm tendência a apresentar valores mais elevados comparativamente aos pacientes que realizaram tratamento ortodôntico convencional;
- O TOCO pode influenciar a QV dos pacientes com DDF que foram submetidos ao mesmo, especialmente no domínio físico, o qual registou uma diferença significativa face aos pacientes tratados com ortodontia convencional. Quanto aos restantes domínios, o TOCO consegue proporcionar níveis de QV idênticos ao tratamento convencional;
- Não parece existir diferenças nas variáveis AE e QV em função da alteração esquelética diagnosticada;
- Os pacientes procuram o TOCO essencialmente por forma a corrigir alterações funcionais;
- O(a) médico(a) dentista é o(a) principal responsável pelo encaminhamento dos pacientes com DDF para a realização do TOCO;
- Não foram detetadas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis AE e QV em função do tempo decorrido após realização da cirurgia ortognática.

Face ao apresentado, admitimos que este estudo se mostra relevante para futuros pacientes submetidos ao TOCO e para a comunidade em geral,

visto que parece existir algum impacto psicossocial nos pacientes com DDF que realizaram o dito tratamento. Posto isto, acreditamos que esta temática deverá continuar a ser explorada em Portugal, por forma a reforçar os resultados aqui apresentados e, de certo modo, apelar à continuidade da evolução da qualidade da prestação de serviços de saúde e da valorização da intervenção multidisciplinar aquando da realização do TOCO, não só entre as áreas da Cirurgia Maxilofacial e da Medicina Dentária, mas também da Terapia da Fala e da Psicologia.

VI. Bibliografia

VI. Bibliografia

1. Sandeep G, Sonia G. Pattern of Dental Malocclusion in Orthodontic Patients in Rwanda : a Retrospective Hospital Based Study. *Rwanda Med J.* 2012;69(December):13–8.
2. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. *Ortodontia Contemporânea.* 5th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
3. Brusola JAC. *Ortodoncia Clínica y Terapéutica.* 2nd ed. Barcelona: Masson Sa; 2005.
4. Souza CC, Coura PE, Coura LC, Oliveira SS De. Prevalência de maloclusão Classe I , II e III de Angle em um Curso de Especialização em Ortodontia da Cidade de Anápolis. *Sci Investig Dent.* 2016;21(1):29–33.
5. Cobourne M, DiBiase A. *Handbook of Orthodontics.* 2nd ed. Elsevier; 2016.
6. Pinto E de M, Gondim PP da C, Lima NS de. Análise crítica dos diversos métodos de avaliação e registro das más oclusões. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial.* 2008;13(1):82–91.
7. Al-Asfour A, Waheedi M, Koshy S. Survey of patient experiences of orthognathic surgery: health-related quality of life and satisfaction. *Int J Oral Maxillofac Surg [Internet].* 2018;47(6):726–31. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2017.12.010>
8. 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.
9. Yoshida MM, Roberto P, Câmara P, Goldenberg DC, Alonso N. Standardization of the evaluation in orthognathic surgery. *Rev Soc Bras Cir Craniomaxilofac.* 2007;10(4):125–32.
10. 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):1–8.
11. Trench J de A, Araújo RPC de. Deformidades dentofaciais: características miofuncionais orofaciais. *Revista CEFAC*. 2015;17(4):1202–14.
 12. Eslamipour F, Najimi A, Tadayonfard A, Azamian Z. Impact of Orthognathic Surgery on Quality of Life in Patients with Dentofacial Deformities. *Int J Dent*. 2017;2017.
 13. 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 Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* [Internet]. 2018;126(6):457–62. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2018.08.013>
 14. Silva S, Teixeira V, Pinhão Ferreira A, Ustrell-Torrent MJ. Autoestima e deformidade dentofacial: um estudo comparativo com a escala de autoestima global de Rosenberg. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac* [Internet]. 2016;57(3):146–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.04.003>
 15. Miguel JAM, Palomares NB, Feu D. Life-quality of orthognathic surgery patients: The search for an integral diagnosis. *Dental Press J Orthod*. 2014;19(1):123–37.
 16. Harter S. Causes and Consequences of Low Self-Esteem in Children and Adolescents. In: Baumesiter RF, editor. *Self-Esteem - The puzzle of Low Self-Regard*. New York: Plenum Press; 1993. p. 87–116.
 17. 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. *J Cranio-Maxillofacial Surg* [Internet]. 2016;44(8):973–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcems.2016.04.005>
 18. Rezaei F, Masalehi H, Golshah A, Imani MM. Oral health related quality of life of patients with class III skeletal malocclusion before and after orthognathic surgery. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):1–6.

19. Ferreira AP. Compensação, Descompensação e Camuflagem ortodôntica. Casos limite. Porto: Universidade do Porto; 1997.
20. Ruellas AC de O, Ruellas RM de O, Romano FL, Pithon MM, Santos RL dos. Extrações dentárias em Ortodontia: avaliação de elementos de diagnóstico. *Dental Press J Orthod*. 2010;15(3):134–57.
21. Proffit WR, White R, Sarver D. Contemporary treatment of dentofacial deformity. St. Louis, Mo; London: Mosby; 2003.
22. Kamarainen M, Alanko O, Svedstrom-Oristo AL, Peltomaki T. Association between quality of life and severity of profile deviation in prospective orthognathic patients. *Eur J Orthod*. 2020;42(3):290–4.
23. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Criteria for Orthognathic Surgery. 2020;1–10. Available from: https://www.aaoms.org/docs/practice_resources/clinical_resources/ortho_criteria.pdf
24. Pabari S, Moles DR, Cunningham SJ. Assessment of motivation and psychological characteristics of adult orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofac Orthop* [Internet]. 2011;140(6):e263–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajodo.2011.06.022>
25. Ryan FS, Barnard M, Cunningham SJ. Impact of dentofacial deformity and motivation for treatment: A qualitative study. *Am J Orthod Dentofac Orthop* [Internet]. 2012;141(6):734–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajodo.2011.12.026>
26. Sant’Ana E, Janson M dos RP. Ortodontia e cirurgia ortognática: do planejamento à finalização. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*. 2003;119–29.
27. Jamilian A, Alireza D, Perillo L. Orthodontic preparation for orthognathic surgery. In: Motamedi MH, editor. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*. 1st ed. Intech; 2015. p. 441–58.
28. Cunningham SJ, Johal A. Orthognathic correction of dento-facial discrepancies. *Br Dent J*. 2015;218(3):167–75.
29. Buchanan EP, Hyman CH. LeFort i osteotomy. *Semin Plast Surg*.

- 2013;27(3):149–54.
30. Kashani H, Rasmusson L. Osteotomies in Orthognathic Surgery. In: Motamedi M, editor. *A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery Volume 3*. INTECH; 2016. p. 617–49.
 31. Miloro M, Ghali G, Larsen P, Waite P. *Peterson's Principles of oral and maxillofacial surgery*. 2nd ed. Hamilton: BC Decker Inc; 2004.
 32. Ribas M de O, Reis LFG, França BHS, Lima AAS de. Cirurgia ortognática: orientações legais aos ortodontistas e cirurgiões bucofaciais. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*. 2005;10(6):75–83.
 33. Wolford LM. Comprehensive Post Orthognathic Surgery Orthodontics: Complications, Misconceptions, and Management. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2020;32(1):135–51.
 34. Friscia M, Sbordone C, Petrocelli M, Vaira LA, Attanasi F, Cassandro FM, et al. Complications after orthognathic surgery: our experience on 423 cases. *Oral Maxillofac Surg*. 2017;21(2):171–7.
 35. Silva S. *A dimensão psicossocial na Deformidade Dento-Facial*. Tese de Doutoramento. Porto: Universidade do Porto; 2015.
 36. Rivera SM, Hatch JP, Rugh JD. Psychosocial factors associated with orthodontic and orthognathic surgical treatment. *Semin Orthod*. 2000;6(4):259–69.
 37. Faria L, Pepi A, Alesi M. Concepções pessoais de inteligência e auto-estima: Que diferenças entre estudantes portugueses e italianos? *Análise Psicológica*. 2004;22(4):747–64.
 38. Vaz Serra A, Cristina Canavarro M, Simões M, Pereira M, Gameiro S, João Quartilho M, et al. Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatr Clínica*. 2006;27(271):41–9.
 39. Alanko O, Tuomisto MT, Peltomäki T, Tolvanen M, Soukka T, Svedström-Oristo AL. A longitudinal study of changes in psychosocial well-being

- during orthognathic treatment. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2017;46(11):1380–6.
40. Matos MR. Qualidade de vida e autoestima em pacientes submetidos a Tratamento Ortodôntico Cirúrgico Ortognático. Dissertação de Mestrado. Viseu: Universidade Católica Portuguesa; 2020.
 41. Andrup M, Elenius J, Ramirez E, Sjöström M. Indications and Frequency of Orthognathic Surgery in Sweden - A Questionnaire Survey. *Int J Oral Dent Heal.* 2015;1(4):1–5.
 42. FFMS. Taxa de desemprego: total e por grupo etário (%) [Internet]. PORDATA. 2020 [cited 2021 Jun 7]. Available from: [https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+grupo+etário+\(percentagem\)-553](https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+grupo+etário+(percentagem)-553)
 43. Nicodemo D, Pereira MD, Ferreira LM. Effect of orthognathic surgery for class III correction on quality of life as measured by SF-36. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2008;37(2):131–4.
 44. Strahan EJ, Wilson AE, Cressman KE, Buote VM. Comparing to perfection: How cultural norms for appearance affect social comparisons and self-image. In: *Body Image.* 2006. p. 211–27.
 45. Silva LFGE, Thomaz EBAF, Freitas HV, Ribeiro CCC, Pereira ALP, Alves CMC. Self-perceived need for dental treatment and related factors. A cross-sectional population-based study. *Braz Oral Res.* 2016;30(1):1–9.
 46. FFMS. População residente, média anual: total e or sexo [Internet]. PORDATA. 2019 [cited 2021 Jun 7]. Available from: <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
 47. FFMS. Idade média ao primeiro casamento, por sexo [Internet]. PORDATA. 2020 [cited 2021 Jun 7]. Available from: <https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+média+ao+primeiro+casamento++por+sexo-421-5200>
 48. Alves AC, Carvalho R, Santos TDS, Rocha NS, Gomes ACA, de Oliveira e Silva ED. Evaluation of life quality of patients submitted to orthognathic surgery. *Dental Press J Orthod.* 2013;18(5):107–14.

49. Jung MH. Quality of life and self-esteem of female orthognathic surgery patients. *J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2016;74(6):1240.e1-1240.e7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2016.01.046>
50. Baherimoghaddam T, Tabrizi R, Naseri N, Pouzesh A, Oshagh M, Torkan S. Assessment of the changes in quality of life of patients with class II and III deformities during and after orthodontic-surgical treatment. *Int J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2016;45(4):476–85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijom.2015.10.019>
51. Nicodemo D, Pereira MD, Ferreira LM. Cirurgia ortognática: abordagem psicossocial em pacientes Classe III de Angle submetidos à correção cirúrgica da deformidade dentofacial. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*. 2007;12(5):46–54.
52. Stirling J, Latchford G, Morris DO, Kindelan J, Spencer RJ, Bekker HL. Elective orthognathic treatment decision making: A survey of patient reasons and experiences. *J Orthod*. 2007;34(2):113–27.
53. Motegi E, Hatch JP, Rugh JD, Yamaguchi H. Health-related quality of life and psychosocial function 5 years after orthognathic surgery. *Am J Orthod Dentofac Orthop*. 2003;124(2):138–43.

VII. Anexos

VII. Anexos

VII.1 Anexo 1 - Modelo de Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

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

Título do estudo: Impacto psicossocial em pacientes submetidos a Tratamento Ortodôntico-Cirúrgico-Ortognático (TOCO)

Enquadramento: A deformidade dentofacial (DDF) é um problema de má oclusão considerada incapacitante que é frequentemente associada a problemas com a imagem corporal o que, consequentemente, se traduz numa afetação da autoestima e qualidade de vida dos pacientes.

Esta investigação tem como principal objetivo estudar de que forma o TOCO afeta as variáveis psicossociais dos pacientes submetidos a este, nomeadamente as variáveis autoestima e a qualidade de vida.

A presente investigação tem como finalidade a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária pela estudante Rita Alexandra Figueiral Antunes, sob a orientação da Professora Doutora Susana Silva e Professor Doutor Vítor Teixeira.

Explicação do estudo: A fim de conseguir alcançar o principal objetivo deste estudo (Impacto psicossocial do TOCO em pacientes submetidos ao mesmo), serão aplicados dois questionários: um para avaliar a 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 ou 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.

Assinatura do investigador:

Rita Alexandra Figueiral Antunes
ritaantunes98@gmail.com
Tlm. 962333606

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.rgpd@ucp.pt

¹ http://epidemiologia.med.up.pt/pdfs/Helsinki_2013.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdio/2001/01/002A00/00140036.pdf>

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E É FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.**



Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, 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 pelas pessoas que acima assinam. 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 a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelos investigadores.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

**SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)**

NOME: _____

BI/CC Nº: _____

DATA ou VALIDADE ____ / ____ / ____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E É FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.**

VII.2 Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa



Parecer sobre o projeto nº 105
Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa
Mandato 2019/2023

<p>Projeto de Investigação</p> <p>Na reunião do dia 28 de abril de 2021 a CES-UCP esteve reunida e apreciou do ponto de vista ético os elementos submetidos pela investigadora principal, em resposta a parecer prévio da CES. Após apreciação redige o parecer que agora se apresenta</p>
<p>Título: Impacto psicossocial em pacientes submetidos a Tratamento Ortodôntico Cirúrgico Ortognático FMD – UCP. Supõe-se para o grau de Mestre</p>
<p>Investigador Principal: Rita Alexandra Figueiral Antunes Orientadora: Professora Doutora Susana Silva. Coorientador: Professor Doutor Vítor Teixeira</p>
<p>Resumo:</p> <p>O Tratamento ortodôntico cirúrgico ortognática (TOCO) é um tratamento que visa a correção da posição dentária e das bases ósseas, a fim de se atingir um padrão facial normal. Trata-se de um procedimento que altera o perfil facial dos pacientes e que pode acarretar uma série de mudanças a nível psicossocial. Os pacientes que procuram este tipo tratamento apresentam-se, geralmente, com baixa autoestima, sintomas depressivos e níveis de ansiedade aumentados.</p> <p>É de interesse social avaliar se os pacientes com deformidade dento facial efetivamente apresentam uma menor qualidade de vida e baixa autoestima antes da cirurgia, que justifique a realização da cirurgia ortognática e, ainda, avaliar se o estado psicológico do pós-operatório evoluiu positivamente ou não.</p> <p>Objetivo principal é avaliar as variáveis psicossociais, nomeadamente a autoestima e qualidade de vida, em pacientes submetidos a TOCO.</p> <p>É um estudo clínico transversal e descritivo, sem qualquer tipo de intervenção terapêutica; não serão testados novos produtos ou procedimentos clínicos.</p> <p>Os dados são recolhidos através do preenchimento de dois questionários: um para avaliar a autoestima (Escala de autoestima Global de Rosenberg); e outro para avaliação da qualidade de vida (WHOQOL (Bref)).</p> <p>O estudo decorre em “consultórios privados de medicina dentária em consultas de cirurgia maxilo facial”. Ainda não existem autorizações; apresenta um documento a apresentar às instituições onde se pretende elaborar a recolha de dados.</p> <p>Os participantes são os utentes com idade superior a 16 anos, os menores são reconhecidos como “grupo vulnerável”. Em relação à “sua imprescindibilidade para o estudo”, diz que “este tipo de procedimentos pode ser efetuado em pacientes menores de idade (aqui considerados como um grupo vulnerável), os quais podem percecionar com maior intensidade o resultado do pós-operatório”.</p> <p>Quanto a riscos ou incómodos, apenas algumas questões mais pessoais presentes nos questionários”.</p> <p>Documentos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Questionário WHOQOL – Bref, e pedido de autorização para o seu uso. 2. Questionário de autoestima global - Escala de Rosenberg e autorização da utilização da versão portuguesa adaptada. 3. Cronograma de setembro de 2020 a junho de 2021. 4. Modelo de consentimento informado, livre e esclarecido, assinados pela investigadora e orientadores. Está indicado o DPO: Dr.ª Frederica Carvalho, com os contactos. 5. Informação escrita aos participantes, com o objetivo e procedimentos do trabalho. 6. Avaliação do impacto sobre proteção de dados: “Um médico da comunidade que efetua o tratamento dos dados pessoais dos seus doentes. Neste caso, não é necessário realizar uma AIPD, uma vez que o tratamento efetuado pelos médicos comunitários não é efetuado em grande escala caso o número de doentes seja limitado”. 7. Modelo de pedido de autorização da recolha de dados pelo diretor clínico. 8. Declaração de Conflito de Interesses; não há; não está financiado. 9. <i>Curriculum Vitæ</i> da investigadora e de cada um dos orientadores. 10. Declaração sobre as condições de confidencialidade de dados obtidos.

11. Declaração da Orientadora Susana Silva.

12. Parecer favorável da CES UCP sobre estudo com temática semelhante

Observações: Elementos solicitados pelo parecer da CES-UCP:

- 1) Falta a Declaração do Conselho Científico e a do coorientador, Doutor Vítor Teixeira.
- 2) É necessário indicar as clínicas e a autorização pelo respetivo diretor, para recolha de dados;
- 3) Sobre a confidencialidade dos dados, é necessário indicar a descrição e explicação dos procedimentos neste caso concreto.
- 4) À pergunta se “o presente estudo já foi submetido a alguma comissão de ética”, responde-se que “sim”, e anexa-se o parecer positivo de outro estudo, em que a temática é semelhante. Mas, mesmo se em continuação, o projeto presente é novo; é necessário que haja elementos novos, por exemplo, nos participantes.
- 5) É necessário indicar o modo de lidar com os menores vulneráveis, de forma a garantir a sua livre adesão.
- 6) Completar com datas alguns documentos: cronograma, conflito de interesses.

Apreciação sobre os esclarecimentos submetidos pelo investigador principal:

- 1) Está completo.
- 2) Consta o modelo de pedido de autorização. Penso ser suficiente.
- 3) O que é dito sobre a confidencialidade é suficiente.
- 4) Não esclarece
- 5) Não indica.
- 6) Completar.

Esclarecimentos, no dia 25 de março de 2021:

- 4) A investigadora apresenta um “questionário não aplicado no ano passado, dirigido a médicos dentistas ou cirurgiões maxilofaciais”, cujo conteúdo apresenta, e que constitui “um novo elemento que diferencia este estudo do realizado anteriormente”.
- 5) A idade mínima foi alterada para os 18 anos, tendo em atenção até razões de ordem clínica. Haverá acompanhamento psicológico, para o caso de ser necessário e pedido.

Estiveram presentes na reunião nº 28 (2ª parte) da CES-UCP

Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas
 Vice-Presidente: Doutora M^a Teresa Marques
 Doutor Jerónimo Santos Trigo
 Doutor Pedro Garcia Marques
 Dr. Eugénio Fonseca
 Doutora Marta Brites

Conclusão

Ouvido o Relator, e o plenário da reunião do dia 28 de abril de 2021, realizada por videoconferência, esta CES delibera, por unanimidade, a emissão **Parecer Favorável**, uma vez que as respostas satisfazem os esclarecimentos solicitados.

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.

A Presidente,

Mara de Sousa Freitas

Mara de Sousa Freitas

28/04/2021

VII.3 Anexo 3 – Escala de Autoestima Global de Rosenberg (RSES)

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 assinale 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

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos **A2 Data de Nascimento** ____ / ____ / ____

A3 Sexo Masculino
 Feminino

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

A5 Profissão

A6.1 Freguesia
A6.2 Concelho
A6.3 Distrito

A7 Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="text"/>
	Casado(a)	<input type="text"/>
	União de facto	<input type="text"/>
	Separado(a)	<input type="text"/>
	Divorciado(a)	<input type="text"/>
	Viúvo(a)	<input type="text"/>

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 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	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	Muitíssimo
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 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	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 (F2.1)	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

VIII. Apêndices

VIII.1 Apêndice 1 – Questionário “Informações adicionais acerca do paciente”



Informações adicionais acerca do paciente

O presente questionário foi construído no âmbito do Trabalho de Investigação intitulado: “Impacto psicossocial em pacientes submetidos a Tratamento Ortodôntico-Cirúrgico-Ortognáptico (TOCO)”

1. Ano da cirurgia: _____

2. Alteração esquelética:

Classe I

Classe II

Classe III

Assimetria

Outra: _____

3. Tipo de cirurgia:

Maxilar

Mandibular

Combinada

4. Principal motivação para a realização do TOCO?

Motivos estéticos

Motivos funcionais

Desconforto/Dor

Influência externa (familiares e amigos)

Outra

5. Quem foi o principal responsável pelo encaminhamento para a realização do TOCO?

- Médico Dentista
- Médico
- Eu próprio(a)
- Familiares e amigos
- Outra

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional,

Rita Antunes

Investigadora responsável: Rita Antunes
Contacto telefónico: 962333606
E-mail: ritaantunes98@gmail.com