

Artigos originais

Qualidade de vida de mulheres submetidas à intervenção miofuncional estética da face – influência da escolaridade

*Quality of life of women submitted to facial aesthetic myofunctional therapy – educational status influence*Cejana Baiocchi Souza¹<https://orcid.org/0000-0001-9290-6456>Celmo Celeno Porto²<https://orcid.org/0000-0001-5860-9490>

¹ Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.

² Universidade Federal de Goiás - UFG, Goiânia, Goiás, Brasil.

Conflito de interesses: Inexistente



RESUMO

Objetivo: analisar a influência da escolaridade na qualidade de vida de mulheres submetidas à intervenção miofuncional estética da face.

Métodos: trata-se de um ensaio clínico, experimental, autocontrolado, realizado na Universidade Aberta à Terceira Idade/UNATI da PUC Goiás. Participaram 44 mulheres, entre 50 e 65 anos, divididas em grupo 1, com nível fundamental e médio e grupo 2, com nível superior, submetidas à intervenção miofuncional estética. Para a análise dos dados utilizou-se o teste T pareado, o teste Levene, o teste T para comparação de médias de grupos independentes e a correlação de Spearman, com nível de significância de 5%.

Resultados: após a intervenção miofuncional estética observou-se melhora significativa no equilíbrio miofuncional orofacial e nas rugas, nos grupos 1 e 2. As médias dos escores dos domínios aspectos físicos e estado geral de saúde apresentaram um aumento significativo após a intervenção no grupo 1. Não houve diferença estatística significativa da qualidade de vida entre as mulheres nos dois grupos. A correlação entre a escolaridade e os domínios da qualidade de vida foi predominantemente baixa.

Conclusão: a escolaridade não interferiu na qualidade de vida de mulheres submetidas à intervenção miofuncional estética.

Descritores: Qualidade de Vida; Escolaridade; Terapia Miofuncional; Estética

ABSTRACT

Objective: to analyze the influence of educational status on the quality of life of women submitted to facial aesthetic myofunctional therapy.

Methods: a self-controlled experimental clinical trial conducted at the *Universidade Aberta à Terceira Idade* (Open University for Seniors – UNATI) of the *Pontifícia Universidade Católica* (Pontifical Catholic University – PUC) of Goiás, Brazil. The 44 participating women, aged 50 to 65 years, were divided into group 1 (having completed middle or high school) and group 2 (with a higher education degree) and were submitted to aesthetic myofunctional therapy. Data analysis was made with the paired t-test, Levene test, t-test to compare the means of independent groups, and Spearman correlation, at the 5% significance level.

Results: after the aesthetic myofunctional therapy, the wrinkles and orofacial myofunctional balance improved significantly in groups 1 and 2. The physical aspects and overall health status mean scores increased significantly in group 1, after the intervention. There was no statistically significant difference in the women's quality of life between groups. The correlation between educational status and the quality-of-life domains was predominantly low.

Conclusion: the educational status did not interfere with the quality of life of women submitted to aesthetic myofunctional therapy.

Keywords: Quality of Life; Educational Status; Myofunctional Therapy; Esthetics

Recebido em: 08/12/2021
Aceito em: 03/02/2022

Endereço para correspondência:

Cejana Baiocchi Souza
Rua João de Abreu, 374, apto 500,
setor oeste
CEP: 74120-110 - Goiânia, Goiás, Brasil
E-mail: cejana_f@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A imagem corporal é um complexo fenômeno humano que envolve aspectos cognitivos, afetivos, sociais/culturais e está intrinsicamente associada ao conceito de si próprio, sendo influenciável pelas dinâmicas interações entre o ser e o meio em que vive¹.

O fator idade tem sido associado à satisfação com a imagem corporal². Em função disto, o envelhecimento encontra-se no centro das atenções e preocupações do homem moderno³. A face mostra precocemente os sinais do envelhecimento, com início por volta dos 30 anos⁴, com a queda das sobrancelhas, acentuação dos sulcos nasolabiais, aparecimento de rugas e flacidez de pele⁵. Além de mudanças físicas são observadas alterações psicossociais⁶ como ansiedade, medo de rejeição e receio de perda da vitalidade⁷.

Buscar uma imagem corporal adequada aos anseios estereotipados de corpo é uma meta na sociedade atual¹. Nesse sentido, as técnicas de rejuvenescimento têm se aperfeiçoado⁸, dando origem a diferentes propostas de intervenção.

O trabalho fonoaudiológico em estética da face é uma área da Motricidade Orofacial que busca atenuar os sinais do envelhecimento⁴, a partir do equilíbrio da musculatura da mímica facial e/ou cervical, de forma a alcançar simetria e harmonia das estruturas envolvidas nas funções orofaciais⁹. Com o reequilíbrio muscular e funcional observam-se a suavização das rugas, dos sulcos, a melhora da flacidez⁴ e da definição de contornos que contribuem para o rejuvenescimento da face¹⁰, de forma a promover o aumento da autoestima e a melhora da qualidade de vida das pessoas¹¹.

O Grupo WHOQOL¹² 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”.

Determinantes do ambiente interno (individual) e externo (social e cultural) influenciam a qualidade de vida geral¹³. O contexto escolar apresenta-se como um dos principais cenários de desenvolvimento dos indivíduos, contribuindo para a formação e o desenvolvimento de percepções e avaliações acerca das suas próprias capacidades e competências¹⁴. A escolaridade, por sua vez, interfere fortemente no estilo e na qualidade de vida do indivíduo¹⁵, visto que a escolaridade está associada a diferentes valores, normas, hábitos e atitudes que contribuem para a explicação

da maneira como cada pessoa percebe o seu estado de saúde¹⁶.

Alguns estudos revelam que indivíduos com um maior nível de escolaridade apresentam maiores escores nos domínios de qualidade de vida¹⁷⁻²⁴. Pessoas com nível de escolaridade mais alta tendem a estimar melhores condições de vida, a avaliar de modo mais favorável o ambiente onde vivem²⁵ e aderem melhor às medidas de prevenção da doença e promoção da saúde, corrigindo com maior frequência seus hábitos e estilos de vida menos saudáveis^{16,26}. Além disso, a alta escolaridade está associada à obtenção de melhores empregos, maior renda e melhor moradia, que, por sua vez, influenciam melhores atitudes em relação à saúde²⁷.

Nas sociedades ocidentais, os elementos socio-culturais constituem os principais fatores etiológicos do grau de satisfação ou rejeição com a imagem corporal²⁸. Em um estudo realizado sobre a satisfação masculina com sua imagem corporal, constatou-se que quanto maior o nível de escolaridade, maior a insatisfação com sua imagem corporal²⁹.

Conhecer a qualidade de vida e as variáveis que a influenciam pode subsidiar as intervenções dos profissionais de saúde, propiciar avanços na produção de cuidados, na gestão dos serviços de saúde, a fim de promover o bem estar e direcionar as condutas terapêuticas.

Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo foi analisar a relação entre escolaridade e qualidade de vida de mulheres submetidas à intervenção miofuncional estética da face.

MÉTODOS

Ensaio clínico, experimental, autocontrolado, realizado na Universidade Aberta à Terceira Idade/UNATI da PUC Goiás, Goiânia – GO.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Goiás, sob parecer nº 705.210/14, atendendo às recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde³⁰.

Participou do estudo um grupo de mulheres que frequentava a UNATI/PUC Goiás. Para a determinação do tamanho da amostra utilizaram-se os valores observados no trabalho de Nicodemo³¹, com 5% de significância, poder de teste de 80%, margem de erro de 6%, chegando-se a uma amostra de 39 pessoas. Considerando-se as possíveis desistências,

ampliou-se a amostra para 66 sujeitos. As mulheres foram divididas em dois grupos (grupo 1 e grupo 2) conforme o nível de escolaridade. O grupo 1 incluía as mulheres com nível fundamental e médio e o grupo 2, as com nível superior.

Foram incluídas mulheres com idade entre 50 e 65 anos, que se dispuseram a participar do estudo com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Excluíram-se aquelas 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 às técnicas fonoaudiológicas.

Foram utilizados o questionário Medical Outcomes Studies 36 – item Short-Form (SF-36), um questionário sócio-demográfico, baseado no sugerido na Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida – WHOQOL³², o protocolo de anamnese do Programa de Aprimoramento Muscular em Fonoaudiologia Estética Facial – PAMFEF³³, o protocolo de avaliação estética proposto por Pierotti⁴ e o protocolo de documentação fotográfica, os três últimos utilizados para a avaliação fonoaudiológica.

O SF-36 é composto por 11 questões, com 36 itens distribuídos 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, 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 mental³⁴. 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 questionário sócio-demográfico incluiu idade, renda familiar mensal, profissão, escolaridade, estado civil, número de filhos, moradia, estado de saúde, presença de doença e uso de remédio.

O protocolo de anamnese compreendeu 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 beleza³³.

A avaliação estética 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)⁴.

Para a documentação fonoaudiológica com registro fotográfico, elaborou-se um protocolo para esse estudo. As fotos registraram o 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*. Utilizou-se uma câmera digital SONY DSC-S650. Previamente ao registro das fotos, a paciente foi convidada a ler e assinar, caso concordasse, uma autorização da sua documentação fotográfica.

Após assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi aplicado o questionário sociodemográfico.

O instrumento SF-36 foi aplicado individualmente, por meio de entrevista, com a pesquisadora responsável. Os demais procedimentos foram realizados por estagiárias do curso de Fonoaudiologia da instituição de origem, devidamente capacitadas. A pesquisadora participou de todos os encontros na condição de supervisora dos casos.

O período de intervenção fonoaudiológica, contado da anamnese à alta, foi de 14 semanas, com encontros semanais. 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.

Cada atendimento teve duração de 40 minutos, realizado uma vez por semana, durante 10 semanas. As terapias compreenderam o 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 à importância

do uso do fotoprotetor, dos óculos de sol, da ingestão de água, de uma alimentação saudável, da qualidade do sono e da prática de esportes.

Foi considerado critério de desligamento, a constatação de três faltas nas sessões de terapia miofuncional estética.

Ao término do período de intervenção fonoaudiológica, foram reaplicados o instrumento SF-36, o registro fotográfico e o protocolo de avaliação.

Os dados coletados nesse estudo foram arquivados em local sigiloso na Clínica-Escola de Fonoaudiologia da instituição de origem e serão incinerados após 05 anos.

Para a análise dos dados foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) do Windows (versão 20.0). Nos resultados fonoaudiológicos pré e pós-intervenção miofuncional e na comparação dos resultados dos domínios do SF-36, inicial e final, foi realizado o teste T Pareado. Na análise dos domínios do SF-36 com a escolaridade das mulheres, utilizou-se o teste Levene para verificar se os grupos apresentavam a mesma variância e o teste T para comparação de médias de grupos independentes. Para a correlação entre os resultados fonoaudiológicos e os domínios do SF-36 e entre o nível de escolaridade e os domínios do SF-36 utilizou-se o teste Spearman. Os dados sociodemográficos foram analisados de forma descritiva. Em todas as análises utilizou-se o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

Das 66 mulheres que iniciaram a intervenção miofuncional estética, 66,6% ($n=44$) concluíram as sessões propostas. Quanto às 22 que não concluíram a intervenção, 54,5% ($n=12$) desistiram do tratamento e 45,5% ($n=10$) foram desligadas do atendimento por apresentarem número de faltas superior a três na terapia fonoaudiológica. O grupo 1 totalizou 26 mulheres e o grupo 2, 18 mulheres.

Quanto aos aspectos sociodemográficos, no grupo 1, a média de idade das mulheres foi de 58,4 anos, com renda familiar mensal média de R\$3.902,00, sendo que 50% eram aposentadas. No que se refere à escolaridade, predominou o ensino médio que

correspondeu a 22 (84,6%) sujeitos. A maior parte das mulheres era casada (42,3%), apresentando de dois a quatro filhos (73,1%) e com casa própria (84,6%). Com relação ao seu estado de saúde predominou o relato de uma saúde boa (61,5%), com presença de doenças (61,5%) e com uso regular de remédio (88,5%) (Tabela 1).

No grupo 2, a média de idade foi de 57, 8 anos, com renda familiar mensal média de R\$5.885,00 e 50,3% apresentavam uma profissão. Nesse grupo, 100% das mulheres apresentavam ensino superior. A maior parte das mulheres era casada (44,4%), apresentando de dois a quatro filhos (72,2%) e com casa própria (83,3%). Quanto ao estado de saúde predominou o relato de uma saúde boa (61,1%), com presença de doenças (66,7%) e com uso regular de remédio (83,3%). Em ambos os grupos, os questionários foram autoadministrados (Tabela 1).

Sobre os resultados alcançados pela intervenção miofuncional estética, observaram-se mudanças (melhora ou adequação) na tensão muscular de testa, glabella, olhos, lábios, língua, bochechas e nas funções de mastigação, deglutição e fala das mulheres, em ambos os grupos, com diferença estatística significativa entre os resultados pré e pós-intervenção.

Constataram-se, durante a avaliação fonoaudiológica, a predominância de rugas secundárias e a presença do sulco nasogeniano em 100% das mulheres, em ambos os grupos. Após a intervenção miofuncional estética, foram observadas mudanças com significância estatística nas rugas frontais, glabellares e periorbitárias nos grupos 1 e 2.

Com relação aos domínios do SF-36, no grupo 1, observou-se na avaliação inicial que os escores ficaram entre as médias 5,11 (aspecto emocional) e 24,88 (capacidade funcional) e, no grupo 2, 5,27 (aspecto emocional) e 25,66 (capacidade funcional). Na avaliação final ocorreu um aumento das médias dos escores de todos os domínios, exceto vitalidade e saúde mental no grupo 2. Ao se comparar as médias dos escores dos domínios do SF-36 nos momentos inicial e final, observou-se um aumento com significância estatística nos domínios referentes aos aspectos físicos e ao estado geral de saúde no grupo 1 (Tabela 2).

Tabela 1. Características sociodemográficas de mulheres adultas da Unati/PUC Goiás (Grupos 1 e 2), submetidas à intervenção miofuncional estética

	Grupo 1	Grupo 2
Idade (anos)		
Média (Desvio Padrão)	58,40 (4,52)	57,7 (3,81)
Mínima – Máxima	50 - 64	50 - 65
Renda Familiar (Reais)		
Média (Desvio Padrão)	3.902,00 (5.134,05)	5.885,00 (5.642,88)
Mínima – Máxima	720,00 - 25.000,00	724,00 - 5.000,00
Profissão (%)		
Aposentada	13 (50%)	7 (38,9%)
Do lar	9 (34,6%)	2 (11,1%)
Com profissão	4 (15,4%)	9 (50,3%)
Escolaridade (%)		
Ensino Fundamental	04 (15,4%)	0 (0%)
Ensino Médio	22 (84,6%)	0 (0%)
Ensino Superior	0 (0%)	18 (100%)
Estado Civil (%)		
Solteira	4 (15,4%)	3 (16,7%)
Casada	11 (42,3%)	8 (44,4%)
Separada	3 (11,5%)	2 (11,1%)
Divorciada	6 (23,1%)	1 (5,6%)
Viúva	2 (7,7%)	2 (11,1%)
Filhos (%)		
Nenhum	3 (11,5%)	3 (16,7%)
Um	4 (15,4%)	2 (11,1%)
Dois a quatro	19 (73,1%)	13 (72,2%)
Moradia (%)		
Própria	22 (84,6%)	15 (83,3%)
Financiada	1 (3,8%)	1 (5,6%)
Alugada	3 (11,5%)	2 (11,1%)
Saúde		
Fraca	1 (3,8%)	1 (5,6%)
Nem ruim nem boa	5 (19,2%)	2 (11,1%)
Boa	16 (61,5%)	11 (61,1%)
Muito boa	4 (15,4%)	4 (22,2%)
Doença		
Sim	16 (61,5%)	12 (66,7%)
Não	10 (38,5%)	6 (33,3%)
Uso de remédio		
Sim	23 (88,5%)	15 (83,3%)
Não	3 (11,5%)	3 (16,7%)

Análise descritiva

Tabela 2. Comparação dos escores médios dos domínios do instrumento SF-36, na pré e na pós-intervenção miofuncional estética, junto às mulheres adultas da Unati – Puc Goiás

Domínio	Inicial		Final		P ₁	P ₂
	M ₁ /DP	M ₂ /DP	M ₁ /DP	M ₂ /DP		
Capacidade funcional	24,88 (4,26)	25,66 (3,85)	25,53 (3,72)	26,44 (3,34)	0,318	0,074
Aspectos físicos	6,46 (1,33)	6,72 (1,70)	7,42 (0,94)	7,11 (1,40)	0,000	0,185
Dor	7,70 (2,30)	8,92 (1,93)	8,35 (1,89)	9,16 (2,33)	0,100	0,605
Estado geral de saúde	18,73 (4,02)	20,52 (3,47)	20,37 (3,62)	20,61 (3,10)	0,005	0,900
Vitalidade	16,58 (3,57)	16,55 (3,71)	16,61 (3,46)	16,55 (3,79)	0,957	1,000
Aspectos sociais	7,77 (3,58)	7,88 (1,77)	8,38 (3,46)	8,33 (1,87)	0,133	0,280
Aspecto emocional	5,11 (1,10)	5,27 (1,13)	5,50 (0,70)	5,44 (1,10)	0,057	0,421
Saúde mental	20,61 (5,55)	22,77 (4,35)	21,84 (5,01)	22,61 (4,37)	0,154	0,833

Teste T pareado, nível de significância 5%

Legenda:

M₁ – Média dos escores dos domínios de qualidade de vida do grupo 1M₂ – Média dos escores dos domínios de qualidade de vida do grupo 2

DP – Desvio padrão

P₁ – Nível de significância entre as médias dos domínios de qualidade de vida do grupo 1, nos momentos pré e pós-intervençãoP₂ – Nível de significância entre as médias dos domínios de qualidade de vida do grupo 2, nos momentos pré e pós-intervenção

Ao analisar os domínios do instrumento SF-36 entre os grupos 1 e 2 constatou-se que não houve diferença estatística significativa da qualidade de vida entre as

mulheres com escolaridade até o ensino médio e as com ensino superior, tanto nos períodos pré quanto no pós-intervenção (Tabela 3).

Tabela 3. Comparação dos escores médios dos domínios do instrumento SF-36 entre os Grupos 1 e 2, na pré e na pós-intervenção miofuncional estética, junto às mulheres adultas da Unati – Puc Goiás

Domínio	Grupo 1		Grupo 2		P _{1/2} inicial	P _{1/2} final
	M/DP inicial	M/DP final	M/DP inicial	M/DP final		
Capacidade funcional	24,88 (4,26)	25,53 (3,72)	25,66 (3,85)	26,44 (3,34)	0,537	0,413
Aspectos físicos	6,46 (1,33)	7,42 (0,94)	6,72 (1,70)	7,11 (1,40)	0,573	0,384
Dor	7,70 (2,30)	8,35 (1,89)	8,92 (1,93)	9,16 (2,33)	0,071	0,213
Estado geral de saúde	18,73 (4,02)	20,36 (3,62)	20,52 (3,47)	20,61 (3,10)	0,134	0,819
Vitalidade	16,58 (3,57)	16,61 (3,46)	16,55 (3,71)	16,55 (3,79)	0,985	0,957
Aspectos sociais	7,76 (1,98)	8,38 (1,57)	7,88 (1,77)	8,33 (1,87)	0,839	0,922
Aspecto emocional	5,07 (1,12)	5,50 (0,70)	5,27 (1,12)	5,44 (1,10)	0,565	0,839
Saúde mental	20,61 (5,55)	21,84 (5,01)	22,77 (4,34)	22,61 (4,37)	0,174	0,603

Teste Levene**Teste T para comparação de médias de grupos independentes, nível de significância 5%**

Legenda:

M – Média dos escores dos domínios de qualidade de vida

DP – Desvio padrão

P_{1/2} – Nível de significância entre as médias dos domínios de qualidade de vida dos grupos 1 e 2

No que se refere à correlação entre os aspectos trabalhados na intervenção miofuncional estética e os domínios do instrumento SF-36 no período pós-intervenção, observou-se a predominância de uma correlação baixa a moderada nos grupos 1 e 2. No

Quadro 1, constam os coeficientes de correlação entre os aspectos trabalhados na intervenção miofuncional estética e os domínios do instrumento SF-36 que apresentaram correlação com significância estatística.

Quadro 1. Coeficiente de correlação de Spearman entre os aspectos trabalhados na intervenção miofuncional estética e os domínios do instrumento SF-36, no período pós-intervenção (Grupos 1 e 2), com significância estatística

Coeficiente de Correlação de Spearman	Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral de Saúde	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspectos Emocionais	Saúde Mental
Bolsa inferior olhos	,590**	,455	,496*	,385	,492*	,409	,284	,484*
Tensão muscular de olhos aumentada	,134	,115	,472*	,015	,003	,346	,378	,024
	,357	,480*	,212	,000	,542*	,310	,000	,388
Tensão muscular diminuída de língua	,228	,482*	,080	,013	,293	,214	,475*	,025
	,405	,260	,082	,309	,402	,384	,530*	,578*
Mastigação com predomínio de lateralização	,313	,249	,189	,404*	,427*	,242	,092	,101
	,631**	,486*	,514*	,663**	,124	,129	,220	,123
Mastigação com mímica	,229	,029	,243	,006	,216	,406	,307	,471*
Mímica peribucal	,355	,011	,449*	,269	,325	,260	,115	,181
Tensão muscular aumentada de testa	,212	,415*	,016	,115	,084	,133	,126	,028
Rugas frontais	,123	,463	,126	,052	,623**	,377	,298	,385
Rugas periorbitárias	,006	,271	,443*	,159	,007	,329	,602**	,066
	,371	,496*	,425	,128	,407	,525*	,305	,500*

Teste Spearman

** Correlação significativa nível 0,01.

* Correlação significativa nível 0,05.

■ Grupo 1 ■ Grupo 2

A correlação entre a escolaridade e os domínios do SF-36 foi muito baixa no período pré-intervenção, exceto nos domínios dor e estado geral de saúde que foi baixa, com significância estatística no domínio dor.

Já no período pós-intervenção, a correlação foi muito baixa, exceto no domínio dor (baixa) e sem significância estatística (Quadro 2).

Quadro 2. Coeficiente de correlação de Spearman entre a escolaridade e os domínios do instrumento SF-36, nos períodos pré e pós-intervenção

Coeficiente de Correlação de Spearman	Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral de Saúde	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspectos Emocionais	Saúde Mental
Escolaridade	,099	0,135	,306*	,260	,020	,015	,097	,184
	,150	,076	,202	,020	,042	,019	,093	,060

Teste Spearman

* Correlação significativa nível 0,05

■ Período pré-intervenção ■ Período pós-intervenção

DISCUSSÃO

A intervenção miofuncional estética junto às mulheres dos grupos 1 e 2 promoveu melhora significativa na tensão muscular orofacial, nas rugas frontais, periorbitárias e glabulares e na realização das funções estomatognáticas de mastigação, deglutição e fala, a partir do trabalho de reequilíbrio miofuncional^{4,10,11,33,35-38}.

A harmonia e o rejuvenescimento faciais colaboram com a melhora da autoestima e da qualidade de vida da pessoa¹¹. Nesse sentido, foi analisada a qualidade de vida de mulheres a partir da intervenção miofuncional estética. Observou-se que a média de qualidade de vida das mulheres, antes e após a intervenção, era mais próxima de 0 do que de 100, nos dois grupos, considerando-se que quanto mais próximo de 0 e mais

distante de 100, pior é o seu estado de saúde³⁴. As piores médias referiram-se aos aspectos emocionais e as melhores à capacidade funcional, em ambos os grupos, nos períodos pré e pós-intervenção miofuncional estética.

Observou-se nos grupos 1 e 2 que a correlação significativa entre os aspectos trabalhados na intervenção miofuncional estética e os domínios da qualidade de vida é moderada, o que sugere que o reequilíbrio miofuncional e os ganhos estéticos refletem na melhora da qualidade de vida de mulheres em alguns domínios. No grupo 1, o domínio que mais apresentou correlação significativa com os aspectos trabalhados na intervenção foi dor e, no grupo 2, aspectos físicos e saúde mental, o que indica que a satisfação com a aparência predispõe a uma boa saúde física e mental⁶. Já quanto aos aspectos trabalhados na intervenção miofuncional estética, os que mais apresentaram correlação significativa com os domínios de qualidade de vida foram, no grupo 1, a tensão muscular e, no grupo 2, a tensão muscular e a lateralização na mastigação, o que sugere que o reequilíbrio miofuncional esteja relacionado à qualidade de vida.

Ao se comparar as médias dos escores dos domínios do SF-36, após a intervenção, observou-se um aumento com significância estatística nas médias dos domínios aspectos físicos e estado geral de saúde no grupo 1, o que revela melhora na saúde física, representada pelos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde no modelo proposto no instrumento SF-36³⁴. Nesse contexto, 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 longevidade⁸. 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 familiar³. A procura pela melhora da própria imagem ou manutenção da sua integridade promove importantes forças de motivação⁷ e favorece uma vida com melhor qualidade³¹.

No grupo 2, não foi observada melhora com significância estatística nas médias dos escores dos domínios de qualidade de vida. O grupo 2 apresenta escolaridade superior, o que pode revelar expectativas e valores diferentes com relação à intervenção realizada. Aos diferentes níveis de escolaridade estão

associados diferentes valores, normas, hábitos e atitudes, que contribuem, assim, para a explicação da maneira como cada pessoa percebe o seu estado de saúde¹⁶. Existe uma tendência de usuários de baixa escolaridade se mostrar mais satisfeitos com relação aos serviços prestados, uma vez que baixas expectativas são mais facilmente atingidas³⁹. Pessoas com um menor grau de escolaridade tendem a emitir menos juízos de valor e serem mais condescendentes com os serviços de saúde que lhe são prestados, expressando graus mais elevados de satisfação⁴⁰ e menor capacidade crítica e reivindicativa. Indivíduos com escolaridade superior podem revelar uma maior autocrítica de sua imagem corporal tendo em vista seu acesso às redes sociais, às técnicas de rejuvenescimento e a maior cobrança social de um aspecto jovem. Por ser o serviço prestado nesse estudo gratuito, realizado por estagiárias do curso de Fonoaudiologia, pode ter sido visto com um olhar mais crítico pelo grupo 2, de escolaridade superior, uma vez que os resultados estéticos e a correlação entre a intervenção miofuncional estética e a qualidade de vida foram semelhantes em ambos os grupos.

Não houve diferença estatística significativa entre os domínios do instrumento SF-36 nos grupos 1 e 2, nos períodos pré e pós-intervenção miofuncional estética. A escolaridade apresentou uma correlação muito baixa com os domínios da qualidade de vida, de forma a sugerir que uma alta escolaridade não estaria relacionada a uma melhor qualidade de vida, como encontrado na literatura¹⁷⁻²⁴. A maioria das pesquisas levantadas não refere significância estatística na relação entre escolaridade e qualidade de vida e nenhuma delas foi realizada com a intervenção miofuncional estética aqui proposta.

Estudos sobre escolaridade e qualidade de vida foram encontrados envolvendo as temáticas de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), vírus da imunodeficiência humana (HIV), idosos, saúde cardiovascular, nem sempre investigando a qualidade de vida, mas a fragilidade, a sexualidade, a depressão e o grau de satisfação dos sujeitos^{15,19,21-25}. Notou-se que nem sempre os estudos concluíam sobre a relação entre escolaridade e qualidade de vida. A escolaridade, muitas vezes, era apenas descrita como um aspecto sociodemográfico investigado, mas não em associação com a qualidade de vida, apesar de sua proposição em alguns artigos. Sobre escolaridade e imagem corporal, apenas um estudo pesquisado envolveu a temática²⁹, investigando a satisfação

masculina com sua imagem corporal. Demais estudos pesquisaram, em sua maioria, adolescentes e universitários, alguns com a utilização de dados da escolaridade dos pais.

Embora o constructo qualidade de vida seja multidimensional^{12,13} ao incorporar a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e outros, os resultados sugerem que as modificações observadas na face após a intervenção miofuncional estética contribuíram para a melhora da qualidade de vida das mulheres do grupo 1. A boa aparência é um facilitador para as trocas sociais e o tratamento estético favorece a melhora de aspectos psicossociais³¹. As expectativas, a percepção da própria saúde e do atendimento proposto, assim como a imagem corporal das mulheres do grupo 2 podem ter influenciado o julgamento sobre sua qualidade de vida após a intervenção.

Sugerem-se estudos aprofundados sobre a escolaridade e a qualidade de vida no sentido de subsidiar o trabalho de profissionais de saúde, a gestão em saúde, a fim de garantir ao sujeito a melhor direção de intervenção e o seu bem-estar.

CONCLUSÕES

Após a intervenção miofuncional estética, as mulheres analisadas nessa pesquisa apresentaram uma melhora significativa na tensão muscular orofacial, nas rugas e na realização de funções estomatognáticas, observando-se o reequilíbrio miofuncional e o rejuvenescimento facial. A escolaridade não influenciou a qualidade de vida das mulheres submetidas à intervenção miofuncional estética.

REFERÊNCIAS

- Adami F, Fernandes T, Frainer D, Oliveira F. Aspectos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na educação física. *Revista Digital – Lecturas* [periódico na internet]. 2005 [Acessado em 2015 Nov 14]; 10(83): [cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com>.
- Matsuo RF, Velardi M, Brandão MRF, Miranda ML de J. Imagem corporal de idosas e atividade física. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*. 2007;6(1):37-43.
- Tariki VR, Yunan EK. Cosmeatria e preenchimento facial. In: Mauad R, organizador. *Estética e cirurgia plástica: tratamento no pré e pós-operatório*. São Paulo: SENAC; 2003. p.161-231.
- 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.281-7.
- Yamaguchi C, Sanches O. Rejuvenescimento facial. In: Mauad R, organizador. *Estética e cirurgia plástica: tratamento no pré e pós-operatório*. São Paulo: SENAC; 2003. p. 79-125.
- Carruthers JA, Wesseis NV, Flynn TC. Intense pulsed light and botulinum toxin type a for the aging face. *Cosmetic Dermatology*. 2003;16(5):2-16.
- Pitanguy I. *Cartas a um jovem cirurgião: perseverança, disciplina e alegria*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
- Velasco MVR, Steiner D, Ribeiro ME, Okubo FR, Bedin V. Rejuvenescimento da pele por peeling químico: enfoque no peeling de fenol. *An. Bras. Dermatol*. 2004;79(1):91-9.
- Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa nº 352. *Jornal do CFFa*. 2008;ano IX(37).
- Frazão Y, Manzi S. Eficácia da intervenção fonoaudiológica para atenuar o envelhecimento facial. *Rev. CEFAC*. 2012;14(4):755-62.
- Toledo PN. *Fonoaudiologia & estética: a motricidade orofacial aplicada na estética da face*. São Paulo: Lovise; 2006.
- The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*. 1995;41(10):1403-9.
- Fleck MPa. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: Fleck MPA. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 19-28.
- Magalhães S, Neves SP, Santos NL. Auto-conceito de competência: diferenças entre cursos de carácter geral e profissional no ensino secundário Português. *Revista Galego-Portuguesa de Psicologia e Educación*. 2003;8(10) ano 7:263-72.
- Hirsch C, Anderson ML, Newman A, Kop W, Jackson S, Gottdiener J et al. Cardiovascular Health Study Research Group. The association of race with frailty: the cardiovascular health study. *Ann Epidemiol*. 2006;16(7):545-53.

16. Vintém JM. Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de gênero e da escolaridade. *Revista Psicologia da Saúde*. 2008;26(2):5-16.
17. Ganz PA, Greendale GA, Petersen L, Kahn B, Bower JE. Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *J Clin Oncol*. 2003;21(22):4184-93.
18. Feliciano AB, Moraes SA, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad Saúde Publica*. 2004;20(6):1575-85.
19. Mazo GZ. Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*. 2003;5(2):115-8.
20. Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Del Prette Z, Del Prette A. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicol Reflex Crít*. 2007;20(2):27-35.
21. Reis RK, Santos CB, Dantas RAS, Gir E. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com hiv/aids. *Texto & Contexto Enferm* [periódico da Internet]. 2011 [acessado em 2014 Out. 1]; 20(3): [cerca de 11 p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/19.pdf>.
22. Cedano S, Belasco AGS, Traldi F, Machado MCLO, Bettencourt AR de C. Influência das características sociodemográficas e clínicas e do nível de dependência na qualidade de vida de pacientes com DPOC em oxigenoterapia domiciliar prolongada. *J. bras. pneumol* [periódico da internet]. 2012 [acessado em 2016 Jan 02]; 38(3):[cerca de 8p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132012000300008&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132012000300008>.
23. Costa TL, Oliveira DC, Gomes AMT, Formozo GA. Qualidade de vida e pessoas vivendo com AIDS: relação com aspectos sociodemográficos e de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [periódico da internet]. 2014 [acessado em 2015 Dez 02]; 22(4):[cerca de 9p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1692014000400582&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3350.2455>.
24. Passos SMK, Souza LD de M. An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil. *Cad. Saúde Pública* [periódico da internet]. 2015 [acessado em 2016 May 02]; 31(4):[cerca de 15p.] Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400800&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00000514>.
25. Seidl EMF, Zannon CMLC, Tróccoli BT. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2005;18(2):188-95.
26. Lima ALP, Rolim NCOP, Gama MEA, Pestana AL, Silva EL, Cunha CLF. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico da Internet]. 2011 [acessado em 2015 Out 05]; 27(7):[cerca de 7 p]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700018.
27. Marmot M, Bell R. Social determinants and dental health. *Adv Dent Res*. 2011;23(2):201-6.
28. Heinberg LJ. Theories of body image disturbance: Perceptual, development, and sociocultural factors. In: Thompson JK, organizador. *Body image, eating disorders and obesity: an integrative guide for assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association. 1996. p.27-47.
29. Souza LR de M, Santos CAV, Lima SF, Vasconcelos AC, Melo GF. O corpo na perspectiva masculina: a satisfação com a Imagem Corporal e sua relação com discrepância na percepção, IMC, escolaridade e idade. *R Bras Ci e Mov*. 2013;21(2):49-56.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. [homepage na internet]. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. 1996 [Acessado em 2014 Jan 11]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>.
31. Nicodemo D. Escala de auto-estima Rosenberg / UNIFESP – EPM, Self-Report Questionnaire-20, Short-Form 36 em pacientes classes III submetidos à cirurgia ortognática [Tese]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina; 2005.

32. Organização Mundial de Saúde. Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998. [Acessado em 2014 Set 5]. Disponível em: <http://www.ufgrs.br/psiq>.
33. Tasca SMT. Programa de aprimoramento muscular em fonoaudiologia estética facial (PAMFEF). São Paulo: Pró-fono; 2002.
34. Ware JE Jr. SF-36 health survey update. *Spine*. 2000;25(24):3130-9.
35. Takacs AP, Valdrigui V, Assencio-Ferreira VJ. Fonoaudiologia e estética: unidas a favor da beleza facial. *Rev. CEFAC*. 2002;4(2):111-6.
36. 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.289-95.
37. Franco MZ. Atuação fonoaudiológica na suavização das rugas de expressão e estética da face. In: Silva PB, David RHF, organizadores. *Cadernos do Fonoaudiólogo: Motricidade Orofacial*. São Paulo: Lovise; 2008.p.15-21.
38. Mattia FA, Czylusniak G, Ricci CCPP. Contribuição da Fonoaudiologia na estética facial: relato de caso. *Rev. Salus-Guarapuava*. 2008;2(2):15-22.
39. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(1):103-14.
40. Cotta RMM, Marques ES, Maia TM, Azeredo AM, Schott M, Franceschini SCC et al. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. *Scientia Medica*. 2005;15(4):227-34.