

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

CEJANA BAIOCCHI SOUZA

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM
FOTOENVELHECIMENTO FACIAL GRAU II SUBMETIDAS À
INTERVENÇÃO MIOFUNCIONAL ESTÉTICA**

**Goiânia
2012**

CEJANA BAIOCCHI SOUZA

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM
FOTOENVELHECIMENTO FACIAL GRAU II SUBMETIDAS À
INTERVENÇÃO MIOFUNCIONAL ESTÉTICA**

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade
Federal de Goiás para obtenção do
Título de Doutora em Ciências da
Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Celmo Celeno
Porto

Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Maria
Alves Barbosa

**Goiânia
2012**

**BANCA EXAMINADORA DA
TESE DE DOUTORADO
QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM
FOTOENVELHECIMENTO FACIAL GRAU II SUBMETIDAS À
INTERVENÇÃO MIOFUNCIONAL ESTÉTICA**

Aluna: Cejana Baiocchi Souza

Orientador: Prof. Dr. Celmo Celeno Porto

Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Alves Barbosa

Membros:

1. Prof. Dr. Celmo Celeno Porto (Presidente)

2. Prof^a. Dr^a. Irene Queiroz Marchesan

3. Prof^a Dr^a. Jackeline Gomes Guerra

4. Prof^a Dr^a. Neuma Chaveiro

5. Prof. Dr. Carlos de Paula e Souza

OU

6. Prof^a. Dr^a. Valeriana de Castro Guimarães

7. Prof^a Dr^a. Cejane Oliveira Martins Prudente

Data:23/05/12

TRAVESSIA

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas

Que já têm a forma do nosso corpo

E esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos

mesmos lugares.

É o tempo da travessia.

E se não ousarmos fazê-la,

Teremos ficado para sempre

À margem de nós mesmos”

Fernando Pessoa

Dedico este trabalho...

Ao meus filhos, pela demonstração de amor verdadeiro, por fazerem parte de mim, serem minha razão maior de viver, minha fonte de inspiração, por abdicarem, em muitos momentos, de minha presença física. A eles a certeza, em Deus, do meu imenso amor e de que todo o esforço empreendido fortalecerá nossa capacidade de superação.

Aos meus pais, pelo exemplo de dedicação, honestidade, amor, pelo incentivo aos estudos, pela oportunidade da vida.

A minha avó Eleny, por ser o anjo que Deus colocou a abençoar minha vida, sempre por perto, sempre atenta, minha especial gratidão por me acompanhar nesse caminho, pela demonstração de força e coragem, pelas atitudes constantes de compreensão e incentivo...incondicionais.

AGRADECIMENTOS

A Deus, o meu muito obrigada pelas oportunidades concedidas, por ser meu alimento, por ouvir minhas orações, fortalecer-me na fé, na perseverança, e, sobretudo, por me carregar no colo nos momentos em que achava que não conseguiria completar essa jornada.

Ao Prof. Dr. Celmo Celeno Porto, pela oportunidade de crescimento profissional, simplicidade e presteza nas orientações, pelo profundo respeito a mim concedido, por me permitir compartilhar da sua sabedoria e experiência, pelo grande exemplo de ser-humano e profissional.

À Prof^a. Dr^a Maria Alves, pela imensa ajuda, pela bondade infinita, pelo carinho, paciência e amor no ensinar, obrigada pelos momentos partilhados, foram muito mais que um tempo de estudo, foram para mim, aprendizado para uma vida.

Ao Dr. Aíçar, à Dr^a Jackeline e à toda a sua equipe, por me disponibilizarem o Serviço de Dermatologia, tornando possível a realização desse trabalho, obrigada pela confiança, carinho e auxílio.

À Prof^a Dr^a Irene Marchesan, pelo exemplo, dedicação, humildade e competência profissional, referência internacional na área de Motricidade Orofacial. Obrigada por contribuir com minha formação profissional.

Às pacientes, pela participação, disponibilidade, confiança em mim depositada, pelos momentos de ricas trocas de experiências e saberes.

Às minhas amadas alunas, Ariane, Leane, Juliana, Héliida, Elaine, Lorena, Cristiane, toda a minha gratidão a vocês, obrigada pela confiança, alegria, amor, responsabilidade, disponibilidade, por todos os

momentos vividos intensamente juntas, durante essa caminhada que foi nossa...saudade...

Aos meus irmãos, cunhados, sobrinhas, afilhado, pelo apoio, por não desistirem de mim.

Ao Fabiano, obrigada pela paciência, carinho, cumplicidade, amor.

À Neuma, pelo apoio desde sempre, pelas trocas, incentivo, exemplo de dedicação, ética, amizade, fidelidade e fé.

À Adriana, pelos momentos de alegria e força vividos no nosso “barraco”.

À Valdecina e Raquel, pela paciência e presteza.

À Ellia, pela força nos momentos de angústia, por me fazer acreditar em mim.

À Neide, pela amizade, força, fé e alegria, muito obrigada Amiga.

À Cida, pela fidelidade incondicional, obrigada por ser esse anjo bom na minha vida, por cuidar de mim.

À Prof^a Márcia, pela compreensão e apoio nos momentos de ausência.

À Prof^a Viviane, pelo apoio e incentivo na finalização desse trabalho.

À Prof^a Eliane Silva, por me apoiar no início dessa caminhada com suas preciosas e generosas correções, sempre me motivando e ressaltando qualidades; seus elogios são, para mim, motivo de muita alegria por tudo o que você representa.

À Prof^a Suely, por dividir comigo seus conhecimentos, me orientando com generosidade na análise estatística desse estudo.

À Taninha, pelo apoio e lealdade.

À Simone, sem seu apoio e cuidado, não conseguiria chegar até aqui. Obrigada por cuidar de mim e dos meus filhos.

À FAPEG, pela concessão da bolsa de pesquisa, que me foi indispensável para realização deste estudo.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para este trabalho.

SUMÁRIO

FIGURAS, TABELAS, ANEXOS E APÊNDICES

SIGLAS, SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

RESUMO

ABSTRACT

1. APRESENTAÇÃO	16
2. INTRODUÇÃO	18
2.1. Envelhecimento facial	18
2.2. A busca pela beleza	21
2.3. Intervenção miofuncional estética	23
2.4. Qualidade de vida	29
2.4.1. Instrumentos de avaliação	31
2.5. Qualidade de vida e estética facial	34
3. OBJETIVOS	37
3.1. Objetivo Geral	37
3.2. Objetivos Específicos	37
4. MÉTODOS	38
4.1. Tipo e local do estudo	38
4.2. Aspectos Éticos	38
4.3. Participantes	38
4.4. Critérios de inclusão e exclusão	38
4.5. Instrumentos	39
4.6. Seleção dos sujeitos	40
4.7. Procedimentos	41
4.7.1. Coleta inicial dos dados	42

4.7.2. Intervenção miofuncional estética.....	42
4.7.3. Coleta final dos dados e alta fonoaudiológica.....	44
4.7.4. Devolução dos resultados	45
4.8. Análise estatística	45
5. PUBLICAÇÕES	46
5.1. Artigo 1- Rejuvenescimento facial por intervenção miofuncional estética – revisão integrativa.....	47
5.2. Artigo 2 – Quality of life in women with facial photoaging level II submitted to aesthetics myofunctional intervention.....	67
6. CONCLUSÕES.....	86
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
8. REFERÊNCIAS	89
9. ANEXOS.....	95
10. APÊNDICES.....	124

FIGURAS, TABELAS, ANEXOS E APÊNDICES

QUADRO 01 - Distribuição dos resultados da intervenção miofuncional estética na literatura, por autor e ano 28

FIGURA 01 - Modelo do SF-36 (WARE, 2000) 33

ARTIGO 1 – Rejuvenescimento facial por intervenção miofuncional estética – revisão integrativa

QUADRO 01 - Distribuição das publicações sobre o rejuvenescimento facial decorrente da intervenção miofuncional estética, segundo bases de dados, títulos, autores, formação profissional dos autores e ano de publicação. Goiânia – GO, 2012. 64

QUADRO 02 - Distribuição dos dados das publicações sobre o rejuvenescimento facial decorrente da intervenção miofuncional estética quanto aos objetivos, intervenção miofuncional estética e resultados do rejuvenescimento facial. Goiânia - GO, 2012. 65

ARTIGO 2 - Quality of life in women with facial photoaging level II submitted to aesthetics myofunctional intervention

TABLE 01 - Socio demographic characteristics of women with photoaging grade II, of Service of Dermatology Dr. Aiçar Chaul, HC-UFG submitted to myofunctional intervention in facial aesthetics. Goiânia-GO. 2010..... 74

TABLE 02 - Modifications of the orofacial structures and stomatognathic functions of women with photoaging grade II, of the Service of Dermatology Dr. Aiçar Chaul, HC-UFG submitted to myofunctional intervention aesthetics. Goiânia - GO. 2010 76

TABLE 03 - Presence of wrinkles and sulcus in the pre and post myofunctional aesthetics intervention, photoaging in women with photoaging

grade II, in the Service of Dermatology Dr.Aiçar Chaul, HC-UFG. Goiânia-GO. 2010	77
TABLE 04 - Values of Cronbach's α global and obtained in each of the domains SF-36 in pre and post myofunctional aesthetics intervention, among women with photoaging grade II, of the Service of Dermatology Dr. Aiçar Chaul, HC-UFG. Goiânia-GO. 2010.	78
TABLE 05 - Comparison of average scores of the domains of SF-36 in pre and post myofunctional aesthetics intervention, among women with photoaging grade II of the Service of Dermatology Dr. Aiçar Chaul, HC-UFG. Goiânia-GO. 2010.	78
TABLE 06 - Correlation of Pearson coefficient among the SF-36 domains in the myofunctional aesthetics pre intervention.	79
TABLE 07 - Correlation of Pearson coefficient among the SF-36 domains in the myofunctional aesthetics post intervention.....	80

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento SF-36.....	95
ANEXO B – Protocolo de anamnese PAMFEF	98
ANEXO C – Protocolo de avaliação estética	101
ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	109
ANEXO E – Normas para publicação na Revista Medicina Cutânea Ibero-Latino-Americana – Artigo 1	110
ANEXO F –Normas para publicação na Revista Quality of Life Research – Artigo 2..	114

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	124
APÊNDICE B – Questionário sócio-demográfico	128
APÊNDICE C – Protocolo de documentação fotográfica	129
APÊNDICE D – Fotos de pacientes nos períodos pré e pós intervenção miofuncional estética.....	130
APÊNDICE E – Termo de autorização da documentação fonoaudiológica... ..	133
APÊNDICE F – Massagens e exercícios isométricos propostos.....	134
APÊNDICE G – Versão em português do Artigo 2	135

FIGURAS, TABELAS, ANEXOS E APÊNDICES

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CFFa	Conselho Federal de Fonoaudiologia
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
HC	Hospital das Clínicas
IQOLA	International Quality of Life Assessment Project
LILACS	Literatura da América Latina e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MHIQ	McMaster Health Index Questionnaire
MOS	The Medical Outcomes Study
NHP	Nottingham Health Profile
PAMFEF	Programa de Aprimoramento Muscular em Fonoaudiologia Estética Facial
PGI	Patient Generated Index
PubMed	United States National Library of Medicine

PUC Goiás Pontifícia Universidade Católica de Goiás

QVRS Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

Rand HIS Rand Health Insurance Study

SciELO Scientific Eletronic Library Online

SEIQOL Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life

SF-36 Medical Outcome Study 36-item Short-Form Health Survey

SIP Sickness Impact Profile

SMAS Sistema Músculo Aponeurótico Superficial

SPSS Statistical Package for the Social Science

SRQ-20 Self-Report Questionnaire-20

UNATI Universidade Aberta à Terceira Idade

UFG Universidade Federal de Goiás

WHOQOL World Health Organization Quality of Life

RESUMO

Souza CB. Qualidade de vida de mulheres com fotoenvelhecimento facial grau II submetidas à intervenção miofuncional estética [Tese]. Goiânia: Faculdade de Medicina/UFG;2012. 152p

Na busca pelo equilíbrio muscular e funcional, a intervenção miofuncional estética promove melhores condições de saúde ao indivíduo, ao levar em consideração aspectos estéticos, funcionais, emocionais e sociais. Além dos ganhos físicos, esse trabalho contribui para a melhora do bem-estar e da vitalidade, comprometidos no envelhecimento. O objetivo geral desse estudo foi analisar a qualidade de vida de 39 mulheres, entre 30 e 45 anos, com fotoenvelhecimento facial grau II, submetidas à intervenção miofuncional estética, comparando-se os períodos pré e pós intervenção. Trata-se de um ensaio clínico, experimental, auto-controlado, realizado no Serviço de Dermatologia Dr. Aíçar Chaul do Hospital das Clínicas – HC, da Universidade Federal de Goiás – UFG. O período da intervenção foi de 17 semanas, com encontros individuais e semanais, incluindo 10 sessões terapêuticas. Na avaliação da qualidade de vida aplicou-se o instrumento Medical Outcomes Studies 36 – item Short-Form (SF-36) e para a avaliação miofuncional estética foram utilizados o protocolo de anamnese do Programa de Aprimoramento Muscular em Fonoaudiologia Estética Facial – PAMFEF, um protocolo padronizado de avaliação estética, além de um protocolo de documentação fotográfica, elaborado para esse estudo. Foi aplicado um questionário sócio-demográfico, baseado no sugerido pela Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida – WHOQOL. Após a intervenção miofuncional estética constatou-se uma melhora significativa na tensão muscular orofacial, nas rugas, nos sulcos e na realização das funções estomatognáticas de mastigação e deglutição. Foi observada melhora na tensão muscular das regiões de glabella e olhos, na velocidade mastigatória e no excesso de mímicas na fala, em todas as pacientes com alterações nesses aspectos. Na qualidade de vida houve um aumento significativo dos escores médios dos domínios estado geral de saúde, vitalidade e aspecto emocional, com o predomínio de uma correlação moderada entre os domínios do SF-36. Em conclusão, a intervenção miofuncional estética favoreceu o reequilíbrio miofuncional e o rejuvenescimento facial, contribuindo para a melhora da qualidade de vida de mulheres com fotoenvelhecimento facial grau II analisadas nesse estudo, nos domínios estado geral de saúde, vitalidade e aspectos emocionais. Desse modo, a qualidade de vida deve constituir um indicador na análise de resultados de intervenção miofuncional estética, de forma a nortear ações pautadas na valorização do paciente na sua condição humana.

DESCRITORES: Fonoaudiologia, qualidade de vida, estética, terapia miofuncional

ABSTRACT

Souza CB. Quality of life in women with facial photoaging level II submitted to aesthetics myofunctional intervention [Thesis]. Goiânia: Faculty of Medicine / UFG: 2012.152p

In the search for muscle and function balance, aesthetic myofunctional intervention promotes better health conditions to the individual, by taking into account aesthetic, functional, emotional and social aspects. Besides the physical gains, this study contributes to improved well-being and vitality, compromised in aging. The general objective of this study was to analyze the quality of life of 39 women, between 30 and 45 years, with facial photoaging grade II, submitted to myofunctional aesthetic intervention, comparing the pre and post intervention. This is a clinical trial, experimental, self-controlled, conducted at the Service of Dermatology Dr. Aíçar Chaul of Clinics Hospital - HC, of Federal University of Goiás - UFG. The intervention period was 17 weeks, and weekly individual meetings, including 10 therapeutic sessions. In evaluating of the quality of life was applied the instrument Medical Outcomes Studies 36 - item Short-Form (SF-36) and the myofunctional aesthetics evaluation were used the anamneses protocol a Muscle Improving Program in Facial Aesthetic Speech, Language and Hearing Sciences - MIPFAP, a standardized protocol of aesthetic evaluation, beside protocol of photographic record of the patients, created for this study. A socio-demographic questionnaire was given, based on the Portuguese version of the World Health Organization Quality of Life – WHOQOL. After the myofunctional aesthetic intervention was found a significant improvement in orofacial muscle tension, wrinkles, sulcus and in the realization of stomatognathic functions of chewing and swallowing. Improvement was observed in muscle tension in the regions of glabella and eyes, and chewing speed and in excess of mimic in speech, in all patients with changes in these aspects. In the quality of life there was a significant increase in the mean scores of the domains general health, vitality and emotional aspects, with the predominance of a moderate correlation between the SF-36 domains. In conclusion, the myofunctional aesthetic intervention favored the myofunctional balance and facial rejuvenation, contributing to improvement of the quality of life of women with facial photoaging grade II analyzed in this study, on the domains general health, vitality and emotional aspects. Thus, the quality of life should be an indicator in the analysis of results of myofunctional aesthetic intervention in order to guide actions based on the appreciation of patient in his human condition.

KEY WORDS: Speech, Language and Hearing Sciences, Quality of Life, Esthetics, Myofunctional Therapy

1. APRESENTAÇÃO

Desde o curso de Graduação tenho buscado o caminho do aprofundamento dos conhecimentos teóricos e práticos da Fonoaudiologia na Motricidade Orofacial. No sentido de ampliar meus conhecimentos nessa área, me aperfeiçoei em Fonoaudiologia Hospitalar, no trabalho com bebês de risco, a partir do qual implantei, posteriormente, o estágio de Fonoaudiologia Hospitalar Neonatal/Pediátrica, no curso de Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás, quando tornei-me docente.

Concluído o aprimoramento ingressei-me na especialização em Motricidade Orofacial e no Mestrado em Biologia, pesquisando a influência da consistência da dieta na histoquímica e morfometria do músculo masseter.

A inquietação em buscar novos conhecimentos na área me conduziu a um novo caminho. A Fonoaudiologia estética da face surge como um novo campo de trabalho da Motricidade Orofacial, sendo regulamentada pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, em abril de 2008. Me aperfeiçoei na área e iniciei um trabalho de intervenção estética facial com um grupo de senhoras da Universidade Aberta à Terceira Idade - UNATI da PUC Goiás, além de atendimentos clínicos no consultório e na Clínica-Escola de Fonoaudiologia da PUC Goiás.

Nessa trajetória deparei-me com o preconceito de colegas em relação ao trabalho com a estética, visto por eles como uma mera busca pela beleza, considerada secundária frente aos demais problemas da área. O que me encantou foi exatamente perceber que os resultados estéticos não eram alcançados de forma isolada, mas em decorrência do equilíbrio miofuncional. Equilíbrio pressupõe saúde, principalmente quando os resultados superam as expectativas dos ganhos físicos, quando passam a envolver aspectos sociais, emocionais, vitalidade, auto-estima.

Nesse sentido percebi a importância de investigar a qualidade de vida relacionada à estética, como indicadora de resultados e condutas sobre essa nova área, numa perspectiva de promoção de saúde. Essa tese analisa a qualidade de vida de mulheres com fotoenvelhecimento facial grau II submetidas à intervenção miofuncional estética.

Cumprido ressaltar que não foram encontrados instrumentos de avaliação de qualidade de vida, traduzidos e validados em português, específicos para a estética facial. Utilizou-se, aqui, o instrumento genérico de qualidade de vida *Medical Outcomes Study 36-item Short Form (SF-36)*.

Esta tese, intitulada “Qualidade de vida de mulheres com fotoenvelhecimento grau II submetidas à intervenção miofuncional estética”, foi construída na modalidade de artigo científico, seguindo as orientações do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás e consta das partes que se seguem:

- a) Introdução, com a abordagem do envelhecimento facial; da busca pela beleza; da intervenção miofuncional estética; da qualidade de vida, instrumentos de avaliação e da sua relação com a estética.
- b) Objetivo geral e objetivos específicos.
- c) Descrição do método utilizado para a realização da análise da qualidade de vida das mulheres atendidas e da intervenção miofuncional estética.
- d) Resultados, apresentados na forma de dois artigos científicos:
 - Artigo 1 - Rejuvenescimento facial por intervenção miofuncional estética – revisão integrativa.
 - Artigo 2 - Qualidade de vida de mulheres com fotoenvelhecimento facial grau II submetidas à intervenção miofuncional estética.
- e) Considerações finais.
- f) Referências.
- g) Anexos.
- h) Apêndices.

2. INTRODUÇÃO

2.1. Envelhecimento facial

Até os 25 anos, aproximadamente, o ser humano é submetido ao processo de desenvolvimento, por meio do qual atinge o ápice de suas funções. Nos anos que se seguem, o processo de desenvolvimento dá lugar a uma série de alterações que têm início em torno dos 25-30 anos e vão acelerando a partir dos 40 anos, caracterizando o processo de envelhecimento (RIBEIRO, 1999).

O envelhecimento anuncia-se, em termos de estética, bem antes da velhice chegar, quando já se assiste às modificações corporais. A velhice não tem idade fixa ou conveniente para começar e cada sujeito inaugura o “tempo de ser velho” (GOLDFARD, 1998).

O envelhecimento pode ser definido como um processo dinâmico e progressivo, envolvendo modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente (PIEROTTI, 2004).

Em relação ao envelhecimento cutâneo pode-se considerar dois tipos, o endógeno e o exógeno. Entende-se por envelhecimento endógeno todas as transformações que induzem o organismo à perda de vitalidade. As alterações são persistentes e sutis, desde o nascimento, podendo ser causadas por queda de níveis hormonais, formação de radicais livres, hereditariedade, envelhecimento do sistema nervoso, diminuição dos telômeros nos cromossomas, arteriosclerose, dentre outros. O envelhecimento exógeno refere-se aos processos externos que podem gerar lesões celulares. Dentre todos os fatores existentes como o tabagismo, a poluição, o vento, as radiações solares, as condições do tempo, o álcool, o que mais afeta a pele é o sol (YAMAGUCHI; SANCHES, 2003).

As modificações da pele que ocorrem pelo envelhecimento intrínseco envolvem ressecamento, flacidez, rugas e o aparecimento de várias neoplasias benignas (YAAR, 2007). As mudanças clínicas resultantes do fotoenvelhecimento, superpostas ao envelhecimento intrínseco, podem abranger rugas, aspereza ao toque, lividez, manchas hiperpigmentadas irregulares, telangiectasia, queratose actínica e neoplasma cutâneo (SANTORO; SILVA; KEDOR-HACKMANN, 2000).

A pele, por ser um tecido frágil e muito exposto, envelhece mais cedo e rapidamente, sobretudo a do rosto (TASCA, 2002).

A face é a parte do corpo que mais evidencia o envelhecimento cutâneo, por nela encontrarem-se muitos músculos com diferentes funções, favorecendo o enrugamento precoce. Além disso, é a região mais exposta do corpo humano, a que mais recebe as agressões do meio ambiente. O envelhecimento facial apresenta-se por volta dos 30 anos, com a queda das sobrancelhas, acentuação dos sulcos nasolabiais, aparecimento de rugas e flacidez de pele (YAMAGUCHI; SANCHES, 2003).

Os maiores responsáveis pelo envelhecimento da face são a gravidade, a maturação dos tecidos moles, o remodelamento esquelético, a atividade muscular facial e o sol (ZIMBLER; KOKOSKA; THOMAS, 2001).

A classificação mais indicada do grau do dano solar ou actínico facial é a proposta por Glogau (TARIKI; YUNAN, 2003).

O fotoenvelhecimento pode classificar o indivíduo em tipo I, cujo fotoenvelhecimento é inicial, sem rugas, com alterações pigmentares leves, ausência de queratoses e lentigos, entre 20 e 30 anos; tipo II, com fotoenvelhecimento de inicial a moderado, com rugas ao movimento, sinais de lentigos senis visíveis, queratoses palpáveis mas não visíveis, entre 30 e 40 anos; tipo III, com fotoenvelhecimento avançado, rugas no repouso, discromias, telangiectasias, queratoses visíveis, acima de 50 anos e tipo IV, cujo fotoenvelhecimento é severo, com rugas generalizadas, coloração da pele amarelo-acinzentada, tendência a neoplasias, 60 anos acima (GLOGAU, 1996).

As rugas são definidas como sulcos ou pregas na pele, seja por diminuição da camada de gordura mais profunda ou pela diminuição do tamanho das células que fazem parte da derme. Dividem-se em primárias,

com marcas leves, superficiais; secundárias, com marcas mais evidentes e profundas e terciárias, decorrentes da hipotonicidade tissular e dos efeitos da gravidade (TASCA, 2002).

Rugas estáticas são conseqüências da fadiga de estruturas que constituem a pele. As dinâmicas ou linhas de expressão surgem como conseqüência de movimentos repetitivos da mímica facial e aparecem com o movimento. As gravitacionais são conseqüentes da flacidez da pele, culminando com a ptose das estruturas da face (GUIRRO; GUIRRO, 2004).

Durante a expressão facial, os músculos agem em diversas combinações, variando a aparência (TASCA, 2002). Cada expressão é resultante da ação de vários músculos, transmitida à pele pelo sistema músculo aponeurótico superficial (SMAS), situado abaixo da hipoderme (TOLEDO, 2006).

Ao contraírem, os músculos movimentam a área da pele à qual estão fixados, produzindo depressões em formas de linhas perpendiculares à direção das fibras dos músculos, podendo transformar-se em rugas com o tempo, mesmo em pessoas jovens, quando em excesso (PIEROTTI, 2004). Inadequações na dinâmica muscular durante a realização das funções de respiração, mastigação, deglutição e fala podem contribuir para o processo de envelhecimento (MANZI; FRAZÃO, 2011). A diminuição da acuidade visual, o excesso de pele na pálpebra superior e a ptose do supercílio resultam na contração exagerada da musculatura do terço superior da face (DE MAIO; MAGRI; BELLO, 2008), de forma a favorecer o surgimento ou agravamento das rugas.

A formação de rugas faciais também pode estar relacionada aos diferentes tipos faciais. Na face curta, cujo terço inferior é reduzido, existe uma maior possibilidade de presença de rugas em região perioral, pela tendência ao apertamento da musculatura facial na fala, nas pausas durante a fala e na deglutição. Já na face longa, o terço inferior é aumentado, havendo menor possibilidade de formação de rugas, porém com maior tendência à flacidez facial. Nos padrões faciais ântero-posteriores que levam em consideração a relação mandíbula, maxila e base do crânio, nos tipos II e III, pelas freqüentes compensações musculares, existe uma maior

possibilidade de formação de rugas e sinais de envelhecimento (MANZI; FRAZÃO, 2011).

Além do envelhecimento cutâneo, observa-se também uma alteração da dimensão vertical da face no processo de envelhecimento (TARIKI; YUNAN, 2003). A partir dos 35 anos, a reabsorção óssea aumenta desencadeando a osteopenia fisiológica (ROSSI, 2008).

O envelhecimento facial também se traduz na perda de massa e força muscular (ROUBENOFF; HUGHES, 2000). A destruição de unidades motoras pode levar à fraqueza muscular. As maiores perdas aparentemente ocorrem nas unidades motoras rápidas, mais suscetíveis ao desuso com o tempo. A diminuição das fibras com o envelhecimento pode ser resultado da morte das células musculares ou da perda de contato com o nervo, sendo as fibras substituídas por gordura ou tecido conjuntivo fibroso. Parece haver uma perda preferencial das fibras musculares tipo II (contração rápida) (ZATSIORSKY; KRAEMER, 2008).

2.2. A busca pela beleza

Beleza não diz respeito às qualidades dos objetos mensuráveis, quantificáveis e normatizáveis. Diz respeito à forma como nos relacionamos com eles. Beleza é relação, entre sujeito e objeto (DUARTE JÚNIOR, 1991).

O sentido de beleza é variável de acordo com etnia, idade, nível social, história, sociedades, culturas e infinitos outros grupos, podendo-se considerar também o âmbito individual (ADAMI et al, 2005).

A busca pela beleza e juventude tem sido uma constante em todas as culturas da história humana. Manter uma boa aparência e não envelhecer são conceitos cultuados desde as mais remotas civilizações e estão cada vez mais valorizados (FRANCO; SCATTONE, 2002).

Buscar uma imagem corporal adequada aos anseios estereotipados do corpo é um fenômeno na sociedade atual. Existe uma grande influência cultural sobre a imagem do corpo, o que pode criar aspectos viesados relacionados ao universo corporal. A imagem corporal está intrinsecamente associada ao conceito de si próprio e é influenciável pelas dinâmicas interações entre o indivíduo e o meio em que vive (ADAMI et al, 2005).

Nossa auto-imagem é formada por três fatores. A imagem objetiva, a que se vê; a imagem idealizada ou a que se deseja ter e a imagem representada pela impressão de terceiros. A procura pela melhora da própria imagem ou manutenção da sua integridade promovem importantes forças de motivação (PITANGUY, 2009).

Observa-se uma enorme pressão social, reforçada pelos meios de comunicação, da imagem ideal de uma pessoa jovem, ativa, atraente. Do ponto de vista psicológico e sociológico, essa pressão é particularmente maior sobre as mulheres. Ressalta-se a importância, para a mulher, da conservação do aspecto jovem o maior tempo possível, na sociedade moderna, no ambiente profissional, social e familiar (TARIKI; YUNAN, 2003).

O envelhecimento traz ansiedade, medo de rejeição, receio de perda da vitalidade. O desejo de melhorar a aparência, se aperfeiçoar com o objetivo de elevar a auto-estima não deve ser condenável. (PITANGUY, 2009).

Rejuvenescer é mascarar a velhice e o processo natural de envelhecimento. O rejuvenescimento corresponde a forma de tratamento para atenuar as alterações do envelhecimento (STUART-HAMILTON, 2002) e a sua procura é um desejo universal (PITANGUY, 2009).

A medicina e a tecnologia vêm desenvolvendo técnicas para o aumento da longevidade, proporcionando maior tempo e melhor qualidade de vida ao ser humano (YAMAGUCHI; SANCHES, 2003). As técnicas de rejuvenescimento se aperfeiçoaram, não apenas pelos avanços tecnológicos, como também pela preocupação da população com a saúde e com a aparência física e em decorrência da maior longevidade (VELASCO et al, 2004)

Os métodos de rejuvenescimento minimizam o impacto do envelhecimento físico em qualquer fase da vida adulta, com tratamentos que visam melhorar os sinais da idade, proporcionando ao indivíduo sentir-se mais belo e jovem. A medicina se dedica a tratar não apenas pessoas enfermas, mas também a cuidar da aparência daquelas que gozam de boa saúde (TEIXEIRA et al, 2007). Para o rejuvenescimento facial existe uma grande variedade de técnicas disponíveis, com o mínimo de efeitos colaterais (YAMAGUCHI; SANCHES, 2003).

Os procedimentos que envolvem o rejuvenescimento facial incluem cirurgias, laser e tratamento clínico. As cirurgias envolvem a ritidoplastia, blefaroplastia, lasers ablativos e transplante capilar. As técnicas de tratamento clínico ou ambulatorial incluem tratamento tópico cutâneo, métodos esfoliativos químicos, toxina botulínica, preenchimentos de tecidos moles, lasers e técnicas de estimulação dérmica (SALLES, 2006).

Técnicas clínicas de rejuvenescimento facial, segundo Ruiz (2006), dividem-se didaticamente em procedimentos tópicos domiciliares, procedimentos de consultório, procedimentos abrasivos, procedimentos estimulantes e procedimentos injetáveis.

Profissionais como ortodontistas, cirurgiões plásticos, dermatologistas, oftalmologistas, esteticistas e outros, desenvolvem métodos preventivos e corretivos que procuram auxiliar o equilíbrio facial na busca de uma face mais bela (FRANCO, 2004).

A Fonoaudiologia estética facial é um campo de atuação da especialidade de Motricidade Orofacial que vem somar às outras abordagens em estética (MANZI; FRAZÃO, 2011).

2.3. Intervenção miofuncional estética

O fonoaudiólogo é o profissional responsável por promoção da saúde, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia, monitoramento e aperfeiçoamento de aspectos fonoaudiológicos envolvidos na função auditiva periférica e central, na função vestibular, na linguagem oral e escrita, na articulação da fala, na voz, na fluência, no sistema miofuncional orofacial e cervical e na deglutição (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2007).

A Motricidade Orofacial é o campo da Fonoaudiologia voltado para o estudo, pesquisa, prevenção, avaliação, diagnóstico, desenvolvimento, habilitação, aperfeiçoamento e reabilitação dos aspectos estruturais e funcionais das regiões orofacial e cervical (COMITÊ DE MOTRICIDADE OROFACIAL, 2004).

No trabalho fonoaudiológico em Motricidade Orofacial observava-se que alterações musculares geravam comprometimentos estéticos e, muitas

vezes, da auto-estima e que o reequilíbrio muscular e funcional promovia a suavização das rugas, dos sulcos e melhora da flacidez, favorecendo a estética da face. A busca por uma ação mais integrada entre o belo e o funcional permitiu que a Fonoaudiologia ampliasse seu enfoque de atuação, antes funcional, agora estético e funcional (PIEROTTI, 2004).

O Conselho Federal de Fonoaudiologia publicou no Diário Oficial da União, de 8 de abril de 2008, a Resolução CFFa nº 352, de 05 de abril de 2008, que dispõe sobre a atuação em Motricidade Orofacial com finalidade estética. A resolução, ao disciplinar a atuação do fonoaudiólogo em Estética, apontou objetivos e cuidados e tornou claros os limites dessa atividade. A atuação em Motricidade Orofacial com finalidade estética visa avaliar, prevenir e equilibrar a musculatura da mímica facial e cervical, buscando a simetria e a harmonia das estruturas envolvidas no movimento, de forma a favorecer a estética (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2008).

O trabalho fonoaudiológico em estética da face é um novo alcance do trabalho miofuncional, com fundamentos e princípios próprios, que se propõe a cuidar das marcas que o tempo imprime à face. (PIEROTTI, 2004).

Para atuar com a Fonoaudiologia Estética é necessário ter conhecimento e experiência em Motricidade Orofacial (FRANCO, 2004). Além dos conhecimentos essenciais para atuar em Motricidade Orofacial são imprescindíveis estudos sobre a anatomia e a fisiologia da pele, o envelhecimento facial, as expressões faciais e noções básicas de cosmetologia e cosmeatria (PIEROTTI, 2004).

A intervenção miofuncional estética tem início com a realização da anamnese para a coleta de dados (FRANCO, 2008), destinada ao histórico do cliente, início da formação do vínculo, além do conhecimento de sua queixa, expectativas e auto-imagem (TASCA, 2002). Durante a conversa com o paciente observam-se suas estruturas e expressões faciais (FRANCO, 2008).

Após a anamnese inicia-se a avaliação física propriamente dita (TOLEDO, 2002). O protocolo de avaliação estética proposto por Pierotti (2004) envolve a observação da postura corporal de frente, costas, perfil e sentado. Na face verifica-se a morfologia, medidas, simetria, tensão

muscular, rugas, funcionalidade de estruturas faciais e bucais (testa, glabella, sobrancelhas, olhos, nariz, bochechas, boca, lábios, mento, mandíbula, língua, amígdalas e dentes). Na pele observa-se o fototipo, fotoenvelhecimento, biotipo cutâneo, cicatrizes e rugas. Quanto as funções são analisadas a respiração, a mastigação, a deglutição, a fala e a voz.

São recomendados o registro fotográfico e a filmagem das pacientes (TASCA, 2002; PIEROTTI, 2004; FRANCO, 2008; FRAZÃO; MANZI, 2010). Sugere-se que a documentação fotográfica seja padronizada, no pré e no pós atendimento, nas posições frente, perfil direito e esquerdo, meio perfil direito e esquerdo, assim como a distância do paciente ao tripé, a luminosidade e a posição da cabeça. Propõe-se a filmagem das funções de mastigação, deglutição e fala (MANZI, FRAZÃO, 2011). Para Tasca (2002), a documentação fonoaudiológica constitui-se um recurso valioso para a avaliação do processo e é fundamental para auxiliar a percepção e a reeducação do indivíduo.

O diagnóstico é responsável pelo planejamento terapêutico a ser percorrido (FRANCO, 2008). Elabora-se um plano terapêutico individual que envolve alongamento, massagens, modificações de postura, reequilíbrio das funções estomatognáticas, eliminação ou diminuição de movimentos compensatórios ou desnecessários, exercícios musculares, respeitando-se a correlação entre os grupos musculares dos terços da face (TASCA, 2002; TOLEDO, 2002; PIEROTTI, 2004; FRANCO, 2004; FRANCO, 2008; FRAZÃO; MANZI, 2010). Outros recursos terapêuticos envolvem a termoterapia e a crioterapia (TASCA, 2002).

Para a Fonoaudiologia estética facial, as massagens referem-se a um conjunto de manobras aplicadas com as mãos, com uma determinada pressão em direção a fibra muscular, para fins de maior propriocepção e equilíbrio muscular. Ativam a circulação sanguínea e linfática, melhoram a propriocepção, a oxigenação muscular e a tonicidade, assim como suavizam as linhas de expressão. Entretanto, não devem ser realizadas em indivíduos com feridas, eczemas, acnes e problemas circulatórios, sem a liberação do profissional competente (TASCA, 2002). As linhas de expressão podem ser massageadas com o objetivo de suavizá-las, usando-se vibradores, massageadores e as mãos (FRANCO; SCATTONE, 2002). As massagens

são ensinadas ao paciente e sugere-se a sua realização diariamente, pela manhã e noite, utilizando-se creme recomendado pela dermatologista, conforme seu tipo de pele (MANZI; FRAZÃO, 2011).

Os alongamentos, realizados sobre as fibras musculares, permitem a recuperação do comprimento do músculo ao ampliar a extensão das suas fibras, de forma a diminuir a contração exagerada (FRANCO; SCATTONE, 2002). As massagens e alongamentos precedem a realização dos exercícios como forma de preparo das fibras musculares para uma contração desejada (FRAZÃO; MANZI, 2010).

Os exercícios miofuncionais aumentam a tensão muscular das estruturas orofaciais e contribuem para a eficiência das funções estomatognáticas (TOLEDO, 2006). Devem ser planejados previamente uma vez que cada indivíduo possui expectativas, necessidades, possibilidades, disponibilidades, compreensão, hábitos, simetria e características musculares próprias (TASCA, 2002).

As funções estomatognáticas tem sido abordadas como um recurso terapêutico na estética facial (FRANCO, 2000; PIEROTTI, 2004; FRANCO, 2004; PAES; TOLEDO; SILVA, 2007; FRAZÃO; MANZI, 2010; MANZI; FRAZÃO, 2011). Segundo Franco (2004), a única exercitação muscular na Fonoaudiologia estética facial é realizada de forma fisiológica, no trabalho com as funções estomatognáticas, de forma a fortalecer a musculatura, diminuir movimentos desnecessários e promover uma reorganização miofuncional.

Para Manzi, Frazão (2011), a respiração oral pode gerar flacidez muscular nas regiões dos olhos, bochechas e lábios. Ao manter a respiração oral na mastigação observa-se a redução do número de ciclos mastigatórios, trituração ineficiente dos alimentos, pouca contração dos músculos envolvidos na mastigação, além de contração perioral na deglutição. Essas alterações podem gerar rugas nas bochechas, diminuição do contorno facial e flacidez na região submandibular. Quanto a mastigação, preconiza-se que seja bilateral alternada, com trituração posterior, de forma a evitar descompensações musculares e assimetrias. O alimento deve ser mastigado de forma suficiente para não gerar a contração desnecessária de músculos não envolvidos na deglutição. A contração perioral na deglutição

pode gerar rugas na região. Dessa forma, o equilíbrio miofuncional é alcançado e resulta na atenuação dos sinais do envelhecimento.

A conscientização de tensões repetidas na face visa a suavização e prevenção das rugas pelo equilíbrio muscular (FRANCO; SCATTONE, 2002; TASCA, 2002; PIEROTTI, 2004; FRANCO, 2004; FRANCO, 2008; FRAZÃO; MANZI, 2010; MANZI; FRAZÃO, 2011). Em substituição ao uso exagerado dos músculos faciais durante a comunicação propõe-se mudanças na entonação vocal, intensidade e projeção da voz. As contrações musculares inadequadas durante as funções de mastigação e deglutição também contribuem para a formação de rugas e sulcos, devendo ser conscientizadas e eliminadas pela realização adequada da função. Realiza-se um trabalho de propriocepção com espelhos e videos (MANZI; FRAZÃO, 2011) e o uso do esparadrapo Transpore também é preconizado como recurso terapêutico para minimizar a contração exagerada dos músculos faciais (FRAZÃO; MANZI, 2010).

O tratamento miofuncional das rugas consiste, fundamentalmente, na conscientização do sujeito sobre o problema identificado no diagnóstico e sobre as mudanças de hábitos que seu tratamento requer, visando sua ativa participação no processo terapêutico. Esses hábitos devem ser incorporados e mantidos pelo sujeito (ULSON, 2002/2003).

Associada a reorganização muscular proposta no trabalho miofuncional estético, a adoção de hábitos saudáveis contribui para o rejuvenescimento e saúde. Manter uma alimentação saudável, praticar esportes, manter a saúde oral, os cuidados com a pele, são algumas medidas que favorecem a manutenção de uma aparência mais jovem, por mais tempo (FRAZÃO; MANZI, 2010; MANZI; FRAZÃO, 2011).

Preconiza-se que o trabalho fonoaudiológico em estética da face ocorra de forma conjunta com outros profissionais, como a Dermatologia, Odontologia, Cirurgia Plástica (FRANCO, 2004; FRAZÃO; MANZI, 2010), a Nutrição, a Endocrinologia (FRAZÃO; MANZI, 2010), a Oftalmologia, as Esteticistas (FRANCO, 2004), a Fisioterapia (TASCA, 2002), cada qual com suas contribuições na busca pelo rejuvenescimento.

Tasca (2002) propõe a realização de 20 sessões, da avaliação inicial a final. Pierotti (2004) sugere 14 sessões incluindo anamnese, avaliação,

devolutiva e terapia. Já Franco (2008) propõe a realização de oito a dez sessões, uma vez por semana.

Os resultados da intervenção miofuncional estética foram organizados no Quadro 01.

Quadro 01 – Distribuição dos resultados da intervenção miofuncional estética na literatura, por autor e ano.

Resultados da intervenção miofuncional estética	Autor/ Ano
Equilíbrio da tensão muscular; suavização das linhas de expressão.	Jardini, 2001; Takacs; Valdrigui; Assencio-Ferreira, 2002; Franco; Scattone, 2002; Tasca, 2002; Pierotti, 2004; Franco, 2004; Toledo, 2006; Paes; Toledo; Silva, 2007; Mattia; Czlusniak; Ricci, 2008; Franco, 2008; Santos; Ferraz, 2010; Frazão; Manzi, 2010; Silva; Vieira; Motta, 2010.
Suavidade na face.	Tasca, 2002; Franco, 2004; Paes; Toledo; Silva, 2007; Franco, 2008; Mattia; Czlusniak; Ricci, 2008.
Conscientização de posturas; conscientização das funções estomatognáticas.	(Pierotti, 2004, Franco, 2004; Franco, 2008; Toledo, 2006; Frazão; Manzi, 2010.
Face descansada; firme; rejuvenescida; harmônica.	Takacs; Valdrigui; Assencio-Ferreira, 2002; Franco; Scattone, 2002; Tasca, 2002; Pierotti, 2004; Franco, 2004; Toledo, 2006; Mattia; Czlusniak; Ricci, 2008; Franco, 2008; Frazão; Manzi, 2010.
Olhar mais aberto.	Franco, 2008; Silva; Vieira; Motta, 2010.
Redução de medidas na face; redução de bolsas na pálpebra inferior.	Takacs; Valdrigui; Assencio-Ferreira, 2002; Frazão; Manzi, 2010.

Melhora na pálpebra superior; melhor definição do contorno facial.	Tasca, 2002; Franco, 2008; Frazão; Manzi, 2010; Silva; Vieira; Motta, 2010.
Redução das olheiras.	Takacs; Valdrigui; Assencio-Ferreira, 2002; Silva; Vieira; Motta, 2010.
Melhora da simetria.	Tasca, 2002; Mattia; Czlusniak; Ricci, 2008; Franco, 2008; Santos; Ferraz, 2010; Frazão; Manzi, 2010.
Relatos de sensação de bem-estar; satisfação com os resultados.	Jardini, 2001; Santos; Ferraz, 2010; Silva; Vieira; Motta, 2010; Frazão; Manzi, 2010.

Desse modo, a Fonoaudiologia encontra-se em uma crescente busca de alternativas para colaborar no equilíbrio miofuncional, ocupando, também, o campo estético. A beleza proporciona o aumento da auto-estima, o que insere a Fonoaudiologia no contexto social, de forma a promover melhora na qualidade de vida do indivíduo (TOLEDO, 2006). A intervenção estética na face beneficia indivíduos preocupados com a qualidade de vida, com a beleza e utiliza-se de métodos naturais, indolores e não invasivos (MANZI, FRAZÃO, 2011).

2.4. Qualidade de vida

O interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe como conseqüência negativa a sua progressiva desumanização. Nesse contexto, a preocupação com o conceito de "*qualidade de vida*" refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (FLECK et al, 1999).

O progresso da medicina promoveu o prolongamento na expectativa de vida. Passou-se, então, a se preocupar em mensurar a forma como as pessoas vivem esses anos a mais. A introdução do conceito de qualidade de

vida como medida de desfecho em saúde surgiu nesse contexto, a partir da década de 1970 (FLECK, 2008).

A qualidade de vida é considerada uma medida de desfecho clínico que prioriza a avaliação do próprio paciente quanto aos efeitos que uma doença ou um tratamento exercem sobre sua vida, seu nível de satisfação e bem-estar (DUARTE; CICONELLI, 2006).

Definir a qualidade de vida ou os seus conceitos mais próximos, como felicidade e bem-estar, é uma preocupação antiga (ARISTÓTELES, 2003). Apesar de haver um consenso sobre a importância de avaliar a qualidade de vida, seu conceito ainda é um campo de debate (FLECK, 2008).

Nesse contexto, o Grupo WHOQOL definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação as suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995).

A qualidade de vida também é definida segundo sua área de aplicação, englobando duas tendências. A qualidade de vida como conceito genérico, que enfatiza de forma ampla os estudos sociológicos, e a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) que considera também aspectos relacionados às enfermidades, às disfunções e às necessárias intervenções terapêuticas em saúde. (DINIZ, 2006). O termo QVRS é um subconjunto do termo mais amplo qualidade de vida e recebe essa especificação por incluir os domínios físico, psicológico e social relacionados à saúde. O termo qualidade de vida não inclui somente o conceito de saúde, mas abrange outros aspectos importantes como rendimentos, liberdade, ambiente, aspectos espirituais, entre outros (DUARTE; CICONELLI, 2006).

Os vários significados atribuídos à qualidade de vida estão de acordo com as perspectivas econômica, demográfica, antropológica, bioética e, mais recentemente, ambiental e de saúde pública (BELASCO; SESSO, 2006).

Não existe um consenso amplamente adotado de qualidade de vida, já que o termo é usado em diferenciados contextos. Há uma considerável concordância de que o construto é mais abrangente que o estado de saúde, sendo esta somente um domínio (PATRICK, 2008).

No âmbito da saúde, a qualidade de vida apóia-se na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000), com ações direcionadas à melhora da saúde e bem-estar geral (ANDRADE, 1996).

O conceito de qualidade de vida tem suscitado a realização de pesquisas, sendo crescente a sua utilização nas práticas dos serviços de saúde por equipes que atuam junto à indivíduos acometidos por enfermidades diversas (SEIDL; ZANNON, 2004).

Mesmo que questões conceituais e psicométricas importantes ainda não tenham sido resolvidas, o crescimento da produção científica sobre qualidade de vida revela o interesse pela pesquisa na área (FLECK, 2008).

2.4.1. Instrumentos de avaliação

Os questionários para medida da QVRS têm sido utilizados nas investigações clínicas, tanto para a descrição de grupos de pacientes, como para a obtenção do resultado da avaliação da efetividade das intervenções na área da saúde (DEFRIESE, 1990).

O objetivo de um instrumento de avaliação é medir as mudanças ocorridas ao longo do tempo na qualidade de vida de um indivíduo ou de uma população. Tem como utilidade quantificar os benefícios de um tratamento ou de uma determinada intervenção (DUARTE; CICONELLI, 2006).

A escolha do instrumento de qualidade de vida deve ser baseada no propósito do estudo. É importante garantir que o instrumento contenha domínios necessários a ser medidos na população em questão (DUARTE; CICONELLI, 2006).

Quando um instrumento inclui grande parte das dimensões que compõem a qualidade de vida, ele é chamado de genérico, cuja característica permite avaliar a população em geral. À medida que se concentra em um aspecto particular, é chamado específico (BELASCO; SESSO, 2006).

Os instrumentos genéricos comumente utilizados na avaliação de perfis de saúde são o *Sickness Impact Profile* (SIP), o *Nottingham Health*

Profile (NHP), *McMaster Health Index Questionnaire* (MHIQ), *Rand Health Insurance Study* (Rand HIS) (CICONELLI, 1997). Outros instrumentos genéricos são *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref), *Medical Outcomes Study 36-item Short Form* (SF-36), *Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life* (SEIQOL) e *Patient Generated Index* (PGI) (BLAY; MERLIN, 2006).

A percepção individual do estado de saúde é avaliada em grandes domínios ou dimensões da vida, sendo estes domínios conjuntos de questões agrupadas nos instrumentos de avaliação e que se referem a uma determinada área do comportamento ou da condição humana, como o domínio psicológico, econômico, espiritual, social, físico, dentre outros (CAMPOLINA; CICONELLI, 2006).

O *Medical Outcomes Study 36-item Short Form* (SF-36) foi criado com a finalidade de ser um questionário genérico de avaliação de saúde, de fácil administração e compreensão, porém, sem ser tão extenso quanto os anteriores. Foi derivado inicialmente de um questionário de avaliação de saúde formado por 149 itens (*The Medical Outcomes Study – MOS*). Pode ser utilizado em indivíduos acima de 14 anos e é auto-administrável (WARE; SHERBOURNE, 1992).

Devido às suas características e ao crescente interesse de sua utilização em ensaios clínicos, iniciou-se um projeto de validação internacional desse questionário para que, após sua tradução e validação, o mesmo pudesse ser utilizado em outros idiomas, em amplo espectro de ensaios clínicos internacionais e multicêntricos. Este projeto denominado IQOLA (*International Quality of Life Assesment Project*) conta com a participação de pesquisadores em qualidade de vida e é responsável pela coordenação da tradução e validação do SF-36 em diversos países (WARE; GANDEK, 1998).

Esse instrumento foi traduzido e validado para a população brasileira, em um estudo com 50 pacientes com artrite reumatóide, demonstrando ser reprodutível e válido na avaliação da qualidade de vida (CICONELLI, 1999).

O SF-36 corresponde a um instrumento multidimensional que avalia 08 conceitos de saúde, sendo estas limitações nas atividades físicas devido à problemas de saúde; limitações nas atividades sociais devido à problemas

físicos e emocionais; limitações nas atividades diárias devido à problemas na saúde física; dor; saúde mental geral (alterações psicológicas e bem-estar); limitações nas atividades diárias devido à problemas emocionais; vitalidade (energia e fadiga); e percepção da saúde geral (WARE; SHERBOURNE, 1992).

Sucinto, porém abrangente, o SF-36 é um instrumento de fácil compreensão e aplicação, composto por 11 questões, com 36 itens englobados em oito domínios que avaliam capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens). Os domínios, por sua vez, integram 02 componentes, saúde física (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde) e saúde mental (vitalidade, aspectos sociais, aspecto emocional, saúde mental) (WARE, 2000). (Figura 01).

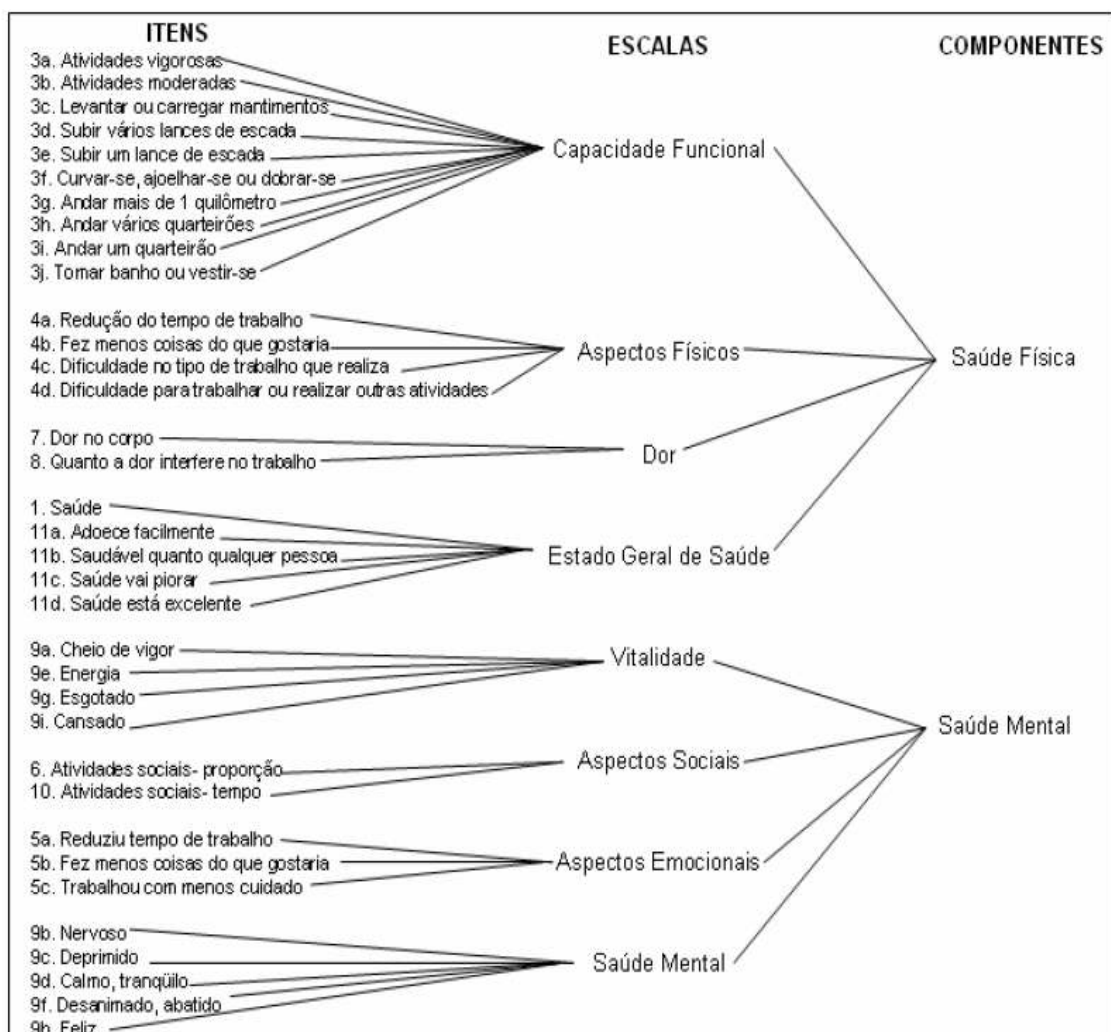


Figura 01 – Modelo do SF-36 (WARE, 2000)

Para o cálculo do domínio, cada item é recodificado e pontuado separadamente e, em seguida, os itens são agrupados em seus respectivos domínios. Os domínios são apresentados em escores que variam de 0 a 100, no qual 0 corresponde ao pior estado de saúde e 100 ao melhor estado de saúde, não existindo um único valor que englobe todos os domínios (WARE; SHERBOURNE, 1992).

2.5. Qualidade de vida e estética facial

A busca pela saúde e por um corpo perfeito, que não se desgaste e nem envelheça com o passar dos anos, constitui uma preocupação freqüente. As pessoas, de um modo geral, não querem ver seu corpo envelhecer e nem perder a beleza da juventude. É imperativo não adoecer, não envelhecer, numa sociedade em que o corpo jovem e perfeito é sinônimo de felicidade e plenitude (DELALIBERA, 2005).

O rosto é representativo de um corpo que intermedia a realidade do mundo e a realidade imaginária (DELALIBERA, 2005). O primeiro olhar do outro direciona-se para o rosto (WOLF, 1998) e a sua beleza está sempre associada à juventude (MAGRINI, 2006).

A boa aparência é um facilitador para as trocas sociais. O indivíduo avalia-se segundo a apreciação do outro e depende da aceitação social (WOLF, 1998).

O aspecto estético não pode ser relegado a um plano secundário no processo terapêutico porque, além de ser uma necessidade humana, visto que desde a Pré-História o homem vem desenvolvendo seu potencial estético, é fator de bem-estar psicossocial (CARDOSO, 1990).

A reparação estética favorece a melhora dos aspectos psicossociais, indo além de uma intervenção técnica ao possibilitar uma vida com melhor qualidade. O reconhecimento dos aspectos psicossociais como indicadores de promoção de saúde é também o reconhecimento de que a biotecnologia não pode ser um fim em si mesma (NICODEMO, 2005).

A estética do corpo não pode ser medida pelos critérios clássicos de avaliação científica, pois o conceito do belo é subjetivo, sujeito a variações individuais (FERREIRA, 2000).

No entanto, a utilização de instrumentos validados de qualidade de vida permite mensurar as impressões dos pacientes sobre os resultados estéticos, de forma a favorecer uma avaliação mais segura sobre a intervenção (RHEE; MCMULLIN, 2008). Instrumentos que avaliem a qualidade de vida podem fornecer tanto dados descritivos de uma população ou indivíduo quanto dados sobre os benefícios de uma intervenção (DEFRIESE, 1990; DUARTE; CICONELLI, 2006). Os domínios físicos, sociais, emocionais, dentre outros, são avaliados no contexto do próprio sujeito (CAMPOLINA; CICONELLI, 2006). A qualidade de vida associada à estética atinge as esferas física, psíquica e social (MAGRINI, 2006).

Na busca por pesquisas que avaliassem a qualidade de vida relacionada à intervenção miofuncional estética, não se encontrou artigos. Ao relacionar a qualidade de vida com a estética facial foram encontrados estudos referentes, principalmente, à cirurgia plástica estética e reconstrutiva e a tratamentos odontológicos. Poucos estudos utilizaram instrumentos de avaliação de qualidade de vida validados e traduzidos para a língua portuguesa. Observou-se, de um modo geral, a utilização de testes psicológicos, questionários de relatos de satisfação de pacientes ou instrumentos de qualidade de vida específicos à intervenção. Foi encontrado apenas um trabalho que utilizasse o instrumento de qualidade de vida SF-36 relacionado à estética facial, em uma tese envolvendo cirurgia ortognática.

Nicodemo (2005) avaliou a auto-estima, a depressão e a qualidade de vida de 29 pacientes, de ambos os sexos, entre 17 e 46 anos, submetidos a cirurgia ortognática, apresentando má-oclusão classe III de Angle. Considerando a influência dos aspectos psicossociais no tratamento das deformidades dentofaciais, utilizou-se a Escala de Auto-Estima ROSENBERG, Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20) e o SF-36 como instrumentos de avaliação, aplicados 30 dias antes da cirurgia e 6 meses após a intervenção. Nos resultados encontrou-se melhora nos domínios referentes aos aspectos físicos, sociais e emocionais da qualidade de vida, após a cirurgia ortognática. Pacientes do sexo feminino melhoraram a auto-estima e diminuíram os sintomas depressivos. Embora esse estudo tenha sido realizado com pacientes submetidos à cirurgia ortognática, vale

ressaltar a importância conferida pelo autor à melhora estética da face, que ultrapassa as modificações físicas, ao possibilitar melhor qualidade de vida.

Rhee, McMullin (2008) realizaram um estudo sobre os métodos de avaliação de resultados da cirurgia plástica facial, dividindo-os em relatos de pacientes e medidas de eficácia clínica. Consideraram que a avaliação desses resultados é complexa, tendo em vista a natureza subjetiva da estética e a dificuldade de quantificação segura dos relatos. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida, específicos ou mais globais, tornaram-se padrão ouro para os relatos de pacientes sobre os resultados da cirurgia plástica facial, substituindo os modelos mais simplistas de questionários de satisfação. Os autores levantaram 22 instrumentos de qualidade de vida relacionados à cirurgia plástica, sendo a maioria validados, sem a referência de tradução para o português.

O campo de pesquisa em qualidade de vida é crescente, em uma época de busca por um novo modelo de atenção à saúde, holístico, que visa a compreensão do paciente em seus aspectos físicos, sociais, emocionais, materiais e espirituais, considerando a multidimensionalidade da qualidade de vida. São escassos os estudos que utilizam instrumentos de qualidade de vida, validados e traduzidos para o português, envolvendo a estética facial, talvez pelo preconceito ainda observado no campo da estética, nem sempre visto como uma questão de saúde, mas como uma busca pela beleza por si mesma, desconsiderando o contexto no qual está inserida.

Na busca pelo equilíbrio e harmonia muscular e funcional, a intervenção miofuncional estética promove melhores condições de saúde ao indivíduo, ao levar em consideração aspectos estéticos, funcionais, emocionais e sociais. Além dos ganhos físicos, esse trabalho favorece a melhora do bem-estar, da vitalidade, da auto-estima, comprometidas no envelhecimento.

Dados sobre a qualidade de vida de sujeitos submetidos à intervenção miofuncional estética podem fornecer importantes indicativos sobre esse novo trabalho, ao possibilitar a análise das suas técnicas e resultados na perspectiva do sujeito, de forma a nortear ações pautadas na compreensão e valorização do indivíduo.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida de mulheres com fotoenvelhecimento facial grau II, submetidas à terapia miofuncional estética, comparando-se os períodos pré e pós intervenção.

3.2. Objetivos Específicos

- Efetuar uma revisão integrativa da literatura sobre rejuvenescimento facial decorrente da intervenção miofuncional estética.
- Identificar e analisar as publicações referentes à qualidade de vida de pacientes submetidos à intervenção miofuncional estética.
- Comparar a qualidade de vida das mulheres com fotoenvelhecimento facial grau II, na pré e na pós intervenção miofuncional estética.

4. MÉTODO(S)

4.1. Tipo e local do estudo

Trata-se de um ensaio clínico, experimental, auto-controlado, realizado no Serviço de Dermatologia Dr. Aíçar Chaul do Hospital das Clínicas – HC, na Universidade Federal de Goiás - UFG, Goiânia – GO, Brasil.

4.2. Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do HC/UFG, sob nº 091/2009 (Anexo D), atendendo às recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

4.3. Participantes

Fizeram parte do estudo mulheres que freqüentavam o Serviço de Dermatologia Dr. Aíçar Chaul do HC/UFG. Para a determinação do tamanho da amostra utilizou-se os valores observados no trabalho de Nicodemo (2005), com 5% de significância, poder de teste de 80%, margem de erro de 6%, chegando-se a uma amostra de trinta e nove pessoas. Considerando-se as desistências, ampliou-se a amostra para sessenta sujeitos.

4.4. Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas mulheres com idade entre 30 e 45 anos, que freqüentavam o Serviço de Dermatologia Dr. Aíçar Chaul do HC/UFG, classificadas em tipo II segundo o grau do fotoenvelhecimento (GLOGAU, 1996) e que se dispuseram a participar desse estudo com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Excluiu-se mulheres com alterações anatomofisiológicas, acnes, feridas ou eczemas na face ou que declarassem intenção de submeterem-se a massagens faciais, tratamentos estéticos dermatológicos, cirurgia plástica ou qualquer outro tratamento estético facial concomitante ao trabalho fonoaudiológico.

Durante os meses de fevereiro e março de 2010 foram incluídos os primeiros trinta sujeitos e nos meses de junho e julho de 2010, os outros trinta.

4.5. Instrumentos

Os instrumentos utilizados no estudo foram o questionário Medical Outcomes Studies 36 – item Short-Form (SF-36) (Anexo A) para a avaliação da qualidade de vida; um questionário sócio-demográfico (Apêndice B), baseado no sugerido na Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida – WHOQOL (OMS, 1998); o protocolo de anamnese (Anexo B) do Programa de Aprimoramento Muscular em Fonoaudiologia Estética Facial – PAMFEF (TASCA, 2002), o protocolo de avaliação estética (Anexo C) proposto por Pierotti (2004) e o protocolo de documentação fotográfica (Apêndice C), sendo os três últimos utilizados para a avaliação fonoaudiológica.

O Medical Outcomes Studies 36 – item Short-Form (SF-36) (Anexo A) corresponde a um questionário genérico de avaliação de qualidade de vida, sucinto, abrangente, de fácil compreensão e aplicação. Foi traduzido e validado para a população brasileira, em um estudo com 50 pacientes com artrite reumatóide (CICONELLI et al, 1999). É composto por 11 questões, com 36 itens englobados em oito domínios que avaliam capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens). Por sua vez, os domínios integram dois componentes, sendo saúde física e saúde mental. Os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde fazem parte do componente saúde física. Já os domínios vitalidade, aspectos sociais, aspecto emocional e saúde mental correspondem ao componente saúde mental (WARE, 2000). Os domínios são apresentados

em escores que variam de 0 a 100, no qual 0 corresponde ao pior estado de saúde e 100 ao melhor estado de saúde, não existindo um único valor que englobe todos os domínios.

O protocolo de anamnese (Anexo B) do Programa de Aprimoramento Muscular em Fonoaudiologia Estética Facial – PAMFEF (TASCA, 2002) envolveu questões sobre os dados pessoais, dados médicos, hábitos viciosos e posturais, alimentação, sono, prática de esportes, exposição solar, rotina, expressão facial, tensão, tratamentos estéticos e padrão de beleza.

A avaliação estética (Anexo C) proposta por Pierotti (2004) englobou uma análise corporal, orofacial (testa, glabella, sobrancelhas, olhos, nariz, bochechas, boca, lábios, mento, mandíbula, língua, amígdalas, dentes), da pele (fototipo, Glogau, biótipo cutâneo, cicatrizes, rugas) e das funções estomatognáticas (respiração, mastigação, deglutição, fonação e articulação).

Para a documentação fonoaudiológica com registro fotográfico não foi encontrado um protocolo padronizado publicado. Elaborou-se, portanto, um protocolo de documentação fotográfica (Apêndice C) para esse estudo. Realizou-se um registro de fotos no enquadramento de cabeça, pescoço e colo, em cinco posições (frente, perfil direito e esquerdo, meio perfil direito e esquerdo). Foi padronizado o local da sala onde a paciente foi fotografada, assim como a distância do indivíduo ao tripé da câmera fotográfica para que as fotos fossem comparadas na pré e na pós intervenção. A altura do olhar foi estabelecida a partir de um ponto fixo nas paredes da sala, feitos a 10 cm abaixo da estatura da paciente e a posição da cabeça pelo traçado de uma linha imaginária do *tragus* ao *nasio*. As fotografias (Apêndice D) foram realizadas com câmera digital SONY DSC-S650. A paciente foi convidada a ler e assinar, caso concordasse, uma autorização da sua documentação fotográfica (Apêndice E).

4.6. Seleção dos sujeitos

Compuseram a 1ª amostra as primeiras trinta mulheres que preencheram os critérios pré-estabelecidos durante os meses de fevereiro e março de 2010 e a 2ª amostra as outras primeiras trinta mulheres triadas em junho e julho de 2010.

Os prontuários das pacientes que procuravam o Serviço de Dermatologia Dr. Aiçar Chaul do HC/UFG foram analisados segundo os critérios estabelecidos nessa pesquisa. Àquelas que se enquadrassem nos critérios eram esclarecidas sobre os dados do estudo e convidadas a participar da pesquisa, caso cumprissem os critérios de inclusão e exclusão a serem analisados durante a triagem.

As residentes em Dermatologia do Serviço de Dermatologia Dr. Aiçar Chaul do HC/UFG participaram da triagem realizando a classificação do fotoenvelhecimento facial (GLOGAU, 1996), a avaliação da presença de feridas, acnes ou eczemas na face e o levantamento de tratamento estético dermatológico concomitante, sendo estes, critérios de inclusão e exclusão.

No decorrer da triagem fonoaudiológica foi analisada a possibilidade de existência de alterações anatomofisiológicas na face e perguntou-se sobre a intenção em realizar tratamentos estéticos faciais concomitantes à intervenção fonoaudiológica. Explicou-se os objetivos, a natureza, os procedimentos, as limitações dos resultados, os processos de alta e desligamento da intervenção miofuncional estética e os prováveis riscos e benefícios do trabalho a ser realizado, convidando a paciente a participar do estudo, caso se enquadrasse nos critérios estabelecidos.

4.7. Procedimentos

A triagem das pacientes, a anamnese, a avaliação e a intervenção terapêutica foram realizadas no Serviço de Dermatologia Dr. Aiçar Chaul, do HC/UFG, em consultórios pré-estabelecidos. A aplicação do instrumento SF-36 (Anexo A) e a documentação fonoaudiológica dos sujeitos foram realizadas na Clínica-Escola de Fonoaudiologia da PUC Goiás.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi lido pela pesquisadora junto com a paciente e assinado por ela. Em seguida, aplicou-se o questionário sócio-demográfico (Apêndice B). Os indivíduos selecionados foram agendados para a coleta inicial dos dados.

O período de intervenção fonoaudiológica foi de 17 semanas, totalizando 17 encontros, uma vez por semana, contados da coleta inicial dos dados à alta.

4.7.1. Coleta inicial dos dados

Em abril de 2010 iniciou-se a coleta de dados da 1ª amostra selecionada de 30 sujeitos e a 2ª amostra teve início em agosto de 2010, respeitando-se as mesmas etapas em ambas. A coleta inicial dos dados teve a duração de 04 semanas, totalizando 04 encontros.

No primeiro encontro, o instrumento SF-36 (Anexo A) foi aplicado individualmente, por meio de entrevista, por uma estagiária do 7º período do curso de Fonoaudiologia da PUC Goiás, treinada previamente pela pesquisadora, levando-se, em média, 15 minutos para sua aplicação. Ao término do questionário, a paciente foi submetida à documentação fotográfica (Apêndice C), realizada pela pesquisadora com o auxílio de 05 estagiárias do 7º período do curso de Fonoaudiologia da PUC Goiás, levando-se cerca de 20 minutos. As mulheres foram pesadas em uma balança digital Vieco BR 9002, após o registro fotográfico, uma vez que mudanças no peso corporal podem gerar modificações faciais, de forma a interferir nos resultados da intervenção miofuncional estética.

Do segundo encontro em diante, os sujeitos foram avaliados individualmente por uma dupla de estagiárias, totalizando três duplas, cada qual em um ambulatório específico do Serviço de Dermatologia Dr. Aiçar Chaul do HC/UFG, responsável por dez sujeitos. A pesquisadora participou de todos os encontros enquanto supervisora dos casos.

No segundo encontro aplicou-se o protocolo de anamnese (Anexo B) e no terceiro e quarto encontros foi aplicado o protocolo de avaliação (Anexo C), com a duração de 30 minutos cada.

4.7.2. Intervenção miofuncional estética

A partir da coleta de dados estabeleceu-se o planejamento terapêutico individual para o início das sessões fonoaudiológicas. Foram definidas as regiões a serem trabalhadas (tonificadas ou relaxadas), as funções a serem adequadas, as mímicas e outros hábitos a serem conscientizados, assim como a seleção dos exercícios para execução e as orientações fornecidas.

Foram atendidas trinta mulheres em cada amostra, agendadas durante dez semanas, totalizando trinta pacientes por semana. Cada atendimento teve a duração de 50 minutos, realizado uma vez por semana. Os atendimentos ocorreram pelas três duplas de estagiárias descritas na etapa anterior, com a participação da pesquisadora em todos os encontros.

As terapias envolveram alongamento facial, massagens, realização de exercícios isométricos e das funções estomatognáticas de mastigação, deglutição e/ou fala, além do trabalho de conscientização das mímicas repetitivas e orientação quanto a importância do uso do fotoprotetor, do óculos de sol, da ingestão de água, de uma alimentação saudável, da qualidade do sono e da prática de esportes. O planejamento terapêutico foi específico para cada hemiface e seus terços (superior, médio e inferior).

O alongamento facial foi realizado na direção das fibras musculares, previamente aos exercícios. Nas regiões onde havia tensão muscular aumentada, repetia-se o alongamento por mais vezes, associados a movimentos prévios de soltura muscular, conforme a necessidade.

As massagens envolveram movimentos de deslizamento, com toques rápidos e de pressão moderada, sempre no sentido de inferior para superior e do centro para as extremidades. Foram propostos exercícios isométricos para a região das sobrancelhas, dos olhos, das bochechas, dos lábios e para a região submandibular (Apêndice F). De um modo geral, foram selecionados exercícios que não acentuassem nem promovessem sinais de envelhecimento.

As funções estomatognáticas de mastigação e deglutição de sólido foram realizadas com pão de queijo e a deglutição de líquido com água. Em casa, a mastigação e a deglutição eram realizadas durante as refeições. Trabalhou-se com a fala espontânea durante os diálogos.

Propôs-se a conscientização das funções, assim como das mímicas repetitivas, por meio de um trabalho de reconhecimento de tensões e de alterações funcionais, envolvendo relatos das pacientes sobre suas percepções. Foi utilizado, inicialmente, o espelho para que a paciente visualizasse possíveis movimentos compensatórios, mímicas excessivas ou inadequações na realização das funções estomatognáticas. Em um segundo momento, o espelho foi retirado e utilizou-se o esparadrapo Transpore, fita

hipoalergênica transparente, como recurso terapêutico no trabalho de controle da mímica facial, colocado no sentido das fibras musculares que apresentavam contração excessiva, limitando o movimento. Por volta da 4ª sessão retirou-se o Transpore e as pacientes foram orientadas a controlar as mímicas faciais apenas pela percepção do movimento e a relatar tensões sempre que observadas. Foram fornecidas, durante todo o processo terapêutico, informações sobre a realização adequada das funções estomatognáticas e a sua importância, direcionando as possibilidades de modificação durante a sua realização.

Em cada dupla de estagiárias, a integrante 1 realizava a etapa inicial da terapia, cuja duração era de 25 minutos, envolvendo o alongamento e as massagens, com a paciente deitada na maca, assim como orientava sobre as massagens e alongamentos a serem realizados em casa, diariamente. A integrante 2 assumia a etapa seguinte, também com a duração de 25 minutos, acompanhando a paciente na realização dos exercícios e das funções estomatognáticas (mastigação, deglutição e/ou fala), no trabalho de conscientização, assim como na explicação dos exercícios e orientações a serem seguidos em casa, diariamente. Foi considerado critério de desligamento a constatação de três faltas nas sessões de terapia fonoaudiológica.

4.7.3. Coleta final dos dados e alta fonoaudiológica

Foram reaplicados o instrumento SF-36 (Anexo A) e a documentação fonoaudiológica (Apêndice C), no primeiro encontro da coleta final dos dados. As fotos (Apêndice D) foram utilizadas para comparação dos resultados do tratamento, complementando a análise da avaliação clínica fonoaudiológica final. As pacientes foram pesadas, utilizando-se a mesma balança da coleta inicial dos dados, para fins comparativos do peso nos períodos pré e pós intervenção miofuncional estética.

No segundo e terceiro encontros reaplicou-se o protocolo de avaliação (Anexo C), para posterior análise comparativa da pré e pós intervenção miofuncional. As pacientes receberam alta fonoaudiológica, sendo informadas a seguirem as orientações que se fizessem necessárias e a retornar para a devolução dos resultados, após contato prévio.

A coleta final dos dados teve a duração de três semanas e foi realizada pelas mesmas estagiárias do início da pesquisa.

4.7.4. Devolução dos resultados

Após 03 meses, as pacientes foram contactadas para a devolução individual dos resultados encontrados. Foi-lhes entregue um CD personalizado com as fotos do pré e do pós tratamento.

4.8. Análise estatística

Para a análise dos dados foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) do Windows (versão 18.0). Na comparação dos resultados dos domínios do SF-36, inicial e final, foi realizado o teste T Pareado, sendo o mesmo utilizado na análise do peso das mulheres, inicial e final. Para a correlação entre os domínios do SF-36 utilizou-se o teste Pearson e na verificação da confiabilidade das respostas do instrumento, o α de Cronbach. Nos resultados fonoaudiológicos utilizou-se o Teste McNemar e uma análise descritiva. Os dados sócio-demográficos foram analisados de forma descritiva.

Os resultados foram apresentados em forma de tabela e em todas as análises utilizou-se nível de significância de 5%.

5. PUBLICAÇÕES

Artigo 1 – Rejuvenescimento facial por intervenção miofuncional estética – revisão integrativa

Autores: Cejana Baiocchi Souza, Jackeline Gomes Guerra, Maria Alves Barbosa, Celmo Celeno Porto.

Periódico: Revista Medicina Cutânea Ibero-Latino-Americana

Situação: Submetido para publicação.

Normas do periódico (Anexo F).

Artigo 2 – Quality of life in women with facial photoaging level II submitted to aesthetics myofunctional intervention

Autores: Cejana Baiocchi Souza, Jackeline Gomes Guerra, Maria Alves Barbosa, Celmo Celeno Porto.

Periódico: Quality of Life Research

Situação: a ser submetido para publicação.

Normas do periódico (Anexo G).

5.1. Artigo 1

Rejuvenescimento facial por intervenção miofuncional estética – revisão integrativa *

Facial rejuvenation by aesthetics myofunctional intervention – an integrative review

Cejana Baiocchi Souza¹, Jackeline Gomes Guerra², Maria Alves Barbosa³
Celmo Celeno Porto⁴

¹Departamento de Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Brasil.

² Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás - Brasil.

³Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – Brasil.

⁴ Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – Brasil.

Correspondência:

Cejana Baiocchi Souza¹

Rua 09, nº 545, apto 201,
Ed.Cap Ferrat, Setor Oeste.

CEP: 74.110-100

Goiânia/Goiás. Brasil.

(62) 81294646; (62) 39461175

e-mail: cejana_f@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: as técnicas de rejuvenescimento facial tem se aperfeiçoado na busca pela saúde e melhora da aparência física. A intervenção miofuncional estética, um novo campo de atuação da Motricidade Orofacial, promove o rejuvenescimento com a suavização das rugas, sulcos e o equilíbrio da tensão muscular da face. Esse estudo propôs analisar o rejuvenescimento facial decorrente da intervenção miofuncional estética.

MATERIAL E MÉTODOS: trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no United States National Library of Medicine (PubMed) e no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com publicações

datadas entre 2001 e 2011. Foram encontrados 18 artigos, dos quais 06 atenderam aos critérios estabelecidos. Os dados coletados foram apresentados de forma descritiva. **RESULTADOS:** O rejuvenescimento facial foi representado por relatos de equilíbrio muscular e funcional, suavização das linhas de expressão, face descansada e harmônica, olhos mais abertos, redução de bolsas palpebrais e de medidas faciais, melhora do contorno facial e redução das olheiras, após a intervenção miofuncional estética. Houve a participação de profissionais e de pacientes na avaliação dos resultados da intervenção. **CONCLUSÃO:** Poucas são as publicações na área e apresentam, em comum, resultados que favorecem o rejuvenescimento facial e a participação dos pacientes e dos profissionais na avaliação dos resultados da intervenção. Pesquisas adicionais são necessárias para o aprofundamento do tema, de forma a contribuir para o conhecimento das suas técnicas, qualificar o serviço prestado e nortear condutas terapêuticas.

Descritores: Fonoaudiologia, estética, face, terapia miofuncional.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Facial rejuvenation techniques have been perfected in the quest for improved health and physical appearance. The esthetics myofunctional intervention, a new field of actuation of Orofacial Motricity, promotes rejuvenation with the smoothing of wrinkles, furrows and balance of muscle tension of the face. This study proposes to analyze the facial rejuvenation resulting of esthetics myofunctional intervention. **MATERIALS AND METHODS:** This is an integrative literature review conducted in the Virtual Health Library (VHL), the United States National Library of Medicine (PubMed) and the Periodical Portal of the Coordination of Improvement of Higher Education Personnel (CAPES), with publications dating between 2001 and 2011. Were found 18 articles, 06 of them attended the established criteria. The collected data were presented descriptively. **RESULTS:** There are few publications in the area and are characterized by studies with methodological shortcomings. Present, in common, results that favor the facial rejuvenation and participation of subjects and professionals in

evaluating of the results. **CONCLUSION:** Facial rejuvenation, represented by the muscular balance, smoothing out fine lines, restful and harmonious face, eyes more open, lower eyelid bags, improved facial contour and reduce dark circles, was noted by all patients and professional studies after esthetics myofunctional intervention. Additional research, using appropriate methodologies, are necessary for deepening the theme, in order to contribute to the knowledge of his techniques, describe the service and guide therapeutic procedures.

Descriptors: Speech, Language and Hearing Sciences; Esthetics; Face; Myofunctional Therapy.

INTRODUÇÃO

Os sinais do envelhecimento apresentam-se precocemente na face, podendo os primeiros surgirem por volta dos 30 anos¹. O envelhecimento facial cutâneo é mais evidente, uma vez que a face recebe mais agressões do ambiente, além de nela encontrar-se muitos músculos que, por suas diferentes funções, favorecem o enrugamento precoce².

O tono muscular facial pode ser alterado em razão do processo de envelhecimento³ que envolve uma perda de massa e força muscular com a idade⁴. Observa-se, também, a alteração da dimensão vertical da face⁵. A partir dos 35 anos, a reabsorção óssea aumenta desencadeando a osteopenia fisiológica⁶. Além de mudanças físicas são observadas alterações psicossociais, como sentimentos de baixa auto-estima, desequilíbrios psicológicos⁷, ansiedade, medo de rejeição, receio de perda da vitalidade⁸.

Manter uma boa aparência e não envelhecer são conceitos cultuados desde as mais remotas civilizações e estão cada vez mais valorizados⁹. O rejuvenescimento corresponde ao tratamento para atenuar as alterações do

envelhecimento¹⁰. Suas técnicas tem se aperfeiçoado não apenas pelos avanços tecnológicos, mas também pela preocupação da população com a saúde e com a aparência física¹¹.

O trabalho fonoaudiológico em estética da face é um novo alcance da Motricidade Orofacial, com princípios próprios¹², que promove o rejuvenescimento e a harmonia facial¹³. Segundo o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), por meio da Resolução CFFa nº 352, 5 de abril de 2008, a atuação em Motricidade Orofacial com finalidade estética visa avaliar, prevenir e equilibrar a musculatura da mímica facial e/ou cervical, buscando a simetria e a harmonia das estruturas envolvidas no movimento e na expressão, com resultados estéticos¹⁴.

Com o reequilíbrio da musculatura e a reeducação das funções orofaciais observa-se a suavização das rugas, dos sulcos e a melhora da flacidez¹, contribuindo para uma face mais jovem e bonita. A beleza promove o aumento da auto-estima do sujeito, melhora a sua qualidade de vida e insere a Fonoaudiologia no contexto social¹⁵.

A Fonoaudiologia estética da face corresponde a uma nova área de intervenção no rejuvenescimento facial, ao promover a prevenção e a atenuação dos sinais do envelhecimento, de forma natural, não invasiva e que alia ganhos estéticos aos funcionais. Perpassa a valorização da estética, favorecendo melhores condições de saúde ao indivíduo.

A procura por seu atendimento é crescente¹ e o número de publicações reduzido, contendo, na sua maioria, uma descrição genérica dos objetivos e dos diversos recursos técnicos utilizados¹⁶.

Nesse contexto, investigar o rejuvenescimento facial a partir da intervenção miofuncional estética pode contribuir para o conhecimento de suas técnicas, repercussão de seus resultados, identificação e solução de problemas, promovendo melhora na qualidade dos serviços prestados, além de despertar nos profissionais da saúde e gestores públicos, a importância dessa prática enquanto promotora de saúde.

O objetivo desse trabalho foi analisar a produção científica sobre o rejuvenescimento facial decorrente da intervenção miofuncional estética.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese de pesquisas produzidas sobre um tema específico, com a finalidade de aprofundar o conhecimento do assunto investigado¹⁷.

Este estudo cumpriu as etapas exigidas para uma revisão integrativa, com a identificação do tema e seleção da hipótese; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão e busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão^{18, 19}.

Esta revisão apresentou a seguinte questão norteadora: quais são os resultados referentes ao rejuvenescimento facial decorrentes da intervenção miofuncional estética?

Foram consultados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) com a identificação dos seguintes: Fonoaudiologia, estética, face e terapia miofuncional. Os descritores foram agrupados em: Fonoaudiologia estética

facial, terapia miofuncional e estética facial. Embora não incluído no DeCS, o termo facial também foi utilizado nos agrupamentos.

A busca dos artigos foi realizada entre julho e setembro de 2011, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no United States National Library of Medicine (PubMed) e no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Foram definidos como critérios de inclusão, as publicações datadas entre 2001 e 2011 que relacionaram a intervenção miofuncional estética ao rejuvenescimento facial. Foram excluídas as publicações anteriores a 2000 e as que não relacionaram a intervenção miofuncional estética ao rejuvenescimento facial.

Realizou-se uma leitura atenta aos títulos e resumos, descartando-se os artigos que não se adequavam à questão norteadora desse estudo. Posteriormente, buscou-se os trabalhos selecionados, na íntegra.

A análise e síntese dos dados foram realizadas após uma leitura exaustiva dos artigos.

Os resultados foram apresentados na forma descritiva. Dois quadros foram construídos para sistematizar os seguintes dados: identificação das publicações com o número do estudo, a base de dados, o título, os autores, sua formação profissional e o ano de publicação (Quadro 01) e características das publicações envolvendo o número do estudo, seu objetivo, a intervenção miofuncional estética e os resultados do rejuvenescimento (Quadro 02).

RESULTADOS

Foram encontradas 18 publicações, sendo 07 na LILACS, 02 na SciELO, 07 na MEDLINE e 02 na CAPES. Excluíram-se 12 artigos, por tratarem de questões referentes a problemas odontológicos, paralisia facial, toxina botulínica, síndromes e estruturas orofaciais na má-oclusão.

Fizeram parte da amostra 06 artigos, sendo 04 (66,7%) encontrados na LILACS e 02 (33,3%) na SciELO, representando 33,3% do total dos estudos.

Conforme observa-se no Quadro 01, são restritas as publicações sobre a intervenção miofuncional em estética da face no rejuvenescimento facial. Os artigos publicados foram localizados em periódicos nacionais, em publicações de Fonoaudiologia.

Quadro 01.

Todos os trabalhos analisaram os resultados fonoaudiológicos na estética facial (Quadro 02).

Quadro 02.

Quanto a amostra, 2 (33,3%) pesquisas desenvolveram estudo de caso com um único sujeito e as outras 4 (66,7%), pesquisas 1, 3, 5 e 6, apresentaram, respectivamente, 30, 10, 03 e 04 sujeitos.

O estudo 6 descreveu critérios de inclusão e exclusão. O gênero feminino foi predominante nos sujeitos e a faixa etária variou entre 31 e 66 anos, havendo um único estudo que envolveu sujeitos entre 15 e 35 anos.

Os estudos 1, 2, 3 e 4 (66,7%) não referiram a utilização de protocolos avaliativos fonoaudiológicos publicados. Observou-se que,

cronologicamente, os artigos mais recentes (3, 4, 5 e 6) envolveram o registro fotográfico das pacientes.

No que se refere a intervenção miofuncional estética (Quadro 02), em 04 (66,7%) estudos (3, 4, 5 e 6) o período variou entre 8 e 16 sessões, sendo que na maioria dos estudos os atendimentos foram semanais e individuais.

O estudo 1 (16,7%) envolveu somente a realização de exercícios. Nos estudos 4 e 6 (33,3%) foram utilizados os exercícios e a manipulação facial, no estudo 2 (16,7%) a manipulação facial e as funções estomatognáticas e nos estudos 5 e 3 (33,3%), os exercícios, a manipulação facial e as funções estomatognáticas. Os estudos 2 e 5 (33,3%) mencionaram o trabalho de conscientização de posturas e mímicas e o estudo 3 (16,7%) cuidados com a face.

Dos artigos estudados, 3 (50%) referiram a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em seus trabalhos (3, 5 e 6). Apenas os estudos 1 e 3 (33,3%) realizaram análise estatística dos dados.

Os resultados foram analisados por meio de relato dos pacientes (estudos 1, 2, 3, 4, 5 e 6) e avaliação profissional (estudos 2, 3, 4, 5 e 6). (Quadro 02)

Conforme observa-se no Quadro 02, em 100% dos estudos houve a participação dos pacientes no seu processo avaliativo. Todos observaram mudanças na face após a intervenção fonoaudiológica estética facial, dentre estas a diminuição significativa da percepção de face flácida e caída (estudo 1), menor tensão na região trabalhada, conscientização de posturas e na realização das funções estomatognáticas (estudo 2), suavidade,

relaxamento, leveza e firmeza da face, face descansada e rejuvenescida (estudo 3), suavização das linhas de expressão (estudos 3, 4 e 6), melhora na estética da face (estudo 5) e olhar mais aberto (estudo 6). Relatou-se sensação de bem-estar (estudos 4 e 6) e satisfação (estudos 2 e 5) com os resultados.

Apenas no estudo 1 não foi observada a análise profissional dos resultados apresentados. Nos estudos 2 e 6, além da avaliação fonoaudiológica, houve a participação da dermatologista (estudos 2 e 6) e do cirurgião plástico (estudo 6) na análise dos resultados. Nos demais estudos (1, 3, 4 e 5), a avaliação foi realizada por fonoaudiólogos. Dos resultados relatados constatou-se relaxamento muscular, diminuição das linhas de expressão (estudos 2, 5 e 6), face mais harmônica e com aspecto mais suave (estudo 2), redução significativa bilateral da medida de projeção do sulco nasogeniano ao tragus (estudo 3), melhora da tonicidade (estudo 4), melhora da simetria (estudos 4 e 5), redução de bolsas na pálpebra inferior, melhora do contorno facial (estudo 5), redução das olheiras e melhora na pálpebra superior (estudo 6). No estudo 6, não houve diferenças entre as hemifaces com relação às técnicas aplicadas.

DISCUSSÃO

Existe uma pressão social, reforçada pela mídia, da imagem ideal de uma pessoa jovem, ativa e atraente⁵. As técnicas de rejuvenescimento têm se aperfeiçoado devido à preocupação da população com a saúde e com a aparência física¹¹, uma vez que o envelhecimento pode gerar ansiedade, medo de rejeição, receio da perda de vitalidade⁸. A Fonoaudiologia estética

da face é uma nova área da Motricidade Orofacial que contribui para o rejuvenescimento facial.

Poucas são as publicações sobre a intervenção fonoaudiológica estética no rejuvenescimento facial. Somente em 2008, o CFFa dispôs sobre a atuação em Motricidade Orofacial com finalidade estética¹⁴, embora alguns profissionais já intervissem na área, como consta na literatura.

Procedimentos metodológicos adotados

O gênero feminino foi predominante na população atendida, o que reforça uma maior pressão social sobre as mulheres⁵. A idade média foi de 40,5 anos, considerando-se que o processo de envelhecimento acelera a partir dos 40 anos²⁴.

Com relação ao período da intervenção fonoaudiológica, a maioria variou entre 8 e 16 sessões, em concordância com os períodos referidos de 14 sessões¹ e entre 8 e 10 sessões^{12,13}.

A terapia miofuncional individual, observada na maioria dos estudos, proporciona um acompanhamento mais minucioso do paciente, evitando possíveis compensações musculares e alterações geradas pela realização inadequada da terapia. O planejamento terapêutico deve ser específico^{1,3,9,12,16} uma vez que a face tem características musculares individuais^{16,25,26}.

Com relação aos recursos terapêuticos, 50% dos estudos envolveram o trabalho com as funções estomatognáticas. Elas têm sido abordadas na literatura como um recurso terapêutico na estética facial^{1,13,16,21,27}, uma vez que alterações na sua realização podem desencadear um desequilíbrio muscular, de forma a gerar ou acentuar linhas de expressão. Os exercícios e

a manipulação facial foram referidos por 83,3% dos trabalhos. As massagens, manobras de alongamento e os exercícios orofaciais promovem a oxigenação dos tecidos, a mobilidade, o reequilíbrio e o fortalecimento muscular^{1,3,12,16}. Referiu-se a conscientização de mímicas excessivas em 33,3% dos estudos, com vistas a não sobrecarregar a musculatura facial, de forma a buscar um funcionamento mais natural e equilibrado da face^{1,3,9,13,16}. Dependendo das alterações apresentadas opta-se por um ou mais métodos de trabalho, no sentido de alcançar o equilíbrio muscular e prevenir ou suavizar os sinais do envelhecimento.

Em 100% dos artigos estudados houve a participação dos pacientes no seu processo avaliativo. Tornar-se um co-autor do seu tratamento favorece a evolução terapêutica, que passa de apenas reabilitativa para educativa²⁸.

Considerações sobre o rejuvenescimento facial

Comparando-se os relatos dos pacientes e dos profissionais, foram comuns o equilíbrio da tensão muscular (relaxamento e fortalecimento muscular) e a suavização das linhas de expressão^{1,3,12,13,15,16,29,30}, assim como a suavidade na face^{3,12,13,30}, observados após a intervenção miofuncional em estética.

Constatou-se que 100% dos pacientes observaram mudanças na face após a intervenção. Foram citados a conscientização de posturas e na realização das funções estomatognáticas^{1,12,13,15,16}, face descansada^{3,12,13,29}, firme e rejuvenescida^{1,3,12,13,15,16,29,30} e olhar mais aberto¹².

Na avaliação dos profissionais relatou-se face mais harmônica^{3,13}, redução significativa bilateral da medida de projeção do sulco nasogeniano

ao tragus, redução de bolsas na pálpebra inferior²⁹ e melhora na pálpebra superior, melhor definição do contorno facial^{3,12} e redução das olheiras²⁹.

Embora no estudo 6, o resultado tenha envolvido a suavização das rugas, o exercício utilizado de fechamento forçado do olho poderia ter acentuado ou gerado rugas na região, pela realização repetitiva do movimento^{1,12,13,16,30}

O conhecimento da correlação entre os grupos musculares é de fundamental importância na atuação fonoaudiológica estética, com vistas a nortear o raciocínio clínico e otimizar os resultados¹⁶, embora a condição muscular não seja o único fator determinante no rejuvenescimento facial.

Preconiza-se que o trabalho fonoaudiológico em estética da face ocorra de forma conjunta com outros profissionais^{1,3}, como observado no estudo 2. Além da Dermatologia^{13,16}, a Fonoaudiologia estética da face relaciona-se a outras áreas da estética, como a Odontologia^{13,16}, a Nutrição, a Endocrinologia¹⁶, a Cirurgia Plástica^{13,16}, a Oftalmologia, as Esteticistas¹³, a Fisioterapia³, cada qual com suas contribuições na busca pelo rejuvenescimento.

Os resultados estéticos relatados, tanto do ponto de vista do sujeito atendido quanto dos profissionais envolvidos, revelaram uma face mais jovem a partir do trabalho de reequilíbrio miofuncional.

CONCLUSÃO

Foram analisados 06 estudos, localizados em periódicos nacionais, de Fonoaudiologia, evidenciando publicação e meios de divulgação restritos sobre o tema.

As publicações caracterizaram-se por apresentar metodologias distintas, resultados estéticos que favorecem o rejuvenescimento facial e a participação dos pacientes e dos profissionais na avaliação dos resultados.

Todos os pacientes observaram mudanças na face após a intervenção. Como resultados do rejuvenescimento facial relatou-se equilíbrio da tensão muscular, suavização das linhas de expressão, face mais suave, harmônica, descansada, firme e rejuvenescida, conscientização de posturas e na realização das funções estomatognáticas, olhos mais abertos, redução significativa bilateral da medida de projeção do sulco nasogeniano ao tragus, redução de bolsas na pálpebra inferior e melhora na pálpebra superior, melhor definição do contorno facial e redução das olheiras. Não houve diferenças entre as hemifaces com relação às técnicas aplicadas de manipulação facial e exercícios.

Por ser um campo recente na estética, muito ainda se tem a pesquisar e publicar, a fim de se buscar cientificidade aos seus propósitos. Faz-se necessária a realização de mais estudos e sua divulgação em meios mais amplos, com o uso de metodologias apropriadas, a fim de facilitar a análise e a comparação dos resultados, assim como o aprofundamento e a socialização do tema.

Conhecer os resultados da intervenção miofuncional estética no rejuvenescimento facial pode fornecer importantes indicativos desse novo trabalho, de forma a contribuir para o conhecimento das suas técnicas, qualificar o serviço prestado, nortear condutas terapêuticas, além de despertar a importância dessa prática enquanto promotora de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Pierotti S. Atuação fonoaudiológica na estética facial. In: Comitê de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Motricidade Orofacial: como atuam os especialistas. São Paulo: Pulso; 2004. p. 281-87.
2. Yamaguchi C, Sanches O. Rejuvenescimento facial. In: Mauad R. Estética e cirurgia plástica: tratamento no pré e pós-operatório. São Paulo: SENAC; 2003. p.79-125.
3. Tasca SMT, Bianchi K, Abreu S. Programa de aprimoramento muscular em fonoaudiologia estética facial (PAMFEF). São Paulo: Pró- fono; 2002. 186p.
4. Roubenoff R, Hughes VA. Sarcopenia: current concepts. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2000; 55(12):716-24.
5. Tariki VR, Yunan EK. Cosmeatria e preenchimento facial. In: Mauad, R. Estética e cirurgia plástica: tratamento no pré e pós-operatório. São Paulo: SENAC; 2003. p.161-231.
6. Rossi E. Envelhecimento do sistema osteoarticular. Einstein. 2008; 6 (1):7-12.
7. Teixeira MCTV, Franchin ABB, Durso FA, Donati LB, Facin MM, Pedreschi PT. Envelhecimento e rejuvenescimento: um estudo de representação social. Ver. Bras. Geriatr. Gerontol. 2007; 10 (1):49-71.
8. Pitanguy I. Cartas a um jovem cirurgião: perseverança, disciplina e alegria. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. 138p.

9. Franco MZ, Scattone L. Fonoaudiologia e dermatologia: um trabalho conjunto e pioneiro na suavização das rugas de expressão facial. *Fono Atual*. 2002; 5(22): 60-6.
10. Stuart-Hamilton I. *A psicologia do envelhecimento: uma introdução*. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. 280p.
11. Velasco MVR, Okubo FR, Ribeiro ME, Steiner D, Bedin V. Rejuvenescimento da pele por peeling químico: enfoque no peeling de fenol. *An Bras Dermatol*. 2004; 79 (1): 91-9.
12. Franco MZ. Atuação fonoaudiológica na suavização das rugas de expressão e estética da face. In: Silva, P. B.; David, R. H. F. *Cadernos do Fonoaudiólogo – Motricidade Orofacial*. São Paulo: Lovise; 2008. p. 15-21.
13. Franco MZ. Fonoaudiologia e estética: um novo alcance da motricidade oral. In: Comitê de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. *Motricidade Orofacial: como atuam os especialistas*. São Paulo: Pulso; 2004. p. 289-295.
14. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa nº 352. *Jornal do CFFa*, ano IX; (37): 26p.
15. Toledo PN. *Fonoaudiologia & estética: a motricidade orofacial aplicada na estética da face*. São Paulo: Lovise; 2006. 135p.
16. Frazao Y S, Manzi, S. Eficácia da intervenção fonoaudiológica para atenuar o envelhecimento facial. *SciELO, Rev. CEFAC*. 2010[acesso em set 2011] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462010005000124&lng=en&nrm=iso.

17. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-64.
18. Whitemore R, Knafl K. The integrative review: update methodology. *J. Adv Nurs.* 2005; 52 (5): 546-53.
19. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein.* 2010; 8 (1): 102-6.
20. Jardini RSR. Uso do exercitador facial: um estudo preliminar para fortalecer os músculos faciais. *Pró-Fono Rev de Atualização Científica.* 2001; 13(1):83-89.
21. Paes C, Toledo PN, Silva HJ da. Fonoaudiologia e estética facial: estudo de casos. *Rev. CEFAC.* 2007; 9(2):213-20.
22. Santos CCG dos, Ferraz MJPC. Atuação da fonoaudiologia na estética facial: relato de caso clínico. *Rev. CEFAC.* 2010; 13(4): 763-68.
23. Silva NLS, Vieira VS, Motta AR. Eficácia de duas técnicas fonoaudiológicas da estética facial no músculo orbicular dos olhos: estudo piloto. *Rev. CEFAC.* 2010; 12(4):102-09.
24. Ribeiro A. Aspectos biológicos do envelhecimento. In: Russo IP. *Intervenção fonoaudiológica na terceira idade.* Rio de Janeiro: Revinter; 1999. p. 1-11.
25. De Maio M, Magri IO, Bello CN. Toxina botulínica: a relação do tipo de paciente com a duração de afeito. *Cir. Plást. Iberolatinoam.* 2008; 34(1): 19-26.

26. Franco MZ. Estética facial: uma nova atuação fonoaudiológica. Informativo do Conselho Regional de Fonoaudiologia 2ª região. São Paulo: Conselho Regional de Fonoaudiologia; 2000. 15p.
27. Felício CM. Fonoaudiologia nas desordens temporomandibulares: uma ação educativa-terapêutica. São Paulo: Pancast; 1994. 179p.
28. Takacs AP, Valdrigui V, Assencio-Ferreira VJ. Fonoaudiologia e estética: unidas a favor da beleza facial. Rev CEFAC. 2002; 4: 111-16.
29. Mattia FA, Czlusniak G, Ricci C.C.P.P. Contribuição da Fonoaudiologia na estética facial: relato de caso. Rev. Salus-Guarapuava. 2008; 2 (2):15-22.

* _ Parte da Tese de Doutorado¹ a ser apresentada à Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Doutora em Ciências da Saúde.

Quadro 01 – Distribuição das publicações sobre o rejuvenescimento facial decorrente da intervenção miofuncional estética, segundo bases de dados, títulos, autores, formação profissional dos autores e ano de publicação. Goiânia – GO, 2012.

Nº do estudo	Base de Dados	Título	Autores	Formação Profissional dos Autores	Ano
1	LILACS	Uso do exercitador facial: um estudo preliminar para fortalecer os músculos faciais	Jardini R S R ²⁰	Fonoaudiologia	2001
2	LILACS	Fonoaudiologia e Dermatologia: um trabalho conjunto e pioneiro na suavização das rugas e expressão facial	Franco M Z, Scattone L ⁹	Fonoaudiologia Dermatologia	2002
3	LILACS	Fonoaudiologia e estética facial: estudo de casos	Paes C, Toledo PN, Silva HJ ²¹	Fonoaudiologia	2007
4	LILACS	Atuação da Fonoaudiologia na estética facial: relato de caso clínico	Santos CCG, Ferraz MJPC ²²	Fonoaudiologia Odontologia	2010
5	SCIELO	Eficácia da intervenção fonoaudiológica para atenuar o envelhecimento facial	Frazão Y, Manzi SB ¹⁶	Fonoaudiologia	2010
6	SCIELO	Eficácia de duas técnicas fonoaudiológicas da estética facial no músculo orbicular dos olhos: estudo piloto	Silva NLS, Vieira VS, Motta AR ²³	Fonoaudiologia	2010

Quadro 02 – Distribuição dos dados das publicações sobre o rejuvenescimento facial decorrente da intervenção miofuncional estética quanto aos objetivos, intervenção miofuncional estética e resultados do rejuvenescimento facial. Goiânia - GO, 2012.

Nº do estudo	Objetivo	Intervenção Miofuncional Estética	Resultados / Rejuvenescimento
1	Avaliar qualitativamente o exercitador facial Pró-Fono.	Uso do exercitador facial por 03 meses, diariamente, sendo inicialmente assimilado em consultório e depois realizado em casa.	<u>Relato dos pacientes:</u> Diminuição significativa da percepção de face flácida (100%) e caída (100%), o mesmo não ocorrendo na percepção da face envelhecida (apenas 27,2% consideraram melhor).
2	Relatar, a partir de um estudo de caso, o início do trabalho fonoaudiológico em estética, em parceria com a dermatologia.	Terapia após a intervenção dermatológica (lasers, preenchimento, botox). Conscientização do funcionamento das estruturas e funções orais, das tensões e posturas a serem modificadas; relaxamento muscular, reequilíbrio das funções estomatognáticas; sem referência do período total de intervenção fonoaudiológica; sessões semanais.	<u>Análise profissional</u> (dermatológica e fonoaudiológica): Relaxamento da musculatura dos terços médio e inferior da face, diminuição das marcas de expressão e dos sulcos, face com aspecto mais suave e harmonioso. <u>Relato da paciente:</u> Satisfação, com menor tensão na região trabalhada e conscientização das mudanças na postura e na realização das funções estomatognáticas.
3	Caracterizar as mudanças na face após intervenção fonoaudiológica facial.	Exercícios isotônicos, isométricos e isocinéticos, realizados em grupo e depois individualmente, após manipulação facial; equilíbrio funcional estomatognático; atendimento supervisionado, semanal; orientações sobre os cuidados com a face; 16 sessões.	<u>Análise profissional:</u> Redução significativa das medidas da projeção do sulco nasogeniano ao tragus em ambos os lados. <u>Relato dos pacientes:</u> 100% perceberam mudanças na face, com maior freqüência na testa (70%), bochechas (60%), olhos (40%), papada e pescoço (40%), boca (30%); as mudanças referidas foram suavidade (90%), relaxamento (80%), suavização das rugas (80%), leveza (60%), firmeza, face descansada e rejuvenescimento (40% cada).
4	Caracterizar as modificações faciais após o tratamento fonoaudiológico, num enfoque biomecânico.	Protocolo de rejuvenescimento facial funcional (PRFF) com alongamento dos músculos elevadores e abaixadores da mandíbula, manipulação dos músculos faciais e pompagem cervical, associados a exercícios faciais; 8 sessões semanais.	<u>Análise profissional:</u> Melhora na tonicidade e na postura de cabeça. <u>Relato da paciente:</u> Sensação de bem-estar com percepção visual da diminuição das rugas e marcas de expressão.

Nº do estudo	Objetivo	Intervenção Miofuncional Estética	Resultados / Rejuvenescimento
5	Verificar a eficácia da intervenção fonaudiológica em estética facial na atenuação dos sinais do envelhecimento.	Soltura e alongamento dos músculos faciais, exercícios isométricos e isotônicos, adequação das funções de mastigação, deglutição e fala; conscientização das mímicas excessivas; uso do transpore, 12 sessões semanais, individuais.	<u>Análise profissional:</u> Conscientização das mímicas faciais na fala; redução de bolsas na pálpebra inferior; redução da tensão; diminuição das rugas; melhora do contorno facial e adequação da mastigação, deglutição e fala. <u>Relato das pacientes:</u> Satisfação e percepção da melhora na estética facial.
6	Comparar a eficácia de duas técnicas fonaudiológicas da estética facial no músculo orbicular dos olhos.	Tratamento uniforme, com massagens na hemiface direita e exercício miofuncional para a região dos olhos na hemiface esquerda; realizados em casa, inicialmente com atendimento supervisionado e depois sozinhas; 14 sessões.	<u>Análise profissional (dermatologia, cirurgia plástica, fonaudiologia):</u> 100% obtiveram melhora na região dos olhos, sem diferenças em relação as técnicas aplicadas (olheiras, rugas e pálpebra inferior). <u>Relato das pacientes:</u> Sensação de bem-estar, diminuição das linhas de expressão; olhar mais aberto; sem diferenças entre as técnicas aplicadas.

5.2. Artigo 2

QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH FACIAL PHOTOAGING LEVEL II SUBMITTED TO AESTHETICS MYOFUNCTIONAL INTERVENTION

Cejana Baiocchi Souza¹, Jackeline Gomes Guerra², Maria Alves Barbosa³, Celmo Celeno Porto⁴

¹Department of Speech, Language and Hearing Sciences of the Pontifical Catholic University of Goiás - Brazil.

Rua 09, n. 545, apto 201, Ed. Cap Ferrat, Setor Oeste. CEP: 74.110-100

(62) 81294646 / (62) 39461175

cejana_f@hotmail.com

² Faculty of Medicine of the Federal University of Goiás - Brasil.

1ª Avenida, qd.68, lt.545, Setor Leste Universitário.

jackelineguerra@terra.com.br

³ Faculty of Nursing of the Federal University of Goiás - Brasil.

Rua 1ª Avenida, s/n, Setor Universitário. CEP: 74605-020

maria.malves@gmail.com

⁴ Faculty of Medicine of the Federal University of Goiás - Brasil.

Rua 1ª Avenida, s/n, Setor Universitário. CEP: 74605-020

celeno@cardiol.br

ABSTRACT

Objective To assess the quality of life of women with facial photoaging grade II underwent myofunctional aesthetic intervention, comparing the pre and post intervention.

Methods Clinical trial and experimental self-controlled conducted at the Service of Dermatology Dr.Aiçar Chaul of the Clinics Hospital - HC, of Federal University of Goiás - UFG. Participants consisted of 39 women, between 30 and 45 years, with photoaging grade II, submitted to myofunctional aesthetic intervention for 17 weeks. Were applied the Medical Outcomes Study 36 – item Short-Form (SF-36), the protocol history of the Programa de Aprimoramento Muscular em Fonoaudiologia Estética Facial – PAMFEF (Muscle Improving Program in Facial Aesthetic Speech, Language and Hearing Sciences), a standardized protocol of aesthetic evaluation and a photographic documentation protocol elaborated for this research. Were used a socio demographic questionnaire, based on the Portuguese version of the World Health Organization Quality of Life - WHOQOL.

Results After the intervention there was significant improvement in orofacial muscle tension, wrinkles, sulcus and realization of stomatognathic functions of chewing and swallowing. There were improvement of muscular tension in the region of glabella and eyes, on chewing speed and in excess of mimic in speech, in all patients with changes in these aspects. The average of scores of domains general health, vitality and emotional aspects showed a significant increase after the intervention, with the predominance of a moderate correlation between the SF-36.

Conclusion The aesthetic myofunctional intervention promoted a muscle and functional balance and the facial rejuvenation, helping to improve the quality of life of women with facial photoaging grade II, in domains general health, vitality and emotional aspects.

KEYWORDS: Speech, Language and Hearing Sciences, Quality of Life, Esthetics, Myofunctional Therapy

INTRODUCTION

Maintain a good appearance and no aging are concepts worshiped from the remotest civilizations and are increasingly valued [1]. Aging is at the center of attention and concerns of modern man [2].

The face shows early signs of aging, the first may be present around 30 years [3], with the fall of the eyebrows, accentuation of the nasolabial sulcus, appear of wrinkles and sagging skin [4]. In addition to physical changes are observed psychosocial changes [5] as anxiety, fear of rejection and fear of loss of vitality [6].

Is observed a social pressure, greater on women, of an ideal image of a young person, active and attractive [2]. To find an adequate body image to the wishes of stereotyped body is a phenomenon in today's society [7]. In this sense, rejuvenation techniques have been perfected [8] and its demand is a universal desire [6].

The Speech, Language and Hearing Sciences work in aesthetics of the face is an area of Orofacial Motricity that seeks to mitigate signs of aging [3]. As arranged the Federal Council of Speech, Language and Hearing Sciences, through Resolution No. 352, April 5, 2008, the participation in Orofacial Motricity with aesthetic purpose is to assess, prevent and balance the muscles of facial mimic and/or cervical, seeking symmetry and harmony of the structures involved in movement and expression, resulting in favoring aesthetics [9].

With the rebalancing muscle and functional reeducation is observed smoothing of wrinkles, the sulcus, the improvement in sagging [3] and the definition of contours that contribute to the rejuvenation of the face [10]. The beauty enters the Speech, Language and Hearing Sciences in the social context, promotes increased self-esteem and improved quality of life of the subject [11].

The introduction of the concept of quality of life was an important contribution to the health outcome measures. Although there is consensus on the importance of assessing the quality of life, the concept is still constitutes a field of debate [12]. The WHOQOL Group defined quality of life as "the individual's perception of their position in life, in the context of their culture and value system in which they live and about their expectations, their standards and concerns" [13].

The use of questionnaires of measuring quality of life is increasing in clinical investigations, both for describing groups of patients and to analyze the effectiveness of interventions in healthcare [14].

Were not found in the literature studies that investigated the quality of life in myofunctional aesthetics intervention. In the quest for balance and harmony muscular and functional, this new area of actuation promotes better health conditions to the individual, taking into account the aesthetic, functional, emotional and social aspects. Besides the physical gains, this work promotes general well-being, vitality, self-esteem, compromised in aging.

Data about quality of life of subjects submitted to myofunctional aesthetic intervention can provide important indications about this new work, to enable analysis of their techniques and results in view of the subject, thereby influencing therapeutic procedures, besides contributing to the inclusion aesthetics in the context of health.

From this perspective, the objective of this study was to evaluate the quality of life of women with photoaging grade II, submitted to myofunctional aesthetic intervention, on the Department of Dermatology Dr. Aïçar Chaul of the Clinics Hospital - HC, of Federal University of Goiás - UFG comparing pre-and post-treatment using the SF-36.

METHODS

This is a clinical trial, experimental, self-controlled, conducted at the Service of Dermatology Dr. Aïçar Chaul HC/UFG, Goiânia - GO, Brazil, comparing the results obtained on two occasions in the pre and post myofunctional aesthetics intervention.

Ethical Aspects

The project was approved by the Ethical Medical Research on Human and Animal of HC/UFG, with No. 091/2009, taking into account the recommendations of Resolution 196/96 of the National Health Council [15], in accordance with the ethical standards established in Helsinki Declaration of 1964 and later versions.

Participants

Women attended in the Dermatology Service Dr Aïçar Chaul. HC/UFG. To determine the sample size was used what were observed in the work of Nicodemo (2005) [16], with 5% of significance, test power of 80%, margin of error of 6%, going to a sample of thirty-nine people. Considering the dropouts, the sample was extended to sixty subjects.

Inclusion and Exclusion Criteria

Was included in the study, women aged between 30 and 45 years, attending on the Dermatology Service Dr. Aïçar Chaul of HC/UFG, classified as type II according to the degree of photoaging [17] and who were willing to participate in this study by signing the Free and Clarified Consent Term.

We excluded women with anatomical and physiological changes, acne, sores or rashes on the face or to declare intention to submit to facials massages, cosmetic dermatology treatments, plastic surgery or any other facial aesthetic treatment concomitant with Speech, Language and Hearing Sciences therapy.

During the months of February and March 2010 were included in the first thirty subjects and on the months of June and July 2010, the other thirty.

Instruments

To assess the quality of life instrument was used the Medical Outcomes Studies 36 - item Short-Form (SF-36), one of the generic questionnaires to evaluate quality of life and widespread popularity in health care, translated and validated for Brazil [18]. It is succinct, yet comprehensive, easily understood and applied, consisting of 11 questions with 36 items encompassed in eight domains measuring functional capacity (10 items), physical aspects (4 items), pain (2 items), general health (5 items), vitality (4 items), social aspects (2 items), emotional aspects (3 items), and mental health (5 items). The domains are presented in scores ranging from 0 to 100, where 0 corresponds to the worst and 100 the best health status [19].

Was given a socio-demographic questionnaire, based on the suggested on the version in Portuguese of the instrument of the World Health Organization Quality of Life - WHOQOL [20] which addressed questions about the date of birth, age, profession, family income, education level, state civil, children, residence, how is their health, current health problems and way of questionnaire administration.

For aesthetic myofunctional evaluation was applied protocols of the anamnesis of the Muscle Improving Program in Speech and Facial Aesthetic - MIPSFA, [21] of aesthetic evaluation [3] as well as documentation with photographic record, as suggested in the literature [3, 21, 22], as an addition to the evaluation.

The anamnesis protocol had questions about personal data, medical data, vicious and postural habits, eating, sleeping, sports practice, sun exposure, routine, facial expressions, tension, beauty treatments and beauty standard.

The aesthetic evaluation [3] encompassed a review body, orofacial (forehead, glabella, eyebrows, eyes, nose, cheeks, mouth, lips, chin, jaw, tongue, tonsils and teeth), skin (phototype, Glogau, biotype skin, scars, wrinkles) and stomatognathic functions (breathing, chewing, swallowing, phonation and articulation).

For Speech, Language and Hearing Sciences documentation with photographic record, not met a standardized protocol published. Therefore a photographic documentation protocol was elaborated for this research. Were conducted a record of pictures in the frame of head, neck and lap in five positions (front, right and left profile, right and left half profile). Standardized the location of the room where the patient was photographed, as the distance of the individual to the tripod of the camera so that pictures could be compared before and after treatment. The height of the look was established from a fixed point on the walls of the room 10 cm below the patient stature and the head position by tracing an imaginary line from the tragus to nasio. The pictures were taken with digital camera SONY DSC-S650. The patient was invited to read and sign, if agreed, an authorization of their photographic documentation and of images use for scientific purposes. The women were weighed on a digital scale Vieco BR9002, after the photographic record.

Procedures

The medical records of patients who sought the Dermatology Service Dr. Aíçar Chaul HC/UFG were analyzed, and women who fit the criteria, were informed about the study and invited to participate in the study if they met the inclusion and exclusion criteria to be analyzed during the screening.

The screening was performed by residents of Dermatology and by the researcher, therapist, respecting the specificities of the areas.

The Free and Clarified Consent Term was read by the researcher with the patient and signed by them. Then were applied the socio-demographic questionnaire. The selected individuals were scheduled to collect initial data.

The period of myofunctional intervention lasted 17 weeks, with meetings held once a week, totaling 17 meetings from the initial collection of data until the end of treatment.

Initial Data Collection

In April 2010 began the collecting of data from the 1st selected sample of 30 subjects and the 2nd sample began in August 2010, respecting the same steps in both. The initial collection of data lasted 04 weeks, totaling 04 meetings.

At the first meeting, the instrument SF-36 was individually applied through an interview by an intern at the 7th period of the Speech, Language and Hearing Sciences course at Pontifical Catholic University of Goiás (PUC Goiás), previously trained by the researcher. At the end of the questionnaire, the patient was underwent to phonoaudiologic documentation did by the researcher with the aid of 05 intern of the 7th period of Speech, Language and Hearing Sciences course at PUC Goiás, taking about 15 minutes to the questionnaire and 20 minutes for photographic record. The women were weighed on a digital scale Vieco BR 9002, after the photographic record, considering that changes in body weight can cause facial changes, so as to interfere on the results of the myofunctional aesthetics intervention.

From the second meeting onwards, women were evaluated individually by a pair of intern, totaling three pairs, each in a specific clinic of the Dermatology Service Dr. Aíçar Chaul of HC/UFG, accounting for ten patients. The researcher attended all meetings as supervisor of the cases.

At the second meeting were applied the anamnesis protocol and on the third and fourth meetings were applied the aesthetic evaluation protocol, lasting 30 minutes each.

Aesthetics Myofunctional Intervention

After the initial data collection was performed the individual treatments planning for begin of Speech, Language and Hearing Sciences sessions.

In each sample thirty women were treated, scheduled for ten weeks, with a total of thirty patients per week. Each treatment lasted 50 minutes, held once a week. The sessions took place by

three pairs of interns described in the previous step, with the participation of the researcher in all meetings.

Therapies involved facial stretching, massage, isometric exercises and of the stomatognathic functions of chewing, swallowing and/or speech. The face lift was performed prior to exercise and, in regions where there was increased muscle tension, stretching was repeated by more often associated with muscle movements prior to release, as required. The massages contemplated gliding movements with quick touches and moderate pressure, always towards the top and bottom to center to edge. Isometric exercises were proposed for the eyebrows, eyes, cheeks, lips to increase the vermilion and the submandibular region. In general, were selected exercises that not promote or intensify signs of aging. Stomatognathic functions of chewing and swallowing of solid were performed with cheese bread and swallowing of liquid water. Spontaneous speech were worked with the in the dialogues.

It has been proposed awareness of the functions, as well as the repetitive mimic through a stress field identification, of functional and reports of patients. Were used initially, the mirror so that the patient visualize possible compensatory movements, excessive mimic or inadequacies in the realization of stomatognathic functions. In a second step, the mirror was removed and used the surgical tape, hypoallergenic and transparent, as a therapeutic resource in the work of control of facial mimic, placed in the direction of muscle fibers that showed excessive contraction, limiting movement. Around the 4th session withdrew from the surgical tape and patients were instructed to control the facial mimic only by the perception of motion. During the therapeutic process were provided information about the proper conduct of stomatognathic functions and their importance, addressing the possibilities of change.

A orientation work was made about the importance of using sunscreen, the sunglasses, water intake, healthy eating, quality of sleep, practice sports, as well as the exercises realization and maneuvers at home, daily. Absence in three sessions of phonoaudiology was considered a disconnection criterion.

Final collection of data and end of phonoaudiologic treatment

Were reapplied the instrument SF-36 and phonoaudiologic documentation at the first meeting of the final collection of data. The photographs were used to compare the results of the intervention, complementing the final clinical examination. The women were weighed, using the same scale of the initial assessment, for comparative purposes in the pre and post intervention.

In the second and third meetings were reapplied the evaluation protocol for subsequent comparative analysis of pre and post myofunctional intervention. The patients finished the phonoaudiologic treatment being told to follow the guidelines needed and to the return of results after previous contact.

The final data collection lasted three weeks, with meetings held once a week and with the participation of the same trainees from begins of the study.

Return of Results

After 03 months, the patients returned for the individual devolution of results. They received personalized CD with photos of the pre and post intervention.

Statistical Analysis

The data analysis was performed using the Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows (version 18.0). In comparing the results of the domains of SF-36, initial and final, was realized de Paired t-Test, the same test used on the women weigh comparison, on pre and post intervention. Were used the Pearson test to evaluate the correlation between the SF-36 domain and Cronbach's α to check the reliability of responses. In phonoaudiologic results were used the McNemar's test and descriptive analysis. The socio-demographic data were analyzed descriptively.

The results were presented in tables and in all analyzes we used a significance level of 5%.

RESULTS

Of the 60 subjects who started myofunctional aesthetics intervention, 39 (65%) completed the process and 19 (48,7%) returned for the devolution of results. As for the 21 subjects who did not complete the intervention, 76,2% (n=16) dropped out of treatment, of which 50% (n=08) claimed incompatibility of time, 12,5% (n=2) difficulty of access and 6,25% (n=1) justified physical impairment, depression, change of city, application of botulinum toxin, plastic surgery and family issues, each one. The remaining subjects were dismissed from service by presenting the number of faults greater than 3 in phonoaudiologic therapy, corresponding to 23,8% (n=5) of those who have not completed the intervention.

Regarding socio-demographic factors, the average age of women was 38,38 years, with the average monthly income of R\$ 1.248,00, of which 27 (69,2%) had a profession. With regard to education, secondary education was prevalent, being reported by 17 (43,6%) patients. Most women were married (66,7%), with two to four children (76,9%) and home owners (53,8%). With respect to your health predominated report good health (64,1%), without disease (64,1%) and with regular use of medication (53,8%). (Table 01).

Table 01. Socio demographic characteristics of women with photoaging grade II, of Service of Dermatology Dr. Aíçar Chaul, HC-UFG submitted to myofunctional intervention in facial aesthetics. Goiânia-GO. 2010.

Socio demographic characteristics of 39 women that are the sample

Age (years)	
Average (Standard deviation)	38,38 (4,52)
Minimum – Maximum	30 - 45
Family Income (Reais)	
Average (Standard deviation)	1.248,00 (720,43)
Minimum – Maximum	300,00 – 3000,00
Profession (%)	
Hairdresser	3 (7,7%)
Vigilant	1 (2,6%)
Domestic	4 (10,3%)
Production Assistant	3 (7,7%)
Saleswomen	6 (15,4%)
Housewife	12 (30,8%)
Nursing Thecnician	2 (5,1%)
Grocrey clerk	2 (5,1%)
Seamstress	1 (2,6%)
Health agent	1 (2,6%)
Rural Servent	1 (2,6%)
Manicure	2 (5,1%)
Nanny	1 (2,6%)
Scholarity (%)	
Illiterate	2 (5,1%)
Elementary school	15 (38,5%)
High school	17 (43,6%)
Higher education	5 (12,8%)
Marital Status (%)	
Single	4 (10,3%)
Married	26 (66,7%)
Living how married	1 (2,6%)

Separate	5 (12,8%)
Divorced	2 (5,1%)
Widow	1 (2,6%)
Children (%)	
None	3 (7,7%)
One	6 (15,4)
Two to four	30 (76,9%)
Dwelling (%)	
Own	21 (53,8%)
Finance	2 (5,1)
Leased	8 (20,5%)
Borrowed	8 (20,5%)
Health	
Too bad	1 (2,6%)
Weak	2 (5,1%)
Neither good nor bad	9 (23,1%)
Very Good	25 (64,1%)
	2 (5,1%)
Illness	
Yes	14 (35,9%)
No	25 (64,1%)
Use of medication	
Yes	21 (53,8%)
No	18 (46,2%)

As for the results achieved by the myofunctional aesthetic intervention, there have been changes (improvement or adaptation) in muscle tension increased in regions of the glabella (adequacy at 40%) and eyes (adequacy at 64,2%) as well as in chewing rate, slow or fast (adequacy at 100%) and in excess of mimic during speech (adequacy at 71,4%) on 100% of patients with these characteristics.

Were considered statistically significant changes related to increased muscle tension of the forehead, the increased muscle tension of the orbicularis oculi and decreased the upper eyelid, the muscle tension decreased on tongue and cheeks, as well as the lateral predominant on chewing and perioral mimic swallowing (Table 02). It is noteworthy that the item "No" in Table 02, in the post intervention period, involves adjustments or improvements of the analyzed data.

Table 02. Modifications of the orofacial structures and stomatognathic functions of women with photoaging grade II, of the Service of Dermatology Dr. Aíçar Chaul, HC-UFG submitted to myofunctional intervention aesthetics. Goiânia - GO. 2010

Myofunctional Datas	Before		After		p	
	N	%	N	%		
Forehead						
Increased muscle tension						
	No*	13	33,3	38	97,4	<0,001
	Yes	26	66,7	01	2,6	
Eyes						
Increased muscle tension orbicularis oculi						
	No*	5	12,8	36	92,3	<0,001
	Yes	34	87,2	03	7,7	
Decreased muscle tension Levator palpebrae superioris						
	No*	8	20,5	36	92,3	<0,001
	Yes	31	79,5	03	7,7	
Tongue						
Decreased muscle tension						
	No*	22	56,4	37	94,9	<0,001
	Yes	17	43,6	02	5,1	
Cheek						
Decreased muscle tension						
	No*	30	76,9	38	97,4	0,008
	Yes	9	23,1	01	2,6	
Mastication						
Left lateralization						
	No*	24	61,5	35	89,7	0,001
	Yes	15	38,5	04	10,3	
Right lateralization						
	No*	18	46,2	36	92,3	<0,001
	Yes	21	53,8	03	7,7	
Swallow						
Peribucal Mimic						
	No*	19	48,7	37	94,9	<0,001
	Yes	20	51,3	02	5,1	

* not in the post intervention, refers to adaptations or improvements to the analyzed data.

Despite the inclusion criteria defining the participation in this study only women with photoaging grade II, characterized by the presence of wrinkles with the movement, senile lentigines visible signals, palpable keratoses and non-visible [17], it was observed during the phonoaudiologic evaluation the presence wrinkle primary (light marks, surface) [21] and nasogenian sulcus in 100% of women.

We noticed significant changes in the forehead, glabellar, periorbital, peribuccal wrinkles sulcus mentolabialis of women after the myofunctional aesthetics intervention (Table 03). The item “No” in Table 03, at the post intervention period, refers to the absence or smoothing of wrinkles and sulcus.

Table 03. Presence of wrinkles and sulcus in the pre and post myofunctional aesthetics intervention, photoaging in women with photoaging grade II, in the Service of Dermatology Dr.Aiçar Chaul, HC-UFG. Goiânia-GO. 2010

Wrinkle/Sulcus	Before		After		p
	N	%	N	%	
Frontal					
No*	2	5,1	38	97,4	
Yes	37	94,9	1	2,6	
Total	39	100,0	39	100,0	<0,001
Glabella					
No*	4	10,3	36	92,3	
Yes	35	89,7	3	7,7	
Total	39	100,0	39	100,0	<0,001
Periorbital					
No*	5	12,8	36	92,3	
Yes	34	87,2	3	7,7	
Total	39	100,0	39	100,0	<0,001
Peribucal					
No*	22	56,4	38	97,4	
Yes	17	43,6	1	2,6	
Total	39	100,0	39	100,0	<0,001
Sulcus labiomentoniano					
No*	1	2,6	33	84,6	
Yes	38	97,4	6	15,4	
Total	39	100,0	39	100,0	<0,001

* not in the post intervention, refers to the absence or smoothing of wrinkles and sulcus.

The Cronbach's α value of the instrument SF-36 was 0,93 at initial evaluation and 0,91 at final evaluation. For the domains was verified in the initial assessment, values for Cronbach's α of 0,78 (general health) and 0,9 (physical aspects) and the final evaluation, between 0,78 (social aspects) and 0,86 (emotional aspects and vitality) (Table 04).

Table 04. Values of Cronbach's α global and obtained in each of the domains SF-36 in pre and post myofunctional aesthetics intervention, among women with photoaging grade II, of the Service of Dermatology Dr. Aíçar Chaul, HC-UFG. Goiânia-GO. 2010.

Domain	Question	Cronbach's α	
		initial	final
Functional capacity	3 (a+b+c+d+f+g+h+i+j)	0,88	0,85
Physical aspects	4 (a+b+c+d)	0,90	0,84
Pain	7 + 8	0,84	0,79
General health	1 + 11a+ 11b+ 11c+ 11d	0,78	0,81
Vitality	9 (a+e+g+i)	0,83	0,86
Social aspects	6 + 10	0,86	0,78
Emotional aspects	5 (a+b+c)	0,87	0,86
Mental Health	9 (b+c+d+f+h)	0,89	0,81
Total		0,93	0,91

Regarding the SF-36 domains was observed, in initial evaluation, that the scores were between the averages 52,73 (pain) and 71,62 (functional capacity). In the final evaluation was observed an increase in average of the scores of all domains, except the physical functioning, with the averages ranging between 55,02 (pain) and 78,63 (emotional aspect). (Table 05)

Table 05. Comparison of average scores of the domains of SF-36 in pre and post myofunctional aesthetics intervention, among women with photoaging grade II of the Service of Dermatology Dr. Aíçar Chaul, HC-UFG. Goiânia-GO. 2010.

Domain	Initial		Final		p
	Average	SD	Average	SD	
Functional capacity	71,62	25,48	69,23	27,79	0,504
Physical aspects	68,58	41,24	76,28	34,86	0,320
Pain	52,73	28,63	55,02	26,10	0,550
General health	61,30	26,74	76,30	26,52	0,000
Vitality	56,15	24,31	62,62	24,08	0,044
Social aspects	67,30	28,76	76,50	28,54	0,058
Emotional aspects	61,53	43,62	78,63	36,26	0,005
Mental Health	61,76	27,57	63,83	27,45	0,326

When comparing the average scores of the SF-36 domains at the beginning and the end there was a statistically significant increase ($p \leq 0,05$) in domains relating to general health ($p=0,000$), vitality ($p=0,044$) and emotional aspects ($p = 0,005$). (Table 05)

Regarding the correlation between the SF-36 domains, in the initial evaluation, were found correlation with statistical significant among all domains, except between functional capacity and general health and functional capacity and social aspects (Table 06.)

Table 06. Correlation of Pearson coefficient among the SF-36 domains in the myofunctional aesthetics pre intervention.

Componentes do SF-36	Functional capacity	Physical aspects	Pain	General health	Vitality	Social aspects	Emotional aspects	Mental health
Functional capacity								
Physical Aspects	0,377*							
Pain	0,336*	0,620***						
General health	0,222	0,444**	0,631***					
Vitality	0,344*	0,614***	0,536***	0,505***				
Social aspects	0,224	0,595***	0,485**	0,523***	0,808***			
Emotional aspects	0,413**	0,834***	0,668***	0,542***	0,729***	0,702***		
Mental health	0,338*	0,513***	0,635***	0,619***	0,838***	0,690***	0,629***	

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

In the final evaluation the functional capacity presented significantly correlated only with the physical aspects ($p \leq 0,05$) and the physical aspects, with the pain and mental health ($p \leq 0,05$). The correlations between the remaining domains were considered statistically significant. (Table 07). There was a predominance of a moderate correlation between the domains, at the beginning and the end.

Table 07. Correlation of Pearson coefficient among the SF-36 domains in the myofunctional aesthetics post intervention.

Componentes do SF-36	Functional capacity	Physical aspects	Pain	General health	Vitality	Social aspects	Emotional aspects	Mental health
Functional capacity								
Physical aspects	0,381*							
Pain	0,208	0,401*						
General health	0,192	0,151	0,553***					
Vitality	0,268	0,269	0,550***	0,667***				
Social aspects	- 0,081	0,185	0,519***	0,525***	0,471**			
Emotional aspects	- 0,068	0,282	0,461**	0,491**	0,499***	0,547***		
Mental health	0,111	0,389*	0,536***	0,605***	0,856***	0,505***	0,586***	

* p ≤ 0,05
 ** p ≤ 0,01
 *** p ≤ 0,001

DISCUSSION

The myofunctional aesthetics intervention among women with photoaging grade II, analyzed in this study, promoted an improvement of muscle tension in the regions of the glabella and eyes, as well as the speed of chewing and excess of mimic during speech, in all patients that showed this picture, from the work of myofunctional restoring.

The restoring of the muscle and re-education of orofacial functions favor the smoothing of wrinkles, sulcus and the improvement in sagging [3], in agreement with the findings of this research. Were showed significant improvement in muscle tension of orofacial structures in wrinkles, sulcus [3, 10, 11, 21, 22, 23, 24, 25] and performing stomatognathic functions [3, 10, 11, 22, 24].

The myofunctional work promoted the rejuvenation and aesthetic harmony of the face [24] in order to introduce the Speech, Language and Hearing Sciences in the social context [11], since the aesthetic aspects is itself a factor of psychosocial well-being [26]. The recognition of psychosocial aspects as indicators of health promotion reveals that biotechnology can not be an end in itself [16].

The aesthetics of the body can not be measured by traditional criteria of scientific evaluation, because the concept of beauty is subjective [27]. However, the use of validated instruments of quality of life allows measuring the perceptions of patients about the aesthetics results, in order to promote a safer evaluation of the intervention [28].

In this sense, it was used in this study, the SF-36 instrument to analyze the quality of life of women with facial photoaging grade II after myofunctional aesthetics intervention. It was observed that the average quality of life of women, before treatment, was closer to 100, considering that the further away from 0 and closer of 100, better is its health [19]. After the phonoaudiologic intervention,

the scores average of all domains increased, except the functional capacity domain that decreased, although not statistically significant.

When comparing the scores average of the SF-36 domains, after 17 weeks, was observed a statistically significant increase in the domains general health, vitality and emotional aspect, which shows improvement in both the physical and mental health, as note on the proposed model of the SF-36 [19].

The significant increase of the average of vitality and emotional aspects domains suggests that the aesthetic myofunctional intervention contributed to the improvement of the mental health component of quality of life of women in this study, represented, in SF-36, by the domains vitality, social and emotional aspects and mental health. For women, it emphasizes the importance of preserving the youthful appearance as long as possible in modern society, both in the professional, social and home environment [2]. The demand for the improvement of the image itself or maintain its integrity promotes important motivation forces [6] and favors a life with better quality of life [16], since the aesthetic aspect is an considered a factor of psychosocial well-being [16, 26] and, the psychosocial aspect, an indicator of health promotion [16].

The average of score of general health state, that integrate the physical health component of the SF-36 instrument, presented significantly increase, showing an improvement in general health of women of this study, according to their perception. This increase suggests that not only the psychosocial aspects are related to aesthetic intervention [16, 26], as well as physical health aspects. In this study, the correlation of the general health domain presented was statistically significant predominant in domains related to the mental health component. Emotional factors and related to the vitality can interfere with the general health of the subject, taking into account that health refers to a physical, mental and social well-being [29]. The satisfaction with the appearance predisposes to good physical and mental health [5].

A predominance of a moderate correlation between the domains of SF-36 instrument in pre and post myofunctional intervention was observed. A high correlation could suggest the possibility of redundancy between domains and a low concordance between them could suggest that other dimension was being evaluated, not the quality of life [30]. The Cronbach's α revealed good reliability of the domains, considering the lowest value obtained was 0,78 [31].

No were found articles that investigated the quality of life of individuals submitted to myofunctional aesthetics intervention. The studies about this topic have reported of well-being and satisfaction of treated patients [1, 10, 23, 32, 33]. While satisfaction is a concept related to quality of life [34], does not observe the use of instruments for its evaluation.

In the relationship between quality of life and facial aesthetic were found studies relating, mainly, to the area of plastic surgery and dentistry. Few studies used instruments for assessing quality of life validated and translated into Portuguese. There was, in general, the use of psychological tests, reported, questionnaires of relates of patient satisfaction or quality of life instrument-specific to intervention.

The scarcity of studies involving the subject may be justified by the prejudice that still exists about the aesthetics, not always seen as a health issue but as a quest for beauty itself. The

myofunctional aesthetic intervention is still a recent field of actuation, with few publications in the area.

It was found just 01 paper with the use of the instrument of quality of life SF-36 related to facial aesthetics that corresponded to thesis about orthognatic surgery. It was researched, in this work, self-esteem, depression and quality of life of 29 patients, of both sexes, who underwent orthognathic surgery, presenting malocclusion of Angle Class III. Considering the influence of psychosocial aspects in the treatment of dentofacial deformities, were used the Self-Esteem Scale of Rosenberg, Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20) and SF-36 as instrument of evaluation. Were found an improvement in the domains related to physical, social and emotional aspects after orthognathic surgery as results. Female patients improved self-esteem and decreased depressive symptoms [16]. Regarding the results presented in the SF-36, the improvement of the emotional aspects is in agreement with the findings of this study. It is noteworthy that the studies are of different natures, presenting in common, the relationship between quality of life with facial aesthetics.

Although the construct of quality of life is multidimensional [12, 13, 35, 36, 37], to incorporate physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and others [37] it is believed that the changes observed in the face after myofunctional intervention contributed to the aesthetic improvement of quality of life of women with grade II photoaging, analyzed in this study. Good appearance is a facilitator for social exchange [38] and aesthetic treatment favors the improvement of the psychosocial aspects [16]. Can not disregard the favorable influence of the therapist-patient relationship in improving the quality of life, but only specific studies for this purpose, could safely clear up this possibility.

CONCLUSION

After the myofunctional aesthetic intervention, women with facial photoaging grade II analyzed in this study showed a significant improvement in orofacial muscle tension, wrinkles and sulcus and the realization of stomatognathic functions, observing the myofunctional balance and facial rejuvenation. There was improvement in muscle tension in the region of glabella and eyes, and chewing speed and in excess of mimic during speech in all patients who had changes in these aspects.

The results of this intervention contributed to the significant increase of average of domain scores of general health, vitality and emotional aspects, favoring the improvement of quality of life of women in the components related to physical and mental health.

Functional capacity presented correlated significant only with the physical aspects and, the physical aspects, with the pain and mental health, after the intervention. The correlations between the remaining domains were considered statistically significant, with a predominance of moderate correlation.

Not were found any published paper about quality of life and aesthetic myofunctional intervention. There are few studies using quality of life instruments, validated and translated into Portuguese, involving the facial aesthetics, probably by prejudice still observed in the field of

aesthetics, not always seen as a health issue but as a quest for beauty itself, ignoring the context in which it operates.

Quality of life is itself an important indicator in analysis of technical and results of myofunctional aesthetics intervention, in order to guide recovery actions based on the patient in his human condition. Additional research would favor the inclusion of aesthetics in the context of health.

REFERENCES

1. FRANCO, M.Z. & SCATTONE, L. (2002). Fonoaudiologia e Dermatologia: um trabalho conjunto e pioneiro na suavização das rugas de expressão facial. *Fono atual*. 5(22), 60-66.
2. TARIKI, V.R. & YUNAN, E.K. (2003). Cosmeatria e preenchimento facial. In: MAUAD, R. (Org). *Estética e cirurgia plástica: tratamento no pré e pós-operatório* (pp. 161-231). São Paulo: SENAC.
3. PIEROTTI, S. (2004). Atuação fonoaudiológica na estética facial. In: *Comitê de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Motricidade Orofacial: como atuam os especialistas* (pp. 281-287). São Paulo: Pulso.
4. YAMAGUCHI, C. & SANCHES, O. (2003) Rejuvenescimento facial. In: MAUAD, R. (Org). *Estética e cirurgia plástica: tratamento no pré e pós-operatório* (pp. 79-125). São Paulo: SENAC.
5. CARRUTHERS, J.A., WESSEIS, N. V. & FLYNN, T.C. (2003). Intense Pulsed Light and Botulinum Toxin Type A for the Aging Face. *Cosmetic Dermatology*, 16 (5), 2-16.
6. PITANGUY, I. (2009). *Cartas a um jovem cirurgião: perseverança, disciplina e alegria*. Rio de Janeiro: Elsevier.
7. ADAMI, F., FERNANDES, T.C., FRAINER, D.E.S. & OLIVEIRA, F.R. (2005). Aspectos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na Educação Física. *Revista Digital*, Buenos Aires, ano 10, n. 83. <<http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em 21 de novembro de 2009.
8. VELASCO, M.V.R., STEINER, D., RIBEIRO, M.E., OKUBO, F.R. & BEDIN, V. (2004). Rejuvenescimento da pele por peeling químico: enfoque no peeling de fenol. *An. Bras.Dermatol.*, 79(1), 91-99.
9. CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. (2008). Resolução CFFa nº 352. *Jornal do CFFa*, ano IX, n.37.
10. FRAZÃO, Y. & MANZI, S. (2010). Eficácia da intervenção fonoaudiológica para atenuar o envelhecimento facial. *Rev. CEFAC*. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-8462010005000124&lng=en&nrm=iso> Acesso em 02 de setembro de 2011.
11. TOLEDO, P.N. (2006). *Fonoaudiologia & Estética: a motricidade orofacial aplicada na estética da face*. São Paulo: Lovise.
12. FLECK, M.P.A. (2008). Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M.P.A. & colaboradores. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde* (pp 19-28). Porto Alegre: Artmed.

13. THE WHOQOL GROUP. (1995). The World Health organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.
14. DeFRIESE, G. H. (1990). Measuring the effectiveness of medical interventions. *Health Serv. Res.*, 25, 691-695.
15. BRASIL. (1996). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em 10 de outubro de 2010.
16. NICODEMO, D. (2005). *Escala de auto-estima Rosenberg / UNIFESP – EPM, Self-Report Questionnaire-20, Short-Form 36 em pacientes classes III submetidos à cirurgia ortognática*. Tese (Doutorado: Ciências). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
17. GLOGAU, R.G. (1996). Aesthetic and anatomic analysis of the aging skin. *Semin Cutan Med Surg.*, 15(3), 134-138.
18. CICONELLI, R.M., FERRAZ, M.B., SANTOS, W., MEINÃO, I. & QUARESMA, M.R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3), 143-150.
19. WARE, J.E.Jr. (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, 25(24), .3130-3139.
20. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (1998). Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)< <http://www.ufgrs.br/psiq> >. Acesso em 18 de dezembro de 2008.
21. TASCA, S.M.T. (2002). Programa de aprimoramento muscular em fonoaudiologia estética facial (PAMFEF). São Paulo: Pró- fono.
22. FRANCO, M.Z. (2008). Atuação fonoaudiológica na suavização das rugas de expressão e estética da face. In: SILVA, P.B. & DAVID, R.H.F. *Cadernos do Fonoaudiólogo: Motricidade Orofacial* (pp15-21). São Paulo: Lovise.
23. TAKACS, A.P., VALDRIGUI, V. & ASSENCIO-FERREIRA, V.J. (2002). Fonoaudiologia e estética: unidas a favor da beleza facial. *Rev CEFAC*, 4, 111-116.
24. FRANCO, M.Z. (2004). Fonoaudiologia e estética: um novo alcance da motricidade oral. In: *Comitê de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Motricidade Orofacial: como atuam os especialistas* (pp. 289-295). São Paulo: Pulso.
25. MATTIA, F.A, CZLUSNIAK, G. & RICCI C.C.P.P. (2008). Contribuição da Fonoaudiologia na estética facial: relato de caso. *Rev. Salus-Guarapuava*, 2(2), 15-22.
26. CARDOSO, S.M.O. (1990). *Estudo da estética facial visando a confecção das próteses faciais*. Dissertação (Mestrado: Clínicas Odontológicas). Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
27. FERREIRA, M.C. (2000). Cirurgia plástica estética – avaliação dos resultados. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plás.t*, 15(1), 55-66.

28. RHEE, J.S. & McMULLIN, B.T. (2008). Measuring outcomes in facial plastic surgery: a decade of progress. *Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 16, 387-393.
29. SEGRE, M. & FERRAZ, F.C. (1997) O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*, 31(5), 538-542.
30. CICONELLI, R.M. (1997). *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*. Tese (Doutorado: Medicina). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
31. MAROCO, J. & GARCIA-MARQUES, T. (2006). Qual a fiabilidade do alpha de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
32. SANTOS, C.C.G. & FERRAZ, M.J.P.C. (2010). Atuação da fonoaudiologia na estética facial: relato de caso clínico. *Rev. CEFAC.* , 13(4), 763-768.
33. SILVA, N.L.S., VIEIRA, V.S. & MOTTA, A.R. (2010). Eficácia de duas técnicas fonoaudiológicas da estética facial no músculo orbicular dos olhos: estudo piloto. *Rev. CEFAC*, 12(4), 102-109.
34. SARWER, D.B. (1998) Quality of life outcomes after cosmetic surgery-discussion. *Plast.Reconstr. Surg.* 102(6), 2146-2147.
35. MINAYO, M.C.S., HARTZ, Z.M.A. & BUSS, P.M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciências & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
36. CHACHAMOVICH, E. & FLECK, M. P.A. (2008). Desenvolvimento do WHOQOL-100. In: FLECK, M. P.A. e colaboradores. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde* (pp.19-28). Porto Alegre: Artmed.
37. THE WHOQOL GROUP. (1994). The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument. In: ORLEY, J & KUYKEN, W.(Ed.). *Quality of life assessment: internacional perspectives*. Berlin: Springer, 1994.p.41-57.
38. WOLF, S.M.R. (1998). O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*. 52(4), 307-316.

6. CONCLUSÕES

O envelhecimento facial gera, além de mudanças físicas, alterações psicossociais. Nesse sentido, dispõe-se de uma grande variedade de técnicas para o rejuvenescimento facial, com vistas ao cuidado da saúde e da aparência física. Na busca pelo equilíbrio muscular e funcional, a intervenção miofuncional estética promove melhores condições de saúde ao indivíduo, ao promover uma face mais jovem e harmônica, favorecendo a melhora do bem-estar e da vitalidade comprometidos no envelhecimento.

A revisão integrativa da literatura revelou que o rejuvenescimento facial, após a intervenção miofuncional estética, foi representado pelo equilíbrio da tensão muscular, suavização das linhas de expressão, face mais suave, harmônica e rejuvenescida, conscientização de posturas e na realização das funções estomatognáticas, olhos mais abertos, redução significativa bilateral da medida de projeção do sulco nasogeniano ao tragus, redução de bolsas na pálpebra inferior e melhora na pálpebra superior, melhor definição do contorno facial e redução das olheiras. As publicações apresentaram, em comum, resultados estéticos que favorecem o rejuvenescimento facial e a participação dos pacientes e dos profissionais na avaliação dos resultados. Cumpre ressaltar que são escassos os estudos sobre esse tema. Pesquisas adicionais são necessárias para o aprofundamento do assunto, de forma a contribuir para o conhecimento das suas técnicas, qualificar o serviço prestado e nortear as condutas terapêuticas.

Após a intervenção miofuncional estética, as mulheres com fotoenvelhecimento facial grau II analisadas apresentaram uma melhora significativa na tensão muscular orofacial, nas rugas, nos sulcos e na realização das funções estomatognáticas de mastigação e deglutição. Evidenciou-se melhora na tensão muscular das regiões de glabella e olhos,

na velocidade mastigatória e no excesso de mímicas durante a fala, em todas as pacientes que apresentaram alterações nesses aspectos.

Embora o constructo qualidade de vida seja multidimensional, pela influência do ambiente global, acredita-se que a intervenção miofuncional estética contribuiu para o aumento significativo das médias dos escores referentes aos domínios estado geral de saúde, vitalidade e aspectos emocionais, após a intervenção. A terapia favoreceu o reequilíbrio miofuncional e o rejuvenescimento facial, resultando na melhora da qualidade de vida das mulheres, tanto no componente saúde física quanto no mental.

Não foi encontrado nenhum artigo que avaliasse a qualidade de vida em sujeitos submetidos à intervenção miofuncional estética. Apesar da preocupação com os aspectos conceituais e psicométricos da qualidade de vida e do crescimento do número de pesquisas na área da saúde envolvendo o constructo, no que respeita à estética facial, são escassos os estudos que utilizam instrumentos de qualidade de vida, validados e traduzidos para o português.

As publicações sobre qualidade de vida e estética facial concentram-se nas áreas odontológica e de cirurgia plástica. Chama a atenção, a utilização de questionários de satisfação e testes psicológicos na avaliação da qualidade de vida que não permitem tirar conclusões sobre ela, por desconsiderarem os múltiplos domínios que a compõem.

Nesse trabalho, utilizou-se o questionário SF-36, instrumento genérico de qualidade de vida, multidimensional, validado e traduzido para o português, para a avaliação da qualidade de vida relacionada à intervenção miofuncional estética.

Acredita-se que a qualidade de vida deva constituir um indicador na análise de resultados de intervenção miofuncional estética, de forma a nortear ações pautadas na valorização do paciente na sua condição humana.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O preconceito ainda observado no campo da estética, muitas vezes considera a busca da beleza com um fim em si mesma, nem sempre considerando-a uma questão de saúde, o que pode justificar a escassez de estudos de qualidade de vida relacionada à estética. A própria intervenção miofuncional estética é, ainda, um campo recente de atuação, com poucas pesquisas publicadas, das quais algumas mencionam a qualidade de vida, porém sem conceituá-la ou investigá-la apropriadamente, com a utilização de instrumentos adequados.

Constatou-se, no decorrer desse trabalho, que muitas são as perspectivas e necessidades que envolvem o campo de atuação miofuncional estética. Dentre essas, destaca-se a publicação de um protocolo padronizado de documentação fotográfica, a proposição de um instrumento validado de qualidade de vida em estética facial, maior divulgação dos resultados da intervenção miofuncional estética, além da importância da participação do paciente no seu processo avaliativo, com vistas ao conhecimento e a valorização da sua percepção sobre os resultados da intervenção.

Diversas são as possibilidades de parceria nessa área de atuação e a qualidade de vida deve ser apresentada como um importante recurso avaliativo dos seus resultados, de forma a integrar os instrumentos de análise da intervenção em estética.

Outras pesquisas sobre esse tema favoreceriam a inclusão da estética no âmbito da saúde e possibilitariam a análise e divulgação das suas técnicas e resultados, na perspectiva do próprio sujeito.

8. REFERÊNCIAS

ADAMI, F.; FERNANDES, T.C.; FRAINER, D.E.S.; OLIVEIRA, F.R. Aspectos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na Educação Física. **Revista Digital**, Buenos Aires, ano 10, n. 83, 2005. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em: 21 nov. 2009.

ANDADE, C.R.F. **Fonoaudiologia Preventiva** – teoria e vocabulário técnico-científico. São Paulo: Lovise, 1996.

ARISTÓTELES. **A ética**. São Paulo: Edipro, 2003.

BELASCO, A.G.S.; SESSO, R.C.C. Qualidade de vida: princípios, focos de estudo e intervenções. In: DINIZ, D.P.; SCHOR, N. **Qualidade de vida**. São Paulo: Manole, 2006. p.1-10.

BLAY, S.L.; MERLIN, M.S. Desenho e metodologia de pesquisa em qualidade de vida. In: DINIZ, D.P.; SCHOR, N. **Qualidade de vida**. São Paulo: Manole, 2006. p. 19-30.

CAMPOLINA, A.G.; CICONELLI, R.M. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**. v.9, n.2, p. 128-136, 2006.

CICONELLI, R.M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36). 1997. 120p. Tese (Doutorado: Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.39, n.3, p.143-150, 1999.

CARDOSO, S.M.O. **Estudo da estética facial visando a confecção das próteses faciais**. 1990. 232p. Dissertação (Mestrado: Clínicas Odontológicas) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

COMITÊ DE MOTRICIDADE OROFACIAL. **Motricidade orofacial**: como atuam os especialistas. São Paulo: Pulso, 2004. 309 p.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Resolução CFFa nº 352. **Jornal do CFFa**, ano IX, n.37, abr./maio/jun., 2008. 26p.

DeFRIESE, G.H. Measuring the effectiveness of medical interventions. **Health Serv. Res.**, v. 25, p. 691-695, 1990.

DELALIBERA, M.A. **A imagem do corpo e a angústia sobre o corpo no envelhecer e no morrer**. 2005. 55p. Monografia (Curso: Psicologia) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

DE MAIO, M.; MAGRI, I.O.; BELLO, C.N. Toxina botulínica: a relação do tipo de paciente com a duração de afeito. **Cir. Plást. Ibero-latinoam**. v.34, n. 1, p. 19-26, 2008.

DINIZ, D.P. Apresentação. In: DINIZ, D.P.; SCHOR, N. **Qualidade de vida**. São Paulo: Manole, 2006.

DUARTE JÚNIOR, F. **O que é beleza**: experiência estética. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

DUARTE, P.S.; CICONELLI, R.M. Instrumentos para a avaliação da qualidade de vida: genéricos e específicos. In: DINIZ, D.P.; SCHOR, N. **Qualidade de Vida**. São Paulo: Manole, 2006. p.11-18.

FERREIRA, M.C. Cirurgia plástica estética – avaliação dos resultados. **Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.** v.15, n.1, p.55-66, 2000.

FLECK, M.P.A; LEAL, O.F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras Psiquiatr.** v. 21, n. 1, p.19-28, 1999.

FLECK, M.P.A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M.P.A. e colaboradores. **A avaliação de qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.19-28.

FRANCO, M.Z.; SCATTONE, L. Fonoaudiologia e Dermatologia: um trabalho conjunto e pioneiro na suavização das rugas de expressão facial. **Fono atual**. v. 5, n. 22, p. 60-66, 2002.

FRANCO, M.Z. Fonoaudiologia e estética: um novo alcance da motricidade oral. In: Comitê de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. **Motricidade Orofacial**: como atuam os especialistas. São Paulo: Pulso, 2004. p. 289-295.

FRANCO, M.Z. Atuação fonoaudiológica na suavização das rugas de expressão e estética da face. In: SILVA, P.B.; DAVID, R.H.F. **Cadernos do Fonoaudiólogo**: Motricidade Orofacial. São Paulo: Lovise, 2008. p.15-21.

FRAZÃO, Y.; MANZI, S. Eficácia da intervenção fonoaudiológica para atenuar o envelhecimento facial. **Rev. CEFAC**. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462010005000124&lng=en&nrm=iso> Acesso em: set. 2011.

GLOGAU, R.G. Aesthetic and anatomic analysis of the aging skin. **Semin Cutan Med Surg**. v.15, n. 3, p.134-138, 1996.

GOLDFARD, D.C. **Corpo, Tempo e Envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

GUIRRO, E.; GUIRRO, R. **Fisioterapia dermatofuncional**. São Paulo: Manole, 2004.

JARDINI, R.S.R. Uso do exercitador facial: um estudo preliminar para fortalecer os músculos faciais. **Pró-Fono Rev de Atualização Científica**. v.13, n.1, p.83-89, 2001.

MAGRINI, S.F. **Cirurgia de rejuvenescimento facial**: estudo da imagem corporal e da qualidade de vida. 2006. 130p. Tese (Doutorado em Ciências: Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MANZI, S.; FRAZÃO, Y. O prazer de se olhar no espelho e sentir-se bem – Fonoaudiologia estética facial. In: MANZI, S.; FRAZÃO, Y. **Saúde e rejuvenescimento** – você saudável por dentro e por fora. São Paulo: Pulso Editorial, 2011. p. 23-66.

MATTIA, F.A.; Czylusniak, G.; Ricci, C.C.P.P. Contribuição da Fonoaudiologia na estética facial: relato de caso. **Rev. Salus-Guarapuava**. v. 2, n.2, p.15-22, 2008.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciências & Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

NICODEMO, D. **Escala de auto-estima Rosenberg / UNIFESP – EPM, Self-Report Questionnaire-20, Short-Form 36 em pacientes classes III submetidos à cirurgia ortognática**. 2005. 103p. Tese (Doutorado: Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

PAES, C.; Toledo, P.N.; Silva, H.J. Fonoaudiologia e estética facial: estudo de casos. **Rev. CEFAC**. v.9, n.2, p. 213-220, 2007.

PATRICK, D.L. A qualidade de vida pode ser medida? Como? In: FLECK, M.P.A. et al. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 29-39.

PIEROTTI, S. Atuação fonoaudiológica na estética facial. In: Comitê de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. **Motricidade Orofacial: como atuam os especialistas**. São Paulo: Pulso, 2004. p.281-287.

PITANGUY, I. **Cartas a um jovem cirurgião: perseverança, disciplina e alegria**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

RHEE, J.S.; McMULLIN, B.T. Measuring outcomes in facial plastic surgery: a decade of progress. **Otolaryngology & Head and Neck Surgery**, v. 16, p.387-393, 2008.

RIBEIRO, A. Aspectos biológicos do envelhecimento. In: RUSSO, I. P. **Intervenção fonoaudiológica na terceira idade**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. p. 1-11.

ROSSI, E. Envelhecimento do sistema osteoarticular. **Einstein**. v.6, n.1, p.7-12, 2008.

ROUBENOFF, R.; HUGHES, V.A. Sarcopenia: current concepts. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**. v.55, n.12, p.716-724, 2007.

RUIZ, R.O. Técnicas Clínicas de Rejuvenescimento Facial. In: TOLEDO, P.N. **Fonoaudiologia & Estética: A Motricidade Orofacial Aplicada na Estética da Face**. São Paulo: Lovise, 2006. p. 67 – 70.

SALLES, A.G. Fisiopatologia do Envelhecimento Facial. In: TOLEDO, P.N. **Fonoaudiologia & Estética: A Motricidade Orofacial Aplicada na Estética da Face**. São Paulo: Lovise, 2006. p. 51 – 55.

SANTORO, M.I.R.M.; SILVA, F.C.F.; KEDOR-HACKMANN, E.R.M. Stability analysis of emulsions containing UV and IR filters. **Cosmet. Toiletries**, v.115, n.12, p.55-60, 2000.

SANTOS, C.C.G.; FERRAZ, M.J.P.C. Atuação da fonoaudiologia na estética facial: relato de caso clínico. **Rev. CEFAC**. v. 13, n.4, p.763-768, 2010.
SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**. v.20, n. 2, p.580-588, 2004.

SILVA, N.L.S.; VIEIRA, V.S.; MOTTA, A.R. Eficácia de duas técnicas fonoaudiológicas da estética facial no músculo orbicular dos olhos: estudo piloto. **Rev. CEFAC**. v. 12, n.4, p.102-109, 2010.

STUART-HAMILTON, I. **A psicologia do envelhecimento**: uma introdução. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TAKACS, A.P.; VALDRIGUI, V.; ASSENCIO-FERREIRA, V.J. Fonoaudiologia e estética: unidas a favor da beleza facial. **Rev CEFAC**. v.4, p.111-116, 2002.

TARIKI, V.R.; YUNAN, E.K. Cosmeatria e preenchimento facial. In: MAUAD, R. **Estética e cirurgia plástica**: tratamento no pré e pós-operatório. São Paulo: SENAC, 2003. p.161-231.

TASCA, S.M.T. **Programa de aprimoramento muscular em fonoaudiologia estética facial (PAMFEF)**. São Paulo: Pró- fono, 2002.

TEIXEIRA, M.C.T.V.; FRANCHIN, A.B.B; DURSO, F.A.; DONATI, L.B.; FACIN, M.M.; PEDRESCHI, P.T. Envelhecimento e rejuvenescimento: um estudo de representação social. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. V.10, n.1, p.49-71, 2007.

THE WHOQOL GROUP. The World Health organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health organization. **Social Science and Medicine**, v.41, n.10, p.1403-1409, 1995.

TOLEDO, P.N. **Fonoaudiologia & Estética**: a motricidade orofacial aplicada na estética da face. São Paulo: Lovise, 2006.

ULSON, S.M.A. Estética facial: possibilidades da intervenção fonoaudiológica no diagnóstico e tratamento das rugas de expressão. In: MARCHESAN, I.Q. et al **Tópicos em Fonoaudiologia**. São Paulo: Lovise, 2002. p. 315-339.

VELASCO, M.V.R.; STEINER, D.; RIBEIRO, M.E.; OKUBO, F.R.; BEDIN, V. Rejuvenescimento da pele por peeling químico: enfoque no peeling de fenol. **An. Bras.Dermatol**. v.79, n.1, p.91-99, 2004.

WARE, J.E.Jr; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, v.30, n.6, p.473-483, 1992.

WARE, J.E.; GANDEK, B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. **J Clin Epidemiol**. v.51, n.11, p.903-912, 1998.

WARE, J.E.Jr. SF-36 health survey update. **Spine**, v.25, n.24, p.3130-3139, 2000.

WOLF, S.M.R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**. v.52, n.4, p.307-316, 1998.

YAAR, M. Manifestações clínicas e histológicas dos envelhecimentos cutâneos intrínseco e extrínseco. In: GILCHREST, B.A.; KRUTMANN, J. **Envelhecimento cutâneo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p.15-28.

YAMAGUCHI, C.; SANCHES, O. Rejuvenescimento facial. In: MAUAD, R. **Estética e cirurgia plástica**: tratamento no pré e pós-operatório. São Paulo: SENAC, 2003. p.79-125.

ZATSIORSKY, V.M.; KRAEMER, W.J. Treinamento de força para atletas idosos. In: ZATSIORSKY, V.M.; KRAEMER, W.J. **Ciência e prática do treinamento de força**. 2ª ed. São Paulo: Forte, 2008. p. 229-240.

ZIMBLER, M.S.; KOKOSKA, M.S; THOMAS, J.R. Anatomy and pathophysiology of facial aging. **Facial Plast Surg Clin North Am**, v. 9, n. 2, p.179-187, 2001.

9. ANEXOS

ANEXO A – Instrumento SF-36

**Versão Brasileira do
Questionário de Qualidade de Vida -SF-36
Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey**

Nome: _____ Data: ___/___/___

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

1-Excelente 2- Muito boa 3- Boa 4- Ruim 5- Muito ruim

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral atualmente?

1- Muito melhor atualmente do que a um ano atrás. 4- Um pouco pior atualmente do que há um ano atrás.

2- Um pouco melhor atualmente do que a um ano atrás. 5- Muito pior atualmente do que há um ano atrás.

3- Quase a mesma de um ano atrás.

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta pouco	Não. Sem dificuldade
<u>1. Atividades</u>			
a. Atividades vigorosas que exigem muito esforço (correr, levantar objetos pesados, praticar esportes árduos).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Atividades moderadas (mover uma mesa, passar aspirador de pó, varrer a casa, jogar bola).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Levantar ou carregar mantimentos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

d. Subir vários lances de escada.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Subir um lance de escada.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Andar mais de 1 Km.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. Andar vários quarteirões.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Andar um quarteirão.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j Tomar banho ou vestir-se.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua *saúde física*?

Atividades	SIM	NÃO
a. A quantidade de tempo que você levava para fazer seu trabalho ou outras atividades diminuiu?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. Esteve limitado no seu trabalho ou em outras atividades?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (necessitou esforçar-se mais)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum *problema emocional* (depressão ou ansiedade)?

Atividades	SIM	NÃO
a. A quantidade de tempo que você levava para fazer seu trabalho ou outras atividades diminuiu?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

- 1-De forma nenhuma 2- Ligeiramente 3- Moderadamente 4- Bastante
 5- Extremamente

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

- 1-Nenhuma 2- Muito leve 3- Leve 4- Moderada 5- Grave 6- Muito grave

8. Durante as últimas 4 semanas, o quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (dentro e fora de casa)?

- 1-De maneira alguma 2- Um pouco 3- Moderadamente 4- Bastante
 5- Extremamente

9. Questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você

durante as últimas 4 semanas.

Quanto tempo você tem se sentido...	Todo tempo	Maior parte do tempo	Boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pequena parte do tempo	Nunca
a. Cheio de vigor, de vontade, de força?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b. Muito nervosa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c. Deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d. Calmo, tranquilo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e. Com muita energia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f. Desanimado, abatido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
g. esgotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
h. feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
i. cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo, a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (visitas a amigos, passeios, etc.) ?

- 1- Todo o tempo. 2- A maior parte do tempo. 3- Alguma parte do tempo.
 4- Uma pequena parte do tempo. 5- Nenhuma parte do tempo.

11. Quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

Questões	verdadeiro	> das x V	não sei	> das x falsa	falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Minha saúde é excelente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ANEXO B - PROTOCOLO DE ANAMNESE PAMFEF

PROTOCOLO PAMFEF DE HISTÓRICO CLÍNICO DO CLIENTE*

1. DADOS PESSOAIS.

• data de nascimento : ____ / ____ / ____

• endereço: _____

• telefone: _____ • profissão: _____

• local de trabalho – ambiente: _____

• atividades simultâneas: _____

• horas semanais: _____

2. DADOS MÉDICOS.

• doenças: _____

• tratamento: _____

• medicamentos: _____

• cirurgias gerais: _____

• problemas respiratórios: _____

• problemas cardíacos: _____

• problemas hormonais: _____

• dores na articulação temporomandibular: _____

• alergias: _____

3. HÁBITOS VICIOSOS E POSTURAIS.

• tabagista? _____ frequência: _____

• etilista? _____ frequência: _____

quantidade: _____

• onicofagia? _____ lado: _____

situações: _____

• bruxismo? _____ uso de placa: _____ frequência: _____

especialista: _____

• apoio corporal? _____ braços: _____ pernas: _____

• problemas de coluna? _____

4. ALIMENTAÇÃO.

• consistência alimentar diária: _____

- postura alimentar: _____
- velocidade: _____
- mastigação: _____ unilateral? _____ bilateral? _____
- sucção: _____
- deglutição: _____ engasgos? _____
com qual consistência alimentar? _____
- hidratação: _____ quantidade: _____
frequência: _____

5. SONO.

- posição: _____ • lado predominante: _____
- qualidade: _____ • duração: _____

6. PRÁTICA DE ESPORTES.

- qual modalidade? _____
- frequência: _____
- por quê? _____

7. EXPOSIÇÃO SOLAR.

- frequência: _____
- filtro solar (fator): _____
- bronzeamento artificial: _____ tempo: _____
por quê? _____

8. ROTINA.

- afazeres diários: _____

9. EXPRESSÃO FACIAL.

- repetitivas: _____ diversas: _____
- auto – imagem (personalidade): _____

10. TENSÃO

- corporal: _____ localização: _____
- facial: _____ localização: _____

11. TRATAMENTOS ESTÉTICOS.

- tratamento de pele: _____ especialista: _____
duração: _____
por quê? _____
resultados: _____
- uso de cremes: _____ qual? _____

freqüência: _____
indicação: _____
resultados: _____
para quê? _____
• cirurgia plástica facial: _____ local: _____
quando: _____ especialista: _____
resultados: _____
• preenchimentos: _____ qual? _____
quando? _____ especialista: _____
resultados: _____
complicações: _____
durabilidade: _____
• *peeling*: _____ rugas: _____ acnes: _____
• massagens faciais: _____ especialista: _____
período: _____
resultados: _____
* aplicação de substâncias: _____ duração: _____
resultados: _____
freqüência: _____ duração: _____

12. PADRÃO DE BELEZA.

* Protocolo PAMFEF de histórico clínico do cliente. (TASCA, 2002).

ANEXO C – PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO ESTÉTICA*

Identificação

Nome: _____

DN: _____ idade: _____

Profissão: _____

Encaminhado por: _____

Data da Avaliação: _____

A – CORPO:

I- Frente

Cabeça em relação ao pescoço: () reta
() inclinada: D () E () frente () trás ()
() anteriorizada em relação ao tórax
Ombro: mesma altura: () elevado: D () E ()
rotação anterior: D () E () rotação posterior: D () E ()

II - Costas

omoplata: mesma altura: () mais alta: D () E ()
escoliose: sim () não () _____:

III- Perfil

Cabeça anteriorizada () () Frente Trás ()
lordose: sim () não () _____
sifose: sim () não () _____
cabeça anteriorizada em relação ao tórax: sim () não () _____

IV - Sentado

normal () anteriorizada em relação ao tórax: ()
inclinada: frente () trás () lado D () lado E ()

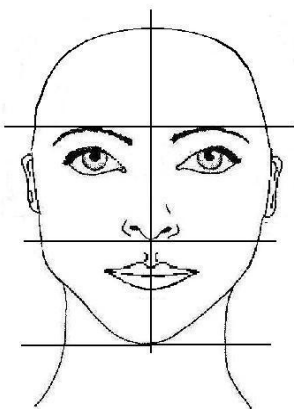
B - FACE :

Tipos de face

() quadrada () retangular () triangular
() hexagonal
() redonda () oval () triangular invertido
() hexagonal (base reta) () losango

Mensurar os terços da face:

- superior: _____ mm
- médio: _____ mm
- inferior: _____ mm



I - Testa

Descrição da implantação do cabelo _____
() estreita () larga

- () com tensão () sem tensão
 () simétrica () assimétrica
 () com rugas () sem rugas
 () estáticas () dinâmicas

Descrição do grau de severidade das rugas de cada hemiface: _____

Glabela

- () com tensão () sem tensão
 () sem rugas () com rugas Descrever o grau de severidade _____
 () estáticas () dinâmicas

II- Sobrancelhas

- () simétricas () assimétricas () curtas () longas () descendentes
 () ascendentes

III -Olhos

Cor : _____

- () amendoados (levantados) () caídos () arregalados () cerrados () asiáticos
 () grandes
 () pequenos () afastados () próximos () fundos
 simétricos: sim () não ()
 direito: maior que E () menor que E ()
 direito: mais alto que E () mais baixo que E ()
 olhar: com brilho () sem brilho ()
 () bolsa nas pálpebras inferiores
 () queda nas pálpebras superiores () muita sobra de pele () pouca sobra de pele
 () tensão do orbicular do olho
 () rugas periorbitárias () estáticas () dinâmicas ()
 Descrever o grau de severidade das rugas (direita e esquerda)

IV - Nariz:

- pequeno em relação ao rosto: sim não muito grande: sim não
- () curto () longo () largo () fino () pontudo () achatado () arrebicado
- () redondo () caído
- narinas simétricas: assimétricas: D menor E D maior E
- com asas desenvolvidas: sem asas desenvolvidas: simétricas
- descrever: _____
- ângulo naso labial:
- 90° maior que 90° menor que 90°
- Rugas do Alérgico sim não () estática () dinâmica
- desvio de septo: direita esquerda

V- Bochechas:

- normais assimétricas
- marcas internas: D E
- direita mais alta: sim não
- direita com maior volume: sim não
- () sem rugas () com rugas
- () rugas dinâmicas () rugas estáticas Descrever _____
- Em sorriso número de pregas lado D _____ lado E _____
- () muita flacidez () pouca flacidez
- tono direita: normal aumentado diminuído
- tono esquerda: normal aumentado diminuído
- capacidade de inflar direita: normal com dificuldade não consegue
- capacidade de inflar esquerda: normal com dificuldade não consegue
- capacidade de contrair direita: normal com dificuldade não consegue
- capacidade de contrair esquerda: normal com dificuldade não consegue

VI- Boca

() normal () pequena () larga () coração () cantos caídos () boca envelhecida

Lábios

- () finos () grossos
- () sem rugas () com rugas Descrever o grau de severidade _____
- () dinâmicas () estáticas
- Assimetria dos lábios _____
- ocluídos entreabertos abertos ocluídos com tensão ocluídos sem tensão
- lábio superior: normal curto evertido retraído
- o lábio superior cobre os incisivos superiores: nada metade 2/3 tudo
- filtro: normal pequeno grande medir em mm _____
- filtro: até estômio medir em mm _____
- lábio superior comparar lado direito e esquerdo: simétricos não simétricos
- descrever: _____ Medir em mm _____
- lábio inferior: com eversão: sim não parte interna lisa: visível não visível
- lábio inferior comparar lados direito e esquerdo: simétricos não simétricos
- descrever: _____ Medir em mm _____
- comissuras: mesma altura D mais alta E mais alta
- cor dos lábios: normal avermelhados esbranquiçados
- lábios ressecados: sim não com rachaduras: sim não
- ângulo mento labial (verificar de perfil):
- normal muito acentuado pouco acentuado
- tonus :lábio superior: normal aumentado diminuído
- tonus : lábio inferior: normal aumentado diminuído
- mobilidade:
- comissuras no sorriso fechado: mesma altura D mais alta E mais alta
- comissuras no sorriso aberto: mesma altura D mais alta E mais alta

- medir com o paquímetro a distância do canto externo do olho até a comissura labial do mesmo lado: - lado direito _____mm lado esquerdo _____mm

- VII - Mento

- normal: desviado: D E
- () pronunciado () retraído () pontudo () redondo () reto
- tônus do mento: normal aumentado diminuído
- () com sulco mental () sem sulco mental
- A alteração de mento é por compensação:
- do lábio inferior aberto: sim não
- de possível discrepância maxilo/mandibular horizontal: sim não
- de possível aumento vertical do terço inferior da face: sim não

- VIII - Mandíbula:

- contorno da mandíbula presente () ausente ()
- postura de repouso mandibular: normal aberta desviada: D E
- solicitar movimento sem contato dentário para:
- direita: normal não consegue desvia ruídos dor
- esquerda: normal não consegue desvia ruídos dor
- protruir: normal não consegue desvia ruídos dor
- lateraliza melhor para a: D E
- abrir e fechar:
- normal com dor: D E com ruído: D E com desvio: D E
- mensurar a abertura máxima: _____mm

- Masseter:

- palpar: iguais D maior E E maior D
- solicitar apertamento:
- ambos os lados contraem ao mesmo tempo sim não
- D contrai primeiro: E contrai primeiro:
- D maior tamanho: E maior tamanho: tamanhos iguais:

- Temporal: solicitar apertamento dentário

- mesma força D maior E E maior D
- ambos os lados contraem ao mesmo tempo: sim não
- D contrai primeiro: E contrai primeiro:

IX - Língua:

- normal grande para a cavidade
- com marcas nas laterais: direita esquerda
- posição habitual da língua: anteriorizada posteriorizada
- língua: simétrica assimétrica descrever _____
- tensão: normal aumentada diminuída
- Mobilidade: _____
- Assoalho Bucal: normal tonus alterado

X - Dentes:

- número de dentes:
- hemiarcada superior D _____ hemiarcada superior E _____
- hemiarcada inferior D _____ hemiarcada inferior E _____
- estado de conservação: bom médio ruim
- alteração de oclusão segundo Angle:
- Classe I
- Classe II divisão 1ª divisão 2ª
- Classe III
- mordida aberta anterior: não sim medir em mm _____
- mordida aberta posterior: D E ambos
- mordida cruzada: não sim D E ambas
- mordida em topo: sim não
- sobremordida: sim não
- overjet: não sim medir em mm _____
- uso de próteses: não sim descrever _____
_ () total () parcial
- implante: sim () não () Quais os dentes _____
Obs: _____

C - .PELE:

- **Biotipo cutâneo:** () Normal () Seca Desidratada () Oleosa normal
- () Oleosa Desidratada () Oleosa () Seborreica () Mista
- **Fototipo:** () I () II () III () IV () V () VI
- **Goglau:** () 1 suave () 2 moderado () 3 avançado () 4 severo
- **Rugas** () Dinâmicas _____ () Estáticas _____
Frontais () sim () não Grau _____
Glabelares () sim não () Grau _____
Periorbitárias () sim () não Grau _____
Peribucais () sim () não Grau _____
Cervical () sim () não Grau _____
Sulco nasogeniano () sim () não Grau _____
Sulco labiomentoniano () sim () não Grau _____

D- FUNÇÕES:

I - Respiração:

- Modo : nasal bucal mista
- Registrar com o espelho de Glatzel:
ambas narinas com a mesma saída de ar mais à D mais à E

II - Mastigação:

Utilizar pão francês: Solicitar ao paciente que morda o pão em cada uma das provas.

1ª Prova

Solicitar que coma de modo habitual.

- com amassamento da língua: sim não
- com movimentos exagerados da musculatura perioral: sim não
- mais de um lado do que do outro: não sim
- especificar o lado mais utilizado: D ou E
- com dificuldade: sim não
- muito rápido: sim não
- muito devagar: sim não
- tem dor durante a mastigação: sim não
- solicita líquidos durante a mastigação: sim não
- faz ruído na mastigação: sim não
- ao morder a quantidade é: normal muito pouco

Perguntar ao paciente se foi fácil ou difícil mastigar, qual lado tem preferência e se ele notou alguma dificuldade.

2ª Prova

Solicitar que mastigue só à direita e observar

3ª Prova

Solicitar que mastigue só à esquerda e observar

Perguntar se foi fácil ou difícil, se o alimento tendia a ficar daquele lado ou a mudar, e se notou alguma dificuldade.

4ª Prova

Solicitar que mastigue de forma habitual novamente. Esta prova será utilizada para verificar a deglutição.

III - Deglutição de sólido

- normal
- com projeção de língua anterior
- com contração de periorbicular
- com contração de mental
- com movimento de cabeça
- com ruído
- com boca aberta
- com dificuldade
- com engasgos
- com interposição de lábio inferior
- com dor
- se sobram alimentos após deglutir
- se apresentou tosse após deglutir

Com água no copo transparente:

- normal
- com projeção de língua anterior
- com contração de periorbicular
- com contração de mentalis
- com movimento de cabeça
- com ruído
- com dificuldade
- com engasgos
- com interposição de lábio inferior
- com dor
- se apresentou tosse após deglutir
- se coloca muita água na boca de uma vez ou pouca
- se toma direto ou pega gole a gole

Perguntar ao paciente se normalmente ele tem dificuldade para deglutir: não sim
Pedir para descrever a dificuldade: _____

IV - Fala:

Normal Alterada

Articulação : () bem definida () imprecisa () exagerada () travada

Descrever: _____

V - Voz

A- Tipos:

() rouca () áspera () soprosa () gutural () tensa- estrangulada () monótona ()
pastosa () infantilizada () presbifônica () hipernasal () hiponasal

Observações _____

B- Ressonância

() equilibrada () laringofaríngea () oral () nasal

C- Altura Vocal

() mais grave () mais aguda

D- Intensidade

() adequada () elevada () reduzida

Resultados

Conduta :

Encaminhamentos :

*Protocolo de Avaliação Estética proposto por Pierotti (2004)

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UFG

PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG N.º 091/2009

Goiânia, 27/08/2009

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL (IES): Fonoaudióloga: Cejana Baiocchi Souza

Orientador: Prof. Celmo Celeno Porto

Co-orientadora: Prof.ª Maria Alves Barbosa

TÍTULO: “Análise da qualidade de vida de mulheres com fotoenvelhecimento facial grau II submetidas à intervenção miofuncional com enfoque estético”

Área Temática: Grupo III

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde/Fonoaudiologia


Local de Realização: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Serviço de Dermatologia

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, **analisou e aprovou**, o projeto de Pesquisa acima referido, juntamente com os documentos apresentados e estes foram considerados em acordo com os princípios éticos vigentes.

Informamos que **não há** necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).

O CEPMHA/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (*Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa – Item 13*)


Farm. José Mário Coelho Moraes
Coordenador do CEPMHA/HC/UFG

ANEXO E - Normas para publicação na Revista Medicina Cutânea Ibero-Latino-Americana – Artigo 1

Redacción y
administración:

Grupo Aula Médica S.L.
Paseo Pintor Rosales, nº 26
28008 Madrid

Tel. +34 91 357 66 09
redaccion@medcutan-ila.org

Órgano Oficial del Colegio Ibero-Latino-Americano de Dermatología Medicina Cutânea® Ibero-Latino-Americana

www.medcutan-ila.org

Normas de publicación en la web:

<http://www.medcutan-ila.org/doc/normas.pdf>

La Revista Medicina Cutânea Ibero-Latino-Americana se adhiere a los “Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revista biomédicas” elaborados por el Comité Internacional de Editores de Revista Médicas (Med Clin [Barc] 1997;109:756-63). La versión electrónica em inglés se encuentra disponible en: <http://www.icmje.org> Med Cut Iber Lat Am considerará para su publicación aquellos trabajos escritos en español, en portugués o em inglés.

Normas Generales

Todos los originales aceptados quedarán como propiedad permanente de Medicina Cutânea Iber Lat Am y no podrán ser reproducidos parcial o totalmente sin permiso de la Editorial de la Revista. El autor cede, en el supuesto de publicación de su trabajo, de forma exclusiva a Medicina Cutânea IberoLatino-Americana los derechos de reproducción, distribución, traducción y comunicación pública (por cualquier medio o soporte incluso sonoro, audiovisual o electrónico) de su trabajo. No se aceptarán trabajos publicados anteriormente o presentados al mismo tiempo en otra revista biomédica.

Los trabajos deberán remitirse por duplicado a:

Secretaría de Redacción de Med Cutan Iber Lat Am Grupo Aula Médica, S. L.

Isabel Colbrand, 10-12, 2.ª planta. 28050 Madrid

e-mail: redaccion@medcutan-ila.org

Los manuscritos impresos deberán acompañarse de un disquette con la misma versión, utilizando un procesador de textos habitual (tipo Word, WordPerfect u OpenOffice Writer), evitando el uso de encabezados y pies de páginas u otros formatos automáticos. También podrán enviarse trabajos por correo electrónico redaccion@medcutan-ila.org, adjuntando, en ficheros diferentes el texto, las tablas, las figuras y la carta de presentación. El texto y la bibliografía deben ir em un solo documento y en archivo aparte los gráficos y las figuras. La sección “Tablas y figuras” más adelante indica lãs características necesarias del material gráfico digital. Em todos los casos, siempre se enviará por correo la Carta de presentación que a continuación se describe.

Carta de presentación. Los trabajos se acompañarán de una carta de presentación dirigida a la Redacción de la Revista, en la que se incluya el título del trabajo y la

sección a la que se solicita la publicación. Se expondrá con claridad que el trabajo no ha sido publicado con anterioridad y que el mismo artículo o parte del mismo no ha sido enviado a otra publicación. En el caso del material ya publicado, se adjuntarán las debidas autorizaciones para su reproducción. También se indicará que los autores están de acuerdo en su contenido y que ceden los derechos de publicación a Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana.

Primera página. La primera página del trabajo incluirá, en el orden que se cita, los siguientes datos: Título del trabajo (em castellano o portugués y en inglés). Nombre completo y apellidos de los autores, sin indicar la titulación o categoría. Nombre completo del centro de trabajo de cada uno de los autores. Dirección postal, teléfono, fax (con los prefijos internacionales) y dirección de correo electrónico (obligatoria y funcional) del autor designado para la correspondencia.

Contenido del trabajo de acuerdo con las normas específicas de cada una de las secciones.

Agradecimientos. Cuando se considere necesario se citará a las personas, centros o entidades que hayan colaborado o apoyado la realización del trabajo. Los autores son responsables de la obtención del permiso necesario de las personas o entidades citadas, dado que los lectores pueden inferir que éstas respaldan los datos y las conclusiones de trabajo.

Originales

La extensión recomendada del texto será de 12 páginas (DIN-A4), a doble espacio y un tamaño de letra de 12 cpi. Se aceptará un máximo de 30 referencias bibliográficas y de 6 figuras y 6 tablas. La estructura de los trabajos será la siguiente:

Resumen. Los originales en español o portugués se enviarán con el resumen traducido al inglés. La extensión no será superior a 250 palabras ni inferior a 150. El contenido del resumen se estructurará en cuatro epígrafes: Introducción, Material y Métodos, Resultados y Comentario. En cada uno de ellos habrá de exponerse, respectivamente, el problema motivo de la investigación, la manera de llevarla a cabo, los resultados más destacados y las conclusiones que se derivan de éstos. Palabras clave. Se incluirán un mínimo de 3 y un máximo de 10 palabras o frases cortas empleadas en el Index Medicus (Medical Subject Headings). Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>

Texto. Deberá estar dividido en los epígrafes siguientes: Introducción, Observaciones, Material y Métodos, Resultados y Comentario. Los artículos especialmente complejos podrán incluir subapartados en algunas secciones que ayuden a comprender su contenido.

Introducción. Será lo más breve posible y debe proporcionar únicamente la explicación necesaria para comprender el texto que sigue a continuación. No deberá ser una revisión del tema ni una discusión adelantada. Deberá incluir un último párrafo en el que se expongan de forma clara los objetivos del trabajo.

Observaciones, material y métodos. Deberá describir la selección de sujetos o experimentos, identificar los métodos y aparatos empleados (nombre y dirección del fabricante entre paréntesis) y procedimientos con detalle suficiente para permitir a otros investigadores reproducir los experimentos con facilidad. Si se trata de métodos o procedimientos muy utilizados y conocidos, deberá proporcionarse su referencia y evitar su descripción detallada. Deberán exponerse adecuadamente los métodos estadísticos utilizados. Cuando se trate de experimentos relacionados con seres humanos se tendrá que indicar que los procedimientos seguidos están autorizados por el Comité de Ensayos Clínicos e Investigación de la institución

correspondiente, que se cumplen todos los requisitos legales y que se ha obtenido el consentimiento de los individuos. Los fármacos y productos utilizados deberán citarse con nombres genéricos. No deberán utilizarse los nombres de pacientes, ni sus iniciales ni el número de historia ni cualquier otro dato que pudiese permitir su identificación.

Resultados. Se relatarán, no interpretarán, las observaciones efectuadas. Deberán presentarse en una secuencia lógica con la ayuda de tablas y figuras. Hay que evitar repeticiones innecesarias de aquellos resultados que ya figuren en las tablas y limitarse a resaltar los datos más relevantes.

Comentario. Se enfatizarán los aspectos más importantes del estudio y las conclusiones que de éste se deriven. No deben repetirse datos ya proporcionados en los resultados, sino sólo en la medida que sea preciso para contrastarlos con los de otros autores. Es necesario delimitar con claridad los interrogantes que abren la investigación realizada que puedan estimular a otros autores a resolverlos. Tan importante como aclarar las aportaciones de un trabajo es que los propios autores precisen sus limitaciones.

Casos clínicos y Casos breves

En esta sección se considerarán los casos clínicos que supongan una aportación importante al conocimiento de la fisiopatología, diagnóstico, terapéutica y otros aspectos del proceso clínico. Estos trabajos deberán tener una extensión máxima de 6 páginas (DIN-A4), a doble espacio y un tamaño de letra de 12 cpi. Se aceptará un máximo de 15 referencias bibliográficas y de 3 figuras y 2 tablas. El número máximo de autores ES de seis. Cada trabajo deberá estructurarse de la siguiente forma: Resumen. Los originales en español, portugués o inglés se enviarán con el resumen traducido al inglés. La extensión no será superior a 80 palabras. Introducción. Será lo más breve posible y debe proporcionar únicamente la explicación necesaria para justificar la exposición del caso. Caso clínico. Se estructurará en los siguientes epígrafes: Enfermedad actual, Exploraciones física y complementarias, Diagnóstico y Tratamiento. Comentario. Los autores expondrán sus propias opiniones sobre el caso, incluyendo el diagnóstico diferencial si hubiere lugar. Conclusiones. Se detallarán las conclusiones principales como resultado del caso expuesto.

Otras secciones

La revista incluye también las secciones de Educación Médica Continuada, Secciones especializadas, Revisiones, Terapéutica Dermatológica, Dermocosmética, Dermatopatología, Simposio satélite, Historia de la Dermatología Ibero-Latino-Americana y Cartas al Director. Estas secciones cuentan con un coordinador para cada una de ellas, que determinará la adecuación del trabajo a la sección.

Bibliografía

Se presentará según el orden de aparición en el texto con numeración correlativa, entre corchetes. Los nombres de las revistas deberán abreviarse de acuerdo con la List of Journals Indexed in Index Medicus (publicada en cada número de enero). Disponible en: [http:// www.ncbi.nlm.nih. gov/entrez/jrbrowser.cgi](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/jrbrowser.cgi). No se emplearán fases imprecisas como “observaciones no publicadas”, “comunicación personal” o similares. Los originales aceptados y no publicados en el momento de ser citados pueden incluirse como citas con la expresión “en prensa”. Las citas deberán comprobarse sobre los artículos originales y se ordenarán según las normas de Vancouver (1997, edición revisada de Octubre de 2001), disponible en: <http://www.icmje.org>. Si son 7 autores o menos se incluirán todos, si son más de 7 se incluirán los 6 primeros y et al.

Tablas y figuras (gráficos, esquemas, diagramas e imágenes) Las tablas deben de tener título. Si las tablas ocupan más de una página se repetirán los encabezamientos en la página siguiente. Las tablas deberán ir citadas en el texto por orden consecutivo. Se procurará que sean claras, sencillas y sin rectificaciones, y todas las siglas y abreviaturas deberán ser las internacionalmente aceptadas, acompañándose de una nota explicativa al pie de la tabla. Asimismo, se identificarán de forma precisa las medidas estadísticas empleadas. Los gráficos, esquemas o diagramas se dibujarán cuidando que su formato sea como mínimo de 9 x 12 cm o múltiplo de éste. Irán numeradas de forma correlativa y junto con las imágenes (fotografías o diapositivas en color). Se numerarán al dorso mediante una etiqueta adhesiva en la que se indicará, además, el nombre del primer autor y una flecha señalando el margen superior. No debe escribirse en el dorso ya que pueden formarse surcos que serían reproducidos al imprimirlas. Asimismo, debe tenerse extremo cuidado de no manchar las fotografías con tinta. El texto correspondiente a las figuras (gráficos, esquemas, diagramas e imágenes) se imprimirán en una hoja aparte con los números correspondientes. Si se remiten en formato electrónico es recomendable utilizar PowerPoint u OpenOffice Impress.

No se admiten imágenes digitales impresas en papel. Las **fotografías o diapositivas en color**, sin gasto adicional para el/los autor/es, se seleccionarán de forma cuidadosa y deberán ser de buena calidad. No se aceptarán imágenes impresas por impresora a color. **Si se remiten en soporte electrónico sólo se aceptarán en formato TIFF o JPEG (com mínimo nivel de compresión) y una resolución de 300 puntos por pulgada (ppp). El tamaño ha de ser también de un mínimo de 9 x 12 cm.**

APOYO GALDERMA: Laboratorios Galderma patrocina y premia con 500\$ los artículos de la sección Educación Médica Continuada con la siguiente normativa: a) Pago único por participación de 500 Dólares Americanos al autor principal del artículo incluido en cada número bimestral; b) Dicho pago se realizará en moneda local al tipo de cambio oficial del país sede del autor, y c) El monto total incluye impuestos y retenciones; y se realizará contra entrega de un recibo oficial por parte del autor principal

Quality of Life Research

An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation - Official Journal of the International Society of Quality of Life Research

ISSN: 0962-9343 (print version)

ISSN: 1573-2649 (electronic version)

Instructions for Authors

1.1.1. Article types

Quality of Life Research welcomes scientific articles in the following categories:

- Full-Length Original Articles (must include a structured abstract, maximum word limit of 4,000 words exclusive of abstract, tables, figures, and references)
- Brief Communications (maximum word limit of 1,500 words, exclusive of abstract, tables, figures, and references). See section below on Brief Communications.

Brief Communications Brief communications are a maximum of 1,500 words, exclusive of abstract, figures, tables and references. Any topic can be submitted as a brief communication, but all manuscripts that report cross-cultural adaptations of existing measures will only be considered for publication as brief communications in Quality of Life Research. If a paper of this type provides substantially new methodological and/or substantive knowledge (e.g., a superior method of cross cultural adaptation, more thorough evaluation of the original instrument being adapted, multi language or multi country comparisons, etc.), authors should include a letter with their submission justifying the need for a full length report.

Language

We appreciate any efforts that you make to ensure that the language is corrected before submission. This will greatly improve the legibility of your paper if English is not your first language.

1.1.2. Manuscript submission

1.1.2.1 Manuscript Submission

Submission of a manuscript implies: that the work described has not been published before; that it is not under consideration for publication anywhere else; that its publication has been approved by all co-authors, if any, as well as by the responsible authorities – tacitly or explicitly – at the institute where the work has been carried out. The publisher will not be held legally responsible should there be any claims for compensation.

1.1.2.2 Permissions

Authors wishing to include figures, tables, or text passages that have already been published elsewhere are required to obtain permission from the copyright owner(s) for both the print and online format and to include evidence that such permission has

been granted when submitting their papers. Any material received without such evidence will be assumed to originate from the authors.

1.1.2.3 Online Submission

Authors should submit their manuscripts online. Electronic submission substantially reduces the editorial processing and reviewing times and shortens overall publication times. Please follow the hyperlink “Submit online” on the right and upload all of your manuscript files following the instructions given on the screen.

1.1.3. Title page

1.1.3.1 Title Page

The title page should include:

- The name(s) of the author(s)
- A concise and informative title
- The affiliation(s) and address(es) of the author(s)
- The e-mail address, telephone and fax numbers of the corresponding author

1.1.3.2 Abstract

Please provide a structured abstract of 150 to 250 words which should be divided into the following sections:

- Purpose (stating the main purposes and research question)
- Methods
- Results
- Conclusions

1.1.3.3 Keywords

Please provide 4 to 6 keywords which can be used for indexing purposes.

1.1.4. Text

1.1.4.1 Text Formatting

Manuscripts should be submitted in Word.

- Use a normal, plain font (e.g., 10-point Times Roman) for text.
 - Use italics for emphasis.
 - Use the automatic page numbering function to number the pages.
 - Do not use field functions.
 - Use tab stops or other commands for indents, not the space bar.
 - Use the table function, not spreadsheets, to make tables.
 - Use the equation editor or MathType for equations.
 - Save your file in docx format (Word 2007 or higher) or doc format (older Word versions).
 - [Word template \(zip, 154 kB\)](#)
- Manuscripts with mathematical content can also be submitted in LaTeX.
- [LaTeX macro package \(zip, 182 kB\)](#)

1.1.4.2 Headings

Please use no more than three levels of displayed headings.

1.1.4.3 Abbreviations

Abbreviations should be defined at first mention and used consistently thereafter.

1.1.4.4 Footnotes

Footnotes can be used to give additional information, which may include the citation of a reference included in the reference list. They should not consist solely of a reference citation, and they should never include the bibliographic details of a reference. They should also not contain any figures or tables.

Footnotes to the text are numbered consecutively; those to tables should be indicated by superscript lower-case letters (or asterisks for significance values and other statistical data). Footnotes to the title or the authors of the article are not given reference symbols.

Always use footnotes instead of endnotes.

1.1.4.5 Acknowledgments

Acknowledgments of people, grants, funds, etc. should be placed in a separate section before the reference list. The names of funding organizations should be written in full.

1.1.5. Scientific style

- Please always use internationally accepted signs and symbols for units (SI units).
- Generic names of drugs and pesticides are preferred; if trade names are used, the generic name should be given at first mention.

1.1.6. References

1.1.6.1 Citation

Reference citations in the text should be identified by numbers in square brackets. Some examples:

1. Negotiation research spans many disciplines [3].
2. This result was later contradicted by Becker and Seligman [5].
3. This effect has been widely studied [1-3, 7].

1.1.6.2 Reference list

The list of references should only include works that are cited in the text and that have been published or accepted for publication. Personal communications and unpublished works should only be mentioned in the text. Do not use footnotes or endnotes as a substitute for a reference list.

The entries in the list should be numbered consecutively.

- Journal article

Harris, M., Karper, E., Stacks, G., Hoffman, D., DeNiro, R., Cruz, P., et al. (2001). Writing labs and the Hollywood connection. *Journal of Film Writing*, 44(3), 213–245.

- Article by DOI

Kreger, M., Brindis, C.D., Manuel, D.M., & Sassoubre, L. (2007). Lessons learned in systems change initiatives: benchmarks and indicators. *American Journal of Community Psychology*. doi:10.1007/s10464-007-9108-14.

- Book

Calfee, R. C., & Valencia, R. R. (1991). *APA guide to preparing manuscripts for journal publication*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Book chapter

O'Neil, J. M., & Egan, J. (1992). Men's and women's gender role journeys: Metaphor for healing, transition, and transformation. In B. R. Wainrib (Ed.), *Gender issues across the life cycle* (pp. 107–123). New York: Springer.

- Online document

Abou-Allaban, Y., Dell, M. L., Greenberg, W., Lomax, J., Peteet, J., Torres, M., & Cowell, V. (2006). Religious/spiritual commitments and psychiatric practice. Resource document. American Psychiatric Association. http://www.psych.org/edu/other_res/lib_archives/archives/200604.pdf. Accessed 25 June 2007.

Journal names and book titles should be italicized.

For authors using EndNote, Springer provides an output style that supports the formatting of in-text citations and reference list.

- [EndNote style \(zip, 3 kB\)](#)

1.1.7. Tables

- All tables are to be numbered using Arabic numerals.
- Tables should always be cited in text in consecutive numerical order.
- For each table, please supply a table caption (title) explaining the components of the table.
- Identify any previously published material by giving the original source in the form of a reference at the end of the table caption.
- Footnotes to tables should be indicated by superscript lower-case letters (or asterisks for significance values and other statistical data) and included beneath the table body.

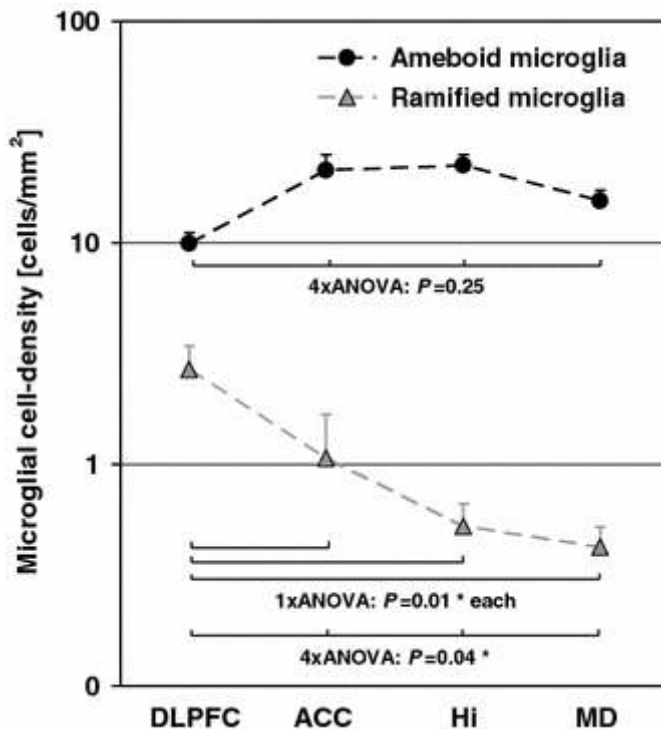
1.1.8. Artwork and Illustrations Guidelines

For the best quality final product, it is highly recommended that you submit all of your artwork – photographs, line drawings, etc. – in an electronic format. Your art will then be produced to the highest standards with the greatest accuracy to detail. The published work will directly reflect the quality of the artwork provided.

1.1.8.1 Electronic Figure Submission

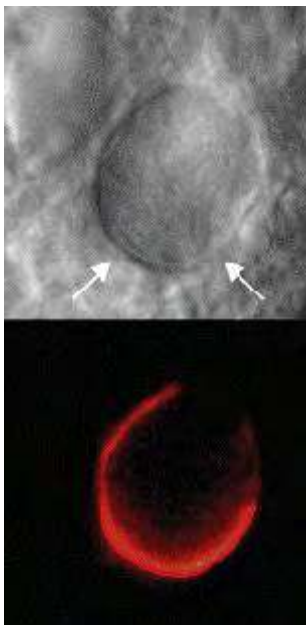
- Supply all figures electronically.
- Indicate what graphics program was used to create the artwork.
- For vector graphics, the preferred format is EPS; for halftones, please use TIFF format. MS Office files are also acceptable.
- Vector graphics containing fonts must have the fonts embedded in the files.
- Name your figure files with "Fig" and the figure number, e.g., Fig1.eps.

1.1.8.2 Line Art



- Definition: Black and white graphic with no shading.
- Do not use faint lines and/or lettering and check that all lines and lettering within the figures are legible at final size.
- All lines should be at least 0.1 mm (0.3 pt) wide.
- Scanned line drawings and line drawings in bitmap format should have a minimum resolution of 1200 dpi.
- Vector graphics containing fonts must have the fonts embedded in the files.

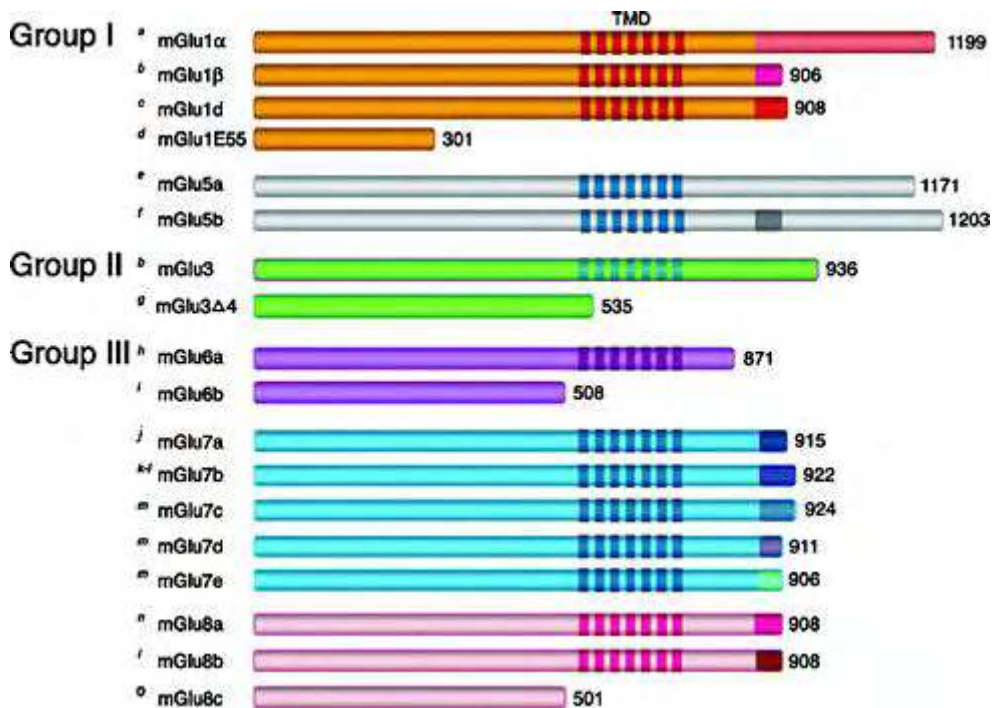
1.1.8.3 Halftone Art



- Definition: Photographs, drawings, or paintings with fine shading, etc.
- If any magnification is used in the photographs, indicate this by using scale bars within the figures themselves.

- Halftones should have a minimum resolution of 300 dpi.

1.1.8.4 Combination Art



- Definition: a combination of halftone and line art, e.g., halftones containing line drawing, extensive lettering, color diagrams, etc.
- Combination artwork should have a minimum resolution of 600 dpi.

1.1.8.5 Color Art

- Color art is free of charge for online publication.
- If black and white will be shown in the print version, make sure that the main information will still be visible. Many colors are not distinguishable from one another when converted to black and white. A simple way to check this is to make a xerographic copy to see if the necessary distinctions between the different colors are still apparent.
- If the figures will be printed in black and white, do not refer to color in the captions.
- Color illustrations should be submitted as RGB (8 bits per channel).

1.1.8.6 Figure Lettering

- To add lettering, it is best to use Helvetica or Arial (sans serif fonts).
- Keep lettering consistently sized throughout your final-sized artwork, usually about 2–3 mm (8–12 pt).
- Variance of type size within an illustration should be minimal, e.g., do not use 8-pt type on an axis and 20-pt type for the axis label.
- Avoid effects such as shading, outline letters, etc.
- Do not include titles or captions within your illustrations.

1.1.8.7 Figure Numbering

- All figures are to be numbered using Arabic numerals.
- Figures should always be cited in text in consecutive numerical order.
- Figure parts should be denoted by lowercase letters (a, b, c, etc.).

- If an appendix appears in your article and it contains one or more figures, continue the consecutive numbering of the main text. Do not number the appendix figures, "A1, A2, A3, etc." Figures in online appendices (Electronic Supplementary Material) should, however, be numbered separately.

1.1.8.8 Figure Captions

- Each figure should have a concise caption describing accurately what the figure depicts. Include the captions in the text file of the manuscript, not in the figure file.
- Figure captions begin with the term **Fig.** in bold type, followed by the figure number, also in bold type.
- No punctuation is to be included after the number, nor is any punctuation to be placed at the end of the caption.
- Identify all elements found in the figure in the figure caption; and use boxes, circles, etc., as coordinate points in graphs.
- Identify previously published material by giving the original source in the form of a reference citation at the end of the figure caption.

1.1.8.9 Figure Placement and Size

- When preparing your figures, size figures to fit in the column width.
- For most journals the figures should be 39 mm, 84 mm, 129 mm, or 174 mm wide and not higher than 234 mm.
- For books and book-sized journals, the figures should be 80 mm or 122 mm wide and not higher than 198 mm.

1.1.8.10 Permissions

If you include figures that have already been published elsewhere, you must obtain permission from the copyright owner(s) for both the print and online format. Please be aware that some publishers do not grant electronic rights for free and that Springer will not be able to refund any costs that may have occurred to receive these permissions. In such cases, material from other sources should be used.

1.1.8.11 Accessibility

In order to give people of all abilities and disabilities access to the content of your figures, please make sure that

- All figures have descriptive captions (blind users could then use a text-to-speech software or a text-to-Braille hardware)
- Patterns are used instead of or in addition to colors for conveying information (color-blind users would then be able to distinguish the visual elements)
- Any figure lettering has a contrast ratio of at least 4.5:1

1.1.9. Electronic Supplementary Material

Springer accepts electronic multimedia files (animations, movies, audio, etc.) and other supplementary files to be published online along with an article or a book chapter. This feature can add dimension to the author's article, as certain information cannot be printed or is more convenient in electronic form.

1.1.9.1 Submission

- Supply all supplementary material in standard file formats.

- Please include in each file the following information: article title, journal name, author names; affiliation and e-mail address of the corresponding author.
- To accommodate user downloads, please keep in mind that larger-sized files may require very long download times and that some users may experience other problems during downloading.

1.1.9.2 Audio, Video, and Animations

- Always use MPEG-1 (.mpg) format.

1.1.9.3 Text and Presentations

- Submit your material in PDF format; .doc or .ppt files are not suitable for long-term viability.
- A collection of figures may also be combined in a PDF file.

1.1.9.4 Spreadsheets

- Spreadsheets should be converted to PDF if no interaction with the data is intended.
- If the readers should be encouraged to make their own calculations, spreadsheets should be submitted as .xls files (MS Excel).

1.1.9.5 Specialized Formats

- Specialized format such as .pdb (chemical), .wrl (VRML), .nb (Mathematica notebook), and .tex can also be supplied.

1.1.9.6 Collecting Multiple Files

- It is possible to collect multiple files in a .zip or .gz file.

1.1.9.7 Numbering

- If supplying any supplementary material, the text must make specific mention of the material as a citation, similar to that of figures and tables.
- Refer to the supplementary files as “Online Resource”, e.g., “... as shown in the animation (Online Resource 3)”, “... additional data are given in Online Resource 4”.
- Name the files consecutively, e.g. “ESM_3.mpg”, “ESM_4.pdf”.

1.1.9.8 Captions

- For each supplementary material, please supply a concise caption describing the content of the file.

1.1.9.9 Processing of supplementary files

- Electronic supplementary material will be published as received from the author without any conversion, editing, or reformatting.

1.1.9.10 Accessibility

In order to give people of all abilities and disabilities access to the content of your supplementary files, please make sure that

- The manuscript contains a descriptive caption for each supplementary material
- Video files do not contain anything that flashes more than three times per second (so that users prone to seizures caused by such effects are not put at risk)

1.1.10. Ethical standards

Manuscripts submitted for publication must contain a statement to the effect that all human studies have been approved by the appropriate ethics committee and have therefore been performed in accordance with the ethical standards laid down in the 1964 Declaration of Helsinki and its later amendments. It should also be stated clearly in the text that all persons gave their informed consent prior to their inclusion in the study. Details that might disclose the identity of the subjects under study should be omitted.

The editors reserve the right to reject manuscripts that do not comply with the above-mentioned requirements. The author will be held responsible for false statements or failure to fulfill the above-mentioned requirements

1.1.11. Does Springer provide English language support?

Manuscripts that are accepted for publication will be checked by our copyeditors for spelling and formal style. This may not be sufficient if English is not your native language and substantial editing would be required. In that case, you may want to have your manuscript edited by a native speaker prior to submission. A clear and concise language will help editors and reviewers concentrate on the scientific content of your paper and thus smooth the peer review process.

The following editing service provides language editing for scientific articles in:

Medicine, biomedical and life sciences, chemistry, physics, engineering, business/economics, and humanities

- Edanz Editing Global

Use of an editing service is neither a requirement nor a guarantee of acceptance for publication.

Please contact the editing service directly to make arrangements for editing and payment.

1.1.11.1 For Authors from China

文章在投稿前进行专业的语言润色将对作者的投稿进程有所帮助。作者可自愿选择使用Springer推荐的编辑服务，使用与否并不作为判断文章是否被录用的依据。提高文章的语言质量将有助于审稿人理解文章的内容，通过对学术内容的判断来决定文章的取舍，而不会因为语言问题导致直接退稿。作者需自行联系Springer推荐的编辑服务公司，协商编辑事宜。

- 理文编辑

1.1.11.2 For Authors from Japan

ジャーナルに論文を投稿する前に、ネイティブ・スピーカーによる英文校閲を希望されている方には、Edanz社をご紹介します。サービス内容、料金および申込方法など、日本語による詳しい説明はエダンググループジャパン株式会社の下記サイトをご覧ください。

- エダンググループ ジャパン

1.1.11.3 For Authors from Korea

영어 논문 투고에 앞서 원어민에게 영문 교정을 받고자 하시는 분들께 Edanz 회사를 소개해 드립니다. 서비스 내용, 가격 및 신청 방법 등에 대한 자세한 사항은 저희 Edanz Editing Global 웹사이트를 참조해 주시면 감사하겠습니다.

- Edanz Editing Global

1.1.12. After acceptance

Upon acceptance of your article you will receive a link to the special Author Query Application at Springer's web page where you can sign the Copyright Transfer Statement online and indicate whether you wish to order OpenChoice, offprints, or printing of figures in color.

Once the Author Query Application has been completed, your article will be processed and you will receive the proofs.

1.1.12.1 Open Choice

In addition to the normal publication process (whereby an article is submitted to the journal and access to that article is granted to customers who have purchased a subscription), Springer provides an alternative publishing option: Springer Open Choice. A Springer Open Choice article receives all the benefits of a regular subscription-based article, but in addition is made available publicly through Springer's online platform SpringerLink.

- Springer Open Choice

1.1.12.2 Copyright transfer

Authors will be asked to transfer copyright of the article to the Publisher (or grant the Publisher exclusive publication and dissemination rights). This will ensure the widest possible protection and dissemination of information under copyright laws.

Open Choice articles do not require transfer of copyright as the copyright remains with the author. In opting for open access, the author(s) agree to publish the article under the Creative Commons Attribution License.

10. APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*

A Sr^a está sendo convidada a participar, como voluntária, em uma pesquisa intitulada: **Qualidade de vida de mulheres com fotoenvelhecimento facial grau II submetidas à intervenção miofuncional estética**. Meu nome é Cejana Baiocchi Souza, sou a pesquisadora responsável, aluna do Doutorado em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás. Após ler com atenção este documento e ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável: Cejana Baiocchi Souza, Fone: 30915994 / 81294646. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3269-8338 e 3269-8426.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE A PESQUISA:

Título: Qualidade de vida de mulheres com fotoenvelhecimento facial grau II submetidas à intervenção miofuncional estética.

Informações sobre quem está aplicando o termo de consentimento: Eu sou Cejana Baiocchi Souza, aluna do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás, nível Doutorado. Sou fonoaudióloga, professora do curso de Fonoaudiologia da Universidade Católica de Goiás – UCG, especialista em Motricidade Orofacial, com título conferido pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia no ano de 2004 e com Aperfeiçoamento em Fonoaudiologia Estética da Face concluído em junho de 2009, mestre em Biologia com título conferido pela UFG, em 2002.

Objetivos da pesquisa: Avaliar a qualidade de vida de mulheres com fotoenvelhecimento facial grau II submetidas ao trabalho miofuncional estético, antes e depois da intervenção fonoaudiológica; comparar a qualidade de vida dessas mulheres antes e depois da intervenção fonoaudiológica.

Detalhamento dos procedimentos: Após a sua seleção para participar dessa pesquisa você será agendada para o início do trabalho miofuncional com enfoque estético. Serão 17 encontros, de 50 minutos cada, totalizando 17 semanas. Os horários serão fixos e os atendimentos ocorrerão no Serviço de Dermatologia Dr. Aíçar Chaul no Hospital das Clínicas. Você será desligada do atendimento caso apresente 3 faltas nas terapias, ou seja, do 5º ao 14º encontro. Todos os procedimentos serão realizados individualmente, a não ser a aplicação do questionário de qualidade de vida que será realizado junto com as demais mulheres. As 4 primeiras sessões serão de avaliação, para coletar dados sobre sua qualidade

de vida (questionário com perguntas), dados sócio-demográficos (serão perguntados sobre sua data de nascimento, idade, profissão, renda familiar mensal, nível de escolaridade, estado civil, filhos, moradia, sobre como está a sua saúde, problemas de saúde atual), história clínica (com perguntas sobre seus dados pessoais, dados médicos, hábitos e postura, alimentação, sono, prática de esportes, exposição ao sol, rotina, mímicas faciais, tensão, tratamentos estéticos e padrão de beleza) e avaliação fonoaudiológica envolvendo a dentição, os músculos da face, orais e do pescoço, as rugas, assim como a sua respiração, mastigação, deglutição e fala (por meio de observação e toque na face e pescoço, se for necessário). Sua face e pescoço serão fotografados de frente, meio perfil e perfil. As fotos auxiliam no planejamento das terapias permitindo visualizar a existência de rugas e flacidez e suas regiões. Servem também para comparar os resultados do início e final do trabalho fonoaudiológico. Você será convidada a ler e assinar uma autorização (Anexo D), caso concorde, para te fotografarmos e para utilizarmos suas imagens (fotos) em aulas de Graduação e Pós-Graduação, congressos, artigos, capítulos de livros, com fins acadêmicos e científicos. Após a avaliação, será planejada a sua terapia, individualmente. Serão selecionados as regiões da face e pescoço a serem trabalhadas, a forma de trabalho e os exercícios a serem realizados, assim como analisadas as mímicas repetitivas, sendo esses resultados passados a você na 5ª sessão (1ª terapia). Da 5ª a 14ª sessão será realizado o tratamento miofuncional (10 sessões), incluindo soltura, alongamento e aquecimento dos músculos da face e do pescoço e manobras para melhorar o enrijecimento dos músculos, todas realizadas com as mãos da terapeuta, a não ser as manobras de estabilização (que servem para manter por mais tempo as mudanças que os músculos sofreram), quando poderá ser utilizado um massageador facial. Do relaxamento à estabilização, você permanecerá deitada na maca, no período de aproximadamente 25 minutos. Essa etapa prepara os músculos da face e pescoço para o trabalho com os exercícios. Após esse período, você irá sentar-se para a realização dos exercícios faciais e de mastigação, deglutição e fala se for preciso, com a duração de mais 25 minutos. Você será conscientizada das mímicas repetitivas e orientada a realizar os exercícios em casa e algumas manobras também, para auxiliar na melhora da musculatura facial. Serão fornecidas orientações sobre o sono, a alimentação, a ingestão de água, o uso do protetor solar e outras que forem necessárias. Após as 10 sessões você será reavaliada em 03 sessões, sendo reaplicados a avaliação de qualidade de vida, a avaliação fonoaudiológica e o registro de fotos e filmagem. Na última sessão, 17º encontro, você receberá alta do atendimento, sendo informada a seguir algumas orientações em casa.

Forma de acompanhamento: O questionário de avaliação de qualidade de vida será realizado com você, juntamente com as demais mulheres selecionadas para a pesquisa, com a participação da pesquisadora e de seis estagiárias do curso de Fonoaudiologia da UCG, do 7º período, as quais foram treinadas pela pesquisadora para auxiliarem nessa avaliação. Você mesma preencherá as respostas do questionário, após as explicações dos aplicadores. Nas etapas de avaliação inicial, terapia e avaliação final o trabalho será realizado por uma dupla de estagiárias sob a supervisão da pesquisadora, com cada integrante da dupla realizando uma etapa da sessão de avaliação ou de terapia, permitindo, dessa forma, o atendimento a sessenta mulheres. As estagiárias de Fonoaudiologia foram treinadas pela pesquisadora na Clínica Escola de Fonoaudiologia da UCG. Caso haja a necessidade de continuidade do seu atendimento, mesmo sabendo que o período proposto de intervenção é o recomendado nas publicações, a pesquisadora garante

que você será atendida na Clínica Escola de Fonoaudiologia da UCG, com o telefone de contato: 39461115, sob sua responsabilidade.

Especificação dos riscos, desconforto, que podem ser provocados pela pesquisa: Os questionários são de fácil compreensão, a avaliação é realizada por observação, não havendo exames invasivos, que te perfurem ou que te introduzam aparelhos. O trabalho fonoaudiológico é um método natural. Poderá surgir algum desconforto ou constrangimento nos momentos da avaliação, documentação ou terapia. A pesquisadora garante que você será abordada de forma discreta, respeitosa, ética, o que diminuirá a chance de ocorrer qualquer constrangimento. Poderá haver, ao final do trabalho fonoaudiológico, algum descontentamento com os resultados. A pesquisadora deixará claro que essa intervenção não corrige imperfeições e não elimina rugas. Trata-se de um método natural, não invasivo, que busca um rosto com uma musculatura mais equilibrada, com mais harmonia, equilíbrio das funções de respiração, mastigação, deglutição e fala e minimização das marcas de expressão. Você será esclarecida que existem limitações no alcance dos resultados, dependendo do seu tipo de face, do posicionamento e estado dos dentes, do estado da musculatura, da realização por você dos exercícios propostos, assim como do seguimento das orientações fornecidas.

Informação sobre o direito de pleitear indenização em caso de danos decorrentes de sua participação na pesquisa: Você terá o direito de ser indenizado caso tenha danos comprovadamente decorrentes do estudo.

Informação sobre o direito de ressarcimento de despesas pela sua participação: Não haverá despesa alguma para você em participar dessa pesquisa. A sua participação é facultativa/voluntária.

Esclarecer que não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação: A pesquisadora não pagará nada a você, por responder estes questionários e participar do tratamento miofuncional.

Descrever os benefícios decorrentes da participação na pesquisa: Você poderá conhecer como está a sua qualidade de vida e como o trabalho miofuncional em estética da face pode interferir nessa qualidade de vida; receberá orientações sobre hábitos saudáveis de vida e a sua importância nos cuidados com a face; poderá ser beneficiado com o equilíbrio da musculatura da face, do pescoço e das funções de respirar, mastigar, engolir, falar, podendo apresentar uma face mais harmoniosa e saudável, o que poderia melhorar a auto-estima, o bem-estar.

Esclarecer sobre o período de participação e término: O tempo previsto para a sua participação na pesquisa é de 17 semanas (quatro meses e uma semana), da aplicação do primeiro instrumento à alta fonoaudiológica.

Garantir o sigilo: Você tem a garantia de que os dados da pesquisa só serão utilizados para fins acadêmicos e científicos, como na publicação de artigos, apresentação do trabalho em encontros científicos ou em de aulas de Graduação e Pós-Graduação, somente referente ao estudo.

Apresentar a garantia expressa de liberdade de não aceitação, bem como de retirar o consentimento, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento / tratamento usual: Você tem a liberdade de não aceitar participar desse estudo, de retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento caso desista de participar da pesquisa.

Goiânia, de _____ de _____.

Nome e assinatura do pesquisador _____

Nome e assinatura do participante da pesquisa _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Qualidade de vida de mulheres com fotoenvelhecimento facial grau II submetidas à intervenção miofuncional estética” vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás, sob a responsabilidade da doutoranda Cejana Baiocchi Souza, como sujeito voluntário. Estou ciente de que não receberei nenhum pagamento por esta participação. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora sobre o estudo, os procedimentos nele envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu tratamento. O resultado da pesquisa me será apresentado com agendamento prévio, com a garantia de que meus dados serão utilizados somente para fins acadêmicos e científicos.

Local e data _____

Nome do sujeito ou responsável: _____

Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

* BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996.

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO*

Pesquisa: Qualidade de vida de mulheres com fotoenvelhecimento grau II submetidas à intervenção miofuncional estética

Pesquisadora: Cejana Baiocchi Souza

Data de aplicação: ____/____/____

INICIAIS: _____ N. _____

1- DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ 2- IDADE: ____ a ____ m

3- PROFISSÃO: _____ 4- RENDA FAMILIAR

MENSAL: _____

5-NÍVEL EDUCACIONAL		6-ESTADO CIVIL	
Analfabeto	(1)	Solteiro (a)	(1)
Ensino fundamental	(2)	Casado (a)	(2)
Ensino médio	(3)	Vivendo como casado (a)	(3)
Ensino superior	(4)	Separado (a)	(4)
		Divorciado (a)	(5)
		Viúvo (a)	(6)

7- FILHOS		8- MORADIA	
Nenhum	(1)	Casa própria	(1)
Um	(2)	Financiada	(2)
De dois a quatro	(3)	Aluguel	(3)
Mais de quatro	(4)	Emprestado	(4)

9-COMO ESTÁ A SUA SAÚDE		10- FORMA DE ADMINISTRAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	
Muito ruim	(1)	Auto-administrado	(1)
Fraca	(2)	Assistido pelo entrevistador	(2)
Nem ruim nem boa	(3)	Administrado pelo entrevistador	(3)
Boa	(4)		
Muito boa	(5)		

11- PROBLEMA DE SAÚDE ATUAL

1. Você tem alguma doença? _____ Qual?

2. Você usa algum remédio de forma regular

atualmente? _____

* Questionário sócio-demográfico elaborado no modelo sugerido pela Organização Mundial de Saúde, Divisão de Saúde Mental, Grupo WHOQOL, Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL, 1998).

APÊNDICE C – PROTOCOLO DE DOCUMENTAÇÃO FOTOGRÁFICA*

FOTOS

Posição: em pé

Enquadramento: cabeça e pescoço

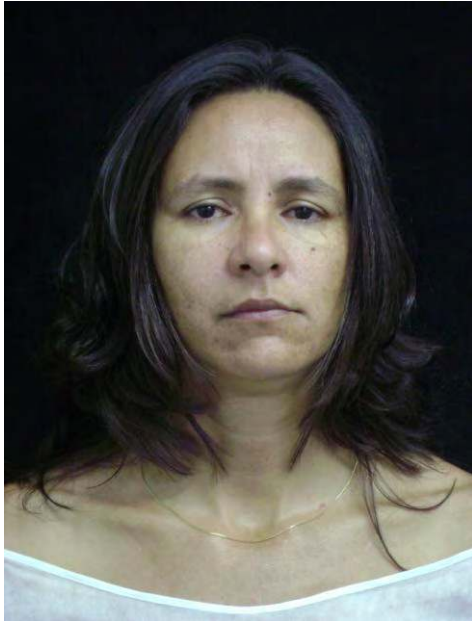
- 1 - Frente (como chegou) – posição habitual
- 2 – Frente (sem maquiagem, com jaleco, sem bijouterias, faixa no cabelo)
- 3 – Frente (levantando a sobrancelha)
- 4 – Frente (cara de brava)
- 5 – Frente (fazendo bico)
- 6 – Frente (sorrindo)
- 7 - Meio Perfil Direito
- 8 – Meio Perfil Esquerdo
- 9 – Perfil Direito
- 10 – Perfil Esquerdo

Padronização : distância sujeito/tripé _____
: zoom da câmera _____
: altura do tripé _____
: luminosidade _____
: posição da cabeça (traçado de uma linha imaginária do *tragus* ao *nasio*)
: altura do olhar (10 cm abaixo da estatura da paciente)

* Protocolo de documentação fotográfica elaborado para esse estudo, com base na literatura pesquisada (TASCA, 2002; PIEROTTI, 2004; FRANCO,2008; FRAZÃO; MANZI, 2010).

APÊNDICE D – FOTOS DE PACIENTES NOS PERÍODOS PRÉ E PÓS INTERVENÇÃO MIOFUNCIONAL ESTÉTICA

PRÉ INTERVENÇÃO



Posição: frente
Abril 2010

PÓS INTERVENÇÃO



Posição: frente
Julho 2010

Resultados estéticos faciais: maior abertura dos olhos, elevação das sobrancelhas, melhora da simetria de lábios, eliminação de rugas glabulares.



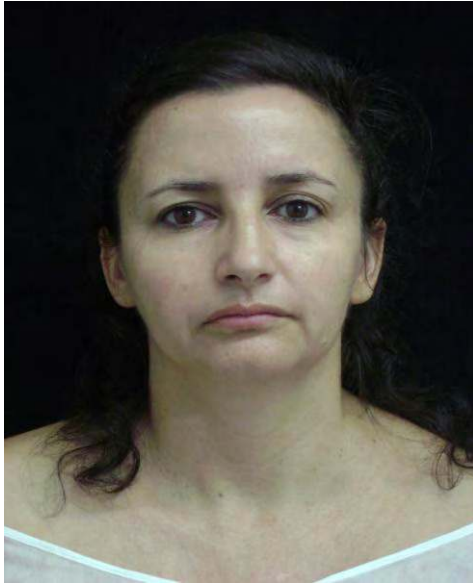
Posição: frente
Abril 2010



Posição: frente
Julho 2010

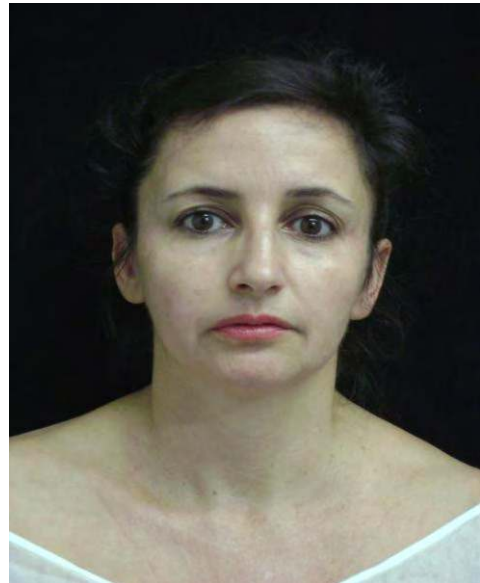
Resultados estéticos faciais: maior abertura de olhos, elevação de sobrancelhas, aumento da tensão muscular da região das bochechas e submandibular, suavização de rugas frontais e glabulares e do sulco labiomentoniano, melhor definição do contorno facial.

PRÉ INTERVENÇÃO



Posição: frente
Abril 2010

PÓS INTERVENÇÃO



Posição: frente
Julho 2010

Resultados estéticos faciais: maior abertura de olhos, melhora de simetria de olhos e sobrancelhas, elevação de sobrancelhas, elevação de comissuras labiais, aumento da tensão muscular das regiões de bochechas e submandibular, suavização do sulco labiomentoniano, melhor definição do contorno facial.



Posição: frente
Abril 2010



Posição: frente
Julho 2010

Resultados estéticos faciais: maior abertura de olhos, melhora da simetria de olhos e sobrancelhas, elevação de sobrancelhas.

PRÉ INTERVENÇÃO



Posição: frente
Agosto 2010

PÓS INTERVENÇÃO



Posição: frente
Novembro 2010
Resultados estéticos faciais: maior abertura de olhos, melhora da simetria de sobrancelhas, elevação de sobrancelhas, aumento da tensão muscular das regiões de bochechas e submandibular, suavização das rugas frontais e glabellares, melhora da definição do contorno facial.



Posição: frente
Agosto 2010



Posição: frente
Novembro 2010
Resultados estéticos faciais: maior abertura de olhos, melhora da simetria de sobrancelhas, elevação de sobrancelhas, elevação de comissuras labiais, melhor definição do filtro/lábio superior.

APÊNDICE E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

Universidade Federal de Goiás
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Pesquisadora: Cejana Baiocchi Souza
Projeto de Pesquisa: Qualidade de vida de mulheres com fotoenvelhecimento facial grau II submetidas à intervenção miofuncional estética

EU _____

RG _____ CPF _____

Residente
à _____

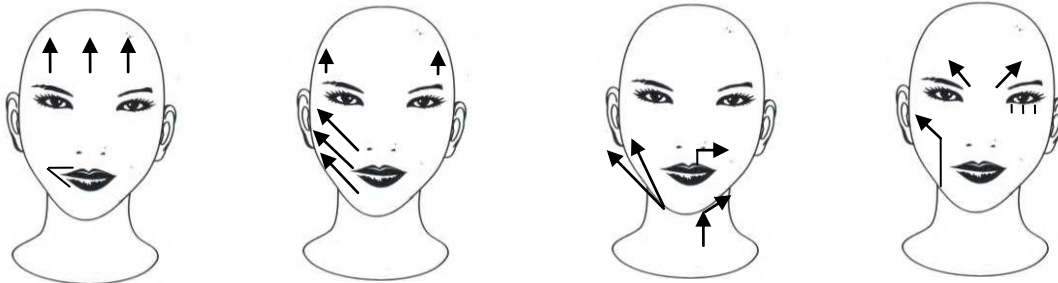
autorizo a realização de fotos da minha face e pescoço durante a realização da pesquisa “Qualidade de vida de mulheres com fotoenvelhecimento facial grau II submetidas à intervenção miofuncional estética”, sob a responsabilidade da pesquisadora Cejana Baiocchi Souza, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, estando bem informada sobre a mesma. Autorizo, também, a utilização das minhas fotos, com fins acadêmicos e de pesquisa, em publicações, congressos, aulas de Graduação e Pós-Graduação.

Assinatura do sujeito ou do responsável legal:

_____ Data
_____/_____/_____

APÊNDICE F – MASSAGENS E EXERCÍCIOS ISOMÉTRICOS PROPOSTOS

Massagens



Exercícios

- Levantar as sobrancelhas e pressionar com 03 dedos acima delas.
- Arregalar os olhos, sem franzir a testa.
- Arregalar os olhos e olhar para o canto direito superior.
- Arregalar os olhos e olhar para o canto esquerdo superior.
- Olhar para cima tentando fechar os olhos.
- Contrair as bochechas com contra resistência com a espátula.
- Dedos pressionando a maçã do rosto ao mesmo tempo que produz um sorriso.
- Fazer bico aberto.
- Empurrar a ponta da língua contra o palato.
- Movimentar a língua contra o palato, no sentido ântero-posterior, imitando o movimento de “varrer”.
- Sugar a língua no palato.

APÊNDICE G – VERSÃO EM PORTUGUÊS DO ARTIGO 2

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM FOTOENVELHECIMENTO FACIAL GRAU II SUBMETIDAS À INTERVENÇÃO MIOFUNCIONAL ESTÉTICA

Cejana Baiocchi Souza¹, Jackeline Gomes Guerra², Maria Alves Barbosa³, Celmo Celeno Porto⁴

¹Departamento de Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Brasil.
Rua 09, n. 545, apto 201, Ed. Cap Ferrat, Setor Oeste. CEP: 74.110-100
(62) 81294646 / (62) 39461175
cejana_f@hotmail.com

² Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás - Brasil.
1ª Avenida, qd.68, lt.545, Setor Leste Universitário.
jackelineguerra@terra.com.br

³Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – Brasil.
Rua 1ª Avenida, s/n, Setor Universitário. CEP: 74605-020
maria.malves@gmail.com

⁴ Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás - Brasil.
Rua 1ª Avenida, s/n, Setor Universitário. CEP: 74605-020
celeno@cardiol.br

RESUMO

Objetivo Analisar a qualidade de vida de mulheres com fotoenvelhecimento facial grau II submetidas à intervenção miofuncional estética, comparando-se os períodos pré e pós intervenção.

Métodos Ensaio clínico, experimental, auto-controlado, realizado no Serviço de Dermatologia Dr. Aíçar Chaul do Hospital das Clínicas – HC, da Universidade Federal de Goiás – UFG. Participaram 39 mulheres, entre 30 e 45 anos, com fotoenvelhecimento grau II, submetidas à intervenção miofuncional estética durante 17 semanas.

Aplicou-se o instrumento *Medical Outcomes Studies 36 – item Short-Form (SF-36)*, o protocolo de anamnese do Programa de Aprimoramento Muscular em Fonoaudiologia Estética Facial – PAMFEF, um protocolo padronizado de avaliação estética, além de um protocolo de documentação fotográfica elaborado para essa pesquisa. Foi utilizado um questionário sócio-demográfico, baseado no da Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida – WHOQOL.

Resultados Após a intervenção observou-se melhora significativa na tensão muscular orofacial, nas rugas, sulcos e na realização das funções estomatognáticas de mastigação e deglutição. Houve melhora da tensão muscular nas regiões de glabella e olhos, na velocidade mastigatória e no excesso de mímicas na fala, em todas as pacientes com alterações nesses aspectos. As médias dos escores dos domínios estado geral de saúde, vitalidade e aspectos emocionais apresentaram um aumento significativo após a intervenção, com o predomínio de uma correlação moderada entre os domínios do SF-36.

Conclusão A intervenção miofuncional estética promoveu o equilíbrio muscular, funcional e o rejuvenescimento facial, contribuindo para a melhora da qualidade de vida de mulheres com fotoenvelhecimento facial grau II, nos domínios estado geral de saúde, vitalidade e aspectos emocionais.

Descritores: Fonoaudiologia, qualidade de vida, estética, terapia miofuncional

INTRODUÇÃO

Manter uma boa aparência e não envelhecer são conceitos cultuados desde as mais remotas civilizações e estão cada vez mais valorizados [1]. O envelhecimento encontra-se no centro das atenções e preocupações do homem moderno [2].

A face mostra precocemente os sinais do envelhecimento, podendo os primeiros apresentarem-se por volta dos 30 anos [3], com a queda das sobrancelhas, acentuação dos sulcos nasolabiais, aparecimento de rugas e flacidez de pele [4]. Além de mudanças físicas são observadas alterações psicossociais [5] como ansiedade, medo de rejeição e receio de perda da vitalidade [6].

Observa-se uma pressão social, maior sobre as mulheres, da imagem ideal de uma pessoa jovem, ativa e atraente [2]. Buscar uma imagem corporal adequada aos anseios estereotipados de corpo é um fenômeno na sociedade atual [7]. Nesse sentido, as técnicas de rejuvenescimento tem se aperfeiçoado [8] e a sua procura é um desejo universal [6].

O trabalho fonoaudiológico em estética da face é uma área da Motricidade Orofacial que busca atenuar os sinais do envelhecimento [3]. Conforme dispôs o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), por meio da Resolução CFFa nº 352, 5 de abril de 2008, a atuação em Motricidade Orofacial com finalidade estética visa avaliar, prevenir e equilibrar a musculatura da mímica facial e/ou cervical, buscando a simetria e a harmonia das estruturas envolvidas no movimento e na expressão, resultando no favorecimento estético [9].

Com o reequilíbrio muscular e a reeducação funcional observa-se a suavização das rugas, dos sulcos, a melhora da flacidez [3] e da definição de contornos que contribuem para o rejuvenescimento da face [10]. A beleza insere a Fonoaudiologia no contexto social, promove o aumento da auto-estima e a melhora da qualidade de vida do sujeito [11].

A introdução do conceito de qualidade de vida foi uma importante contribuição para as medidas de desfecho em saúde. Apesar de haver um consenso sobre a importância de avaliar a qualidade de vida, seu conceito ainda constitui-se um campo de debate [12]. O Grupo WHOQOL definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação as suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” [13].

A utilização de questionários de medida da qualidade de vida é crescente nas investigações clínicas, tanto para a descrição de grupos de pacientes como para a análise da efetividade das intervenções na área da saúde [14].

Não foram encontrados na literatura estudos que investigassem a qualidade de vida na intervenção miofuncional estética. Na busca pelo equilíbrio e harmonia muscular e funcional, essa nova área de atuação promove melhores condições de saúde ao indivíduo, ao levar em consideração aspectos estéticos, funcionais, emocionais e sociais. Além dos ganhos físicos, esse trabalho favorece a melhora do bem-estar, da vitalidade, da auto-estima, comprometidas no envelhecimento.

Dados sobre a qualidade de vida de sujeitos submetidos à intervenção miofuncional estética podem fornecer importantes indicativos sobre esse novo trabalho, ao possibilitar a análise das suas técnicas e resultados na perspectiva do sujeito, de forma a influenciar as condutas terapêuticas, além de contribuir com a inserção da estética no âmbito da saúde.

Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida de mulheres com fotoenvelhecimento grau II, submetidas à intervenção miofuncional estética, no Serviço de Dermatologia Dr. Aíçar Chaul, do Hospital das Clínicas – HC, da Universidade Federal de Goiás - UFG, comparando-se o pré e o pós-tratamento, com a utilização do instrumento SF-36.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um ensaio clínico, experimental, auto-controlado, realizado no Serviço de Dermatologia Dr. Aíçar Chaul do HC/UFG, Goiânia – GO, Brasil, comparando-se os resultados obtidos em duas ocasiões, na pré e na pós intervenção miofuncional estética.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do HC/UFG, sob nº 091/2009, atendendo às recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde [15], em conformidade com os padrões éticos estabelecidos na Declaração de Helsinki de 1964 e suas versões posteriores.

Participantes

Mulheres que freqüentavam o Serviço de Dermatologia Dr. Aíçar Chaul do HC/UFG. Para a determinação do tamanho da amostra utilizou-se os valores observados no trabalho de Nicodemo (2005) [16], com 5% de significância, poder de teste de 80%, margem de erro de 6%, chegando-se a uma amostra de trinta e nove pessoas. Considerando-se as desistências, ampliou-se a amostra para sessenta sujeitos.

Crítérios de Inclusão e Exclusão

Incluiu-se, na pesquisa, mulheres com idade entre 30 e 45 anos, que freqüentavam o Serviço de Dermatologia Dr. Aíçar Chaul do HC/UFG, classificadas em tipo II segundo o grau do fotoenvelhecimento [17] e que se dispuseram a participar desse estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídas mulheres com alterações anatomofisiológicas, acnes, feridas ou eczemas na face ou que declarassem intenção de submeterem-se a massagens faciais, tratamentos estéticos dermatológicos, cirurgia plástica ou qualquer outro tratamento estético facial concomitante ao trabalho fonoaudiológico.

Durante os meses de fevereiro e março de 2010 foram incluídos os primeiros trinta sujeitos e nos meses de junho e julho de 2010, os outros trinta.

Instrumentos

Para a avaliação da qualidade de vida utilizou-se o instrumento *Medical Outcomes Studies 36 – item Short-Form* (SF-36), um dos questionários genéricos de avaliação de qualidade de vida mais conhecidos e difundidos na área de saúde, traduzido e validado no Brasil [18]. É sucinto, porém abrangente, de fácil

compreensão e aplicação, composto por 11 questões, com 36 itens englobados em oito domínios que avaliam capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens). Os domínios são apresentados em escores que variam de 0 a 100, onde 0 corresponde ao pior e 100 ao melhor estado de saúde [19].

Foi aplicado um questionário sócio-demográfico, baseado no sugerido na Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida – WHOQOL [20] que abordava questões sobre a data de nascimento, idade, profissão, renda familiar mensal, nível de escolaridade, estado civil, filhos, moradia, sobre como está a sua saúde, problemas de saúde atual e forma de administração do questionário.

Para a avaliação miofuncional estética foram aplicados os protocolos de anamnese do Programa de Aprimoramento Muscular em Fonoaudiologia Estética Facial – PAMFEF [21], de avaliação estética [3], além da documentação com registro fotográfico, conforme sugerido na literatura [3, 21, 22], como um complemento da avaliação.

O protocolo de anamnese envolveu questões sobre os dados pessoais, dados médicos, hábitos viciosos e posturais, alimentação, sono, prática de esportes, exposição solar, rotina, expressão facial, tensão, tratamentos estéticos e padrão de beleza.

A avaliação estética [3] englobou uma análise corporal, orofacial (testa, glabella, sobrancelhas, olhos, nariz, bochechas, boca, lábios, mento, mandíbula, língua, amígdalas, dentes), da pele (fototipo, Glogau, biótipo cutâneo, cicatrizes, rugas) e das funções estomatognáticas (respiração, mastigação, deglutição, fonação e articulação).

Para a documentação fonoaudiológica com registro fotográfico, não encontrou-se um protocolo padronizado publicado. Elaborou-se, portanto, um protocolo de documentação fotográfica para esse estudo. Foi realizado um registro de fotos no enquadramento de cabeça, pescoço e colo, em cinco posições (frente, perfil direito e esquerdo, meio perfil direito e esquerdo). Padronizou-se o local da sala onde a paciente foi fotografada, assim como a distância do indivíduo ao tripé da câmera fotográfica para que as fotos fossem comparadas no pré e no pós tratamento. A altura do olhar foi estabelecida a partir de um ponto fixo nas paredes da sala, a 10 cm abaixo da estatura da paciente e a posição da cabeça pelo traçado de uma linha imaginária do *tragus* ao *nasio*. As fotografias foram realizadas com câmera digital SONY DSC-S650. A paciente foi convidada a ler e assinar, caso concordasse, uma autorização da sua documentação fotográfica e da utilização das fotos para fins científicos.

Procedimentos

Os prontuários das pacientes que procuravam o Serviço de Dermatologia Dr. Aíçar Chaul do HC/UFG foram analisados e, as mulheres que se enquadrassem nos critérios estabelecidos, eram esclarecidas sobre o estudo e convidadas a participar da pesquisa, caso cumprissem os critérios de inclusão e exclusão a serem analisados durante a triagem.

A triagem foi realizada por residentes de Dermatologia e pela pesquisadora, fonoaudióloga, respeitando-se as especificidades das áreas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido pela pesquisadora junto com a paciente e assinado por ela. Em seguida, aplicou-se o questionário sócio-demográfico. Os indivíduos selecionados foram agendados para a coleta inicial dos dados.

O período de intervenção fonoaudiológica teve a duração de 17 semanas, com encontros realizados uma vez por semana, totalizando 17 encontros, contados da coleta inicial dos dados à alta.

Coleta Inicial dos Dados

Em abril de 2010 iniciou-se a coleta de dados da 1ª amostra selecionada de 30 sujeitos e a 2ª amostra teve início em agosto de 2010, respeitando-se as mesmas etapas em ambas. A coleta inicial dos dados teve a duração de 04 semanas, totalizando 04 encontros.

No primeiro encontro, o instrumento SF-36 foi aplicado individualmente, na forma de entrevista, por uma estagiária do 7º período do curso de Fonoaudiologia da PUC Goiás, treinada previamente pela pesquisadora. Ao término do questionário, a paciente foi submetida à documentação fonoaudiológica, realizada pela pesquisadora com o auxílio de 05 estagiárias do 7º período do curso de Fonoaudiologia da PUC Goiás, levando-se cerca de 15 minutos para a aplicação do questionário e 20 minutos para o registro fotográfico. As mulheres foram pesadas em uma balança digital Vieco BR 9002, após o registro fotográfico, uma vez que mudanças no peso corporal podem gerar modificações faciais, de forma a interferir nos resultados da intervenção miofuncional estética.

Do segundo encontro em diante, as mulheres foram avaliadas individualmente por uma dupla de estagiárias, totalizando três duplas, cada qual em um ambulatório específico do Serviço de Dermatologia Dr. Aíçar Chaul do HC/UFG, responsável por dez pacientes. A pesquisadora participou de todos os encontros enquanto supervisora dos casos.

No segundo encontro aplicou-se o protocolo de anamnese e no terceiro e quarto encontros foi aplicado o protocolo de avaliação estética, com a duração de 30 minutos cada.

Intervenção Miofuncional Estética

Após a coleta de dados inicial foi realizado o planejamento terapêutico individual para o início das sessões fonoaudiológicas.

Foram atendidas trinta mulheres em cada amostra, agendadas durante dez semanas, totalizando trinta pacientes por semana. Cada atendimento teve a duração de 50 minutos, realizado uma vez por semana. Os atendimentos ocorreram pelas três duplas de estagiárias descritas na etapa anterior, com a participação da pesquisadora em todos os encontros.

As terapias envolveram alongamento facial, massagens, realização de exercícios isométricos e das funções estomatognáticas de mastigação, deglutição e fala. O alongamento facial era realizado previamente aos exercícios e, nas regiões onde havia tensão muscular aumentada, repetia-se o alongamento por mais vezes, associados a movimentos prévios de soltura muscular, conforme a necessidade. As massagens contemplaram movimentos de deslizamento, com toques rápidos e de pressão moderada, sempre no sentido inferior para superior e do centro para as extremidades. Foram propostos exercícios isométricos para a região das sobrancelhas, dos olhos, das bochechas, dos lábios no sentido de aumentar o vermelhão e para a região submandibular. De um modo geral, foram selecionados exercícios que não acentuassem nem promovessem

sinais de envelhecimento. As funções estomatognáticas de mastigação e deglutição de sólido foram realizadas com pão de queijo e a deglutição de líquido com água. Trabalhou-se com a fala espontânea durante os diálogos.

Propôs-se a conscientização das funções, assim como das mímicas repetitivas, por meio de um trabalho de reconhecimento de tensões e de alterações funcionais, envolvendo relatos das pacientes. Foi utilizado, inicialmente, o espelho para que a paciente visualizasse possíveis movimentos compensatórios, mímicas excessivas ou inadequações na realização das funções estomatognáticas. Em um segundo momento, o espelho foi retirado e utilizou-se o esparadrapo Transpore, fita hipoalergênica transparente, como recurso terapêutico no trabalho de controle da mímica facial, colocado no sentido das fibras musculares que apresentavam contração excessiva, limitando o movimento. Por volta da 4ª sessão retirou-se o Transpore e as pacientes foram orientadas a controlar as mímicas faciais apenas pela percepção do movimento e a relatar as tensões observadas. Foram fornecidas, durante todo o processo terapêutico, informações sobre a realização adequada das funções estomatognáticas e a sua importância, direcionando as possibilidades de modificação.

Foram fornecidas orientações quanto a importância do uso do fotoprotetor, do óculos de sol, da ingestão de água, de uma alimentação saudável, da qualidade do sono, da prática de esportes, assim como da realização dos exercícios e das manobras em casa, diariamente. Foi considerado critério de desligamento a constatação de três faltas nas sessões de terapia fonoaudiológica.

Coleta Final dos Dados e Alta Fonoaudiológica

Foram reaplicados o instrumento SF-36 e a documentação fonoaudiológica, no primeiro encontro da coleta final dos dados. As fotos foram utilizadas para comparação dos resultados da intervenção, complementando a análise clínica final. As mulheres foram pesadas, utilizando-se a mesma balança da avaliação inicial, para fins comparativos do peso nos períodos pré e pós intervenção.

No segundo e terceiro encontros reaplicou-se o protocolo de avaliação, para posterior análise comparativa da pré e da pós intervenção miofuncional. As pacientes receberam alta fonoaudiológica, sendo informadas a seguir as orientações que se fizessem necessárias e a retornar para a devolução dos resultados, após contato prévio.

A coleta final dos dados teve a duração de três semanas, com encontros realizados uma vez por semana e com a participação das mesmas estagiárias do início da pesquisa.

Devolução dos Resultados

Após 03 meses, as pacientes retornaram para a devolução individual dos resultados. Foi-lhes entregue um CD personalizado com as fotos da pré e da pós intervenção.

Análise Estatística

Para a análise dos dados foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) do Windows (versão 18.0). Na comparação dos resultados dos domínios do SF-36, inicial e final, foi realizado o teste T Pareado, o mesmo utilizado na comparação do peso das mulheres, na pré e pós intervenção. Utilizou-se o

teste Pearson para avaliar a correlação entre os domínios do SF-36 e o α de Cronbach para verificar a confiabilidade das respostas. Nos resultados fonoaudiológicos utilizou-se o Teste McNemar e análise descritiva. Os dados sócio-demográficos foram analisados de forma descritiva.

Os resultados foram apresentados em forma de tabelas e em todas as análises utilizou-se nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Dos 60 sujeitos que iniciaram a intervenção miofuncional estética, 39 (65%) concluíram o processo e 19 (48,7%) retornaram para a devolução dos resultados. Quanto aos 21 sujeitos que não concluíram a intervenção, 76,2% (n=16) desistiram do tratamento, dos quais 50% (n=8) alegaram incompatibilidade de horário, 12,5% (n=2) dificuldade de acesso e 6,25% (n=1) justificaram impedimento físico, depressão, mudança de cidade, aplicação de toxina botulínica, cirurgia plástica e problemas familiares, cada um. Os demais sujeitos foram desligados do atendimento por apresentarem número de faltas superior a 3 na terapia fonoaudiológica, correspondendo a 23,8% (n=5) dos que não concluíram a intervenção.

Quanto aos aspectos sócio-demográficos, 71,8% dos questionários foram auto-administrados. A idade média das mulheres foi 38,38 anos, com renda familiar mensal na média de R\$ 1.248,00, sendo que 27 (69,2%) apresentavam uma profissão. No que se refere à escolaridade, foi predominante o ensino médio, sendo relatado por 17 (43,6%) pacientes. A maioria das mulheres era casada (66,7%), apresentando de dois a quatro filhos (76,9%) e com casa própria (53,8%). Com relação ao seu estado de saúde predominou o relato de uma saúde boa (64,1%), sem doenças (64,1%) e com uso regular de remédio (53,8%). (Tabela 01).

Tabela 01. Características sócio-demográficas das mulheres com fotoenvelhecimento grau II, do Serviço de Dermatologia Dr. Aíçar Chaul do HC-UFG, submetidas à intervenção miofuncional em estética da face. Goiânia – GO. 2010.

Características sócio-demográficas das 39 mulheres que compuseram a amostra

Idade (anos)

Média (Desvio Padrão) 38,38 (4,52)

Mínima – Máxima 30 - 45

Renda Familiar(Reais)

Média (Desvio Padrão) 1.248,00 (720,43)

Mínima – Máxima 300,00 – 3000,00

Profissão (%)

Cabelereira 3 (7,7%)

Vigilante 1 (2,6%)

Doméstica 4 (10,3%)

Auxiliar de produção	3 (7,7%)
Vendedora	6 (15,4%)
Do lar	12 (30,8%)
Técnica de enfermagem	2 (5,1%)
Operadora de caixa	2 (5,1%)
Costureira	1 (2,6%)
Agente de saúde	1 (2,6%)
Servente rural	1 (2,6%)
Manicure	2 (5,1%)
Babá	1 (2,6%)
Escolaridade (%)	
Analfabeto	2 (5,1%)
Ensino Fundamental	15 (38,5%)
Ensino Médio	17 (43,6%)
Ensino Superior	5 (12,8%)
Estado Civil (%)	
Solteira	4 (10,3%)
Casada	26 (66,7%)
Vivendo como casada	1 (2,6%)
Separada	5 (12,8%)
Divorciada	2 (5,1%)
Viúva	1 (2,6%)
Filhos (%)	
Nenhum	3 (7,7%)
Um	6 (15,4)
Dois a quatro	30 (76,9%)
Moradia (%)	
Própria	21 (53,8%)
Financiada	2 (5,1)
Alugada	8 (20,5%)
Emprestada	8 (20,5%)
Saúde	
Muito ruim	1 (2,6%)
Fraca	2 (5,1%)
Nem ruim nem boa	9 (23,1%)
Boa	25 (64,1%)

Muito boa	2 (5,1%)
Doença	
Sim	14 (35,9%)
Não	25 (64,1%)
Uso de remédio	
Sim	21 (53,8%)
Não	18 (46,2%)
Administração do questionário	
Auto-administrado	28 (71,8%)
Assistido pelo entrevistador	11 (28,2%)

No que se refere ao peso das mulheres, na avaliação inicial a média foi de 59,62 kg e, na final, 60,02 kg, sem diferença estatística significativa (p 0,222) entre elas.

Quanto aos resultados alcançados pela intervenção miofuncional estética, constatou-se mudanças (melhora ou adequação) na tensão muscular aumentada nas regiões da glabella (adequação em 40%) e dos olhos (adequação em 64,2%), assim como na velocidade da mastigação, lenta ou rápida (adequação em 100%) e no excesso de mímicas durante a fala (adequação em 71,4%), em 100% das pacientes com essas características.

Foram consideradas com significância estatística as mudanças relacionadas à tensão muscular aumentada da testa, à tensão muscular aumentada do orbicular dos olhos e diminuída do levantador da pálpebra superior, à tensão muscular diminuída da língua e das bochechas, assim como à predominância lateral na mastigação e à mímica peribucal na deglutição (Tabela 02). Ressalta-se que o item “não” na Tabela 02, no período pós intervenção, envolve as adequações ou as melhoras dos dados analisados.

Tabela 02. Modificações das estruturas orofaciais e funções estomatognáticas das mulheres com fotoenvelhecimento grau II, do Serviço de Dermatologia Dr. Aiçar Chaul, HC-UFG, submetidas à intervenção miofuncional estética. Goiânia – GO. 2010

Dados miofuncionais	Antes		Após		p
	N	%	N	%	
Testa					
Tensão muscular aumentada					
Não*	13	33,3	38	97,4	
Sim	26	66,7	01	2,6	<0,001
Olhos					
Tensão muscular aumentada orbicular dos olhos					
Não*	5	12,8	36	92,3	
Sim	34	87,2	03	7,7	<0,001
Tensão muscular diminuída levantador da pálpebra superior					
Não*	8	20,5	36	92,3	
Sim	31	79,5	03	7,7	<0,001
Língua					
Tensão muscular diminuída					

	Não*	22	56,4	37	94,9	
	Sim	17	43,6	02	5,1	<0,001
Bochechas						
Tensão muscular diminuída						
	Não*	30	76,9	38	97,4	
	Sim	9	23,1	01	2,6	0,008
Mastigação						
Lateralização esquerda						
	Não*	24	61,5	35	89,7	
	Sim	15	38,5	04	10,3	0,001
Lateralização direita						
	Não*	18	46,2	36	92,3	
	Sim	21	53,8	03	7,7	<0,001
Deglutição						
Mímica peribucal						
	Não*	19	48,7	37	94,9	
	Sim	20	51,3	02	5,1	<0,001

*não, no período pós intervenção, refere-se às adequações ou às melhoras dos dados analisados.

Apesar do critério de inclusão desse estudo definir a participação somente de mulheres com fotoenvelhecimento grau II, caracterizado pela presença de rugas ao movimento, sinais de lentigos senis visíveis, queratoses palpáveis e não visíveis [17], observou-se durante a avaliação fonoaudiológica a presença de rugas primárias (marcas leves, superficiais) [21] e sulco nasogeniano em 100% das mulheres.

Notou-se mudanças significativas nas rugas frontais, glabulares, periorbitárias, peribucais e sulco labiomentoniano das mulheres, após a intervenção miofuncional estética (Tabela 03). O item “não” na Tabela 03, no período pós intervenção, refere-se à ausência ou à suavização das rugas e sulcos.

Tabela 03. Presença de rugas e sulcos nos períodos pré e pós intervenção miofuncional estética, em mulheres com fotoenvelhecimento grau II, do Serviço de Dermatologia Dr. Aíçar Chaul, HC-UFG. Goiânia – GO. 2010

Rugas/Sulcos	Antes		Após		P	
	N	%	N	%		
Frontais						
	Não*	2	5,1	38	97,4	
	Sim	37	94,9	1	2,6	
	Total	39	100,0	39	100,0	<0,001
Glabulares						
	Não*	4	10,3	36	92,3	
	Sim	35	89,7	3	7,7	
	Total	39	100,0	39	100,0	<0,001
Periorbitárias						
	Não*	5	12,8	36	92,3	
	Sim	34	87,2	3	7,7	
	Total	39	100,0	39	100,0	<0,001
Peribucais						
	Não*	22	56,4	38	97,4	
	Sim	17	43,6	1	2,6	
	Total	39	100,0	39	100,0	<0,001

Sulco labiomentoniano

Não*	1	2,6	33	84,6	
Sim	38	97,4	6	15,4	
Total	39	100,0	39	100,0	<0,001

*não, no período pós intervenção, refere-se à ausência ou à suavização das rugas e sulcos.

O valor alfa de Cronbach global do instrumento SF-36 foi de 0,93 na avaliação inicial e 0,91 na avaliação final. Para os domínios verificou-se, na avaliação inicial, valores para alfa de Cronbach entre 0,78 (estado geral de saúde) e 0,90 (aspectos físicos) e na avaliação final, entre 0,78 (aspectos sociais) e 0,86 (aspecto emocional e vitalidade) (Tabela 04).

Tabela 04. Valores do alfa de Cronbach global e obtidos em cada um dos domínios do SF-36, na pré e na pós intervenção miofuncional estética, junto às mulheres com fotoenvelhecimento grau II, do Serviço de Dermatologia Dr. Aiçar Chaul, HC-UFG . Goiânia – GO. 2010.

Domínio	Questão	α de Cronbach	
		inicial	final
Capacidade funcional	3 (a+b+c+d+f+g+h+i+j)	0,88	0,85
Aspectos físicos	4 (a+b+c+d)	0,90	0,84
Dor	7 + 8	0,84	0,79
Estado geral de saúde	1 + 11a+ 11b+ 11c+ 11d	0,78	0,81
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	0,83	0,86
Aspectos sociais	6 + 10	0,86	0,78
Aspecto emocional	5 (a+b+c)	0,87	0,86
Saúde mental	9 (b+c+d+f+h)	0,89	0,81
Total		0,93	0,91

Com relação aos domínios do SF-36 observou-se, na avaliação inicial, que os escores ficaram entre as médias 52,73 (dor) e 71,62 (capacidade funcional). Na avaliação final foi constatado um aumento das médias dos escores de todos os domínios, exceto da capacidade funcional, variando as médias entre 55,02 (dor) e 78,63 (aspecto emocional). (Tabela 05)

Tabela 05. Comparação dos escores médios dos domínios do instrumento SF-36, na pré e na pós intervenção miofuncional estética, junto às mulheres com fotoenvelhecimento grau II do Serviço de Dermatologia Dr. Aíçar Chaul, HC-UFG. Goiânia – GO. 2010.

Domínio	Inicial		Final		p
	Média	DP	Média	DP	
Capacidade funcional	71,62	25,48	69,23	27,79	0,504
Aspectos físicos	68,58	41,24	76,28	34,86	0,320
Dor	52,73	28,63	55,02	26,10	0,550
Estado geral de saúde	61,30	26,74	76,30	26,52	0,000
Vitalidade	56,15	24,31	62,62	24,08	0,044
Aspectos sociais	67,30	28,76	76,50	28,54	0,058
Aspecto emocional	61,53	43,62	78,63	36,26	0,005
Saúde mental	61,76	27,57	63,83	27,45	0,326

Ao se comparar as médias dos escores dos domínios do SF-36 nos momentos inicial e final observou-se um aumento com significância estatística ($p \leq 0,05$) nos domínios referentes ao estado geral de saúde ($p=0,000$), vitalidade ($p=0,044$) e aspecto emocional ($p=0,005$). (Tabela 05)

No que se refere a correlação entre os domínios do SF-36, na avaliação inicial, constatou-se correlação com significância estatística entre todos os domínios, exceto entre a capacidade funcional e o estado geral de saúde e a capacidade funcional e os aspectos sociais (Tabela 06).

Tabela 06. Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios do SF-36 na pré intervenção miofuncional estética.

Componentes do SF-36	Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral de Saúde	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspectos Emocionais	Saúde Mental
Capacidade Funcional								
Aspectos Físicos	0,377*							
Dor	0,336*	0,620***						
Estado Geral de Saúde	0,222	0,444**	0,631***					
Vitalidade	0,344*	0,614***	0,536***	0,505***				
Aspectos Sociais	0,224	0,595***	0,485**	0,523***	0,808***			
Aspectos Emocionais	0,413**	0,834***	0,668***	0,542***	0,729***	0,702***		
Saúde Mental	0,338*	0,513***	0,635***	0,619***	0,838***	0,690***	0,629***	

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

Na avaliação final, a capacidade funcional só apresentou correlação significativa com os aspectos físicos ($p \leq 0,05$) e, os aspectos físicos, com a dor e a saúde mental ($p \leq 0,05$). As correlações entre os demais domínios foram consideradas estatisticamente significantes. (Tabela 07). Observou-se a predominância de uma correlação moderada entre os domínios, nos momentos inicial e final.

Tabela 07. Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios do SF-36 na pós intervenção miofuncional estética.

Componentes do SF-36	Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral de Saúde	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspectos Emocionais	Saúde Mental
Capacidade Funcional								
Aspectos Físicos	0,381*							
Dor	0,208	0,401*						
Estado Geral de Saúde	0,192	0,151	0,553***					
Vitalidade	0,268	0,269	0,550***	0,667***				
Aspectos Sociais	- 0,081	0,185	0,519***	0,525***	0,471**			
Aspectos Emocionais	- 0,068	0,282	0,461**	0,491**	0,499***	0,547***		
Saúde Mental	0,111	0,389*	0,536***	0,605***	0,856***	0,505***	0,586***	

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

DISCUSSÃO

A intervenção miofuncional estética junto às mulheres com fotoenvelhecimento grau II, analisadas nesse estudo, promoveu melhora da tensão muscular aumentada nas regiões da glabella e dos olhos, assim como da velocidade de mastigação e do excesso de mímicas durante a fala, em todas as pacientes que apresentaram esse quadro, a partir do trabalho de reequilíbrio miofuncional.

O reequilíbrio da musculatura e a reeducação das funções orofaciais favorecem a suavização das rugas, dos sulcos e a melhora da flacidez [3], em concordância com os achados dessa pesquisa. Constatou-se melhora significativa na tensão muscular de estruturas orofaciais, nas rugas, nos sulcos [3, 10, 11, 21, 22, 23, 24, 25] e na realização de funções estomatognáticas [3, 10, 11, 22, 24].

O trabalho miofuncional estético promoveu o rejuvenescimento e a harmonia da face [24], de forma a inserir a Fonoaudiologia no contexto social [11], uma vez que o aspecto estético constitui-se um fator de bem-estar psicossocial [26]. O reconhecimento dos aspectos psicossociais como indicadores de promoção de saúde revela que a biotecnologia não pode ser um fim em si mesma [16].

A estética do corpo não pode ser medida pelos critérios clássicos de avaliação científica, pois o conceito do belo é subjetivo [27]. No entanto, a utilização de instrumentos validados de qualidade de vida permite mensurar as impressões dos pacientes sobre os resultados estéticos, de forma a promover uma avaliação mais segura sobre a intervenção [28].

Nesse sentido, utilizou-se no presente estudo, o instrumento SF-36 para analisar a qualidade de vida de mulheres com fotoenvelhecimento facial grau II, após a intervenção miofuncional estética. Observou-se que a média de qualidade de vida das mulheres, antes do tratamento, era mais próxima de 100, considerando-se que quanto mais distante de 0 e mais próximo de 100, melhor é o seu estado de saúde [19]. Após a intervenção fonoaudiológica, as médias dos escores de todos os domínios aumentaram, exceto a do domínio capacidade funcional que diminuiu, embora sem significância estatística.

Ao se comparar as médias dos escores dos domínios do SF-36, após 17 semanas, observou-se um aumento estatisticamente significativo nos domínios estado geral de saúde, vitalidade e aspecto emocional, o que revela melhora tanto na saúde física quanto na mental, conforme nota-se no modelo proposto do SF-36 [19].

O aumento significativo das médias dos domínios vitalidade e aspecto emocional sugere que a intervenção miofuncional estética contribuiu para a melhora do componente saúde mental da qualidade de vida das mulheres desse estudo, representada, no SF-36, pelos domínios vitalidade, aspectos sociais, emocional e saúde mental. Para a mulher, ressalta-se a importância da conservação do aspecto jovem o maior tempo possível na sociedade moderna, tanto no ambiente profissional, social quanto no familiar [2]. A procura pela melhora da própria imagem ou manutenção da sua integridade promove importantes forças de motivação [6] e favorece uma vida com melhor qualidade [16], uma vez que o aspecto estético é considerado um fator de bem-estar psicossocial [16, 26] e, o aspecto psicossocial, um indicador de promoção de saúde [16].

O escore médio do domínio estado geral de saúde, que integra o componente saúde física do instrumento SF-36, apresentou aumento significativo, revelando melhora da saúde global das mulheres desse estudo, segundo sua percepção. Esse aumento sugere que não só os aspectos psicossociais estão relacionados à intervenção estética [16, 26], como também aspectos da saúde física. Nesse trabalho, a correlação do domínio estado geral de saúde apresentou significância estatística predominante para os domínios relacionados ao componente saúde mental. Fatores emocionais e relacionados à vitalidade podem interferir na saúde geral do sujeito, levando-se em consideração que a saúde refere-se a um bem-estar físico, mental e social [29]. A satisfação com a aparência predispõe a uma boa saúde física e mental [5].

Observou-se a predominância de uma correlação moderada entre os domínios do instrumento SF-36, na pré e na pós intervenção miofuncional. Uma alta correlação poderia sugerir a possibilidade de redundância entre os domínios e uma baixa concordância entre si poderia sugerir que outra dimensão estivesse sendo avaliada, que não a qualidade de vida [30]. O alfa de Cronbach revelou uma boa fiabilidade dos domínios, considerando que o menor valor obtido foi 0,78 [31].

Não foram encontrados artigos que investigassem a qualidade de vida de indivíduos submetidos à intervenção miofuncional estética. Os estudos sobre esse tema apresentam relatos de bem-estar e satisfação das pacientes atendidas [1, 10, 23, 32, 33]. Embora a satisfação seja um conceito relacionado à qualidade de vida [34], não observa-se a utilização de instrumentos para sua avaliação.

Na relação entre qualidade de vida e estética facial foram encontrados estudos referentes, principalmente, à área de cirurgia plástica e à odontológica. Poucos estudos utilizaram instrumentos de avaliação

de qualidade de vida validados e traduzidos para a língua portuguesa. Observou-se, de um modo geral, a utilização de testes psicológicos, questionários de relatos de satisfação de pacientes ou instrumentos de qualidade de vida específicos à intervenção.

A escassez de estudos envolvendo o tema pode justificar-se pelo preconceito ainda existente sobre a estética, nem sempre vista como uma questão de saúde, mas como uma busca pela beleza em si. A própria intervenção miofuncional estética é ainda um campo recente de atuação, com poucas publicações na área.

Encontrou-se apenas 01 estudo com a utilização do instrumento de qualidade de vida SF-36 relacionado à estética facial que correspondeu a uma tese sobre cirurgia ortognática. Pesquisou-se, nesse trabalho, a auto-estima, a depressão e a qualidade de vida de 29 pacientes, de ambos os sexos, submetidos a cirurgia ortognática, apresentando má-oclusão classe III de Angle. Considerando a influência dos aspectos psicossociais no tratamento das deformidades dentofaciais, utilizou-se a Escala de Auto-Estima ROSENBERG, Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20) e o SF-36 como instrumentos de avaliação. Como resultados encontrou-se melhora nos domínios referentes aos aspectos físicos, sociais e emocionais, após a cirurgia ortognática. Pacientes do sexo feminino melhoraram a auto-estima e diminuíram os sintomas depressivos [16]. Com relação aos resultados apresentados no SF-36, a melhora dos aspectos emocionais encontra-se em concordância com os achados do presente estudo. Cabe ressaltar que são estudos de naturezas distintas, apresentando em comum, a relação da qualidade de vida com a estética facial.

Embora o constructo qualidade de vida seja multidimensional [12, 13, 35, 36, 37], de forma a incorporar a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e outros [37], acredita-se que as modificações observadas na face após a intervenção miofuncional estética contribuíram para a melhora da qualidade de vida das mulheres com fotoenvelhecimento grau II, analisadas nesse estudo. A boa aparência é um facilitador para as trocas sociais [38] e o tratamento estético favorece a melhora dos aspectos psicossociais [16].

CONCLUSÃO

Após a intervenção miofuncional estética, as mulheres com fotoenvelhecimento facial grau II analisadas nessa pesquisa, apresentaram uma melhora significativa na tensão muscular orofacial, nas rugas e sulcos e na realização de funções estomatognáticas, observando-se o reequilíbrio miofuncional e o rejuvenescimento facial. Houve melhora na tensão muscular nas regiões de glabella e olhos, na velocidade mastigatória e no excesso de mímicas durante a fala, em todas as pacientes que apresentaram alterações nesses aspectos.

Os resultados dessa intervenção contribuíram para o aumento significativo das médias dos escores dos domínios estado geral de saúde, vitalidade e aspectos emocionais, favorecendo a melhora da qualidade de vida das mulheres nos componentes relativos à saúde física e mental.

A capacidade funcional apresentou correlação significativa apenas com os aspectos físicos e, os aspectos físicos, com a dor e a saúde mental, após a intervenção. As correlações entre os demais domínios foram consideradas estatisticamente significantes, com o predomínio de uma correlação moderada.

Não foi encontrado na literatura nenhum trabalho sobre a qualidade de vida e a intervenção miofuncional estética. São escassos os estudos que utilizam instrumentos de qualidade de vida, validados e traduzidos para o português, envolvendo a estética facial, provavelmente pelo preconceito ainda observado no

campo da estética, nem sempre visto como uma questão de saúde, mas como uma busca da beleza por si mesma, desconsiderando o contexto no qual está inserida.

A qualidade de vida constitui-se um importante indicador na análise de técnicas e resultados de intervenção miofuncional estética, de forma a nortear ações pautadas na valorização do paciente na sua condição humana. Pesquisas adicionais favoreceriam a inclusão da estética no âmbito da saúde.

REFERÊNCIAS

1. FRANCO, M.Z. & SCATTONE, L. (2002). Fonoaudiologia e Dermatologia: um trabalho conjunto e pioneiro na suavização das rugas de expressão facial. *Fono atual*, 5(22), 60-66.
2. TARIKI, V.R. & YUNAN, E.K. (2003). Cosmeatria e preenchimento facial. In: MAUAD, R. (Org). *Estética e cirurgia plástica: tratamento no pré e pós-operatório* (pp. 161-231). São Paulo: SENAC.
3. PIEROTTI, S. (2004). Atuação fonoaudiológica na estética facial. In: *Comitê de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Motricidade Orofacial: como atuam os especialistas* (pp. 281-287). São Paulo: Pulso.
4. YAMAGUCHI, C. & SANCHES, O. (2003) Rejuvenescimento facial. In: MAUAD, R. (Org). *Estética e cirurgia plástica: tratamento no pré e pós-operatório* (pp. 79-125). São Paulo: SENAC.
5. CARRUTHERS, J.A., WESSEIS, N. V. & FLYNN, T.C. (2003). Intense Pulsed Light and Botulinum Toxin Type A for the Aging Face. *Cosmetic Dermatology*, 16 (5), 2-16.
6. PITANGUY, I. (2009). *Cartas a um jovem cirurgião: perseverança, disciplina e alegria*. Rio de Janeiro: Elsevier.
7. ADAMI, F., FERNANDES, T.C., FRAINER, D.E.S. & OLIVEIRA, F.R. (2005). Aspectos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na Educação Física. *Revista Digital*, Buenos Aires, ano 10, n. 83. <<http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em 21 de novembro de 2009.
8. VELASCO, M.V.R., STEINER, D., RIBEIRO, M.E., OKUBO, F.R. & BEDIN, V. (2004). Rejuvenescimento da pele por peeling químico: enfoque no peeling de fenol. *An. Bras.Dermatol.*, 79(1), 91-99.
9. CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. (2008). Resolução CFFa nº 352. *Jornal do CFFa*, ano IX, n.37.
10. FRAZÃO, Y. & MANZI, S. (2010). Eficácia da intervenção fonoaudiológica para atenuar o envelhecimento facial. *Rev. CEFAC*. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-8462010005000124&lng=en&nrm=iso> Acesso em 02 de setembro de 2011.
11. TOLEDO, P.N. (2006). *Fonoaudiologia & Estética: a motricidade orofacial aplicada na estética da face*. São Paulo: Lovise.
12. FLECK, M.P.A. (2008). Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M.P.A. & colaboradores. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde* (pp 19-28). Porto Alegre: Artmed.
13. THE WHOQOL GROUP. (1995). The World Health organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.

14. DeFRIESE, G. H. (1990). Measuring the effectiveness of medical interventions. *Health Serv. Res.*, 25, 691-695.
15. BRASIL. (1996). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em 10 de outubro de 2010.
16. NICODEMO, D. (2005). *Escala de auto-estima Rosenberg / UNIFESP – EPM, Self-Report Questionnaire-20, Short-Form 36 em pacientes classes III submetidos à cirurgia ortognática*. Tese (Doutorado: Ciências). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
17. GLOGAU, R.G. (1996). Aesthetic and anatomic analysis of the aging skin. *Semin Cutan Med Surg.*, 15(3), 134-138.
18. CICONELLI, R.M., FERRAZ, M.B., SANTOS, W., MEINÃO, I. & QUARESMA, M.R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3), 143-150.
19. WARE, J.E.Jr. (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, 25(24), 3130-3139.
20. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (1998). Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) < <http://www.ufgrs.br/psiq> >. Acesso em 18 de dezembro de 2008.
21. TASCA, S.M.T. (2002). Programa de aprimoramento muscular em fonoaudiologia estética facial (PAMFEF). São Paulo: Pró- fono.
22. FRANCO, M.Z. (2008). Atuação fonoaudiológica na suavização das rugas de expressão e estética da face. In: SILVA, P.B. & DAVID, R.H.F. *Cadernos do Fonoaudiólogo: Motricidade Orofacial* (pp15-21). São Paulo: Lovise.
23. TAKACS, A.P., VALDRIGUI, V. & ASSENCIO-FERREIRA, V.J. (2002). Fonoaudiologia e estética: unidas a favor da beleza facial. *Rev CEFAC*, 4, 111-116.
24. FRANCO, M.Z. (2004). Fonoaudiologia e estética: um novo alcance da motricidade oral. In: *Comitê de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Motricidade Orofacial: como atuam os especialistas* (pp. 289-295). São Paulo: Pulso.
25. MATTIA, F.A, CZLUSNIAK, G. & RICCI C.C.P.P. (2008). Contribuição da Fonoaudiologia na estética facial: relato de caso. *Rev. Salus-Guarapuava*, 2(2), 15-22.
26. CARDOSO, S.M.O. (1990). *Estudo da estética facial visando a confecção das próteses faciais*. Dissertação (Mestrado: Clínicas Odontológicas). Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
27. FERREIRA, M.C. (2000). Cirurgia plástica estética – avaliação dos resultados. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plás.t.*, 15(1), 55-66.
28. RHEE, J.S. & McMULLIN, B.T. (2008). Measuring outcomes in facial plastic surgery: a decade of progress. *Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 16, 387-393.
29. SEGRE, M. & FERRAZ, F.C. (1997) O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*, 31(5), 538-542.

30. CICONELLI, R.M. (1997). *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*. Tese (Doutorado: Medicina). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
31. MAROCO, J. & GARCIA-MARQUES, T. (2006). Qual a fiabilidade do alpha de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
32. SANTOS, C.C.G. & FERRAZ, M.J.P.C. (2010). Atuação da fonoaudiologia na estética facial: relato de caso clínico. *Rev. CEFAC.* , 13(4), 763-768.
33. SILVA, N.L.S., VIEIRA, V.S. & MOTTA, A.R. (2010). Eficácia de duas técnicas fonoaudiológicas da estética facial no músculo orbicular dos olhos: estudo piloto. *Rev. CEFAC*, 12(4), 102-109.
34. SARWER, D.B. (1998) Quality of life outcomes after cosmetic surgery-discussion. *Plast.Reconstr. Surg.* 102(6), 2146-2147.
35. MINAYO, M.C.S., HARTZ, Z.M.A. & BUSS, P.M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciências & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
36. CHACHAMOVICH, E. & FLECK, M. P.A. (2008). Desenvolvimento do WHOQOL-100. In: FLECK, M. P.A. e colaboradores. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde* (pp.19-28). Porto Alegre: Artmed.
37. THE WHOQOL GROUP. (1994). The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument. In: ORLEY, J & KUYKEN, W. (Ed.). *Quality of life assessment: internacional perspectives*. Berlin: Springer, 1994.p.41-57.
38. WOLF, S.M.R. (1998). O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*. 52(4), 307-316.