**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

**QUEILOPLASTIA DE FTB, COMPARAÇÃO DA TÉCNICA CLÁSSICA
DE SPINA COM A MODIFICADA PELO HRAC.**

RICARDO LIA MONDELLI

Orientador: Prof. Dr. Alceu Sergio Trindade Júnior

**Tese apresentada ao Hospital de
Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
da Universidade de São Paulo; Doutorado
em Ciências da Reabilitação. Área de
concentração: Fissuras Orofaciais e
Anomalias Correlacionadas**

**BAURU
2011**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

Rua Silvio Marchione, 3-20

Caixa postal: 1501

17012-900 – Bauru – SP – Brasil

Telefone: (14) 3235-8000

Prof.Dr. João Grandino Rodas Reitor da USP

Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas – Superintendente do HRAC-USP

Autorizo, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial
desta tese.

Ricardo Lia Mondelli

Bauru, 05 de agosto de 2011.

MONDELLI, Ricardo Lia

M745q Queiloplastia de FTB, comparação da técnica clássica de Spina com a modificada pelo HRAC./ Ricardo Lia Mondelli, Bauru, 2011.

146p.;Il.;30cm

Tese (Doutorado – Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo.

Orientador: Alceu Sérgio Trindade Júnior

Descritores: 1. Fissura labiopalatina bilateral, 2. Cirurgia labial,
3. Técnica de Spina modificada – HRAC-USP.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

FOLHA DE APROVAÇÃO

Tese apresentada e defendida por

Ricardo Lia Mondelli

E aprovada pela Comissão Julgadora em ____/____/____

Prof.(a) Dr.(a)

Instituição:

Prof.(a) Dr.(a)

Instituição:

Prof.(a) Dr.(a)

Instituição:

Prof.(a) Dr.(a)

Instituição:

Prof. Dr. Alceu Sérgio Trindade Júnior

Universidade de São Paulo – USP (Orientador)

Profa Dra Inge Elly Kiemle Trindade

Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP

Data de depósito da dissertação junto à SPG:

Agradecimentos

Ao meu orientador **Prof. Dr. ALCEU SÉRGIO
TRINDADE JÚNIOR** por sempre ter acreditado em
meu trabalho.

À **Deus** por nos permitir estar aqui neste momento.

Aos meus pais **José e Marisa**, obrigado por tudo que vocês fizeram e continuam fazendo.

À minha companheira **Cassiana**, pelo amor, carinho, companheirismo e alegria de poder estar ao seu lado.

Aos meus filhos **Giulia e Luca** pelo amor sempre demonstrado.

Ao HRAC-USP por poder realizar essa pesquisa.

À prof. Dra. **Inge Elly Kiemle Trindade**, presidente da comissão de Pós Graduação do HRAC-USP.

Ao Drs. **Marcos Lupercio Novo Silva e Ricardo Pedrosa Duarte** por tudo que me ensinaram e pela idealização da mudança técnica proposta.

Ao **Leonardo Fernandes da Cunha**, por toda ajuda na preparação das fotografias.

Ao setor de imagens do HRAC-USP, em especial a **Antonio Costa Neto**.

À **Leonice Furlanetti**, pela ajuda nas análises dos prontuários.

Aos colegas de pós graduação, em especial a **Fúlvia Veronez e Roberta Ribeiro Pinto** pela ajuda com o WHOQOL-bref.

As pessoas que colaboraram na avaliação das fotografias: **Prof. Dr. Alceu Sérgio Trindade Júnior, Dra. Ana Paula Fukushima, Dr. José Fernando Scarelli Lopes, Dr. Leonardo Fernandes da Cunha, Dra. Lilia Maria Von Kostrisch e Cassiana de Souza Garms**.

Ao Prof. Dr. **José Roberto Pereira Lauris**, pela gentileza em realizar as análises estatísticas, sempre com a maior presteza.

Aos funcionários do setor de tecnologia de informática do HRAC-USP pelo fornecimento das planilhas.

Aos funcionários do setor de prontuários do HRAC-USP, pela agilidade na separação e entrega dos mesmos.

Aos funcionários HRAC-USP pela paciência, o meu muito obrigado pelo apoio e colaboração sempre constantes.

Aos funcionários do centro cirúrgico do HRAC-USP, pela amizade e ajuda nesses anos todos.

Às bibliotecárias da UEP do HRAC-USP pela dedicação e tempo disponibilizados.

Aos professores da Pós-Graduação do HRAC-USP pelos ensinamentos prestados.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação do HRAC-USP, **Andréia Cristina da Silva, Rogério da Silveira e Maria José Bento Lopes** pela atenção e carinho recebidos.

À **Abilio Manoel Batista Pinto e Adnice Ruiz Pedro** pela montagem e editoração desta tese.

Muito obrigado.

Entre o sono e sonho

Entre o sono e sonho,
Entre mim e o que em mim
É o quem eu me suponho
Corre um rio sem fim.

Passou por outras margens,
Diversas mais além,
Naquelas várias viagens
Que todo o rio tem.

Chegou onde hoje habito
A casa que hoje sou.
Passa, se eu me medito;
Se desperto, passou.

E quem me sinto e morre
No que me liga a mim
Dorme onde o rio corre -
Esse rio sem fim.

Fernando Pessoa, 11-9-1933

Resumo

Mondelli, RL. Queiloplastia de FTB, comparação da técnica clássica de Spina com a modificada pelo HRAC. [Tese] Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2011.

Introdução: As fissuras bilaterais de lábio e palato sempre apresentaram divergências a respeito de seu tratamento cirúrgico. Nesta pesquisa duas técnicas cirúrgicas para correção de fissuras de lábio bilaterais, a Clássica de Spina (grupo S) e a de Spina modificada pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP) (grupo TD) foram comparadas. Os objetivos deste estudo foram: determinar os resultados estéticos, as complicações pós-operatórias imediatas e mediatas, a satisfação pessoal da aparência e do tratamento recebido, bem como a qualidade de vida em indivíduos com fissuras transforame bilateral, operados no HRAC-USP pelas técnicas de Spina e Spina modificada pelo HRAC-USP. **Método:** Após aprovação do comitê de ética e pesquisa e obtenção do consentimento informado, foram avaliados setenta e seis indivíduos, 48 do sexo masculino e 28 do sexo feminino. O grupo S apresentou-se com 44 indivíduos e o grupo TD com 32. Julgadores fizeram análises subjetivas em fotografias de sete atributos em cada indivíduo, utilizando-se de uma escala numérica de 1 a 5. Da análise de prontuários foram obtidas as complicações pós operatórias imediatas e mediatas, além do número de internações cirúrgicas e do número de retornos ambulatoriais. Os próprios indivíduos responderam a duas escalas visuais analógicas (EVA), uma de satisfação da sua aparência e outra do tratamento recebido no HRAC-USP e também a um questionário de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-bref). **Resultados:** As duas técnicas cirúrgicas utilizadas não mostraram diferença estatística nas análises fotográficas subjetivas. As complicações cirúrgicas imediatas e mediatas foram semelhantes entre os grupos.

Houve diferença estatística significativa quanto ao número de cirurgias ($p=0,0000$), o grupo S apresentou 8,06 (2,18) e o grupo TD apresentou 4,72 (1,45) internações cirúrgicas, os atendimentos ambulatoriais não apresentaram diferenças apresentando para o grupo S 27,49 (17,58) e 22,31 (15,38) vindas ao hospital. As escalas visuais analógicas (EVA) de satisfação da aparência apresentaram para o grupo S 53,80 (14,46) e TD 57,54 (14,41) e do tratamento recebido no HRAC-USP para S 68,14 (11,16) e TD 63,18 (11,39). O WHOQOL-bref também não mostrou diferença entre os grupos em nenhum dos seus domínios. **Conclusão:** As queiloplastias realizadas pelas técnicas de Spina e de Spina modificada pelo HRAC-USP, não mostraram diferença estatística nos resultados das avaliações fotográficas, das complicações pós operatórias imediatas e mediatas, do número de atendimentos ambulatoriais, das escalas visuais analógicas de satisfação da aparência e do atendimento recebido no HRAC-USP, e do questionário de qualidade de vida. Os indivíduos operados pela técnica de Spina modificada pelo HRAC-USP apresentaram menos internações cirúrgicas que indivíduos os operados pela técnica clássica de Spina, com resultados estatísticos significativos.

Descritores: 1.Fissura labiopalatina, 2.Cirurgia labial, 3.Técnica de Spina modificada - HRAC-USP

Abstract

Mondelli, RL. Cheiloplasty of bilateral cleft lip and palate, comparison of Spina classical technique and a modified by HRAC. [Thesis] Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2011.

Background: The bilateral cleft lip palate ever had a divergence of its treatment. In this research two techniques to correction bilateral cleft lip, Spina classic technique (S group) and Spina modified by HRAC-USP (TD group). **Aims:** Determine the esthetical results, immediate and mediate postoperative complications, the number of surgeries and ambulatory attendance, the personal satisfaction with its appearance and received attendance, and the quality of life in subjects with bilateral cleft lip palate, operated in the HRAC-USP by Spina and Spina modified by HRAC-USP techniques of cheiloplasty. **Method:** After approve of the ethical committee and attainment of assent, was evaluated 74 subjects, 46 male and 28 female. The S group had 42 and the TD group with 32 subjects. Judges made facial analysis in photographs of seven attributes in each subject, using an analogical scale of 1 to 5. From the bedside assessment the immediate and mediate complications was taken. The number of surgical procedures and ambulatorial coming was tabulated. The own subjects answer two visual analogical scale (EVA) of satisfaction of appearance and the treatment received at HRAC-USP and an OMS quality of life questionnaire (WHOQOL-bref). **Results:** The two techniques utilized did not show statistic difference in the subjective facial analyses. The immediate and mediate complications were similar between the groups. There were significant difference in the number of surgical procedures ($p=0000$), S group had $8,06 (\pm 2,18)$ and TD group $4,72 (\pm 1,45)$ surgical internment. The ambulatory coming did not show differences, the S group had $27,49 (\pm 17,58)$ and TD $22,31 (\pm 15,38)$ coming to the Hospital. The visual analogical scales (EVA) of satisfaction whit the appearance shows for S group $53,80 (\pm 14,46)$ e TD $57,54 (\pm 14,41)$ and the do

treatment received at HRAC-USP for S group 68,14 ($\pm 11,16$) e TD 63,18 ($\pm 11,39$). The WHOQOL-bref did not show differences between the groups in none of their dominion. **Discussion:** All elements of this work were interpreted and analysis was performed whit literature correlation. **Conclusion:** The cheiloplasty whit the technique of Spina and Spina modified by HRAC-USP, did not show statistical difference in the results of photographs evaluation, immediate e mediate complications, the number of coming to the hospital, the visual analogical scale of satisfaction whit the appearance and the treatment received at HRAC-USP and the questionnaire of quality of life. The subjects submitted to the Spina technique modified by HRAC-USP shows less surgical procedures that those submitted to the classical Spina technique whit statistical significance difference.

Key words: 1.Cleft lip and palate, 2.Lip surgery, 3.Spina technique modified by HRAC-USP.

Sumário

Resumo	
Abstract	
Lista de abreviações	
1 Introdução.....	27
2 Objetivo	39
3 Método	43
3.1 Aspecto ético.....	45
3.2 Seleção de indivíduos e protocolo cirúrgico.....	45
3.3 Avaliação facial.....	46
3.4 Complicações pós-operatórias.....	53
3.5 Satisfação de aparência e do tratamento recebido.....	55
3.6 Atendimentos cirúrgicos e ambulatoriais realizados no HRAC-USP.....	56
3.7 WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life.....	57
4 Resultados.....	61
4.1 Análises faciais.....	63
4.2 Complicações pós-operatórias imediatas e mediatas.....	64
4.2.1 Imediatas.....	64
4.2.2 Mediatas.....	65
4.3 Número de atendimentos cirúrgicos e ambulatoriais realizados pelos grupos no HRAC-USP.....	66
4.4 EVA de satisfação da aparência e do tratamento recebido no HRAC-USP.....	66
4.5 WHOQOL-Bref.....	67
5 Discussão.....	69
5.1 Discussão do método.....	71
5.2 Discussão dos resultados.....	83
6 Conclusão.....	97
7 Referências.....	101
Anexos.....	115

Lista de Abreviaturas

Dom	domínio
dp	desvio padrão
EVA	escala visual analogical
FISC	Facial impairment scales for clefts
FTB	Fissura tranforame bilateral
Grupo S	Indivíduos tratados pela técnica de Spina
Grupo TD	Indivíduos tratados pela técnica de Spina modificada pelo HRAC-USP
HRAC-USP	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo
n	número de indivíduos
não sign	não significativa
OMS	Organização Mundial da Saúde
p	significância
sign	significante
t	estatística t
TI	Tecnologia de informática
U	Mann-Whitney teste
VLS	Vermilion, lip, scar
WHOQOL-bref	World Health Organization Quality of Life abreviado

1. Introdução

As fissuras labiopalatinas são lesões faciais com grande repercussão na funcionalidade e sociabilidade do indivíduo. As deformidades do nariz, lábio e palato, associadas aos distúrbios característicos da fala, afastam as crianças do convívio social, particularmente no período escolar (Shaw, Meek e Jones 1980).

O atendimento as pessoas com fissuras labiopalatinas se reveste de uma característica interdisciplinar, onde atuam o cirurgião, o cirurgião bucomaxilofacial, o cirurgião-dentista, o otorrinolaringologista, o pediatra, o clínico, o neurologista, o fonoterapeuta, o enfermeiro, o fisioterapeuta, o psicólogo, o assistente social, o nutricionista, entre outros.

Tal equipe necessita investigar detalhadamente o quadro apresentado pelo indivíduo e adotar uma proposta global de atendimento ao indivíduo, proporcionando um tratamento interdisciplinar que pressupõe uma longa, cronológica e contínua convivência entre indivíduo e equipe, visando um resultado adequado ao complexo processo de reabilitação.

Muitos indivíduos se negam a por um fim em seu tratamento buscando cada vez mais a perfeição. A equipe envolvida na reabilitação deve avaliá-lo criteriosamente, tanto esteticamente quanto fisiológica e psicologicamente para que se complete o tratamento com o mínimo de traumas possíveis.

Sabe-se que o indivíduo com fissura, mesmo operado, tem restrita vida social, é submetido a chacotas, apelidos, discriminação, casa-se menos e tem menores chances de conseguir emprego (Shaw, Meek e Jones 1980). Faces atrativas estão associadas com inteligência, honestidade e boa ética no trabalho (Jefferson 1995).

Os efeitos adversos do fracasso escolar, quando a criança não desenvolve sua capacidade produtiva, têm apontado para a existência de relação entre dificuldades de aprendizagem e baixa auto-estima, aceitação e popularidade perante os colegas (Linhares et al. 1993).

Segundo Dalben em 2004, modificações positivas no comportamento dos indivíduos com fissura labiopalatina, além de diminuir os preconceitos, proporcionaram o acesso ao ensino regular e a convivência com crianças sem anomalias, fato este que não ocorria no passado.

Estas modificações foram consideradas, levando à necessidade dos mesmos serem acompanhados por profissionais de equipes interdisciplinares, favorecendo a reabilitação do indivíduo, não se restringindo apenas às cirurgias reparadoras primárias, mas estendendo-se a atuação preventiva e da melhora da função estética e funcional, promovendo melhorias na qualidade de vida.

A cirurgia reconstrutora visa, então, não apenas corrigir os defeitos anatômicos, mas proporcionar a reabilitação psicológica e social do indivíduo como um todo.

Além da correção da fissura, corrigir anormalidades faciais musculares e esqueléticas alivia muitos problemas como cefaléias, dores cervicais e torácicas, alterações respiratórias, auditivas entre outras (Jefferson 1995).

Salienta-se a participação decisiva do cirurgião na reconstrução da fissura, com profundo significado funcional, sem perder de vista a relevância do componente estético e o crescimento facial (Mulliken 2009).

Os cirurgiões sempre consideraram um desafio o tratamento cirúrgico destas fissuras.

Mulliken (2009) em artigo de revisão do tratamento de fissuras, reitera sua tese onde o cirurgião além de pensar tridimensionalmente na reconstrução de fissuras, necessita também estar muito atento as alterações nasolabiais durante o crescimento facial e as distorções que possam ocorrer durante o tratamento.

A história do tratamento cirúrgico das fissuras labiopalatinas encontra-se muito bem descrita por Converse, Hogan e McCarthy (1977) os quais relatam que a primeira tentativa de fechamento do lábio com sucesso, foi realizada na China, aproximadamente em 390 a.C. A cauterização na cirurgia árabe e a abrasão pelos cirurgiões Greco-Romanos também foram descritas. Refere Yperman (citado em Converse, Hogan e McCarthy 1977), cirurgião flamengo, que relatou pela primeira vez a descrição completa da fissura labial e seu reparo cirúrgico.

Em 1844, Pancoast utilizou técnica similar para fechamento do lábio e Langenbeck que utilizou dois retalhos bipediculados mucoperiostais no fechamento do palato, técnica preconizada até hoje com algumas modificações.

O primeiro cirurgião a fechar fissuras bilaterais em uma mesma, cirurgia foi Hagerdon (1892).

Em 1898, Jacques Houllier corrigiu fissuras palatinas devido à sífilis ou lesões por arma de fogo com alto índice de recidivas.

Em 1946 iniciou-se o uso da zetaplastia, que teve como finalidade o aumento do tamanho das vertentes acarretando uma acomodação dos tecidos e favorecendo um equilíbrio na altura do lábio. Este procedimento primeiro com retalhos baixos de Tennison e posteriormente com a zetaplastia alta de Millard Júnior (1957).

A contribuição brasileira veio com o professor Spina (1974) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, descrevendo sua própria técnica para fechamento do lábio.

Professor Spina descreveu primeiramente o método de fechamento de lábios com fendas unilaterais e mais tardiamente a técnica de fechamento para fissuras bilaterais.

Esta técnica preconizava aos três meses a adesão de uma das vertentes ao prolábio, sempre a mais ampla. Um segundo tempo cirúrgico, aos seis meses, com a adesão da vertente contra lateral. E um terceiro tempo cirúrgico, aos 6 anos, para a plástica definitiva.

A partir de 1992, dois cirurgiões do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC-USP) Dr. Marcos Lupercio Novo Silva e Dr. Ricardo Pedrosa Duarte, e eu, realizamos já na cirurgia primária, a partir dos três meses de idade a plástica definitiva, com liberação das asas nasais da fossa piriforme, rotação e reposicionamento das mesmas, liberação do prolábio da pré-maxila e confecção de dois retalhos musculares para preenchimento do prolábio que era seccionado com tecido do vermelhão em triângulo com base superior.

A partir de um determinado momento, com vários indivíduos operados, envolvendo inclusive fendas amplas e com pré-maxila projetada passamos a realizá-las em todos os indivíduos com fissura bilateral.

Esta mudança técnica foi o alvo desta pesquisa, comparando-se dois grupos de indivíduos com fissura transforame incisivo bilateral (FTB) operados e regularmente matriculados no HRAC-USP.

O primeiro grupo formado por casos operados pela técnica clássica descrita por Spina (Grupo S), e o segundo grupo formado por indivíduos operados pelo terceiro tempo da técnica de Spina já na cirurgia primária (Grupo TD).

Após 18 anos do início deste projeto, há necessidade de avaliar cuidadosamente, de forma crítica e científica, se realmente o aspecto estético alcançado foi o esperado, além dos benefícios da realização de menos tempos cirúrgicos, se os resultados entre as duas técnicas cirúrgicas se mostrarem semelhantes e como esta a vida deste indivíduo, tanto social como psicológica.

Muitas são as variáveis que podemos encontrar neste projeto, mas nos focaremos na comparação estética dos resultados das técnicas cirúrgicas, complicações cirúrgicas, quantidade de atendimentos ambulatoriais e cirúrgicos, avaliação da satisfação com o resultado e do tratamento recebido no HRAC-USP, e na qualidade de vida.

Nos indivíduos com fissura labiopalatina, a questão estética assume importância relevante, uma vez que estes, mesmo operados negligenciam sua percepção de atratividade, sendo esta complexa e altamente individual (Asher-McDade et al 1991).

Exatamente nesta área reside a maior dificuldade da avaliação, uma vez que, reitera-se, não se pode falar em definições, mas em conceitos.

Devido às várias técnicas cirúrgicas utilizadas para o reparo das fissuras, os autores passaram a analisar a qualidade do reparo efetuado.

No HRAC-USP, Assunção em 1992 fez análises utilizando-se da tríade "vermelion, lip and scar V.L.S.", por meio de notas proporcionais à qualidade de cada um dos parâmetros da tríade. Assim, para o vermelhão notas de zero a sete,

contemplando desde um lábio sem deformidades até um desnível acentuado na transição cutaneomucosa; o lábio de zero a seis desde sem diferença de altura até o lábio lateral curto; e a cicatriz de zero a cinco, variando de cicatriz normal até a cicatriz queloideana.

Outro estudo de análise de resultados estéticos do tratamento cirúrgico de indivíduos com fissuras é o *Facial Impairment Scales for Clefts FISC* (Tobiansen, Hiebert e Boraz 1991), que apresenta uma escala das sequelas do tratamento.

Neste caso fotografias de indivíduos operados foram examinadas e comparadas as sequelas adquiridas, variando de um a 24 pontos, sendo o número um correspondente ao menor grau de comprometimento e o 24 relacionado ao tratamento com sequelas importantes.

Ritter et al em 2002, avaliaram o grau de concordância entre examinadores nas avaliações subjetivas sobre a severidade da cicatriz de lábio. Esse estudo mostra que a análise subjetiva pode ser afetada, tanto pela metodologia quanto pela experiência dos julgadores.

Outros também estudaram análises faciais, como exemplo temos o Eurocleft que é uma associação de vários países da Europa, que tem como gestores Suécia, Noruega, Finlândia, Islândia, Reino Unido e Dinamarca e tem como um de seus objetivos principais a padronização e melhoria do atendimento de indivíduos com fissura labiopalatina.

Asher-McDade et al (1992) desenvolveram uma pesquisa junto ao Eurocleft para um estudo multidisciplinar de avaliação de indivíduos com fissura unilateral. Nessa análise facial subjetiva, feita por vários examinadores, avaliaram-se quatro parâmetros da face: forma nasal, desvio nasal, borda do vermelhão e perfil nasal (Figura 1).

FIGURA 1 - Referências fotográficas para os índices da área nasolabial em fissuras unilaterais de lábio e palato. Os números de 1 a 5 representam os escores de 1, aparência muito boa, ao 5, aparência muito pobre. A visão frontal da forma nasal, B visão frontal do desvio nasal, C visão frontal da borda do vermelhão D perfil nasal. Retirado de Shaw et al (2000).

Trabalho semelhante apresentou Kuijpers-Jagtman et al em 2009, utilizando a mesma metodologia.

Essas fotografias preparadas e padronizadas foram apresentadas separadamente. Examinadores usando uma escala de um a cinco avaliaram estes atributos. Este modelo de avaliação foi utilizado em nosso trabalho com algumas modificações.

Este projeto do Eurocleft foi desenvolvido para portadores de fissura transforame incisivo unilateral, estatisticamente a mais encontrada na população do em geral e no HRAC-USP (Freitas et al 2005), no entanto, na literatura mundial, não há dados consistentes a respeito da análise da estética facial em indivíduos com fissura bilateral.

Portanto, o presente estudo se baseará na essência desta avaliação dos resultados cirúrgicos dos indivíduos com fissura unilateral, sendo esta adaptada para aplicação em indivíduos com fissuras bilaterais, respeitando suas particularidades como: projeção e/ou desvio da pré-maxila, amplitude da fenda, tamanho do prolábio, altura das vertentes laterais, espessura do lábio, altura da columela, amplitude da fenda, presença de bandeleta de Simonart, desnível maxilar, entre outros.

Também faz parte deste estudo uma análise das complicações pré operatórias imediatas e mediatas, além de uma contagem de retornos cirúrgicos e ambulatoriais ao HRAC-USP.

Concomitante, os próprios indivíduos a partir de uma escala de satisfação pessoal de sua aparência, em que zero significa muito insatisfeito e dez muito

satisfeito, e outra escala de satisfação para o tratamento recebido no HRAC-USP como um todo, usando-se uma escala semelhante.

O tratamento de indivíduos com fissura visa não somente a recuperação física anatômica propriamente dita, mas uma reabilitação psicossocial também, reabilitação esta, no sentido mais amplo da palavra definida pela própria Organização Mundial da Saúde (OMS).

Na última década ocorreu uma dissiminação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida, a maioria desenvolvidos nos Estados Unidos e com interesse de tradução para utilização em outras culturas (Fleck et al, 2000).

A tradução de qualquer instrumento de avaliação é um tema controverso. Autores criticam a possibilidade de que o conceito de qualidade de vida possa ser não-ligado a cultura (Fox-Rushby e Parker 1995).

Outros autores consideram o conceito de uma "cultura universal" de qualidade de vida, isto é, que independente de nação, cultura ou época, é importante que as pessoas se sintam bem psicologicamente, possuam boas condições físicas e sintam-se socialmente integradas e funcionalmente competentes (Bullinger et al 1993).

Para avaliar a qualidade de vida a OMS estuda desde 1991 um teste subjetivo o WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality Of Life, 1994), que é utilizado em várias áreas da medicina e, no Brasil, validado por Fleck et al (2000).

O teste avalia a qualidade de vida por meio de parâmetros físicos, psicológicos, relações sociais e meio ambiente, permitindo uma abordagem multidisciplinar do tema (Fleck et al 2000, Skevington et al 2004 e Berlim et al 2005) e será utilizado nesta pesquisa.

A longa e complexa reabilitação do indivíduo com fissuras bilaterais de lábio e palato e uma discussão sobre a qualidade do tratamento oferecido pelo HRAC-USP, além de propostas de mudanças na tentativa de minimizar o sofrimento, diminuir as sequelas, oferecer uma vida social e psicológica digna, motivaram a realização desta pesquisa.

2. Objetivo

Determinar os resultados estéticos, as complicações pós-operatórias imediatas e mediatas, a satisfação pessoal da aparência e do tratamento recebido, bem como a qualidade de vida em indivíduos com fissuras transforame bilateral, submetidos à queiloplastia bilateral no HRAC-USP pelas técnicas de Spina e Spina modificada pelo HRAC-USP.

3. Método

3.1 Aspecto ético

Esta pesquisa foi autorizada pelo comitê de ética e pesquisa do HRAC-USP (anexo 1) e todos os indivíduos desta pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 2), e autorização para publicação de imagem (anexo 3). Todos estão regularmente matriculados no HRAC-USP, local da realização desta pesquisa. Todos os indivíduos vieram em consulta regular de ambulatório ou cirurgia aproveitando-se estas vindas para as avaliações necessárias desta pesquisa.

3.2 - Seleção de indivíduos e protocolo cirúrgico:

Os mesmos indivíduos selecionados já foram submetidos a uma pesquisa prévia realizada por Okada et al (2005) do HRAC-USP com colaboração da Dra. Gunvard Semb da Universidade de Oslo. Esta pesquisa consistiu em análises de crescimento facial e relação interarcos em indivíduos com fissuras bilaterais de lábio e palato. De comum acordo, aproveitamo-nos desta mesma amostra utilizada por Osawa et al (2005), para esta nova pesquisa. Como critério de inclusão destacamos que esses indivíduos apresentavam fissura transforame incisivo bilateral, realizaram as queiloplastias exclusivamente no HRAC-USP, no período entre 1990 e 1997, pela técnica clássica de Spina em três tempos e pela técnica de Spina modificada pelo HRAC-USP em tempo único já numa primeira cirurgia à partir dos três meses de idade.

Foram selecionados 74 indivíduos, sendo 46 do sexo masculino e 28 do sexo feminino, e que não apresentavam outras síndromes associadas. Dois grupos foram formados de acordo com o protocolo cirúrgico adotado, sendo 42 desses

operados pela técnica clássica de Spina (Grupo S) e 32 casos operados pela técnica modificada pelo HRAC-USP (Grupo TD). Esta divisão dos grupos foi feita de acordo com o protocolo cirúrgico adotado.

No grupo S os indivíduos a partir dos três meses de vida, foram submetidos à queiloplastia unilateral primária e após mais três meses, à queiloplastia contralateral, também primária, sendo estas duas cirurgias caracterizadas pela adesão cirúrgica das vertentes laterais ao prolábio.

Aos 6 anos, um terceiro tempo cirúrgico era realizado, com abertura total do lábio em suas duas vertentes, liberação das asas nasais da fossa piriforme, e o prolábio liberado da pré-maxila.

Já no grupo TD os indivíduos eram submetidos a queiloplastia bilateral em um primeiro tempo cirúrgico, após o terceiro mês de vida, sendo foi realizado o tempo definitivo preconizado por Spina aos 6 anos.

3.3- Avaliação facial.

Fotografias frontais, dos perfis e inferior da columela da face de todos os indivíduos foram realizadas e obtidas no laboratório fotográfico do HRAC-USP, utilizando-se uma câmera Nikon® 100 distância focal de um metro (regulagem da lente macro 100/35 mm), velocidade de 60 e a abertura da lente de 11. Cada indivíduo foi fotografado sentado, olhando diretamente para seus olhos refletidos em um espelho colocado à sua frente. Essa posição corresponde à “posição natural de cabeça” de Broca (Fricker 1982, Ellenbogen e Swara 1984, Cooke e Wei 1988, Chiu e Clark 1991, Ferrario et al 1993, Moorrees 1994).

Nas fotografias de perfil direito e esquerdo, o mesmo método foi utilizado, colocando-se o espelho em frente ao indivíduo, portanto com um ângulo de 90° em relação à câmera fotográfica. Cada sujeito foi instruído a manter uma postura ereta, “natural e normal”, com ambos os braços livres ao lado do tronco.

Na fotografia com incidência inferior da columela, o indivíduo ficava sentado, fazendo uma hiper extensão da cabeça, proporcionando uma boa exposição das narinas e columela.

Durante cada fotografia, as arcadas dentárias apresentavam-se sempre em repouso fisiológico.

Para obter-se uma referência vertical verdadeira, foi usado um fio preso ao teto, próximo da cabeça, e com um peso em sua extremidade.

A preparação das fotografias foi realizada baseando-se no protocolo do Eurocleft (Asherr-McDade et al 1992), com algumas modificações, pelas próprias particularidades das fissuras bilaterais. Foram acrescentadas análises dos dois perfis e também da visão frontal total da face e visão inferior da columela. Também foram utilizados para a coleta das fotografias conceitos apresentados pelo Institute of Medical Illustrators guidelines, que pode ser encontrado no sítio www.imi.org.uk, que nos apresenta uma excelente revisão de como fotografias de indivíduos com fissuras devem ser padronizadas e que são frontal, 3/4 oblíqua, ambos os perfis e visão inferior da columela (Kuijpers-Jagtman et al 2009). Também foram utilizados conceitos relatados por Asher-Mcdade et al (1991) que publicaram estudo de avaliação de fotografias de indivíduos com fissuras unilaterais.

As fotografias eram recortadas no computador, detalhando o local a ser estudado, e estes cortes fotográficos eram mostrados individualmente para os examinadores.

Estas fotografias também são semelhantes a que utilizamos nesta pesquisa, onde os seguintes atributos foram estudados:

- a- Aparência nasoalveolar: simetria do septo nasal e deformidade das asas nasais (visão frontal), figura 2a.
 - b- Estética nasal: alinhamento da base nasal e a deformidade das asas nasais (frontal e próximo aos intróitos e asas nasais), figura 2b.
 - c- Lábio superior: simetria das bordas do vermelhão, cicatriz do vermelhão, forma e espessura do lábio (visão frontal), figura 2c.
 - d- Cicatriz: cicatriz da pele, presença de quelóides e retração cicatricial (visão frontal), figura 2c.
 - e- Perfil direito e esquerdo: convexidade da face, proeminência do lábio superior e especialmente a proeminência zigomática (visão do perfil facial direito e esquerdo), figuras 2d e 2e.
 - f- Face total: harmonia total da face (visão frontal), figura 2f.
-

Figura 2: Amostra de fotografias de indivíduo da pesquisa.

Estas fotografias foram preparadas para a apresentação aos examinadores da seguinte maneira:

Aparência nasoalveolar, um recorte da visão frontal do nariz foi mostrada, não aparecendo cabelos, olhos, boca ou orelhas.

Na preparação das fotografias da estética nasal, apenas o recorte do introito nasal e as asas nasais foram destacadas.

Na confecção das fotografias da aparência do lábio superior e da cicatriz, cortou-se pouco abaixo da borda distal do lábio inferior até a base da columela verticalmente e horizontalmente pouco além das comissuras labiais.

As fotografias dos perfis foram cortadas antes das orelhas e as da visão frontal da face foram preparadas sem cortes.

Essas imagens serão apresentadas em data show, num mesmo momento para todos os examinadores (anexo 4).

Havia cinco examinadores habituados ao tratamento de indivíduos com fissuras e dois não habituados ao tratamento. Diversos estudos já realizados nessa linha de pesquisa demonstraram que uma amostra de avaliadores deve ser a mais heterogênea possível, com o objetivo de reduzir influências individuais (Howells e Shaw 1985, Evanko, Freeman e Cisneros 1997, Phillipis, Tulloch e Dann 1992).

Na literatura estudada observou-se uma tendência dos diversos autores selecionarem artistas (Burstone 1958), ortodontistas (Bittner e Pancherez 1990, Czarneck, Nanda e Currier 1993), leigos (Howell e Shaw 1985, Evanko et al 1997) e diferentes combinações desses 3 grupos (Cox e Van Der Linden 1971 e Hall et al 2000), na composição de suas amostras de avaliadores. Reis et al (2006) demonstraram a importância de vários examinadores, de várias profissões em avaliações faciais subjetivas.

Assim, as fotografias foram apresentadas por ordem crescente da numeração dos prontuários e nenhum dos examinadores sabia a qual grupo estas fotografias pertenciam.

Notas de um a cinco foram dadas por cada examinador, para cada fotografia analisada. Estas notas corresponderam a uma escala da avaliação estética, onde a nota um correspondeu ao resultado muito bom, a nota dois ao resultado bom, a nota três ao resultado satisfatório, a nota quatro ao resultado ruim e a nota cinco ao resultado muito ruim.

Antes da apresentação das fotografias do estudo, foi feita uma explanação, para que os examinadores pudessem entender o que e como realizar essa tarefa.

Foi explicado o conteúdo da pesquisa e posteriormente feita uma apresentação de fotografias de outros indivíduos, aqui chamadas de controle, que não os indivíduos desta pesquisa, para que estes examinadores pudessem entender e avaliar cada nível da graduação das notas para sua percepção do resultado obtido pela cirurgia.

Estas fotografias do controle seguiram o mesmo padrão e foram preparadas da mesma maneira que as fotografias da pesquisa (anexo 4).

Mostraram os diferentes níveis de qualidade dos resultados do tratamento obtido. Então, para a aparência nasoalveolar, como exemplo, foram mostradas várias fotografias de alguns indivíduos, com todas as graduações da avaliação, mostrando resultados do muito pobre ao muito bom e assim sucessivamente, para cada um de todos os outros atributos estudados.

Estas fotografias e ficavam expostas ao lado da apresentação principal, por outro data show e os examinadores puderam tirar qualquer dúvida, a qualquer momento, em atribuir sua nota na avaliação.

Para facilitar a análise, as fotografias foram apresentadas separadamente para cada um dos atributos, primeiro a aparência nasoalveolar de todos os

indivíduos, depois a estética nasal de todos os indivíduos, e assim sucessivamente até o último atributo, visão frontal.

Desta maneira, os examinadores fixavam sua atenção em apenas um dos atributos. Fica ressaltado que durante a apresentação, enquanto todos os examinadores não terminassem suas anotações, a fotografia não era mudada, dando todo tempo necessário para sua avaliação.

Planilhas previamente formuladas foram distribuídas aos examinadores. Estas continham o número do prontuário na vertical e cada um dos atributos estudados na horizontal.

Desta maneira não houve dificuldade alguma para a anotação e estas foram posteriormente tabuladas e submetidas à análise estatística (anexo 5).

3.4 Complicações pós-operatórias:

Segundo Stracieri (2008), estas complicações são divididas em imediatas (até 24 horas), mediatas (entre um e sete dias) e tardias (além de sete dias). Distribuídas desta maneira, apresentam-se de forma didática e de fácil entendimento clínico.

Nesta pesquisa os prontuários de todos os indivíduos foram analisados, buscando-se possíveis complicações pós-operatórias cirúrgicas imediatas e mediatas.

As principais complicações pós operatórias imediatas em cirurgias de lábio e palato foram descritas por Biazon e Peniche (2008). Estão divididas por sistemas respiratório, nervoso central, cardiovascular e gastrointestinal.

Seus principais achados foram hipoventilação, obstrução respiratória alta, desaturação de oxigênio, hemorragia, edema de língua, dor, agitação, disforia, sonolência, hipotermia, hipertermia, taquicardia, hipertensão, hemorragia, náusea e vômito. Edema e ecmose podem aparecer precocemente, assim como sinais de insuficiência arterial no sítio cirúrgico também podem ser diagnosticados.

As complicações cirúrgicas mediatas são divididas em gerais, especiais e específicas (Stracieri 2008).

As complicações gerais são aquelas que podem acontecer a todo operado em qualquer setor do organismo. Um exemplo clássico é a hemorragia, e suas diferentes repercussões clínicas, dependendo da quantidade de sangue perdido e do tempo decorrido. Além disso, atelectasias, insuficiência renal, doença tromboembólica, infecção e deiscência são descritas (Stracieri 2008).

As complicações especiais são aquelas que afetam um determinado tipo de pessoas, com afecções clínicas pré existentes (Stracieri 2008), e como exemplo temos os indivíduos desta pesquisa.

As complicações específicas são aquelas inerentes ao órgão operado. Para diferentes órgãos, diferentes complicações (Stracieri 2008).

Portanto problemas diversos constituem sinais e sintomas que podem identificar ou representar uma síndrome clínica pós operatória, e como exemplos destas complicações temos, dor, cefaléia, pirose, soluço, dispnéia, febre, vômito, oligúria entre outros (Stracieri 2008).

3.5 Satisfação de aparência e do tratamento recebido

Os indivíduos foram orientados a graduar, em uma escala visual analógica (EVA), de 10 centímetros onde o zero significa muito insatisfeito e 10 muito satisfeito sua impressão quanto o grau de satisfação pessoal com sua aparência, bem como quanto ao grau de satisfação ao tratamento recebido no HRAC-USP.

Estas EVAs de satisfação foram usadas por Oosterkamp et al (2007), para indivíduos com fissuras bilaterais de lábio e palato. Fez um estudo com as impressões de aparência e funcionalidade.

Baseados nesta EVA, fizemos nossa adaptação para as necessidades desta pesquisa.

Para facilitar a pesquisa, estas escalas visuais analógicas foram colocadas junto ao questionário de qualidade de vida (anexo 6). Assim os indivíduos puderam responder ao WHOQOL-bref e às escalas visuais analógicas de satisfação pessoal de sua aparência e do atendimento recebido no HRAC-USP, num mesmo momento.

Abaixo as escalas visuais analógicas mostradas separadamente:

EVA de satisfação da própria aparência

(zero é muito insatisfeito e 10 muito satisfeito)

0 _____ 10

EVA de satisfação do tratamento recebido no HRAC-USP

(zero é muito insatisfeito e 10 muito satisfeito)

0 _____ 10

3.6 Atendimentos cirúrgicos e ambulatoriais realizados no HRAC-USP.

O HRAC-USP atende indivíduos de todo país e também de países vizinhos como Paraguai e Bolívia.

Devido à necessidade do acompanhamento especializado, quando os indivíduos vem ao HRAC-USP, existe uma programação ambulatorial de rotina, onde estes são agendados para vários profissionais de diferentes especialidades como médicos, dentistas, fonoaudiólogos, enfermeiros, nutricionistas entre outros, em vários horários.

Muitas vezes necessita-se mais de um dia de atendimento ambulatorial para que possa ser cumprida toda rotina de consultas. Convém salientar que estas consultas ambulatorias são consultas de controle e não consultas de rotina cirúrgica.

Nas consultas de rotina cirúrgica, os indivíduos já tem a cirurgia agendada previamente, e estas consultas são parte da investigação pré operatória de rotina.

Devido ao tamanho e as condições sócio econômicas do país, muitas vezes indivíduos de longe, com agendamento marcado apenas para atendimento ambulatorial, podem apresentar alguma necessidade cirúrgica. Se houver condições e indicação clínica e possibilidade de agendamento desta cirurgia, este é submetido as avaliações pré operatórias de rotina e o procedimento cirúrgico é realizado.

O número de atendimentos ambulatoriais e o número de procedimentos cirúrgicos realizados no decorrer de sua reabilitação foram anotados e tabulados, com posterior análise estatística.

3.7 WHOQOL-bref (World Health Organization Quality Of Life).

Qualidade de vida hoje tem muitos significados e existem muitas publicações sobre ela, mas não existe consenso entre os pesquisadores sobre sua definição e isto é refletido na escolha dos itens dos instrumentos (Skevington, Lotfy e O'Connell 2004).

A OMS define qualidade de vida como uma percepção de sua posição no contexto de sua cultura e valores do sistema nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, comparações e relevâncias (WHOQOL Group 1994).

Em nossa pesquisa todos os indivíduos foram submetidos ao questionário WHOQOL bref. (anexo 6), teste de avaliação da qualidade de vida traduzido da OMS para o Brasil (Fleck et al 2000) e utilizado na literatura mundial.

Este instrumento é uma adaptação ao WHOQOL-100 também da OMS, questionário este, de aplicação mais demorada por apresentar 100 questões.

O WHOQOL bref. não apresenta qualquer dificuldade aos indivíduos no preenchimento das respostas existindo um manual de preenchimento (Fleck et al 2000).

Este manual seguiu os seguintes passos:

- 1) O indivíduo foi adequadamente informado sobre o objetivo da aplicação do instrumento, o modo de aplicação e o destino dos dados obtidos. Devia também sentir-se à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação.
 - 2) Uma vez que o indivíduo concordasse em participar, foi realizada a obtenção do consentimento livre e esclarecido assinado pelas duas partes, de toda a pesquisa.
-

- 3) Uma situação de privacidade foi buscada. Os indivíduos não responderam o instrumento acompanhados de familiar, cônjuge ou companheiro.
 - 4) O instrumento foi respondido em somente um encontro.
 - 5) O preenchimento da folha de dados demográficos foi realizado pelo entrevistador.
 - 6) Foi enfatizado que todo o questionário referiu-se às duas últimas semanas, independente do local onde o indivíduo se encontrasse.
 - 7) O questionário a princípio é de auto-resposta. O entrevistador não devia influenciar o indivíduo na escolha da resposta. Não devia discutir as questões ou o significado destas, nem da escala de respostas. No caso de dúvida o entrevistador devia apenas reler a questão de forma pausada para o indivíduo, evitando dar sinônimos às palavras das perguntas. Insistir que era importante a interpretação do indivíduo da pergunta proposta. Não houve casos de impossibilidade de algum indivíduo não responder o questionário por analfabetismo, deficiência visual importante, falta de condição clínica entre outros. De qualquer maneira se houvesse essa necessidade, o instrumento poderia ter sido aplicado pelo entrevistador, devendo serem redobrados os esforços para evitar a influência sobre as respostas do indivíduo.
 - 8) Caso o indivíduo por algum motivo não desejasse responder a uma questão foi anotado o código 7 ou se opusesse marcar código. Este códigos diferenciaram as questões que eventualmente o indivíduo possa ter esquecido de responder, marcada como código 9.
 - 9) Ao término do questionário, foi verificado se o indivíduo não deixou nenhuma questão sem resposta e se marcou somente uma alternativa por questão.
-

Este questionário contém os seguintes domínios (WHOQOL Group 1994, Fleck et al 2000, Skevington, Lotfy e O'Connell 2004).

- 1) Físico: impedimentos devido à deficiência, necessidade de tratamento de saúde, energia no dia-a-dia, capacidade de locomoção, satisfação com o sono, com a capacidade de desempenho nas atividades diárias e com a capacidade para o trabalho.
- 2) Psicológico: aproveitamento e sentido da vida, capacidade de concentração e de aceitar sua aparência física, satisfação consigo mesmo.
- 3) Relações sociais: satisfação com relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas), vida sexual, apoio de amigos, sentimentos negativos.
- 4) Meio ambiente: segurança na vida diária, satisfação com ambiente físico de trabalho e com a situação financeira, disponibilidade de informações, oportunidades de lazer, satisfação com as condições do local de residência, com o acesso aos serviços de saúde e meio de transporte.

Os estudos de WHOQOL-Group (1998), Fleck et al (2000), Bittencourt et al (2004), Skevington, Lotfy e O'Connell (2004) e Berlim et al (2005) comprovaram a eficácia do WHOQOL-bref na avaliação da qualidade de vida, pois foi observado pelo foco psicométrico e privilegia a opinião dos pesquisados, abordando-o por uma metodologia multidisciplinar do tema (Veronez e Freitas 2007).

4. Resultados

4.1 Análises faciais

Para calcular o escore de cada indivíduo, foi utilizada a mediana das notas dadas pelos juízes. Abaixo o resultado das avaliações faciais.

Tabela 1: resultados das análises faciais.

Grupo S

Estatística descritiva

	n válido	média	n médio	mínimo	máximo	quartil inferior	quartil superior	desvio padrão
NASO ALVEOLAR	42	3,07	3	2	4	2	4	0,78
ESTÉTICA NASAL	42	3,07	3	1	5	2	4	0,92
LÁBIO SUPERIOR	42	2,67	3	2	4	2	3	0,68
CICATRIZ	42	2,48	2	1	4	2	3	0,70
PERFIL DIREITO	42	2,26	2	1	5	1,5	2,5	0,91
PERFIL ESQUERDO	42	2,40	2,5	1	4,5	2	3	0,93
FRONTAL	42	2,52	2,5	1	4	2	3	0,73

Grupo TD

Estatística descritiva

	n válido	média	n médio	mínimo	máximo	quartil inferior	quartil superior	desvio padrão
NASO ALVEOLAR	32	3,38	4	2	5	3	4	0,94
ESTÉTICA NASAL	32	3,44	4	2	4	3	4	0,64
LÁBIO SUPERIOR	32	2,96	3	1	5	2	4	0,92
CICATRIZ	32	2,85	3	2	5	2	3	0,83
PERFIL DIREITO	32	2,41	2	1	4	1,5	3	0,99
PERFIL ESQUERDO	32	2,48	2,5	1	4	2	3	0,88
FRONTAL	32	2,52	2,5	1	3,5	2	3	0,66

Comparação entre S e TD

Mann-Whitney teste U

VÁRIAVEL GRUPO

	SOMATÓRIA		U	p	Significância
	S	TD			
NASO ALVEOLAR	660	771	282	0,225	não sign
ESTÉTICA NASAL	653,5	831,5	275,5	0,124	não sign
LÁBIO SUPERIOR	660	771	282	0,225	não sign
CICATRIZ	649	782	271	0,158	não sign
PERFIL DIREITO	709	776	331	0,571	não sign
PERFIL ESQUERDO	692,5	738,5	341,5	0,867	não sign
FRONTAL	737,5	747,5	359,5	0,932	não sign

4.2 Complicações pós-operatórias imediatas e mediatas

As complicações registradas nos prontuários estão descritas abaixo, com o número de indivíduos acometidos e sua respectiva porcentagem dentro do grupo.

4.2.1 Imediatas

Gráfico 1: Complicações imediatas do grupo S.

Gráfico 2: Complicações imediatas do grupo TD.

4.2.2 Mediatas

Gráfico 3: Complicações mediatas do grupo S.

Gráfico 4: Complicações mediatas do grupo TD.

4.3 Número de atendimentos cirúrgicos e ambulatoriais realizados pelos grupos no HRAC-USP.

Tabela 3: Resultado do número de internações cirúrgicas e atendimentos ambulatoriais.

	S		TD		t	p	
	média	dp	média	dp			
INTERNAÇÕES CIRÚRGICAS	8,06	2,18	4,72	1,45	7,826	0,000	sign
ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS	27,49	17,58	22,31	15,38	1,351	0,181	não sign

4.4- EVA de satisfação da aparência e do tratamento recebido no HRAC-USP.

Tabela 2: Resultados das réguas de satisfação com a aparência e do tratamento recebido no HRAC-USP.

	S		TD		t	p	
	média	dp	média	dp			
SATISFAÇÃO DA APARÊNCIA	53,80	14,46	57,54	14,41	1,112	0,270	não sign
TRATAMENTO NO HRAC-USP	68,14	11,16	63,18	11,39	1,889	0,063	não sign

4.5 WHOQOL bref.

Estes foram os resultados do WHOQOL bref. para cada um dos domínios.

Tabela 4: Resultados do WHOQOL bref e seus domínios.

Grupo S	Dom1	Dom2	Dom3	Dom4	Dom5	Geral
MÉDIA	16,01	15,50	16,81	14,48	16,70	15,57
DESVIO PADRÃO	2,78	1,43	3,38	1,89	2,39	1,88
VALOR MÁXIMO	20	18	20	17,5	20	18,62
VALOR MÍNIMO	11,43	12	9,33	11,5	12	12,31
COEFICIENTE DE VARIAÇÃO	0,17	0,09	0,20	0,13	0,14	0,12
AMPLITUDE	8,57	6	10,67	6	8	6,31

Grupo TD	Dom1	Dom2	Dom3	Dom4	Dom5	Geral
MÉDIA	15,70	15,60	16,96	14,40	16,84	15,50
DESVIO PADRÃO	2,48	1,58	3,13	1,76	2,22	1,74
VALOR MÁXIMO	20	18	20	17,5	20	18,62
VALOR MÍNIMO	11,43	12	9,33	11,5	12	12,31
COEFICIENTE DE VARIAÇÃO	0,16	0,10	0,18	0,12	0,13	0,11
AMPLITUDE	8,57	6	10,67	6	8	6,31

5. Discussão

A discussão será realizada em duas etapas, primeiro a do método e depois a dos resultados.

5.1 Discussão do método

A seleção de indivíduos foi realizada de maneira consecutiva com indivíduos portadores de fissura transforame bilateral completa, tratados pelo protocolo original do HRAC-USP, com cirurgias realizadas pela técnica clássica de Spina em três tempos (S) e com os indivíduos tratados pela modificação proposta pelo HRAC-USP (TD).

Este tipo de escolha mostrou-se imparcial, pois estas cirurgias eram distribuídas aleatoriamente entre os profissionais do HRAC-USP, sem intervenções externas de qual técnica seria utilizada.

Bickley (2002) caracterizou muito bem o estudo randomizado, e entende como duas ou mais intervenções comparadas em um estudo, que devem ser aleatórias, tendo apenas a chance influenciando o processo.

Assim alguns cirurgiões utilizavam-se do protocolo original do HRAC-SUP, enquanto outros dois cirurgiões realizavam o novo procedimento proposto.

Os indivíduos operados pela técnica clássica de Spina são os indivíduos mais velhos da amostra e com números de prontuários mais antigos, com cirurgias realizadas mais próximas a 1990, enquanto os tratados pela técnica TD foram indivíduos operados mais próximos a 1997.

O longo tempo necessário para a escolha do número final de indivíduos da amostra é explicada pela necessidade dos indivíduos serem transformados bilateralmente, sem bandeleta de Simonart ou com fissuras pré-forame incisivo em algum dos lados da fissura.

Além disso, alguns cirurgiões do HRAC-USP, em algum momento, deixaram de utilizar a cirurgia pela técnica original de Spina. Estes cirurgiões, como Hagerdon (1892), começaram a proceder a uma adesão bilateral num primeiro tempo cirúrgico.

A plástica definitiva era então realizada num segundo tempo cirúrgico, aos seis anos de idade, como preconizado no terceiro tempo na descrição da técnica original de Spina.

Devido a esta mudança, não ocorreram mais cirurgias pela técnica clássica de Spina em três tempos, somente a por adesão bilateral.

Esta evolução da técnica cirúrgica nos fez refletir, e junto com os Drs. Marcos Lupércio Novo Silva e Ricardo Pedrosa Duarte, que a pré-maxila, por mais projetada e desviada que fosse, não era impedimento para ser efetuado, já na cirurgia primária, o descrito na cirurgia do tempo definitivo da técnica clássica de Spina (anexo 7).

Convém ressaltar que independentemente da projeção e/ou desvio da pré-maxila, sempre realizamos, em todos os indivíduos, esta nova técnica proposta.

Preconizamos a liberação de todo o prolábio da pré-maxila, liberação das vertentes laterais, liberação das asas nasais das fossas piriformes e preenchimento do vermelhão do prolábio, com vértice inferior, finalizando a abertura total do lábio.

Nestes retalhos, posteriormente era feita uma dissecação, e retirada da pele e da mucosa, deixando apenas o músculo. Finalmente uma ressecção em triângulo do vermelhão do prolábio, com vértice inferior, finalizando a abertura toral do lábio.

Este triângulo do vermelhão, neutraliza a insuficiência da parte central do lábio reconstruído, contrariando outras técnicas com o a de Mullicken (Converse 1977), onde o centro do lábio operado tem uma cicatriz vertical que acompanha o vermelhão e muitas vezes, com insuficiência de tecido de preenchimento.

Após a dissecação e hemostasia iniciava-se a síntese, onde era dado um ponto único com fio mononylon® 4.0 e agulha triangular, entre as asas nasais.

Este fio de sutura passava por cima da pré maxila, podendo receber a tensão necessária para aproximar as vertentes sem risco de estenose das asas nasais.

Com isso as asas nasais podiam ser reposicionadas da melhor maneira possível, com simetria de altura e de largura dos intróitos nasais, mesmo se fossem assimétricas.

Este ponto único trazia consigo também a musculatura orbicular em sua parte superior. Era o ponto mais importante da reconstrução, servindo como ponto de sustentação e aproximação das vertentes.

Após o reposicionamento das asas, procedia-se a síntese da mucosa oral. De início utilizou-se fio de catgut® 4.0 cromado com agulha triangular de 1,75cm e posteriormente passou-se a usar vycril® 4.0 e agulha semelhante. Esta mudança resolveu o problema de aderência desta mucosa à pré maxila.

Esta sutura era dada entre as mucosas das vertentes laterais por cima da pré maxila e terminando em triângulo, próximo ao vermelhão do lábio. Esta mucosa

ficava repousada com sua parte cruenta para cima, local onde se alojaria o prolábio.

A seguir, de cada lado da fenda, era dado um ponto da musculatura da vertente lateral ao tecido conectivo do prolábio, na altura da transição cutâneo mucosa. Estes outros dois pontos, juntos com os retalhos musculares preparados previamente, faziam a aproximação dos orbiculares em sua parte inferior.

Estes retalhos musculares eram reposicionados um sobre o outro, proporcionando um preenchimento da parte central, na área do prolábio, recoberto pelo retalho triangular do vermelhão.

Ressalta-se que não era dado mais nenhum ponto na musculatura, pois esta não fora separada da pele no momento da dissecação. A pele ficava portanto aderida ao músculo e este intimamente aproximado ao tecido conectivo do prolábio. Os pontos da pele também ajudavam a manter unidas as vertentes.

Técnicas como as de Veau III, Mulliken, Barsky, e Millard citados em Converse (1977), fazem uma união entre as duas vertentes da musculatura do orbicular, formando um verdadeiro anel muscular.

É relatado que este procedimento visa dar continuidade a musculatura, mas algumas vezes, esta musculatura apresenta-se tensa e propicia uma certa protrusão e enrugamento do lábio, formando um verdadeiro "bico".

Esta variação técnica no grupo TD se mostrou eficaz, e o pós operatório tardio não mostrou deficiência da musculatura orbicular, não havendo retração e simulando os pontos desta musculatura ao prolábio, como descrito no terceiro tempo de Spina.

Mesmo quando a pré-maxila era bastante projetada, não houve nenhum caso de deiscência da sutura ou abertura da ferida cirúrgica.

Além disso, caso houvesse necessidade de alguma correção, esta seria apenas um retoque no lábio, para a troca de uma cicatriz hipertrófica, por desnível da transição cutâneo mucosa ou liberação de alguma aderência da mucosa à pré-maxila. Este último fato já foi corrigido em cirurgias posteriores, com a simples mudança do fio de sutura usado já citado anteriormente.

Já na técnica clássica de Spina, primeiro são feitas a adesão unilateral a partir dos três meses e depois de mais três meses o fechamento contralateral. Mais tarde o tempo definitivo é realizado em uma criança maior, a partir dos 6 anos, onde se realiza a reabertura e fechamento total do lábio.

Este lábio já tem um tecido manipulado, com sequelas cicatriciais na pele, musculatura e mucosa e presença de neo vascularização, fato este que pode acarretar sangramento até com necessidade de transfusão, podendo consequentemente ocorrer óbitos (Wilhelmsem e Musgrave 1964).

É uma cirurgia onde a marcação é mais extensa, havendo necessidade de delimitação da área a ser incisada. Deve ser tomado o cuidado necessário para não ressecar além dos limites demarcados. As vezes é difícil delimitar com certeza a transição cutaneomucosa.

O tempo cirúrgico é maior, dada a necessidade de primeiramente se fazer uma abertura com dissecação total do lábio para depois reconstruí-lo novamente.

Tensão na sutura pela abertura e ressecção do tecido cicatricial, hematomas pós-operatório, infecção, tempo de internação maior entre outras complicações menos frequentes podem ocorrer (Wilhelmsem e Musgrave 1964).

Além disso, algumas vezes o terceiro tempo da cirurgia original, também necessita de um novo procedimento cirúrgico para alguma pequena correção, como também na técnica modificada, como comentado anteriormente.

Outra diferença encontrada é que a idade da realização do terceiro tempo cirúrgico da técnica clássica de Spina, é praticamente a idade de realização da cirurgia do alongamento de columela, preconizado aos seis ou sete anos pelo HRAC-USP, perdendo-se a oportunidade de realizá-la, com atraso em procedimentos de melhoria da estética e fisiológica do nariz.

Portanto pela técnica de TD, esta criança sofre uma agressão menor, por não ter que realizar o terceiro tempo da técnica de Spina, sendo aproveitado este momento para a realização do alongamento de columela e se necessário algum outro retoque.

Enquanto isso, os indivíduos tratados pela técnica clássica, ainda necessitam de mais um tempo de reabilitação pós-operatória após o terceiro tempo, para que haja cicatrização total desta terceira cirurgia, e apenas posteriormente realizar o alongamento de columela e/ou algum retoque necessário, aumentando riscos, estresse e custos.

Para avaliar estas mudanças técnicas, nos baseamos na literatura e optamos por fazer análises fotográficas destes casos.

Sabe-se que indivíduos com fissuras labiopalatinas podem se sentir menos atraentes que seus pares, com dificuldades de fala e perda auditiva. Jovens frequentemente relatam estigmas quanto a sua deformidade facial (Straus et al 2007, Kuijpers-Jagtman 2009).

Apresentam menos problemas psicossociais do que aqueles relacionados a sua aparência. 75% das crianças entre 11 e 13 anos sofrem de chacotas ou discriminações sobre sua aparência (Kuijpers-Jagtman et al 2009).

Muitos não desejam um fim de seu tratamento, sempre buscando por procedimentos adicionais. Para indivíduos de 17 anos, em estudo do Eurocleft, cirurgias de lábio e nariz foram as mais solicitadas por estes e por seus pais (Williams et al 2001, Brattström et al 2005, Kuijpers-Jagtman et al 2009).

Estes estudos demonstraram a necessidade de avaliação da estética. Um método que tem sido utilizado em várias pesquisas como a de Asher-McDade et al (1991), a do Eurocleft (Asher-McDade et al 1992), da Clinical Standards Advisory Group (Williams et al 2001), e estudos de acompanhamento (Brattström 2005). Várias outras pesquisas também o utilizaram, alguns com pequenas modificações (Kuijpers-Jagtman et al 2009).

Em nossa pesquisa, optamos por pequenas modificações deste método de Asher McDade et al (1991), adaptando-o as característica das fissuras bilaterais de lábio.

Para a coleta das fotografias foi necessário a autorização dos responsáveis pelo setor para disponibilização de um funcionário apto a manipular os arquivos fotográficos, pois nem todos têm acesso aos arquivos para poder copiar as fotografias dos prontuários eletrônicos.

A escolha das fotografias do controle foi feita analisando-se vários prontuários e selecionadas conforme cada um dos sete atributos estudados, com cinco fotografias com os diferentes níveis da avaliação.

Depois de feita esta coleta, houve a preparação das fotografias para a apresentação. Isto foi necessário para que no momento da apresentação destas aos examinadores, não houvesse cansaço ao assisti-las e estes pudessem manter a concentração e mantivessem uma padronização nas notas de cada fotografia analisada.

No momento da apresentação, o padrão de cinco graduações de cada uma das sete incidências fotográficas era mostrado e estes examinadores puderam entender essa graduação.

Cada uma das fotografias foi mostrada, e os examinadores não demoraram mais que 10 ou 15 segundos por fotografia para terminar sua análise. Sempre que necessário aguardou-se o tempo para que algum examinador que estivesse com alguma dúvida pudesse resolvê-la.

Além disso, os próprios examinadores acabaram se acostumando com o método e sanando suas próprias dúvidas de avaliação, minimizando alguma dificuldade para atribuir a nota para cada fotografia, em cada um dos atributos.

Não houve dificuldade alguma por parte dos examinadores para a anotação nas planilhas que ficaram claras e de tamanho adequado (anexo 5). Estas também não apresentaram qualquer problema quando da análise estatística.

Outros quesitos analisados, foram tabulados a partir das análises dos prontuários destes indivíduos.

De posse dos números destes registros, estes foram encaminhados ao serviço de prontuários do HRAC-USP, que posteriormente os separava para nossa análise.

As análises destes prontuários foram feitas por mim, que os manuseava e um assistente que anotava e já tabulava todos os dados.

O prontuário do HRAC, apesar de não ser digitalizado, é totalmente separado por áreas de atuação. Assim cada especialidade médica, clínica ou cirúrgica ou de outras áreas como odontologia, fonoaudiologia, enfermagem, fisioterapia entre outros, tem seu próprio local de anotações, facilitando assim seu manuseio no dia a dia de trabalho ou para pesquisas.

Mostrou-se um método de fácil execução, apresentando dificuldades apenas quando o dado procurado estava em local diferente do habitual ou omitido, mas como vários profissionais atendem estes indivíduos, e consequentemente manuseavam e anotavam nos prontuários, quase sempre o que procurávamos era encontrado.

Outro problema enfrentado em alguns momentos, foi a difícil inteligibilidade da escrita dos profissionais, sanada com paciência e conhecimento tanto da grafia dos colegas quanto do conteúdo do tema. Este fato é caracterizado hoje como crime, e é dever de todos escrever com legibilidade e clareza.

As complicações pós operatórias imediatas foram obtidas em anotações dos prontuários, descritas em página específica, junto a todos os precedimentos anestésicos e cirúrgicos. Estas anotações foram feitas nas sala cirúrgica e de recuperação pós anestésica. Comparamos nossos resultados com os trabalhos de Katayama, Dores e Vieira (1993) e Biazon e Peniche (2008).

As complicações mediatas foram obtidas nos prontuários das folhas de evolução médica e de enfermagem. Como é de rotina no HRAC-USP, a maioria

destes indivíduos receberam alta entre 24 e 48 horas de pós operatório. Todas as orientações de alta são dadas por toda equipe interdisciplinar do HRAC-USP.

Não receberam alta aqueles com qualquer tipo de complicações como hemorragias, hematomas, vômitos, hipertermia entre outros. Problemas sociais também podem ter retardado alguma alta.

Caso alguma intercorrência entre os indivíduos com alta precoce acontecesse, os pais estavam orientados sobre como proceder, e entrar em contato com o HRAC-USP por qualquer meio de comunicação, relatando o ocorrido.

Essas intercorrências sempre foram recebidas por uma enfermeira, que orientava o procedimento a ser adotado no local onde o indivíduo estivesse e se fosse o caso de retornar ao HRAC-USP. De qualquer maneira, estas intercorrências sempre foram anotadas nos prontuários e puderam ser analisadas.

O serviço de tecnologia de informática (TI) do HRAC-USP, forneceu os detalhes dos agendamentos ambulatoriais e cirúrgicos.

Foi fornecida uma planilha de cada indivíduo, com todas as consultas de cada uma de suas vindas para os atendimentos ambulatoriais ou cirúrgicos. Posteriormente foi feita a coleta e a tabulação dos dados.

Após as análises das técnicas cirúrgicas e suas complicações imediatas e mediatas, passamos aos resultados das EVAs de satisfação pessoal da aparência e do tratamento recebido no HRAC-USP e do WHOQOL-bref.

Para facilitar a pesquisa, fizemos uma adaptação, das EVAs de satisfação da aparência e do atendimento recebido no HRAC-USP que foram colocadas juntas, mais abaixo, na primeira folha do questionário de qualidade de vida. (Anexo 6).

Ao mesmo tempo em que o questionário de qualidade de vida era respondido, também eram anotadas as notas das escalas visuais analógicas (EVA) de satisfação pessoal da aparência e de satisfação do tratamento recebido no HRAC-USP.

Existem algumas maneiras de se utilizar estas EVAS, incluindo linhas verticais e de outras formas. Wewers e Lowe (1990) fizeram uma boa discussão das virtudes e defeitos dos diferentes estilos de EVAs.

As duas EVAs propostas em nossa pesquisa não apresentaram qualquer dificuldade aos indivíduos para respondê-las.

Oosterkamp et al (2007) não relatou qualquer dificuldade na aplicação das EVAs e as utilizou em vários quesitos de comparação entre indivíduos com fissuras bilaterais e um grupo controle sem fissura.

Comparou a aparência geral, função geral, nariz, lábio superior, dentes, perfil, fala, intelegibilidade, audição, deglutição, respiração nasal. Encontrou diferenças estatísticas significantes nas comparações de nariz, lábio superior e respiração nasal.

O conceito de avaliação de programas públicos aparece mundialmente no período pós Grande Guerra, em virtude da necessidade de melhoria da eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado. Para essa finalidade, vários métodos foram desenvolvidos para possibilitar a análise das vantagens e dos custos de programas (Ushimura e Rossi 2002)

No Brasil, a pesquisa de avaliação de políticas começa a se desenvolver apenas a partir da década de 80 e apresenta-se, tanto do ponto de vista acadêmico

(Rus-Perez 1998), como da sua incorporação ao cotidiano da administração pública (Cotta, 1998), ainda como um embrião.

Mas ao se avaliar serviços ou programas, recorre-se à utilização de "*procedimentos que, apoiados no uso do método científico, servem para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo de maneira justificável*" - a chamada avaliação em *sentido estrito* ou *avaliação sistemática* (Aguilar e Ander-Egg, 1994).

A avaliação é dividida em três estágios. O primeiro estágio é baseado na medida, o avaliador é apenas um técnico, necessita saber usar e construir os instrumentos que permitem medir os fenômenos estudados. O segundo estágio identifica e descreve como os programas permitem alcançar os seus resultados. O terceiro estágio é baseado no julgamento. A avaliação deve permitir o julgamento de uma intervenção (Ushimura e Rossi 2002).

Esperamos que estas avaliações do tratamento oferecido possam trazer contribuições para a melhoria do atendimento dos indivíduos do HRAC-USP.

Dentre os vários questionários da literatura mundial para avaliação da qualidade de vida disponibilizados, optamos pelo WHOQOL-bref. Ele é uma abreviação com 26 ítems do WHOQOL 100 dos quais foram extraídos 24 facetas de qualidade de vida (WHOQOL Group 1994, Skevington, Lotfy e O'Connell 2004), além de ser utilizado em várias especialidades médicas (Fleeck et al 2000).

O WHOQOL-100 tem cada uma de suas 24 facetas avaliadas a partir de quatro questões, enquanto no WHOQOL-bref, cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Estes dados que deram origem a esta versão abreviada e foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países, inclusive o Brasil (The

WHOQOL Group 1998).

A versão em português do instrumento apresentou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (Fleck et al 2000).

O WHOQOL-bref foi de fácil aplicação e por ser um instrumento de auto-avaliação, é auto-explicativo. Quando o indivíduo não entendia o significado de alguma pergunta o entrevistador lia a pergunta de forma lenta, não sendo utilizados sinônimos ou "explicações com outras palavras da questão" (aplicação assistida) (Fleek et al 2000).

5.2 Discussão dos resultados

Em 1960 o centro de Oslo deixou de preconizar a queiloplastia bilateral em tempo único e passou a realizá-la em dois tempos (Capelozza Filho e Silva Filho 2002, Silva Filho, Ozawa e Borges 2007). Vários outros autores (Handelman e Pruzansky 1968, Friede e Pruzansky 1972,1985, Bardach et al 1992, Trotman e Ross 1993) preconizam a cirurgia em tempo único (Silva Filho, Ozawa e Borges 2007). A técnica de Manchester (1970) em tempo único também é citada por Heidbuchel et al (1997, 1998b, 1998a).

Hochban e Austermann (1990) descreveram a técnica de Millard Junior modificada. Preconizaram o fechamento do lábio em tempo único aos 5 ou 6 meses de idade, mesmo para fissuras amplas. Tinham como objetivos simetria, função muscular adequada, profundidade normal do vestíbulo, ausência de cicatrizes que comprometessem a mobilidade do lábio reconstruído e boa morfologia do rebordo

alveolar.

Millard Junior et al (1999) divulgou descrição da queiloplastia em dois tempos. A queiloplastia inicial como adesão bilateral nos primeiros meses e retoque bilateral final aos 18 meses de idade.

Silva Filho, Ozawa e Borges (2007) demonstraram não haver diferenças das dimensões oclusais interarcos entre as mesmas técnicas utilizadas nesta pesquisa. No entanto, observa-se que na sua amostra de 91 indivíduos, 53 operados pelo TD, apresentaram mais índices oclusais 1 e 2 (69,8%) que a da técnica S (57.89%), sugerindo que a queiloplastia em tempo único é superior no que se refere ao crescimento maxilar e relação interarcos.

Poder realizar a cirurgia primária já como uma cirurgia definitiva, causando menos traumas cirúrgicos e teciduais, menos gastos hospitalares e pessoais, menor estresse tanto para indivíduos e familiares quanto para a equipe interdisciplinar, é o que almejamos.

Entretanto ainda faltam dados referentes aos benefícios da queiloplastia primária em um ou mais tempos cirúrgicos, os quais poderiam determinar as indicações das técnicas a escolher.

Como nas cirurgias, não existe consenso também na literatura, para a subjetividade das análises faciais em indivíduos com fissuras labiopalatinas. Existem vários centros de reabilitação no mundo, cada um com seu protocolo de tratamento e diferentes técnicas cirúrgicas utilizadas (Kuijpers-Jagtman et al 2009).

Pruzansky (1953), apud Garret Jr. (1991) corretamente apontou que "qualquer fissura, por mais simples que seja seu tipo, tem uma variação suficiente entre indivíduos, para afetar seu prognóstico".

Métodos de avaliações subjetivas já aceitas por outros investigadores se tornaram comuns à partir dos trabalhos de Asher McDade et al (1991, 1992). Com esta escala de avaliação de um a cinco, diminui-se a chance de variações de resultados entre os examinadores.

Asher-McDade et al (1991) em suas avaliações faciais demonstraram bom índice de sensibilidade em sua escala analógica.

Em nossa pesquisa todos os sete quesitos fotográficos analisados apresentaram médias e desvio padrões semelhantes, e não demonstraram diferença estatística significativa descritiva ou comparativa entre as duas técnicas utilizadas.

Em relação às complicações pós operatórias, Wilhelmsem e Musgrave (1964) relataram sua experiência entre 1950 e 1964 com 585 queiloplastias. Estas foram divididas em maiores com 25 casos (4,3%) e menores 52 casos (8,9%). Óbito, deiscência total, hemorragia e pneumonia foram classificadas com maiores e otite média, diarreia, infecção respiratória e deiscência parcial como menores. Em sua experiência houve dois óbitos (0,34%).

Em nossa pesquisa as separamos em imediatas e mediatas. As complicações pós-operatórias imediatas mostraram-se semelhantes entre os grupos, chamando a atenção no grupo S o sangramento pós operatório em 4 indivíduos que em 3 casos necessitou de cirurgia para revisão de hemostasia. Essas hemorragias ocorreram naqueles indivíduos operados aos 6 anos de idade, submetidos ao terceiro tempo da técnica de Spina.

O grupo TD não apresentou nenhum caso de hemorragia pós operatória, apenas um caso de sangramento discreto tratado com compressão.

No grupo S oito indivíduos apresentaram agitação pós operatória não constatada no grupo TD. Várias podem ter sido essas causas, como dor pós operatória, hipóxia, sangramentos, entre outras (Katayama, Dores e Viera 1993, Biazon e Peniche 2008).

Outras complicações imediatas foram febre, edema, equimose, espasmo respiratório com cianose e tosse com um caso de cada no grupo S. No grupo TD dois casos apresentaram febre, enquanto vômito, cianose de extremidade e edema tiveram um caso de cada. Estas complicações também corroboram os trabalhos de Katayama, Dores e Viera (1993) e Biazon e Peniche (2008).

Talvez dessas complicações a hipertermia possa ser a que gere mais indagações, pois pode ter ocorrido por alguma infecção não diagnosticada no pré operatório, talvez indicando alguma falha nos exames clínicos e laboratoriais. Estes indivíduos são mais suscetíveis à infecção respiratória pela própria anatomia de sua fissura. São citados como patologias inerentes às fissuras, dispnéia, desconforto respiratório, tosse, alergia, rinite, bronquite, asma, respiração oral, e otite (Manzano et al 2005). A hipertermia também pode ter ocorrido por desidratação (Biazon e Peniche 2008). Salientamos que estes indivíduos não apresentavam hipertermia no pré operatório imediato.

No HRAC-USP, em toda cirurgia eletiva, é aferida a temperatura dos indivíduos imediatamente antes do início do procedimento anestésico. No caso de haver hipertermia por qualquer motivo, a cirurgia não é realizada.

As complicações mediatas foram caracterizadas como aquelas apresentadas até uma semana após a cirurgia. Óbitos, deiscências, hemorragias, infecção, hipertermia, diarreia, vômitos entre outros são descritos (Wilhelmsem e Musgrave 1964, Katayama, Dores e Viera 1993, Biazon e Peniche 2008).

Nossa pesquisa apresentou um caso de deiscência total da sutura, hematomas, vômitos e febre no grupo S e no grupo TD febre e vômito foram detectadas.

Mesmo sem significado estatístico, o que chama a atenção é que o caso de deiscência aconteceu num indivíduo operado de adesão unilateral, contrariando o que poderíamos pensar, que a tensão cirúrgica usando-se a técnica de TD fosse maior, mesmo naqueles indivíduos com pré-maxila muito projetada.

Estas complicações corroboram os estudos anteriores citados na literatura (Wilhelmsem e Musgrave 1964, Katayama, Dores e Vieria 1993, Biazon e Peniche 2008).

Mesmo com estes dados, necessitamos melhorar nosso atendimento e otimizar o hospital. Uma das possibilidades seria a redução do número de cirurgias, com mudança de protocolo para as cirurgias de fissuras bilaterais. Os números desta pesquisa demonstraram que o número de internações cirúrgicas realizadas por esses grupos de indivíduos, teve diferença significativa ($p=0,000$), com média de 8,06 ($\pm 2,18$) e 4,72 ($\pm 1,45$) respectivamente para S e TD, demonstrando que a técnica de TD reduziu o número geral de internações cirúrgicas.

Se pudermos atingir os mesmos resultados estéticos e de crescimento facial com menor número de cirurgias, poderíamos pensar em realizá-las sempre.

Em relação aos resultados dos atendimentos ambulatoriais, também não foram diferentes dos aguardados. Todos os indivíduos tiveram vários retornos em ambos os grupos, e foram semelhantes.

As consultas ambulatoriais, respectivamente para S e TD, mostraram que não diferença significativa entre os grupos, com média de 27,49 ($\pm 17,58$) e 22,31 ($\pm 15,38$).

Mesmo com número maior de cirurgias entre um grupo e outro os atendimentos mantiveram-se semelhantes e não mostram diferenças estatísticas entre os tratamentos ambulatoriais para uma ou outra técnica.

Talvez se olharmos os números mais friamente, o grupo S apresentou 27 atendimentos em ambulatório e mais três internações cirúrgicas, e o TD 22 atendimentos ambulatoriais e mais uma cirurgia, ou seja 30 vindas ao hospital e 23 respectivamente, isto sem considerar as cirurgias subsequentes ao tratamento como palatoplastia, alongamento de columela, enxerto ósseo alveolar secundário, nariz e ortognática se necessário, sem contar as cirurgias secundárias. Nota-se que estes números ainda não são os finais de seu tratamento, pois muitos destes indivíduos ainda não o finalizaram.

Os retornos ambulatoriais envolveram várias especialidades dentro do hospital, e para cada visita, vários atendimentos nas diversas áreas de atuação da equipe interdisciplinar como cirurgia plástica, pediatria, fonoaudiologia, odontologia geral, ortodontia entre outros foram realizados. Conforme a necessidade de cada uma das especialidades, novos retornos eram programados, cirúrgicos ou ambulatoriais.

Salientamos que o serviço de agendamento, é capaz de reunir vários atendimentos para cada vinda do indivíduo ao Hospital. Conforme a necessidade, para estas vindas ambulatoriais, são programados vários agendamentos clínicos e até cirurgias podem ser programadas.

Em centros como o HRAC-USP, onde o processo reabilitador ocorre por um longo tempo, o indivíduo é acompanhado durante todo o período por diferentes profissionais de uma equipe interdisciplinar (Aiello, Silva Filho e Freitas 2000, Abdo e Machado 2005).

Vários destes agendamentos ambulatoriais são marcados em idades próximas ao de algum procedimento cirúrgico, minimizando assim gastos e tempo.

Se necessário o indivíduo fica na cidade, são realizados exames clínicos e laboratoriais e posteriormente se não houver contra indicações se realiza o procedimento cirúrgico.

Mesmo não havendo diferença estatística, estes números evidenciaram que todo indivíduo com fissura tem uma longa jornada em termos de reabilitação.

Para poder fazer análises de avaliações subjetivas, várias metodologias e instrumentos podem ser utilizados. Optamos pela EVA por ser um método rápido, fácil tanto de aplicar como responder que foi desenvolvido por anestesiólogistas para avaliação de dor pós operatória (DeLoach et al 1998).

DeLoach et al (1998) comparou a EVA com uma escala numérica de onze graduações, em pesquisa sobre dor pós operatória imediata, mostrou resultados semelhantes entre os dois instrumentos, sendo estes correlatos mas não equivalentes.

Os resultados da EVA da satisfação pessoal da aparência, em nossa pesquisa, não mostraram diferença significativa entre os grupos. Estes apresentaram uma média de 53,80 ($\pm$ 14,46) e 57,54 ($\pm$ 14,41) para S e TD respectivamente, demonstrando estarem pouco mais de 50% satisfeitos com sua aparência pessoal.

Esses números nos demonstraram, como em outras pesquisas sobre aparência e satisfação pessoal com seu tratamento, que pessoas com fissuras não se sentem satisfeitos com sua aparência, principalmente com os resultados estéticos obtidos com suas cirurgias de lábio e nariz (Shaw, Meek e Jones 1980, Asher-McDade et al 1992 e Semb et al 2005).

Problemas visíveis afligem muito mais os indivíduos que suas disfunções fisiológicas. Insatisfação com o lábio e nariz são consequências dos resultados cirúrgicos. Informações honestas e realistas sobre as possibilidades e impossibilidades cirúrgicas para as correções de fissuras, podem criar uma expectativa mais realista, e portanto reduzir a insatisfação com os resultados (Oosterkamp et al 2007).

Analisando estes números, podemos dizer que o resultado final da aparência dos examinados por este método, usando-se qualquer uma das técnicas cirúrgicas, mostrou-se semelhante. Portanto pode-se escolher qualquer uma das duas técnicas para a realização das queiloplastias bilaterais que seus resultados serão similares.

Quando se analisa o tratamento recebido, existem várias pesquisas que abordam a satisfação em relação aos diversos serviços de saúde.

Segundo Lobo (1998) a constituição do campo de avaliação de serviços e programas, caracterizou-se pelo uso de pressupostos típicos do rigor positivista, cuja influência se mostra ainda presente, acompanhando a tendência histórica na administração pública do país de se privilegiarem dados quantitativos.

Existem estudos que não só defendem a medição estatística como "único meio de valorar alguma coisa" (Nuto e Nations 1999), mas também concebem a

avaliação como uma modalidade de pesquisa que se utiliza de métodos e técnicas específicos para confirmar ou não a relação de causalidade entre as ações de um serviço ou programa.

É necessário delimitar-se com clareza o objeto da avaliação, e o que se pretende avaliar. Essa decisão traz profundas implicações aos rumos da pesquisa que se propõe desenvolver, o que definirá a estratégia a ser empregada na sua condução (Uchimura e Bosi 2002).

Os resultados da EVA sobre o tratamento recebido no HRAC-USP não mostraram diferença significativa entre os grupos e apresentaram como média 68,14 ($\pm$ 11,16) e 63,18 ($\pm$ 11,39) para S e TD respectivamente, demonstrando estarem mais de 60% satisfeitos com o atendimento recebido.

É preciso considerar as opiniões de Ware (1978), Lemme, Noronha e Resende (1991) e Cesar et al (2005), que em seus estudos observaram uma tendência dos indivíduos a avaliar positivamente os serviços prestados gratuitamente, dificultando a investigação de obstáculos que estariam impedindo um melhor atendimento.

Estamos no maior hospital especializado na área de fissuras do Brasil. Este oferece tratamento completo e gratuito para todas as regiões do país e ainda para países vizinhos.

Apesar de tudo, mesmo recebendo estes números como avaliação, sabemos que estamos muito acima da média de satisfação apresentada na maioria dos hospitais públicos brasileiros, além de estarmos entre as 10 melhores instituições médicas e científicas do estado de São Paulo, o mais populoso e com maior renda per capita do país.

Tavano (2000) realizou pesquisa de cunho psicossocial em 32 indivíduos do HRAC-USP com idade entre 15 e 21 anos. Mostrou que eles eram solteiros, tinham bom relacionamento social com seus familiares, colegas e professores, tinham desempenho escolar normal e estavam satisfeitos consigo mesmo e com o seu tratamento, mas ainda assim, pediam por mais cirurgias estéticas.

Garcia, Neme e Chinelatto et al (1999) estudaram a auto-imagem de 20 indivíduos com fissura, entre 18 e 30 anos. Estes indivíduos apresentaram auto-imagem desfavorável, dificuldades em socialização e alto índice de dependência emocional dos familiares.

A definição da expressão "qualidade de vida" atualmente tem várias vertentes. Estas reúnem desde parâmetros como sentimentos e emoções, relações pessoais, atividades profissionais, propagandas da mídia, política, programas de saúde, atividades de apoio social, até a perspectiva científica, com vários significados na literatura médica (Veronez e Freitas 2007)

O WHOQOL-Group (1994) apresentou uma definição de qualidade de vida com várias dimensões subjetivas, e que contém elementos positivos e negativos:

"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" (WHOQOL-Group 1994).

No Brasil houve um grande interesse a partir de 2000, após sua validação por Fleck et al. Esse instrumento parece incluir boa parte das dificuldades encontradas por pesquisadores em conseguir dados que correspondam à qualidade de vida das pessoas e à avaliação dos sistemas de saúde (Veronez e Freitas 2007).

Para Seidl e Zanon (2004), o WHOQOL-BREF é um dos instrumentos mais adequados para avaliação da qualidade de vida, pois este considera a subjetividade e a multidimensionalidade da vida das pessoas. Preconizam sua utilização massiva e frequente em pesquisas com pessoas e em várias outras situações específicas diferentes, possibilitando e permitindo evidências sobre a qualidade psicométrica do instrumento.

Patel e Ross (2003) ressaltam que a literatura sobre a qualidade de vida em indivíduos com fissura labiopalatina ficou intensa a partir da década de 70, mas tais achados não correspondem mais ao contexto deste novo século.

Pruzinsky (1992), discutindo sobre as experiências sociais e psicológicas de indivíduos com as mais severas deformidades faciais, deu grande ênfase aos aspectos subjetivos na avaliação da qualidade de vida destas pessoas e de seus familiares.

Marcusson, Akerlind e Paulin (2001) avaliaram a qualidade de vida de 80 indivíduos adultos com fissura de lábio e palato em comparação com 80 adultos sem fissura, com média de idade de 24 anos. Seus resultados mostraram que o grupo com fissura apresentou de maneira geral, um impacto negativo, relacionado ao bem-estar e vida social. Mas não diferiu muito da maioria dos aspectos práticos da vida diária do grupo controle, o que indica uma boa capacidade de ajustamento à situação.

Patel e Ross (2003) avaliaram a qualidade de vida de 20 adultos com fissura labiopalatina da África do Sul. Estudaram a comunicação, educação, emprego, família, vida social e questões emocionais. Apontaram a importância das relações familiares e os tipos de preconceito aos quais o indivíduo com fissura está exposto. A maioria destes mostrou-se satisfeita com sua qualidade de vida em geral, e que a

fissura não afetou sua vida social. Eles também reconheceram que um tratamento interdisciplinar melhorou a qualidade de suas vidas.

Sinko et al (2005) avaliaram 70 indivíduos adultos com fissura em relação à qualidade de vida, questões estéticas e funcionais. Observaram que a maioria dos indivíduos pediu mais cirurgias plásticas estéticas do que as previstas em seu tratamento. Os indivíduos do gênero feminino ficaram menos satisfeitos com os resultados do seu tratamento que os do gênero masculino. A qualidade de vida, mostrou índices mais baixos no funcionamento social e emocional.

Os estudos mais recentes sobre a qualidade de vida de indivíduo com fissura labiopalatina realçaram várias perspectivas. Houve destaque para aqueles que pontuaram a satisfação dos indivíduos com fissura e a qualidade de suas vidas, apesar das dificuldades enfrentadas no decorrer desta. (Veronez e Freitas 2007).

O resultado da avaliação do WHOQOL bref não mostrou diferença significativa em qualquer um dos domínios estudados, para qualquer um dos grupos. As medias e desvio padrão em ambos os grupos foram semelhantes. Portanto realizar uma técnica ou outra não alterou o resultado do teste da qualidade de vida destes indivíduos.

Mas os resultados dos questionários abrangem muito mais do que se a qualidade de vida de um grupo foi melhor ou pior que do outro grupo.

Podemos comparar nossos números com os números de Veronez e Freitas (2007), que avaliou indivíduos com todos os tipos de fissuras no HRAC-USP pelo mesmo instrumento. Sua avaliação da qualidade de vida dos indivíduos adultos com fissura labiopalatina demonstrou que eles têm índices de qualidade de vida no

geral e em cada domínio acima da média do grupo, sendo que nos domínios relações sociais e psicológico, os índices foram ainda superiores em comparação aos domínios físico e meio ambiente.

Ela sugere a existência de uma boa capacidade de aceite do indivíduo com a fissura, podendo superar possíveis dificuldades, resultado de um processo reabilitador completo e funcional, que o capacite para uma vida com qualidade. Adicionalmente, relata a necessidade de mais pesquisas sobre a qualidade de vida para indivíduos com fissura labiopalatina (Veronez e Freitas 2007).

Refere ainda a necessidade de um protocolo de avaliação das condições psicossociais do indivíduo com fissura. Isso deve tomar parte da rotina de avaliação da qualidade de vida dos mesmos, ferramenta que poderia fornecer aos profissionais da equipe interdisciplinar informações reais sobre as condições gerais de vida e saúde dos atendidos (Veronez e Freitas 2007).

Os resultados da presente investigação mostram uma concordância com os resultados de Veronez e Freitas (2007). Apesar destes indivíduos apresentarem fissuras bilaterais e os da pesquisa de Veronez possuírem além destas, também fissuras isoladas de lábio e palato, além de fissuras unilaterais de lábio e palato, a população do HRAC-USP é a mesma em termos de estigma e podem ser considerados como similares, mostrando que uma equipe interdisciplinar é mandatória no tratamento de indivíduos com fissuras labiopalatinas para uma completa reabilitação física, social e mental.

6. Conclusão

As queiloplastias realizadas pelas técnicas de Spina e de Spina modificada pelo HRAC-USP, não mostraram diferença estatística significativa nos resultados das avaliações fotográficas, das complicações pós operatórias imediatas e mediatas, do número de atendimentos ambulatoriais, das escalas visuais analógicas de satisfação da aparência e do atendimento recebido no HRAC-USP, e do questionário de qualidade de vida.

Os indivíduos operados pela técnica de Spina modificada pelo HRAC-USP tiveram menos internações cirúrgicas que os indivíduos operados pela técnica clássica de Spina, com resultados estatísticos significantes.

7. Referências

Abdo RCC, Machado MAAM. Odontopediatria das fissuras labiopalatais. São Paulo. 2005.

Aguilar MJ, Ander-Egg E. Avaliação de Serviços e Programas Sociais. 1994:23.

Aiello CA, Silva Filho OG, Freitas JAS. Fissuras labiopalatais: uma visão contemporânea do processo reabilitador. In: Mugayar LRF, coord. Indivíduos portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral. 2000;111-39.

Asher-McDade C, Roberts C, Shaw WC, Gallagher C. Development of a method for rating nasolabial appearance in patients with clefts of the lip and palate. Cleft Palate Craniofac J. 1991;28(4):385-90.

Asher-McDade C, Brattström V, Dahl E, McWilliam J, Mølsted K, Plint DA, Prahl-Andersen B, Semb G, Shaw WC. A six-center international study of treatment outcome in patients with clefts of the lip and palate: Part 4. Assessment of nasolabial appearance. Cleft Palate Craniofac J. 1992;(29):409-12.

Assunção AG. The V.L.S. Classification for secondary deformities in the unilateral cleft lip. Br J Plast Surg. 1992;45: 288-92.

Bardach J, Morris HL, Olin WH, Gray SD, Jones DL, Kelly KM, Shaw WC, Semb G. Results of multidisciplinary management of bilateral cleft lip and palate at the Iowa Cleft Palate Center. Plast Reconstr Surg. 1992;(89)3:419-35.

Berlim MT, Pavanello DM, Caldieraro MAK, Fleck MPA. Reability and validity of the WHOQOL-BREF in a sample of Brazilian outpatients whit major depression. Qual Life Res. 2005;14:561-4.

Biazon J, Peniche ACG. Estudo retrospectivo das complicacoes pos-operatorias em cirurgia primaria de labio e palato. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(3):519-25.

Bickley SR. Oral Health Review Group Journal Handsearchers' Manual. Manchester: Cochrane Oral Health Group. 2002.

Bittencourt ZZLC, Alves Filho G, Mazzali M, Santos NR. Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. *Rev Saúde Pública*. 2004;38:732-4.

Bittner C, Pancherz H. Facial morphology and malocclusions. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1990;97(4):308-15.

Brattström V, Mollsted K, Prahl-Andersen B, Semb G, Shaw WC. The Eurocleft study: intercenter study of treatment outcome in patients with complete cleft lip and palate. Part 2: craniofacial form and nasolabial appearance. *Cleft Palate Craniofac J*. 2005;42:69-77.

Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson N. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality of Life Research*. 1993;2:451-9.

Burstone CJ. The integumental profile. *Am J Orthod*. 1958;(44)1:25.

Capelozza Filho L, Silva Filho OG. Abordagem interdisciplinar no tratamento das fissuras labiopalatais. In: MÉLEGA, JC (ed). *Cirurgia plástica fundamento e arte: cirurgia reparadora da cabeça e pescoço*. 2002;1063-71.

Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 2005.

Chiu CSW, Clark RKF. Reproducibility of natural head position. *J Dent Hong Kong*. 1991;(19):130-1.

Converse JM, Hogan VM, McCarthy JG. Cleft lip and palate: introduction. In: McCarthy JG. Reconstructive plastic surgery: principles and procedures in correction, reconstruction and transplantation. 1977;1930-40.

Cooke MS, Wei SHY. The reproducibility of natural head posture: a methodological study. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1988;93(4):280-8.

Cotta TC. Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: Análise de resultados e de impacto. Revista do Serviço Público. 1998;(49):105-26.

Cox NH, Van Der Linden FPGM. Facial harmony. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1971;60(20):175-83.

Czarnecki ST, Nanda RS, Currier GF. Perceptions of a balanced facial profile. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1993;104(2):180-7.

Dalben GS. Condições bucais de pacientes com craniossinostoses múltiplas sindrômicas e síndrome de Treacher Collins.[dissertação].Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo. 2004.

DeLoach LJ, Higgins MS, Caplan AB, Stiff JL. The Visual Analog Scale in the Immediate Postoperative Period: Intrasubject Variability and Correlation with a Numeric Scale. Anesth Analg. 1998;(86):102-6.

Ellenbogen R, Swara N. The Improvement of the gummy smile using the implant spacer technique. Ann Plastic Surg, Los Angeles. 1984;12(1):16.

Evanko AM, Freeman K, Cisneros GJ. Mesh diagram analysis: developing a norm for Puerto Rican Americans. Angle Orthod. 1997;67(5):381-8.

Ferrario VF, Sforza C, Miani A, Tartaglia G. Craniofacial morphometry by photographic evaluations. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1993;103(4):327-37.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovic E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF. *Rev Saúde Pública*. 2000;34:178-83.

Fox-Rushby J, Parker M. Culture and the measurement of health-related quality of life. *Journal of European Applied Psychology*. 1995;45(4):257-63.

Freitas JAS, Dalben GS, Santamaria Júnior M, Freitas PZ. Informações atuais sobre a caracterização das fissuras orofaciais no Brasil. *Bras Oral Res*. 2004;18:2.

Fricker JP. Standardized facial photography. *Austr Orthod J*. 1982;7:168-73.

Fried H, Pruzansky S. Longitudinal study of growth in bilateral cleft lip and palate, from infancy to adolescence. *Plast Reconstr Surg*. 1972;49(4):392-403.

Fried H, Pruzansky S. Long-term effects of premaxillary setback on facial skeletal profile in complete bilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate J*. 1985;22(2):97-105.

Garcia JR, Neme CMB, Chinelatto MCMP. Body image in adult patients with cleft lip palate: an analysis through human figure drawing. *Braz J Dysmorphol Speech Hear Disord*. 1999;2:17-26.

Garret Junior WS. Commentary: development of a method for rating nasolabial appearance in patients with clefts of the lip and palate. *Cleft Palate Craniofac*. 1991;28(4):390-1.

Hagerdon WH. Operation for harelip with zigzag suture. *Zentralbl Chir*. 1892;19:281.

Hall D, Taylor RW, Jacobson A, Adowsky PL, Bartolucci A. The perception of optimal profile in African americans versus white Americans as assessed by orthodontists and the lay public. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2000;118(5):514-25.

Handelman CS, Pruzansky S. Occlusion and dental profile with complete bilateral cleft lip and palate. *Angle Orthod.* 1968;38(3):185-98.

Heidbuchel KL, Kuijpers-jagtman AM. Maxillary and mandibular dental-arch dimensions and occlusion in bilateral cleft lip and palate patients from 3 to 17 years of age. *Cleft Palate Craniofac.* 1997;34(1):21-6.

Heidbuchel KL, Kuijpers-jagtman AM, Van't Hof MA, Prahl-Andersen B. Effects of early treatment on maxillary arch development in BCLP: a study on dental casts between 0 and 4 years of age. *J Craniomaxillofac Surg.* 1998;26(3):140-7A.

Heidbuchel KL, Kuijpers-jagtman AM, Kramer GJ, Prahl-Andersen B. Maxillary arch dimensions in bilateral cleft lip and palate from birth until four years of age in boys. *Cleft Palate Craniofac J.* 1998;35(3):233-9B.

Hochban W, Austermann KH. The one-stage repair of bilateral cleft lip. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 1990;24(3):241-4.

Houlier J. apud Gurlt EJ. *Geschichte der Chirurgie und ihrer Ausübung.* Berlin, Hirschwald, 1898.

Howells DJ, Shaw WC. The validity and reliability of ratings of dental and facial attractiveness for epidemiologic use. *Am J Orthod.* 1985;88(5):402-8.

Jefferson Y. Non-surgical alternative in the treatment of skeletal class III problems. *J.N.J. Dent. Assoc.* 1995;66:21-7, 29.

Katayama M, Dores ALB, Vieira JL. Influência do Óxido Nitroso na Anestesia Venosa Balanceada com Propofol e Alfentanil. *Rev Bras Anesthesiol.* 1993;43(3):181-9.

Kuijpers-Jagtman AM, Nollet PJ, Semb G, Bronkhorst EM, Shaw WC, Katsaros C. Reference photographs for nasolabial appearance rating in unilateral cleft lip and palate. *J Craniofac Surg*. 2009;20(2):1683-6.

Langenbeck BRC. Von Die uranoplastik mittels Ablösung des mucos-periostalen Gaumenüberzuges. *Arch. Klin. Chir.* 1861;2:205.

Lemme AC, Noronha G, Resende JB. A satisfação do usuário em hospital universitário. *Rev Saúde Pública*. 1991;25:41-6.

Linhares MBM, Parreira VLC, Maturano AC, Sant'Anna SC. Caracterização dos motivos da procura do atendimento infantil em um serviço de psicopedagogia clínica. *Medicina* 1993;26:148-60.

Lobo T. Avaliação de processos e impactos em programas sociais: Algumas questões para reflexão. In: *Avaliação de Políticas Sociais* 1998;75-84.

Manchester WM. The repair of double cleft lip as part of an integrated program. *Plast Reconstr Surg*. 1970;45(3):207-16.

Manzano RM, Madrigal C, Nelli EA, Trindade Júnior AS. Incidência de alterações respiratórias nos primeiros anos de vida em pacientes com fissura pós-forame isolada. *Rev Bras med* 2005;41(6):300-7.

Marcusson A, Akerlind I, Paulin G. Quality of life in adults with repaired complete cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*. 2001;38:379-85.

Millard Junior DR. A primary camouflage of the unilateral harelip. *Transactions of the International Society of Plastic Surgeons*. 1957; 160-6.

Millard Junior DR, Latham R, Huifen X, SpiroS, Morovic C. Cleft lip and palate treated by presurgical orthopedics, gingivoperiosteoplasty and lip adhesion (POPLA) compared with previous lip adhesion method: a preliminary study of serial dental casts. *Plast Reconstr Surg.* 1999;103(6):1630-44.

Moorrees CFA. Natural head position: a revival. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1994;105(5):512-3.

Mulliken JB. Repair of bilateral cleft lip and its variants, *Indian J. of Plast. Surg.* 2009;42(3):79-90.

Nuto S, Nations MK. Avaliação qualitativa dos serviços como processo de construção de cidadania. *Ação Coletiva.* 1999;2:25-29.

Ozawa TO, Santos ACS, Costa GC, Silva Filho OG, Semb G, Sanchez JF. Índice Bauru: sistemática para evaluar la condición interoclusal entre arcadas dentarias en niños y adolescentes con fissura bilateral completa de labio y paladar (fisura transforamen de incisivo bilateral). *Rev Esp Ortod.* 2005;35:209–16.

Oosterkamp BC, Dijkstra PU, Remmelink HJ, Van Oort RP, Goorhuis-Brouwer SM, Sandham A, de Bont LG. Satisfaction with treatment outcome in bilateral cleft lip and palate patients. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007;36(10):890-5.

Pancoast JA. A Treatise on operative surgery. Philadelphia, Carey and Hart. 1844; 234.

Patel Z, Ross E. Reflections on the cleft experience by South African adults: use of qualitative methodology . *Cleft Palate Craniofac J.* 2003;40:471–80.

Phillipis C, Tulloch C, Dann C. Rating of facial attractiveness. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1992;20(4):214-20.

Pruzansky S. Description, classification and analysis of unoperated clefts of lip and palate. *Am J Orthodont.* 1953;39:590-611.

Pruzinsky T. Social and psychological effects of major craniofacial deformity. *Cleft Palate Craniofac J.* 1992;29:579-84.

Reis SAB, Abrão J, Capelozza Filho L, Claro CAA. Análise facial subjetiva. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2006;11(5):159-72.

Ritter K, Trotman CA, Philips C. Validity of subjective evaluations for the assessment of lip and impairment. *Cleft Palate Craniof. J.* 2002;39(6):87-96.

Rus-Peres JT. Avaliação do processo de implementação: Algumas questões metodológicas. *Avaliação de Políticas Sociais.* 1998;65-73.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: questões metodológicas conceituais. *Cad Saúde Pública.* 2004;20:580-8.

Semb G, Brattström V, Mølsted K, Pharl-Andersen B, Zuurbier P, Rum-Sey N, Shaw WC. The Eurocleft study: intercenter study of treatment outcome in patients with complete cleft lip and palate. Part 4: relationship between treatment outcome, patient/parent satisfaction, and the burden of care. *Cleft Palate Craniofac J.* 2005;42:64-8, 83-92.

Shaw WC, Meek SC, Jones DS. Nicknames, teasing, harassment and the salience of dental features among school children. *Br J Orthod.* 1980;7:75.

Sinko K, Jagsch R, Precht V, Watzinger F, Hollmann K, Baumann A. Evaluation of esthetic, functional, and quality-of-life outcome in adult cleft lip and palate patients. *Cleft Palate Craniofac J.* 2005;42:355-61.

Silva Filho OG, Ozawa TO, Borges HC. A influência da queiloplastia realizada em tempo único e em dois tempos cirúrgicos no padrão oclusal de crianças com fissura bilateral completa de lábio e palato. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2007;12(2):24-37.

Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA, WHOQOL- Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assesment: psychometric properties and results of the internatinal field trial. A report from the WHOQOL-Group. *Qual Life Res*. 2004;13:299-310.

Spina V. Fissuras congênitas lábiopalatinas: generalidades. In: Zerbini EJ, editor. *Clínica cirúrgica Alípio Corrêa Neto*. 1974;305-15.

Stracieri LDS. Cuidados e complicações pó operatórias. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2008;41(4):465-8.

Strauss RP, Ramsey BL, Edwards TC, Topolski TD, Kapp-Simon KA, Thomas CR, Fenson C, Patrick DL. Stigma experiences in youth with facial differences: a multi-site study of adolescents and their mothers. *Orthod Craniofac Res*. 2007;10:96-103.

Tavano LDA. Avaliação do desempenho psicossocial de pacientes portadores de fissura labiopalatina submetidos a tratamento multidisciplinar no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais-USP. 2000.

Tennison CW. The repair of the unilateral cleft lip by the stencil method. *Plast Reconstr Surg* (1946). 1952;9(2):115-20.

The Institute of Medical Illustrators guidelines. Photography of Cleft Audit Patients. Acesso 05/07/2011 www.imi.org.uk 2004.

The WHOQOL-Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag; 1994;41-60.

The WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *Int J Mental Health*. 1994;23:24-56.

The WHOQOL-Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF, quality of life assesment. *Psychol Med*. 1998;28:551-8.

Tobiasen JM, Hiebert JM, Boraz RA. Development of scales of severity of facial cleft impairment. *Cleft Palate Craniofac J*. 1991;28(4):419-24.

Trotman CA, Ross RB. Craniofacial growth in bilateral cleft lip and palate: ages six years to adulthood. *Cleft Palate Craniofac J*. 1993;30(3):261-73.

Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2002;18:6.

Veronez FS, Freitas JAS. Avaliação da qualidade de vida em pacientes adultos com fissura labiopalatina. Dissertação de mestrado HRAC/USP. 2007. acesso 07/07/2011 www.teses.usp.br/teses/disponiveis/61/61131/tde-02072007-092302/pt-br.php.

Ware JE. Effects of a quiescent response set on patient satisfaction ratings. *Med Care*. 1978;16:327-36.

Wewers ME, Lowe NK. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Res Nurs Health*. 1990;13(4):227-36.

Wilhelmsem HR, Musgrave RH. Complications of cleft lip surgery. Meeting of the Am Society of Plast Surg. 1964.

Williams AC, Bearn D, Mildinhall S, Murphy T, Sell D, Shaw WC, Murray JJ, Sandy JR. Cleft lip and palate care in the United Kingdom. the Clinical Standards Advisory Group (CSAG) Nasolabial Appearance in UCLPStudy. Part 2: dentofacial outcomes and patient satisfaction. *Cleft Palate Craniofac J*. 2001;38:24-9.

Yperman (1295-1351) apud Converse JM, Hogan MH, McCarthy MD. *Reconstructive plastic surgery: principles and procedures in correction, reconstruction and transplantation*. 2nd. Ed. Philadelphia. 1977;1930.

Anexas

Anexo 1 – Comitê de ética e pesquisa

Ofício nº 124/2010-SVAPEPE-CEP

Bauru, 14 de junho de 2010.

Prezado(a) Senhor(a)

O projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado **"Queiloplastia de FTB. comparação da técnica clássica de Spina com a modificada pelo HRAC"**, de autoria de **RICARDO LIA MONDELLI** desenvolvido sob sua orientação, foi enviado ao relator para avaliação.

Na reunião de **25 de maio de 2010**, o parecer do relator **aprovando o projeto**, foi aceito pelo Comitê, considerando que não existem infrações éticas pendentes para início da pesquisa. Solicitamos a V.Sa. a gentileza de comunicar o parecer ao(a) pesquisador(a) e anexar o presente ofício ao projeto pois o mesmo será necessário para futura publicação do trabalho.

O(A) pesquisador(a) fica responsável pela entrega na SVAPEPE -- Apoio ao Projeto de Pesquisa dos relatórios semestrais, bem como, comunicar ao CEP todas as alterações que possam ocorrer no projeto.

Informamos que após o recebimento do trabalho concluído, este Comitê enviará o parecer final para publicação.

Atenciosamente,

PROFA. DRA. IZABEL MARIA MARCHI DE CARVALHO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC-USP

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Alceu Sergio Trindade Junior

Fisiologia –HRAC/USP

Rua Silvio Marchione, 3-20 Bauru SP Brasil
Caixa Postal 1501 CEP 17.012-900
Tel. 55 14 3235 8421
E-mail: cep@centrinho.usp.br

Anexo 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____

_____,
portador da cédula de identidade _____, responsável pelo
indivíduo * _____,

após leitura minuciosa deste documento, devidamente explicado pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa: Queiloplastia de FTB: comparação da técnica clássica de Spina com a modificada pelo HRAC ", realizada por: Ricardo Lia Mondelli nº do Conselho: _CRM67047, sob orientação do Dr(a): __Alceu Sérgio Trindade Júnior., nº do Conselho: CRO: 10843, que tem como objetivo: comparar duas técnicas cirúrgicas, através de análise de prontuários clínicos e fotográficos. Isto não implicará em nenhuma alteração do seu tratamento pois as cirurgias já foram realizadas anteriormente. Você responderá a um questionário de qualidade de vida validado pela Organização Mundial da Saúde, e será medindo o grau de satisfação da sua estética e o grau de satisfação do atendimento realizado pelo HRAC, através de duas escalas de graduação de zero a 10, onde você vai dar notas para conforme sua opinião. O objetivo é melhorar o atendimento realizado no HRAC, sem causar prejuízo ou custo algum ao seu tratamento.

"Caso o sujeito da pesquisa queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do HRAC-USP, pelo endereço Rua Silvio Marchione, 3-20 no Serviço de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão ou pelo telefone (14) 3235-8421".

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. _____ do Código de Ética _____).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de .

Assinatura do Sujeito da Pesquisa
ou responsável

Assinatura do Pesquisador Responsável

Anexo 3 – Autorização para publicação de imagem**FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**
Permissão para uso de imagem para fins científicos

Eu, _____, brasileir____, residente no endereço _____, na cidade de _____ - _____, inscrito(a) no Registro Geral sob o número da carteira de identidade _____, permito ao(s) Dr(s)/ Sr(s) Ricardo Lia Mondelli, o uso e publicação de minhas imagens fotográficas e/ou radiográficas para fins científicos. Estou ciente de que não serei remunerado(a) pelo uso destas imagens.

Entendo que poderei ser reconhecido(a) por terceiros e que minhas fotografias e/ou radiografias poderão ser publicadas na internet e serem acessadas pelo público em geral, embora haja sigilo quanto às informações pessoais. Os profissionais citados acima e/ou os responsáveis pelo uso das imagens não poderão ser responsabilizados pela eventual utilização inadequada das mesmas.

Estou ciente de que, caso não aceitasse assinar este termo, receberia dos profissionais citados acima a mesma qualidade de atendimento e tratamento.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura: _____

Nome do Indivíduo: _____

Em caso de indivíduo menor de 18 anos:

Eu, _____, responsável legal pelo indivíduo _____, permito o uso de suas imagens para fins científicos, de acordo com as condições expressas acima, que foram explicadas de forma clara.

Assinatura do responsável pelo indivíduo: _____

Nome do responsável pelo indivíduo: _____

Anexo 4 – Fotografias grupo controle

1 – Aparência nasoalveolar

Aparência nasoalveolar

- 1 muito bom
- 2 bom
- 3 satisfatório
- 4 ruim
- 5 muito ruim

Padrão 1- muito bom

Padrão 2- bom

Padrão 3- satisfatório

Padrão 4- ruim

Padrão 5- muito ruim

Estética nasal

- 1 muito bom
- 2 bom
- 3 satisfatório
- 4 ruim
- 5 muito ruim

Padrão 1- muito bom

Padrão 2- bom

Padrão 3- satisfatório

Padrão 4- ruim

Padrão 5- muito ruim

Lábio superior

- 1 muito bom
- 2 bom
- 3 satisfatório
- 4 ruim
- 5 muito ruim

Padrão 1- muito bom

Padrão 2- bom

Padrão 3- satisfatório

Padrão 4- ruim

Padrão 5- muito ruim

Padrões cicatriz

- 1 muito bom
- 2 bom
- 3 satisfatório
- 4 ruim
- 5 muito ruim

Padrão 1- muito bom

Padrão 2- bom

Padrão 3- satisfatório

Padrão 4- ruim

Padrão 5- muito ruim

Perfil direito

- 1 muito bom
- 2 bom
- 3 satisfatório
- 4 ruim
- 5 muito ruim

Padrão 1- muito bom

Padrão 2- bom

Padrão 3- satisfatório

Padrão 4- ruim

Padrão 5- muito ruim

Perfil esquerdo

- 1 muito bom
- 2 bom
- 3 satisfatório
- 4 ruim
- 5 muito ruim

Padrão 1- muito bom

Padrão 2- bom

Padrão 3- satisfatório

Padrão 4- ruim

Padrão 5- muito ruim

Visão frontal

- 1 muito bom
- 2 bom
- 3 satisfatório
- 4 ruim
- 5 muito ruim

Padrão 1- muito bom

Padrão 2- bom

Padrão 3- satisfatório

Padrão 4- ruim

Padrão 5- muito ruim

Anexo 5 – Planilha da avaliação facial

		aparência nasoalveolar 1	estética nasal 2	lábio superior 3	padrão de cicatriz 4	perfil direito 5	perfil esquerdo 6	frontal 7
	Rg							
1	01-13711							
2	01-13971							
3	01-14161							
4	01-14511							
5	01-15003							
6	01-15118							
7	01-15814							
8	01-16251							
9	01-16416							
10	01-16544							

Anexo 6 – EVAs e WHOQOL-bref

WHOQOL–bref

Iniciais: _____

Nº _____

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua condição (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

Quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

EVA da satisfação da aparência pessoal (onde: zero é muito insatisfeito e 10 muito satisfeito)

0 _____ 100

EVA do tratamento recebido no HRAC-USP (onde: zero é muito insatisfeito e 10 muito satisfeito)

0 _____ 100

Quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

Com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequente mente	muito frequent emente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Muito obrigado.

Anexo 7 – Cirurgia de Spina modificada pelo HRAC-USP