

**HOSPITAL HELIÓPOLIS
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

KELSTON ULBRICHT GOMES

**O REPOSICIONAMENTO CIRÚRGICO DA PRÉ-MAXILA COMO
DETERMINANTE DA INCLUSÃO E INTEGRAÇÃO SOCIAL, EM PORTADORES
DE FISSURA LÁBIO-PALATAL BILATERAL: ESTUDO DE 50 CASOS**

SÃO PAULO

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

KELSTON ULBRICHT GOMES

**O REPOSICIONAMENTO CIRÚRGICO DA PRÉ-MAXILA COMO
DETERMINANTE DA INCLUSÃO E INTEGRAÇÃO SOCIAL, EM PORTADORES
DE FISSURA LÁBIO-PALATAL BILATERAL: ESTUDO DE 50 CASOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde, do
Hospital Heliópolis – HOSPHEL

Orientador: Prof. Dr. Abrão Rapoport

**SÃO PAULO
2008**

G633 Gomes, Kelston Ulbricht
2008 O reposicionamento cirúrgico da pré-maxila como determinante da inclusão e integração social, em portadores de fissura palatina: estudo de 50 casos / Kelston Ulbricht Gomes ; orientador : Abrão Rapoport. São Paulo, 2008.
60 f : il. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado) – Hospital Heliópolis
Inclui bibliografia

1. Fenda palatina – Tratamento. 2. Lábio leporino – Tratamento.
3. Transplante ósseo. 4. Maxilares – Cirurgia. 5. Ajustamento (Psicologia). I. Rapoport, Abrão. II. Título.

CDD 20. ed. 617.225

Dedico esta obra a aqueles que tornam tudo na minha vida possível e sempre me apóiam nos momentos de maior desafio:

minha mãe Elizabeth, pela prova de amor incondicional

meu pai Rosemir, pelo exemplo que pretendo nortear minha vida

minhas irmãs Mariana e Ana Maria, por estarem sempre ao meu lado

minha querida e amada Angela, pela paciência, compreensão e amor

Sou eternamente grato, amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Sem a colaboração de diversas pessoas, durante a confecção deste trabalho, nada disso seria possível. Esforços conjuntos construíram esta obra, por isso agradeço imensamente:

Primeiramente a Deus.

Ao curso de Pós Graduação em Ciências da Saúde do Complexo Hospitalar Heliópolis – HospHel – São Paulo.

Ao Coordenador do Curso Prof. Dr. Abrão Rapoport, meu orientador, que me recebeu de braços abertos ao meu ingresso na pós-graduação.

Aos Professores do Curso de Pós Graduação do Complexo Hospitalar Heliópolis, em especial ao Prof. Dr Odilon, que se mostrou sempre solícito, principalmente na fase final de conclusão do trabalho.

Ao Prof. Dr. João Luiz Carlini, pela excepcional ajuda e orientação durante minha vida profissional, pelo apoio incondicional e, acima de tudo, pelas inúmeras oportunidades que foram abertas para mim.

Ao Prof. Dr. Paulo José Medeiros, exemplo de sabedoria e ética, pela formação profissional e pessoal, e ajuda durante a época de Residência no Rio de Janeiro.

A todos os funcionários do Curso de Pós Graduação do Complexo Hospitalar Heliópolis, pela atenção e carinho despendidos em todos os dias em que estive no curso.

Aos Profissionais e funcionários do Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio Palatal – CAIF – Curitiba/PR, em especial Dr. Lauro Consentino Filho, pelo belíssimo trabalho que proporcionou qualidade superior à dissertação.

À Prof. Priscila Fiúza – CAIF – pedagoga, pela ajuda incontestável na confecção do trabalho.

Aos pacientes do CAIF, pelo exemplo de superação, força de vontade e alegria de viver.

A todos os colegas de curso, por todo auxílio e momentos agradáveis que passei durante minha estadia em São Paulo.

À todos os meus amigos que diretamente ou indiretamente contribuíram para que eu tivesse força e vontade de persistir com o sonho da pós graduação. Obrigado amigos

RESUMO

Introdução: a fissura bilateral do processo alveolar determina limitações funcionais e estéticas, acarretando dificuldades de interação e integração no âmbito familiar e social.

Objetivos: (a) descrever o protocolo de tratamento no Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio-Palatal em Curitiba (CAIF); (b) avaliar as motivações e expectativas em relação ao tratamento e (c) avaliar a percepção de inclusão e integração social obtida pelo procedimento.

Casuística e Método: estudo observacional, retrospectivo com todos os 50 participantes recrutados entre os pacientes submetidos ao procedimento de reposicionamento de pré-maxila, no período de janeiro de 2003 a julho de 2005, no Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio-Palatal em Curitiba (CAIF), Paraná. Foi aplicado questionário de avaliação

Resultados: com relação ao protocolo de atendimento, os resultados evidenciaram sucesso em 90% das cirurgias. Quanto às expectativas cirúrgicas e de integração social, estas mostraram que 76% procuraram a cirurgia por motivos de satisfação pessoal e, 86% relataram maior confiança em si mesmo, após a cirurgia.

Conclusões: o protocolo de reposicionamento cirúrgico da pré-maxila é uma técnica viável para o tratamento dos pacientes portadores de fissura bilateral do processo alveolar; a maioria dos pacientes submetidos ao tratamento de reposicionamento de maxila percebeu o tratamento como continuidade dos cuidados dispensados, participou por indicação médica, com expectativa de melhora no aspecto pessoal e melhora da autoconfiança e, 96% deles, manifestaram satisfação com os resultados obtidos, o que facilita a inclusão e integração social dos mesmos.

Palavras-Chave: Transplante ósseo. Fissura palatina. Bilateral. Pré-maxila. Ajustamento social.

ABSTRACT

Introduction: the bilateral cleft of the alveolar process determine functional and aesthetics limitations, causing social and familiar integration difficulties.

Objectives: (a) to describe the assistance protocol, at the Center for Integral Assistance of Cleft Lip and Palate Patients (CAIF); (b) to assess the expectations and motivations in respect to treatment; (c) to evaluate the social integration and inclusion obtained through the procedure. **Methods:** a retrospective study with all the 50 patients recruited among those submitted to the procedure of premaxilla repositioning, at the period from January 2003 to July 2005, at the Center for Integral Assistance of Cleft Lip and Palate Patients (CAIF), Paraná. A questionnaire was applied. **Results:** in respect to the assistance protocol, the results showed success in 90% of surgeries. Concerning surgical and social integration expectations, it was showed that 76% looked after surgery for personal satisfaction reasons and, 86% related better self trust after surgery. **Conclusion:** the surgical protocol of premaxilla repositioning is a viable technique for the treatment of patients with bilateral cleft of the alveolar process; the majority of patients submitted to premaxilla repositioning perceived the treatment as continuity of the care received, participated due to medical indication, expecting improvement at personal aspect and in self trust and, 96% of them, related satisfaction with results, which facilitates integration and social inclusion.

Key-words: Bone transplant. Cleft palate. Bilateral. Premaxilla. Social adjustment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAIF	– Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio Palatal
CPO	– Índice de dentes cariados, perdidos e obturados
OMS	– Organização Mundial de Saúde
IPC	– Índice periodontal comunitário
PR	– Estado do Paraná
cm	– Centímetros

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – distribuição de frequências da variável motivo de procura pelo tratamento, na amostra total	42
Tabela 2 – distribuição de frequências da variável expectativa de melhora com o tratamento, na amostra total	42
Tabela 3 – distribuição de frequências da variável mudanças percebidas após o tratamento, na amostra total	43
Tabela 4 – distribuição de frequências da variável satisfação com os resultados do tratamento, amostra total	43

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Radiografia panorâmica pré-operatória evidenciando a posição dos caninos inferiores, a qual permite a remoção de enxerto do mento.....	32
Figura 2 – Radiografia panorâmica pré-operatória, evidenciando a presença de fissura bilateral do processo alveolar superior.	33
Figura 3 – Telerradiografia de face em perfil, pré-operatória, evidenciando a projeção anterior da pré-maxila.....	34
Figura 4 – Radiografia oclusal superior pré-operatória, evidenciando a presença de fissura bilateral do palato.	34
Figura 5 – Modelo de gesso pré-operatório, evidenciando projeção da pré-maxila.	35
Figura 6 – Modelo de gesso pós-operatório, com a correção do posicionamento da pré-maxila.....	35
Figura 7 – Descolamento mucoperiosteal e exposição da região da fissura a ser enxertada. ...	36
Figura 8 – Osteotomia da pré-maxila para posterior reposicionamento.....	37
Figura 9A – Adaptação do enxerto medular na área da fissura.....	38
Figura 9B - Fixação da placa cortical através de parafusos de titânio.	38
Figura 10 – Sutura das feridas cirúrgicas e guia cirúrgico instalado.....	39
Figura 11A – radiografia oclusal pré-operatória,evidenciando a presença de fissura bilateral.	40
Figura 11B – radiografia oclusal pós-operatória, evidenciando a presença de ponte óssea, na região da fissura previamente enxertada.	41

SUMÁRIO

1 Introdução	12
2 Objetivos.....	15
3 Revisão da literatura	17
4 Casuística e Método.....	26
4.1 Casuística.....	27
4.2 Critérios de inclusão e exclusão.	27
4.3. Seleção dos participantes.....	28
4.4. Instrumento de avaliação da motivação, expectativas e percepção de ajustamento social	28
5 Resultados	31
5.1 Protocolo de tratamento.....	32
5.2 Expectativas cirúrgicas e integração social	41
6 Discussão	44
7 Conclusões	52
8 Referências	54

1 Introdução

Os benefícios obtidos através da reconstrução do defeito maxilar com enxerto ósseo autógeno, em pacientes com fissura lábio-palatal, são consagrados na literatura, principalmente quando se trata de pacientes com fissura unilateral do processo alveolar (BOYNE, 1970; BOYNE, SANDS, 1972; SPINA, 1973).

No que diz respeito aos pacientes portadores de fissura bilateral, existe grande dificuldade em se conseguir resultados similares aos unilaterais. Isto está relacionado à significativa falta de osso e tecido mole na região da fissura, severa protusão da pré-maxila, grande desvio de linha média dos incisivos superiores, maloclusão dentária provocada pela atresia maxilar e mobilidade da pré-maxila. Além disso, observam-se fístulas buconasais de grandes proporções que comprometem não só o aspecto estético, como também aspectos funcionais, como por exemplo, a fonação e a deglutição. Todas essas situações limitam a reabilitação ortodôntica, protética e principalmente, podem interferir na integração social e familiar desses pacientes que, na grande maioria, enfrentam problemas de preconceito e discriminação tanto no âmbito social quanto no familiar (ANDRADE, ANGERAMI, 2001).

Para o tratamento da pré-maxila em pacientes com fissura bilateral existem diversas modalidades descritas na literatura, tais como a completa remoção da pré-maxila, com a justificativa de promover um melhor fechamento do lábio (ABUREZQ *et al.*, 2006.), e o reposicionamento da pré-maxila com enxerto ósseo autógeno, com resultados satisfatórios. (BERGLAND *et al.*, 1986-B).

Além da interferência biológica, a saúde bucal e as deformidades faciais também podem levar à exclusão social. Existem casos reais de pessoas que sofrem com a vergonha, o preconceito, o desemprego, a solidão, por estarem com a saúde bucal afetada. Liga-se então a saúde bucal à qualidade de vida, já que tais situações de certa forma influenciam a auto-estima e a inclusão social que se mostram tão importantes para uma qualidade de vida satisfatória (FERREIRA, 1997).

A saúde bucal é um componente indissociável da saúde geral, por isso tem havido grande interesse pelo desenvolvimento e utilização de instrumentos de mensuração de qualidade de vida relacionados à saúde, com o objetivo de avaliar o impacto da doença ou deformidade bucal na vida do indivíduo (BORTOLI *et al.*, 2003).

A realização escolar, ou sucesso escolar da criança com problemas físicos aparentes tem sido alvo de interesse de pesquisadores. Há evidências de que indivíduos com desfiguramento físico e deficiências verbais enfrentam conseqüências sociais e emocionais negativas em função de serem “diferentes”. Crianças com problemas faciais apresentam, muitas vezes, dificuldades de fala e estas características podem influenciar a percepção dos professores afetando, assim, o funcionamento da criança em sala de aula (AMARAL, 1986).

Ainda, o sucesso escolar tem uma grande influência na auto-estima e experiências de falhas na realização acadêmica podem afetar negativamente o auto-conceito. Sabendo que para um bom desenvolvimento escolar deve-se considerar a criança como um todo, esta não vai ter bons rendimentos de aprendizagem se algo a incomoda. (AMARAL, 1986). Voltando ao ponto inicial deste estudo – a integração social dos pacientes fissurados lábio palatal após reposicionamento cirúrgico da pré-maxila – essa cirurgia pode proporcionar condições para uma melhor interação em sala de aula, como também, na vida em sociedade. A auto-estima é aumentada, o que beneficia seu aprendizado, deixa de se sentir inferiorizada, excluída do meio em que se encontra e torna-se mais confiante. Ao sentir-se aceita e compreendida tal como é, passa a estar bem consigo e manifesta sentimentos positivos que acabam refletindo em sua escolarização.

Sugere-se que os pacientes com fissura bilateral do processo alveolar, e que apresentam projeção exagerada da pré-maxila, apresentam uma maior tendência em serem vítimas de preconceito e dificuldade de relacionamento no grupo social em que vivem. Por isso os benefícios obtidos através da reconstrução do defeito maxilar, não contribuem apenas para a aparência estética, mas vão muito além, podendo restituir à criança sua identidade nos aspectos biológico, psicológico e sociocultural.

2 Objetivos

1. Descrever o protocolo de tratamento no Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio-Palatal em Curitiba (CAIF);
2. Avaliar as motivações e expectativas em relação ao tratamento;
3. Avaliar a percepção de inclusão e integração social obtida pelo procedimento.

3 Revisão da literatura

Os benefícios do enxerto ósseo, no tratamento dos pacientes fissurados, foram bem descritos, principalmente quando se trata de fissuras unilaterais. Nos pacientes fissurados bilaterais algumas particularidades são notadas como: grande deficiência de osso e tecido mole; protusão exagerada da pré-maxila; freqüente desvio da linha média dentária superior; maloclusão presente, pela atresia dos segmentos maxilares; mobilidade da pré-maxila; fístulas buco-nasais acentuadas. Estes fatores prejudicam o aspecto estético e a inclusão social, fonação e alimentação destes pacientes, limitando as reabilitações com ortodontia, principalmente no posicionamento da pré-maxila, e futuras reabilitações protéticas (BOYNE 1970; BOYNE, SANDS, 1972; BERTZ, 1981).

A idade ideal para a realização deste procedimento varia entre oito e doze anos, antes da irrupção dos caninos permanentes superiores, quando estes estiverem com dois terços da raiz formada. É esperado que o canino irrompa no osso enxertado, induzindo a deposição de osso na crista alveolar e aumentando a altura vertical da maxila (BERGLAND *et al*, 1986-A).

Áreas doadoras como a crista ilíaca, arco costal, calota craniana, sínfise e a região retromolar da mandíbula, têm sido objeto de vários estudos, com resultados muito favoráveis. Sempre que possível, a mandíbula é a área doadora de escolha para cirurgia de enxerto ósseo em fissurados lábio-palatais. As vantagens incluem fácil acesso, menor morbidade, origem embrionária semelhante, revascularização mais rápida com tendência a manter maior volume ósseo e menor reabsorção óssea pós-operatória, quando comparado com o enxerto de osso da crista ilíaca (KOOLE *et al*, 1989).

Existe demonstração de bons resultados com o uso de enxerto de mento em 28 pacientes, 25 com fenda alveolar unilateral e três com fenda labial bilateral. Em um tempo pós-operatório médio de oito meses, 26 pacientes tiveram como resultado o recobrimento total das raízes dentárias adjacentes à fissura e, dois pacientes com 75% de recobrimento ósseo das raízes adjacentes à fissura (ABYHOLM *et al*, 1981).

Resultados semelhantes foram encontrados quando 40 pacientes com fendas lábio-palatais unilaterais foram submetidos a enxerto ósseo. Neste estudo foi utilizado enxerto de mento em 20 pacientes e enxerto de crista ilíaca nos outros 20. Após um tempo pós-operatório

médio de 19 meses observou-se que dentre os pacientes submetidos a enxerto de mento, 16 apresentavam nível ósseo de 100% de recobrimento ósseo das raízes dentárias adjacentes à fissura e, quatro pacientes com 75% de recobrimento das raízes. Nos pacientes submetidos a enxerto de crista ilíaca, 15 apresentavam recobrimento total das raízes e, cinco com 75% de recobrimento de raízes. Observou-se ainda que nos enxertos de mento houve 15% de retenção dos caninos e, nos de crista ilíaca, 20% de retenção dos mesmos (SINDET-PEDERSEN, ENEMARK, 1990).

Com a realização do enxerto ósseo, o déficit de crescimento da maxila é minimizado, pois a maioria do crescimento anterior e transversal da maxila está completa e, a erupção dos caninos na área enxertada é mais estável, com melhor suporte da crista óssea. Estas observações foram feitas, numa amostra de 24 pacientes submetidos à enxerto. A calota craniana foi considerada a área doadora de eleição por ser de origem embrionária (membranosa) igual ao sítio receptor. Com isso, ocorre menor reabsorção e há manutenção do volume enxertado, quando comparado com o osso endocondral. Estas conclusões foram observadas após a avaliação de 100 pacientes, acompanhados clinicamente, radiograficamente e através de tomografia computadorizada realizadas com 06 meses e 01 ano de pós-operatório. Observou-se ainda, o contorno gengival normal dos dentes adjacentes, a estabilidade da maxila e a irrupção de dentes na área enxertada. Neste estudo, a idade para realização da cirurgia influenciou no sucesso. Quando os pacientes fissurados unilaterais tinham até doze anos (antes da irrupção dos caninos) o sucesso foi de 90% e acima de 12 anos este índice foi de 84%. Para os fissurados bilaterais o sucesso foi de 66% (DENNY et al, 1999).

Algumas alternativas de tratamento têm sido propostas quanto à manipulação da pré-maxila. Sua remoção, que facilitaria o selamento labial, ou sua reposição, com sucesso demonstrado em quatro casos realizados (MOTOHASHI, PRUZANSKI, 1985).

SEGRE e FERRAZ, em 1997, mostram que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde não é apenas a ausência de doença, mas uma situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. No entanto, afirmam que se trata de uma definição irreal, ultrapassada e unilateral, e ainda sugerem uma nova definição que coloca a saúde como um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade.

BROWN, em 1998, escreveu que qualidade de vida depende de diversos fatores ligados ao bem estar que podem ser analisados sob cinco pontos: físico, material, social, emocional e produtivo. Tem importância não apenas segundo o ponto de vista da sociedade, mas daqueles que cuidam das pessoas doentes, como os pais, cônjuges, e diversos profissionais. Análises qualitativas e quantitativas são relevantes, assim como fatores subjetivos e objetivos são importantes para uma avaliação da qualidade de vida.

De acordo com ASSUMPÇÃO Jr., em 2000, qualidade de vida é uma concepção pessoal e de difícil quantificação, cujas definições variam de acordo com os interesses do indivíduo, de seu grupo cultural e de seus próprios valores. Qualidade de vida consiste em um conceito global que aborda diferentes facetas da vida de um indivíduo, como por exemplo, saúde, família e meio ambiente. E, além disso, o amor recebido pelas crianças e a aceitação familiar são considerados o melhor remédio para melhoria da qualidade de vida.

Ainda, a Organização Mundial de Saúde definiu qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Nesta definição fica implícito que o conceito de qualidade de vida é subjetivo, multidimensional e que inclui elementos de avaliação tanto positivos quanto negativos (SARAIVA, NÓBREGA, 2003).

Alguns autores destacam que uma vez que a qualidade de vida decorre dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais de uma sociedade, a problemática das doenças que afetam os indivíduos já não pode mais ser explicada unicamente pelos fatores biológicos que as caracterizam. Classificar a saúde em boa, má ou razoável é também definir a qualidade de vida, pois ela surge das condições da classe social, das relações no trabalho, da alimentação, da moradia, do saneamento básico, do meio ambiente saudável, do acesso à educação, ao transporte, ao lazer, aos serviços de saúde, enfim, de tudo o que diz respeito à vida. Dessa forma, como as doenças refletem de várias formas na vida do indivíduo, a conceituação do termo saúde adquire uma complexidade muito grande, tendo em vista os vários aspectos que envolvem a vida em sociedade (BASTOS *et al.*, 1996).

Em 1999, FLECK *et al* citaram que a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença”. Esse é um conceito biológico, pertencente ao paradigma médico, com seu foco em agentes etiológicos e em resultados clínicos, cujas origens filosóficas do modelo são encontradas no dualismo do corpo-mente no qual a mente e o corpo são entidades separadas, e a saúde e a doença são vistas como fenômenos estritamente biológicos. A alta tecnologia e os serviços de saúde são vistos como sendo uma chave para restaurar e melhorar a saúde tanto individual quanto de populações. Como resultados, o corpo é isolado da pessoa e as experiências subjetivas de saúde e doença são ignorados. No entanto, houve, uma mudança do paradigma médico para um conceito mais amplo de comportamento social que se compromete a desenvolver maneiras de medir percepções, sentimentos e comportamentos. Como resultado, tem-se passado de uma preocupação com a doença, para uma preocupação com a saúde; não preocupação em curar e sim em prevenir e promover saúde; não ênfase aos serviços de saúde e sim ao ambiente social e físico como maiores determinantes de saúde. Logo, o paciente é visto não como um corpo e sim como uma pessoa, dando-se uma crescente importância às experiências subjetivas do indivíduo e às suas interpretações de saúde e doença. Esta mudança de paradigma refletiu-se também na odontologia. Antes, havia uma tendência de tratar cavidade bucal como se fosse uma estrutura anatômica autônoma que acontece de estar localizada em um corpo, mas não está conectado a ele ou a pessoa de maneira alguma. No entanto, com a busca de uma perspectiva mais holística de saúde e doença, esta visão está mudando e isto tem sido acompanhada por duas descobertas: a descoberta de corpo e a descoberta da pessoa, e isto tem resultado em um aumento nas pesquisas preocupadas em ligar as condições bucais a doenças de outras localidades da boca e a consequência da saúde na qualidade de vida (BUCZYNSKI *et al*, 2006).

Certos autores relataram que ainda permanece certa confusão a respeito dos conceitos de doença, saúde, saúde bucal, e qualidade de vida e as maneiras nas quais estes termos são relacionados. O discurso sobre ter saúde bucal é confuso e a boca é sempre foco de análise ao invés de se olhar o indivíduo como um todo, havendo uma ambigüidade do que seria saúde bucal e saúde geral e o quanto a saúde bucal interfere na qualidade de vida de um indivíduo. Saúde bucal é um estado da boca e estruturas associadas onde a doença está contida, a futura doença é inibida, a oclusão é suficiente para mastigar comida e o dente tem uma aparência social saudável. Assim, é uma dentição confortável e funcional que permite o indivíduo a continuar a desempenhar o papel social. Sob a ótica da promoção de saúde, a relação entre

saúde bucal e qualidade de vida tem sido motivo de atenção dos profissionais da odontologia, principalmente pela relevância de problemas bucais e dos impactos físicos e psicossociais que ela acarreta na vida das pessoas. Os problemas bucais podem causar dor, desconforto, limitações e outras condições decorrentes de fatores estéticos que afetam a vida social, a alimentação, o exercício de atividades diárias e o bem-estar do indivíduo, acarretando problemas significativos na qualidade de vida do indivíduo, o que torna essencial entender como o indivíduo percebe a própria condição bucal, pois seu comportamento é condicionado por esta percepção. Índices como o CPO (cariados, perdidos e obturados) ou o IPC (índice periodontal comunitário) consideram apenas as dimensões clínicas, dependentes do diagnóstico profissional, da cárie dental e das doenças periodontais. Entretanto, alguns problemas possuem fortes raízes sociais e econômicas e só podem ser suficientemente compreendidos e explicados quando seus portadores são ouvidos e quando os auto-diagnósticos e opiniões destas pessoas são tomados em consideração. Os indicadores qualidade de vida relacionados a saúde bucal deveriam ser vistos não como substitutos para os critérios normativos e sim como um importante complemento a eles. (LOCKER,1997).

No caso do indivíduo em desenvolvimento, as propostas para definição de qualidade de vida apresentadas ainda são muito conflitantes, e algumas características do universo infantil contribuem para isto. A criança e o adolescente têm diferentes graus de percepção de si mesmos e do mundo, em função da sua fase de desenvolvimento e com isso dificilmente podem ser uniformizados numa só concepção de satisfação pessoal. Para crianças e adolescentes, qualidade de vida pode significar “... o quanto seus desejos e esperanças se aproximam do que realmente está acontecendo”. Também “reflete sua prospeção, tanto para si, quanto para os outros...” e “... é muito sujeita às alterações sendo influenciada por eventos cotidianos e problemas crônicos” (HINDS, 1990). E ainda, segundo BRADLYN, qualidade de vida pode ser definida como multidimensional, pois inclui a interação social, o funcionamento físico e emocional da criança e do adolescente e, quando indicado, de sua família, devendo ser um parâmetro sensível às alterações que ocorram no evoluir do desenvolvimento do indivíduo (BRADLYN *et al.*, 1996).

Avaliações de qualidade de vida relacionadas a saúde bucal em pacientes infantis dão uma compreensão das conseqüências das doenças bucais e deformidades na vida da criança, desta maneira muitas avaliações tradicionais de saúde bucal representam uma dimensão unidimensional do aspecto da saúde bucal da criança (LOCKER, 1998). Isto não significa que

os parâmetros clínicos não sejam importantes, eles são com certeza importante, se não essenciais para mensurar a condição bucal; o problema começa quando os indicadores são comparados com saúde bucal e necessidade de tratamento (SHEIHAM, CROGG, 1981). Saúde bucal é o padrão de saúde dos tecidos orais e relacionados que permitem um indivíduo comer, falar e socializar sem a atividade da doença, desconforto e embaraço, e o que contribui com o bem-estar geral. Assim, vai além de puramente indicadores clínicos e desta maneira não devem ser igualados com a ausência de doença e deformidade (COHEN, JAGO, 1976).

O desenvolvimento de instrumentos que avaliem o bem-estar e a qualidade de vida tem sido cada vez mais enfatizado, havendo uma proliferação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde. MULHERN *et al* em 1989 propuseram as seguintes características como essenciais a um instrumento de avaliação de qualidade de vida: incluir a abordagem da função física, desempenho escolar e ocupacional, ajustamento social e auto-satisfação; ter sensibilidade para detectar os problemas funcionais mais comuns de crianças (câncer e aqui se pode acrescentar “e outras doenças crônicas”); ser confiável e válido para o grupo de pacientes em que será utilizado; ser breve, simples, fácil de administrar e computar, e reprodutível; valer-se de informação de cuidadores familiares ao trato com a criança; ser corrigido para a idade, sob normas populacionais; estar adequado para detectar desempenho acima da média; permitir estimativa confiável do funcionamento pré-mórbido; e permitir à criança capaz de entender o conceito de qualidade de vida ou seus componentes a oportunidade de fornecer sua auto-avaliação.

Embora inúmeros instrumentos sejam utilizados para este fim, ainda não há nenhum instrumento que tenha conseguido abranger todas estas características. Principalmente porque a qualidade de vida é uma concepção pessoal de difícil quantificação, variando suas definições de acordo com os interesses do indivíduo, de seu grupo cultural e de seus próprios valores. Assim, ela é um conceito global que aborda diferentes facetas da vida de um indivíduo, saúde, família e meio ambiente, entre outras (ASSUMPCÃO Jr, 2000).

As medidas de qualidade de vida relacionados a saúde bucal, mostrando a extensão para qual os distúrbios dentários e bucais condicionam e alteram o desempenho diário físico, psicológico e social são fundamentais, traduzindo-se em impactos que podem ser categorizados como desempenho funcional e físico (p. ex. comer e apreciar a comida, e falar e pronunciar com clareza); desempenho psicológico (como sorrir, dar risadas e mostrar os

dentes sem constrangimento); e desempenhos sociais (afetando as interações com as pessoas e a realização de tarefas e funções importantes (PINTO, 2000).

Existe uma abundância de mensurações de qualidade de vida relacionados a saúde bucal desenvolvidos para adultos e que foram utilizados em crianças. Entretanto, mensurações desenvolvidas para adultos podem não ser adequadas para crianças pelo perfil e validade do conteúdo. É imperativo avaliar a confiança, validade e adequação do instrumento para faixa etária em particular do estudo (MCGRATH *et al.*, 2004).

Tem havido uma crescente preocupação com as populações pediátricas com doenças crônicas e para isso instrumentos de mensuração de qualidade de vida, relacionados à saúde bucal, genéricos e específicos para doença tem sido desenvolvidos. A avaliação através de um instrumento de qualidade de vida relacionada à saúde bucal genérico conta com a proteção de populações saudáveis, possibilita comparações padronizadas acerca das condições da saúde crônica pediátrica e facilita a comparação com populações saudáveis (VARNI *et al.*, 2003). No entanto, não é capaz de avaliar os sintomas específicos da doença e os efeitos colaterais do tratamento de relevância particular ao grupo doente.

Em contraste, avaliações específicas para doenças crônicas (p.ex. para asma, diabete e artrite) podem prover informações sobre o manejo dessas doenças no nível individual. Todavia, esses instrumentos são incapazes de prover comparação entre grupos saudáveis e doentes. Assim sendo, deve-se integrar uma abordagem combinando os méritos relativos de instrumentos de qualidade de vida genéricos e específicos para doença, a fim de se obter um maior entendimento do impacto da doença nestes pacientes.

Alguns autores parecem concordar que é necessário que se desenvolvam métodos eficientes de avaliação, e que representem realmente a percepção do indivíduo entrevistado, e não de seu responsável. Isso é necessário porque percebe-se que existe uma falta de instrumentos eficazes na avaliação de qualidade de vida em crianças (EISER *et al.*, 2000; KUCZYNSKI, ASSUMPÇÃO Jr., 1999).

A avaliação da qualidade de vida em criança reflete-se na percepção dos pacientes sobre sua saúde bucal e com isso pode melhorar a comunicação entre pacientes, pais e a equipe odontológica. Isto permite um melhor entendimento das conseqüências do estado de

saúde bucal na vida da criança e da vida da sua família, podendo ainda ajudar na priorização de cuidados e estimar a consequência das estratégias de tratamento e iniciativas (SHEIHAM et al, 1982).

4 Casuística e Método

O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Heliópolis, em 14 de agosto de 2007, sob o número 552.

4.1 Casuística

O estudo envolveu uma amostra de 50 pacientes (33 do sexo masculino, correspondendo a 66% da amostra e 17 do sexo feminino, correspondendo a 17% da amostra) e portadores de fissura bilateral trans-forame, operados no período de janeiro de 2003 a julho de 2005, no Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do CAIF (Centro de Atendimento Integral ao Fissurados Lábio- Palatal) em Curitiba – PR – Brasil.

Todos os pacientes foram submetidos ao protocolo de atendimento proposto pelo CAIF, o qual é descrito detalhadamente no item de resultados. O procedimento é complexo e envolve riscos. Entretanto, a inclusão social dos pacientes, principalmente na faixa etária referida, é o principal benefício alcançado. O presente estudo deverá investigar e avaliar, de fato, as conseqüências sociais alcançadas e o impacto sobre a qualidade de vida dos pacientes.

4.2 Critérios de inclusão e exclusão.

Foram incluídos no estudo os pacientes portadores de fissura trans-forame completa bilateral de lábio e palato, que já tinham se submetido à cirurgia reparadora de lábio, nariz e palato antes do procedimento de reposicionamento da pré-maxila com enxerto ósseo. Os mesmos deveriam estar na faixa etária entre 8 e 12 anos na época da cirurgia, e ainda, ter recebido tratamento odontológico clínico e ortodôntico prévio à cirurgia.

Foram excluídos do estudo aqueles pacientes que apresentavam outras anomalias e malformações da face, como por exemplo, pacientes portadores de algumas síndromes com comprometimento da arquitetura maxilofacial.

4.3. Seleção dos participantes

Selecionaram-se todos os pacientes operados no período de janeiro de 2003 a julho de 2005 e que se submeteram a correção cirúrgica da posição da pré-maxila.

4.4. Instrumento de avaliação da motivação, expectativas e percepção de ajustamento social.

Os pacientes incluídos foram submetidos a um questionário, que ocorreu durante os meses de setembro e outubro de 2007, para obter as informações.

Utilizou-se para coleta de dados um questionário respondido pelos próprios pacientes. As perguntas do questionário foram elaboradas tendo por base observações dos profissionais de odontologia e psicologia a respeito das expectativas relatadas pelos pacientes a respeito da cirurgia, bem como a revisão da literatura. Tais perguntas, conforme segue abaixo, abrangeram as expectativas de melhora, as mudanças estético-funcionais e emocionais obtidas e a satisfação com os resultados. As perguntas admitiam somente uma alternativa como resposta, e para isso o paciente era orientado a assinalar somente a assertiva que considerava como tendo a maior importância durante seu tratamento.

4.4.1 Questionário

1- Por que você procurou o tratamento?

- a) porque queria mastigar, falar e comer melhor.
- b) porque você ficava preocupado (a) com sua aparência física e queria ficar mais bonito(a).
- c) porque o médico ou dentista disse que era necessário.
- d) você procurou o tratamento sozinho, porque ficava preocupado (a) e envergonhado(a) por causa dos problemas com sua boca.

2- O que você esperava obter de melhora com a cirurgia?

- a) Faria mais amigos, ficaria mais relaxado (a) e conversaria mais em casa e na escola.
- b) Ficaria mais bonito (a).
- c) Suas notas na escola iriam melhorar.
- d) Iria se sentir melhor consigo mesmo (a).

3 – Quais foram as mudanças que você notou depois da cirurgia?

- a) Ficou mais bonito (a).
- b) Sentiu que ficou mais difícil falar algumas palavras.
- c) Sentiu que a vida, em geral, ficou melhor depois da correção dos problemas na sua boca.
- d) Não observou.

4 – Você está satisfeito (a) com o tratamento?

- a) Sim.
- b) Não.

A pesquisa teve início com a aplicação dos questionários no setor de Cirurgia Bucomaxilofacial nas dependências do Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio-Palatal, Curitiba-PR. Todos foram orientados sobre a pesquisa, assinando o termo de consentimento, autorizando as manobras propostas, assim como a divulgação dos resultados. Os questionários foram aplicados de forma individual pelo pesquisador em uma sala reservada. Foi dada total privacidade às crianças e responsáveis para responder às perguntas do questionário e não havia tempo limite para as respostas. As respostas eram, então,

submetidas a uma avaliação, juntamente com a pedagoga da Instituição, para verificar, de fato, se o benefício social foi alcançado.

5 Resultados

Os resultados puderam ser divididos em duas áreas distintas, com relação ao protocolo de atendimento e as expectativas cirúrgicas e de integração social

5.1 Protocolo de tratamento

Este envolvia a avaliação ortodôntica, com a instalação de disjuntores na maxila para corrigir a atresia maxilar e procurar melhorar o posicionamento da pré-maxila. A idade para a cirurgia foi determinada em função do posicionamento dos caninos superiores e inferiores, entre 8 e 12 anos de idade. O posicionamento dos caninos inferiores foi fundamental, pois dependendo do estágio de erupção dentária, podem dificultar a remoção do enxerto da região de sínfise mandibular (Figura 1), ou seja, é necessário que o estágio de erupção esteja avançado para que haja espaço para realização da osteotomia sem causar danos às raízes dentárias com a broca de corte. Apesar disso, na maioria dos pacientes, 24 pacientes, o enxerto foi removido da região da sínfise mandibular. A segunda opção foi o uso de enxerto de crista ilíaca, em 26 pacientes, em fissuras muito grandes. Seguindo a rotina de atendimento, os pacientes foram avaliados por todas as especialidades odontológicas, fonoaudiologia, psicologia, enfermagem, cirurgia plástica, pediatria.



Figura 1 – Radiografia panorâmica pré-operatória evidenciando a posição dos caninos inferiores, a qual permite a remoção de enxerto do mento
Fonte: O autor.

Após o paciente ser considerado apto para a cirurgia, é feita uma consulta pré-operatória, na qual são solicitados exames de sangue com hemograma completo, coagulograma completo, bioquímica do sangue (dosagens de sódio, potássio, creatinina, uréia, glicose) e, exame de elementos anormais e sedimentos de urina. São requisitados ainda, radiografias de face, panorâmica e telerradiografia de perfil e, radiografias intrabucais oclusal superior e periapical de incisivos superiores (Figuras 2, 3, 4).

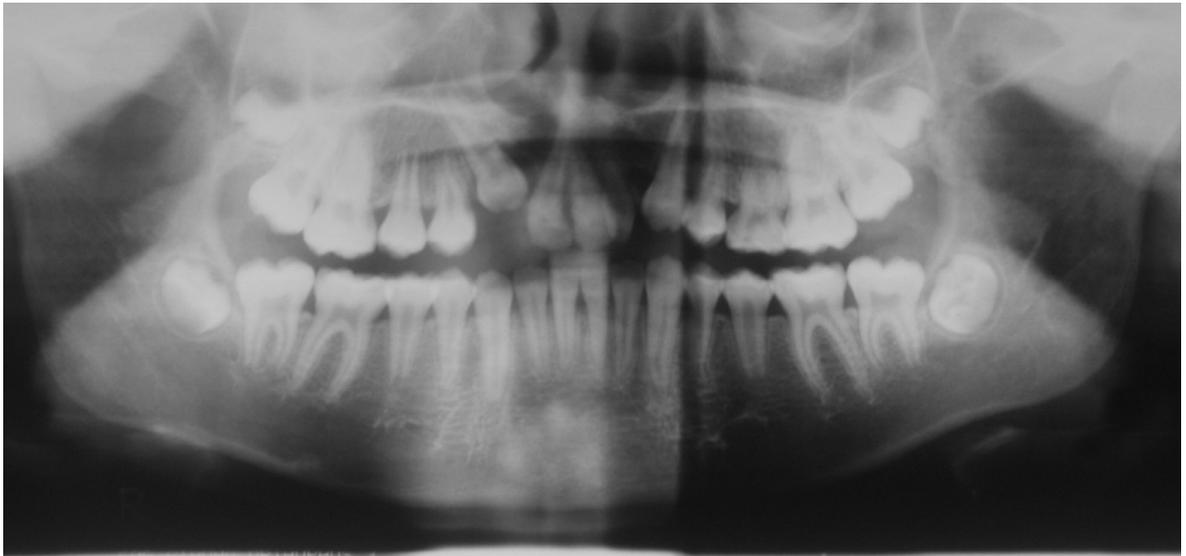


Figura 2 – Radiografia panorâmica pré-operatória, evidenciando a presença de fissura bilateral do processo alveolar superior.

Fonte: O autor



Figura 3 – Telerradiografia de face em perfil, pré-operatória, evidenciando a projeção anterior da pré-maxila.
Fonte: O autor



Figura 4 – Radiografia oclusal superior pré-operatória, evidenciando a presença de fissura bilateral do palato.
Fonte: O autor

Na mesma consulta pré-operatória são realizadas moldagens com alginato da arcada dentária superior e inferior e, através de uma cirurgia simulada nos modelos de gesso, a pré-maxila é cortada e colocada em uma posição mais satisfatória, a qual permite uma forma de arco satisfatória, diminuindo a projeção da pré-maxila e os espaços correspondentes à fissura (Figuras 5 e 6). Nesta fase, é confeccionado um guia cirúrgico em acrílico autopolimerizável, para ser usado no trans-operatório e auxiliar no posicionamento da pré-maxila. É solicitado ao ortodontista para que se faça a colagem de bráquetes ortodônticos nos incisivos e molares superiores para ajudar na fixação do guia cirúrgico usando-se fios de aço número 0.



Figura 5 – Modelo de gesso pré-operatório, evidenciando projeção da pré-maxila.
Fonte: O autor

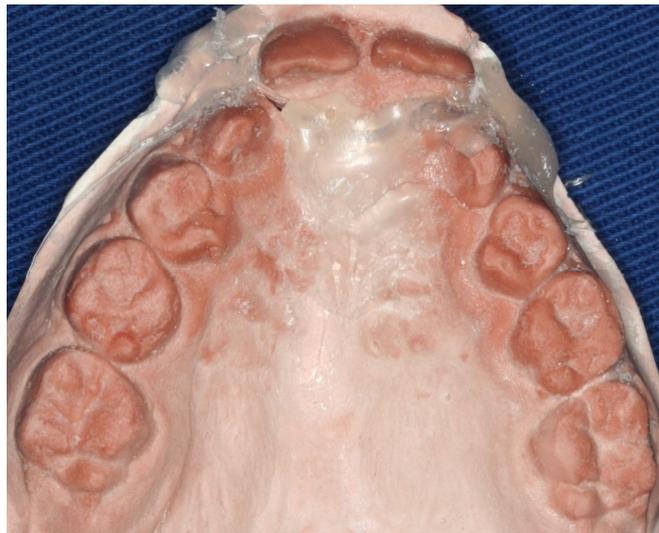


Figura 6 – Modelo de gesso pós-operatório, com a correção do posicionamento da pré-maxila.
Fonte: O autor

O paciente é então encaminhado para consulta pré-anestésica, na qual será realizada exame físico e análise de exames laboratoriais. Após esta fase o paciente está liberado para o procedimento cirúrgico sob anestesia geral.

Os pacientes encaminhados ao centro cirúrgico foram submetidos a um procedimento sob anestesia geral e intubação orotraqueal. Logo após, realiza-se antisepsia de toda a face do paciente utilizando solução de iodo povidine, seguindo com a aposição de campos estéreis sobre o paciente.

Com o paciente sob anestesia geral, o tamponamento da orofaringe é feito com gazes estéreis para proteção de vias aéreas superiores. A técnica cirúrgica utilizada preconiza infiltração de lidocaína 2%, com adrenalina diluída 1:200.000 na região a ser operada, com a finalidade de promover vasoconstrição e analgesia. Com uma lâmina de bisturi número 15, realiza-se a incisão vertical nas bordas da fissura, estendendo posteriormente com uma incisão intra-sulcular de 01 a 02 dentes distantes da fissura. Nesta região, realiza-se uma incisão relaxante em direção ao fundo de vestibulo. Realizou-se o mesmo procedimento no lado oposto, seguido do descolamento do retalho mucoperiostal (Figura 7).

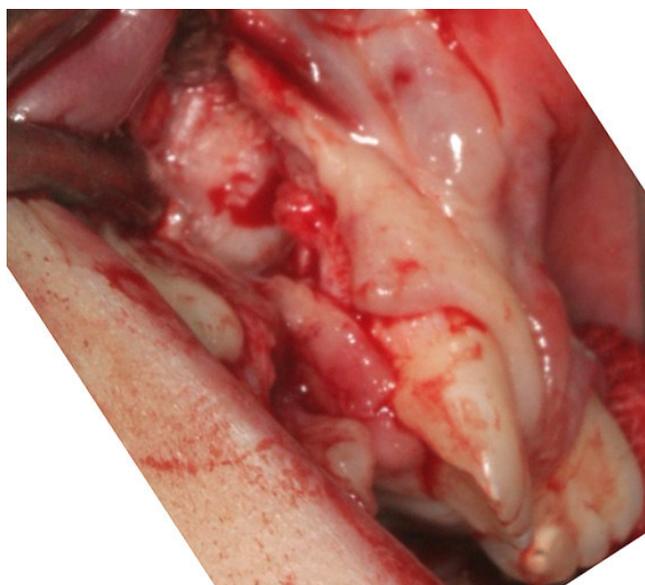


Figura 7 – Descolamento mucoperiostal e exposição da região da fissura a ser enxertada.
Fonte: O autor

Na borda da fissura da pré-maxila fizemos uma incisão vertical e descolamos somente o suficiente para expormos o osso alveolar remanescente. Na porção palatina foi exposto o

osso que sustenta a pré-maxila. Com o uso de uma serra recíproca foi feita a osteotomia na porção posterior à pré-maxila. Em seguida foi incisa a mucosa palatina na altura da fissura palatina, mantendo cerca de 1,5cm de mucosa palatina aderida na pré-maxila. A pré-maxila foi deslocada anteriormente e, a seguir, dividiu-se a mucosa nasal da bucal, promovendo o fechamento do assoalho nasal bilateral com fio reabsorvível. Uma vez vedado o assoalho nasal, realizamos a sutura da mucosa palatina com o remanescente da mucosa palatina da pré-maxila. O guia cirúrgico foi instalado e a pré-maxila foi reposicionada (Figura 8).

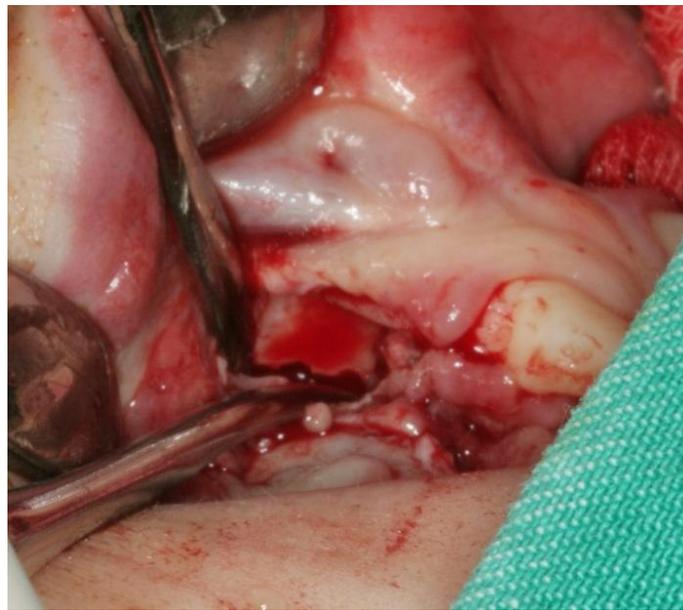


Figura 8 – Osteotomia da pré-maxila para posterior reposicionamento.
Fonte: O autor

Na área doadora, quando a sínfise mandibular era utilizada, realiza-se uma incisão em mucosa labial, 1,5 cm abaixo da linha do vermelhão do lábio inferior, incisando mucosa e músculos, direcionando, em seguida, o bisturi para osso mandibular. Após o descolamento do periosteio, com uma broca de corte rotatória, foi realizado a osteotomia com um desenho apropriado para se adaptar aos defeitos da fissura.

Os blocos de enxertos ósseos foram adaptados às fissuras e fixados com miniplacas retas e parafusos. As miniplacas foram adaptadas para estabilizar os enxertos e a pré-maxila ao remanescente da maxila. O guia cirúrgico, além de fornecer a nova posição da pré-maxila,

ajuda também na sustentação e fixação da mesma, e deve permanecer por no mínimo dois meses fixado a nova arcada superior (Figura 9 – A e B).

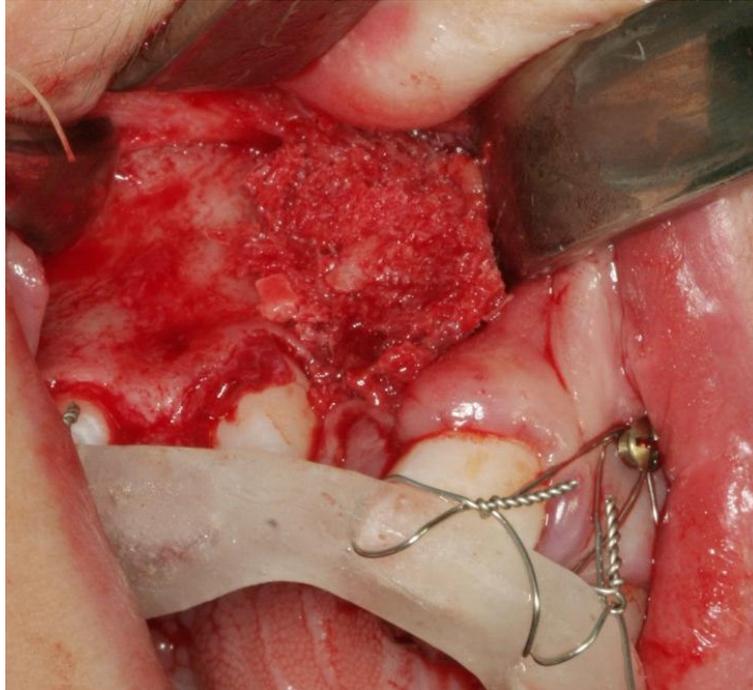


Figura 9A – Adaptação do enxerto medular na área da fissura
Fonte: O autor

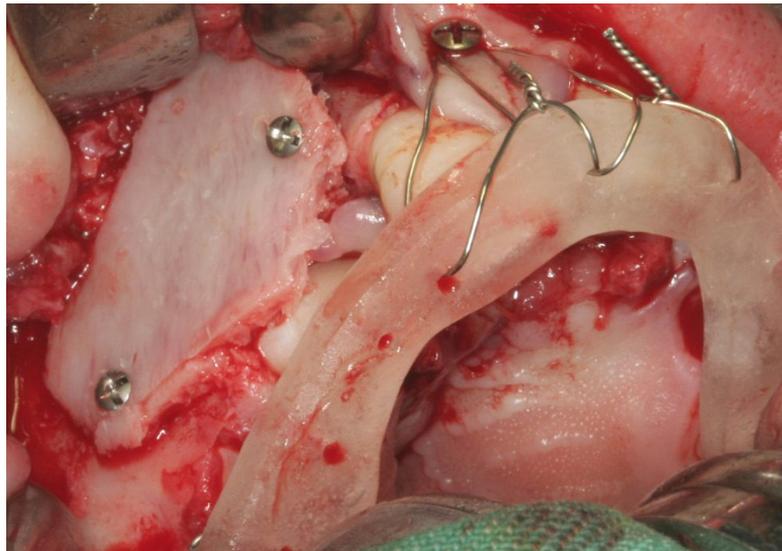


Figura 9B - Fixação da placa cortical através de parafusos de titânio.
Fonte: O autor

O recobrimento do enxerto foi realizado com o retalho mucoperiostal, deslocado através de incisões relaxantes no periósteo da base do retalho. O fechamento da fissura foi promovido com o retalho livre de tensão e a sutura realizada com fio de nylon (Figura 10). Na região do mento, a sutura foi feita com fio reabsorvível, obedecendo aos planos anatômicos. Curativos compressivos externos na região do mento foram feitos para se evitar ptose de lábio e, na região do lábio superior, para diminuir edema e sangramento, proporcionando mais conforto ao paciente.

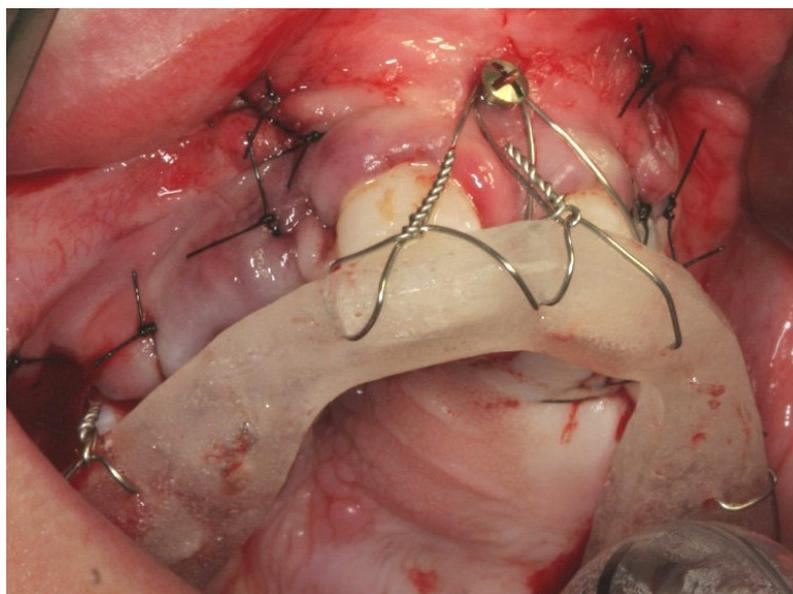


Figura 10 – Sutura das feridas cirúrgicas e guia cirúrgico instalado.
Fonte: O autor

A medicação antibiótica utilizada foi cefazolina, por via endovenosa, durante o período de permanência do paciente no hospital e, mantida via oral por dez dias, após alta hospitalar. No pós-operatório, foi recomendado analgésico e antisséptico bucal. Os cuidados consistiram em higiene bucal rigorosa na área da cirurgia e alimentação líquida-pastosa para se evitar a deiscência da sutura. O acompanhamento pós-operatório foi ambulatorial e a sutura foi removida em duas semanas. A remoção do guia cirúrgico foi realizada após dois meses de cirurgia. A remoção das placas e parafusos foi realizada após três meses de cirurgia. Após esse período, o paciente era encaminhado, novamente, para retomar o tratamento ortodôntico.

Dentre os 50 pacientes operados, 45 (90%) casos tiveram cirurgias com sucesso, os enxertos osseointegraram e houve o fechamento das fístulas buconasais. Nos 5 pacientes

remanescentes (10%) o tratamento falhou ou teve sucesso parcial (1 paciente com perda bilateral do enxerto; 2 pacientes com perdas unilaterais do enxerto e 2 casos de necrose da pré-maxila) após a primeira intervenção. Nos 3 casos de perda de enxerto, os pacientes se submeteram a nova intervenção com sucesso do procedimento. Nos 2 casos de perda de pré-maxila por necrose, ocorreram novas cirurgias com enxerto para recuperar a pré-maxila com resultados satisfatórios.

Os parâmetros para concluir o sucesso do tratamento foram baseados nas radiografias periapicais e oclusais, realizadas após 06 meses de cirurgia. Foi observado o preenchimento ósseo das fissuras e, ausência de mobilidade da pré-maxila ao exame clínico. Novas radiografias periapicais e oclusais foram realizadas com 12 meses de pós-operatório para se observar a irrupção dos caninos superiores e a movimentação ortodôntica dos dentes adjacentes à fissura (Figura 11A e B).



Figura 11A – radiografia oclusal pré-operatória, evidenciando a presença de fissura bilateral.

Fonte: O autor



Figura 11B – radiografia oclusal pós-operatória, evidenciando a presença de ponte óssea, na região da fissura previamente enxertada.

Fonte: O autor

5.2 Expectativas cirúrgicas e integração social

Quanto ao motivo da procura pela cirurgia, 84% dos pacientes tiveram indicação profissional. Apenas 16% procuraram a cirurgia para melhora de condições estéticas e funcionais, conforme evidenciado na tabela 1.

Tabela 1 – distribuição de freqüências da variável motivo de procura pelo tratamento, na amostra total.

Motivo de procura	Freqüências	
	Absoluta (n)	Relativa (%)
Melhora funcional	3	6%
Melhora estética	5	10%
Indicação profissional	42	84%
Iniciativa própria	0	0%
Total	50	100%

A tabela 2 apresenta os resultados em relação à expectativa em relação à melhora do tratamento. Evidenciou-se que, dentre os entrevistados, 76% procuraram a cirurgia por motivos de satisfação pessoal, ou seja, segundo as queixas apresentadas, queriam se sentir bem esteticamente e se apresentarem fisicamente como as pessoas que não tem fissura lábio-palatal. Em 18% dos entrevistados houve espera por melhora nos relacionamentos sociais e afetivos. Em apenas 6% houve interesse pela melhora das condições profissionais.

Tabela 2 – distribuição de freqüências da variável expectativa de melhora com o tratamento, na amostra total.

Motivo de procura	Freqüências	
	Absoluta (n)	Relativa (%)
Social/afetiva	9	18%
Física/ estética	0	0%
Profissional/escolar	3	6%
Satisfação pessoal	38	76%
Total	50	100%

As mudanças percebidas foram significativas, 86% relataram maior confiança em si, e 14% observaram mudanças na aparência física, de acordo com os resultados apresentados na tabela 3.

Tabela 3 – distribuição de freqüências da variável mudanças percebidas após o tratamento, na amostra total.

Motivo de procura	Freqüências	
	Absoluta (n)	Relativa (%)
Aparência física	7	14%
Dificuldade na voz	0	0%
Mais confiante	43	86%
Não observado	0	0%
Total	50	100%

A tabela 4 apresenta as respostas quanto à satisfação com os resultados, 96% afirmaram estar satisfeitos.

Tabela 4 – distribuição de freqüências da variável satisfação com os resultados do tratamento, amostra total.

Gênero	Freqüências	
	Absoluta (n)	Relativa (%)
Satisfeito	48	96%
Não satisfeito	2	4%
Total	50	100%

6 Discussão

A intervenção cirúrgica em pacientes portadores de fissuras bilaterais causa grande repercussão, principalmente quando se trata de uma intervenção na pré-maxila, considerando a interferência no crescimento maxilar. Entretanto, a idade recomendada para realização do enxerto ósseo secundário é entre 8 e 12 anos (ENEMARK, 1988).

Alguns autores concordam que a inibição do crescimento como um resultado da osteotomia da pré-maxila parece não ser significativo, uma vez que o desenvolvimento da pré-maxila nesse estágio, normalmente, está avançado. Danos ao crescimento nessa região podem ter sido causados já durante o fechamento primário do lábio e/ou palato (FREIHOFER *et al.*, 1991).

Esse conceito também é apoiado por outros autores, que sugerem que o reposicionamento da pré-maxila pode ser realizado antes do término do crescimento facial, sem trazer prejuízos. Eles ainda sugerem que um posterior desenvolvimento de uma relação de classe III, pode ser atribuído a um prognatismo mandibular, e não a uma hipoplasia maxilar (PADWA *et al.*, 1999).

Outro grupo de pesquisadores também parece concordar que a osteotomia da pré-maxila proporciona um bom alinhamento do arco superior e, devolvem uma inclinação mais satisfatória aos incisivos superiores. Sendo assim, sugerem que mais estudos sejam realizados para observação das conseqüências, no longo prazo, sobre o crescimento facial (HEIDBUCHEL *et al.*, 1993).

Outro aspecto de grande repercussão com relação à osteotomia da pré-maxila, desde a sua introdução (BROUNS, EGYEDE, 1980), se diz respeito ao risco de suprimento sanguíneo inadequado para a pré-maxila e sua conseqüente perda por necrose.

O suprimento sanguíneo pode ser mantido com manipulação cuidadosa dos tecidos moles do pedículo labial (BANKS, 1983). Sendo assim, apesar da imensa preocupação da vitalidade da pré-maxila após a osteotomia, ainda existem poucas evidências na literatura que argumentem contra esse tipo de tratamento (SCOTT *et al.*, 2007).

Desta forma acredita-se que a separação da mucosa palatina, bem como da secção do septo ósseo que sustenta a pré-maxila parece tornar o acesso mais direto a mucosa nasal, permitindo a reconstrução da mucosa do assoalho nasal com maior facilidade, porém existe uma grande preocupação relacionada à pobre vascularização que a pré-maxila terá, podendo comprometer os resultados.

Com relação ao tipo de enxerto utilizado, e conforme já citado, várias áreas doadoras podem ser utilizadas, sendo a mandíbula a área que oferece maior quantidade de vantagens, como por exemplo a origem embrionária semelhante (KOOLE *et al*, 1987).

Por outro lado, alguns estudos vêm analisando os aspectos psicossociais e os benefícios alcançados com o tratamento cirúrgico em pacientes fissurados bilaterais. Alguns autores acreditam e estabelecem uma grande importância ao complexo maxilofacial na concretização da fisionomia dos seres humanos, principalmente depois de analisarem os portadores de má formação congênita lábio-palatal (ANDRADE, ANGERAMI, 2001).

Vários estudos permearam o fato de que os sujeitos portadores de fissuras orais congênicas enfrentam muitas barreiras para atingir um desenvolvimento psicológico satisfatório. Estas barreiras associadas ao desejo de ter um corpo perfeito, saudável e atraente repercutirão negativamente sobre a auto-imagem e, conseqüentemente sobre a auto-estima, dentre outros (LEONARD *et al*, 1991).

Desta maneira, a abordagem cirúrgica proposta, parece trazer mudanças relevantes para os pacientes e seus familiares, pois se acredita em uma melhora estética facial juntamente com a aquisição de benefícios psicossociais.

Ainda, alguns autores acreditam que as crianças com fissuras labiopalatinas em idade escolar enfrentam com frequência uma experiência social negativa da reação das pessoas e de outras crianças com relação à aparência física diferente. As dificuldades iniciais tendem a se dissipar com a passagem do tempo e a serem minoradas pelo processo reabilitador, que deve se iniciar tão logo que possível (AMARAL, 1986). Esse fato justifica, novamente, a possível influência positiva do procedimento cirúrgico proposto, sobre o bem estar social do paciente em tratamento.

Esse fato também se concretiza quando AMARAL (1986) descreve que o conjunto de variáveis que terá maior influência sobre a vida da criança será a escola. Para a criança portadora de deformidade facial, será a primeira e mais importante experiência sistemática fora do ambiente do lar. A escola será o lugar onde terá de enfrentar novos relacionamentos, será olhada, julgada, avaliada e sua aparência física será uma variável importante nestes julgamentos.

Um outro aspecto a ser destacado, seria a repercussão do tratamento proposto na elevação da auto-estima dos pacientes. A satisfação da necessidade de auto-estima leva o indivíduo a sentir-se confiante, mais útil e necessário ao mundo. A não satisfação produz no indivíduo um sentimento de inferioridade, fraqueza e impotência. A persistência desses sentimentos desencadeará fracassos na sua trajetória ou processos patológicos variados (MASLOW, 1970).

Alguém cronicamente acometido de baixa auto-estima pode ser uma pessoa que tenha sua saúde comprometida. Problemas relacionados à região bucomaxilofacial acarretam péssimas funções mastigatórias, insatisfação para com suas condições orais e precária qualidade de vida (CAMPOS, 2001; CARVALHO, 2002).

Desta forma, no presente estudo, tentou-se relacionar as melhoras alcançadas no convívio e desempenho escolar, com a elevação do nível de auto-estima das crianças. Esta correlação teria como embasamento o fato de que é na escola o lugar onde a criança irá enfrentar novos relacionamentos e julgamentos e, sua aparência física será um fator importante nesses julgamentos, conforme já dito por AMARAL (1986). Complementando ainda essa idéia, existem autores que defendem a existência de uma identidade pessoal que os outros atribuem entre si por sua aparência física. A pessoa que o indivíduo se torna é uma construção histórica que inclui a auto-representação e a representação que os outros fazem deles. No corpo se inscreve toda uma série de medos e fantasias que determinam o grau de satisfação do indivíduo consigo mesmo (ALVES, 1985; ROMERO, 1998). Desta forma, percebe-se, novamente, a importância da aparência física para o grau de satisfação do indivíduo com o próprio corpo e, conseqüentemente, para a elevação da auto-estima.

Para entender melhor e exemplificar a importância da aparência física na construção e elevação da auto-estima dos indivíduos, alguns autores procuram explicar que quando o

paciente busca recursos odontológicos para a restauração da aparência, está buscando também recuperar sua imagem pessoal e social. A influência da cultura é tão decisiva na estrutura de personalidade de um indivíduo que alguns teóricos acentuam esses determinantes sociais, e afirmam que tudo que é caracteristicamente humano é um produto de interações sociais. Considerando-se o peso do meio na construção de uma identidade, e levando-se em conta os padrões estéticos valorizados e aceitos pela cultura, pode-se ter uma idéia do quanto o paciente estigmatizado se sente rejeitado, inadequado e não aceito (FADIMAN, FRAGER, 1979; WOLF, 1998).

O conceito de auto-estima tem sido estudado e considerado como um importante indicador da saúde mental (CANO et al, 1998). A crítica, em geral, enfoca a necessidade de aplicação de instrumentos precisos que permita avaliar a necessidade de auto-estima de cada indivíduo, principalmente crianças. Diante disso, é procedente a realização desse estudo que se caracterizou na avaliação dos níveis de auto-estima em pacientes crianças com fissura bilateral do processo alveolar.

Portanto, conclui-se que pelo fato do aspecto estético e a harmonia facial serem melhoradas, espera-se que o paciente que se submeteu a essa técnica cirúrgica, possa conviver e se incluir, de fato, no meio social e familiar em que vive, sem enfrentar problemas de discriminação e, até mesmo, conflitos pessoais individuais.

Por outro lado, analisando os instrumentos de mensuração de qualidade de vida em crianças, alguns autores concordam que existe uma falta de consenso a respeito da administração do instrumento de avaliação. Sempre que a criança for hábil em prover dados confiáveis e válidos, a aplicação direta nestes pacientes é a estratégia ideal porque é consistente com a definição de qualidade de vida que enfatiza a perspectiva subjetiva do paciente (EISER *et al*, 2000).

As crianças, particularmente as pequenas, podem não ser hábeis em prover informação confiável, devendo os pesquisadores avaliar a idade apropriada do instrumento, incluindo o vocabulário, instruções, estrutura das frases, conteúdo e opções de resposta, preocupando-se com as limitações de desenvolvimento. Uma opção para este problema seria desenvolver um instrumento administrado na forma de entrevista que pode incluir procedimentos padronizados para ensinar a criança a responder a mensuração e instruindo-a a

não responder questões que não entenderem, e ainda, checando a compreensão dos itens pela criança.

Um instrumento administrado por entrevista pode ser mais dispendioso de ser usado que o questionário auto-administrado. Para crianças muito jovens ou gravemente debilitadas, responsáveis podem prover informações que não poderiam ser obtidas de outra forma. Além disso, a perspectiva dos responsáveis é importante por causa da natureza dependente da relação responsável-criança. É este responsável quem avalia o impacto da saúde da criança e decide se esta deve receber o tratamento, ele pode também informar o impacto da doença da criança e do tratamento no funcionamento familiar, o que é uma parte integral da qualidade de vida da criança (MATZA *et al*, 2004).

Existem diversas desvantagens em usar os pais como respondedores. Primeiro, um relato por procuração é de alguma forma inconsistente como conceito de qualidade de vida, que é definido de acordo com a opinião subjetiva do paciente (MATZA *et al*, 2004). Segundo, o relato de pais e mães pode não ser equivalente entre si (LANDGRAF, ABETZ, 1996; EISER, MORSE, 2001), sendo recomendado que seja feita avaliação dos dois pais e depois cruzar as informações, com o objetivo de captar possíveis erros (MATZA *et al*, 2004). Terceiro, o relato dos responsáveis sobre o impacto da doença nas suas crianças é baseado no conhecimento acerca de como eles mesmos são afetados. Finalmente, não é totalmente claro se os pais seriam os adultos mais adequados a responder o questionário (LANDGRAF, ABETZ, 1996), uma vez que algumas crianças podem passar mais tempo com professores, cuidadores ou outro membro da família do que com os pais, e assim outro adulto teria um conhecimento maior acerca do funcionamento social e psicológico da criança (MATZA *et al*, 2004).

Devido a esta falta de consenso, alguns pesquisadores têm sugerido obter em conjunto informações de responsáveis e crianças (EISER, MORSE, 2001). Esta abordagem pode prover uma informação mais completa de como a doença ou o tratamento causam impacto na vida das crianças e suas famílias (MATZA *et al*, 2004). No entanto, KUCZYNSKI e ASSUMPCÃO Jr. (1999) afirmam que é evidente que ainda se está muito aquém de uma concepção uniforme e universal de qualidade de vida na infância, como também de meios de avaliação deste conceito adaptados ao universo infantil. É prioridade que se tenha clara a necessidade de instituir definições que traduzam os interesses das crianças e do adolescente, e

não dos adultos que os avaliam, e que se instaurem métodos de avaliação que captem a percepção do indivíduo a ser avaliado, e não as expectativas e percepções do cuidador, seja ele pai ou profissional de saúde.

Sendo assim, a auto-avaliação da saúde bucal e da satisfação global com a vida proporciona à criança e seus responsáveis a oportunidade de expressar sua concepção pessoal da própria realidade e da sua saúde. Os resultados encontrados nesta pesquisa são referentes às pessoas estudadas, não podendo ser generalizados para toda a população de fissurados bilaterais do Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio-Palatal, sendo o tamanho desta amostra o fator limitante deste estudo.

A partir da análise dos dados observados nas tabelas, pode-se observar que embora houvesse preocupação com uma melhora estética, a aceitação da cirurgia pela maior parte dos pacientes (84%) ocorreu pela sugestão da própria instituição, porque, como já descrito anteriormente, o paciente que faz parte de um tratamento reabilitador longo ambienta-se rapidamente aos procedimentos médicos e técnicos do hospital, o que pode não ser positivo, pois o paciente pode não mais responder ao tratamento com a devida autonomia (VERONEZ, TAVANO, 2005).

A valorização da aparência física contribuiu para a procura pela cirurgia em 10% dos pacientes estudados, isso pode ser influenciado pelo fato de se tratar de um país ocidental que é orientado para o belo (GARVILL *et al*, 1992). Apesar de serem os problemas funcionais uma das principais argumentações para a intervenção cirúrgica, os pacientes observam mudanças significativas nas suas relações sociais, pois com a nova apresentação do rosto e da fala, sentem-se mais seguros no sentido de serem aceitos pelo grupo em que se inserem. (FADIMAN, FRAGER, 1979; WOLF, 1998).

A maioria dos benefícios, esperados pelos pacientes com a cirurgia, indicou a dimensão social, afetiva e busca por satisfação pessoal. Esses fatores, segundo a literatura, são os principais motivos que levam a procura pela cirurgia e que ajudam, encorajando, no processo de adaptação pós-operatória (ALVES, 1985).

Quanto às mudanças percebidas pelos pacientes, os resultados foram condizentes com as expectativas de melhora. Essa fase do tratamento cirúrgico é vista pelos pacientes como

uma das últimas cirurgias de uma série de várias. Em decorrência disso, a cirurgia provoca no paciente um sentimento de libertação e de estar pronto para o convívio social e para os relacionamentos interpessoais. A intervenção cirúrgica constitui um consentimento concreto para a exteriorização de desejos e vontades reprimidas (WOLF, 1998).

De modo geral, o grupo de pacientes estudado ficou bastante satisfeito com os resultados. De acordo com os relatos, os resultados levaram à harmonia estética, além de modificações nas relações interpessoais e aumento da auto-estima; maior integração social e maior cooperação diante das terapêuticas paralelas a recuperação (CAMPOS, 2001). Tal afirmativa confirma a eficácia do processo cirúrgico e leva a constatar que os pacientes foram beneficiados com o tratamento.

7 Conclusões

1. O protocolo de reposicionamento cirúrgico da pré-maxila é uma técnica viável para o tratamento dos pacientes portadores de fissura bilateral do processo alveolar;
2. A maioria dos pacientes submetidos ao tratamento de reposicionamento de maxila percebeu o tratamento como continuidade dos cuidados dispensados, participou por indicação médica, com expectativa de melhora no aspecto pessoal e melhora da autoconfiança;
3. 96% dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico proposto manifestaram satisfação com os resultados obtidos, o que facilita a inclusão e integração social dos mesmos.

8 Referências

ABYHOLM, F.E.; BERGLAND, O.; SEMB, G. Secondary bone grafting of alveolar clefts. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*.15:127-140, 1981.

ABUREZQ, H.; DASKALOGIANNAKIS, J.; FORREST, C. Management of the prominent premaxilla in bilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Cranio-fac J*. 43: 92–95, 2006.

ALVES, M. C. R. Aspectos psicológicos das intervenções cirúrgicas na área odontológica. *Odontol Mod* 12:48-52, 1985.

AMARAL, V. L. A. R. Vivendo com uma face atípica: influência da deformidade facial e auto e hetero conceitos e na realização acadêmica de crianças de 6 a 12 anos. Tese de Doutorado, USP, São Paulo, 1986.

ANDRADE, D.; ANGERAMI, E. L. S. A auto-estima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou de palato. *Rev Latinoam Enferm*, 6: 37-41, 2001.

ASSUMPÇÃO Jr, F. B. Escala de avaliação de qualidade de vida (AUQIE Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé): validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. *Arq Neuropsiquiatr* 58: 119-127, 2000.

BANKS, P. The surgical anatomy of secondary cleft lip and palate deformity and its significance in reconstruction. *Br J Oral Surg*. 21:78–93, 1983.

BASTOS, J. M.; SALIBA, N. A.; UNFER, B. Considerações a respeito de SB e classes sociais. *Rev Paul Odont*, 4: 38-41, 1996.

BERGLAND, O; SEMB, G; ABYHOLM, F.; BORCHGREVINK, H.; ESKELAND, G. Secondary Bone Grafting and Orthodontic Treatment in: Patients with Bilateral Complete Clefts of the Lip and Palate. *Ann. Plast. Sur*, 17: 460- 474, 1986-A.

BERGLAND, O; SEMB, G; ABYHOLM, F. Elimination of the Residual Alveolar Cleft by Secondary Bone Grafting and Subsequent Orthodontic Treatment. *Cleft Palate Cranio-fac J* 23: 175- 205,1986-B.

BERTZ, J. E. Bone grafting of alveolar clefts. *J Oral Surg* 39: 874- 877, 1981.

BORTOLI, D.; LOCATELLI, F. A.; FADEL, C. B.; BALDANI, M. H. Associação entre Percepção de Saúde Bucal e Indicadores Clínicos e Subjetivos: Estudo em Adultos de um

Grupo de Educação Continuada da Terceira Idade. Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde, 9 : 55-65, 2003.

BOYNE, P. J. Autogenous Cancellous Bone and Marrow Transplants. Clin. Orthop. Relat. Res (73): 199-209,1970.

BOYNE, P. J.; SANDS, N. R. Secondary bone grafting of residual alveolar and palatal clefts. J Oral Surg 30: 87-92, 1972.

BRADLYN AS, RITCHEY AK HARRIS CV et al., Quality of life research in Pediatric Oncology. Research Methods and Barriers. Cancer; 78:1333-9,1996.

BROUNS J, EGYEDI, P. Osteotomy of the premaxilla. J Maxillofac Surg. 8: 182–186, 1980.

BROWN, R. I. The effects of quality of life models on the development of research and practice in the field of Down Syndrome. Down Syndr Res Pract, Southsea 5: 39-42, 1998.

BUCZYNSKI, A. K.; CASTRO, G. F.; SOUZA, I. P. R. O Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de Vida de Crianças Infectadas pelo HIV: Revisão De Literatura. Revista Ciência e Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

CAMPOS, R. G. Eu tenho a força. Rev Viver 10:17-26, 2001.

CANO, M. A. T.; FERRIANI, M. G. C.; ALVES, A. C.; NAKATA, C.Y. A produção do conhecimento sobre adolescência na enfermagem: período de 1983 a 1996. Rev Latinoam Enferm 6:91-7, 1998.

CARVALHO, L. E. P. Avaliação do nível de satisfação, capacidade, eficiência e performances mastigatórias em pacientes reabilitados com próteses fixas totais inferiores sobre implantes, sob carga imediata. Dissertação (Mestrado em Implantodontia)– Universidade do Sagrado Coração, Bauru. 100f, 2002.

COHEN, L. K.; JAGO, J. D. Toward the formulation of sociodental indicators. Int J Health Serv 6: 681-98, 1976.

DENNY, A. D.; TALISMAN, R; BONAWITZ, S. C. Secondary Alveolar Bone Grafting Using Milled Cranial Bone Graft: A Retrospective Study of a Consecutive Series of 100 Patients. J. Cleft Palate-Craniofacial 36:144-153, 1999.

EISER, C.; MOHAY, H.; MORSE, R. The measurement of quality of life in young children. *Child: Care, Health and Develop* 26: 401-14, 2000.

EISER, C.; MORSE, R. Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Qual Life Res* 10: 347-57, 2001.

ENEMARK, H. Comparative study of secondary and late secondary bone-grafting patients with residual cleft defects. Short-term evaluation. *Int J Oral Maxillofac Surg* 14: 384-398, 1988.

FADIMAN, J.; FRAGER, R. Teoria da personalidade. São Paulo: Harbra; 1979.

FERREIRA, R. A. Odontologia: essencial para a qualidade de vida. *Rev Assoc Paul Cirur Dent, São Paulo* 51: 514- 521, 1997.

FLECK, M. P. A; LEAL, O. F; LOUZADA, S; XAVIER, M; CHACHAMOVICH, E; VIEIRA, G. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. *Rev Bras Psiquiatr*; 21:19-28, 1999.

FREIHOFER, H. P. M.; JAGTMAN, A. K. Early Secondary Osteoplastic Closure of the Residual Alveolar Cleft in Combination with Orthodontic Treatment. *J CranioMaxillof Surg* 17: 26-27, 1989.

FREIHOFER, H.; VAN DAMME, P.; KUIJPERS-JAGTMAN, A. M. Early secondary osteotomy stabilization of the premaxilla in bilateral clefts. *J Craniomaxillofac Surg*. 19:2-6, 1991.

GARVILL, J; GARVILL H; KAHNBERG, K. E; LUNDGREN, S. Psychological factors in orthognathic surgery. *J Craniomaxillofac Surg* 20:28-33, 1992.

HEIDBUCHEL, K; KUIJPERS-JAGTMAN A. M.; FREIHOFER H. An orthodontic and cephalometric study on the results of the combined surgical-orthodontic approach of the protruded premaxilla in bilateral clefts. *J Craniomaxillofac Surg*. 21:60-66, 1993.

HINDS, P. Quality of life in children and adolescents with cancer. *Semin Oncol Nurs* 6: 285-91, 1990.

KOOLE, R.; BOSKER, H.; DUSSEN, N. V. D. Late Secondary Autogenous Bone Grafting in Cleft Patients Comparing Mandibular (Ectomesenchymal) and Iliac Crest (Mesenchymal) Grafts. *J Craniomaxillofac Surg* 17: 28-30, 1989.

KOOLE, R.; BOSKER, H.; NOORMAN, V.D. F. Late secondary autogenous bone grafting in cleft patients comparing mandibular (ectomesenchymal) and iliac crest (mesenchymal) grafts. Presentation, 4th Hamburg Int. Symp. Craniofacial Anomalies and Clefts of lip, Alveolus and Palate, Sept. 1987.

KUCZYNSKI, E; ASSUMPÇÃO, Jr. F. P. Definições atuais sobre o conceito de qualidade de vida na infância e adolescência. *Ped Mod* 35: 73-8, 1999.

LANDGRAF, J. M.; ABETZ, L. N. Measuring health outcomes in pediatric populations: issue in psychometrics and application. In: Spilker B, ed., *Quality of life and Pharmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1996.

LEONARD, B. J.; BRUST, J. D.; ABRAHAMS, G; SIELAFF, B. Self-concept of children and adolescents with cleft lip and/or palate. *Cleft Palate Craniofac J* 28: 347-53, 1991.

LOCKER D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: SLADE G. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecolog, p: 11-24, 1997.

LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community dent. health* 6: 23:32, 1998.

MASLOW, A. H. *Motivation and personality*. 2nd ed. New York (NY): Harper & How; 1970.

MATZA, L. S.; SWENSEN, A.R.; FLOOD, E. M.; SECNIK, K.; LEIDY, N. K. Assessment of health-related quality of life in children: a review of conceptual, methodological, an regulatory issues. *Value in health* 7: 79-92, 2004.

McGRATH, C.; BRODER, H.; WILSON-GENDERSON, M. Assessing the impact of oral health on the quality of children: implications for research and practice. *Comm Dent Oral Epid* 5: 32:81, 2004.

MOTOHASHI, N.; PRUZANSKI, S. Long-term effects of premaxillary excision in patients with complete bilateral cleft lips and palate. *Cleft Palate Cranio-fac J* 3; 177-87, 1985.

MULHERN, R. K; HOROWITZ, M. E; OCHS, J, Assessment of quality of life among Pediatric patients with cancer: Psychological assessment. *J Consult Clinic Psychol* 1: 130-6, 1989.

PADWA, B.; SONIS, A.; BAGHERI, S.; MULLIKEN, J. Children with repaired bilateral cleft lip/palate: effect of age at premaxillary osteotomy on facial growth. *J Plast Reconstr Surg* 104:1261–1269, 1999.

PINTO, V. G. *Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Santos Livraria Editora. 2000.

ROMERO, E. O corpo vivido. In: _____. *As dimensões da vida humana: existência e experiência*. São José dos Campos: Novos Horizontes;133-81, 1998.

SARAIVA, A. P.; NÓBREGA, M. S. G. Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome de Down na APAE - João Pessoa – Paraíba. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 3: 59-64, 2003.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. *Rev Saúde Pública* 31: 538-542, 1997.

SCOTT, J. K.; WEBB, R. M.; FLOOD, T. R.. Premaxillary Osteotomy and Guided Tissue Regeneration in Secondary Bone Grafting in Children With Bilateral Cleft Lip and Palate. *Cleft Palate Cranio-fac J* 44: 2007

SHEIHAM, A.; CROGG, S. H. The psychosocial impact of dental diseases on individuals and communities. *J Behav Med* 4: 257-72, 1981.

SHEIHAM, A.; MAIZELS, J. E; CUSHING, A. M. The concept of need in dental care. *Int Dent J* 32: 265-70, 1982.

SINDET-PEDERSEN, S; ENEMARK, H. Comparative study of secondary and late secondary bone-grafting patients with residual cleft defects. Short-term evaluation. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg* 14: 389-98, 1985.

SINDET-PEDERSEN, S.; ENEMARK, H. Reconstruction of Alveolar Clefts with Mandibular or Iliac Crest Bone Grafts: A comparative study. *J Oral Maxillofac Surg* 48: 554-558, 1990.

SPINA, V. A proposed modification for the classification of cleft lip and palate. *Cleft Palate Cranio-fac J* 10: 2512,1973.

VARNI, J. W.; BURWINKLE, T. M.; SEID, M.; SKARR, D. The PedsQL™ 4.00 as a pediatric population health measure: feasibility, reliability and validity. *Ambul Pediatr* 3: 329-41, 2003.

VERONEZ, F. S.; TAVANO, L. D'A. Modificações psicossociais observadas pós-cirurgia ortognática em pacientes com e sem fissuras labiopalatinas. *Arq Ciênc Saúde*. 12: 133-37, 2005.

WOLF, S. M. R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Rev Assoc Paul Cirurg Dent* 52: 307-16, 1998.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)