

Avaliação da qualidade de vida dos doentes submetidos a septoplastia sob anestesia local: estudo prospetivo

Artigo Original

Autores

Filipe V. Jacinto

Unidade Local de Saúde (ULS) do Algarve

Diana Ribeiro

Unidade Local de Saúde (ULS) do Algarve

César Anjo

Unidade Local de Saúde (ULS) do Algarve

Luís Freitas

Unidade Local de Saúde (ULS) do Algarve

Ilídio Gonçalves

Unidade Local de Saúde (ULS) do Algarve

Resumo

Objectivos: Comparar a eficácia da septoplastia, quando realizada sob anestesia local versus geral no tratamento do desvio do septo nasal.

Desenho do estudo: Estudo Prospetivo Observacional.

Material e Métodos: Doentes com diagnóstico de desvio do septo nasal, submetidos a septoplastia sob anestesia geral (n=45) ou local (n=45), preencheram questionários de avaliação da qualidade de vida relacionada com a obstrução nasal (NOSE; SNOT-22; escala visual analógica (EVA)), antes e 3 meses após a cirurgia.

Resultados: Ambos os grupos demonstraram reduções significativas nos scores NOSE, SNOT-22 e EVA pós-operatórios, sem diferenças estatisticamente significativas entre a septoplastia sob anestesia local e geral. A dor média na septoplastia sob anestesia local foi 2.4/10. O grau de satisfação com a cirurgia foi similar em ambos os grupos.

Conclusões: A septoplastia sob anestesia local é uma alternativa eficaz e segura à septoplastia sob anestesia geral, melhorando significativamente a qualidade de vida dos pacientes com obstrução nasal.

Palavras-chave: septoplastia; anestesia local; NOSE, SNOT-22, EVA

Introdução

A obstrução nasal é um dos sintomas mais frequentes em otorrinolaringologia, afetando uma vasta gama de doentes e comprometendo consideravelmente a sua qualidade de vida¹⁻⁴. Uma das principais causas de obstrução nasal é o desvio do septo nasal, que ocorre quando a parede óssea e cartilaginosa que separa as duas fossas nasais se encontra deslocada, comprometendo a ventilação adequada³. A septoplastia, um procedimento cirúrgico para corrigir esse desvio, é o tratamento de eleição para os doentes que não respondem ao tratamento médico conservador. Tradicionalmente, este

Correspondência:

Filipe V. Jacinto

filipe.vicente.jacinto@gmail.com

Artigo recebido a 6 de Abril de 2025.

Aceite para publicação a 18 de Janeiro de 2026.

procedimento é realizado sob anestesia geral, que proporciona um ambiente controlado para o cirurgião e reduz a ansiedade e desconforto do doente durante a intervenção. No entanto, a realização da septoplastia sob anestesia local tem ganho popularidade nos últimos anos, devido a várias vantagens como o menor risco de complicações anestésicas, uma recuperação pós-operatória mais rápida e uma redução dos custos hospitalares⁵⁻⁷.

Os questionários de avaliação da qualidade de vida relacionada à obstrução nasal têm-se tornado cada vez mais importantes na avaliação dos resultados de intervenções cirúrgicas, como a septoplastia^{8,9}. Entre estes, destaca-se o questionário NOSE (*Nasal Obstruction Symptom Evaluation*), desenvolvido em 2004 por recomendação da Academia Americana de Otorrinolaringologia⁴. Este questionário é composto por cinco itens, cada um pontuado de 0 a 4, com uma pontuação final de 0 a 100, permitindo categorizar a obstrução nasal como leve (0-25), moderada (26-50) ou grave (>50). Outro questionário validado é o SNOT-22 (*Sino-Nasal Outcome Test-22*), que captura um espectro mais amplo de sintomas nasossinusais e o seu efeito na qualidade de vida dos doentes¹⁰. Este questionário pode ser utilizado para avaliar doentes submetidos a septoplastias¹⁰⁻¹². Ambos os questionários, NOSE e SNOT-22, foram traduzidos e validados para serem usados na população portuguesa¹³. Em 2021, o serviço de ORL da ULS Algarve implementou um protocolo para realizar septoplastias sob anestesia local em ambiente de cirurgia de ambulatorio. Esta mudança visou otimizar o conforto dos pacientes, reduzir os riscos associados à anestesia geral, permitir uma recuperação mais rápida dos doentes e reduzir a lista de espera da ULS Algarve. Este estudo tem como objetivo principal avaliar a eficácia deste protocolo e comparar os resultados de septoplastias realizadas sob anestesia local versus geral, focando no grau de satisfação dos pacientes e na melhoria da sua qualidade de vida.

Material e Métodos

Protocolo de anestesia local:

O protocolo de anestesia local para a realização de septoplastias na ULS Algarve, em contexto de cirurgia de ambulatorio, pode ser subdividido temporalmente em 3 partes: 24h antes da cirurgia, 30 min antes da cirurgia e durante a cirurgia. 24h antes da cirurgia, o doente deve, no seu domicílio, tomar um comprimido de 5mg de diazepam antes de ir dormir e no dia seguinte, aproximadamente 2-3h antes da cirurgia, tomar 1 comprimido de paracetamol 1000mg+codeína 60mg. 30 min antes da cirurgia (sala pré-operatória), com o auxílio do espelho frontal e rinoscópio, é aplicado um anestésico tópico (XYLOCAÍNA® Spray 10%) nas 2 fossas nasais e posteriormente são colocados 3 cotonóides embebidos com pasta de cocaína a 10%: o primeiro cotonóide é colocado na porção posterior da fossa nasal, o segundo é colocado no meato médio e o terceiro na porção anterior da fossa nasal. Após 30 minutos, o doente é colocado na sala operatória. Antes de iniciar a cirurgia, é administrado paracetamol 1000mg e midazolam 0.5g (opcional) por via endovenosa. A cirurgia realiza-se com o doente em posição supina, com a cabeça ligeiramente elevada e virada para a direita, de modo a otimizar o acesso à cavidade nasal e permitir um controlo hemostático adequado durante o procedimento. No início da cirurgia, os cotonóides embebidos com pasta de cocaína 10% são removidos de ambas fossas nasais e é colocado um pequeno fragmento (1.5x1cm) de merocel, na porção posterior das 2 fossas nasais para evitar a aspiração de sangue na via aérea durante a septoplastia. Para prevenir a aspiração involuntária destes fragmentos, sutura-se um fio de seda 2.0 na extremidade de cada merocel, permitindo ancorá-los ao campo cirúrgico. Finalmente, realizam-se infiltrações seletivas (com agulha espinal 22G) ao longo do septo nasal com lidocaína 2% com adrenalina 1:80.000-1:200.000: 4cc no bordo caudal do septo nasal, 1cc no 1/3 médio do septo nasal e 1cc no corneto inferior (opcional). As infiltrações podem ser repetidas durante o

procedimento cirúrgico, caso seja necessário (máximo 5cc).

Desenho do estudo:

Entre Janeiro de 2023 e Julho de 2024, pacientes com obstrução nasal, associada a desvio do septo nasal (com ou sem hipertrofia de cornetos inferiores), inscritos para septoplastia sob anestesiageral ou local, na ULS Algarve (Unidades de Faro e Portimão), foram convidados a participar neste estudo prospetivo. A todos os pacientes que concordaram participar no estudo, foi-lhes explicado o intuito do mesmo, tendo todos assinado o respetivo consentimento informado de participação. A proposta para a realização deste estudo foi avaliada pelo Departamento de Ensino, Formação e Investigação e pela Comissão de Ética para a Saúde (CES), da Unidade Local de Saúde do Algarve (ULSALG), tendo sido aprovada favoravelmente por parte do seu Conselho de Administração. Os critérios de inclusão foram: obstrução nasal crónica, idade superior a 18 anos, sintomas por pelo menos 3 meses e persistência após 4 semanas de tratamento médico. Critérios de exclusão incluíram patologia oncológica nasossinusal, cirurgias nasais associadas, antecedentes de cirurgia nasal, rinosinusite crónica, perfuração septal, sarcoidose, granulomatose, asma não controlada, gravidez ou iliteracia. Todos os participantes neste estudo preencheram online ou presencialmente, um formulário com vários questionários de avaliação da qualidade de vida relacionada com a obstrução nasal (NOSE; SNOT-22; Escala Visual Analógica (EVA)), 1 semana antes (consulta pré-operatória) e 3 meses após o tratamento cirúrgico (consulta pós-operatória). Adicionalmente, 3 meses após a cirurgia, foram-lhes perguntados o grau de satisfação com os resultados obtidos e o grau de arrependimento com a cirurgia. O grau de satisfação com os resultados obtidos com a cirurgia (melhoria obstrução nasal) foi quantificada utilizando uma escala numérica de 0 (muito insatisfeito) a 10 (muito satisfeito). O arrependimento em relação a terem sido submetidos à septoplastia foi

avaliado com a resposta à pergunta “Voltaria a realizar esta cirurgia? Sim ou Não. Os doentes submetidos a uma septoplastia sob anestesia local quantificaram a dor associada ao procedimento cirúrgico, assinalando numa escala numérica de 0 (sem dor) a 10 (dor máxima), o valor correspondente. As complicações pós-operatórias das septoplastias sob anestesia geral e local foram registadas durante os 3 meses de follow-up. No que diz respeito ao tratamento efetuado, todos os doentes foram submetidos a septoplastia segundo a técnica descrita por Cottle¹⁴, associada ou não a uma turbinoplastia inferior bilateral por radiofrequência (Celon®; potência de 14 W). As septoplastias foram realizadas por vários cirurgiões, com níveis de experiência distintos, mas de forma semelhante em ambos os grupos (anestesia local e geral). Para assegurar uniformidade técnica, todos os doentes foram submetidos ao mesmo protocolo operatório, que incluiu a colocação bilateral de placas de Silastic tipo Doyle e a realização consistente de suturas septais transfixivas por todos os cirurgiões envolvidos. Para a análise estatística foi utilizado o programa IBM SPSS statistics 19.0® e para a criação de gráficos o programa GraphPad Prism 7®. Um valor de p menor do que 0,05 foi definido como indicador de resultados estatisticamente significativos.

Resultados

Foram incluídos neste estudo retrospectivo 90 doentes, com diagnóstico de desvio do septo nasal, submetidos a septoplastia, com ou sem turbinoplastia inferior bilateral, sob anestesia geral (AG) (n=45) ou local (AL) (n=45), no Serviço de ORL das unidades de Faro e Portimão, da Unidade Local de Saúde (ULS) do Algarve, entre 2023 e 2024. Dos 45 utentes submetidos a uma septoplastia AG, 28 eram homens (62%) e 17 eram mulheres (38%), com idade média de $43,4 \pm 12,8$ anos. Dos 45 utentes submetidos a uma septoplastia AL, 22 eram homens (49%) e 23 eram mulheres (51%), com idade média de $46,0 \pm 15,8$ anos. (Tabela 1, Tabela 2). Foram obtidos scores médios do NOSE, SNOT-22 e escala visual analógica (EVA), pré-septoplastia

Tabela 1

Distribuição por género, dos doentes submetidos a septoplastia, com ou sem turbinoplastia inferior bilateral, sob anestesia geral ou local, no serviço de ORL, da ULS Algarve, entre 2023 e 2024.

Septoplastia sob anestesia geral (AG)		
Género	n	%
Homens	28	62
Mulheres	17	38
Total	45	100
Septoplastia sob anestesia local (AL)		
Género	n	%
Homens	22	49
Mulheres	23	51
Total	45	100

Tabela 2

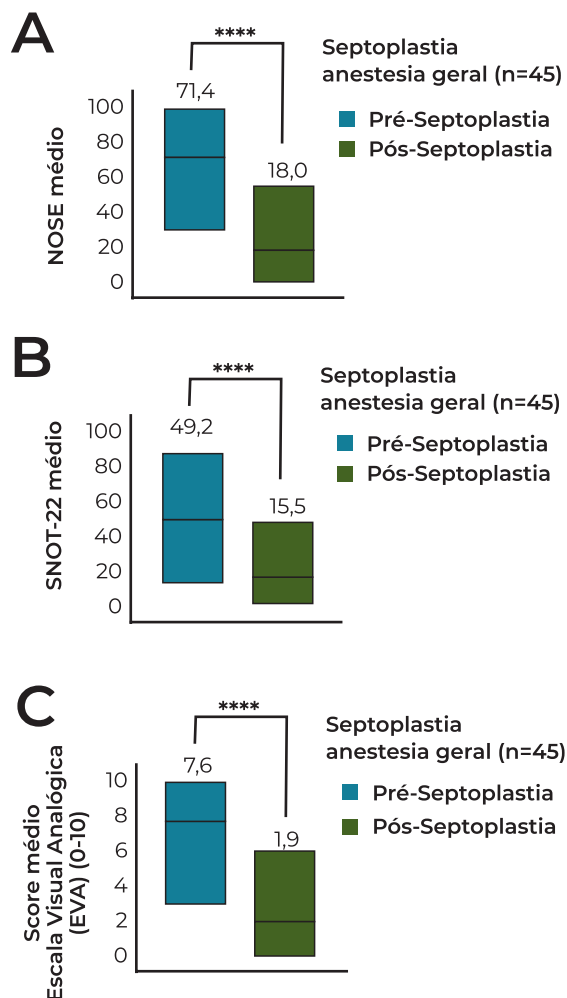
Idade média dos doentes submetidos a septoplastia, com ou sem turbinoplastia inferior bilateral, sob anestesia geral ou local, no serviço de ORL, da ULS Algarve, entre 2023 e 2024.

Septoplastia sob anestesia geral (AG)	
Idade média (anos)	Desvio padrão
43,4	12,8
Septoplastia sob anestesia local (AL)	
Idade média (anos)	Desvio padrão
46,0	15,8

(1 semana pré-operatório) e pós-septoplastia (3 meses pós-operatório) de todos os utentes submetidos a uma septoplastia AG ou AL. Após a septoplastia AG houve uma redução significativa do NOSE médio de 75% (71,4 vs. 18,0; $p < 0,0001$), do SNOT-22 médio de 68% (49,2 vs. 15,5; $p < 0,0001$) e do score médio da EVA de 75% (7,6 vs. 1,9; $p < 0,0001$) (Figura 1). Após a septoplastia AL houve uma redução significativa do NOSE médio de 67% (72,4 vs. 23,6; $p < 0,0001$), do SNOT-22 médio de 63% (56,4 vs. 21,0; $p < 0,0001$) e do score médio da EVA de 69% (7,5 vs. 2,3; $p > 0,0001$) (Figura 2). Quando comparámos a eficácia da septoplastia AG vs. septoplastia AL, verificámos que a redução dos scores médios do NOSE (53,4 vs. 48,9), SNOT-22 (33,6 vs. 35,4) e EVA (5,8 vs.

Figura 1

Resultados dos questionários de avaliação da qualidade de vida relacionada com a obstrução nasal: A) NOSE, B) SNOT-22, C) Escala Visual Analógica (EVA), antes e após a realização da septoplastia sob anestesia geral, no serviço de ORL, da ULS Algarve, entre 2023 e 2024. (****: $p < 0,0001$, teste T student para amostras emparelhadas)



5,2), após septoplastia, era muito similar, não apresentando diferenças estatisticamente significativas (Figura 3). Não foram registadas quaisquer complicações pós-operatórias em 87% dos doentes submetidos a uma septoplastia AG (n=39) (Tabela 3). A hemorragia nasal (n=3), a hiposmia (n=2), a reação cutânea (n=1), a perfuração septal (n=1) e a cefaleia (n=1) foram as complicações pós-operatórias reportadas, não tendo havido registo de complicações infecciosas (Tabela 3). 87% dos doentes submetidos a uma septoplastia AL (n=39), não referiram qualquer complicação pós-

Figura 2

Resultados dos questionários de avaliação da qualidade de vida relacionada com a obstrução nasal: A) NOSE, B) SNOT-22, C) Escala Visual Analógica (EVA), antes e após a realização da septoplastia sob anestesia local, no serviço de ORL, da ULS Algarve, entre 2023 e 2024. (****. $p < 0.0001$, teste T student para amostras emparelhadas)

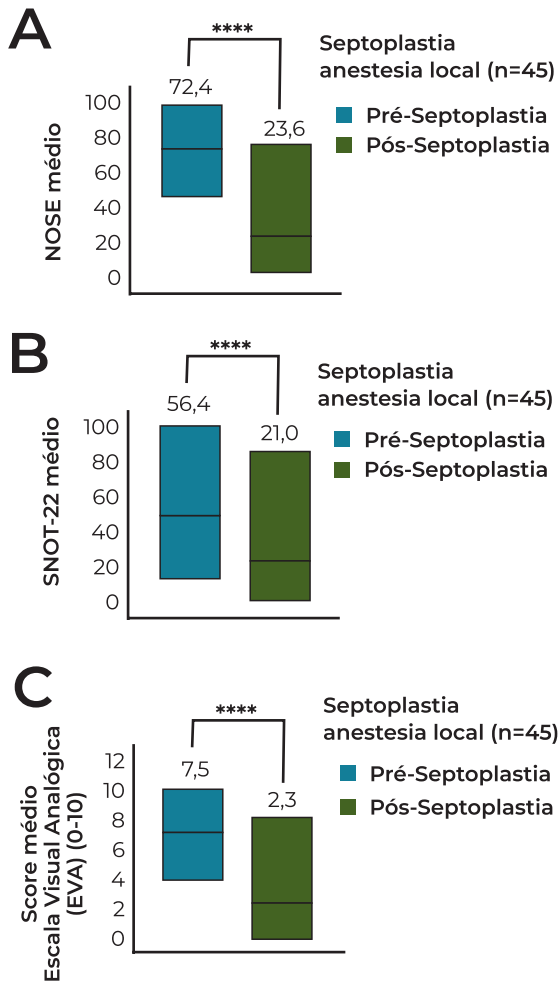
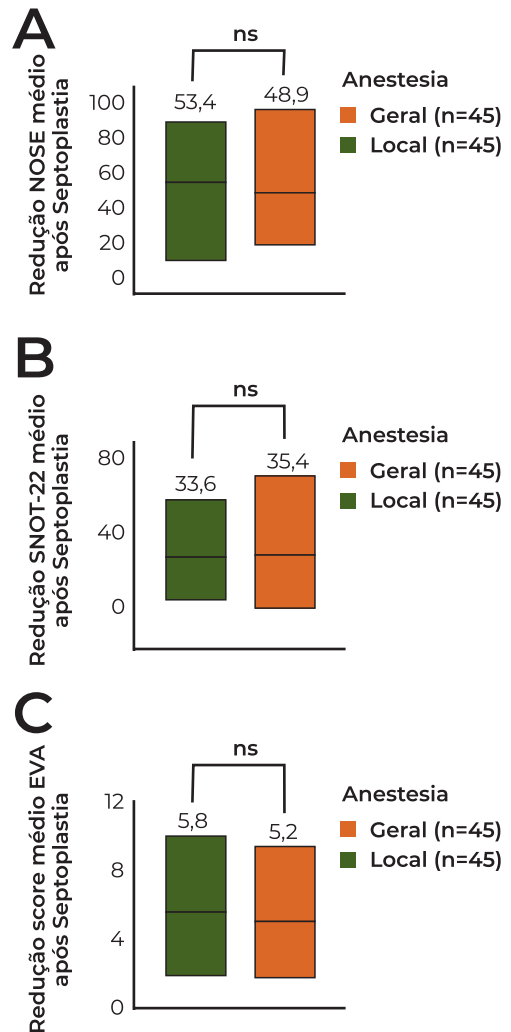


Figura 3

Comparação da eficácia da septoplastia quando realizada sob anestesia geral vs. quando realizada sob anestesia local. Redução dos scores médios do A) NOSE, B) SNOT-22, C) Escala Visual Analógica (EVA), após a realização da septoplastia sob anestesia geral (n=45) vs. local (n=45). (ns: não significativo, teste T student para amostras não emparelhadas)



cirúrgica (Tabela 3). A hemorragia nasal pós-operatória foi a complicação pós-cirúrgica mais frequente nos doentes submetidos a uma septoplastia AL (n=4). Vômitos/náuseas (n=3) e reação cutânea (n=1), embora menos frequentes, também foram complicações reportadas pelos doentes submetidos a uma septoplastia AL (Tabela 3).

Todos os utentes submetidos a uma septoplastia AL, quantificaram a dor associada ao procedimento cirúrgico, assinalando numa escala numérica de 0 (sem dor) a 10 (dor máxima), o valor correspondente. A dor

média associada à septoplastia AL foi de $2,4/10 \pm 2,0$, com 89% dos doentes a indicar uma intensidade inferior a 5/10 (Figura 4). Os doentes quantificaram o grau de satisfação com o procedimento cirúrgico realizado, assinalando numa escala numérica de 0 (muito insatisfeito) a 10 (muito satisfeito), o valor correspondente. O grau de satisfação (0-10) dos doentes foi de $8,3 \pm 2,1$ para a septoplastia AG e de $8,1 \pm 2,5$ para a septoplastia AL (Figura 5). Após análise estatística do grau de satisfação dos doentes após a cirurgia

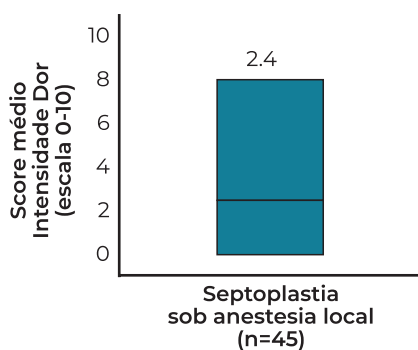
Tabela 3

Complicações pós-cirúrgicas dos doentes submetidos a septoplastia sob anestesia geral ou local, no serviço de ORL, da ULS Algarve, entre 2023 e 2024.

Septoplastia sob anestesia geral	
Hemorragia	3
Hiposmia	2
Perfuração septal	1
Cefaleia	1
Reação cutânea	1
Total	8
Septoplastia sob anestesia local	
Hemorragia	4
Vómitos e Náuseas	3
Alergia aos Doyles	1
Total	8

Figura 4

Dor associada ao procedimento cirúrgico (septoplastia), quando realizado sob anestesia local (n=45). Escala 0 – 10: 0 (sem dor) - 10 (dor máxima).

**Tabela 4**

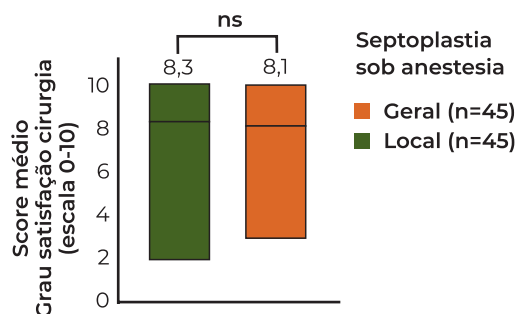
Resposta dos doentes submetidos a septoplastia, com ou sem turbinoplastia inferior bilateral, quando questionados se voltariam a realizar esta cirurgia sob anestesia geral ou local (Sim vs. Não).

Voltaria a realizar esta cirurgia?		
Septoplastia sob anestesia geral	n	%
SIM	41	91
NÃO	4	9
Septoplastia sob anestesia local	n	%
SIM	37	82
NÃO	8	18

Figura 5

Comparação do grau de satisfação dos doentes com o procedimento cirúrgico, quando realizado sob anestesia geral (n=45) vs. quando realizado sob anestesia local (n=45). Escala 0 – 10: 0 (muito insatisfeito) - 10 (muito satisfeito).

(ns: não significativo, teste T student para amostras não emparelhadas)



realizada sob anestesia geral vs. anestesia local verificámos que não existia qualquer diferença estatisticamente significativa entre os valores obtidos (Figura 5). Por último, tendo a consideração a melhoria da obstrução nasal, os doentes foram questionados se voltariam a realizar o procedimento cirúrgico a que foram submetidos (Sim vs. Não). Obtiveram-se valores similares entre os doentes submetidos a uma septoplastia AG vs. septoplastia AL (91% vs. 82%, respetivamente) (Tabela 4).

Discussão

Este estudo prospetivo avaliou a qualidade de vida dos doentes submetidos a septoplastia sob anestesia local (AL) em comparação com anestesia geral (AG), demonstrando resultados promissores para a abordagem com AL. A análise dos scores NOSE, SNOT-22 e EVA revelou melhorias estatisticamente significativas em ambos os grupos (AL e AG) após a cirurgia. Esta observação está em linha com estudos anteriores que demonstraram a eficácia da septoplastia na melhoria da qualidade de vida relacionada com a obstrução nasal^{12,15}. A redução média de 67% no score NOSE e 63% no SNOT-22 para o grupo AL é particularmente notável, indicando uma melhoria substancial na sintomatologia nasal e na qualidade de vida global dos pacientes. É importante salientar que não foram

encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos AL e AG em termos de redução dos scores médios do NOSE, SNOT-22 e EVA após a septoplastia. Este resultado sugere que a septoplastia sob AL pode ser tão eficaz quanto a realizada sob AG em termos de melhoria da qualidade de vida. Tal observação é corroborada por estudos recentes que têm demonstrado a viabilidade e eficácia da septoplastia sob AL^{5,6,16}

A taxa de complicações pós-operatórias foi baixa em ambos os grupos, com 87% dos pacientes não relatando quaisquer complicações. Este perfil de segurança favorável é consistente com a literatura existente sobre a septoplastia. Apesar de a anestesia local ser considerada uma técnica segura, não está isenta de potenciais complicações. Entre as mais frequentemente descritas na literatura encontram-se a dor intraoperatória, o desconforto ou ansiedade associados ao facto de o doente permanecer acordado, a hemorragia intra ou pós-operatória, reações adversas aos anestésicos locais (incluindo toxicidade sistémica), episódios vasovagais, náuseas e vômitos. No presente estudo, a complicação mais frequente no grupo submetido a anestesia local foi a hemorragia nasal pós-operatória. Foram ainda registados episódios de náuseas e vômitos e uma reação cutânea sugestiva de hipersensibilidade local. Embora pouco frequentes, estas complicações foram devidamente documentadas e encontram-se em consonância com o que tem sido reportado noutras séries publicadas^{17,18}.

Um aspeto relevante deste estudo foi a análise da dor associada ao procedimento sob anestesia local. A dor média referida foi de 2,4/10, sendo que 89% dos doentes reportaram valores inferiores a 5/10, o que indica uma boa tolerabilidade da técnica. Este dado é particularmente importante, uma vez que a perceção de dor constitui uma preocupação frequente entre os doentes candidatos a cirurgia sob anestesia local. Além disso, a correlação entre a dor intraoperatória e o grau de satisfação final revelou coeficientes muito próximos de zero e sem significado estatístico

($p > 0,05$), sugerindo que o desconforto intraoperatório não influenciou a satisfação global com os resultados da septoplastia.

O alto grau de satisfação dos pacientes (8,1/10 para AL e 8,3/10 para AG) e a disposição da maioria em repetir o procedimento (82% para AL e 91% para AG) são indicadores importantes da aceitabilidade e eficácia percebida da septoplastia, independentemente do tipo de anestesia. Estes resultados estão alinhados com estudos anteriores que relataram altos níveis de satisfação dos pacientes após septoplastia^{2,15,17,18}. A ausência de diferenças significativas no grau de satisfação entre os grupos AL e AG é particularmente relevante. Isso sugere que, do ponto de vista do paciente, a septoplastia sob AL pode oferecer uma experiência igualmente satisfatória à AG, potencialmente com as vantagens adicionais de menor tempo de recuperação e redução dos riscos associados à anestesia geral.

Um aspeto relevante a considerar é a seleção dos doentes para AL vs. AG, que não se baseou na complexidade ou morfologia do desvio septal. No nosso centro, existe há vários anos uma limitação consistente de tempos de bloco operatório com AG, devido à disponibilidade reduzida de anestesistas para procedimentos eletivos, resultando em tempos de espera mais longos para septoplastias sob AG. Quando informados desta diferença, alguns doentes expressaram preferência pela AL, por permitir acesso mais rápido à cirurgia, e para alguns, esta escolha refletiu também uma preocupação com os riscos associados à AG. Assim, a composição dos grupos resultou de uma combinação entre a organização interna do serviço e a preferência informada dos doentes, sem qualquer critério anatómico ou de complexidade cirúrgica. Reconhecemos que a ausência de randomização e estratificação prévia constitui um potencial enviesamento. Adicionalmente, a avaliação da relação entre a complexidade do desvio e os outcomes estudados — dor intraoperatória, tolerância ao procedimento e grau de satisfação — poderia fornecer informação relevante e representa uma linha de investigação futura. Este estudo

apresenta algumas limitações adicionais. O tamanho da amostra, embora adequado para detetar diferenças significativas, poderia ser maior para aumentar o poder estatístico. O período de seguimento de três meses permite avaliar apenas resultados a curto prazo, não sendo suficiente para inferir efeitos a longo prazo da septoplastia sob AL versus AG. Futuros estudos poderiam beneficiar de um período de seguimento mais longo para avaliar a durabilidade dos resultados e a satisfação dos doentes ao longo do tempo. Adicionalmente, análises de custo-efetividade comparando ambas as abordagens seriam valiosas para apoiar decisões clínicas e de política de saúde.

Em conclusão, este estudo permite-nos concluir que a septoplastia sob anestesia local é uma alternativa viável e eficaz à anestesia geral, oferecendo melhorias significativas na qualidade de vida, com um perfil de segurança favorável e alta satisfação dos pacientes. Estes resultados têm implicações importantes para a prática clínica, sugerindo que a septoplastia sob AL pode ser considerada como uma opção de primeira linha para o tratamento do desvio do septo nasal, potencialmente reduzindo custos e riscos associados à anestesia geral, sem comprometer os resultados clínicos ou a satisfação do paciente.

Conclusões

A septoplastia sob anestesia local, conforme o protocolo implementado no serviço de ORL da ULS Algarve, resultou numa significativa melhoria da qualidade de vida dos pacientes com obstrução nasal. O protocolo revelou-se seguro, pouco doloroso e altamente satisfatório para os pacientes. Os resultados indicam que a septoplastia sob anestesia local é tão eficaz quanto sob anestesia geral, oferecendo uma alternativa viável e potencialmente mais conveniente para o tratamento do desvio do septo nasal.

Conflito de Interesses

Os autores declaram que não têm qualquer conflito de interesse relativo a este artigo.

Confidencialidade dos dados

Os autores declaram que seguiram os protocolos do seu trabalho na publicação dos dados de pacientes.

Proteção de pessoas e animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estão de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos diretores da Comissão para Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Financiamento

Este trabalho não recebeu qualquer contribuição, financiamento ou bolsa de estudos.

Disponibilidade dos Dados científicos

Não existem conjuntos de dados disponíveis publicamente relacionados com este trabalho.

Declaração de IA generativa e tecnologias assistidas por IA no processo de redação

Durante a preparação do manuscrito foi utilizada a ferramenta de inteligência artificial generativa ChatGPT (OpenAI) exclusivamente com a finalidade de edição linguística e melhoria da fluidez e clareza do texto, sem qualquer intervenção na conceção do estudo, recolha de dados, análise estatística, interpretação dos resultados ou conclusões científicas. Após a utilização desta ferramenta, todo o conteúdo foi integralmente revisto, validado e editado pelos autores, que assumem total responsabilidade pela exatidão, integridade e originalidade do conteúdo científico da publicação.

Referências Bibliográficas

1. Gandomi B, Bayat A, Kazemei T. Outcomes of septoplasty in young adults: the nasal obstruction septoplasty effectiveness study. *Am J Otolaryngol*. 2010 May-Jun;31(3):189-92. doi: 10.1016/j.amjoto.2009.02.023
2. Konstantinidis I, Triaridis S, Triaridis A, Karagiannidis K, Kontzoglou G. Long term results following nasal septal surgery. Focus on patients' satisfaction. *Auris Nasus Larynx*. 2005 Dec;32(4):369-74. doi: 10.1016/j.anl.2005.05.011.
3. Rhee JS, Book DT, Burzynski M, Smith TL. Quality of life assessment in nasal airway obstruction. *Laryngoscope*. 2003 Jul;113(7):1118-22. doi: 10.1097/00005537-200307000-00004.
4. Stewart MG, Smith TL, Weaver EM, Witsell DL, Yueh

B, Hannley MT. et al. Outcomes after nasal septoplasty: results from the Nasal Obstruction Septoplasty Effectiveness (NOSE) study. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004 Mar;130(3):283-90. doi: 10.1016/j.otohns.2003.12.004.

5. Dogan R, Erbek S, Gonencer HH, Erbek HS, Isbilen C, Arslan G. Comparison of local anaesthesia with dexmedetomidine sedation and general anaesthesia during septoplasty. *Eur J Anaesthesiol.* 2010 Nov;27(11):960-964. doi: 10.1097/EJA.0b013e32833a45c4.

6. Daşkaya H, Yazıcı H, Doğan S, Can IH. Septoplasty: under general or sedation anesthesia. Which is more efficacious? *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2014 Sep;271(9):2433-6. doi: 10.1007/s00405-013-2865-6.

7. Hytönen M, Blomgren K, Lilja M, Mäkitie AA. How we do it: septoplasties under local anaesthetic are suitable for short stay surgery; the clinical outcomes. *Clin Otolaryngol.* 2006 Feb;31(1):64-8. doi: 10.1111/j.1749-4486.2006.01139.x.

8. Resende L, Carmo CD, Mocellin L, Pasinato R, Mocellin M. Disease-specific quality of life after septoplasty and bilateral inferior turbinate outfracture in patients with nasal obstruction. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2018 Sep-Oct;84(5):591-598. doi: 10.1016/j.bjorl.2017.07.001.

9. Hopkins C, Gillett S, Slack R, Lund VJ, Browne JP. Psychometric validity of the 22-item Sinonasal Outcome Test. *Clin Otolaryngol.* 2009 Oct;34(5):447-54. doi: 10.1111/j.1749-4486.2009.01995.x.

10. Pannu KK, Chadha S, Kaur IP. Evaluation of benefits of nasal septal surgery on nasal symptoms and general health. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009 Mar;61(1):59-65. doi: 10.1007/s12070-009-0036-2.

11. Medeiros N, Aguiar C, Pina P, Lima NB, Larangeiro J, Condé A. Disease-specific Vs non-specific questionnaires on septoplasty outcomes. *Iran J Otorhinolaryngol.* 2022 May;34(122):163-170. doi: 10.22038/IJORL.2022.59117.3076.

12. Behnke J, Dundervill C, Bulbul M, Armeni M, Ramadan HH, Makary CA. Using the sino-nasal outcome test (SNOT-22) to study outcome of treatment of nasal obstruction. *Am J Otolaryngol.* 2023 Jul-Aug;44(4):103879. doi: 10.1016/j.amjoto.2023.103879.

13. de Vilhena D, Duarte D, Lopes G. Sino-Nasal Outcome Test-22: translation, cultural adaptation and validation in Portugal. *Clin Otolaryngol.* 2016 Feb;41(1):21-4. doi: 10.1111/coa.12465.

14. Cottle MH, Loring RM, Fischer GG, Gaynon IE. The maxilla-premaxilla approach to extensive nasal septum surgery. *AMA Arch Otolaryngol.* 1958 Sep;68(3):301-13. doi: 10.1001/archotol.1958.00730020311003.

15. Carrie S, O'Hara J, Fouweather T, Homer T, Rousseau N, Rooshenas L. et al. Clinical effectiveness of septoplasty versus medical management for nasal airways obstruction: multicentre, open label, randomised controlled trial. *BMJ.* 2023 Oct 18;383:e075445. doi: 10.1136/bmj-2023-075445.

16. Obradovic B. Septoplasty under local anesthesia. *J Craniofac Surg.* 2019 Mar/Apr;30(2):e142-e143. doi: 10.1097/SCS.0000000000005071.

17. Bugten V, Nilsen AH, Thorstensen WM, Moxness MH, Amundsen MF, Nordgård S. Quality of life and symptoms before and after nasal septoplasty compared with healthy individuals. *BMC Ear Nose Throat Disord.* 2016 Oct 28;16:13. doi: 10.1186/s12901-016-0031-7.

18. Nilsen AH, Helvik AS, Thorstensen WM, Bugten V. A comparison of symptoms and quality of life before and

after nasal septoplasty and radiofrequency therapy of the inferior turbinate. *BMC Ear Nose Throat Disord.* 2018 Jan 26;18:2. doi: 10.1186/s12901-017-0050-z.