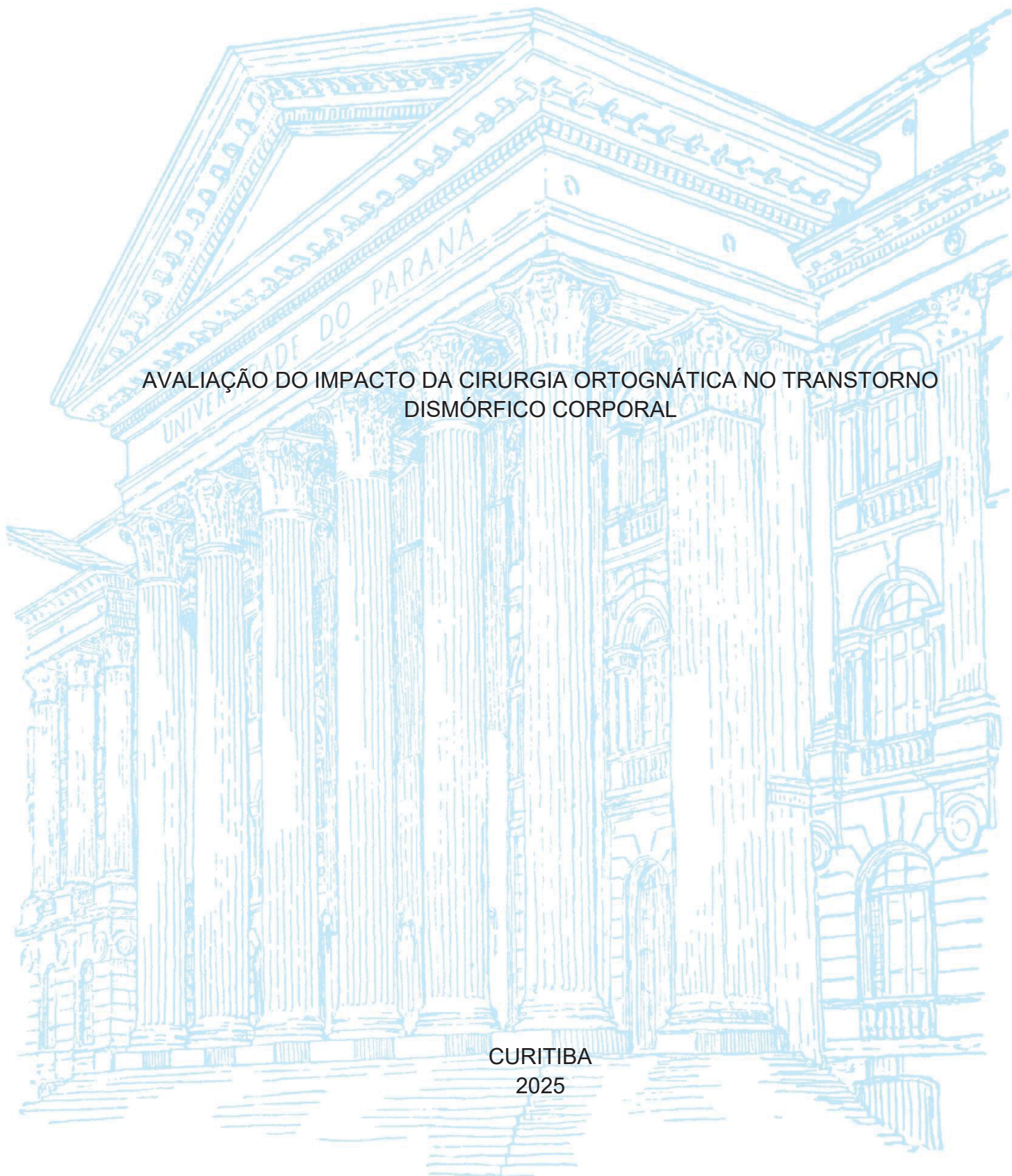


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LEONARDO SILVA BENATO

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA CIRURGIA ORTOGNÁTICA NO TRANSTORNO
DISMÓRFICO CORPORAL

CURITIBA
2025



LEONARDO SILVA BENATO

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA CIRURGIA ORTOGNÁTICA NO TRANSTORNO
DISMÓRFICO CORPORAL

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia, área de concentração em Clínica Odontológica - CTBMF, nível Doutorado, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Dra. Rafaela Scariot

Coorientadora: Prof^a Dra. Aline Monise Sebastiani

CURITIBA
2025

Benato, Leonardo Silva

Avaliação do impacto da cirurgia ortognática no transtorno dismórfico corporal
[recurso eletrônico] / Leonardo Silva Benato. – Curitiba, 2025.
1 recurso online : PDF

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia.
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2025.

Orientador: Profa. Dra. Rafaela Scariot

Coorientador: Profa. Dra. Aline Monise Sebastiani

1. Cirurgia ortognática. 2. Transtornos dismórficos corporais. 3. Transtornos mentais. 4. Qualidade de vida. I. Scariot, Rafaela. II. Sebastiani, Aline Monise. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 617.605

Maria da Conceição Kury da Silva CRB 9/1275



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ODONTOLOGIA -
40001016065PB

ATA Nº304

**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DOUTORADO PARA A OBTENÇÃO DO
GRAU DE DOUTOR EM ODONTOLOGIA**

No dia sete de outubro de dois mil e vinte e cinco às 14:00 horas, na sala Auditório do Setor de Ciências Florestais, UFPR, foram instaladas as atividades pertinentes ao rito de defesa de tese do doutorando **LEONARDO SILVA BENATO**, intitulada: **AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA CIRURGIA ORTOGNÁTICA NO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL**, sob orientação da Profa. Dra. RAFAELA SCARIOT. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ODONTOLOGIA da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelos seguintes Membros: RAFAELA SCARIOT (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), JULIANA LUCENA SCHUSSEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), JOSÉ MIGUEL AMENÁBAR CÉSPEDES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), CECILIA PEREIRA STABILE (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA), GUILHERME STRUJAK (UNIVERSIDADE POSITIVO). A presidência iniciou os ritos definidos pelo Colegiado do Programa e, após exarados os pareceres dos membros do comitê examinador e da respectiva contra argumentação, ocorreu a leitura do parecer final da banca examinadora, que decidiu pela APROVAÇÃO. Este resultado deverá ser homologado pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais definidos pelo programa. A outorga de título de doutor está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, RAFAELA SCARIOT, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

CURITIBA, 07 de Outubro de 2025.

Assinatura Eletrônica
09/10/2025 09:03:13.0
RAFAELA SCARIOT
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
17/10/2025 14:23:40.0
JULIANA LUCENA SCHUSSEL
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
16/10/2025 13:19:17.0
CECILIA PEREIRA STABILE
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA)

Assinatura Eletrônica
09/10/2025 08:59:17.0
JOSÉ MIGUEL AMENÁBAR CÉSPEDES
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
21/10/2025 16:01:05.0
GUILHERME STRUJAK
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE POSITIVO)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ODONTOLOGIA -
40001016065P8

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ODONTOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **LEONARDO SILVA BENATO**, intitulada: **AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA CIRURGIA ORTOGNÁTICA NO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL**, sob orientação da Profa. Dra. RAFAELA SCARIOT, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 07 de Outubro de 2025.

Assinatura Eletrônica

09/10/2025 09:03:13.0

RAFAELA SCARIOT

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

17/10/2025 14:23:40.0

JULIANA LUCENA SCHUSSEL

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

09/10/2025 08:59:17.0

JOSÉ MIGUEL AMENÁBAR CÉSPEDES

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

16/10/2025 13:19:17.0

CECILIA PEREIRA STABILE

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA)

Assinatura Eletrônica

21/10/2025 16:01:05.0

GUILHERME STRUJAK

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE POSITIVO)

Av. Pref. Lothário Meissner, 632 - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80210-170 - Tel: (41) 3360-4134 - E-mail: posodonto@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.
Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 489960

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://siga.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 489960

DEDICATÓRIA

A Deus, meu guia desde o início, sempre me iluminando e me dando muita força e saúde para alcançar meus objetivos.

Nossa mãe do céu, Maria, qual me acompanha e intercede por mim e minha família em todos os momentos da minha vida.

À minha esposa Arielly, amor da minha vida, mãe e esposa exemplar, que certamente é a responsável em não me deixar desistir dos meus sonhos, sempre ao meu lado me aconselhando e apoiando em todos os momentos. Ao meu piázinho Gabriel, minhas princesas Maria Isabela e Maria Luiza, nossos tesouros, amados e muito esperados, que nos ensinam todos os dias a sermos pessoas melhores e conseguem com suas inocências de criança fortalecer nossa família e mostrar que amor nunca é demais. A vocês quatro, que são minha vida, meu eterno amor e gratidão. Se cheguei até aqui, foi por vocês.

Aos meus pais Antonio Cezar e Maria da Luz, que eu amo tanto, que se privaram de muitas coisas em certos momentos, na sua incansável jornada para que eu e meu irmão pudéssemos estudar e realizar nossos ideais.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Paraná, que considero minha segunda casa e tenho tanto orgulho, por ter possibilitado a realização da minha graduação, minha residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, o Mestrado e o Doutorado.

A minha orientadora Professora Rafaela Scariot, com profundo respeito e gratidão, dedico esta tese à sua orientação firme, paciente e generosa, que foi essencial em cada etapa desta jornada acadêmica. Sua competência científica, dedicação incansável e exemplo de ética profissional não apenas guiaram o desenvolvimento deste trabalho, mas também inspiraram meu crescimento como pesquisador e ser humano. A confiança depositada, a escuta atenta e o apoio constante foram fundamentais para superar os desafios encontrados ao longo do doutorado.

Ao grande mestre Professor Dr. Nelson Luis Barbosa Rebellato, pela valiosa transmissão de conhecimentos acadêmicos e técnicos, pela dedicação exemplar ao curso de Odontologia, à residência em Cirurgia Bucomaxilofacial e à Universidade Federal do Paraná. O entusiasmo com que sempre se refere à nossa instituição, aliado ao respeito no trato com as pessoas, à busca constante pelo que é correto e ao senso de justiça ímpar, foram fundamentais para o meu crescimento profissional e pessoal. Ainda que não tenhamos convivido por longos períodos, sempre tive orgulho de suas atitudes e condutas, reconhecendo em sua trajetória um exemplo de ética, compromisso e inspiração a ser seguido.

À minha coorientadora Professora Dr^a. Aline Monise Sebastiani, contemporânea de residência e mestrado, com uma longa estrada de estudos juntos. Pessoa extremamente esforçada, com um total merecimento pelos lugares aonde chegou e ainda irá chegar. Muito obrigado pelas considerações, pontuações na banca de qualificação e pela sua amizade.

Ao meu querido amigo Professor Dr. Guilherme Strujak, pela amizade sincera, pelo apoio em tantos momentos desta jornada e por estar presente não apenas na vida pessoal, mas também neste momento acadêmico tão importante. Tê-lo como membro da banca é motivo de orgulho e alegria, pois sua trajetória e sua amizade sempre foram para mim fonte de inspiração e força.

A professora Cecilia Pereira Stabile, registro minha sincera admiração por sua trajetória acadêmica e profissional exemplar, que tanto inspira a área e contribui para

o avanço do conhecimento. É uma honra tê-la como membro da banca examinadora desta tese e poder contar com sua leitura atenta e com suas valiosas contribuições.

Ao Professor Dr. José Miguel Amenábar Céspedes, que conheço de longa data, e sempre tive muita empatia, respeito e consideração. Suas considerações são sempre muito bem-vindas, importantes e assertivas. Muito obrigado pelos ensinamentos e risadas desde a graduação.

À Professora Dr^a Juliana Lucena Schussel, com carinho e profunda gratidão pela dedicação, paciência e generosidade com que sempre conduziu seu trabalho. Sua presença e seus ensinamentos marcaram minha trajetória acadêmica e pessoal, tornando-a ainda mais significativa.

Ao professor Dr. Bruno Cavallini Cavenago, coordenador do Programa de Pós-Graduação, pela sensibilidade e pela humanidade demonstradas ao compreender e apoiar-me em um momento de dificuldade durante minha trajetória no Programa de Pós-Graduação. Seu acolhimento e orientação foram fundamentais não apenas para a continuidade deste trabalho, mas também para meu crescimento pessoal e acadêmico.

Ao Prof. Dr. Leandro Eduardo Klüppel, ao qual devo muito da minha formação como cirurgião e caráter. Sua amizade e sua ajuda desde a residência são fundamentais para o meu crescimento.

Ao Professor. Dr. Delson João da Costa, pessoa extremamente carismática e bondosa, pelos inúmeros procedimentos cirúrgicos, ambulatoriais e aulas que participamos juntos. Obrigado pelas oportunidades que meu deu nesta caminhada desde a graduação.

A amiga Marina Fanderuff, também cirurgiã bucomaxilofacial, pelo apoio inestimável durante a construção desta tese. Sua generosidade em dedicar tempo para revisar o trabalho e realizar toda a parte estatística foi fundamental para que este estudo se concretizasse. Mais do que uma colaboradora, foi presença amiga, incentivo e inspiração ao longo desta jornada.

Aos demais professores Do Programa Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Paraná que de forma direta ou indireta contribuíram para minha formação, e somam ao curso de Odontologia instigando o crescimento dos alunos.

À minha família, sempre presente apoiando, cada um do seu jeito, com palavras, orações e pensamentos positivos.

Ao meu irmão Bruno, pela sua amizade, por nos dar a Gi, a Juju e o João Guilherme, pelo seu grande coração, por estar sempre comigo, mesmo que na maioria das vezes apenas por pensamentos.

Aos meus sogros, Ariel Claudio Grande e Rose Maria de Moura Grande, e aos meus cunhados, Felipe André de Moura Grande e Sandrine Schuller, pela presença carinhosa, pelo apoio constante e pelo cuidado com que sempre acolheram e fortaleceram nossa família. Sou profundamente grato por todo o carinho e incentivo recebidos ao longo desta caminhada.

Aos meus grandes amigos, Alex Huber e Ana Claudia Huber, amigos de longa data, que ocupam um lugar especial em minha vida e da minha família. Pelo carinho, pela amizade sincera e pelo apoio constante, deixo registrado meu profundo agradecimento e a alegria de tê-los sempre ao nosso lado.

Ao meu grande amigo, Romulo Molinari, companheiro desde os tempos de faculdade, cuja amizade se fortaleceu ao longo dos anos e segue presente no dia a dia de trabalho. Agradeço por sua participação ativa nesta pesquisa e por caminhar ao meu lado nesta trajetória, como colega de profissão e amigo leal.

Não poderia deixar de agradecer ao amigo Evandro Matioski, que iniciou sua trajetória como estagiário e, com dedicação e amizade, hoje integra nossa equipe, sempre nos apoiando de maneira constante e generosa.

Aos meus amigos de longa data, que sempre estão comigo, também independente da distância e do tempo, André Domingues, Eslin Rodrigo Evangelista e Leandro Buzatta.

Ao querido padre Gelson Mikuszka, pela amizade sincera que nasceu do ministério e se fortaleceu nas conversas, conselhos e partilhas ao longo do tempo. Sua presença, sabedoria e humanidade têm sido fonte de inspiração, apoio e crescimento pessoal em minha caminhada.

Ao querido primo Wilson Denis Benato Martins, entusiasta e precursor da cirurgia bucomaxilofacial em nosso país, além de referência nas pesquisas científicas. Suas palavras, exemplos e conversas sempre foram fonte de inspiração, contribuindo de forma significativa para o meu crescimento profissional e pessoal.

Registro também meu agradecimento ao estagiário João Pedro Clazer, cuja dedicação e disponibilidade no dia a dia foram fundamentais, especialmente no auxílio à leitura e organização dos dados das fichas.

A todos os alunos e professores do Programa de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, que disponibilizaram os dados de seus pacientes para a pesquisa, e colaboraram nos agendamentos das avaliações.

Aos funcionários da UFPR, em especial a secretária do Mestrado, Ana Maristela, que nos ajuda com tanto empenho e carisma.

Aos pacientes que depositaram sua confiança em nosso trabalho, aceitaram participar da pesquisa, doando seu tempo para as avaliações e comparecendo nos retornos solicitados. Permitindo que eu evoluísse como profissional e como ser humano.

Aos alunos da graduação que me receberam com respeito e atenção ao ministrar as aulas do programa.

Ao Hospital do Trabalhador e seus funcionários, sempre prestativos, por terem permitido a realização dos atendimentos e procedimentos cirúrgicos, desta forma, permitindo que pudéssemos fornecer tratamento de qualidade aos pacientes.

RESUMO

Introdução: O transtorno dismórfico corporal caracteriza-se por uma preocupação excessiva com defeitos mínimos ou inexistentes na aparência. A prevalência do TDC é elevada entre indivíduos que buscam por procedimentos cirúrgicos, incluindo a cirurgia ortognática. Além disso, a presença desse transtorno pode afetar a satisfação com os resultados pós-operatórios. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da cirurgia ortognática sobre a dismorfia corporal, aparência facial e qualidade de vida relacionada à saúde bucal. **Materiais e Métodos:** Foi conduzido um estudo longitudinal com 45 indivíduos submetidos à cirurgia ortognática no serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais da Universidade Federal do Paraná, de 2022 a 2024. Os participantes foram avaliados no pré-operatório (T0) e seis meses após a cirurgia (T1). As variáveis avaliadas foram a dismorfia corporal, por meio do *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE), a percepção sobre a aparência facial, pela Escala Psicossocial de Aparência Facial (EPAF) e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal pelo *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14). Também foram avaliados dados como a idade, sexo e classe esquelética. Os resultados foram submetidos à análise estatística descritiva e inferencial. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. Os dados foram analisados com o programa IBM SPSS v.21.0® (*Statistical Package for Social Science*). **Resultados:** A amostra foi composta por 45 indivíduos, 23 (51%) do sexo feminino e 22 (49%) do sexo masculino. A mediana das idades foi de 27 anos, sendo a mínima de 18 anos e a máxima de 41 anos. Houve redução estatisticamente significativa nos scores do BDDE ($p < 0,001$) e da EPAF ($p < 0,001$) após a cirurgia ortognática. Em T1, houve melhora na percepção da qualidade de vida relacionada à saúde bucal ($p < 0,001$), bem como em todos os domínios do OHIP-14 ($p < 0,05$). Correlações positivas moderadas foram observadas entre BDDE, EPAF e OHIP-14, em T0 e em T1. **Conclusão:** cirurgia ortognática teve um impacto positivo na percepção da imagem corporal, da aparência facial e na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Além disso, observamos uma correlação entre o BDDE, EPAF e OHIP-14.

Palavras-chave: Cirurgia Ortognática; Transtornos Dismórficos Corporais
Transtornos Mentais; Qualidade de Vida

ABSTRACT

Introduction: Body dysmorphic disorder (BDD) is characterized by excessive concern with minimal or nonexistent appearance defects. The prevalence of BDD is high among individuals seeking surgical procedures, including orthognathic surgery. Moreover, the presence of this disorder may affect satisfaction with postoperative outcomes. **Objective:** This study aimed to evaluate the impact of orthognathic surgery on body dysmorphia, facial appearance, and oral health–related quality of life. **Materials and Methods:** A longitudinal study was conducted with 45 individuals who underwent orthognathic surgery at the Oral and Maxillofacial Surgery Service of the Federal University of Paraná, between 2022 and 2024. Participants were assessed preoperatively (T0) and six months postoperatively (T1). The variables analyzed included body dysmorphia, using the Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE), perception of facial appearance, through the Facial Appearance Psychosocial Scale (FAPS) and oral health–related quality of life, using the Oral Health Impact Profile (OHIP-14). Age, sex, and skeletal class were also recorded. Data were subjected to descriptive and inferential statistical analysis. Values of $p < 0.05$ were considered statistically significant. Analyses were performed using IBM SPSS v.21.0® (Statistical Package for Social Science). **Results:** The sample consisted of 45 individuals, 23 (51%) female and 22 (49%) male. The median age was 27 years, ranging from 18 to 41 years. A statistically significant reduction was observed in BDDE scores ($p < 0.001$) and FAPS scores ($p < 0.001$) after orthognathic surgery. At T1, improvements were also noted in oral health–related quality of life perception ($p < 0.001$), as well as in all OHIP-14 domains ($p < 0.05$). Moderate positive correlations were found between BDDE, FAPS, and OHIP-14 at both T0 and T1. **Conclusion:** Orthognathic surgery had a positive impact on body image perception, facial appearance, and oral health–related quality of life. Furthermore, correlations were observed between BDDE, FAPS and OHIP-14.

Keywords: Orthognathic surgery; Body Dysmorphic Disorders; Mental Disorders; Quality of Life

LISTA DE SIGLAS

BDDE - Exame de Transtorno Dismórfico Corporal

DDF – Deformidade Dentofacial

DP – Desvio Padrão

FIE – Fixação Interna Estável

OHIP 14 - Oral Health Impact Profile

EPAF - Escala Psicosocial de Aparência Facial

PO - Pós-operatório

TDC - Transtorno Dismórfico Corporal

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPR – Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 DEFORMIDADE DENTOFACIAL	15
2.2 CIRURGIA ORTOGNÁTICA	16
2.3 TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	17
2.4 PERCEPÇÃO DA APARÊNCIA FACIAL	18
2.5 CIRURGIA ORTOGNÁTICA E QUALIDADE DE VIDA	19
3. OBJETIVOS	20
3.1 OBJETIVO GERAL	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4. ARTIGO	21
5. CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS	44
ANEXOS	47
ANEXO I – Exame de Transtorno Dismórfico Corporal (BDDE)	47
ANEXO II – Escala Psicossocial de Aparência facial (EPAF)	57
ANEXO III – OHIP-14	59
APÊNDICE	60
APÊNDICE I – Parecer consubstanciado do CEP	61
APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	67

1. INTRODUÇÃO

As deformidades dentofaciais (DDFs) correspondem a alterações no crescimento e desenvolvimento dos ossos da face e das bases maxilares, resultando em desproporções faciais e más-occlusões que podem comprometer a função mastigatória, a fala, a estética e a qualidade de vida dos indivíduos (Proffit; Fields; Sarver, 2005). O tratamento de escolha para pacientes com DDFs é a combinação de ortodontia e cirurgia ortognática, abordagem que permite restabelecer a harmonia facial, corrigir discrepâncias esqueléticas e melhorar a função estomatognática (Mossey, 1999). Além dos benefícios funcionais, a cirurgia ortognática está associada a ganhos estéticos e psicossociais relevantes, com impacto positivo na autoestima, nas relações interpessoais e na percepção da autoimagem (Proffit, 2005; Rusanen *et al.*, 2010; Thilander, 2015).

O transtorno dismórfico corporal (TDC) é uma condição psiquiátrica caracterizada por preocupação persistente e excessiva com defeitos percebidos na aparência física, que podem ser mínimos ou inexistentes (Nicewicz, 2024). Nesses casos, a percepção individual sobre a própria aparência difere significativamente da visão das outras pessoas, gerando sofrimento intenso, prejuízos sociais e ocupacionais e, em casos graves, ideação ou comportamento suicida (Moss, 2000; Luther; Morris; Hart, 2003). A prevalência de TDC na população geral é estimada em aproximadamente 1 a 2% (Aziz, 2004), mas estudos indicam taxas muito mais elevadas em pacientes que procuram procedimentos estéticos ou cirúrgicos, variando de 7 a 15% (Proffit *et al.*, 2007; Collins *et al.*, 2014). Importante ressaltar que indivíduos com TDC tendem a não apresentar melhora de seus sintomas após intervenções estéticas e, em alguns casos, relatam piora do quadro clínico, reforçando a necessidade de triagem adequada antes da indicação cirúrgica (Phillips; Wilhelm; Koran, 1995; Phillips, 2022).

Considerando que a cirurgia ortognática possui caráter duplo — funcional e estético —, a presença de sintomas relacionados ao TDC deve ser cuidadosamente avaliada em pacientes com DDFs. Estudos sugerem que pacientes candidatos a procedimentos ortocirúrgicos apresentam maior prevalência de preocupações dismórficas faciais quando comparados à população geral (Veale *et al.*, 1996). Ademais, o impacto psicossocial de tais deformidades é amplamente reconhecido,

justificando a integração de ferramentas de avaliação psicológica no planejamento do tratamento (Bailey *et al.*, 2001; Cash; Pruzinsky, 2002).

Nesse contexto, instrumentos padronizados de avaliação têm sido utilizados para mensurar o impacto da aparência na saúde mental e na qualidade de vida. O *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) é considerado um dos questionários mais relevantes para triagem de TDC em populações clínicas (Phillips *et al.*, 2016). Para complementar sua aplicação, questionários validados voltados à percepção estética facial e à saúde bucal, como a Escala Psicossocial de Aparência Facial (EPAF) e o *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14) fornecem uma visão abrangente sobre o impacto funcional, emocional e psicossocial das deformidades dentofaciais (Wilhelm; Phillips; Steketee, 2013; Gkantidis *et al.*, 2019).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DEFORMIDADE DENTOFACIAL

Problemas graves de má-oclusão que requerem tratamento combinado de ortodontia e cirurgia são denominados de DDFs, para diferenciar daqueles menos graves que podem ser tratados somente com tratamento ortodôntico (Proffit *et al.*, 2007). O desenvolvimento embriológico e pós-natal da região craniofacial é um processo extremamente complexo. Esse crescimento envolve progressão contínua das estruturas craniofaciais, tanto em termos estruturais quanto espaciais, ocorrendo em diferentes velocidades, direções e momentos. Qualquer desequilíbrio nesse processo pode resultar em anomalias craniomaxilofaciais (Collins *et al.*, 2014).

Os pacientes com tais deformidades frequentemente apresentam dificuldades de adaptação social, com consequências negativas para a saúde mental (Phillips, 2022). Segundo Proffit (2005), inicialmente há comprometimento das funções maxilomandibulares, em que movimentos compensatórios permitem mastigação de dietas leves. Contudo, muitos pacientes evitam determinados alimentos em público devido à dificuldade de manuseio socialmente aceitável, gerando impacto na qualidade nutricional e digestiva (Veale *et al.*, 1996; Bailey *et al.*, 2001; Rusanen *et al.*, 2010).

A má-oclusão e as anomalias esqueléticas associadas podem decorrer de fatores hereditários, deficiências embrionárias, doenças sistêmicas, traumas ou

influências ambientais (Cash; Pruzinsky, 2002). A literatura científica descreve diversos tipos de deformidades, como excesso maxilar, deficiência mandibular, prognatismo assimétrico, excesso mandibular ou combinações desses fatores (Proffit, 2005).

Embora algumas anomalias dentofaciais possam ser tratadas por procedimentos isolados na maxila ou mandíbula, muitos casos requerem abordagem combinada (Cash; Pruzinsky, 2002). Estudos recentes confirmam que pacientes com DDFs apresentam maior prevalência de ansiedade e sintomas depressivos em comparação à população geral (Gkantidis *et al.*, 2019; Zhou *et al.*, 2020). Além disso, revisões sistemáticas demonstram que o impacto psicossocial dessas deformidades é relevante e deve ser considerado como critério de indicação cirúrgica tanto quanto a gravidade funcional (Lee *et al.*, 2023).

2.2 CIRURGIA ORTOGNÁTICA

A cirurgia ortognática consiste em técnicas de osteotomias realizadas no sistema mastigatório com o objetivo de corrigir discrepâncias entre os maxilares e restabelecer o equilíbrio facial. Essa correção proporciona benefícios funcionais relacionados à mastigação, fonética, respiração e estética, com impacto direto na vida pessoal e social do indivíduo (Rustemeyer; Eke; Bremerich, 2012; Collins *et al.*, 2014).

A cirurgia ortognática possui dois objetivos principais: funcional e estético. Os objetivos funcionais incluem melhora da mastigação, fala, função da articulação temporomandibular e, em casos específicos, aumento do espaço aéreo faríngeo em pacientes com apneia obstrutiva do sono (Zhou *et al.*, 2020). Com planejamento adequado, é possível alcançar simultaneamente melhorias na oclusão e na estética facial (Gkantidis *et al.*, 2019).

Esse procedimento é geralmente realizado por uma equipe multidisciplinar envolvendo cirurgiões bucomaxilofaciais, ortodontistas e, quando necessário, outros especialistas. Assim, recomenda-se que os pacientes consultem tanto o ortodontista quanto o cirurgião antes de iniciar o tratamento, a fim de obter diagnóstico confiável e opções terapêuticas viáveis. A fase ortodôntica pré-operatória costuma durar em média 18 meses, preparando o paciente para a cirurgia (Luther; Morris; Hart, 2003).

Como a má-oclusão ultrapassa a esfera ortodôntica, procedimentos envolvendo maxila e mandíbula, isolados ou combinados, são frequentemente

indicados. A cirurgia bimaxilar é a mais comum nos casos de grandes discrepâncias anteroposteriores, mordidas abertas ou assimetrias marcantes (Bailey *et al.*, 2001).

Os avanços técnicos têm permitido a correção de deformidades complexas com maior previsibilidade. A evolução histórica da área está descrita em obras clássicas (Moss, 2000; Aziz, 2004). Mais recentemente, o planejamento virtual tridimensional consolidou-se como padrão de excelência, aumentando a precisão das osteotomias, reduzindo tempo cirúrgico e favorecendo a previsibilidade estética e funcional (Shalabi *et al.*, 2024; Bär *et al.*, 2025). Estudos longitudinais também relatam benefícios significativos da cirurgia ortognática na via aérea superior e no tratamento da apneia obstrutiva do sono (Guilleminault *et al.*, 2021).

2.3 TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

O transtorno dismórfico corporal (TDC) caracteriza-se por preocupação persistente com falhas percebidas na aparência, muitas vezes inexistentes ou mínimas para terceiros. Essa percepção distorcida pode gerar intenso sofrimento psicológico, prejuízos funcionais e impacto social negativo (Sarwer *et al.*, 2020).

Mesmo indivíduos sem alterações faciais objetivas podem desenvolver dismorfia, devido à interpretação anormal da própria estética (Phillips *et al.*, 2016). Pacientes com TDC frequentemente apresentam distorções no reconhecimento de expressões faciais e podem desenvolver comportamentos obsessivos, como verificações repetitivas no espelho, comparações sociais, busca de garantias e camuflagem estética (Veale *et al.*, 2020). Essas manifestações podem comprometer a vida profissional, conjugal e acadêmica (American Psychiatric Association, 2022).

As preocupações mais comuns envolvem nariz, pele, olhos e cabelo (World Health Organization, 2019). O TDC é atualmente classificado como transtorno do espectro obsessivo-compulsivo, caracterizado pela presença de pensamentos intrusivos sobre a aparência e comportamentos compulsivos relacionados (American Psychiatric Association, 2022). Estudos mostram que a taxa de suicídio entre portadores de TDC pode chegar a 17–77%, configurando grave risco à saúde pública (Veale *et al.*, 2020; Phillips, 2022).

Apesar da gravidade, o TDC recebeu relativamente pouca atenção até recentemente, mas crescem os esforços para compreender sua etiologia e manejo clínico (Phillips; Wilhelm; Koran, 1995). Nas classificações diagnósticas atuais, como

DSM-5-TR e CID-10, o transtorno é reconhecido, mas apresenta sobreposição com categorias como transtorno delirante e esquizotípico (*World Health Organization, 2019; American Psychiatric Association, 2022*).

Em candidatos à cirurgia ortognática, a prevalência estimada do TDC varia de 10 a 20%, taxas significativamente superiores às da população geral (Sáenz-Ravello *et al.*, 2025). Esses pacientes apresentam maior risco de insatisfação pós-operatória e ideação suicida, reforçando a necessidade de triagem prévia (Phillips, 2022). O tratamento de primeira linha inclui terapia cognitivo-comportamental e uso de inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), que apresentam eficácia comprovada (Wilhelm; Phillips; Steketee, 2013; Ghanipour *et al.*, 2025).

2.4 PERCEPÇÃO DA APARÊNCIA FACIAL

A melhora da aparência facial muitas vezes é a principal motivação dos indivíduos que buscam a cirurgia ortognática, uma vez que as DDFs frequentemente resultam em uma autoimagem negativa e em insatisfação estética (Alanko *et al.*, 2010; Gava *et al.*, 2013). A insatisfação com a aparência não apenas compromete a autoestima, mas também pode gerar impacto significativo no bem-estar psicológico e na qualidade de vida relacionada à saúde (Al-Asfour *et al.*, 2018). Estudos têm demonstrado que, a melhora estética após a cirurgia ortognática está diretamente associada a maior satisfação pessoal, melhora da autopercepção e redução de sintomas psicossociais (Kavin *et al.*, 2012; Emadian Razvadi *et al.*, 2017; Ghorbani *et al.*, 2018).

A percepção da aparência facial pode ser avaliada por meio da Escala Psicossocial de Aparência Facial (EPAF), também denominada *Psychosocial Scale of Facial Appearance* (PSFA). O instrumento avalia dimensões como autoconsciência, fuga social e desconforto emocional relacionados à aparência (Lazim *et al.*, 2023). Esse instrumento foi desenvolvido para avaliar o impacto psicossocial da aparência facial em indivíduos com alterações estéticas ou funcionais da face, e inicialmente aplicado em indivíduos com paralisia facial periférica (Silva *et al.*, 2018). Estudos apontam que indivíduos com paralisia facial apresentam sofrimento psicológico significativo, caracterizado por ansiedade, depressão, prejuízo da autoimagem e dificuldades de socialização (Vargo *et al.*, 2023; Shamil *et al.*, 2024).

Dessa forma, a aplicação da EPAF para a avaliação da percepção da aparência facial nos indivíduos candidatos à cirurgia ortognática permite compreender não apenas as expectativas estéticas, mas também o impacto sobre o bem-estar psicológico e social.

2.5 CIRURGIA ORTOGNÁTICA E QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal consolidou-se como um parâmetro essencial na avaliação de pacientes submetidos à cirurgia ortognática. Entre os instrumentos disponíveis, o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), especialmente em sua versão reduzida de 14 itens (OHIP-14), é amplamente utilizado para mensurar o impacto das condições orais sobre o bem-estar físico, psicológico e social (Cash; Pruzinsky, 2002).

Diversos estudos demonstram que indivíduos com deformidades dentofaciais apresentam escores elevados no OHIP, refletindo pior qualidade de vida antes da cirurgia (Bailey *et al.*, 2001). Após a intervenção cirúrgica, observam-se reduções significativas desses escores, com melhorias em domínios relacionados à dor orofacial, função mastigatória, autoestima e interação social (Rustemeyer; Eke; Bremerich, 2012; Alanko *et al.*, 2021).

Revisões sistemáticas recentes confirmam que a cirurgia ortognática está associada a ganhos consistentes na OHRQoL, embora a magnitude da melhora varie conforme o tipo de deformidade, a técnica cirúrgica e características individuais (Cremona *et al.*, 2022; Lin *et al.*, 2025). Apesar dos benefícios de longo prazo, alguns autores destacam que a fase ortodôntica pré-operatória pode estar associada a piora transitória na qualidade de vida (Nardi *et al.*, 2024).

Estudos longitudinais apontam que os ganhos após a cirurgia são sustentados por até dois anos ou mais, reforçando a relevância do procedimento na esfera funcional e psicossocial (Bär *et al.*, 2025; Lee *et al.*, 2023). Esses achados evidenciam que a aplicação do OHIP-14 e de outros instrumentos validados deve integrar tanto o acompanhamento clínico quanto as pesquisas científicas, oferecendo uma compreensão abrangente do impacto da cirurgia ortognática na qualidade de vida dos indivíduos.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o impacto da cirurgia ortognática sobre o TDC.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar se existe associação entre a EPAF e cirurgia ortognática.
- Avaliar se existe associação entre o OHIP-14 e cirurgia ortognática.
- Avaliar se existe correlação entre os instrumentos BDDE, EPAF e OHIP-14.

4. ARTIGO

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA CIRURGIA ORTOGNÁTICA NO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

RESUMO

Introdução: O transtorno dismórfico corporal caracteriza-se por preocupação excessiva com defeitos mínimos ou inexistentes na aparência, com alta prevalência em indivíduos candidatos à cirurgia ortognática. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da cirurgia ortognática sobre a dismorfia corporal, aparência facial e qualidade de vida relacionada à saúde bucal. **Materiais e Métodos:** Foi conduzido um estudo longitudinal com 45 indivíduos submetidos à cirurgia ortognática em um serviço de cirurgia de 2022 a 2024. Os participantes foram avaliados no pré-operatório (T0) e seis meses após a cirurgia (T1). As variáveis avaliadas foram a dismorfia corporal, através do *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE), a percepção sobre a aparência facial, através da Escala Psicossocial de Aparência Facial (EPAF) e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal pelo *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14). Também foram avaliados dados como a idade, sexo e classe esquelética. Os resultados obtidos foram submetidos à análise estatística, com nível de significância de 5%. **Resultados:** Houve redução estatisticamente significativa nos scores do BDDE ($p < 0,001$) e da EPAF ($p < 0,001$) após a cirurgia ortognática. Em T1, houve melhora na percepção da qualidade de vida relacionada à saúde bucal ($p < 0,001$), bem como em todos os domínios do OHIP-14 ($p < 0,05$). Correlações positivas moderadas foram observadas entre BDDE, EPAF e OHIP-14, em T0 e em T1. **Conclusão:** A cirurgia ortognática promoveu melhora na percepção da imagem corporal, aparência facial e qualidade de vida.

Palavras-chave: Cirurgia Ortognática; Transtornos Dismórficos Corporais
Transtornos Mentais; Qualidade de Vida

ABSTRACT

Introduction: Body dysmorphic disorder (BDD) is characterized by excessive concern with minimal or non-existent appearance defects and is prevalent among candidates for orthognathic surgery. **Aim:** This study evaluated the impact of orthognathic surgery on body dysmorphia, facial appearance, and oral health-related quality of life. **Materials and Methods:** A longitudinal study was conducted with 45 patients who underwent orthognathic surgery at a university center between 2022 and 2024. Participants were assessed preoperatively (T0) and six months postoperatively (T1). The variables assessed were body dysmorphia, using the Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE), perception of facial appearance, using the Psychosocial Scale of Facial Appearance (EPAF), and oral health-related quality of life, using the Oral Health Impact Profile (OHIP-14). Demographic and clinical data such as age, sex, and skeletal class were also collected. The results were subjected to statistical analysis, with a significance level set at 5%. **Results:** There was a statistically significant reduction in BDDE scores ($p < 0.001$) and FAPS scores ($p < 0.001$) after orthognathic surgery. At T1, improvements were observed in oral health-related quality of life ($p < 0.001$), as well as in all OHIP-14 domains ($p < 0.05$). Moderate positive correlations were found among BDDE, FAPS, and OHIP-14 at both T0 and T1. **Conclusion:** Orthognathic surgery improved body image perception, facial appearance, and oral health-related quality of life.

Keywords: Orthognathic surgery; Body Dysmorphic Disorders; Mental Disorders; Quality of Life

Introdução

O transtorno dismórfico corporal (TDC) consiste em um distúrbio psiquiátrico no qual o indivíduo apresenta uma preocupação exagerada e contínua com defeitos percebidos na aparência, em geral inexistentes ou de mínima relevância, resultando em sofrimento e comprometimento funcional [1]. O TDC apresenta uma prevalência de 0,5% a 3,2% na população em geral [2,3]. Entretanto, essa prevalência é maior em indivíduos que procuram procedimentos estéticos e cirúrgicos [4], ocorrendo em cerca de 20% daqueles que procuram por procedimentos dermatológicos e cosméticos [5] e em 15% dos indivíduos candidatos à cirurgia ortognática [6].

A cirurgia ortognática é o tratamento de escolha para correção das deformidades dentofaciais, proporcionando benefícios estéticos, funcionais e na autoestima [7,8]. Embora a maioria dos indivíduos apresente melhora na qualidade de vida e percepção estética após a cirurgia [9], alguns ainda mantêm níveis elevados de insatisfação, indicando que fatores psicológicos, como o TDC, podem influenciar a experiência pós-operatória [10,11]. Além disso, estudos têm demonstrado que indivíduos com TDC não apresentam melhora dos sintomas após procedimentos cosméticos, mostrando-se desapontados com os resultados [12-17]. Entretanto, a influência da cirurgia ortognática nos sintomas dos indivíduos com TDC ainda não foi totalmente esclarecida.

O rastreamento de sintomas do TDC pode ser feito por meio de instrumentos como o *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) [18]. O BDDE, desenvolvido por Rosen e Reiter (1996) [18] e traduzido e validado para o português brasileiro por Jorge e colaboradores (2008) [19], é um instrumento específico para avaliação da imagem corporal, abordando preocupações com a aparência, esquiva social e ocupacional, camuflagem e sintomas psicológicos [18,19]. Contudo, apesar dessa escala ser amplamente utilizada, ainda é pouco voltada para aspectos faciais. Diante disso, outros instrumentos complementares de avaliação podem ser utilizados na área odontológica. A Escala Psicossocial de Aparência Facial (EPAF) quantifica aspectos funcionais, emocionais e sociais relacionados à aparência facial, ampliando a compreensão do impacto psicossocial das deformidades e das alterações promovidas pela cirurgia [20]. Outro instrumento que pode auxiliar nesse contexto é a versão

abreviada do questionário *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14), a fim de avaliar o impacto das condições orais na qualidade de vida [21,22].

O BDDE já foi utilizado em dois estudos envolvendo indivíduos submetidos à cirurgia ortognática para avaliar a insatisfação com a imagem corporal e aspectos relacionados à saúde mental [23,24]. Rispoli *et al.* (2004) [24] aplicaram o BDDE, juntamente com questionários de depressão e ansiedade, e encontraram uma redução da insatisfação com a aparência após a cirurgia ortognática. Nardi *et al.* (2003) [23] também utilizaram o BDDE, mas não observaram alterações significativas na percepção da imagem corporal dos indivíduos após a cirurgia ortognática. A EPAF foi desenvolvida para avaliação psicossocial na paralisia facial periférica [20], e apesar de ainda não utilizada em estudos envolvendo indivíduos com deformidades dentofaciais, apresenta várias perguntas que permitem avaliar a percepção da aparência facial. O OHIP-14 é um instrumento que vem sendo muito usado para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em pacientes com deformidades dentofaciais [25-29].

O TDC é comumente subdiagnosticado na prática clínica [30,31]. Considerando que indivíduos com TDC não identificados frequentemente buscam por procedimentos cirúrgicos e isso pode comprometer a satisfação pós-operatória [31], é fundamental estabelecer o diagnóstico do TDC e investigar a influência dessa condição na cirurgia ortognática. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto da cirurgia ortognática sobre a dismorfia corporal, aparência facial e qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Além disso, avaliar uma possível correlação entre esses instrumentos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná – (UFPR), com CAAE número 58800322.2.0000.0102. Além disso, o estudo seguiu todas as recomendações da Declaração de Helsinque para estudos em seres humanos. Os indivíduos que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho do estudo

Foi realizado um estudo do tipo longitudinal de indivíduos com indicação de cirurgia ortognática do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais de uma universidade no sul do Brasil, no período compreendido entre 2022 e 2024. Os pacientes foram avaliados em dois tempos distintos, sendo T0 uma semana antes da cirurgia e T1 seis meses após o procedimento.

Os critérios de inclusão foram: pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, alfabetizados, com má oclusão esquelética de classe II e de classe III, que compareceram ao Serviço para serem submetidos à cirurgia ortognática. Foram excluídos indivíduos submetidos a outras cirurgias na face, bem como indivíduos sindrômicos, com fissura labiopalatina e com desordens mentais (como transtornos alimentares, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de identidade de gênero). Além disso, foram excluídos indivíduos que não responderam adequadamente aos questionários.

O cálculo amostral foi realizado no OpenEpi [32], na aba tamanho da amostra – diferença de médias, com intervalo de confiança bilateral de 95% e poder de 80%, resultando em uma amostra de 40 indivíduos. Para o cálculo, a variável utilizada foi o score pré-operatório do BDDE de um estudo de Rabaioli *et al.* (2022) [33].

Coleta de dados

Foram coletados dados epidemiológicos como sexo, idade e raça autorrelatada. Além disso, a definição da má oclusão esquelética da face foi feita por meio da telerradiografia lateral dos participantes, baseada no ângulo ANB (ângulo entre o ponto A, ponto náseo e ponto B). Os participantes com ângulo ANB $> 4^\circ$ foram classificados como classe esquelética II e aqueles com ângulo ANB $< 0^\circ$ como classe esquelética III [34,35].

O instrumento utilizado para a avaliação da presença de dismorfia corporal foi a versão traduzida para o português do BDDE [19]. Além disso, foi utilizada a EPAF [37] e a versão abreviada, traduzida e validada para o português do questionário OHIP-14 [21,22] como critérios complementares de avaliação.

O BDDE avalia preocupação com a aparência, autoimagem negativa, consciência do transtorno, esquiva de atividades (área social, ocupacional), camuflagem e checagem do defeito e sintomas psicológicos. O instrumento é

composto por 34 perguntas, avaliadas em uma escala de 0 a 6, em que 0 corresponde à ausência de sintomas negativos e de 1 a 6 à intensidade e frequência. Dessas 34 perguntas, seis (itens 1, 2, 3, 22, 33 e 34) são respondidas pelo examinador e 28 são respondidas pelo paciente. O score total do BDDE corresponde ao somatório das respostas de todos os itens, exceto 1 a 3, 22, 33 e 34, podendo variar de 0 a 168 pontos. Pontuações maiores que 66 indicam maior grau de insatisfação com a aparência e geralmente apontam para TDC. O diagnóstico deve seguir os critérios do DSM-IV [36], que considera a presença dos critérios A, B e C [18,36].

A EPAF foi desenvolvida para avaliação psicossocial na paralisia facial periférica [20], e consiste em um questionário com 24 questões divididas em três grupos temáticos: aspectos funcionais da face; aspectos sociais (tarefas e interações sociais); e aspectos emocionais. Para este estudo, adaptamos a escala e aplicamos 22 perguntas, já que duas não possuíam aplicabilidade.

A versão traduzida do OHIP-14 [21,22,38] foi utilizada para avaliar a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Esse instrumento é constituído por 14 perguntas, organizadas em sete domínios (limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem). O score total varia de 0 a 56 pontos, sendo inversamente proporcional à qualidade de vida.

A aplicação dos três instrumentos foi realizada em T0 e T1, em formato de entrevista. Os indivíduos que apresentaram dúvidas foram esclarecidos pelo entrevistador. Os instrumentos foram aplicados sempre pelos mesmos dois examinadores (RM e LB).

Análise estatística

Os dados numéricos foram submetidos ao teste de normalidade de Shapiro Wilk, e obtiveram distribuição não normal. Para analisar as variáveis numéricas BDDE pré-operatório e pós-operatório, EPAF total e seus grupos temáticos, e o OHIP-14 e seus domínios no pré-operatório e pós-operatório foi utilizado o teste de Wilcoxon. Para as variáveis qualitativas presença ou ausência de dismorfia pelo BDDE e pelos critérios A, B e C foi utilizado o teste de McNemar. As correlações entre o BDDE e o EPAF em T0 e em T1, bem como entre o BDDE e o OHIP-14 foram analisadas pelo coeficiente de correlação de Spearman. Para avaliar a associação do BDDE, EPAF e

OHIP-14, em T0 e em T1, com a idade, sexo e classificação esquelética dos participantes foi utilizado o teste de Mann-Whitney. O teste de Mann-Whitney também foi utilizado para comparar a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em T0 e T1 nos indivíduos com e sem dismorfia corporal. O nível de significância adotado foi de 5%. Os dados foram analisados no software IBM Spss v.21 (*Statistical Package for Social Sciences*), com o nível de significância estabelecido em 95% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

O estudo foi composto por 45 participantes (Figura 1), sendo 23 (51%) do sexo feminino e 22 (49%) do sexo masculino. A mediana das idades foi de 27 anos, sendo a mínima de 18 anos e a máxima de 60 anos. Quanto à raça, 39 (87%) indivíduos se declararam brancos e 6 (13%) afrodescendentes. Em relação à classificação esquelética, 12 (27%) eram classe II e 33 (73%) eram classe III.

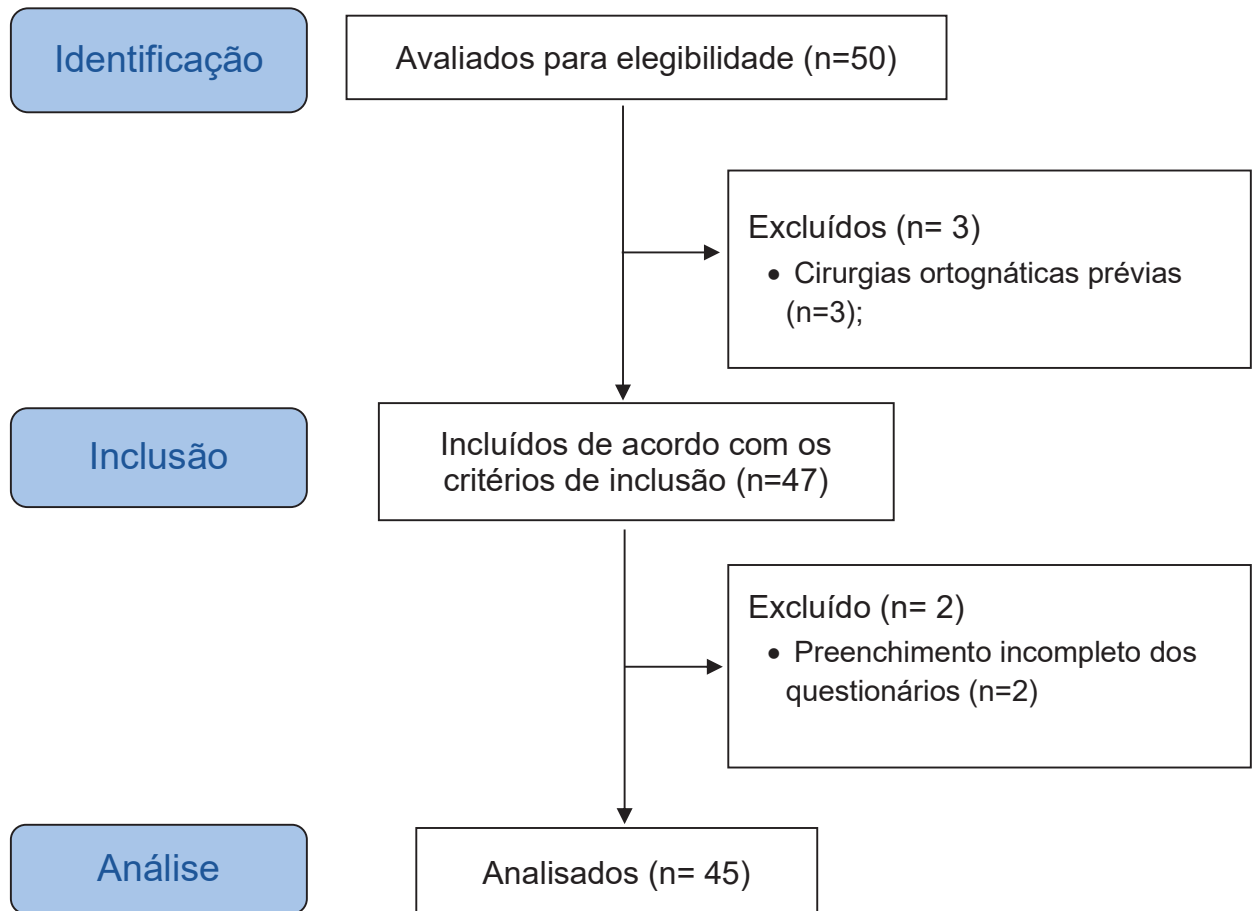


Figura 1: Fluxograma da identificação, inclusão e análise dos participantes.

Fonte: O autor, 2025.

Quanto ao score do BDDE, os participantes foram classificados conforme a presença ou ausência de dismorfia, com linha de corte em 66 pontos. Em T0, 40 (89%) dos participantes não apresentavam dismorfia, e 5 (11%) apresentavam um maior grau de insatisfação com a aparência e presença de dismorfia. Em T1, em 43 (96%) não dismorfia, e 2 (4%) participantes apresentaram um maior grau de insatisfação com a aparência e dismorfia. A presença de dismorfia também pode ser caracterizada pela presença dos critérios A, B e C. Em relação a esses critérios do BDDE, 38 (84%) participantes não apresentaram dismorfia em T0 e 7 (16%) participantes apresentaram dismorfia. Entretanto, em T1 apenas 1 participante que não apresentava dismorfia em T0, passou a apresentar em T1. Em relação ao BDDE, após a cirurgia ortognática houve uma redução no score ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Tabela 1: Presença de dismorfia de acordo com o score do BDDE, com os critérios A, B e C e score do BDDE em T0 e T1 (Curitiba, 2025, n=45).

	T0	T1	Valor de <i>p</i>
BDDE	n (%)	n (%)	
Presença de	5 (11)	2 (4)	
dismorfia	40 (89)	43 (96)	0,250**
Ausência de			
dismorfia			
Critérios A, B e C	n (%)	n (%)	
Presença de	7 (16)	8 (18)	
dismorfia	38 (84)	37 (82)	1,000**
Ausência de			
dismorfia			
Score BDDE	Mediana (Mín-Máx)	Mediana (Mín-Máx)	
	28 (2 - 101)	21 (2 - 79)	< 0,001*

Nota: * Teste de Wilcoxon. ** Teste de McNemar. Mín. = mínima, Máx. = máxima. Nível de significância de 5%. Valores em negrito indicam significância estatística.

Em relação ao score total da EPAF, foi encontrada uma redução na preocupação com a aparência facial após a cirurgia ortognática ($p < 0,001$). Para todos os grupos temáticos do EPAF – aspectos funcionais da face, aspectos sociais e aspectos emocionais, houve uma redução no score após a cirurgia ortognática ($p < 0,001$) (Tabela 2).

Tabela 2: Score total da EPAF e grupos temáticos em T0 e T1 (Curitiba, 2025, n=45).

	T0 Mediana (Mín-Máx)	T1 Mediana (Mín-Máx)	Valor de <i>p</i>
Score total EPAF	9 (0 - 39)	4 (0 - 15)	< 0,001
Aspectos funcionais da face	2 (0 - 16)	0 (0 - 6)	< 0,001
Aspectos Sociais - Desempenho de Tarefas	3 (0 - 8)	1 (0 - 4)	< 0,001
Aspectos Sociais - Interações Sociais	2 (0 - 9)	1 (0 - 4)	< 0,001
Aspectos emocionais	2 (0 - 11)	1 (0 - 6)	< 0,001

Nota: Teste de Wilcoxon. Mín. = mínima, Máx. = máxima. Nível de significância de 5%. Valores em negrito indicam significância estatística.

Acerca da percepção da qualidade de vida relacionada à saúde bucal, foi encontrada uma redução do score total do OHIP-14 após a cirurgia ortognática ($p < 0,001$), ou seja, uma melhora na percepção dos participantes. Essa melhora após a cirurgia ortognática, também foi observada nos sete domínios do OHIP-14 – limitação funcional ($p = 0,001$), dor física ($p < 0,001$), desconforto psicológico ($p < 0,001$), incapacidade física ($p = 0,001$), incapacidade psicológica ($p < 0,001$), incapacidade social ($p = 0,002$) e desvantagem ($p = 0,004$) (Tabela 3).

Tabela 3: Percepção da qualidade de vida relacionada à saúde bucal pelo OHIP-14 total e seus domínios, em T0 e T1 (Curitiba, 2025, n=45).

	T0 Mediana (Mín - Máx)	T1 Mediana (Mín - Máx)	Valor de <i>p</i>
OHIP-14 TOTAL	12 (0 - 47)	3 (0 - 29)	< 0,001
Limitação funcional (D1)	0 (0 - 8)	0 (0 - 6)	0,001
Dor física (D2)	2 (0 - 8)	1 (0 - 6)	< 0,001
Desconforto psicológico (D3)	3 (0 - 8)	1 (0 - 6)	< 0,001

	T0	T1	
	Mediana	Mediana	Valor
	(Mín - Máx)	(Mín - Máx)	de p
Incapacidade física (D4)	0 (0 - 8)	0 (0 - 4)	0,001
Incapacidade psicológica (D5)	2 (0 - 8)	0 (0 - 6)	< 0,001
Incapacidade social (D6)	1 (0 - 6)	0 (0 - 4)	0,002
Desvantagem (D7)	0 (0 - 4)	0 (0 - 2)	0,004

Nota: Teste de Wilcoxon. Valores em negrito indicam diferença estatística. Mín = mínima, Máx = máxima. Nível de significância de 5%.

Em relação as variáveis idade, sexo e classe esquelética, em T0 e em T1 não houve associação com o score do BBDE ($p > 0,05$). Também não houve diferença estatisticamente significativa entre essas variáveis após a cirurgia ortognática ($p > 0,05$). Quanto ao EPAF, tanto em T0 como em T1, também não foram encontradas associações com a idade, sexo e classe esquelética ($p > 0,05$). Para o OHIP-14, em T0, foi encontrada uma pior percepção da qualidade de vida associada à saúde bucal nas mulheres ($p = 0,016$), porém, essa associação não foi observada em T1 ($p > 0,05$). Em T0 e em T1, não houve associação entre o OHIP-14 e as variáveis idade e classe esquelética ($p > 0,05$) (Tabela 4).

Tabela 4: Associação entre a idade, sexo e classe esquelética e os scores do BBDE, EPAF e OHIP-14, em T0 e T1 (Curitiba, 2025, n=45).

	T0					
	BDDE	Valor de p	EPAF	Valor de p	OHIP-14	Valor de p
	Mediana (Mín - Máx)		Mediana (Mín - Máx)		Mediana (Mín - Máx)	
Idade						
≤ 27 anos	34 (9 - 96)	0,137	12 (2 - 39)	0,104	12 (1 - 47)	0,599
> 27 anos	22,5 (2 - 101)		6,5 (0 - 26)		10,5 (0 - 31)	

Sexo						
Feminino	28 (12 - 101)	0,271	11 (2 - 26)	0,657	14 (1 - 47)	0,016
Masculino	27,5 (12 - 95)		9 (0 - 39)		7 (0 - 26)	

Classe esquelética						
Classe II	24 (2 - 95)	0,504	7,5 (0 - 21)	0,142	7 (0 - 21)	0,064
Classe III	29 (4 - 101)		10 (0 - 39)		13 (0 - 47)	

	T1					
	BDDE		EPAF		OHIP-14	
Idade						
≤ 27 anos	21 (6 - 65)	0,343	4 (0 - 13)	0,448	3 (0 - 29)	1,000
> 27 anos	19,5 (2 - 79)		3,5 (0 - 15)		3,5 (0 - 22)	

Sexo						
Feminino	22 (8 - 73)	0,169	4 (0 - 15)	0,882	7 (0 - 29)	0,056
Masculino	19,5 (2 - 79)		3,5 (0 - 13)		2,5 (0 - 14)	

Classe esquelética						
Classe II	21,5 (2 - 79)	0,949	2,5 (0 - 9)	0,093	3 (0 - 11)	0,567
Classe III	21 (3 - 73)		5 (0 - 15)		5 (0 - 29)	

Nota: Teste de Mann-Whitney. Mín = mínima, Máx = máxima. Valores em negrito indicam diferença estatística. Nível de significância de 5%.

A percepção da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em T0 e em T1, não diferiu entre os indivíduos com e sem dismorfia corporal ($p > 0,05$) (Tabela 5).

Tabela 5: Comparação da percepção da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em T0 e T1 nos indivíduos com e sem dismorfia (Curitiba, 2025, n=45).

		OHIP-14		OHIP-14 T1	
		T0	Valor	Mediana	Valor de
		Mediana	de <i>p</i>	(Mín - Máx)	<i>p</i>
		(Mín - Máx)			
Dismorfia pelos critérios do BDDE	Sim	9,5 (0 - 31)	0,467	4 (0 - 22)	0,912
	Não	13 (0 - 47)		3 (0 - 29)	
Dismorfia pelo BDDE total	Sim	13 (8 - 31)	0,187	13 (4 - 22)	0,219
	Não	11,5 (0 - 47)		3 (0 - 29)	

Nota: Teste de Mann-Whitney. Mín = mínima, Máx = máxima. Nível de significância de 5%.

No que se refere a correlação entre o BDDE e o EPAF, em T0, foi observada correlação positiva moderada entre o score do BDDE e o score do EPAF ($p < 0,001$; $r_s = 0,680$). No pós-operatório, também houve uma correlação positiva moderada entre essas variáveis ($p < 0,001$; $r_s = 0,559$).

Em relação a correlação entre o score do BDDE e do OHIP-14, em T0, foi observada correlação positiva moderada ($p = 0,022$; $r_s = 0,340$). No pós-operatório, também houve uma correlação positiva moderada entre essas variáveis ($p = 0,008$; $r_s = 0,392$).

Discussão

A cirurgia ortognática tem como objetivo a correção cirúrgica das deformidades dentofaciais moderadas e severas, melhorando a função e a estética facial, trazendo benefícios psicológicos e sociais aos indivíduos [7–9]. Entretanto, sabe-se que os indivíduos com TDC comumente manifestam limitações psicossociais e um comprometimento da qualidade de vida [40]. Este estudo apresenta resultados do impacto da cirurgia ortognática sobre a dismorfia corporal, aparência facial e qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Saenz-Ravello e colaboradores (2025)[6], em uma recente revisão sistemática e meta-análise, reportaram uma prevalência de 15% de TDC entre indivíduos candidatos à cirurgia ortognática. Em nosso estudo, de acordo com os critérios do BDDE, observamos sinais de TDC em 16% dos participantes no pré-operatório de cirurgia ortognática. Quando levado em consideração o score do BDDE, esse valor diminui pra 11%. A literatura aponta uma divergência importante entre a avaliação baseada no escore total do BDDE e aquela fundamentada nos critérios diagnósticos, sendo que alguns estudos destacam que certos indivíduos, embora não apresentem escores elevados no BDDE, atendem plenamente aos critérios diagnósticos clínicos. Em nosso estudo, participante que, mesmo apresentando um escore reduzido no BDDE no pós-intervenção (22 pontos), passou a ser classificado com dismorfia com base nos critérios A, B e C.

Estudos de Garcia Rodriguez e colaboradores (2000) [41], Rispoli e colaboradores (2004) [24] e Häberle e colaboradores (2020) [42], observaram uma redução do TDC no pós-operatório. Nardi e colaboradores (2003) [23] não observaram alterações significativas na percepção da imagem corporal dos indivíduos após a cirurgia ortognática. Em nosso estudo, observamos uma melhora na insatisfação com a aparência física e preocupação com a aparência facial após a cirurgia ortognática. Pelo score total do BDDE, os cinco participantes que apresentavam sinais de dismorfia no pré-operatório, tiveram uma redução do score total do BDDE após a cirurgia ortognática. Contudo, em três deles essa redução foi abaixo do ponto de corte estabelecido para o diagnóstico da dismorfia e em dois, apesar da redução do score, esse foi superior a 66. Contudo, de acordo com os critérios diagnósticos não observamos melhora no TDC após a cirurgia ortognática em nenhum dos participantes. Segundo Rosen e Reiter (1996) [18], o score do BDDE fornece um índice global de gravidade, independentemente de o indivíduo atingir ou não os critérios diagnósticos. Dessa forma, acreditamos que essas diferenças sejam explicadas por essa complexidade de diagnóstico do TDC, e que elas reforçam a importância de uma investigação mais detalhada após o rastreamento inicial pelo BDDE.

Alguns autores afirmam que devido ao risco de insatisfação pós-operatória, o TDC é considerado como contraindicação para procedimentos cirúrgicos [43-45]. Por se tratar de um estudo inicial e um novo instrumento que estava sendo introduzido na avaliação, em nosso estudo, os indivíduos rastreados com possível TDC não foram

encaminhados para avaliação psicológica. Contudo, a revisão sistemática de Broers e colaboradores (2017) [46] apontou uma falta de evidências robustas que confirmem a maior insatisfação cirúrgica em pacientes com transtornos psiquiátricos. Para Dons e colaboradores [47], tendo em vista que os indivíduos com TDC têm aspirações estéticas, e não funcionais, a presença desse transtorno é uma possível contraindicação ao tratamento cirúrgico. Contudo, é importante ressaltar que, como a cirurgia ortognática tem um objetivo principal a recuperação da função mastigatória, com consequentes benefícios estéticos. Então acreditamos que a satisfação pós-operatória pode se comportar de uma forma diferente.

No presente estudo, o instrumento escolhido para avaliação do TDC foi o BDDE. O BDDE tem sido utilizado em estudos com indivíduos submetidos a rinoplastias [48], rinosseptoplastias [33], abdominoplastias e ritidectomias [49]. Entretanto, em indivíduos submetidos à cirurgia ortognática, apenas os estudos de Rispoli e colaboradores (2004) [24] e Nardi e colaboradores (2003) [23] empregaram o BDDE.

Segundo Phillips e colaboradores (2006) [50], dentre os indivíduos com TDC cerca de 86% apresentam queixas relacionadas a região orofacial. Dessa forma, os aspectos relacionados à área odontológica podem ser avaliados de forma mais abrangente por meio da utilização de instrumentos complementares, como a EPAF. Ao nosso conhecimento, não existem, até o momento, estudos na literatura que tenham empregado EPAF em pacientes orto-cirúrgicos. Por meio desse instrumento, encontramos uma redução na preocupação com a aparência facial após a cirurgia ortognática, bem como em relação aos grupos temáticos relacionados aos aspectos funcionais da face, aspectos sociais e aspectos emocionais. Esse achado evidencia o impacto das deformidades dentofaciais na percepção da aparência facial, bem como nos aspectos funcionais e psicológicos. Além disso, reforça o papel da cirurgia ortognática na melhora desses aspectos.

Indivíduos com sintomas mais graves de TDC tendem a apresentar uma percepção mais negativa da qualidade de vida [40]. Entretanto, estudos prévios demonstraram benefícios significativos da cirurgia ortognática na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Corso e colaboradores (2016) [25] demonstraram que a cirurgia ortognática melhora a qualidade de vida. Baherimoghaddam e colaboradores (2016) [51] observaram melhora em todos os sete domínios do OHIP-14 em indivíduos submetidos à cirurgia ortognática. Bergamaschi e colaboradores (2021) [27] também

aplicaram o OHIP-14 em indivíduos submetidos à cirurgia ortognática, e encontraram melhora nos domínios sociais e psicológicos. Além disso, uma revisão sistemática e meta-análise conduzida por Meger e colaboradores (2021) [28], concluiu que a cirurgia ortognática exerce um impacto positivo na qualidade de vida dos indivíduos com deformidades dentofaciais. Esses achados da literatura corroboram nossos resultados, nos quais observamos melhora da percepção da qualidade de vida relacionada a saúde bucal, bem como em todos os domínios do OHIP-14.

Além disso, observamos uma correlação moderada entre o BDDE e a EPAF, bem como dele com o OHIP-14, tanto no pré-operatório como no pós-operatória, o que reflete a importância da associação de instrumentos para uma avaliação mais completa e englobando os aspectos faciais nos indivíduos que serão submetidos à cirurgia ortognática.

Dentre as limitações do presente estudo, destacam-se o tamanho reduzido da amostra e a impossibilidade de oferecer acompanhamento psicológico a todos os participantes, tendo em vista que o estudo foi conduzido em um serviço público. Apesar disso, reforça-se a importância de um acompanhamento multidisciplinar para esses indivíduos.

O diagnóstico do TDC em pacientes candidatos à cirurgia ortognática é fundamental, uma vez que a presença desse transtorno pode influenciar negativamente a satisfação pós-operatória e o bem-estar psicológico. Dessa forma, uma vez identificado o TDC, uma avaliação e um acompanhamento psicológico são essenciais.

Concluiu-se que a cirurgia ortognática teve um impacto positivo na percepção da imagem corporal, da aparência facial e na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Além disso, observamos uma correlação entre o BDDE, EPAF e OHIP-14.

Referências

1. Phillips KA, Feusner JH, Wilhelm S. Body dysmorphic disorder: clinical features, assessment, and treatment. *World Psychiatry*. 2020;19(3):360-73.
2. Schieber K, Kollei I, de Zwaan M, *et al*. Classification of body dysmorphic disorder – what is the advantage of the new DSM-5 criteria? *J Psychosom Res*. 2015;78(3):223-7.
3. Gieler T, Schmutzer G, Braehler E, *et al*. Shadows of Beauty – Prevalence of body dysmorphic concerns in Germany is increasing. *Acta Derm Venereol*. 2016;96(217):83-90.
4. Veale D, Bewley A. Body dysmorphic disorder. *BMJ*. 2015;350:h2278.
5. McGrath LR, Oey L, McDonald S, *et al*. Prevalence of body dysmorphic disorder: a systematic review and meta-analysis. *Body Image*. 2023;46:202-11.
6. Saenz-Ravello G, Carrasco García P, Fan S, *et al*. Prevalence of body dysmorphic disorder in patients seeking orthognathic surgery: a systematic review and meta-analysis. *J Oral Maxillofac Surg*. 2025. Jul 23:S0278-2391(25)00646-9.
7. Al-Asfour A, Waheedi M, Koshy S. Perceived outcomes after orthognathic surgery: a 20-year follow-up. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2018 Jun;47(6):726-731
8. Murphy C, Kearns G, Sleeman D, *et al*. Quality of life and psychosocial outcomes following orthognathic surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2019;127(5):438-47.
9. Dong QN, Yates JM. Patient-related outcomes and improvements in quality of life following orthognathic surgery. *Oral Surg*. 2020;13:67-86.

10. Marques LS, Ramos-Jorge ML, Pordeus IA, *et al.* Impact of orthognathic surgery on quality of life: a systematic review and meta-analysis. Clin Oral Investig. 2020;24(3):1111-23.
11. Sarul M, Antoszezwska-Smith J, Dudek K, *et al.* Psychological aspects of orthognathic treatment: a systematic review. J Craniomaxillofac Surg. 2021;49(7):625-32.
12. Veale D. Outcome of cosmetic surgery and DIY surgery in patients with body dysmorphic disorder. Psych Bull. 2000;24(6):218-21.
13. Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, *et al.* Surgical and non-psychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. Psychosomatics. 2001;42:504-10.
14. Crerand C, Phillips KA, Menard W, *et al.* Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. Psychosomatics. 2005;46:549-55.
15. Phillips KA. Understanding body dysmorphic disorder: an essential guide. New York: Oxford University Press; 2009.
16. Crerand CE, Menard W, Phillips KA. Surgical and minimally invasive cosmetic procedures among persons with body dysmorphic disorder. Ann Plast Surg. 2010;65(1):11-6.
17. Phillips KA, Crerand CE. Psychological evaluation and body dysmorphic disorder. In: Orthognathic surgery: principles, planning and practice. Wiley; 2016. p. 235-44.
18. Rosen JC, Reiter J. Development of the body dysmorphic disorder examination. Behav Res Ther. 1996;34(9):755-66.
19. Jorge RTB, Sabino Neto M, Natour J, *et al.* Brazilian version of the Body Dysmorphic Disorder Examination. Sao Paulo Med J. 2008;126(2):87-95.

20. Silva MFF, Oliveira TM, Santos LP, *et al.* Avaliação da sensibilidade da Escala Psicossocial de Aparência Facial na paralisia facial periférica. *CoDAS*. 2018;30(6):e20180072.
21. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25(4):284-90.
22. Afonso A, Silva I, Meneses R, *et al.* Qualidade de vida relacionada com a saúde oral: validação portuguesa de OHIP-14. *Psicol Saúde Doenças*. 2017;18(2):374-88.
23. Nardi P, Acocella A, Tedesco A, *et al.* Psychological aspects in orthognathic surgery. *Minerva Stomatol*. 2003;52:145.
24. Rispoli A, Acocella A, Pavone I, *et al.* Psychoemotional assessment changes in patients treated with orthognathic surgery. *World J Orthod*. 2004;5:48-53.
25. Corso PF, Oliveira FA, Costa DJ, *et al.* Evaluation of the impact of orthognathic surgery on quality of life. *Braz Oral Res*. 2016;30(Suppl):e0004.
26. Sun H, Li J, Chen, *et al.* Assessing the quality of life in patients with dentofacial deformities before and after orthognathic surgery. *J Oral Maxillofac Surg*. 2018;76(10):2192-201.
27. Bergamaschi IP, Oliveira TM, Santos LP, *et al.* Orthognathic surgery in class II patients: a longitudinal study on quality of life, TMD, and psychological aspects. *Clin Oral Investig*. 2021;25(6):3801-8.
28. Meger MN, Fatturi AL, Gerber JT, *et al.* Impact of orthognathic surgery on quality of life. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2021;59(3):265-71.
29. Tuk JG, Janssen LM, de Vries, *et al.* Impact of orthognathic surgery. *Oral Maxillofac Surg*. 2022;26(2):281–289.

30. Rief W, Buhlmann U, Wilhelm , *et al.* Reliability and validity of the German version of the BDDE. Behav Res Ther. 2006;44(3):375-84.
31. Herruer JM, Prins JB, van Heerbeek N, *et al.* Negative predictors for satisfaction in patients seeking facial cosmetic surgery. Plast Reconstr Surg. 2015;135:1596.
32. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health. Disponível em <www.OpenEpi.com>. Acessado em 18/09/2025
33. Rabaioli L, Oppermann PO, Pilati NP, *et al.* Evaluation of postoperative satisfaction with rhinoseptoplasty in patients with symptoms of BDD. Braz J Otorhinolaryngol. 2022;88(4):539-45.
34. Jacobson A. Steiner analysis. In: Radiographic cephalometry: from basics to 3-D imaging. 2nd ed. Quintessence; 2006. p. 77-9.
35. Gayatri G, Harsanti A, Zenab Y, *et al.* Steiner cephalometric analysis discrepancies. Padjadjaran J Dent. 2016;28(3):154-8.
36. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: APA; 2000.
37. Silva MFF, Peres SV, Cunha MC. Proposta de uma escala de avaliação psicossocial na paralisia facial periférica. Distúrb Comun. 2016;28:609-20.
38. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. Community Dent Health. 1994;11(1):3-11.
39. Gabardo M, Zielak J, Tórtora G, *et al.* Impact of orthognathic surgery on quality of life: predisposing clinical and genetic factors. J Craniomaxillofac Surg. 2019;47(8):1285-91.

40. Phillips KA, Menard W, Fay C, *et al.* Psychosocial functioning and quality of life in BDD. *Compr Psychiatry*. 2005;46(4):254-60.
41. García Rodríguez P, García-Camba E, Varela M, *et al.* Body image in patients with dentofacial deformities. *Actas Esp Psiquiatr*. 2000;28:279.
42. Häberle A, Fink C, Schultze-Mosgau S, *et al.* Body image disturbance and OCD symptoms improve after orthognathic surgery. *J Oral Maxillofac Surg*. 2020;78(11):2054-60.
43. Honigman RJ, Phillips KA, Castle DJ. A review of psychosocial outcomes. *Plast Reconstr Surg*. 2004;113:1229-37.
44. Phillips KA. The presentation of BDD in medical settings. *Prim Psychiatry*. 2006;13(7):51-9.
45. De Jongh A, Oosterink FMD, Van Rood YR, *et al.* Preoccupation with one's appearance. *Br Dent J*. 2008;114:691-5.
46. Broers DLM, van der Heijden GJMG, Rozema FR, *et al.* Do patients benefit from orthognathic surgery? *Eur J Oral Sci*. 2017;125(6):411-8.
47. Dons F, Mulier D, Maleux O, *et al.* BDD in the orthodontic and orthognathic setting: a systematic review. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2022;123(4):e145-52.
48. Felix GA, de Brito MJ, Nahas FX, *et al.* Patients with mild to moderate BDD may benefit from rhinoplasty. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2014;67(5):646-54.
49. de Brito MJA, Nahas FX, Cordás TA, *et al.* BDD in patients seeking abdominoplasty, rhinoplasty, and rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg*. 2016;137(2):462-71.
50. Phillips KA, Menard W, Fay C. Gender similarities and differences in 200 individuals with BDD. *Compr Psychiatry*. 2006;47(2):77-85.

51. Baherimoghaddam T, Tabrizi R, Naseri N, *et al.* 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.* 2016;45(4):476-85.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que a cirurgia ortognática teve impacto positivo na percepção da imagem corporal, da aparência facial e na qualidade de vida relacionada à saúde bucal em indivíduos com deformidades dentofaciais. Esse achado confirma o objetivo geral, evidenciando que o procedimento não apenas corrige aspectos funcionais e estéticos, mas também contribui para o bem-estar psicossocial.

Em relação aos objetivos específicos, verificou-se uma correlação positiva moderada entre os escores do BDDE e da EPAF, tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório, o que indica que a insatisfação com a aparência corporal está associada à percepção da face em diferentes dimensões funcionais, sociais e emocionais. Além disso, também foi observada uma correlação significativa entre o BDDE e o OHIP-14, reforçando a relação entre a insatisfação com a imagem corporal e o comprometimento da qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Esses resultados mostram que os instrumentos utilizados (BDDE, EPAF e OHIP-14) se complementam na avaliação da experiência dos pacientes submetidos à cirurgia ortognática, permitindo uma análise mais abrangente dos impactos psicossociais e funcionais.

REFERÊNCIAS

- ALANKO O.M., SVEDSTRÖM-ORISTO AL, TUOMISTO MT. Patients' perceptions of orthognathic treatment, well-being, and psychological or psychiatric status: a systematic review. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2010;68(5):249-260.
- ALANKO, O. M. *et al.* Oral health-related quality of life before and after orthognathic surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, v. 131, n. 5, p. 556-563, 2021.
- AL-ASFOUR, A.; WAHEEDI, M.; KOSHY, S. Survey of patient experiences of orthognathic surgery: health-related quality of life and satisfaction. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 47, p. 726–731, 2018
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. ed. Washington, DC: APA, 2022.
- AZIZ, S. R. Orthognathic surgery: an overview. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, v. 16, n. 4, 2004.
- BAILEY, L. J. *et al.* Stability and predictability of orthognathic surgery. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg*, v. 16, n. 4, p. 245-252, 2001.
- BÄR, A. K. *et al.* Psychological outcomes and quality of life after orthognathic surgery: a longitudinal study. *J Craniomaxillofac Surg*, v. 53, n. 2, p. 145-154, 2025.
- CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press, 2002.
- COLLINS, B. *et al.* Prevalence of psychiatric comorbidities in orthognathic surgery patients. *Int J Oral Maxillofac Surg*, v. 43, n. 1, p. 40-45, 2014.
- CREMONA, M. *et al.* Quality of life before and after orthodontic treatment and orthognathic surgery: a prospective study. *Angle Orthod*, v. 92, n. 4, p. 505-512, 2022.
- EMADIAN RAZVADI, E. S.; SOHEILIFAR, S.; ESMAEELINEJAD, M.; NAGHDI, N. Evaluation of the changes in the quality of life in patients undergoing orthognathic surgery: a multicenter study. *Journal of Craniofacial Surgery*, v. 28, p. e739–e743, 2017.
- GANTIDIS, N. *et al.* Psychological aspects of dentofacial deformities. *Prog Orthod*, v. 20, n. 1, p. 45, 2019.
- GAVA, E. C.; MIGUEL, J. A.; DE ARAUJO, A. M.; DE OLIVEIRA, B. H. Psychometric properties of the Brazilian version of the orthognathic quality of life questionnaire. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 71, p. 1762.e1–1768, 2013.
- GHANIPOUR, F. S. *et al.* Mindful self-care training and body image in orthognathic patients. *BMC Psychol*, v. 13, p. 87, 2025.

GHORBANI, F.; GHEIBOLLAHI, H.; TAVANAFAR, S.; EFTEKHARIAN, H. R. Improvement of esthetic, functional, and social well-being after orthognathic surgical intervention: a sampling of postsurgical patients over a 10-year period from 2007 to 2017. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 76, p. 2398.e2–2403, 2018.

GUILLEMINAULT, C. *et al.* Orthognathic surgery for OSA: outcomes and predictors. *Sleep Med Rev*, v. 56, p. 101406, 2021.

KAVIN, T.; JAGADESAN, A. G.; VENKATARAMAN, S. S. Changes in quality of life and impact on patients' perception of esthetics after orthognathic surgery. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*, v. 4, p. S290–S293, 2012.

LAZIM, N. M. A. T.; MOHAMAD, I.; DAUD, M. K. M.; YUSOF, R. A. N. R. Comparison of 3 grading systems (House-Brackmann, Sydney, and Sunnybrook) for facial paralysis severity. *Journal of International Advanced Otology*, v. 19, n. 3, p. 229-236, 2023.

LEE, Y. C. *et al.* Advances in orthognathic surgery and patient-reported outcomes. *Clin Oral Investig*, v. 27, n. 1, p. 115-124, 2023.

LIN, C. *et al.* Factors influencing quality of life improvement after orthognathic surgery: systematic review. *J Oral Maxillofac Surg*, v. 83, n. 3, p. 377-388, 2025.

LUTHER, F.; MORRIS, D. O.; HART, C. Orthodontic preparation for orthognathic surgery: how long does it take and why? *J Orthod*, v. 30, n. 3, p. 262-266, 2003.

MOSSEY, P. A. The heritability of malocclusion: part 1—genetics, principles and terminology. *Br J Orthod*, v. 26, n. 3, p. 241-248, 1999.

MOSS, M. L. The functional matrix hypothesis revisited. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v. 112, n. 3, p. 311-318, 2000.

NARDI, A. *et al.* Orthognathic surgery and oral health-related quality of life: meta-analysis. *J Clin Med*, v. 13, n. 11, p. 3054, 2024.

NICEWICZ, H. R. Body Dysmorphic Disorder. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2024.

PHILLIPS, K. A. Body dysmorphic disorder: recognition and treatment. *JAMA*, v. 328, n. 13, p. 1295-1297, 2022.

PHILLIPS, K. A.; WILHELM, S.; KORAN, L. M. Body dysmorphic disorder: a review of its nosology, epidemiology and clinical features. *J Clin Psychiatry*, v. 56, n. 12, p. 568-573, 1995.

PHILLIPS, K. A. *et al.* Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE) and Questionnaire (BDDQ): psychometric validation. *Psychol Med*, v. 46, n. 6, p. 1131-1139, 2016.

PROFFIT, W. R. On the etiology of malocclusion. *Angle Orthod*, v. 75, n. 3, p. 470-475, 2005.

PROFFIT, W. R.; FIELDS, H. W.; SARVER, D. M. *Contemporary Orthodontics*. 4. ed. St. Louis: Elsevier, 2005.

PROFFIT, W. R. *et al.* *Orthognathic surgery: treatment planning and surgical techniques*. 2. ed. St. Louis: Elsevier, 2007.

RUSANEN, J. *et al.* Quality of life in patients with dentofacial deformities: a comparison of oral health-related and generic measures. *Int J Oral Maxillofac Surg*, v. 39, n. 3, p. 256-260, 2010.

RUSTEMEYER, J.; EKE, Z.; BREMERICH, A. Perception of improvement after orthognathic surgery: correlation between oral health-related quality of life and patient satisfaction. *Int J Oral Maxillofac Surg*, v. 41, n. 1, p. 28-33, 2012.

SÁENZ-RAVELLO, G. *et al.* Prevalence of body dysmorphic disorder among candidates for orthognathic surgery: systematic review. *J Oral Maxillofac Surg*, v. 83, n. 5, p. 551-560, 2025.

SARWER, D. B. *et al.* Body image and cosmetic medical treatments. *Body Image*, v. 34, p. 225-231, 2020.

SHALABI, M. M. *et al.* Three-dimensional virtual surgical planning in orthognathic surgery: impact on accuracy and patient satisfaction. *J Oral Maxillofac Surg*, v. 82, n. 7, p. 901-909, 2024.

SHAMIL, E.; ALGHOUL, M.; ELFARNAWANY, M.; ALZHRANI, F. Psychological Aspects of Facial Palsy. *Cureus*, v. 16, n. 3, e55934, 2024.

SILVA, M. F. F.; OLIVEIRA, T. M.; SANTOS, L. P.; *et al.* Avaliação da sensibilidade da Escala Psicossocial de Aparência Facial na paralisia facial periférica. *CoDAS*, v. 30, n. 6, p. e20180072, 2018.

THILANDER, B. Orthodontic space closure versus implant placement. *J Oral Rehabil*, v. 42, n. 3, p. 176-185, 2015.

VARGO, M.; HENSTROM, D.; BOAHENE, K.; BYRNE, P.; ISHII, L. E. The psychological and psychosocial effects of facial paralysis. *Facial Plastic Surgery & Aesthetic Medicine*, v. 25, n. 4, p. 280-288, 2023.

VEALE, D. *et al.* Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *Br J Psychiatry*, v. 169, n. 2, p. 196-201, 1996.

VEALE, D. *et al.* Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and clinical implications. *Behav Res Ther*, v. 136, p. 103767, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *ICD-10: International Classification of Diseases*. Geneva: WHO, 2019.

ZHOU, Y. *et al.* Impact of orthognathic surgery on airway dimensions. *J Oral Maxillofac Surg*, v. 78, n. 4, p. 617-625, 2020.

ANEXOS

Anexo I: Exame de Transtorno Dismórfico Corporal (BDDE)

QUESTIONÁRIO BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination)

1. DESCRIÇÃO DE PROBLEMA NA APARÊNCIA FÍSICA:

* O que você não tem gostado na sua aparência no último mês?

Instruções: O entrevistado deverá nomear uma característica física. Se o entrevistado reclamar de características do corpo inteiro ou grandes regiões, peça ao entrevistado para localizar a reclamação dele ou dela o máximo possível. Peça ao entrevistado para descrever a característica que ele não gosta em detalhes. Embora você deva tomar nota de comentários de julgamento, como “isto é feio”, “este _____ é asqueroso”, entre outros, esteja seguro de pedir ao entrevistado que descreva sobre o que é a característica “feia” ou “asquerosa” em condições mais objetivas. Em alguns casos, isolar uma única reclamação não caracteriza a preocupação principal do entrevistado. Permita ao entrevistado referir uma combinação de características para uma área.

2. DEFEITO FÍSICO OBSERVÁVEL (SE POSSÍVEL, SOLICITAR QUE O ENTREVISTADO MOSTRE O PROBLEMA DE APARÊNCIA, A NÃO SER EM CASOS EM QUE ISTO SEJA MUITO CONSTRANGEDOR PARA ELE[A]).

Instruções: Informe a presença de um defeito observável.

0 Nenhum problema de aparência observável.

1 Problema informado é observável, embora não raro ou anormal (por exemplo, um nariz grande, sobrepeso moderado).

2 Problema informado definitivamente é anormal (por exemplo, perna amputada, cicatrizes de queimaduras, obesidade severa).

3 Nenhuma oportunidade para observar o problema.

3. RECLAMAÇÕES DE TRANSTORNO DELIRANTE SOMÁTICO OU SIMILAR

Instruções: Informe se a reclamação representa algo estritamente defeituoso.

0 Problema de aparência informado prejudica apenas a aparência.

1 O problema informado prejudica funções corpóreas

2 O problema assusta as pessoas.

4. PERCEPÇÃO DA ANORMALIDADE DO PROBLEMA DE APARÊNCIA

*** Durante o último mês, até que ponto o sr(a) tem sentido que outras pessoas têm a mesma característica ou a mesma gravidade da característica que você descreveu acima?**

*** O quanto esta condição está presente em outras pessoas?**

- 0** Todo mundo tem a mesma característica.
- 2** Muitas pessoas têm a mesma característica.
- 4** Poucas pessoas têm a mesma característica.
- 6** Ninguém mais tem a mesma característica.

5. CONFERINDO O PROBLEMA

*** Informe o número de vezes durante o último mês no qual você olhou atentamente o seu problema no espelho.**

- 0** 0 vezes
- 1** 1-3 vezes
- 2** 4-7 vezes
- 3** 8-11 vezes
- 4** 12-16 vezes
- 5** 17-21 vezes
- 6** 22-28 dias vezes

6. DESCONTENTAMENTO COM PROBLEMA DE APARÊNCIA

*** Durante o último mês, quanto incômodo seu (a) _____ tem causado?**

- 0** Nenhum incômodo.
- 2** Incômodo leve.
- 4** Incômodo médio.
- 6** Incômodo grande.

7. DESCONTENTAMENTO COM A APARÊNCIA GERAL

*** Durante o último mês, você tem se sentido incomodado com a sua aparência geral?**

- 0** Nenhum incômodo.
- 2** Incômodo leve.
- 4** Incômodo médio.
- 6** Incômodo grande.

8. BUSCA DE CONFORTO

*** Durante o último mês, você procurou apoio com outras pessoas tentando ouvir que seu (a) _____ não é tão ruim ou anormal quanto você pensa que é?**

Instruções: Gradue o número de dias durante o último mês em que o entrevistado buscou conforto de outros sobre o problema de aparência dele/dela.

- 0 Nunca tentou se confortar.
- 2 4 -7 vezes/mês ou tentou se confortar uma ou duas vezes em cada semana.
- 3 8-11 vezes/mês.
- 4 12-16 vezes/mês ou tentou se confortar em metade dos dias.
- 5 17-21 vezes/mês.
- 6 22-28 vezes/ mês ou tentou se confortar diariamente ou quase diariamente.

9. PREOCUPAÇÃO COM O PROBLEMA DE APARÊNCIA

*** Com que frequência você pensa em seu problema e se sente triste, desestimulado ou chateado?**

- 0 Nunca fica chateado com o problema de aparência ou nunca pensa no problema de aparência.
- 1 1-3 vezes/mês.
- 2 4-7 vezes/mês ou pensa nisto e se sente chateado uma ou duas vezes em cada semana.
- 3 8-11 vezes.
- 4 12-16 vezes/mês ou pensa nisto e se sente chateado em metade dos dias da semana.
- 5 17-21 vezes.
- 6 22-28 vezes ou pensa nisto e se sente chateado diariamente ou quase diariamente.

10. PREOCUPAÇÃO COM O PROBLEMA DE APARÊNCIA EM SITUAÇÕES PÚBLICAS

*** Durante o último mês, quanto você se preocupou sobre seu (a) _____ quando você estava em áreas públicas como lojas, supermercados, ruas, restaurantes, ou lugares onde havia principalmente pessoas que você não conhecia?**

- 0 Nenhuma preocupação.
- 2 Leve preocupação.
- 4 Média preocupação.
- 6 Grande preocupação.

11. PREOCUPAÇÃO SOBRE O PROBLEMA DE APARÊNCIA EM SITUAÇÕES SOCIAIS

*** Durante o último mês, quanto você se preocupou sobre seu problema quando estava em locais sociais com colegas de trabalho, conhecidos, amigos ou membros da família?**

- 0 Nenhuma preocupação.
- 2 Leve preocupação.

- 4 Média preocupação.
- 6 Grande preocupação.

12. FREQUÊNCIA COM QUE O PROBLEMA DE APARÊNCIA É NOTADO POR OUTRAS PESSOAS

*** Durante o último mês, com que frequência você tem sentido que outras pessoas notaram ou estavam prestando atenção em seu(a) _____?**

- 0 Nunca aconteceu.
- 1 1-3 vezes/mês.
- 2 4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes em cada semana.
- 3 8-11 vezes/mês.
- 4 12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias.
- 5 17-21 vezes/mês.
- 6 22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.

13. ANGÚSTIA RELACIONADA AO PROBLEMA DE APARÊNCIA NOTADO POR OUTRAS PESSOAS

*** Quanto você ficou chateado quando sentiu que as pessoas notaram ou estavam prestando atenção em seu (a) _____?**

- 0 Não se sentiu chateado ou outras pessoas não notaram.
- 1 Sentiu-se ligeiramente chateado somente quando certas pessoas notaram.
- 2 Sentiu-se ligeiramente chateado quando qualquer um notou
- 3 Sentiu-se medianamente chateado quando certas pessoas notaram.
- 4 Sentiu-se medianamente chateado quando qualquer um que notou.
- 5 Sentiu-se enormemente chateado quando certas pessoas notaram
- 6 Sentiu-se enormemente chateado quando qualquer um notou.

14. FREQUÊNCIA RELACIONADA AO COMENTÁRIO DE OUTROS

*** Durante o último mês, com que frequência alguém fez tanto um comentário positivo quanto negativo sobre seu (a) _____?**

Instruções: Não inclua os comentários de avaliação que foram aparentemente solicitados pelo entrevistado.

- 0 Nunca aconteceu.
- 1 1 a 3 vezes/mês
- 2 4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes a cada semana.
- 3 8-11 vezes/mês
- 4 12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias.
- 5 17-21 vezes/mês
- 6 22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.

15. ANGÚSTIA RELACIONADA AO COMENTÁRIO DE OUTROS

*** Quanto você ficou chateado quando alguém fez um comentário sobre seu (a) _____?**

- 0 Não ficou chateado ou outras pessoas não comentaram.
- 1 Sentiu-se ligeiramente chateado somente quando certas pessoas comentaram.
- 2 Sentiu-se ligeiramente chateado quando qualquer um comentou.
- 3 Sentiu-se medianamente chateado quando certas pessoas comentaram.
- 4 Sentiu-se medianamente chateado quando qualquer um comentou.
- 5 Sentiu-se enormemente chateado quando certas pessoas comentaram.
- 6 Sentiu-se enormemente chateado quando qualquer um comentou.

16. FREQUÊNCIA COM QUE FOI TRATADO DIFERENTEMENTE POR OUTROS DEVIDO AO PROBLEMA DE APARÊNCIA

*** Durante o último mês, com que frequência você sentiu que outras pessoas o(a) trataram diferente ou de maneira que você não gostou por causa de seu (a) _____?**

- 0 Nunca aconteceu.
- 1 1-3 vezes/mês.
- 2 4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes em cada semana.
- 3 8-11 vezes/mês.
- 4 12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias.
- 5 17-21 vezes/mês.
- 6 22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.

17. ANGÚSTIA RELACIONADA AO TRATAMENTO DIFERENCIADO DAS OUTRAS PESSOAS DEVIDO AO PROBLEMA DE APARÊNCIA

*** Quanto você ficou chateado quando as pessoas o(a) trataram diferente por causa de seu(a) _____?**

- 0 Não ficou chateado ou não houve nenhum tratamento diferencial.
- 1 Ligeiramente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
- 2 Ligeiramente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.
- 3 Medianamente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
- 4 Medianamente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.
- 5 Enormemente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
- 6 Enormemente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.

18. IMPORTÂNCIA DO PROBLEMA DE APARÊNCIA

*** O quanto a sua aparência é importante comparada a outros valores como personalidade, inteligência, habilidade no trabalho, relacionamento com outras pessoas e execução de outras atividades?**

- 0 Nenhuma importância.
- 2 Pouca importância.
- 4 Média importância.
- 6 Grande importância.

19. AUTOAVALIAÇÃO NEGATIVA DEVIDO AO PROBLEMA DE APARÊNCIA

*** Durante o último mês, você se criticou devido ao seu (a) _____)?**

- 0 Nenhuma crítica.
- 2 Poucas críticas.
- 4 Algumas críticas.
- 6 Muitas críticas.

20. AVALIAÇÃO NEGATIVA FEITA POR OUTRAS PESSOAS DEVIDO AO PROBLEMA DE APARÊNCIA

*** Durante o último mês, você sentiu que outras pessoas o(a) criticaram por causa de seu(a) _____?**

- 0 Nenhuma crítica.
- 2 Poucas críticas aconteceram.
- 4 Algumas críticas aconteceram.
- 6 Muitas críticas aconteceram.

21. PERCEPÇÃO DE ATRATIVIDADE FÍSICA

*** Durante o último mês, você sentiu que outras pessoas te acharam atraente?**

- 0 Sim, me acharam atraente.
- 2 Não, ligeiramente sem atrativos.
- 4 Não, mediamente sem atrativos.
- 6 Não, sem nenhum atrativo.

22. GRAU DE CONVICÇÃO DO PROBLEMA DE APARÊNCIA

Nota: Não faça esta pergunta se o entrevistado obteve pontuação 2 no item 2, isto é, tem uma anormalidade física definida que não é imaginada ou é exagerada.

*** Durante as últimas quatro semanas, você pensou alguma vez que seu (a) _____ poderia não ser tão ruim quanto você geralmente pensa ou que seu (a) _____ realmente não é anormal? Instruções:** Determine se a pessoa pode reconhecer a possibilidade de que ele ou ela podem estar exagerando na extensão do defeito e que a preocupação é insensata ou sem sentido.

- 0 Perspicácia boa, completamente atento ao exagero e à insensibilidade, embora preocupado com o defeito.
- 1 Perspicácia regular. Pode admitir que a preocupação pode ser às vezes insensata ou sem sentido e que aquela aparência não é verdadeiramente defeituosa.

2 Perspicácia pobre. Firmemente convencido que o defeito é real e que a preocupação não é sem sentido.

23. AFASTAMENTO DE SITUAÇÕES PÚBLICAS

*** Durante o último mês, você evitou áreas públicas porque se sentiu incomodado com o seu (a) _____ ? Você tem evitado ir a lojas, supermercados, ruas, restaurantes ou outras áreas onde haveria principalmente pessoas que você não conhecia? Com que frequência?**

0 Nenhum afastamento de situações públicas.

2 Evitou pouco.

4 Evitou com média frequência.

6 Evitou muito.

24. AFASTAMENTO DE SITUAÇÕES SOCIAIS

*** Durante o último mês, você evitou trabalhar ou outras situações sociais com amigos, parentes, ou conhecidos porque se sentiu incomodado com o seu (a) _____ ? Situações sociais podem incluir ir à escola, festas, reuniões familiares e etc. Com que frequência?**

0 Nenhum afastamento de situações sociais.

2 Evitou pouco.

4 Evitou com média frequência.

6 Evitou muito.

25. AFASTAMENTO DE CONTATO FÍSICO

*** Durante o último mês, você tem evitado contato físico com outras pessoas por causa de seu (a) _____ ? Isto inclui relação sexual como também outro contato íntimo como abraçar, beijar, ou dançar?**

0 Nenhum afastamento de contato físico.

2 Evitou pouco.

4 Evitou com média frequência.

6 Evitou muito.

26. AFASTAMENTO DE ATIVIDADE FÍSICA

*** Durante o último mês, você evitou atividades físicas como exercício ou recreação ao ar livre por causa de seu (a) _____ ?**

0 Nenhum afastamento de atividade física.

2 Evitou pouco.

4 Evitou com média frequência.

6 Evitou muito.

27. ESCONDENDO O CORPO

*** Durante o último mês, você se vestiu de forma a esconder, encobrir, disfarçar e/ou desviar atenção de seu (a) _____ ?" Utilizou maquiagem ou mudou seu corte de cabelo de algum modo especial para tentar esconder ou disfarçar seu (a) _____ ?**

0 Nunca escondeu problema.

1 1-3 vezes/mês.

2 4-7 vezes/mês ou escondeu uma ou duas vezes em cada semana.

3 8-11 vezes/mês.

4 12-16 vezes/mês ou escondeu em metade dos dias.

5 17-21 vezes/mês.

6 22-28 dias vezes/mês ou escondeu diariamente ou quase diariamente.

28. ALTERANDO A POSTURA CORPORAL

*** Durante o último mês, você alterou seus movimentos corporais (como o modo de se levantar ou de se sentar, onde você põe suas mãos, como você caminha, que lado seu você mostra às pessoas) com a intenção de esconder seu (a) _____ ou distrair a atenção das pessoas do seu problema de aparência?**

Instruções: Informe o número de dias durante o último mês no qual você alterou sua postura/ movimentos corporais com a intenção de esconder seu problema.

0 Nenhuma alteração de postura ou movimentos corporais.

1 1-3 vezes/mês.

2 4-7 vezes/mês ou escondeu uma ou duas alterações em cada semana.

3 8-11 vezes/mês.

4 12-16 vezes/mês ou alteração em cerca de metade dos dias.

5 17-21 vezes/mês.

6 22-28 vezes/mês ou alteração de postura ou movimentos corporais diariamente ou quase diariamente.

29. INIBIÇÃO DO CONTATO FÍSICO

*** Durante o último mês, você evitou contato físico com outras pessoas com a intenção de esconder seu (a) _____ ou distrair a atenção das pessoas dele?"Por exemplo, você impediu outras pessoas de tocarem certas partes de seu corpo? Ou inibiu sua postura durante ato sexual ou outro contato físico íntimo como abraçar, beijar ou dançar?**

Instruções: Quantifique a frequência com que o entrevistado alterou postura ou movimentos corporais na tentativa de esconder seu problema de aparência durante situações de contato físico.

0 Nunca inibiu o contato físico.

1 Inibiu em menos da metade das ocasiões de contato físico.

- 2 Inibiu em torno de metade das ocasiões de contato físico.
- 3 Inibiu em todas ou quase todas as vezes que teve contato físico.

30. EVITANDO OLHAR PARA O CORPO

*** Durante o último mês, você tem evitado olhar para seu corpo, particularmente para o seu (a) _____ para controlar sentimentos sobre sua aparência? Isto inclui evitar olhar para você, vestido ou sem roupas, diretamente ou em espelhos.**

Instruções: Quantifique o número de dias durante o último mês em que a pessoa evitou olhar para o problema com a intenção de controlar sentimentos sobre sua aparência.

- 0 Nenhuma inibição de olhar para corpo.
- 1 1-3 vezes/mês.
- 2 4-7 vezes/mês ou evitou uma ou duas vezes em cada semana.
- 3 8-11 vezes/mês.
- 4 12-16 vezes/mês ou evitou em metade dos dias.
- 5 17-21 vezes/mês.
- 6 22-28 vezes/mês ou evitou olhar para corpo diariamente ou quase diariamente.

31. EVITANDO QUE OUTRAS PESSOAS OLHEM PARA O SEU CORPO

*** Durante o último mês, você tem evitado que outras pessoas vejam seu corpo sem roupas porque se sente incomodado com a sua aparência? Isto inclui não deixar seu cônjuge, parceiro, companheiro de quarto ou outras pessoas o (a) vejam sem roupas.**

- 0 Nenhuma inibição de que outros o vejam com o corpo despido devido ao problema.
- 1 Evitou pouco.
- 2 Evitou com média frequência.
- 3 Evitou muito.

32. COMPARAÇÃO COM OUTRAS PESSOAS

*** Durante as últimas quatro semanas, você comparou seu(a) _____ com a aparência de outras pessoas ao redor de você ou de revistas ou televisão?**

- 0 Nenhuma comparação com outras pessoas.
- 1 1-3 vezes/mês.
- 2 4-7 vezes/mês ou uma ou duas comparações em cada semana.
- 3 8-11 vezes/mês
- 4 12-16 vezes/mês ou comparações em metade dos dias.
- 5 17-21 vezes/mês
- 6 22-28 vezes/mês ou comparações diárias ou quase diárias.

33. ESTRATÉGIAS DE EMBELEZAMENTO

*** O que você tem feito para tentar mudar (reduzir, eliminar, corrigir) seu (a) _____ na tentativa de melhorar sua aparência?**

Instruções: Determine todos os recursos que a pessoa usou para tentar alterar o problema

de aparência. Uma prótese só deve ser considerada se a motivação para usá-la for melhorar a aparência. Considere estratégias usadas em qualquer momento (em vez de só nas últimas quatro semanas). Não considere estratégias empregadas para preocupações de aparência que são completamente sem conexão ao defeito presente ou que já foram completamente resolvidos. Por exemplo, não considere cirurgia estética para problema de nariz se a preocupação atual da pessoa for o quadril. Porém, uma história de lipoescultura para as coxas poderia ser considerada se a reclamação atual for quadris largos/culote.

Marque até três alternativas.

0 Nenhuma estratégia ou tentativa para alterar o problema de aparência.

1 Redução de peso através de dieta.

2 Redução de peso através de exercícios.

3 Redução de peso através de cirurgia (por exemplo, gastroplastia).

4 Cirurgia estética para eliminação gordura (por exemplo, lipoescultura).

5 Outra cirurgia estética (por exemplo, mastoplastia, rinoplastia, reversão de cicatriz).

6 Tratamentos tópicos (por exemplo, para condições de pele ou calvície).

7 Prótese (por exemplo, perna artificial ou prótese de silicone para melhorar a aparência).

8 Outro (especifique) _____.

34. PROBLEMA DE APARÊNCIA NÃO CONSIDERADO POR OUTRA DESORDEM

Instruções: Determine se a reclamação está mais bem relacionada à outra desordem (por exemplo, desordem alimentar, desordem de identidade de gênero, desordem compulsiva obsessiva). Se as reclamações da aparência forem relacionadas ao tamanho ou forma do corpo, faça um exame separado para sintomas de distúrbios alimentares. Este questionário não é apropriado se a anorexia ou bulimia estão presentes e se não há outra reclamação diferente de peso.

0 A preocupação é restrita à aparência em vez de outras obsessões ou compulsões ou comportamento relacionado a fobias; preocupação não relacionada a uma manifestação de uma desordem alimentar ou desordem de identidade de gênero.

1 Preocupação melhor considerada por outra desordem.

Anexo II: Escala Psicossocial de Aparência facial (EPAF)

Nome:

Este questionário ajudará a compreender o impacto da mudança física facial em sua vida emocional e social.

Por favor, responda todas as questões correspondentes e, em caso de dúvida, pergunte. Se quiser acrescentar informações complementares utilize o espaço final para observações.

	Circule APENAS UM NUMERO pensando na ULTIMA SEMANA e NO SEU ROSTO	Sempre	As vezes	Raramente	Nunca
AFF	1- Sinto dificuldade em movimentar meu rosto	3	2	1	0
AFF	2- Tenho dificuldade para fechar ou piscar os olhos	3	2	1	0
AFF	3- Sinto dificuldades para manter líquidos ou alimentos na boca	3	2	1	0
AFF	4- Tenho dificuldade para falar algumas palavras com sons do 'p', 'b', 'm', 'f', 'v', 'çh', e 'g	3	2	1	0
AFF	5- Quando falo, sorrio, mastigo e/ou fecho os olhos acontecem movimentos no meu rosto sem eu controlar	3	2	1	0
AFF	6- Sinto dores no meu Rosto	3	2	1	0
AFF	7- Não Consigo expressar minhas emoções pelo rosto	3	2	1	0
AFF	8- Tenho dificuldades para beijar	3	2	1	0
AS-DT	9- Tenho dificuldades para sair de casa, visitar familiares e/ou amigos	3	2	1	0
AS-DT	10- Fico Incomodado(a) em sair em fotografias	3	2	1	0
AS-DT	11- Fico Incomodado(a) em me alimentar na frente das pessoas	3	2	1	0
AS-DT	12- Fico Incomodado(a) ir ao trabalho e/ou frequentar aulas/cursos	3	2	1	0
AS-IS	13- Fico Incomodado(a) em conversar frente a frente com pessoas	3	2	1	0
AS-IS	14- Fico mais a vontade somente com pessoas [próximas a meu convívio pessoal	3	2	1	0
AE	15- A dificuldade para sorrir me incomoda	3	2	1	0
AE	16- Perdi a vontade de me alimentar	3	2	1	0

AS-IS	17-Tenho dificuldade em me relacionar com meu(minha) companheiro(a) ou, se não tenho companheiro, iniciar um relacionamento com alguém	3	2	1	0
AS-IS	18-Percebo que meus familiares ou amigos me tratam agora de forma diferente	3	2	1	0
AE	19- Desconfio que meu rosto não irá melhorar	3	2	1	0
AE	20- Me incomoda perceber que as pessoasque não me conhecem me olham de uma forma diferente	3	2	1	0
AE	21- Sinto tristeza ou angustia quando não consigo mostrar minhas emoções pelas expressões faciais	3	2	1	0
AE	22- Não sinto vontade de cuidar da minha aparência	3	2	1	0

ANEXO III – OHIP-14

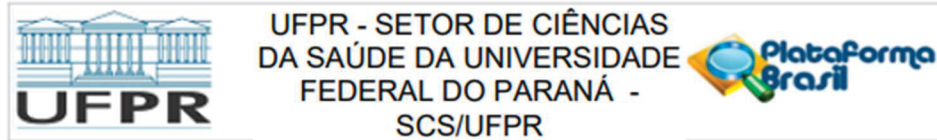
Oral Health Impact Profile (OHIP-14)					
Perguntas	Respostas				
	0	1	2	3	4
1.Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
2.Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
3.Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?					
4.Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
5.Você ficou preocupado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
6.Você se sentiu estressado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
7.Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
8.Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
9.Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
10.Você sentiu-se envergonhado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
11.Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
12.Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
13.Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
14.Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes?					

CONST. SEMPRE

NUNCA RARAM. AS VEZES

APÊNDICES

APÊNDICE I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA CIRURGIA ORTOGNÁTICA NOS TRANSTORNOS DISMÓRFICO CORPORAL E FACIAL

Pesquisador: RAFAELA SCARIOT

Área Temática: Genética Humana:

(Trata-se de pesquisa envolvendo Genética Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP;);

Versão: 1

CAAE: 58800322.2.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Estomatologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.497.750

Apresentação do Projeto:

Trata-se do protocolo de Pesquisa intitulado AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA CIRURGIA ORTOGNÁTICA NOS TRANSTORNOS DISMÓRFICO CORPORAL E FACIAL. Tem como pesquisadora principal RAFAELA SCARIOT e colaboradores LEONARDO SILVA BENATO, RÔMULO LAZZARI MOLINARI, ALINE SEBASTIANI. O local de realização da pesquisa será o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-faciais da Universidade Federal do Paraná, curso de Odontologia. Com período da pesquisa de a partir da aprovação do CEP até abril de 2024 e apresenta como Instituição Proponente o Departamento de Estomatologia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Avaliar o impacto da cirurgia ortognática em indivíduos com TDC e TDF (transtorno dismórfico corporal e o transtorno dismórfico facial).

Objetivos Específicos

-Avaliar se existe correlação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHRQoL) e transtornos de dismorfia nos três tempos avaliados;

-Investigar se polimorfismos genéticos no receptor dopaminérgico D2 (DRD2), receptor de Serotonina (SLC6A4) e o gene Peptidyl-prolyl cis-trans isomerase (FKBP5) estão associados com

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR



Continuação do Parecer: 5.497.750

TDC e TDF em indivíduos com DDF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os pesquisadores:

"Riscos: 8.2 Quais os riscos inerentes ou decorrentes da pesquisa? Os riscos cirúrgicos inerentes a qualquer procedimento e/ou tratamento orto-cirúrgicos, não sofrerão nenhum aumento, uma vez que todos os pacientes do grupo caso já seriam submetidos a cirurgia ortognática. O paciente pode apresentar um pequeno constrangimento durante a coleta de saliva por ser necessário cuspir a saliva em um frasco. Não obstante, uma vez que aplicados os questionários sobre análise de TDC e TDF, tais questionários poderão trazer desconforto e constrangimento ao participante. Também existe o risco de exposição de dados pessoais dos participantes. 8.3 Qual a possibilidade da ocorrência? Mínima, pois em todas as etapas os pesquisadores responsáveis pela coleta dos dados estarão atentos e prestando os devidos cuidados para não ocasionar nenhum incômodo ou constrangimento ao participante da pesquisa.

Benefícios: Diagnosticar precocemente os TDC e TDF, nos pacientes candidatos a serem submetidos à cirurgia ortognática, dessa forma personalizando o tipo de tratamento proposto ou até mesmo contraindicando-o, tornando dessa forma a abordagem do tratamento ortocirúrgico mais humanizado".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com os pesquisadores:

"As deformidades dentofaciais (DDFs) estão relacionadas a desvios das proporções faciais normais e relações dentárias suficientemente graves para se transformarem em incapacitantes. O transtorno dismórfico corporal (TDC) e o transtorno dismórfico facial (TDF) são considerados desordens psiquiátricas, na qual o indivíduo denota uma preocupação exacerbada em relação a percepção dos defeitos relacionados a sua aparência, sendo defeitos leves ou imaginários no qual a percepção pessoal pode ser completamente diferente da opinião das outras pessoas com a qual ela convive. O referido trabalho pretende avaliar o impacto da cirurgia ortognática no TDC e no TDF em indivíduos com deformidades dentofaciais, bem como a influência qualidade de vida

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

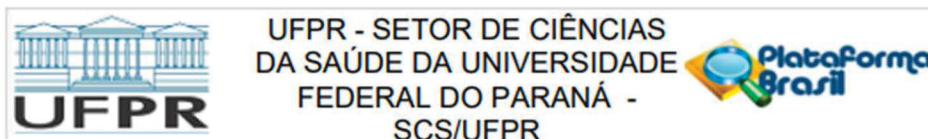
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.497.750

éticos –corrigir pois a resolução que trata sob o tema de pesquisas com seres humanos é a 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – recomenda-se ler a resolução 466/12 que encontra-se disponível na página deste CEP.

5.No Projeto de Pesquisa Detalhado no item 6. Material e Metodologia; solicita-se completar com os seguintes dados : dados relativos ao participante da pesquisa e características da população ser estudada; número de participantes necessários para o desenvolvimento da pesquisa (esclarecer a informação inserida no Doc informações básicas do projeto 40 participantes); critérios de inclusão e exclusão e como será realizada a abordagem /recrutamento aos participantes de pesquisa.

6. No Projeto de Pesquisa Detalhado no item 6. Material e Metodologia sub item 6.2 Amostra- corrigir e ou esclarecer pois apresenta como período de pesquisa, dados compreendidos entre os anos de 2021 e 2023.

7. Esclarecer na metodologia onde será realizada as análises de avaliação genética , e anexar a carta de concordância do serviço envolvido (para avaliação genética) se for UFPR , ou se for externo à UFPR , carta de co participação .

8. No Projeto de Pesquisa Detalhado no item 7. Resultados Esperados do Estudo -completar as informações

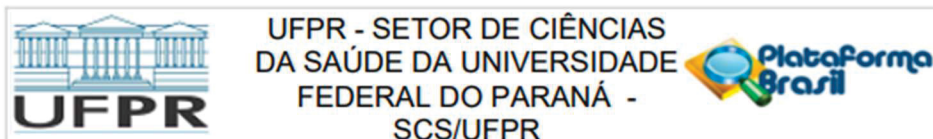
9. No Projeto de Pesquisa Detalhado no item 13. Propriedade das Informações –corrigir pois a propriedade das informações deve ficar em posse e sob responsabilidade do pesquisador principal .

10. No Projeto de Pesquisa Detalhado no item 14. Informações Relativas ao Participante da Pesquisa e Características da População a Ser Estudada -citar corretamente a Resolução , recomenda-se a leitura da Resolução 466/12 que encontra-se na página deste CEP .

11. No Projeto de Pesquisa Detalhado no item 15. Grupos Vulneráveis -corrigir (ver resolução 466/12 e o conceito de grupos vulneráveis

12. No Projeto de Pesquisa Detalhado no item 17. Planos para o Recrutamento do Participante da Pesquisa - Considerando os critérios previstos na resolução 466/12, solicita-se rever o plano de recrutamento e abordagem, os pacientes (participantes de pesquisa) não devem ser abordados diretamente no momento do atendimento cirúrgico, pois pode causar constrangimento, etc... a

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.497.750

relacionada a saúde bucal e de polimorfismos genéticos nesses transtornos. Será realizado um estudo do tipo longitudinal, no qual a população investigada se constituirá de indivíduos adultos, de ambos os sexos, com indicação de cirurgia ortognática, do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco maxilo faciais da Universidade Federal do Paraná (UFPR) no período compreendido entre 2022 e 2024. Os pacientes serão avaliados em 3 tempos distintos, sendo T1 uma semana antes da cirurgia, T2 três meses após a cirurgia e T3 seis meses após o procedimento. Serão excluídos indivíduos que já foram submetidos a outras cirurgias na face, sindrômicos ou com fissuras labiopalatinas. A avaliação do TDC e TDF será realizado com os questionários Exame de Transtorno Dismórfico Corporal (BDDE) e a Escala Psicossocial de Aparência facial (EPAF). A avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde bucal dos indivíduos será realizada através dos questionários OHIP-14. Para a avaliação genética, o DNA será obtido a partir de células epiteliais da mucosa bucal. Os resultados serão submetidos à análise descritiva e estatística. Os dados serão analisados com o programa de computador IBM SPSS v.21.0® (Statistical Package for Social Science)."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

anexar a carta de concordância do serviço envolvido (para avaliação genética)

Recomendações:

Ler conclusões

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de relevância, no entanto algumas pendências necessitam ser atendidas:

1. Corrigir o documento check list documental –utilizar documento atualizado, disponível na página deste CEP e assinar.
2. No documento informações básicas do projeto , escrever o item Desenho do estudo
Obs:" O conceito de desenho de estudo envolve a identificação do tipo de abordagem metodológica que se utiliza para responder a uma determinada questão, implicando, assim, a definição de certas características básicas do estudo, como sejam, a população e a amostra a serem estudadas, a unidade de análise, etc..."
3. No Projeto de Pesquisa Detalhado no item 5. Casuística - completar e ou reescrever
4. No Projeto de Pesquisa Detalhado no item 6. Material e Metodologia no sub item 6.1 Aspectos

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

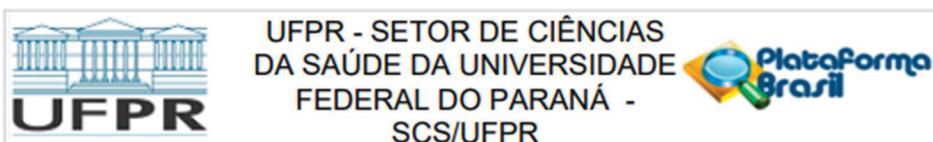
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.497.750

abordagem deve ser de tal modo que não interfira na autonomia da decisão do participante de pesquisa. Sugere-se cartazes ou recurso de recrutamento(cartazes, flyers) , como forma de convidar à participação na pesquisa.

TCLE:

Segundo parágrafo do Item E : Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser indiretos; riscos não são indiretos, pelo contrário. Solicita-se reescrever.

Item i) Os benefícios esperados com essa pesquisa são aprofundar o conhecimento do assunto bem como contribuir à comunidade científica com os resultados obtidos com a mesma, com a finalidade de tornar mais humanizado o tratamento dos pacientes que possuem deformidade dento-facial. Não haverá aqui algum benefício DIRETO para esse participante?

Item K: Imagens e vídeos? Serão utilizados? Rever e caso venham, a ser utilizados devem os pesquisadores apresentar o Termo de Uso de Imagem e voz.

k) O material obtido – amostras biológicas, questionários, imagens e vídeos – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será armazenado pelo período de cinco anos (Resol. 441/2011, 466/2012 e 510/2016) e será destruído/ descartado ao término do estudo. Rever a redação e a contradição referente ao tempo de guarda.

Ainda como benefício, não seria possível oferecer ao grupo controle que não participará do ensaio, a correção? ou informar que existe técnica ou recurso para correção?

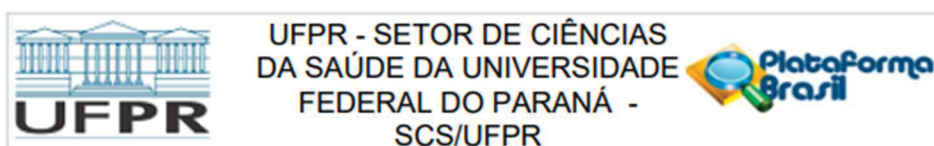
Considerações Finais a critério do CEP:

Como responder as pendências:

O Pesquisador deverá devolver as pendências no prazo máximo de até 30 dias, a contar desta data, postando e enviando através da Plataforma Brasil - modo: Editar (), (seguindo todas as etapas até enviar novamente).

Favor responder em documento (carta simples – no formato Word (.doc)) à parte todas as pendências que constam no parecer, com indicação dos documentos e PÁGINAS nas quais as modificações foram feitas.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.497.750

Da mesma forma, assinalar com cor diferenciada todas as alterações feitas NOS DOCUMENTOS que foram revisados/corrigidos. Não USAR a ferramenta de marcação de texto.

Os arquivos com as respostas às pendências deverão ser anexados na PB sempre com títulos diferentes dos já inseridos, pois se o arquivo contiver o mesmo nome o sistema irá inserir o arquivo anterior automaticamente. (Ex.: TCLE corrigido.doc ou TCLE versão 1...)

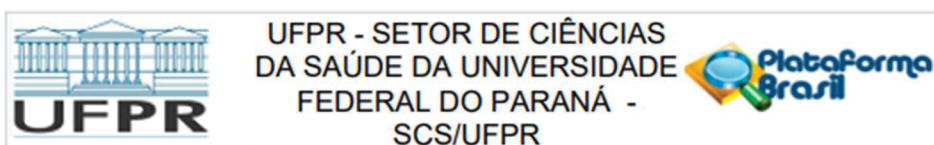
Não excluir os arquivos já enviados, para manter o histórico do projeto, uma vez que os arquivos fazem parte do projeto original.

Importante: pendências de Parecer Consubstanciado que não forem respondidas em até 30 dias terão status de NÃO APROVADO, sendo necessário nova submissão do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1947773.pdf	17/05/2022 16:15:47		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	17/05/2022 16:14:28	RAFAELA SCARIOT	Aceito
Outros	termo_guarda_material_biologico.pdf	13/05/2022 12:35:58	RAFAELA SCARIOT	Aceito
Outros	Extrato_de_ata_departamento.pdf	13/05/2022 12:34:44	RAFAELA SCARIOT	Aceito
Outros	Análise_do_merito_cientifico.pdf	13/05/2022 12:07:23	RAFAELA SCARIOT	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.497.750

Declaração de Pesquisadores	declaracao_compromisso.pdf	13/05/2022 12:05:53	RAFAELA SCARIOT	Aceito
Outros	Check_List.pdf	13/05/2022 12:04:47	RAFAELA SCARIOT	Aceito
Outros	concordancia_dos_servicos_envolvidos.pdf	12/05/2022 23:17:30	RAFAELA SCARIOT	Aceito
Outros	ANALISE_de_MERITO.pdf	12/05/2022 23:15:52	RAFAELA SCARIOT	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO.pdf	12/05/2022 23:14:41	RAFAELA SCARIOT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento.docx	12/05/2022 23:14:15	RAFAELA SCARIOT	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	12/05/2022 23:13:12	RAFAELA SCARIOT	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 29 de Junho de 2022

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **CEP:** 80.060-240
E-mail: cometica.saude@ufpr.br

APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, RAFAELA SCARIOT E ALINE SEBASTIANI professoras do departamento de estomatologia, Leonardo Silva Benato aluno de pós-graduação do programa doutorado e Romulo Lazzari Molinari aluno de pós graduação do programa de mestrado em clinica odontológica – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o(a) Senhor(a), paciente do serviço de cirurgia e traumatologia da Universidade Federal do Paraná a participar de um estudo intitulado pesquisa AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA CIRURGIA ORTOGNÁTICA NOS TRANSTORNOS DISMÓRFICO CORPORAL E FACIAL, que irá avaliar a percepção estética em pacientes que serão submetidos a cirurgia ortognática, comparado aqueles que não irão realizar cirurgia ortognática.

a)O objetivo desta pesquisa é avaliar se as pessoas que irão realizar cirurgia ortognática, têm uma percepção real em relação a sua estética facial e corporal.

b)Caso o Senhor(a) concorde em participar da pesquisa, será necessário além do procedimento cirúrgico (cirurgia ortognatica ou extração de dentes) e exames complementares (radiografias, tomografias e moldagens) os quais o(a) já seria submetido(a), Você terá que responder a dois questionários em três tempos distintos (uma semana antes da cirurgia, três meses depois e seis meses após) .

c)Para tanto você deverá comparecer no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucod-maxilo-faciais da Universidade Federal do Paraná, Bloco de Odontologia, Campus Jardim Botânico. Av. Prefeito Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico, Curitiba - PR, 80210-170 para responder a dois questionários, o que levará aproximadamente 30 minutos para cada uma das três etapas. Vale lembrar o(a) Senhor(a), não necessitara fazer nenhum deslocamento extra para tal, pois tais comparecimentos já seriam necessários para a bem execução do procedimento cirúrgico, ao qual o(a) senhor(a) ja seria submetido, mesmo caso não participasse de tal estudo. Esses 30 minutos a mais que o senhor(a) permanecera aqui, se referem exclusivamente ao preenchimento dos questionários, além do tempo que já seria despendido para as consultas inerentes ao procedimento cirúrgico.

d)É possível que senhor(a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado a perceber algum desconforto estético, o que poderá ser psicologicamente constrangedor.

e)Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser :

- Dor, Infecção, sangramento prolongado;

- Descoloração, Insensibilidade e formigamento dos lábios, língua, queixo, bochecha e dentes que podem ser temporários ou permanentes;
 - Dor, Insensibilidade e flebite (inflamação de uma veia) provenientes de injeção intravenosa ou intramuscular; lesão e enrijecimento dos músculos do pescoço e da face;
 - A possibilidade que os músculos adjacentes da face não funcionem imediatamente após o procedimento cirúrgico por um período indefinido de tempo, que pode variar semanas;
 - Restrição da abertura da boca por vários dias ou semanas;
 - Mudança na oclusão e dificuldade na articulação temporomandibular ;
 - Injúria aos dentes adjacentes, próteses e restaurações
 - Lesão a tecidos moles adjacentes, e/ou dor referente ao ouvido, pescoço e cabeça;
 - Outras complicações podem incluir náusea, vômito, reação alérgica, fratura ósseas, escoriações, cicatrização retardada, problemas de seio maxilar, comunicações buco-sinusais, mudança na aparência facial;
 - Perda de osso;
 - Perda de dentes em decorrência da cirurgia ou por problemas pré-existentes ao procedimento cirúrgico (uso prolongado do aparelho ortodôntico, reabsorções radiculares de etiologias variadas, problema periodontal e mobilidade dentária)
 - Deformidade ósseas e/ou dos tecidos moles da face;
 - A não cicatrização de segmentos ósseos;
 - Desvitalização de dentes (lesão a polpa dental que pode necessitar de tratamento de canal);
 - Lesão da inervação motora da face em casos de acesso cirúrgico realizado a cavidade oral;
 - Tromboembolia;
 - Recidiva;
 - Necessidade de transfusão sanguínea;
 - Necessidade de traqueostomia;
 - Necessidade de reentubação e manutenção do suporte de vida em UTI;
 - Perda de cognição por um período de baixa oxigenação;
 - Morte;
- Vale lembrar que tais riscos são inerentes aos procedimentos cirúrgicos, não sendo aumentados e nem diminuídos em virtude da participação do estudo

f) Neste estudo será utilizado um grupo caso (pacientes que serão submetidos a cirurgia ortognática) e um grupo controle (pacientes que não serão submetidos a cirurgia ortognática, mas que comparecem neste serviço para a realização de outro tipo de procedimento, como por exemplo extração de dentes .

h) O(a) senhor(a) terá a garantia de que problemas como depressão e ansiedade decorrentes do estudo serão tratados no Serviço de Psicologia da Universidade Federal do Paraná. No caso eventual de danos graves decorrentes da pesquisa o(a) senhor(a) tem assegurado o direito à indenização nas formas da lei [Resol.466/2012].

i) Os benefícios esperados com essa pesquisa são aprofundar o conhecimento do assunto bem como contribuir à comunidade científica com os resultados obtidos com a mesma, com a finalidade de tornar mais humanizado o tratamento dos pacientes que possuem deformidade dento-facial

j) Os pesquisadores Rafaela Scariot, Aline Sebastiani, Romulo Lazzari Molinari e Leonardo da Silva Benato responsáveis por este estudo poderão ser Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-faciais da Universidade Federal do Paraná, Bloco de Odontologia, Campus Jardim Botânico. Av. Prefeito Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico, Curitiba - PR, 80210-170 Jardim Botânico – Curitiba/PR, através do telefone (41) 3360-4053 ou através do celular (41) 99664-2588 nas terças e quintas-feiras das 13h30min às 17h, na sala da Pós-graduação em Cirurgia Buco-maxilo-facial para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em caso de emergência o(a) senhor(a) também pode me contatar (Romulo Lazzari Molinari), neste número, em qualquer horário: pelo celular 41 999608444

l) A sua participação neste estudo é voluntária e se o(a) senhor(a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu atendimento está garantido e não será interrompido caso o(a) senhor(a) desista de participar.

m) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (pesquisadores e alunos), sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade

n) O(a) senhor(a) terá a garantia de que quando os dados/resultados obtidos com este estudo forem publicados, estes estarão codificados de modo que não apareça seu nome.

o) As despesas necessárias para a realização da pesquisa impressão e preenchimento de não são de sua responsabilidade e o(a) senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação. Entretanto, caso seja necessário seu deslocamento até o local do estudo os pesquisadores asseguram o ressarcimento dos seus gastos com transporte (Item II.21, e item IV.3, sub-item g, Resol. 466/2012).

p) Se o(a) senhor(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, o(a) senhor(a) pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone 41 -3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h às 16:00h. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de

proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim

Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

Curitiba , ____ de _____ de _____

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | 1º andar | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259