



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ
CURSO DE MEDICINA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM DISTÚRPIO
RESPIRATÓRIO DO SONO ASSOCIADO A HIPERTROFIA ADENOTONSILAR**

LARISSA MEDRADO MENDES CAVALCANTE OLIVEIRA

LARISSA MEDRADO MENDES CAVALCANTE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM
DISTÚRPIO RESPIRATÓRIO DO SONO ASSOCIADO A
HIPERTROFIA ADENOTONSILAR**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso
de Medicina da Universidade Federal do
Maranhão - UFMA/Imperatriz, como
requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Medicina.

Orientador(a): Esp. Fabrício Leocádio
Rodrigues de Souza.

Imperatriz – MA

2023

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Oliveira, Larissa.

Avaliação da Qualidade de Vida de Crianças com
Distúrbio Respiratório do Sono Associado a Hipertrofia
Adenotonsilar / Larissa Oliveira. - 2023.

48 f.

Orientador(a): Fabrício Souza.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
Imperatriz, 2023.

1. CRIANÇAS. 2. DISTÚRBIO RESPIRATÓRIO DO SONO. 3.
QUALIDADE DE VIDA. I. Souza, Fabrício. II. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ
CURSO DE MEDICINA**

Candidato: LARISSA MEDRADO MENDES CAVALCANTE
OLIVEIRA

Título: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM DISTÚRBIO
RESPIRATÓRIO DO SONO ASSOCIADO A HIPERTROFIA ADENOTONSILAR

Orientador: Prof. Esp. Fabricio Leocadio Rodrigues de Sousa
Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCIm

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso,
em sessão pública realizada _06/10/2023, às 18:30 h considerou

Aprovado (X)

Reprovado ()

Banca Examinadora:

Presidente: Prof. Esp. Fabricio Leocadio Rodrigues de Sousa
Universidade Federal do Maranhão - Curso de Medicina/CCIm

Prof. Dra Emanuella Feitosa de Carvalho
Universidade Federal do Maranhão - Curso de Medicina/CCIm

Prof. Ma. Iraciane Rodrigues Nascimento Oliveira
Universidade Federal do Maranhão - Curso de Medicina/CCIm

Imperatriz-MA, 06 de outubro de 2023

SUMÁRIO

RESUMO.....	2
ABSTRACT.....	3
1. INTRODUÇÃO.....	4
2. MÉTODOS.....	7
3. RESULTADOS.....	9
4. DISCUSSÃO.....	14
5. CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (conferir sumário)	18
ANEXO(S):.....	20
APÊNDICE(S):.....	35

APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

Título: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM DISTÚRBIO RESPIRATÓRIO DO SONO ASSOCIADO A HIPERTROFIA ADENOTONSILAR

Autores: Larissa Medrado Mendes Cavalcante Oliveira, Fabricio Leocadio Rodrigues de Sousa.

Status: Submetido

Revista: Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde

ISSN: 2446-5410

Fator de Impacto: Qualis B3

DOI: Não Disponível

TÍTULO:

Avaliação da qualidade de vida de crianças com distúrbio respiratório do sono associado a hipertrofia adenotonsilar.

Autores:

Larissa Medrado Mendes Cavalcante Oliveira ¹ Fabricio Leocadio Rodrigues de Sousa ²

¹ Discente da Universidade Federal do Maranhão

² Docente da Universidade Federal do Maranhão

Endereço completo do autor para correspondência:

Rua Tupinambá, 2300, São José do Egito, Imperatriz-MA, Brasil.

CEP:

Telefone de contato: (71) 98783-4364

E-mail: larissa.medrado@discente.ufma.br

Instituição sede da pesquisa:

Universidade Federal do Maranhão

Fontes de financiamento à pesquisa:

Próprio

Declaração de conflitos de interesse:

Declaramos que não há conflitos de interesse

RESUMO

Introdução: O sono tem um papel essencial para o desenvolvimento e crescimento do ser humano. Dessa forma, a presença de sintomas de distúrbios respiratórios do sono priva ou altera a qualidade do sono das crianças impactando negativamente na vida dessa população e frequentemente estão associados a hipertrofia adenotonsilar.

Objetivo: Avaliar o impacto dos sintomas de distúrbio respiratório do sono associado a hipertrofia adenotonsilar na qualidade de vida de crianças. **Metodologia:** O estudo configura-se como uma pesquisa de campo, transversal, descritiva, quantitativa e observacional. A população foi crianças de 3 a 12 anos, com sintomas de distúrbio respiratório do sono e hipertrofia adenotonsilar atendidos em uma unidade de referência em Imperatriz-MA. Os dados foram coletados a partir da aplicação de três questionários, que levantaram informações clínicas, os sintomas e a frequência e o impacto na qualidade de vida das crianças. **Resultados:** Dos 75 participantes, predominaram o público feminino (52,0%) e a faixa etária de 3-6 anos (62,7%). No exame físico, prevaleceu o grau III de obstrução das tonsilas (54,7%) palatinas e (45,3%) faríngeas, e os cornetos hipertróficos (81,3%). Observou-se o predomínio do impacto moderado (42,7%) na qualidade de vida de crianças com distúrbios respiratórios do sono. Os sintomas mais prevalentes e frequentes foram ronco (52%), respiração oral, (48%) e dificuldade para respirar (40%). **Conclusão:** A maioria das crianças apresentaram impacto de moderado a grave na qualidade de vida repercutindo em aspectos do crescimento. Ademais, grau elevado de obstrução das tonsilas e cornetos hipertróficos gerando os sintomas e a necessidade de tratamento.

Descritores: Qualidade de vida. Crianças. Distúrbio respiratório do sono.

ABSTRACT

Introduction: Sleep plays an essential role in human development and growth. In this way, the presence of symptoms of sleep-deprived breathing disorders or changes in the quality of sleep in children impacts quality of life in this population and is often associated with adenotonsillar hypertrophy. **Objective:** To evaluate the impact of symptoms of sleep disorders associated with adenotonsillar hypertrophy on the quality of life of children. **Methodology:** The study is configured as a field, cross-sectional, descriptive, quantitative and observational research. The population consisted of children from 3 to 12 years old, with symptoms of sleep disorders and adenotonsillar hypertrophy, treated at a reference unit in Imperatriz-MA. Data were collected from the application of three questionnaires, which raised clinical information, symptoms and frequency and impact on the quality of life of children. **Results:** Of the 75 participants, the female audience (52.0%) and the age group 3 to 6 years old (62.7%) predominated. On physical examination, grade III of tonsil obstruction prevailed (54.7%), palatine and (45.3%) pharyngeal, and hypertrophic turbinates (81.3%). There is a predominance of moderate impact (42.7%) on the quality of life of children with sleep safety disorders. The most prevalent and frequent symptoms were snoring (52%), mouth breathing (48%) and difficulty breathing (40%). **Conclusion:** Most children had a moderate to severe impact on their quality of life, with repercussions on aspects of growth. In addition, a high degree of obstruction of the tonsils and hypertrophic turbinates generating the symptoms and the need for treatment.

Keywords: Quality of life. Children. Sleep-disordered breathing.

1. INTRODUÇÃO

O sono é uma necessidade vital para o ser humano com um papel essencial para o desenvolvimento e crescimento, implicando em uma disposição física e mental possibilitando uma boa saúde, assim, alterações relacionadas a qualidade e o padrão do sono durante o período de desenvolvimento provocam mudanças impactantes no indivíduo¹. Considerando que um terço da vida do ser humano é gasta com o sono e a privação desse é um fator de estresse que afeta os diversos sistemas do corpo humano².

O distúrbio respiratório do sono (DRS) é uma condição clínica que cursa com anormalidade da respiração e ventilação durante o sono caracterizada pelo ronco e aumento do esforço respiratório incluindo síndromes de apneia central, apneia obstrutiva do sono (SAOS), hipoventilação e hipoxemia relativo ao sono, sendo comum na infância³.

A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é a mais comum na população pediátrica caracterizada pela obstrução parcial prolongada ou completa intermitente das vias aéreas superiores, que resultam em aumento do esforço respiratório, dificuldade na ventilação durante o sono e prejuízo aos padrões de sono normal. A prevalência na infância varia de 1% a 6% em diferentes estudos epidemiológicos, predominando entre os 2 e os 8 anos de idade⁴.

As crianças com SAOS apresentam o ronco como queixa constante, afetando cerca de 10 a 12% dessa população, sendo um ruído respiratório que mantém normal a saturação sanguínea de oxigênio, arquitetura e a ventilação durante o sono. Além desse, existem outros sintomas como sono inquieto, apneia, sudorese, cefaleia matinal, prolongado esforço respiratório, agitação, quadros de palidez e cianose. Estudos demonstram que a hipertrofia adenotonsilar combinado com a alteração do tônus muscular da via aérea resultam na síndrome da apneia obstrutiva do sono⁵.

O quadro de hipertrofia da tonsila faríngea na infância é o principal fator de predisposição para o desenvolvimento de distúrbios respiratórios do sono. Esta condição ocorre devido aos tecidos e as adenoides faríngeas estarem maiores que o esperado para a idade da criança. Essa hipertrofia resulta em uma obstrução das vias aérea superiores constantemente durante sono levando a hipóxia, hipercapnia e os sintomas típicos de apneia obstrutiva do sono⁶. Dessa forma, a criança tem um sono

não restaurador que desencadeia hiperatividade, desatenção e impulsividade impactando na qualidade de vida⁷.

Os distúrbios respiratórios do sono acarretam inúmeros sintomas importantes que afetam a qualidade de vida de seus portadores⁸. Dessa maneira, estudos internacionais estão demonstrando o impacto negativo dessa doença no físico, emocional e na interação social da população pediátrica. Assim, despertando nos cuidadores preocupações acerca do desempenho acadêmico, problemas comportamentais, funcionamento durante o dia e o estado geral de saúde das crianças⁹.

A infância é um período importante de crescimento neurocognitivo, desenvolvimento e maturação. Dessa forma, os distúrbios respiratórios do sono afetam a capacidade funcional da criança de aprendizagem, comportamento e neurocognição. Logo, essa população vai apresentar déficit de aprendizado, prejuízo na memória, atenção, humor, na expressão linguística, regulação de emoções, percepção visual, desempenho acadêmico, hiperatividade, dificuldade de concentração e impulsividade⁴.

Existe uma íntima relação de crianças com problemas no sono e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)¹⁰. De acordo com alguns estudos é comum pacientes com Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono pediátrica, com hipertrofia adenotonsilar, apresentar distúrbios do neurodesenvolvimento associado, como TDAH, acompanhado de desatenção e hiperatividade interferindo no cotidiano e no desenvolvimento. Assim, o tratamento para a obstrução da via aérea, como Adenotonsilectomia, é benéfico para o TDAH, pois permite que a criança tenha uma melhora na qualidade do sono seguido por um aumento na atenção e cognição⁸.

Repercussões no sistema cardiovascular, crescimento e metabolismo são outros achados de crianças acometidas com distúrbios respiratórios do sono. Existe uma associação dessa com o aumento da pressão sanguínea em crianças de 5 a 12 anos. Além disso, a presença de alterações na morfologia e função cardíaca encontrada nos ventrículos indicando consequências cardiovasculares, na população pediátrica com obstrução respiratória durante o sono¹¹. Ademais, crianças com SAOS apresentam problemas de crescimento, por conta da fragmentação do sono, que afeta a liberação de hormônio de crescimento (GH) e problemas metabólicos ligados ao nível de insulina¹².

O exame físico e a história clínica são os métodos mais utilizados para diagnosticar crianças com distúrbios respiratórios do sono combinado com os questionários clínicos, que são utilizados na triagem do paciente. Na suspeita de um distúrbio da respiração durante o sono, a anamnese deve ser feita de forma sistematizada questionando aos pais os sinais e sintomas acerca das características do sono, alterações comportamentais, funcionamento diurno, desenvolvimento neurocognitivo e antecedentes pessoais sobre infecções recorrentes na via aérea. Além disso, o exame físico deve ser completo na área da Otorrinolaringologia para avaliar de forma correta a via aérea superior e identificar a obstrução e o local. O exame padrão ouro para o diagnóstico é a polissonografia, porém tem um custo elevado sendo utilizados outros métodos simplificados como exames de imagem⁵.

Diante das inúmeras repercussões que o distúrbio respiratório do sono acarreta na vida da criança é evidente que essa temática é de extrema importância para a área médica devido sua elevada prevalência, mas que permanece subdiagnosticada e subtratada⁵. Assim, impactando negativamente na vida da criança sendo essencial uma avaliação médica, que analisa a história detalhada de sinais ao longo do sono com exame físico e diagnostica precocemente evitando danos futuros no desenvolvimento dessa.

Portanto, o objetivo principal deste estudo é correlacionar variáveis que identificam os sintomas de distúrbio respiratório do sono associado a hipertrofia adenotonsilar com o impacto desses na qualidade de vida de crianças, identificando as mudanças comportamentais e físicas geradas pela doença nos pacientes em uma unidade de referência de otorrinolaringologia e cirurgia de cabeça e pescoço no sul do Maranhão, a fim de esboçar o perfil clínico-epidemiológico das crianças que são acometidas pela patologia, traçando os principais sintomas observados e o grau de comprometimento da qualidade de vida delas.

2. METÓDOS

Trata-se de um estudo do tipo observacional transversal, de abordagem quantitativa descritiva realizada por meio da aplicação de 3 questionários, dois validados (ANEXO A) (ANEXO B) e um elaborado pelos autores da pesquisa (APÊNDICE A), aos pacientes atendidos em uma clínica particular de otorrinolaringologia em Imperatriz-MA, durante o período de março a junho de 2023.

O instrumento para avaliação deste estudo é constituído por três ferramentas que foram aplicadas aos pacientes em forma de entrevista. A primeira ferramenta consiste em um roteiro de dados clínicos elaborado pelos autores da pesquisa com levantamento de dados epidemiológicos do paciente: idade, gênero, raça, cuidador primário, grau de escolaridade do cuidador e onde a criança dorme, seguido por um campo para avaliação clínica: grau de obstrução das tonsilas faríngeas, grau de obstrução Brodsky (tonsilas palatinas) e a rinoscopia anterior de corneto (APÊNDICE A).

A segunda ferramenta consiste em um questionário validado denominado "Tucson Children's assessment on sleep apnea study (TuCASA)" com adaptação cultural para o português-br¹³, para avaliação e detecção dos sintomas de distúrbio respiratório do sono, em que são realizadas 13 perguntas sobre a presença dos sintomas graduando a frequência que aparecem (ANEXO A).

A terceira ferramenta corresponde ao questionário denominado "OSA-18", validado e adaptado ao português¹⁴, com o objetivo de avaliar o impacto da doença na criança e nos seus cuidadores baseados em 18 perguntas. Este instrumento avalia cinco domínios: distúrbios do sono, sintomas físicos, sintomas emocionais, função diurna e preocupações do cuidador; cada item tem uma pontuação numa escala ordinal de 7 pontos (de 1-"nunca" a 7-"sempre"). O total de escores do OSA-18 pode variar de 18 a 126, sendo agrupados conforme o impacto na qualidade de vida - pequeno: (menor que 60), moderado (entre 60 e 80) e grande (acima de 80) (ANEXO B).

Os critérios de inclusão da pesquisa foram crianças de ambos os sexos com idade entre 3 a 12 anos, apresentando história de sintomas de roncos e/ou apneia há mais de 6 meses, portadoras de hipertrofia adenotonsilar ao exame físico, abordados

no período da pesquisa e que os responsáveis permitam a participação dos mesmos assinando o Termo Livre de Consentimento Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Dentro dos critérios de exclusão, estavam os pacientes com malformações craniofaciais, distúrbios psiquiátricos, comportamentais e com alterações no desenvolvimento psicomotor, imunocomprometidos, em uso de medicações que atuam no SNC e já submetidas à adenotonsilectomia. Além disso, o participante que não assinar o TCLE, entregar o questionário incompleto ou se sentir desconfortável com a pesquisa.

Os resultados obtidos foram analisados através do Software Statistical Package for the Social Sciences para Windows, versão 21.0 – SPSS. A estatística utilizada foi a descritiva e inferencial. Para a comparação das médias foi utilizado o teste T de Student para amostras independentes, caso distribuição normal de variáveis contínuas. Para inferir o grau de relação/independência entre as variáveis foi analisado através do Teste Qui-Quadrado de Pearson para amostras categóricas. Foram considerados estatisticamente significantes valores de $p \leq 0,05$. Nível de confiança adotado foi de 95%.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-HUUFMA da Fundação Universidade Federal do Maranhão sob o parecer número 5.565.623. Os participantes elegíveis foram esclarecidos da importância, dos objetivos e da metodologia aplicada no estudo, bem como assinaram o TCLE, além de ficarem cientes da não obrigatoriedade da participação, da desistência em qualquer momento do estudo, da ausência de taxas a serem cobradas e do anonimato, que são assegurados, de acordo com a Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

3. RESULTADOS

No estudo, foram incluídos 75 pacientes. Destes, 47 crianças (62,7%) tinham a faixa etária de 3-6 anos, com idade média no momento de inclusão do estudo de $6,2 \pm 2,9$ anos e 39 pacientes (52,0%) eram do sexo feminino. Quanto à cor da pele, 19 pais (25,3%) autodefiniram as crianças como brancas, 45 (60,0%) pardas e 11 (14,7%) pretas. Em relação ao ambiente familiar, 50 (66,7%) crianças dormiam no mesmo quarto que o cuidador. As informações sociodemográficas, assim como os questionários foram respondidos pelos cuidadores primários (pais ou responsáveis), sendo a fonte principal, a mãe em 58 (77,3%), seguido do pai 10 (13,3%), avô/avó em 5 (6,7%) e outros 2 (2,7%). Quanto ao grau de escolaridade dos cuidadores, 39 (52,0%) tinham o 3º grau completo, seguido de 20 (26,7%) o 2º grau completo, 7 (9,3%) o 2º grau incompleto, 5 (6,7%) o 3º grau incompleto, 3 (4,0%) o 1º grau completo e 1 (1,3%) o 1º grau incompleto (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas da população do estudo, 2023

Variáveis	n	%
Faixa etária		
De 3 - 6 anos	47	62,7
De 7 - 9 anos	15	20,0
De 10 - 13 anos	13	17,3
Gênero		
Feminino	39	52,0
Masculino	36	48,0
Cor ou raça		
Branca	19	25,3
Pardo	45	60,0
Preto	11	14,7
Cuidador:		
Avô/avó	5	6,7
Mãe	58	77,3
Outro	2	2,7
Pai	10	13,3
Criança dorme:		
No mesmo quarto do cuidador	50	66,7
Quarto separado	25	33,3
Grau de escolaridade do cuidador:		
Primeiro grau completo	3	4,0
Primeiro grau incompleto	1	1,3
Segundo grau completo	20	26,7
Segundo grau incompleto	7	9,3
Terceiro grau completo	39	52,0
Terceiro grau incompleto	5	6,7

Fonte: Autor,2023.

Ao exame físico otorrinolaringológico, encontramos nas tonsilas faríngeas predomínio do grau III de obstrução com 34 (45,3%) pacientes, seguido de 22 (29,3%) com grau II, 16 (21,3%) com grau IV e o grau I em 3(4%) crianças, sendo em ambos os sexos o mais prevalente o grau III. Em relação as tonsilas palatinas o grau de obstrução mais frequente em ambos os sexos foi grau III e II, ocorrendo o grau III de obstrução em 41 crianças (54,7%) e o grau II em 26 (34,7%) pacientes. Além disso, na rinoscopia anterior de corneto foi evidenciado cornetos hipertróficos no sexo feminino e masculino como o mais frequente em 61 crianças (81,3%) conforme a tabela 2.

Tabela 2. Distribuição das características clínicas em relação ao gênero.

	Feminino		Masculino		total n (%)	valor- p*
	n	%	n	%		
Tonsilas Faríngeas: grau de obstrução.						
Grau I até 25%	1	2,6%	2	5,6%	3 (4)	0,773
Grau II de 26 a 50%	10	25,6%	12	33,3%	22 (29,3)	
Grau III de 51 a 75%	19	48,7%	15	41,7%	34 (45,3)	
Grau IV >75%	9	23,1%	7	19,4%	16 (21,3)	
Tonsilas Palatinas: grau de obstrução Brodsky						
Grau I até 25%	5	12,8%	0	0,0%	5 (6,7)	0,026
Grau II de 26 a 50%	11	28,2%	15	41,7%	26 (34,7)	
Grau III de 51 a 75%	22	56,4%	19	52,8%	41 (54,7)	
Grau IV > 75%	1	2,6%	2	5,6%	3 (4)	
Rinoscopia Anterior de Corneto						
Eutróficos	8	20,5%	6	16,7%	14 (18,7)	0,449
Hipertróficos	31	79,5%	30	83,3%	61 (81,3)	

Fonte: Autor,2023.

Todos os 75 pais ou cuidadores completaram o questionário OSA-18 sem dificuldades. No momento da inclusão, o escore médio obtido foi de $73,3 \pm 14,9$. Na tabela 3, estão descritos os achados de acordo com a avaliação do comprometimento do impacto na Qualidade de vida foi classificada como: impacto leve 17 crianças (22,7%), moderado em 32 (42,7%) e grande em 26 (34,7%).

Tabela 3. Impacto na qualidade de vida das crianças atendidas entre março e junho de 2023 segundo OSA-18.

OSA – 18- pv Pontuação total	Impacto na qualidade de vida	n	%
< 60	Leve	17	22,7%
[60 – 80]	Moderado	32	42,7%
>= 80	Grave	26	34,7%

Fonte: Autor,2023.

O domínio do OSA-18 que apresentou escore médio mais elevado em ambos os sexos foi “sofrimento físico”, com $19,6 \pm 4,2$ pontos no sexo feminino e $19 \pm 5,7$ pontos no masculino, seguido de “preocupação dos responsáveis”, com $18,1 \pm 5,4$ pontos nas meninas e $17,9 \pm 4,7$ pontos nos meninos; “perturbação do sono”, com $18 \pm 4,8$ pontos nas pacientes e $16,6 \pm 5,4$ pontos nos pacientes. Porém, o domínio com menor pontuação foi diferente entre os sexos, na criança do sexo feminino foi o “sofrimento emocional” com $8,5 \pm 4,4$ pontos e no sexo masculino foi “problemas diurnos” com $8,4 \pm 3,7$ pontos. Além disso, as variáveis de “perturbação do sono”, “sofrimento emocional”, “escore total do OSA-18” e sexo foram estatisticamente significativas ($p < 0,05$), demonstrando que o sexo apresenta influência nesses domínios.

Tabela 4. Escores médios dos domínios e do escore total do OSA – 18 entre os gêneros.

DOMÍNIOS	Gêneros		
	Feminino (n=39)	Masculino (n=36)	Valor de p*
	Média $\pm$ DP	Média $\pm$ DP	
Perturbação do sono	$18 \pm 4,8$	$16,6 \pm 5,4$	0,024
Sofrimento físico	$19,6 \pm 4,2$	$19 \pm 5,7$	0,581
Sofrimento emocional	$8,5 \pm 4,4$	$10,2 \pm 5,6$	0,031
Problemas diurnos	$9,6 \pm 4,6$	$8,4 \pm 3,7$	0,527
Preocupações dos responsáveis	$18,1 \pm 5,4$	$17,9 \pm 4,7$	0,874
Escore total – OSA-18	$73,4 \pm 14,2$	$72,3 \pm 15,7$	0,041

Fonte: Autor,2023.

O questionário Tucson foi utilizado para avaliar a presença dos sintomas nas crianças e a frequência. Com isso, foi evidenciado de acordo com a Tabela 5, que na frequência de “quase todo dia” a dificuldade para respirar enquanto dorme é presente

em cerca de 30 crianças (40%), que 35 pais (46,6%) se preocupam com a respiração da criança enquanto dorme, 39 (52%) dos pacientes ronca alto enquanto dorme e 36 (48%) das crianças respiram pela boca. Além disso, ocasionalmente 26 (34,7%) das crianças param de respirar enquanto dorme e 31 pacientes (41,3%) tem dor de garganta. Porém, foi referido por 51(68%) pais que nunca sacudiu a criança enquanto dormia para fazê-la voltar a respirar, e 60 crianças (80%) nunca ficaram com os lábios azuis ou arroxeados enquanto dormia. Ademais, os responsáveis relataram que em relação ao ambiente escolar 52 (69,3%) crianças “nunca” tiveram dificuldade para aprender.

Tabela 5. Escala de Distúrbios respiratórios do Sono em crianças - TUCSON

	Não sei	Nunca	Raramente	Ocasional	Toda semana	Quase todo dia
A criança para de respirar enquanto dorme?	1 (1,3)	10 (13,3)	12 (16)	26 (34,7)	17 (22,7)	9 (12)
A criança tem dificuldade para respirar enquanto dorme?	-	1 (1,3)	8 (10,7)	23 (30,7)	13 (17,3)	30 (40)
Alguma vez você sacudiu a criança enquanto dorme para fazê-la voltar a respirar?	4 (5,3)	51 (68)	7 (9,3)	7 (9,3)	4 (5,3)	2 (2,7)
Alguma vez os lábios da criança ficaram azuis ou arroxeados enquanto ela dormia?	5 (6,7)	60 (80)	7 (9,3)	2 (2,7)	-	1 (1,3)
Alguma vez você já se preocupou com a respiração da criança enquanto ela dormia?	2 (2,7)	5 (6,7)	9 (12)	17 (22,7)	7 (9,3)	35 (46,6)
Com que frequência a criança ronca alto enquanto dorme?	-	2 (2,7)	8 (10,7)	14 (18,7)	12 (16)	39 (52)
Com que frequência a criança tem dor de garganta?	5 (6,7)	11 (14,7)	14 (18,7)	31 (41,3)	13 (17,3)	1 (1,3)
A criança tem dor de cabeça ao acordar?	6 (8)	26 (34,7)	23 (30,7)	11 (14,7)	8 (10,7)	1 (1,3)
A criança respira pela boca durante o dia?	2 (2,7)	4 (5,3)	6 (8)	17 (22,7)	10 (13,3)	36 (48)
A criança está sonolenta durante o dia todo?	7 (9,3)	28 (37,3)	14 (18,7)	8 (10,7)	5 (6,7)	13 (17,3)
A criança dorme durante a aula?	12 (16)	47 (62,7)	6 (8)	7 (9,3)	3 (4)	-
A criança dorme enquanto assiste um programa de televisão que ela gosta?	8 (10,7)	55 (73,3)	6 (8)	4 (5,3)	-	2 (2,7)

A criança tem dificuldades para aprender?	8 (10,7)	52 (69,3)	1 (1,3)	7 (9,3)	4 (5,3)	3 (4)
--	-------------	------------------	---------	---------	---------	-------

Valores correspondentes na tabela n (%) – frequência absoluta e relativa

Fonte: Autor,2023.

Ademais, a tabela 6 comparou as características clínicas dos pacientes com o local que a criança dorme, ou seja, no mesmo quarto ou em quarto separado dos responsáveis. Os resultados não mostraram significância estatística nos seguintes pontos: tonsilas faríngeas ($p=0,423$) e tonsilas palatinas ($p=0,272$), demonstrando que o grau de obstrução não tem influência sobre onde os pacientes dormem. Porém, em relação a rinoscopia de corneto houve dados estatisticamente significativos ($p=0,026$), revelando influência sobre o espaço em que a criança dorme.

Tabela 6. Distribuição das características clínicas em relação a forma que a criança dorme.

	No mesmo quarto		Quarto separado		total (n)	valor-p*
	n	%	n	%		
Tonsilas Faríngeas: grau de obstrução.						
Grau I até 25%	1	2,0%	2	8,0%	3	0,423
Grau II de 26 a 50%	13	26,0%	9	36,0%	22	
Grau III de 51 a 75%	24	48,0%	10	40,0%	34	
Grau IV >75%	12	24,0%	4	16,0%	16	
Tonsilas Palatinas: grau de obstrução Brodsky						
Grau I até 25%	2	4,0%	3	12,0%	5	0,272
Grau II de 26 a 50%	17	34,0%	9	36,0%	26	
Grau III de 51 a 75%	30	60,0%	11	44,0%	41	
Grau IV > 75%	1	2,0%	2	8,0%	3	
Rinoscopia Anterior de Corneto						
Eutróficos	7	14,0%	7	28,0%	14	0,026
Hipertróficos	43	86,0%	18	72,0%	61	

Fonte: Autor,2023.

4. DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstraram que o sexo feminino foi o mais prevalente correspondendo a 39 (52,0%) dos participantes, porém não sendo um valor muito distante do sexo masculino com 36 (48%) crianças. Assim, não foi observado diferença significativa entre os sexos, estando de acordo com o estudo de Gomes *et al.*¹². Outras variáveis sociodemográficas como cuidador primário demonstraram que as mães, cerca de 77,3%, são os responsáveis que mais acompanham os filhos e disponibilizam as informações e que a maioria dos cuidadores primários tinham o grau de escolaridade maior que o segundo grau completo respondendo os questionários sem dificuldade.

A faixa etária de 3-6 anos foi a mais acometida com os sintomas dos distúrbios respiratórios do sono, correspondendo 62,7% da amostra, dado este que corrobora com o estudo de Lo Bue *et al.*¹⁶. Esse dado revela que a maioria do público está na primeira infância, tendo em vista que essa fase corresponde desde a concepção do bebê até os 6 anos de idade de acordo com o Ministério da Saúde¹⁷. Isso é justificado pela fisiologia do crescimento do tecido linfóide nesse período da infância e no maior desenvolvimento do sistema imunológico com substituição gradual da imunidade passiva recebida pela vida intrauterina pela imunidade ativa, o que influencia nas dimensões das paredes da via aérea colaborando para obstruções dessas¹⁸.

A obstrução nasal é comum na infância sendo associada ao aumento das tonsilas faríngeas e palatinas. Além disso, a hipertrofia das tonsilas é uma das causas da alteração do fluxo aéreo dificultando a passagem do ar ocasionando os distúrbios respiratórios do sono¹⁹. Diante disso, ao exame físico otorrinolaringológico o grau de obstrução mais prevalente foi o grau III tanto nas tonsilas faríngeas em 45,3% dos pacientes quanto nas tonsilas palatinas em 54,7% crianças. Na rinoscopia anterior, foi encontrado hipertrofia de cornetos em 81,3% dos pacientes. Os achados da presente pesquisa estão de acordo com outros estudos¹², que demonstram que o grau III de obstrução das tonsilas palatinas e faríngeas são os mais frequentes, bem como a hipertrofia de cornetos revelando uma considerável oclusão do fluxo aéreo acarretando sintomas dos distúrbios respiratórios do sono¹¹.

Associado a isso, DRS são de difíceis diagnósticos e nesse estudo foram usados a história clínica, o exame físico e a presença de sintomas associados a frequência de acordo com o questionário TUCSON para detecção da doença, haja

vista que o padrão-ouro para diagnóstico é a polissonografia, que tem um custo elevado e a disponibilidade em poucos locais⁵. A história clínica e o exame físico continuam sendo os mais utilizados para diagnosticar a maioria das crianças com DRS²¹. Dessa forma, sintomas frequentes associados a doença como ronco, apneia, sonolência diurna excessiva, hiperatividade, despertares noturnos, sono agitado, enurese, respiração oral diurna, mau desempenho escolar, cefaleia matinal e dor de garganta frequente²² foram avaliados no presente estudo.

Os sintomas que apresentaram uma prevalência e frequência de “quase todo dia” nos pacientes foram ronco em 52%, respiração oral em 48% e dificuldade para respirar em 40%. Em relação aos sintomas, que se apresentam de forma ocasional, destacam-se dor de garganta em 41,3% dos pacientes e 34,7 % das crianças que param de respirar enquanto dorme. Esses dados confirmam diversos estudos^{3,4,11,22}, que trazem os sintomas relatados como principais relatos de pais dos pacientes com distúrbios respiratórios do sono e causadores de piora da qualidade de vida das crianças. Entretanto, queixa como dificuldade de aprendizado, obtiveram a periodicidade de “nunca” como prevalente se opondo ao estudo de Petry *et al.*²¹, que destacam esses como sintomas comuns no público infantil decorrente do DRS, possivelmente por prevalência dos pacientes na faixa etária de pré-escola no presente estudo, dificultando a identificação de problemas de aprendizado.

Em associação a esses achados, a qualidade de vida das crianças foi analisada por meio do questionário OSA-18, que pontuou cinco domínios e de acordo com o escore obtido graduou a repercussão na vida dos pacientes. O estudo encontrou um impacto grande em 34,7% dos pacientes e moderado em 42,7% das crianças, concordando com os resultados encontrado nos estudos^{12,23,24}, os quais consentem com o impacto moderado e grande dos distúrbios respiratórios do sono na qualidade de vida na infância, refletindo de forma negativa no físico, cognitivo, social, ocupacional e na vida dos pais²⁵.

Na mesma linha de pensamento, no estudo avaliou os domínios do OSA-18: perturbação do sono, sofrimento físico, sofrimento emocional, problemas diurnos e preocupações dos responsáveis. O que apresentou escore médio mais elevado em ambos os sexos foi “sofrimento físico”, seguido de “preocupação dos responsáveis” e “perturbação do sono”. Os itens que correspondem a esses domínios avaliam pontos comuns nos distúrbios respiratórios do sono como ronco alto, respiração oral,

difficuldade para se alimentar, engasgos, sono agitado, rinorreia, infecções das vias aéreas e preocupação dos pais com a saúde da criança. Esses resultados são parecidos com os encontrados por Silva e Leite²⁶.

Entretanto, o domínio que apresentou menor pontuação foi diferente entre os sexos, no paciente do sexo masculino foi “problemas diurnos” e na do sexo feminino foi “sofrimento emocional”, que ao ser comparada entre os grupos houve diferença significativa ($p=0,031$). Porém, a pesquisa nacional de Mitchell *et al.*²⁷, revelou que o domínio menos afetado foi “problemas diurnos”, mas não exibiram relevância estatística quando comparado o grupo feminino e masculino. A diferença dos resultados entre os grupos pode estar associada as diferenças comportamentais nas crianças associado a faixa etária pré-escolar, em que meninos tendem a ter maiores problemas de disciplina quando comparado as meninas de acordo com Silva *et al.*²⁸, direcionando para um maior sofrimento emocional. Ademais, quando comparado o escore total do OSA-18 entre os gêneros existe uma significância estatística ($p=0,041$), revelando uma maior pontuação no sexo feminino diferente do abordado em alguns estudos^{12,26,27} que não encontraram diferença, demonstrando que o grupo feminino desse estudo tem um maior impacto quando se comparado com o masculino na qualidade de vida de acordo com o questionário OSA-18.

Em relação ao local em que a criança dorme, a maior parte dos pacientes, cerca de 66,7% dormiam no mesmo quarto que os pais, tendo a mãe como principal informante dos casos concordando com os dados de Silva e Leite²⁶. Associado a isso, o domínio de “preocupações dos responsáveis” foi um dos que mais pontuaram no questionário, sugerindo que o impacto na qualidade de vida dos filhos implica em grandes preocupações para os responsáveis de acordo com Gome *et al.*¹², indicando a inquietação de muitos pais ao dormirem no mesmo ambiente que as crianças para observar o sono e o estado físico dos filhos.

Ademais, dados clínicos relacionados ao exame físico otorrinolaringológico quando comparados com crianças que dormiam no mesmo ambiente que os pais ou em quarto separado revelou resultados significativos estatisticamente ($p<0,05$) na rinoscopia de corneto. Isso, está associado a hipertrofia dos cornetos na maior parte da população estudada, na qual a passagem de ar no nariz se torna mais estreita favorecendo aparecimento de sintomas dos distúrbios respiratórios do sono de acordo com Rodrigues *et al.*²⁹. Com isso, os responsáveis passam a dormir no mesmo

ambiente que os filhos para verificar o sono e as repercussões físicas dos DRS nas crianças¹².

Uma limitação deste estudo pode ter sido a falta do exame de polissonografia, que é o exame padrão-ouro para diagnóstico⁵, mas a realização desse na região do município de Imperatriz-MA é limitada, haja vista ser um exame de alto custo e de difícil disponibilidade. Dessa forma, a presente pesquisa usou de questionários, exame clínico e físico dos pacientes para demonstrar a presença dos DRS. Outra limitação, é o diagnóstico específico de qual tipo de distúrbio respiratório do sono a criança apresenta devido à falta da polissonografia, mas essa especificidade já foi bastante avaliada e relatada em outros estudos.

5. CONCLUSÃO

Os dados da presente pesquisa revelaram que os distúrbios respiratórios do sono impactam predominantemente de forma moderado (42,7%), seguida de impacto grande (34,7%) na população estudada. Em relação ao perfil das crianças houve prevalência do sexo feminino na amostra (52,0%) e da faixa etária de 3-6 anos (62,7%). Em relação ao exame otorrinolaringológico, predominou o grau III de obstrução (54,7%) nas tonsilas palatinas e (45,3%) nas tonsilas faríngeas, e os cornetos hipertróficos (81,3%) na rinoscopia. No que tange a presença dos sintomas, os mais frequentes foram ronco (52%), respiração oral, (48%) e dificuldade para respirar (40%), mas a dificuldade de aprendizado não foi relatada (69,3 %) como frequente. Além disso, foi evidenciado que o maior impacto na qualidade de vida está associado ao "sofrimento físico" e "preocupações dos responsáveis" em ambos os sexos, o que contribui para grande parte das crianças (66,7%) dormirem no mesmo quarto do responsável.

Portanto, os participantes em sua maioria tiveram a qualidade de vida impactada de forma moderada a grave, repercutindo em diversos aspectos como físico, emocional, ocupacional, social e no ambiente familiar. Além disso, predominantemente as crianças tinham o grau III de obstrução das tonsilas e cornetos hipertróficos, o que prejudica o fluxo de ar gerando uma obstrução nasal causando os diversos sintomas dos DRS, sendo assim, surge a necessidade da busca de orientação de médicos para tratamento e processos cirúrgicos a fim de proporcionar o desenvolvimento saudável das crianças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Turco G, Bobbio T, Reimão R, Rossini S, Pereira H, Barros Filho A. Quality of life and sleep in obese adolescents. *Arq Neuropsiquiatr*. 2013 Feb;71(2):78-82.
2. Maurovich-Horvat E, Pollmächer TZ, Sonka K. The effects of sleep and sleep deprivation on metabolic, endocrine and immune parameters. *Prague Med Rep*. 2008;109(4):275-85.
3. Halal CSE, Nunes ML. Distúrbios do sono na infância. *Resid Pediatr*. 2018;8(0 Supl.1):86-92.
4. Grime C, Tan HL. Sleep Disordered Breathing in Children. *Indian J Pediatr*. 2015 Oct;82(10):945-55.
5. Veloso-Teles R, Estevão R, Caselhos S, Moreira-Silva F, Fernandes F. Protocolo orientador da consulta de SAOS da criança. *Port J ORL*. 2013;51(2):87-94.
6. Türkoğlu S, Tahsin Somuk B, Sapmaz E, Bilgiç A. Effect of adenotonsillectomy on sleep problems, attention deficit hyperactivity disorder symptoms, and quality of life of children with adenotonsillar hypertrophy and sleep-disordered breathing. *Int J Psychiatry Med*. 2019 May;54(3):231-241.
7. Perez A, Hunter K. Adenotonsillectomy as a treatment for sleep-disordered breathing in children with ADHD. *JAAPA*. 2020 Oct;33(10):34-39.
8. Duarte RL de M, Togeiro SMGP, Palombini L de O, Rizzatti FPG, Fagundes SC, Magalhães-da-Silveira FJ, et al.. Brazilian Thoracic Association Consensus on Sleep-disordered Breathing. *J bras pneumol*. 2022;48(4)
9. Kaditis AG, Alonso Alvarez ML, Boudewyns A, Alexopoulos EI, Ersu R, Joosten K, Larramona H, Miano S, Narang I, Trang H, Tsaoussoglou M, Vandenbussche N, Villa MP, Van Waardenburg D, Weber S, Verhulst S. Obstructive sleep disordered breathing in 2- to 18-year-old children: diagnosis and management. *Eur Respir J*. 2016 Jan;47(1):69-94.
10. MARQUES, Patrícia de Souza. TDAH Ou Síndrome do Respirador Bucal?. **Constr. psicopedag**.2019;27(28):19-25.
11. Palombini L de O. Fisiopatologia dos distúrbios respiratórios do sono. *J bras pneumol*. 2010 Jun;36:4–9.
12. Gomes A, Santos O, Pimentel K, Marambaia PP, Gomes LM, Pradella-Hallinan, et al. Qualidade de vida em crianças com distúrbios respiratórios do sono. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2012 Sep;78(5):12–21.
13. Leite JMRS, Ferreira VR, Prado LF do, Prado GF do, Carvalho LBC de. Instrumento de Tucson (TuCASA) para avaliação de apneia do sono em crianças: Tradução e Adaptação Transcultural. *Rev Neurocienc*. 2014 Sep;22(3):395-403.
14. Fernandes FMVS, Teles R da CVV. Questionário da Síndrome da Apneia Obstrutiva na Criança-18: versão portuguesa. *Braz j otorhinolaryngol*. 2013 Nov;79(6):720–6.
15. Silva CFFS da, Gomes VCA, Vilas Boas LS e S, Pezzin AC. Avaliação das alterações do sono em crianças com síndrome do respirador oral. *REAS*.2019 Jul;(24):e637.

16. Lo Bue A, Salvaggio A, Insalaco G. Obstructive sleep apnea in developmental age. A narrative review. *Eur J Pediatr*. 2020;179(3):357-365.
17. Ministério da Saúde (BR). Primeira Infância [Internet]. [Brasília]: Ministério da Saúde (BR); 2022 Nov 04 [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/primeira-infancia>
18. Pignatari Ssn, Anselmo-Lima Wt. Tratado de otorrinolaringologia. 3rd ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018; 991p.
19. Marmitt, Nara R; José P; Pedro A; Angeletti, P; Paulo D. A influência das tonsilas faríngea e palatinas no desenvolvimento craniofacial. *Ortodontia SPO*. 2009 Jan;42(1):60-66.
20. McLaren, Anya T et al. "Diagnosis, management and pathophysiology of central sleep apnea in children." *Paediatric respiratory reviews* vol. 30 (2019): 49-57.
21. Petry C, Pereira MU, Pitrez PMC, Jones MH, Stein RT. Prevalência de sintomas de distúrbios respiratórios do sono em escolares brasileiros. *J Pediatr (Rio J)*. 2008Mar;84(2):123-9.
22. Duarte RLM, Togeiro SMGP, Palombini LO, Rizzatti FPG, Fagundes SC, et al. Brazilian Thoracic Association Consensus on Sleep-disordered Breathing. *J Bras Pneumol*. 2022;48(4):e20220106.
23. Soares AHR, Martins AJ, Lopes M da CB, Britto JAA de, Oliveira CQ de, Moreira MCN. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciênc saúde coletiva*. 2011Jul;16(7):3197-206.
24. Sanjad, Carlyne Souza Lamego; COSTA, Francisca Jullyanna Silva da. Perfil epidemiológico e as repercussões sistêmicas dos respiradores orais infantis do Centro Universitário do Estado do Pará. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina) – Centro Universitário do Estado do Pará, Belém, 2022.
25. Simões AD, Machado Júnior Álvaro N, Oliveira AB da S, Pereira ACP, Figueiredo BQ de, Pinheiro FE da S, Lopes LFP. Main sleep disorders and their impacts on human quality of life: a systematic literature review. *RSD*. 2022 Apr.11(5):e38411528457.
26. Silva VC, Leite AJM. Qualidade de vida em crianças com distúrbios obstrutivos do sono: avaliação pelo OSA-18. *Braz J Otorhinolaryngol* 2012;72(6):747-56.
27. Mitchell RB, Kelly J. Quality of life after adenotonsillectomy for SDB children *Otolaryngology–Head Neck Surg* 2005;133:569-57.
28. Silva LC da, Pereira EA dos S. PERCEPÇÕES SOBRE O COMPORTAMENTO DE INDISCIPLINA DE MENINAS E MENINOS NA ESCOLA. *Cad Pesqui*. 2022;52:e07446
29. Rodrigues, M M et al. "Nasal airway evaluation in obstructive sleep apnoea patients: volumetric tomography and endoscopic findings." *International journal of oral and maxillofacial surgery*. (2017);46(10): 1284-1290.

ANEXO(S):**ANEXO A: QUESTIONÁRIO PARA SINTOMAS DE DISTÚRPIO RESPIRATÓRIO DO SONO- TUCASA**

ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
Disciplina de Neurologia
NEURO-SONO

**ESCALA DE DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO EM CRIANÇAS - TUCSON**

Nome da criança: _____ Sexo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Data: ____/____/____

Instruções: Este questionário permitirá compreender melhor os distúrbios respiratórios do sono de sua criança e avaliar se existem problemas relativos a isto. Procure responder **todas** as perguntas. Ao responder considere cada pergunta em relação aos últimos 6 meses de vida da criança. Preencha ou faça um "X" na alternativa (resposta) mais adequada.

	Não sei	Nunca	Raramente (menos de uma vez por MÊS)	Ocasionalmente (1 ou 2 vezes por MÊS)	Toda semana (1 a 3 vezes por SEMANA)	Quase todo dia (4 a 7 vezes na SEMANA)
1.A criança pára de respirar enquanto dorme?	0()	1()	2()	3()	4()	5()
2.A criança tem dificuldade para respirar enquanto dorme?	0()	1()	2()	3()	4()	5()
3.Alguma vez você sacudi a criança enquanto dorme para fazê-la voltar a respirar?	0()	1()	2()	3()	4()	5()
4.Alguma vez os lábios da criança ficaram azuis ou arroxeados enquanto ela dormia?	0()	1()	2()	3()	4()	5()
5.Alguma vez você já se preocupou com a respiração da criança enquanto ela dormia ?	0()	1()	2()	3()	4()	5()
6.Com que frequência a criança ronca alto enquanto dorme?	0()	1()	2()	3()	4()	5()
7.Com que frequência a criança tem dor de garganta?	0()	1()	2()	3()	4()	5()
8.A criança tem dor de cabeça ao acordar?	0()	1()	2()	3()	4()	5()
9.A criança respira pela boca durante o dia?	0()	1()	2()	3()	4()	5()
10.A criança está sonolenta durante o dia todo?	0()	1()	2()	3()	4()	5()
11.A criança dorme durante a aula?	0()	1()	2()	3()	4()	5()
12.A criança dorme enquanto assiste um programa de televisão que ela gosta?	0()	1()	2()	3()	4()	5()
13.A criança tem dificuldades para aprender?	0()	1()	2()	3()	4()	5()

ANEXO B: QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DAS CRIANÇAS- OSA-18

	Nenhuma vez	Quase nenhuma vez	Poucas vezes	Algumas vezes	Várias vezes	A maioria das vezes	Todas as vezes
1 - Perturbação do sono							
...ronco alto?	1	2	3	4	5	6	7
...períodos em que prendeu o ar ou parou a respiração à noite?	1	2	3	4	5	6	7
...barulho de engasgo ou de respiração ofegante enquanto dormia?	1	2	3	4	5	6	7
...sono agitado ou despertares frequentes durante o sono?	1	2	3	4	5	6	7
2 - Sofrimento físico							
...respiração pela boca devido à obstrução nasal?	1	2	3	4	5	6	7
...resfriados ou infecções das vias aéreas superiores frequentes?	1	2	3	4	5	6	7
...secreção nasal ou nariz escorrendo?	1	2	3	4	5	6	7
...dificuldade para se alimentar?	1	2	3	4	5	6	7
3 Sofrimento emocional							
...mudança de humor ou acesso de raiva?	1	2	3	4	5	6	7
...comportamento agressivo ou hiperativo?	1	2	3	4	5	6	7
...problemas de disciplina?	1	2	3	4	5	6	7
4 – Problemas diurnos							
...sonolência ou cochilos diurnos excessivos?	1	2	3	4	5	6	7
...pouca concentração ou atenção?	1	2	3	4	5	6	7
...dificuldade para se acordar de manhã?	1	2	3	4	5	6	7
5 – Preocupações dos responsáveis							
...deixaram-lhe preocupado(a) a respeito da saúde geral de sua criança?	1	2	3	4	5	6	7
...criaram a preocupação de que sua criança não está respirando ar suficiente?	1	2	3	4	5	6	7
...interferiram na sua capacidade de fazer suas atividades diárias?	1	2	3	4	5	6	7
...fizeram-lhe sentir-se frustrado(a)?	1	2	3	4	5	6	7
Total de pontos OSA (18-126)							

Modificado de Silva VC, Leite AJM. Rev Bras Otorrinolaringol 2006;72(6):747-56

ANEXO C: AUTORIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA



TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, Fernanda Aguiar da Cruz, responsável técnica, fiel depositário dos prontuários e da base de dados da instituição OTOCLÍNICA situada em Imperatriz-MA, declaro que os pesquisadores **FABRÍCIO LEOCÁDIO RODRIGUES DE SOUSA** e **LARISSA MEDRADO MENDES CAVALCANTE OLIVEIRA**, estão autorizados a realizar nesta instituição o projeto de pesquisa **"AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM DISTÚRBO RESPIRATÓRIO DO SONO ASSOCIADO A HIPERTROFIA ADENOTONSILAR"**, cujo objetivo geral é **"Avaliar o impacto dos sintomas de distúrbio respiratório do sono associado a hipertrofia Adenotonsilar na qualidade de vida de crianças acometida pela doença no período de maio a outubro de 2022."**.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros;
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa;
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Imperatriz, 01 de Abril de 2022.

Dr.^a Fernanda A. Cruz
Cirurgia - Cabeça e Pescoço
CRM: 5082-MA / RQE: 1311

Assinatura do Responsável

● Dr.^a Ana Paula R. Milhomem CRM: 5082-MA ● Dr.^a Fernanda Aguiar da Cruz CRM: 5172-MA / RQE: 1311 ● Dr. Fábio Guimarães CRM: 6838-MA / RQE: 3649 ● Dr. Willian Lopes CRM: 9250-MA / RQE: 2791 ● Dr. Fabricio Leocadio CRM: 9865-MA

Rua João Lisboa, 1285 - Centro - (entre ruas Sergipe e Bahia) - Cep. 65 900-630 - Imperatriz - MA
Fones: (99) 3523-1831/3523-2500 / 3071-3367 / 98428-4884 ☎ / Fonoaudiólogo: (99)99178-2472 ☎
e-mail: otoclinica_oto@outlook.com

ANEXO D: NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE PESQUISA EM SAÚDE

REVISTA BRASILEIRA DE PESQUISA EM SAÚDE

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- Declaração de Conflito de Interesse
- Parecer consubstanciado de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa
- Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais
- Manuscrito redigido seguindo template da revista

Diretrizes para Autores

MENU

No menu "*Sobre a Revista*" <https://periodicos.ufes.br/rbps/about> está disponível nosso foco, escopo e periodicidade; Política de Acesso livre; Responsabilidades do autor; Aspectos éticos e Política contra plágio e más condutas e pesquisa; Documentação de conflito de interesse e de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa; Registros de ensaios clínicos e direitos autorais (Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais).

As Diretrizes estão dispostas abaixo. Acesse o [template](#) para submeter o seu manuscrito na RBPS. Siga-o rigorosamente. Insira também as demais declarações e folhas de rosto.

SUBMISSÃO

A submissão de trabalhos na rbps é online pelo sistema Open Journal System (OJS) (<https://periodicos.ufes.br/rbps/about/submissions>). O autor correspondente deve fornecer um ID ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*, <http://orcid.org/>) no momento da submissão inserindo-o no perfil do usuário no sistema de submissão. Recomendamos que seja feito o mesmo para os coautores.

Na submissão, os autores devem realizar *upload* de todos os documentos constantes nas seções "conflitos de interesse" e "direitos autorais". Além disso, deve fazer *upload* do manuscrito a ser avaliado (seguir *templates* indicados).

FLUXO EDITORIAL

Na seleção de manuscritos para publicação, são avaliados: originalidade, relevância e metodologia, além da adequação às normas editoriais adotadas pelo periódico (disponível em "Diretrizes para Autores").

Ao ser submetido à avaliação, o manuscrito é avaliado inicialmente pela Secretaria, observando se está em concordância com as normas de publicação da RBPS, principalmente à juntada documental exigida. Em seguida, o manuscrito é designado aos editores científicos para iniciar o processo de avaliação duplo-cega e por pares.

Os manuscritos só iniciarão o processo de tramitação se estiverem de acordo com as "Diretrizes para Autores". Caso contrário, serão devolvidos para adequação às normas e inclusão de documentos eventualmente necessários.

Os editores científicos recebem os manuscritos designados pelo editor-chefe, avaliam se há concordância com o foco e escopo científico de publicação da RBPS e inicia, tarefa de revisão técnico-científica por meio de indicação de pareceristas/revisores ad hoc científicos que recebem os manuscritos. Esta etapa editorial ocorre com distribuição aos pareceristas/revisores ad hoc descentralizada, sendo que um revisor é vinculado a instituições localizadas no Estado do Espírito Santo ou em outros Estados, e o outro revisor externo, de instituições localizadas fora do Espírito Santo ou fora do Brasil.

Os editores científicos recebem as avaliações dos pareceristas/revisores ad hoc, elaboram parecer consubstanciado dos manuscritos científicos e remete-os ao editor-científico, num prazo médio de 30 dias úteis.

O processo de avaliação por pares e de forma cega (sistema de peer e *blind review*) é procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos pareceristas/revisores ad hoc, por isso os autores deverão empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito e os revisores/pareceristas ad hoc certificarão que não há qualquer conflito de interesse nas análises técnico-científicas.

Os pareceres dos pareceristas/revisores *ad hoc* englobam três possibilidades: a) Submissão aceita; b) Submissão aceita com restrições; c) Submissão rejeitada. O parecer final será emitido pelo editor científico que definirá os próximos passos do fluxo editorial do manuscrito. Os autores acompanham esse fluxo pelo sistema Open Journal System (OJS) que utilizou para submeter o manuscrito.

Os manuscritos, quando aceitos, estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor. Essas eventuais modificações só ocorrerão após prévia consulta ao autor.

No caso de aceite com restrições, o editor científico devolverá o manuscrito aos autores para que façam as devidas alterações indicadas pelos pareceristas/revisores *ad hoc* e reapresentem para nova avaliação.

Quando recusado, o editor científico devolverá o manuscrito aos autores com a justificativa.

DIRETRIZES PARA AUTORES

1. CONTEÚDO DAS SEÇÕES

Os manuscritos enviados à RBPS devem ser redigidos no idioma português ou inglês e devem se enquadrar em uma das seções da revista, descritas a seguir:

1 - **Editorial:** comentário crítico e aprofundado, preparado pelos editores da Revista e/ou por pessoa convidada com notória vivência sobre o assunto abordado. Deve conter a estrutura de um texto dissertativo, com Introdução, Desenvolvimento, Conclusão e Referências.

2 - **Artigos originais** (perfazem mais de 80% da edição): apresentam resultados inéditos de pesquisa científica, clínica ou experimental, entre outros. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

3 - **Relatos de casos:** apresentação da experiência profissional, baseada em estudos de casos peculiares e/ou em novas técnicas, com comentários sucintos de interesse para a atuação de outros profissionais da área. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Relato(s) do(s) Caso(s), Discussão e Referências. Para relatos de técnicas: Introdução, Apresentação da Técnica, Conclusão e Referências.

4 - **Artigos de revisão:** avaliação crítica sistematizada sobre determinado assunto, devendo ter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados –

metodologia de busca, critérios de inclusão e exclusão, resultados e discussão – esclarecendo a delimitação do tema. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

5 - Relatos de Experiência: Redação técnico-científica com objetivo de descrever experiência vivenciada e contribuir com a construção do conhecimento na área de forma sistematizada e estruturada com finalidade de trazer reflexões sobre determinada realidade e/ou experiência. Deve conter: Introdução (contextualização, relato da experiência, marco teórico), resultados, discussão e conclusões.

2. MANUSCRITOS EM LÍNGUA ESTRANGEIRA

A Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde aceita submissão de manuscritos na íntegra em língua estrangeira desde que os autores apresentem junto ao trabalho submetido o certificado de revisão de inglês ou espanhol.

Os pesquisadores deverão assumir os custos da revisão em língua estrangeira. Caso um dos coautores seja estrangeiro nativo da língua inglesa e/ou espanhola, este deverá revisar o inglês e o espanhol do trabalho. O autor principal (correspondente) deverá enviar atesto para revista confirmando que essa revisão foi feita por um dos autores nativos da língua inglesa ou espanhola.

Para manuscritos em língua portuguesa, é obrigatório seção de *abstract*, porém não é necessário submeter atesto de revisão da língua (essa etapa é realizada no fluxo de editoração da RBPS sem custos aos autores).

3. APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

Os manuscritos deverão ser digitados em *Word for Windows* e enviados exclusivamente pelo Sistema *On-line* de Submissão de Manuscritos (<http://periodicos.ufes.br/rbps>), acompanhados dos documentos digitalizados: a) Declaração de Conflito de Interesse; b) Parecer consubstanciado de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa; c) Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais.

As páginas do manuscrito devem estar numeradas e configuradas para papel A4, com margens superior, inferior, esquerda e direita de 3 cm, fonte Arial tamanho 12 e espaço 1,5, com alinhamento do texto justificado e parágrafos com tabulação com recuo de primeira linha em 1,25. O número de páginas está limitado a 25 e deve

obedecer à configuração acima, incluindo Página de Rosto, Resumo, *Abstract*, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências, além de ilustrações (figuras, tabelas, quadros, gráficos, fotos etc.).

A) Página de rosto

Deverá ser enviada uma página de rosto contendo somente os seguintes itens: título do manuscrito em português e inglês e nome completo dos autores, informação sobre a afiliação dos autores (principal instituição de origem, cidade, estado e país), nome e endereço completo para correspondência, local em que o estudo foi realizado. Indicação do responsável pela troca de correspondência, fornecendo endereço completo (CEP, telefone com DDD e endereço eletrônico - e-mail) para contato.

Devem ser incluídas na folha de rosto as fontes de financiamento para realização da pesquisa, tais como: bolsas de estudos e auxílios financeiros.

IMPORTANTE: A Página de Rosto deve ser incluída como documento suplementar. Os dados contidos na página de rosto não devem ser incluídos no corpo do manuscrito para garantia do sistema de fluxo editorial *blind review*.

B) Resumo e *Abstract*

Os resumos devem possibilitar ao leitor avaliar o interesse do manuscrito e compor uma série coerente de frases, e não a simples enumeração de títulos, fornecendo, portanto, uma visão clara e concisa do conteúdo do manuscrito, suas conclusões significativas e a contribuição para a saúde coletiva. Deve conter, no máximo, 250 palavras e ser apresentado em português e inglês, incluindo palavras de estrutura (Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusão) e palavras-chave.

C) Palavras-chave e *Keywords*

São palavras ou expressões que identificam o conteúdo do manuscrito, fornecidas pelo próprio autor. Deverão ser seguidos os cabeçalhos de assuntos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português e inglês, indicados pela Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br>).

D) Estrutura do texto

A estrutura do texto deverá estar de acordo com a natureza do manuscrito: Editorial, Artigos Originais, Artigos de Revisão, Relato de Casos e de Experiência.

E) Ilustrações

As ilustrações e tabelas do manuscrito submetido à apreciação estão limitadas ao número máximo de cinco. No entanto, no caso de aceite do manuscrito, serão

solicitados aos autores os arquivos originais em que as ilustrações e tabelas foram construídas a fim de permitir a formatação gráfica.

De acordo com a ABNT, NBR 14724, de 17 de março de 2011, “Qualquer que seja o tipo de ilustração [ou tabela], sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título”.

Os desenhos enviados poderão ser melhorados ou redesenhados pela produção da Revista, a critério do Corpo Editorial. Imagens digitais poderão ser aceitas desde que sua captação primária tenha ocorrido, pelo menos, em tamanho (10cm x 15cm) e com resolução adequada (300 dpi). Desenhos e esquemas deverão ser limitados ao mínimo, feitos, preferencialmente, em *Corel Draw*, devendo ser fornecidos em formato digital junto com o arquivo do manuscrito e apresentados em folhas separadas. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução. Essa autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à apreciação para publicação. Todas as ilustrações e tabelas, sem exceção, devem ser citadas no corpo do texto e ser apresentadas em páginas separadas.

F) Agradecimentos

É opcional aos autores. Devem ser breves, diretos e dirigidos apenas a pessoas ou instituições que contribuíram substancialmente para a elaboração do manuscrito. Deverão estar dispostos no manuscrito antes das referências. Não devem ser feitos agradecimentos de cunho pessoal ou familiar.

G) Referências

As referências estão limitadas a um número máximo de 30 (exceto para revisões sistemáticas) e devem ser apresentadas na ordem em que aparecem no texto, numeradas e normatizadas de acordo com o Estilo *Vancouver*. Os exemplos devem estar conforme os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos ([National Library of Medicine](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa,

comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

H) Citação das referências no texto

Seguir o sistema numérico de citação, no qual somente os números índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Não devem ser citados os nomes dos autores e o ano de publicação. Somente é permitida a citação de nome de autores (seguido de número índice e ano de publicação do manuscrito) se estritamente necessário. Exemplos de citação de referências no texto:

- Números aleatórios

“O processamento é negligenciado pela maioria dos profissionais, chegando alguns autores a afirmar que cerca de 90% das falhas em radiografias acontecem na câmara escura”^{2,8,10}.

- Números sequenciais

“Desde que observações clínicas comprovaram que lesões de mancha branca são reversíveis, a remineralização passou a ser um importante mecanismo na prevenção e redução clínica das cáries em esmalte”¹⁻⁴.

- Citação de nome de autor

“Cassatly et al.² reportam um caso de osteomielite em uma paciente submetida à apicectomia com laser de Nd: YAG, que levou à necrose de parte da maxila, pela difusão do calor gerado ao tecido ósseo adjacente ao ápice radicular.”

I) Abreviaturas

Não são recomendáveis, exceto as reconhecidas pelo Sistema Internacional de Pesos e Medidas ou as consagradas nas publicações médicas, que deverão seguir as normas internacionais tradicionalmente em uso (aprovadas pelo documento de Montreal publicado no British Medical Journal 1979;1:532-5). Quando o número de abreviaturas for significativo, providenciar um glossário à parte.

J) Nomes de drogas

A utilização de nomes comerciais (marca registrada) não é recomendável; quando necessário, o nome do produto deverá vir após o nome genérico, entre

parênteses, em caixa-alta-e-baixa, seguido pelo símbolo que caracteriza a marca registrada, em sobrescrito.

K) Considerações finais

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a sua conformidade em relação a todos os itens aqui listados. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

Para contato, envie e-mail para rbps.ccs@ufes.br

Correspondências devem ser enviadas à Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde aos cuidados da Editoria-chefe da Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde (RBPS), endereço: Avenida Marechal Campos, número 1468, Maruípe, Vitória, Espírito Santo, Brasil, Cep: 29040-090. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo.

Artigos Originais

O resumo deve possibilitar ao leitor avaliar o interesse do manuscrito e compor uma série coerente de frases, e não a simples enumeração de títulos, fornecendo, portanto, uma visão clara e concisa do conteúdo do manuscrito, suas conclusões significativas e a contribuição para a saúde coletiva. Deve conter no máximo 250 palavras, em parágrafo único, espaçamento simples, e as seções “**Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão**”. O nome da seção deve estar em negrito. O texto deve ser em fonte Arial, 12, sem negrito. Ao final do resumo, devem ser listadas de 3 a 5 palavras-chave.

Relato de Caso

Apresentação da experiência profissional, baseada em estudos de casos peculiares e/ou em novas técnicas, com comentários sucintos de interesse para a atuação de outros profissionais da área. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Relato(s) do(s) Caso(s), Discussão e Referências. Para relatos de técnicas: Introdução, Apresentação da Técnica, Conclusão e Referências.

Relatos de Experiência

Redação técnico-científica com objetivo de descrever experiência vivenciada e contribuir com a construção do conhecimento na área de forma sistematizada e

estruturada com finalidade de trazer reflexões sobre determinada realidade e/ou experiência. Deve conter: Introdução (contextualização, relato da experiência, marco teórico), resultados, discussão e conclusões.

Artigos de Revisão

Avaliação crítica sistematizada sobre determinado assunto, devendo ter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados – metodologia de busca, critérios de inclusão e exclusão, resultados e discussão – esclarecendo a delimitação do tema. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

Declaração de Direito Autoral

Direitos Autorais

Solicita-se aos autores dos manuscritos submetidos à apreciação enviar à RBPS uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, contendo a assinatura de cada um dos autores, de acordo com o modelo apresentado a seguir:

Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais

Nós, abaixo assinados, transferimos todos os direitos autorais do manuscrito intitulado “ _____ ” à Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. Declaramos, ainda, que o manuscrito é original e não está sendo considerado para publicação em outra revista, no formato impresso ou eletrônico.

(Discriminar as funções de cada autor)

Exemplos:

(Nome do autor) realizou a aplicação do questionário, experimento clínico, correção e edição final.

(Nome do autor) realizou a busca bibliográfica, coletou dados e atuou na redação, correção e edição final.

Local, __/__/__. Assinatura(s): _____

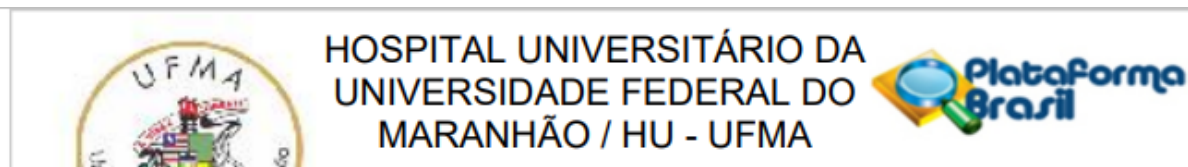
IMPORTANTE: A Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais deve ser incluída como documento suplementar.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

Respeitosamente,

Equipe Editorial da RBPS.

ANEXO D: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP – HUUFMA**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM DISTÚRBO RESPIRATÓRIO DO SONO ASSOCIADO A HIPERTROFIA ADENOTONSILAR

Pesquisador: FABRICIO LEOCADIO RODRIGUES DE SOUSA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 57687622.8.0000.5086

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.851.906

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO não apresenta óbices éticos, portanto atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares. sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto. Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 13 de Janeiro de 2023

Assinado por:

**Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa
(Coordenador(a))**

APÊNDICE(S):**APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS CLÍNICOS**

1.Nome: _____

2.Gênero: masculino () feminino ()

3.Data:___/___/___ 4. Data de Nascimento: / /

5.Idade: 6. Cor ou Raça: Branca () Pardo () Preto ()

7.Nome do Cuidador: _____ Idade: _____

Cuidador primário: mãe () pai () avô/avó () outro ()

Criança: dorme no mesmo quarto do cuidador () quarto separado()

Grau de escolaridade do cuidador: Analfabeto ()

Primeiro grau completo () incompleto ()

Segundo grau completo () incompleto ()

Terceiro Grau completo () incompleto ()

8. Avaliação clínica

Médico Responsável: _____

8.1 Tonsilas Faríngeas: grau de obstrução

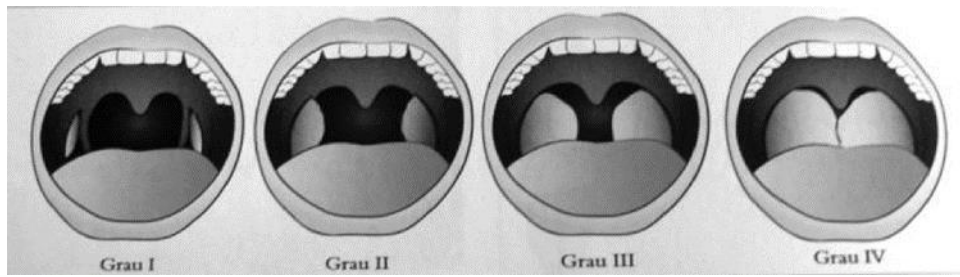
Grau I () até 25% Grau II () 26 a 50%

Grau III () 51 a 75% Grau IV () >75%

8.2 Tonsilas Palatinas: grau de obstrução Brodsky

Grau I () até 25% Grau II () 26 a 50%

Grau III () 51 a 75% Grau IV () > 75%



10.3 Rinoscopia anterior de corneto: eutróficos () hipertróficos ()

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA CAMPUS II –
IMPERATRIZ/MA
CURSO DE MEDICINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para a criança sob sua responsabilidade participar da pesquisa: **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM DISTÚRBIO RESPIRATÓRIO DO SONO ASSOCIADO A HIPERTROFIA ADENOTONSILAR**, que tem como pesquisador responsável Larissa Medrado Mendes Cavalcante Oliveira. Com o objetivo de identificar crianças com sintomas de ronco ou apneia do sono acarretados por aumento da adenoide e amígdala estabelecendo uma relação com a piora da saúde e bem-estar desses pacientes que frequentam uma unidade de referência otorrinolaringológica localizada em Imperatriz-Maranhão. No caso de você permitir a participação da criança/adolescente, favor rubricar em todas as páginas e assinar ao final deste documento. Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma retida com o pesquisador responsável e outra com o responsável do participante da pesquisa, assinadas por ambos (responsável do participante e pelo pesquisador), onde há o telefone e endereço do pesquisador(a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e da participação do adolescente/criança em sua responsabilidade antes e durante a pesquisa. A participação da criança/adolescente sob sua responsabilidade não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá recusar a participação desses e retirar seu consentimento sem nenhuma penalização e interrupção do acompanhamento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo a relação do participante da pesquisa com o pesquisador (a) ou com a Instituição. **Local de Execução:** Otolínea - Rua Alagoas 586, Juçara - Imperatriz, MA, 65919-170, Tel: (99) 3525-1018. **A criança/adolescente sob sua**

responsabilidade poderá ser incluído(a) nesta pesquisa se atender aos seguintes critérios: idade entre 3 e 12 anos acompanhado de um responsável legal, apresentando história de sintomas de roncos e/ou apneia há mais de 6 meses, portador de hipertrofia adenotonsilar ao exame físico e que os responsáveis permitam a participação na pesquisa. **A criança/adolescente sob sua**

responsabilidade poderá ser excluído(a) desta pesquisa se atender aos seguintes critérios: Ter mais de 12 anos, apresentar malformações craniofaciais, distúrbios psiquiátricos, comportamentais e com alterações no desenvolvimento psicomotor, imunocomprometidos, em uso de medicações que atuam no SNC e já submetidas à adenotonsilectomia. Além disso, pacientes não autorizados pelos responsáveis em participar do estudo e falharem em completar os questionários.

Critérios de Acompanhamento e Assistência como responsáveis: Os participantes da pesquisa selecionados serão acompanhados pelo médico, bem como pelos demais pesquisadores, sendo estes responsáveis pela condução da pesquisa, durante toda a fase de execução do projeto. **Descrição do Estudo:** O estudo configura-se como uma pesquisa realizada por meio da aplicação de questionários aos participantes da pesquisa atendidos na Otolírica de Imperatriz-MA. A coleta será feita por meio do levantamento de informações pertinentes aos participantes da pesquisa identificados. A partir disso, busca-se avaliar a qualidade de vida de crianças, entre 3 e 12 anos, com sintomas de distúrbio respiratório do sono associado a hipertrofia adenotonsilar, correlacionando com o desempenho acadêmico, problemas comportamentais, funcionamento durante o dia e o estado geral de saúde dessa população. **Benefícios para o Indivíduo:** Haverá um grande benefício para a promoção de saúde da região através dos dados obtidos com a pesquisa. Além disso, os responsáveis pelos participantes da pesquisa poderão conhecer melhor o estado de saúde desses auxiliando no diagnóstico e intervenção precoce reduzindo consequências no desenvolvimento saudável da criança/adolescente gerando um bem-estar no ambiente escolar, social e familiar.

Riscos para o Indivíduo: Desencadear possível grau de apreensão ou desconforto ao responder algumas perguntas e sobre a incerteza do resultado da pesquisa, além do risco de exposição dos dados de saúde. Desta forma, o desconforto será minimizado com o compromisso dos pesquisadores em coletar os dados maneira criteriosa e mantê-los em sigilo. **Direitos dos Indivíduos para recusar-se a**

participar ou retirar-se do estudo: Eu entendo que participação da criança/adolescente sob minha responsabilidade na pesquisa é voluntária e posso recusar que esse participe ou posso interromper a participação dele em qualquer hora, sem penalização. **Direitos dos indivíduos quanto à privacidade:** Eu concordo com a publicação dos dados obtidos, desde que preservado o nome do participante da pesquisa sob minha responsabilidade. Estou ciente que haverá total proteção ao participante da pesquisa que sou responsável. **Publicação das Informações:** As informações coletadas referentes ao projeto estarão disponíveis para a equipe envolvida na pesquisa. Poderão ser publicados de acordo com o item anterior. **Informação Financeira:** A participação da criança/adolescente sob minha responsabilidade neste estudo não implica em contrato de trabalho. Esse não receberá nenhuma compensação financeira para participar do estudo. **Informação Sobre o Direito de Buscar Indenização:** O participante sob minha responsabilidade tem direito a indenização, por parte dos pesquisadores e das instituições envolvidas, caso venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa, prevista no Código Civil (Lei 10.406 de 2002), além da garantia de assistência imediata (emergencial e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa) e assistência integral (prestada para atender complicações e danos decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa) se necessário. **Contato do Pesquisador:** Poderei entrar em contato com pesquisador Larissa Medrado Mendes Cavalcante Oliveira através do número (71) 98783-4364 em horário comercial das 08:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira, em caso de dúvidas de qualquer natureza. **Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):** Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário. Telefone (98) 2109-1250, endereço Rua Barão de Itapary, 227, quarto andar, Centro, São Luis-MA. CEP – 65.020-070. **Descrição do CEP:** Um Comitê de Ética em Pesquisa é um grupo não remunerado formado por diferentes profissionais e membros da sociedade que avaliam um estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes. **Assinaturas:** O estudo foi discutido comigo e todas as questões foram respondidas. Eu entendo que perguntas adicionais relacionadas ao estudo devem ser dirigidas aos investigadores relacionados acima. Eu entendo que se tiver dúvidas sobre direitos dos participantes da pesquisa, posso contatar o Comitê de Ética da

Universidade Federal do Maranhão. Eu concordo com os termos acima e acuso o recebimento de uma via deste consentimento.

Assinatura do Voluntário

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE C: TERMO DE ASSENTIMENTO PARA CRIANÇAS ENTRE 3 E 6 ANOS VERSÃO HISTÓRIA EM QUADRINHOS.

APRESENTAÇÃO DO TRABALHO

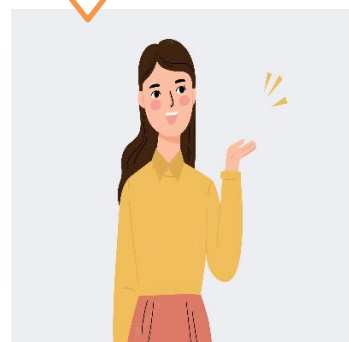
ÓLA, MEU NOME É
LARISSA MEDRADO
ESTOU FAZENDO UM
TRABALHO COM O
TEMA AVALIAÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA
DE CRIANÇAS COM
DISTÚRBIO
RESPIRATÓRIO DO
SONO ASSOCIADO A
HIPERTROFIA
ADENOTONSILAR



APRESENTAÇÃO DO TRABALHO

EU QUERO SABER SE VOCÊ
QUER PARTICIPAR DE UMA
PESQUISA QUE VAI
OBSERVAR SE VOCÊ
RONCA, FICA CANSADO
DURANTE O DIA, A
CABEÇA DÓI DE MANHÃ,
FICA MUITAS VEZES
GRIPADO, NÃO LEMBRA
DAS COISAS E TEM
DIFICULDADE DE PRESTAR
ATENÇÃO NO QUE A
MAMÃE E O PAPAI FALA
POR CONTA DOS
AUMENTOS DA AMÍGDALA
E A “CARNE DO NARIZ”

NÃO
ENTENDI
NADA!!!

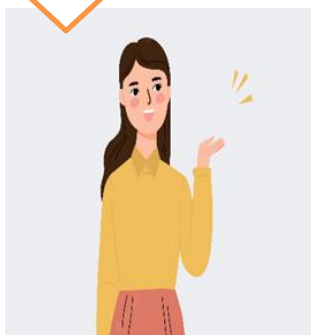


BENEFÍCIOS DA PESQUISA

E SERVE
PRA QUÊ
ESSA



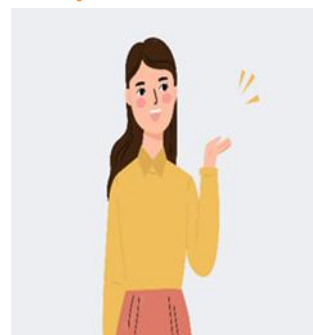
ELA VAI AJUDAR MÉDICOS
E AS CRIANÇAS COM
DIAGNÓSTICOS MAIS CEDO
FAZENDO COM QUE
DIMINUA OS PROBLEMAS
QUE ATRAPALHAM O BEM-
ESTAR DESSAS. ALÉM
DISSO, VAI INFORMAR OS
ESTUDANTES DE MEDICINA
SOBRE OS PROBLEMAS
CAUSADOS PELA ADENOIDE
E AMÍGDALA

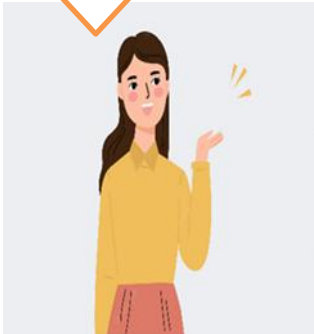
**RISCOS DA PESQUISA**

E TEM
ALGUM
RISCO?



PODE ACONTECER
ALGUNS ERROS NA
HORA DE COLETAR OS
DADOS E REGISTRAR,
MAS EU FAREI O
POSSÍVEL PARA NÃO
CONTECER ISSO E IREI
ESCREVER TUDO
CERTINHO E VOU
REVISAR



E COMO FAZ PARA PARTICIPAR  PARA PARTICIPAR DA PESQUISA PRECISA SER CRIANÇA COM IDADE DE 3 A 12 ANOS QUE OS PAIS PERMITIREM. ALÉM DISSO, RESPONDER O QUESTIONÁRIO COM AS PERGUNTAS E SER AVALIADO PELO DOUTOR PARA ELE DIZER O TAMANHO DAS AMÍGDALAS E 	QUE LEGAL!!  VOCÊ ACEITA PARTICIPAR? SE ACEITAR PARTICIPAR MARCA COM X NESSE PAPEL QUE EU VOU TE ENTREGAR E VOCÊ PODE FICAR COM UMA CÓPIA. 
---	--

MARQUE COM X SE VOCÊ ACEITA OU NÃO PARTICIPAR DA PESQUISA:

() ACEITO

() NÃO ACEITO

Os resultados da pesquisa vão ser publicados em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional, mas sem identificar as crianças que participaram. Caso aconteça algo errado, você pode procurar ligar para a pesquisadora Larissa Medrado Mendes Cavalcante Oliveira **Telefone: (71) 9 8783-4364** ou para o professor orientador Fabrício Leocádio Rodrigues de Sousa **Telefone: (99) 9 9144-8686** ou para dúvidas éticas entrar em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário. Telefone (98) 2109-1250, endereço Rua Barão de Itapary, 227, quarto andar, Centro, São Luis-MA. CEP – 65.020-070 pelos telefones.

Sendo assim, eu _____ aceito participar da pesquisa AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM DISTÚRBO RESPIRATÓRIO DO SONO ASSOCIADO A HIPERTROFIA ADENOTONSILAR. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar com raiva de mim. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa.

ASSINATURA DO PESQUISADOR

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA

APÊNDICE D: TERMO DE ASSENTIMENTO PARA PARTICIPANTE MENOR DE IDADE BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS, Nº466/2012, MS (PARTICIPANTES DE 7 A 9 ANOS).

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM DISTÚRBIO RESPIRATÓRIO DO SONO ASSOCIADO A HIPERTROFIA ADENOTONSILAR**, coordenada pela pesquisadora Larissa Medrado Mendes Cavalcante Oliveira. Seus pais permitiram que você participe. Queremos saber se você tem com sintomas como ronco, cansaço ao longo do dia, dor de cabeça ao acordar, dificuldade de concentração e memória e que acorda várias vezes durante a noite por conta do aumento da adenoide (“carne esponjosa do nariz”) e amígdala observando se piora sua saúde e o bem-estar. Você só precisa participar da pesquisa se quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir. As crianças/ adolescentes que irão participar desta pesquisa têm de 03 a 12 anos de idade. A pesquisa será feita na clínica OTOCLÍNICA, onde as crianças vão responder perguntas sobre ronco, cansaço, sono, resfriados, problemas para dormir, se concentrar e memória além de passarem pelo médico para identificar o tamanho das amígdalas e adenoide. Para isso, será usado dois questionários, ele é considerado seguro, mas é possível acontecer erros em relação a coleta e os registros dos dados, mas o pesquisador evitará isso realizando de forma cuidadosa a coleta. Caso aconteça algo errado, você pode procurar ligar para a pesquisadora Larissa Medrado Mendes Cavalcante Oliveira **Telefone: (71) 9 8783-4364** ou para o professor orientador Fabrício Leocádio Rodrigues de Sousa **Telefone: (99) 9 9144-8686** ou para dúvidas éticas entrar em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário. Telefone (98) 2109-1250, endereço Rua Barão de Itapary, 227, quarto andar, Centro, São Luis-MA. CEP – 65.020-070 pelos telefones. Há coisas boas que podem acontecer como ajudar a identificar a doença em outras crianças de forma mais rápida e melhor a vida dessas, além de ajudar no conhecimento dos médicos e estudante de medicina. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional, mas sem identificar as crianças que participaram. Sendo assim, eu

_____ aceito participar da pesquisa **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM DISTÚRBIO RESPIRATÓRIO DO SONO ASSOCIADO A HIPERTROFIA ADENOTONSILAR**. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar com raiva de mim. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa.

A seguir imagens de como vai funcionar a coleta de dados:



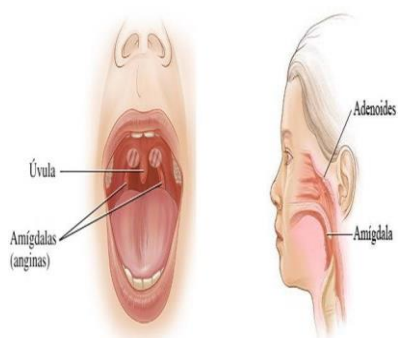
A Pesquisadora vai perguntar aos responsáveis e a criança/adolescente se aceitam participar da pesquisa.



Pesquisador irá investigar os sintomas do paciente como ronco, apneia, obstrução nasal entre outros.



O médico vai examinar o paciente e avaliar o grau das amígdalas e da adenoide do participante da pesquisa e informar ao pesquisador.



Imagens de amígdala e adenoide mostrando o que o médico irá investigar no exame físico.



O pesquisador irá perguntar se os sintomas do participante da pesquisa atrapalham o rendimento escolar, a concentração, o sono entre outras questões da qualidade de vida



O pesquisador irá preencher os questionários da pesquisa com as informações médicas e as relatadas pelo participante da pesquisa e responsável.

Assinatura da pesquisadora responsável

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do responsável pelo participante

APÊNDICE E: TERMO DE ASSENTIMENTO PARA PARTICIPANTE MENOR DE IDADE BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS, Nº466/2012, MS (PARTICIPANTES DE 10 A 12 ANOS).

Prezado(a) Participante,

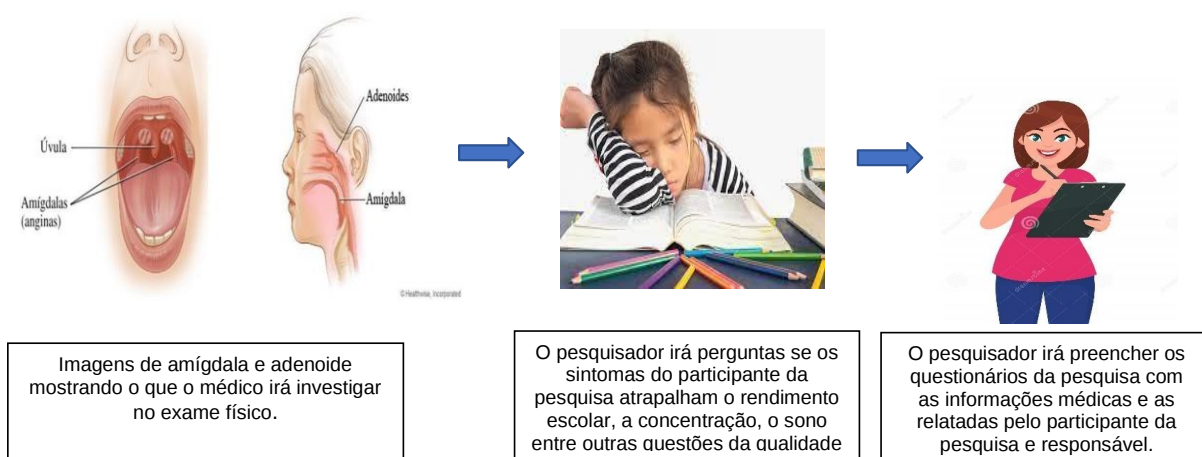
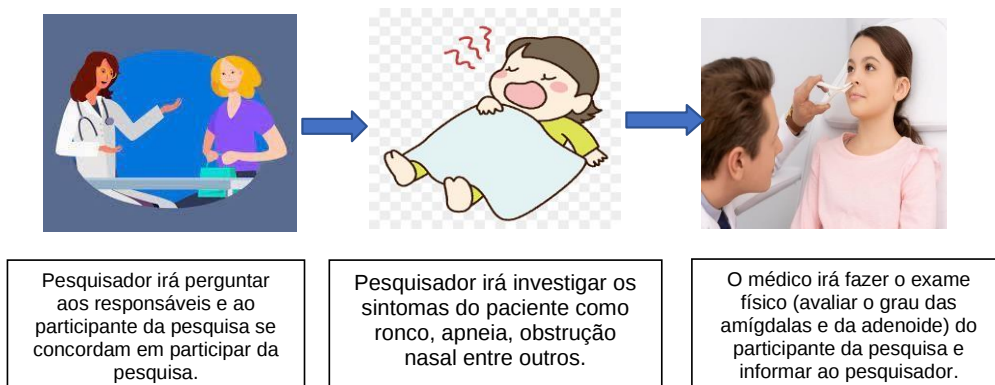
Esta pesquisa é sobre a avaliação da qualidade de vida de crianças com distúrbio respiratório do sono associado a hipertrofia adenotonsilar e está sendo desenvolvida por Larissa Medrado Mendes Cavalcante Oliveira, do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, sob a orientação do professor Fabrício Leocádio Rodrigues de Sousa

Os objetivos do estudo é identificar crianças com sintomas como ronco, cansaço ao longo do dia, dor de cabeça ao acordar, dificuldade de concentração e memória e que acorda várias vezes durante a noite acarretados pelo aumento da adenoide e amígdala estabelecendo uma relação com a piora da saúde e o bem-estar do participante da pesquisa. A finalidade desse estudo é de avaliar os efeitos dos sintomas no crescimento, no aprendizado, no desenvolvimento escolar e físico para desenvolver estratégias de tratamento de forma que permita o crescimento saudável da criança, além de diminuir às complicações relacionadas ao diagnóstico e incentivar futuras pesquisas a respeito do tema.

Solicitamos a sua autorização para preencher as perguntas por meio de questionários, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em segredo absoluto. Informamos que essa pesquisa está suscetível à erros relacionados à coleta e análise dos dados, como informações registradas e/ou tabuladas de forma errônea, que poderá resultar em conclusões indevidas, que o pesquisador buscará evitar ao realizar de maneira criteriosa a coleta e a análise dos dados.

A seguir imagens ilustrativas a fim de explicar ao participante da pesquisa como funcionará o processo de coleta de dados:

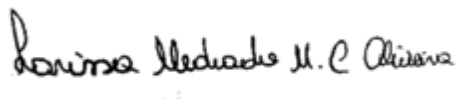
1



Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, você não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. **Você aceita participar da pesquisa:**

() Aceito

() Não aceito



 Assinatura da pesquisadora responsável

 Assinatura do participante da pesquisa

Eu aceito participar da pesquisa e entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir sem que nada me aconteça. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus pais e/ou responsáveis. Li e concordo em participar como voluntário da pesquisa descrita acima. Estou ciente que meu pai e/ou responsável receberá uma via deste documento.

Imperatriz, ____, de _____ de 20 ____

 Assinatura do responsável pelo participante

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Larissa Medrado Mendes Cavalcante Oliveira Telefone: (71) 9 8783-4364 ou para o professor orientador Fabrício Leocádio Rodrigues de Sousa Telefone: (99) 9 9144-8686 ou para dúvidas éticas entrar em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário. Telefone (98) 2109-1250, endereço Rua Barão de Itapary, 227, quarto andar, Centro, São Luis-MA. CEP – 65.020-070.

