

A inclusão e a integração social pós-reposicionamento cirúrgico da pré-maxila em portadores de fissura lábio palatal bilateral

Social integration and inclusion after pre-maxilla surgical repositioning in patients with bilateral cleft palate and lip

*Kelston Ulbricht Gomes*¹, *Abrão Rapoport*², *João Luiz Carlini*³, *Carlos Neutzling Lehn*⁴, *Odilon Victor Porto Denardin*⁵

Palavras-chave: fissura labial, fissura palatina, transplante ósseo.

Keywords: cleft lip, cleft palate, bone transplantation.

Resumo / Summary

A fissura alveolar bilateral determina limitações funcionais e estéticas, determinando dificuldades de interação e integração no âmbito familiar e social. **Objetivo:** (A) avaliar as motivações e expectativas em relação ao tratamento e (b) avaliar a inclusão e integração social obtida pelo procedimento. **Material e Método:** Estudo observacional, retrospectivo em 50 participantes recrutados dentre 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, sendo 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 tratamento em busca de satisfação pessoal e, 86% relataram maior autoconfiança após a cirurgia. **Conclusões:** A maioria dos pacientes submetidos ao reposicionamento de maxila percebeu a avaliação pós-cirúrgica como continuidade dos cuidados dispensados previamente, com expectativa da aparência e melhora da autoconfiança e, 96% deles manifestaram satisfação com os resultados obtidos, o que facilitou sua inclusão e reintegração social.

Bilateral alveolar process fissure causes important functional and aesthetic limitations and thus difficulties in terms of social and family integration and interaction for these patients. **Aim:** (A) to assess motivations and expectations Treatment-wise and (B) to assess social inclusion and integration brought about by the surgery. **Materials and Methods:** retrospective observational study involving 50 participants recruited among the patients submitted to the pre-maxilla repositioning procedure from January of 2003 to July of 2005 at the Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio-Palatal in Curitiba (CAIF), Paraná, and an assessment questionnaire was used. **Results:** as far as the care protocol is concerned, results show a 90% success rate of surgeries. As to surgical and personal satisfaction rates are concerned, 76% sought treatment for personal satisfaction reasons and 86% reported having had more self-confidence after the surgery. **Conclusions:** Most of the patients submitted to the maxilla repositioning saw surgery as a continuation of the care previously given, with the expectation of better looks and self-confidence and, 96% of them were pleased with the results attained, which facilitated their social inclusion and re-integration.

¹ Mestrando pelo Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Hospital Heliópolis, São Paulo.

² Docente livre pela Faculdade de Medicina da USP, Diretor Técnico Dept^o Saúde - Hospital Heliópolis.

³ Doutor pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Cirurgião Buco-Maxilo-Facial do Centro de Atendimento Integral Lábio-Palatal de Curitiba, PR.

⁴ Doutor pela Universidade Federal de São Paulo, Chefe do Depto de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital Heliópolis, São Paulo.

⁵ Doutor pela Universidade Federal de São Paulo, Bioestatístico Hospital Heliópolis, Hospdel, São Paulo.

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da BJORL em 7 de março de 2008. cod. 5752

Artigo aceito em 29 de outubro de 2008.

INTRODUÇÃO

Os pacientes com fissura bilateral do processo alveolar com projeção exagerada da pré-maxila são vítimas de preconceito e dificuldade de relacionamento no seu grupo social. Por isso, os benefícios obtidos através da reconstrução do defeito maxilar não contribuem apenas para a aparência estética, mas podem restituir à criança sua identidade nos aspectos biológico, psicológico e sociocultural.

A reconstrução do defeito maxilar com enxerto ósseo autógeno beneficiou pacientes com fissura lábio-palatal, principalmente naqueles com fissura alveolar¹⁻⁴ unilateral. Para o tratamento da pré-maxila em pacientes com fissura bilateral existem modalidades, tais como a completa remoção da pré-maxila (promoção de um melhor fechamento do lábio⁵) e o reposicionamento da pré-maxila com enxerto ósseo autógeno^{6,7}.

O tratamento cirúrgico de pacientes com fissuras bilaterais pode ter implicações sérias, pois a manipulação da pré-maxila pode provocar alterações no crescimento ósseo da região. Há controvérsias sobre se a intervenção cirúrgica na pré-maxila deve ser realizada antes ou após o crescimento facial completo.

Além do aspecto técnico, deve ser levada em conta a expectativa do paciente e de familiares em relação ao resultado do método empregado, já que esta grave deformidade facial pode alterar a forma de inclusão e integração

do indivíduo acometido em seu meio social.

A partir da constatação da importância da saúde bucal, tem havido grande interesse na 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^{8,9}.

Assim, procuramos avaliar as motivações e expectativas em relação ao tratamento, bem como a percepção de inclusão e integração social pós-procedimento.

CASUÍSTICA E MÉTODO

O estudo envolveu uma amostra de 50 pacientes, sendo 33 (66%) do sexo masculino, 17 (34,4%) do feminino, todos portadores de fissura bilateral transforame, operados no período de janeiro de 2003 a julho de 2005 (trabalho aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº 552).

O procedimento foi complexo, e a inclusão social dos pacientes, principalmente na faixa etária, foi o principal benefício alcançado. O presente estudo buscou investigar e avaliar, de fato, as consequências sociais alcançadas e o impacto sobre a qualidade de vida dos pacientes, através de questionário que subsidiou o protocolo do CAIF. (Quadro 1)

Os pacientes foram orientados sobre a pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando as manobras propostas, assim como a divulga-

Quadro 1. Questionário para avaliação das expectativas dos fissurados lábio-palatinos.

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.
-

ção dos resultados. Foi dada total privacidade às crianças e responsáveis (sem limite de tempo) para responder às perguntas do questionário, e as respostas foram submetidas a uma avaliação conjunta com a pedagoga da Instituição, para avaliar o real benefício social. A técnica cirúrgica utilizada está descrita a seguir.

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 intrassulcular 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 mucoperiosteal.

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 incisada 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.

Na área doadora, quando a sínfise mandibular era utilizada, realiza-se uma incisão em mucosa labial, 1,5 cm abaixo da linha do vermelho do lábio inferior, incidindo 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 à nova arcada superior. O recobrimento do enxerto foi realizado com o retalho mucoperiosteal, deslocado através de incisões relaxantes no periosteio da base do retalho. O fechamento da fissura foi promovido com o retalho livre de tensão e a sutura realizada com fio de nylon.

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.

RESULTADOS

Quanto ao 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, sendo que os inferiores, dependendo do estágio de erupção dentária, podem dificultar a remoção do enxerto da região de sínfise mandibular, devendo espaço para realização da osteotomia sem causar danos às raízes dentárias com a broca de corte. (Foto 1). Apesar disso, na maioria dos pacientes (24), o enxerto foi removido da região da sínfise mandibular, e em 26 foi utilizado o enxerto de crista ilíaca, em fissurados mais graves.



Foto 1. Aspecto pré-operatório de fissura lábio palatal.

Após o paciente ser considerado apto para a cirurgia, é feita uma consulta pré-operatória, e são requisitados, ainda, radiografias de face, panorâmica, telerradiografia de perfil e radiografias intrabucais oclusal superior e periapical de incisivos superiores. 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 recolocada 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. Nesta fase, é confeccionado um guia cirúrgico em acrílico autopolimerizável, para ser usado no transoperatório 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.

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. (Foto 2).

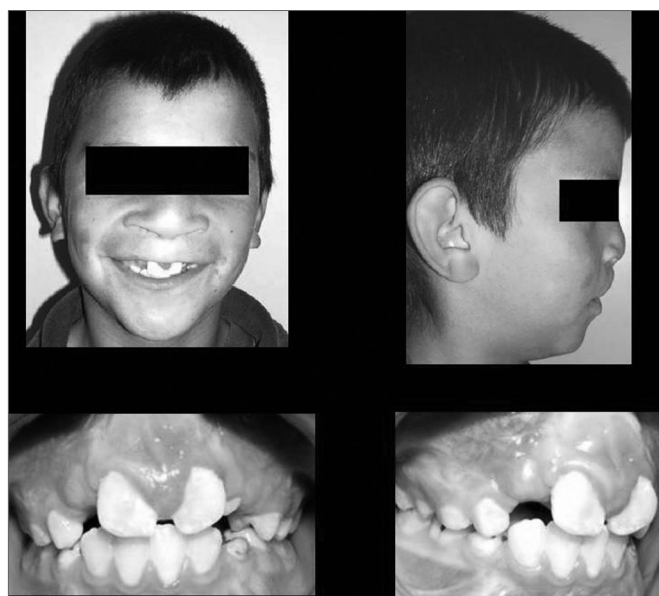


Foto 2. Aspecto pós-operatório de fissura lábio palatal.

Quanto ao motivo da procura pela cirurgia, 84% dos pacientes tiveram indicação profissional e apenas 16% procuraram a cirurgia para melhora de condições estéticas e funcionais. (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de frequências da variável motivo de procura pelo tratamento, na amostra total.

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

Quanto aos resultados em relação à expectativa em relação à melhora do tratamento, evidenciou-se que 76% procuraram a cirurgia por motivos de satisfação pessoal (estética). Em 18% dos entrevistados houve espera por melhora nos relacionamentos sociais e afetivos, e em 6% houve interesse pela melhora das condições profissionais. (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de frequências da variável expectativa de melhora com o tratamento, na amostra total.

Motivo de procura	Frequências	
	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. (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição de frequências da variável mudanças percebidas após o tratamento, na amostra total.

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

Quanto à satisfação com os resultados, 96% afirmaram estar satisfeitos. (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição de frequências da variável satisfação com os resultados do tratamento, amostra total.

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

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 anos¹⁰, sendo que os danos ao crescimento nessa região podem ter sido causados já durante o fechamento primário do lábio e/ou palato¹¹. Este 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 maxilar¹². Outros grupos de pesquisadores concordam que a osteotomia da pré-maxila proporciona um bom alinhamento do arco superior e devolvem uma inclinação mais satisfatória aos incisivos superiores¹³. Com relação ao tipo de enxerto utilizado, várias áreas doadoras podem ser utilizadas, sendo a mandíbula a área mais vantajosa decorrente da origem embrionária semelhante¹⁴⁻¹⁷.

Por outro lado, alguns estudos vêm analisando os aspectos psicossociais e os benefícios alcançados com o tratamento cirúrgico em pacientes fissurados bilaterais. Acreditam e estabelecem uma grande importância do complexo maxilofacial na concretização da fisionomia dos seres humanos, principalmente depois de analisarem os portadores de má-formação congênita lábio-palatal^{4,18}. 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 diluir com o tempo e minoradas pelo processo reabilitador, que deve se iniciar logo que possível⁹.

Um aspecto a ser destacado seria a repercussão do tratamento proposto na elevação da autoestima dos pacientes. A satisfação 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, desencadeando fracassos na sua trajetória ou processos patológicos variados¹⁹. Alguém cronicamente acometido de baixa autoestima pode ser uma pessoa que tenha sua saúde comprometida^{20,21}.

No presente estudo, relacionamos as melhoras alcançadas no convívio e desempenho escolar com a elevação do nível de autoestima 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 julgamentos⁹. Complementando ainda essa ideia, 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 autorrepresentação 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^{22,23}. O conceito de autoestima tem sido estudado e considerado como um importante indicador da saúde mental²⁴⁻²⁶. A crítica, em geral, enfoca a necessidade de aplicação de instrumentos precisos que permita avaliar a necessidade de autoestima de cada indivíduo, principalmente em crianças. Diante disso, é procedente a realização desse estudo que se caracterizou na avaliação dos níveis de autoestima em crianças com fissura bilateral do processo alveolar.

A análise dos instrumentos de mensuração de qualidade de vida em crianças revela a 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 paciente²⁷.

Um instrumento administrado por entrevista pode ser mais dispendioso que o questionário autoadministrado. Para crianças muito jovens ou gravemente debilitadas, responsáveis podem prover informações que não poderiam ser obtidas de outra forma. A perspectiva dos responsáveis é avaliar o impacto da saúde na criança e decidir se esta deve receber o tratamento a partir das variáveis determinantes da dinâmica familiar, o que é uma parte integral da qualidade de vida da criança²⁸.

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 paciente²⁸. Segundo, o relato de pais e mães pode não ser equivalente entre si^{29,30}, sendo recomendado que seja feita avaliação dos dois pais e depois cruzar as informações, com o objetivo de captar possíveis erros²⁸. 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 questionário²⁹, 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 criança²⁸. Devido a esta falta de consenso, alguns pesquisadores têm sugerido obter em conjunto informações de responsáveis e crianças³⁰. Esta abordagem pode prover uma informação mais completa de como a doença ou o tratamento causam impacto na vida das crianças e suas famílias²⁸. No entanto, autores³¹ afirmaram 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 autoavaliação 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 autonomia³².

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 belo³³. 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^{22,24}.

Quanto às mudanças, 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 reprimidas²⁵.

CONCLUSÕES

Os pacientes tratados concordam que resultados levaram à harmonia estética, além de modificações nas relações interpessoais e aumento da autoestima; maior integração social e maior cooperação diante das terapêuticas paralelas a recuperação²⁰.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boyne PJ. Autogenous cancellous bone and marrow transplants. *Clin Orthop*. 1970;73:199-209.
2. Boyne PJ, Sands NR. Secondary bone grafting of residual alveolar and palatal clefts. *J Oral Surg*. 1972;30:87-92.
3. Spina V. A proposed modification for the classification of cleft lip and palate. *Cleft Palate Cranio-Fac J*. 1973;10:2512.
4. Andrade D, Angerami ELS. A autoestima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou de palato. *Rev Latinoam Enferm*. 2001;6:37-41.
5. Abuzq H, Daskalogiannakis J, Forrest C. Management of the prominent premaxilla in bilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Cranio-fac J*. 2006;43:92-5.
6. 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*. 1986;23:175-205.
7. Ferreira RA. Odontologia: essencial para a qualidade de vida. *Rev Assoc Paul Cirur Dent*. 1997;51:514-21.
8. Bortoli D, Locatelli FA, Fadel CB, Baldani MH. 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*. 2003; 9:55-65.
9. Amaral VLAR. 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.
10. Enemark H. Comparative study of secondary and late secondary bone-grafting patients with residual cleft defects. Short-term evaluation. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1988;14:384-98.
11. Freihofer HPM, Jagtman AK. Early Secondary Osteoplastic Closure of the Residual Alveolar Cleft in Combination with Orthodontic Treatment. *J CranioMaxillof Surg*. 1989;17:26-7.
12. 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*. 1999;104:1261-9.
13. Heidbuchel K, Kuijpers-Jagtman AM, 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*. 1993; 21:60-6.
14. Brouns J, Egyedi P. Osteotomy of the premaxilla. *J Maxillofac Surg*. 1980;8:182-6.
15. Banks P. The surgical anatomy of secondary cleft lip and palate deformity and its significance in reconstruction. *Br J Oral Surg*. 1983;21:78-93.
16. Scott JK, Webb RM, Flood TR. Premaxillary Osteotomy and Guided Tissue Regeneration in Secondary Bone Grafting in Children With Bilateral Cleft Lip and Palate. *Cleft Palate Cranio-fac J*. 2007; 44(5):469-75.
17. Koole R, Bosker H, Dussen NVD. Late Secondary Autogenous Bone Grafting in Cleft Patients Comparing Mandibular (Ectomesenchymal) and Iliac Crest (Mesenchymal) Grafts. *J Craniomaxillof Surg*. 1989;17:28-30.
18. Leonard BJ, Brust JD, Abrahams G, Sielaff B. Self-concept of children and adolescents with cleft lip and/or palate. *Cleft Palate Craniofac J*. 1991;28:347-53.
19. Maslow AH. Motivation and personality. 2nd ed. New York (NY): Harper & How; 1970.

-
20. Campos RG. Eu tenho a força. *Rev Viver* 2001;10:17-26.
 21. Carvalho LEP. 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.
 22. Alves MCR. Aspectos psicológicos das intervenções cirúrgicas na área odontológica. *Odontol Mod.* 1985;12:48-52.
 23. Romero E. O corpo vivido. In: _____. *As dimensões da vida humana: existência e experiência.* São José dos Campos: Novos Horizontes 1998;133-81.
 24. Fadiman J, Frager R. *Teoria da personalidade.* São Paulo: Harbra; 1979.
 25. Wolf SMR. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 1998;52:307-16.
 26. Cano MAT, Ferriani MGC, Alves AC, Nakata CY. A produção do conhecimento sobre adolescência na enfermagem: período de 1983 a 1996. *Rev Latinoam Enferm.* 1998;6:91-7.
 27. Eiser C, Mohay H, Morse R. The measurement of quality of life in young children. *Child: Care, Health and Develop.* 2000;26:401-14.
 28. Matza LS, Swensen AR, Flood EM, Secnik K, Leidy NK. Assessment of health-related quality of life in children: a review of conceptual, methodological, and regulatory issues. *Value Health.* 2004;7:79-92.
 29. Landgraf JM, Abetz LN. 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.
 30. Eiser C, Morse R. Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Qual Life Res.* 2001;10:347-57.
 31. Assumpção Jr. FB. Escala de avaliação de qualidade de vida (AUQIE Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé): validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. *Arq Neuropsiquiatr.* 2000;58:119-27.
 32. Veronez, FS, Tavano LDA. Modificações psicossociais observadas pós-cirurgia ortognática em pacientes com e sem fissuras labiopalatinas. *Arq Ciênc Saúde.* 2005;12:133-37.
 33. Garvill J, Garvill H, Kahnberg KE, Lundgren S. Psychological factors in orthognathic surgery. *J Craniomaxillofac Surg.* 1992;20:28-33.