

CIRURGIA ORTOGNÁTICA: Avaliação do conhecimento dos ortodontistas, clínicos gerais e acadêmicos de odontologia.

Bruna Mariele Albino da Silva*

Alexandre Costa Ferreira Vianna**

RESUMO

As intenções da cirurgia ortognática são obter melhoria oclusal e funcional, beneficiando a função mastigatória, a fonética, a respiração e a estética facial, estabelecendo assim o equilíbrio entre a face e o crânio. O presente artigo é um estudo quantitativo, de caráter descritivo, sendo realizado procedimentos técnicos de levantamento, com amostra intencional, com uma breve revisão literária. Este arquivo descreve um estudo da avaliação do grau de conhecimento sobre a cirurgia ortognática. Por meio de um questionário fechado, foram abordados 45 profissionais da área odontológica, em diferentes grupos, incluindo Especialistas em Ortodontia (grupo 1, n= 15), Clínico Geral (grupo 2, n= 15) e Acadêmicos de Odontologia (grupo 3, n=15). A análise de resultados consistiu na construção de gráficos. Diante da discussão concluímos que o Especialista em Ortodontia por estar mais próximo das deformidades dento-faciais tem maior conhecimento sobre o assunto quando comparados com os outros grupos.

Palavras-chave: Cirurgia ortognática, Indicações para cirurgia ortognática, Interações odontológicas na cirurgia ortognática.

ABSTRACT

*Acadêmica de Odontologia– Curso de Graduação da Faculdade Patos de Minas. Três Marias/MG brunnamarielly@hotmail.com.

**Professor Especialista Cirurgia Buco Maxilo Facial- Curso de graduação de Odontologia da Faculdade Patos de Minas/MG alexandrecvianna@gmail.com.

The intentions of orthognathic surgery are to obtain occlusal and functional improvement, benefiting mastication, phonetics, breathing and facial aesthetics. Thereby establishing equilibrium between the face and skull. This article is a quantitative and descriptive, technical procedures being conducted survey, intentional sample, with a brief literature review. This file describes a study assessing the degree of knowledge about orthognathic surgery. Through a close questionnaire were approached 45 dental professionals, in different groups, including specialists in Orthodontics (group 1, n = 15) GP (group 2, n = 15) Academicians of Dentistry (group 3, n = 15). The results of analysis consisted in the construction of graphics. Given the discussion we conclude that the Specialist in Orthodontics for being closer to the dento-facial deformities, has more knowledge on the subject, when compared with the other groups.

Keywords: Orthognathic surgery, indications for orthognathic surgery, dental Interactions.

1 INTRODUÇÃO

O progresso da cirurgia ortognática vem se tornando notório devido a sua evolução científica por meio do desenvolvimento de novos materiais e do emprego de técnicas cirúrgicas menos invasivas.

Este estudo procura avaliar o conhecimento do clínico geral, do acadêmico de odontologia e do ortodontista sobre a cirurgia ortognática, com o propósito de mostrar a importância da cirurgia ortognática no tratamento das deformidades esqueléticas.

Para a correta indicação do tratamento cirúrgico é necessário que se conheça as características clínicas dos pacientes que possuam deformidades dentárias e esqueléticas.

O objetivo geral deste trabalho foi investigar o grau de conhecimento do clínico geral, ortodontistas e acadêmicos, sobre a cirurgia ortognática, bem como suas indicações.

A cirurgia ortognática pode harmonizar a face e proporcionar uma melhor inter-relação entre os maxilares. Diante disso, os profissionais da área odontológica sabem como avaliar um paciente que necessite da cirurgia ortognática?

Os profissionais da área odontológica são a principal fonte de encaminhamento e orientação para a cirurgia ortognática.

Faz-se necessária uma correta indicação do tratamento cirúrgico tornando indispensável conhecer as características clínicas dos pacientes que necessitem de tratamento.

Dentro desse contexto, as áreas odontológicas devem estar integradas para solucionar os problemas do complexo maxilo-mandíbula, com esta abordagem unificada, fornecerá melhores resultados para o paciente.

A cirurgia ortognática, trás numerosos benefícios para o paciente, porém a integração de vários profissionais da área odontológica e médica são indispensáveis para que se possam ter resultados satisfatórios.

2 REVISÃO LITERÁRIA

2.1 Desenvolvimento da cirurgia ortognática

A cirurgia ortognática surgiu no início do século XIX. O primeiro procedimento para correção da maloclusão foi feito por Hüllihen's em 1849 em Saint Louis, o tratamento consistia em ostectomia do corpo da mandíbula, a técnica empregada tinha resultados insatisfatórios por realizar a osteotomia somente na mandíbula, independentemente do tipo de deformidade esquelética. Edward Angle realizou o procedimento cirúrgico em um paciente utilizando está técnica, e observou que o resultado poderia ser melhor se aparelhos ortodônticos tivessem sido usados anteriormente à cirurgia. Houve um acentuado progresso da técnica

na primeira metade do século XX, porém em 1957 com a introdução da técnica da osteotomia sagital do ramo da mandíbula, iniciou a era moderna da cirurgia ortognática. (PROFFIT, FILDES JUNIOR, SARVER, 2008).

Segundo Tomazi (2002) a introdução da técnica de osteotomia total da maxila nos anos 60 e 70 por Willian Bell permitiram abordagens bimaxilares. O mesmo relatou fundamentos clínicos, biológicos, estéticos e biomecânicos. Na década de 80 se teve uma maior preocupação com o refinamento das técnicas já desenvolvidas.

A partir daí a cirurgia ortognática estava se desenvolvendo com a introdução de novas técnicas de osteotomia do tipo Le Fort I, baseadas nos estudos da revascularização maxilar. Esta técnica permite reposicionar a mandíbula nos três planos do espaço (PRADO; SALIM, 2004).

Durante a década de 60, pesquisadores continuaram a desenvolver várias outras técnicas adaptando a técnica à necessidade do paciente, hoje é possível reposicionar um ou ambos maxilares, mover o mento nos três planos do espaço e ainda reposicionar o segmento dento alveolar como desejado. (PROFFIT, FILDES JUNIOR, SARVER, 2008).

De acordo com Oliveira [2002 ?] a fixação com fio de aço não proporcionava estabilidade tridimensional e casos de instabilidade mecânica eram frequentes, o que acarretava na imprevisibilidade de resultados. A fixação rígida surgiu por volta da década de 70 onde investigaram a distribuição de forças musculares e o principio de sustentação biomecânica do esqueleto facial, onde propuseram a fixação rígida com miniplacas e parafusos monocorticais. Acrescenta-se que o sistema de fixação deve ser: biocompatível, mecanicamente estável, não provocar osteólise e não sofrer corrosão, ter baixo custo e ser de fácil manipulação.

Segundo Proffit, Fildes Junior, Sarver (2008) a fixação rígida interna dispensa o uso da imobilização dos maxilares, diminuindo a movimentação típica durante o período de cicatrização, tornando o pós-cirúrgico mais estável e com maior conforto para o paciente.

Nos últimos anos, as técnicas cirúrgicas se desenvolveram para permitir o posicionamento do complexo da face média, mandíbula ou segmentos dentoalveolares em qualquer posição desejada. (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2009).

2.2 Deformidades dentofaciais

As deformidades dentofaciais podem ocorrer em uma ou em ambas as arcadas, nos planos vertical, horizontal e transversal, pode ocorrer tanto de maneira isolada como combinada. (PEREIRA, 2009)

Segundo Hupp, Ellis e Tucker (2009) as deformidades dentofaciais podem ocorrer devido a inúmeros fatores: tendências hereditárias, problemas pré-natais, condições sistêmicas que ocorrem durante o crescimento, traumatismo e influências ambientais. O complexo craniofacial tem potencial de crescimento intrínseco, como as sincondroses esfeno occipitais e esfenoetmoidais e o septo nasal. A maior parte do crescimento dos ossos da face ocorre em resposta ao tecido mole adjacente e a ação funcional aplicada no osso subjacente. A face tem a direção de crescimento para baixo e para frente, com expansão lateral. A maxila e a mandíbula mudam as suas direções devido à aposição e reabsorção óssea. Quando ocorrem alterações no crescimento ou na velocidade, resulta em uma morfologia esquelética anormal.

De acordo com Pereira (2009), a classificação das deformidades dentofaciais em relação maxilomandibular, é classificada da seguinte forma:

- **Perfil convexo:** a mandíbula está em posição mais distal em relação à maxila, podendo apresentar a maxila mais avançada e mandíbula normal; maxila normal e mandíbula recuada; maxila avançada e mandíbula recuada; maxila e mandíbula recuadas, em relação à base do crânio.

- **Perfil côncavo:** mandíbula mais anteriorizada em relação à maxila, apresentando maxila normal e mandíbula avançada; maxila recuada e mandíbula normal; maxila recuada e mandíbula avançada em relação à base do crânio.

Dentre os fatores que podem causar deformidades dentofaciais está a influência genética, como uma tendência familiar prognática ou de deficiência

mandibular, entretanto o desenvolvimento facial é multifatorial dificultando o prognóstico de um padrão herdado. Podem estar relacionado com anomalias congênitas e síndromes. Também desempenham um papel no desenvolvimento facial as influencias ambientais, tanto no estagio pré-natal e também a função anormal após o nascimento por causa da função muscular e do tecido mole que influencia a posição dos dentes e o crescimento dos maxilares. A posição ou tamanho da língua também influencia a posição e o crescimento da maxila e mandíbula. A dificuldade respiratória, respiração bucal e postura anormal da língua e dos lábios podem influenciar negativamente o crescimento facial, como também os hábitos parafuncionais. (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2009).

2.3 Indicações

Antigamente a indicação para este procedimento era reservada para as deformidades dentofaciais severas, isto ocorria por três motivos, falta de visão dos limites da ortodontia, o não desenvolvimento dos materiais e técnicas que tornava o procedimento inseguro e finalmente ausência de uma correta visão dos benefícios funcionais e estéticos que o posicionamento tridimensional correto dos maxilares trás ao paciente. Com esta nova visão, saímos do conceito de apenas reabilitar o máximo para ajustar os dentes, que para intercuspidar os dentes aceitamos estes em inclinações instáveis e sujeitos a doença periodontal, deixamos o hábito que para fazermos os dentes entrarem em oclusão, desfavorecer a estética facial e a função respiratória, assim passou a buscar uma oclusão correta, que procura uma permeabilidade das vias aéreas conservando o espaço entre a língua e a parede posterior da faringe e finalmente compreender a importância deste tratamento na estética facial. (FERRAZ, 2009)

Segundo Prado e Salim (2004), a finalidade da cirurgia ortognática é alcançar melhoria oclusal e funcional, favorecendo a função mastigatória, a fonética, a respiração e a estética facial, estabelecendo assim o equilíbrio entre a face e o crânio.

Para a correta indicação é essencial que se conheça as características clínicas e expectativas do paciente. O objetivo da cirurgia juntamente com a

ortodontia não é somente corrigir as deformidades dentofaciais, mas também estabelecer equilíbrio entre os dentes, ossos e as estruturas faciais (língua, lábios e bochechas), obtendo uma estética harmoniosa entre o esqueleto e os tecidos moles. (PRADO; SALIM, 2004)

As principais queixas que levam o paciente a procurar tratamento ortocirúrgico são estética, distúrbios funcionais, dores na ATM e na face, com restrições de movimentos. A má oclusão gera disfunção temporo mandibular, e pacientes com deformidades dentofaciais têm maior incidência deste problema. (RIBAS et. al, 2005).

Freitas, Costa e Pinho (2007) afirmam que na maioria das vezes pacientes buscam por tratamento pelo anseio de melhorar a aparência, independentemente das condições estruturais ou funcionais.

Ferraz (2009, p. 1) afirma que, abrimos nossa mente para esta nova realidade o número de indicações para cirurgia ortognática aumenta significativamente. Além das indicações óbvias muito paciente classe I com falta de exposição de incisivos ou excesso vertical de crescimento de maxila procuram este tratamento. Paciente com boa oclusão e apnéia do sono ou ainda com intercuspidação boa, mas assimetrias de crescimento vertical ou assimetrias ântero-posteriores podem se beneficiar do procedimento. Ao mudarmos nossa filosofia de tratamento a queixa estética do paciente pode assumir papel decisivo na indicação da cirurgia.

As deformidades dentofaciais apresentam-se de diversas formas, podendo destacar:

- **Micrognatismo ou Retrognatismo:** a mandíbula se apresenta proporcionalmente menor quando comparada com a maxila;



Figura 1 Retrognatismo

Fonte: <http://tube.7s-b.com/retrognatismo/>

- **Prognatismo:** a mandíbula se apresenta maior proporcionalmente quando comparada com a maxila.



Figura 2 Prognatismo

Fonte: <http://tube.7s-b.com/prognatismo/>

- **Assimetria:** a maxila e a mandíbula apresentam desvios em relação à linha média do paciente podendo ser para direita ou para esquerda.



Figura 3: Assimetria Facial

Fonte: <http://tube.7s-b.com/assimentriafacial/>

- **Deficiência transversal:** o arco dentário maxilar está menor que a mandíbula no sentido horizontal.



Figura 4: Deficiência Transversal

Fonte: <http://www.institutodentofacial.com.br/si/site/0233>

- **Mordida aberta:** os dentes anteriores não possuem trespasse vertical;



Figura 5: Mordida aberta

Fonte: <http://tube.7s-b.com/mordida+aberta/>

- **Mordida profunda:** os dentes inferiores anteriores, possuem um trespasse vertical aumentado.



Figura 6: Mordida profunda

Fonte: <http://tube.7s-b.com/mordida+profunda/>

2.4 Interdisciplinaridade odontológicas na cirurgia ortognática

Segundo Hupp, Ellis e Tucker (2009, p. 517) “Muitas áreas da prática odontológica, incluindo a ortodontia e cirurgia, devem ser integradas para solucionar os problemas mais complexos dos pacientes com deformidades dentárias”. Frequentemente estes pacientes possuem outros problemas necessitando tratamentos periodontais, endodôntico, restauradores complexos e protéticos.

Deve se avaliar a condição de higiene oral deste paciente e a estabilização da doença periodontal deve ser realizada antes do tratamento ortodôntico e cirúrgico. É necessário que se observe as lesões cáries e restaurações insatisfatórias, e que as trate antes do procedimento ortocirúrgico.

É frequente encontrar pacientes que foram tratados somente com ortodontia e que ainda possuem deformidades esqueléticas, porém alguns podem apresentar oclusão adequada, ou ainda também tenham sido operados sem ortodontia na tentativa de corrigir uma deformidade esquelética. (SILVA, SOUZA, FREITAS, 2009).

A cirurgia ortognática é executada em um determinado momento do tratamento ortodôntico. Durante o tratamento pré-operatório, os aparelhos têm a função de preparar as arcadas para o procedimento cirúrgico. (GUEDES, on-line, 2012)

O tratamento não se resume somente na cirurgia e tratamento ortodôntico, mas sim em vários procedimentos que antecede a cirurgia.

Para Hupp, Ellis e Tucker (2009), existe uma pressão social que pressiona as pessoas a manter a aparência, e isto encoraja o indivíduo a se submeter a algum tipo de procedimento que melhore a estética.

O profissional deve perguntar ao paciente qual o motivo principal e o que lhe causa desconforto, quer seja físico, funcional ou estético. (RIBAS et AL, 2005)

O reflexo na autoestima do paciente é grande, porém as mudanças faciais repercutem na vida pessoal, sendo assim o paciente deve ser preparado para receber um procedimento cirúrgico de tal magnitude. (GUEDES, on-line, 2012)

Segundo Ribas et. al. (2005) o paciente deve ser esclarecido que a cirurgia não fará milagres, que somente criará uma harmonia entre os ossos da face, trazendo uma aparência mais agradável.

A cirurgia ortognática trás inúmeros benefícios para o paciente podendo mudar a fisionomia do individuo, porém são de extrema importância a integração de vários profissionais da área odontológica e médica, para que se possam ter resultados satisfatórios.

3 METODOLOGIA

A pesquisa configurou-se por um estudo quantitativo, de caráter descritivo, sendo realizados procedimentos técnicos de levantamento, com amostra intencional, feito através de um questionário fechado, com perguntas objetivas para ser respondido e preenchido pelo próprio entrevistado. Foram entrevistados quinze (15) Cirurgiões dentistas (clinico geral), quinze (15) ortodontistas e quinze (15) acadêmicos de odontologia, da cidade de Patos de Minas. Também contará com uma revisão breve da literatura.

4 RESULTADOS

Os dados colhidos foram distribuídos em gráficos e submetidos à análise.

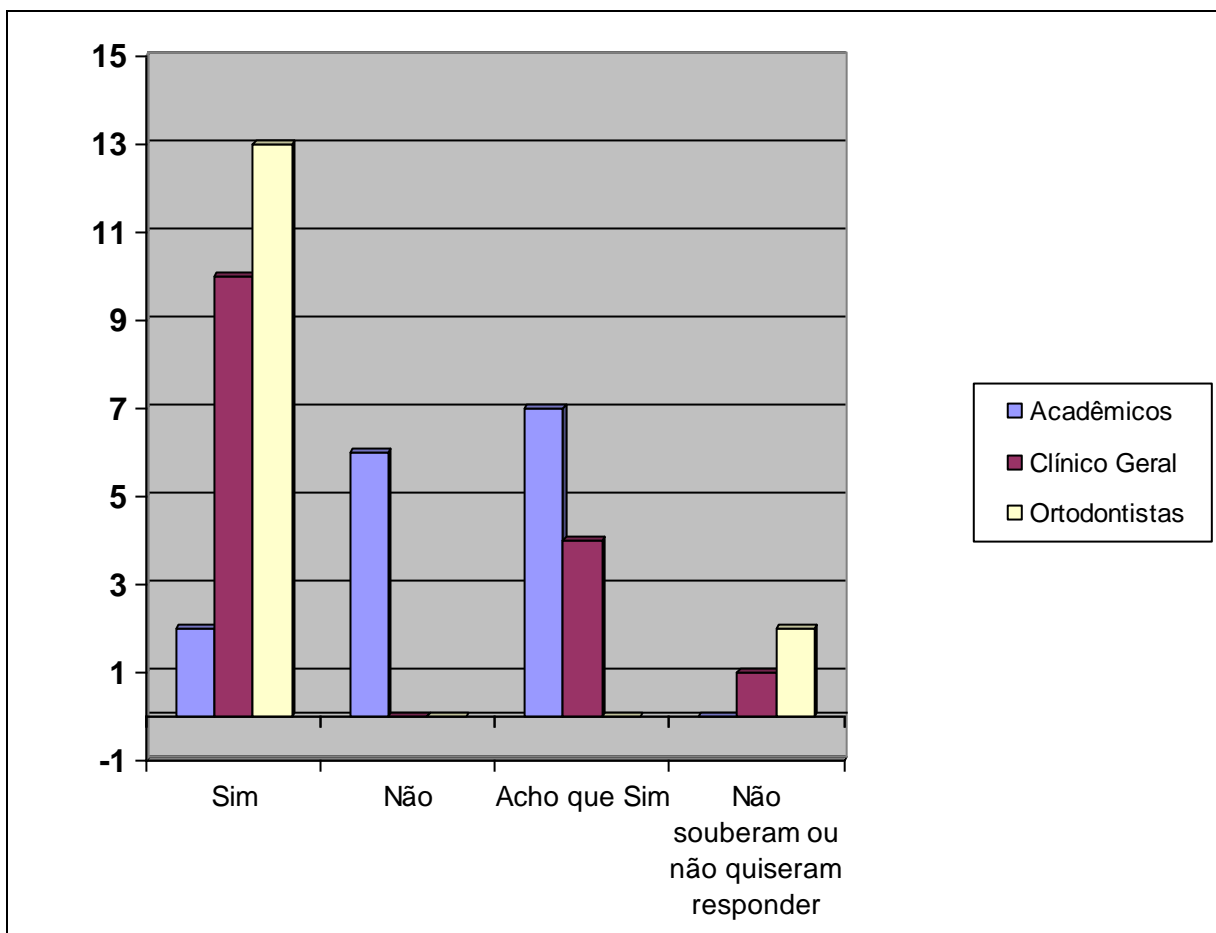


Gráfico 1: Você sabe identificar um paciente que necessite de cirurgia ortognática?

Dos 45 entrevistados 56% (25) responderão que sim, sendo que desses 8% (2) são acadêmicos, 52% (13) ortodontistas e 40% (10) clínico geral. 13% responderam que não saberiam encaminhar, sendo que 100% (6) são acadêmicos. 24% disseram que talvez soubessem encaminhar, sendo que 64% (7) são acadêmicos e 36% (4) clínico geral. E 7% não quiseram ou não souberam responder, sendo 67% (2) ortodontistas e 33% (1) clínico geral.

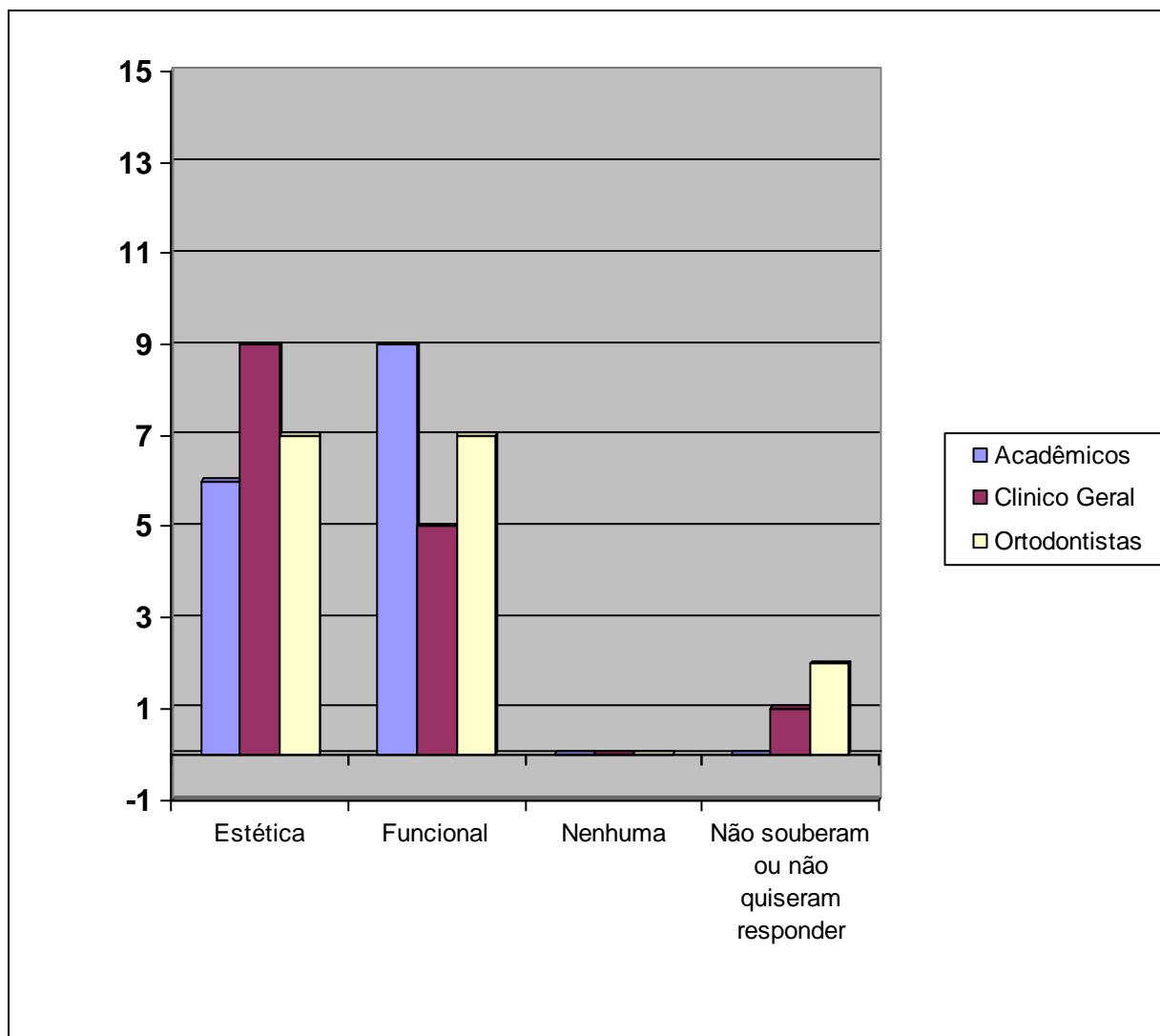


Gráfico 2: Principais melhorias para o paciente que realizou cirurgia ortognática.

No gráfico 2, dos 45 entrevistados 49% (22) responderão que a melhora seria a estética, sendo que dentre estes 27% (6) são acadêmicos, 41% (9) são clínico geral e 32% (7) ortodontista. 44% dos entrevistados responderão que a principal melhora seria funcional, sendo 45% (9) acadêmicos, 20% (4) clínico geral e 35% (7) ortodontistas. E que não quiseram ou não souberam responder foram 7%, sendo 33% (1) clínico geral e 67% (2) ortodontistas.

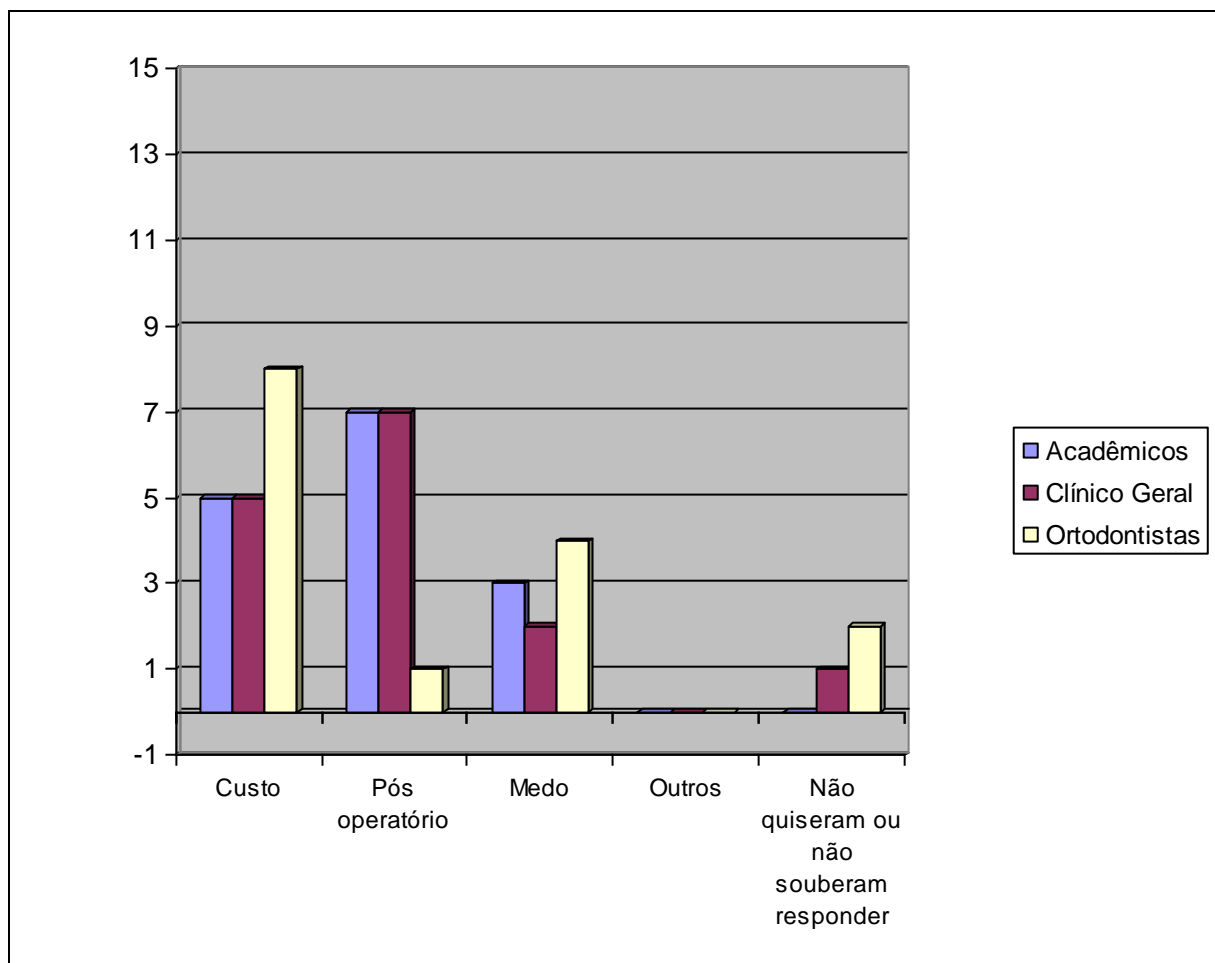


Gráfico 3: Quais são os maiores problemas para a realização da cirurgia ortognática?

Dos 45 entrevistados 40% (18) responderam que o maior problema para a realização da cirurgia ortognática seria o custo, sendo que destes 28% (5) são acadêmicos, 28% (5) clínico geral e 44% (8) ortodontista. 33% (15) responderam que o maior problema é o pós operatório, sendo que 47% (7) são acadêmicos, 47% (7) são clínico geral e 7% (1) ortodontista. 20 % (9) dos entrevistados responderam que o medo é o principal problema, sendo que 33% (3) são acadêmicos, 22% (2) são clínicos gerais e 44% (4) são ortodontistas. E que não quiseram ou não souberam responder foram 7% (3), sendo que 33% (1) clínico geral e 67% (2) ortodontistas.

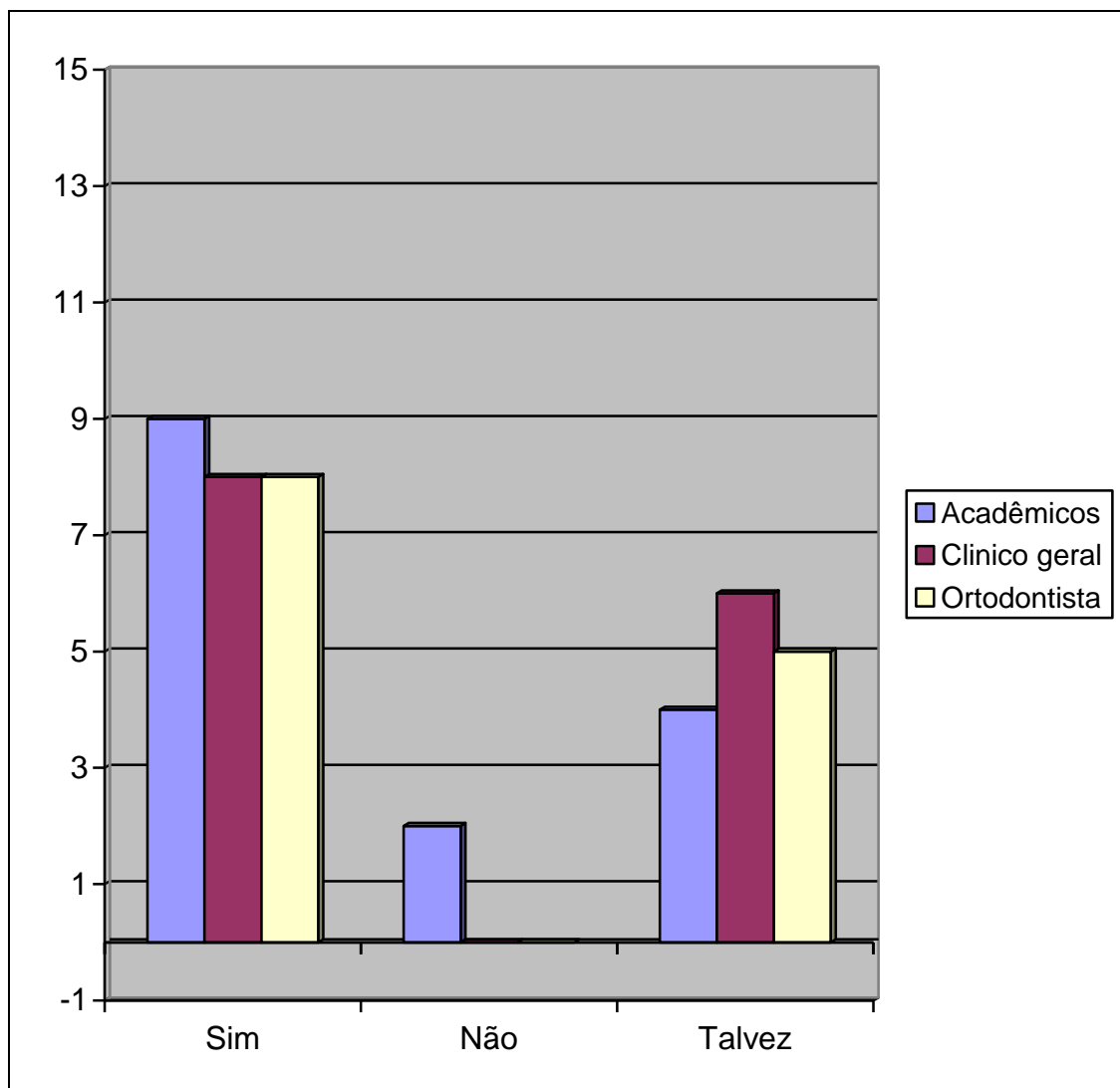


Gráfico 4: Você se submeteria a cirurgia ortognática?

Dos 45 entrevistados 56% (25) responderem que se submeteriam a cirurgia ortognática, sendo que 36% (9) são acadêmicos, 32% (8) clínico geral e 32% (8) ortodontistas. 4% (2) responderam que não se submeteria a cirurgia, quando questionados pelo motivo responderam que teriam medo e que convivem com o problema, não sendo necessária a intervenção cirúrgica, sendo que 100% (2) foram acadêmicos. 33% (15) responderam que talvez fizessem a cirurgia, sendo que 27% (4) acadêmicos, 40% (6) clínico geral e 33% (5) ortodontistas, e que não quiseram ou não souberam responder 7% (3), sendo 33% (1) clínico geral e 67% (2) ortodontistas.

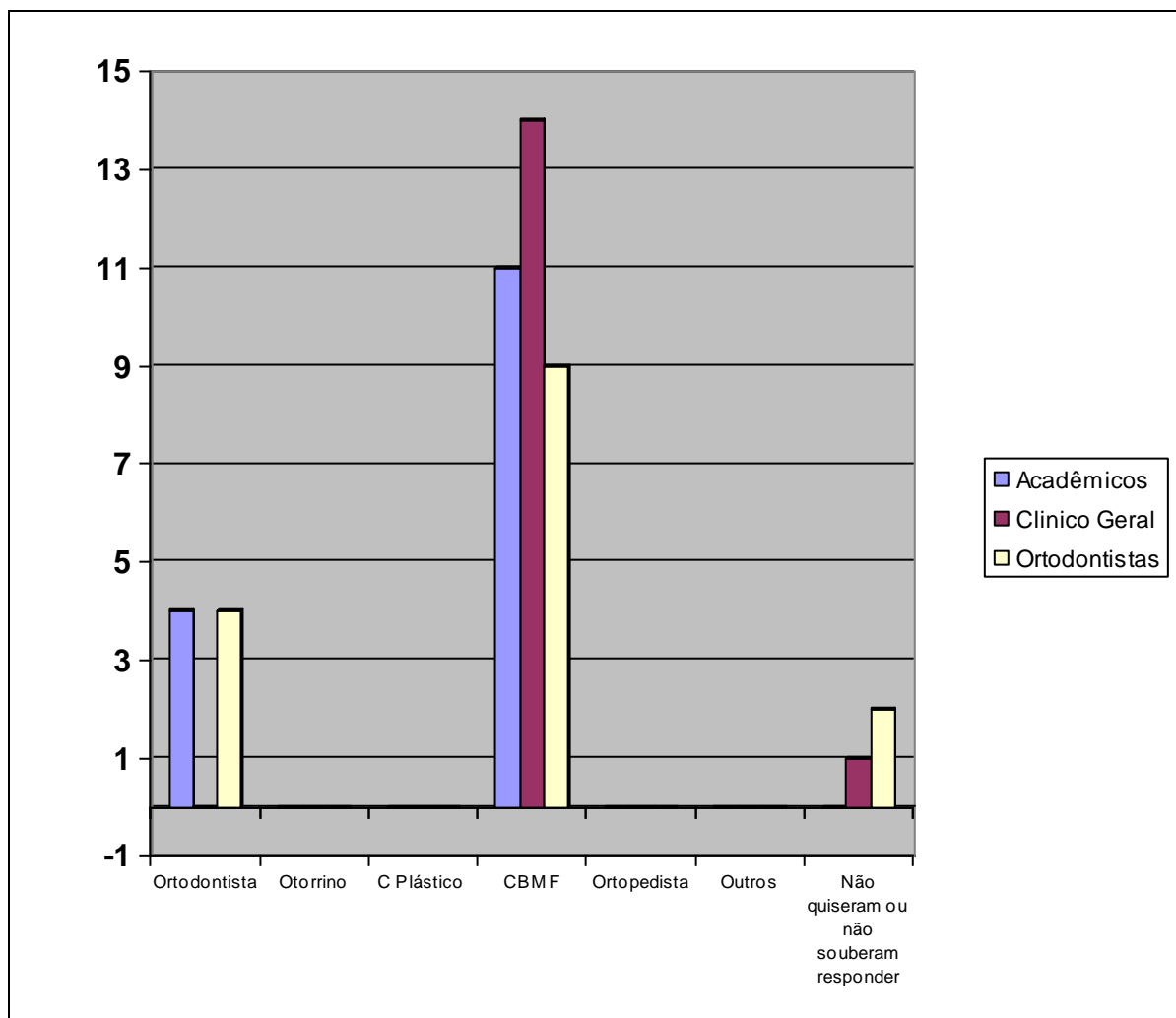


Gráfico 5: Para qual especialidade você encaminharia o paciente que necessitasse de cirurgia ortognática?

Dos 45 entrevistados 18% (8) responderam que encaminhariam para o ortodontista, sendo que 50% (4) são acadêmicos e 50% (4) são ortodontistas. 76% (34) responderam que encaminhariam para o cirurgião buco maxilo facial, sendo que 32% (11) são acadêmicos, 41% (14) clínico geral e 26% (9) ortodontistas. E que não quiseram ou não souberam responder foram 7% (3), sendo que 33% (1) clínico geral e 67% (2) ortodontistas.

6 DISCUSSÃO

Sobre a opção do entrevistado, referente aos casos apresentados no questionário diante dos principais resultados, se obteve o seguinte:

Quando questionados se saberiam identificar um paciente que necessitasse de cirurgia ortognática (gráfico 1) 52% dos ortodontistas responderam que saberiam, já 64% dos acadêmicos e 36% dos clínico geral disseram que talvez soubessem encaminhar. Os ortodontistas estão intimamente ligados ao paciente com deformidades crânio-facial, por isso é o profissional, com maior clareza para identificar um paciente que necessite da cirurgia ortognática.

A segunda pergunta sobre quais melhorias que a cirurgia ortognática traria para o paciente: a maioria dos entrevistados (49%) responderam que a melhoria seria estética, porém 35% dos ortodontistas responderam que a melhora seria funcional, e 32% dos ortodontistas disseram que a melhoria seria estética. Como dito antes a cirurgia ortognática traz inúmeras vantagens ao paciente, tanto a funcional como a estética.

No gráfico 3, quando analisados sobre qual o maior problema para a realização da cirurgia ortognática, a maioria dos entrevistados responderam que o maior problema seria o custo, destacando os ortodontistas 44% (8). Já a maioria dos acadêmicos (47%) e clínicos gerais (47%) responderam que o maior problema é o pós-operatório. Porém como visto anteriormente, a inovação das técnicas cirúrgicas menos invasiva vem tornando o pós-operatório mais tranquilo. (HUPP; ELLIS;TUCKER, 2009)

Quando questionados se submeteriam à cirurgia ortognática se fosse necessário (gráfico 4), a maioria dos entrevistados responderam que sim (56%), já dois acadêmicos responderam que não, quando perguntados o porquê, responderam que o motivo era o medo. Já os acadêmicos e clínicos gerais (33%) responderam que talvez fizessem a cirurgia ortognática. Diante deste resultado, podemos ressaltar que o clínico geral e os acadêmicos têm certa ponderação quanto à cirurgia ortognática, talvez por desconhecimento da prática cirúrgica.

Na quinta pergunta sobre qual especialidade o paciente que necessitasse de cirurgia ortognática deveria ser encaminhado, os acadêmicos e ortodontistas (18%)

disseram que encaminharia para o ortodontista, e 76% dos entrevistados responderam que encaminharia para o cirurgião bucomaxilofacial. O grupo dos clínicos gerais foi à maioria (41%). Como dito anteriormente, a cirurgia ortognática e a ortodontia andam juntas, o ortodontista é a principal fonte de encaminhamento de paciente para a cirurgia ortognática, e o cirurgião bucomaxilofacial é responsável por realizar a cirurgia ortognática. (PRADO; SALIM, 2004)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em uma avaliação geral, os grupos entrevistados (acadêmicos, clínico geral e ortodontistas) apresentam um grau de conhecimento bom sobre a cirurgia ortognática.

O grupo dos ortodontistas, por estarem intimamente ligados ao paciente com a deformidade dentofacial, foi o grupo que teve o melhor grau de conhecimento.

A maioria dos acadêmicos respondeu que não saberiam identificar um paciente que necessite da cirurgia ortognática, este dado é preocupante, pois são novos profissionais no mercado de trabalho, e estes deveriam ao menos alertar o paciente a procurar um profissional especialista no caso.

Pode-se observar que existe um grande desconhecimento sobre o pós-operatório entre os clínicos gerais e acadêmicos, pois responderá que o maior problema da cirurgia ortognática seria o pós-operatório, e como já visto anteriormente, com a inovação das técnicas cirúrgica o pós-operatório se tornou mais confortável para o paciente. Assim sendo podemos dizer que as principais dificuldades para a cirurgia ortognática seriam o custo e o medo.

A pesquisa realizada mostrou que todos os grupos têm certo conhecimento, no que se refere à amplitude da cirurgia ortognática.

Sugere-se assim a necessidade de divulgação da cirurgia ortognática no grupo de acadêmico, com a introdução na grade curricular das instituições do curso de odontologia para a determinação e conhecimento das deformidades dentofaciais.

REFERÊNCIAS

FERRAZ, Celso Luis. **Portal Ortognática:** Indicações para Cirurgia Ortognática. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.portalortognatica.com/pdfs/indicacoes.pdf>>. Acesso em 11 set. 2012.

FREITAS, Rogério Zambonato; COSTA, Cláudio de Pinho; PINHO, Sérgio. **Estética Facial.** In: Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo, 2007. Disponível em < www.ciosp.com.br/anais/Capitulos/Cap05_alta.pdf> Acesso em: 16 abr. 2012.

GUEDES, Fabio. **Cirurgias Ortognáticas:** Informações ao paciente. Disponível em: <Avenida da Américas 3500 sala 431, Barra da Tijuca - Rio de Janeiro>. Acesso em: 26 abril. 2012.

HUPP, James R; ELLIS III, Edward; TUCKER, Myron R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial:** Contemporânea. 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

OLIVEIRA, Rogério Belle; MACHADO, Roseline Andréa; SILVEIRA, Roger Lanes; AJAMBUJA, Fabiano; PAES, Jefferson. **Fixação Interna Rígida em Cirurgia Ortognática.** Disponível em: <http://www.ilapeo.com.br/downloads/JORNAL_ILAPEO/Ano_2_Edicao_02/ARTIGO_02_FIXACAO_INTERNA_RIGIDA_EM_CIRURGIA_ORTOGNATICA_UTILIZANDO_O_SISTEMA_NEOORTHO_relato_de_24_meses_de_acompanhamento.pdf> Acesso em: 18 ago. 2012.

PEREIRA, Juliana Bartolomucci Angeli. **Deformidades Dentofaciais:** Caracterização das Funções Estomatognáticas e Disfunções Temporomandibulares Pré e Pós Cirurgia Ortognática e Reabilitação Fonoaudiológica. Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2009. p.144. Disponível em: <http://www.uva.br/mestrado/dissertacoes_fonoaudiologia/JULIANA-BARTOLOMUCCI.pdf>. Acesso em 11 set. 2012.

PRADO, Roberto; SALIM, Martha. **Cirurgia Bucomaxilofacial:** Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2004.

PROFFIT, Willian R.; FIELDS JUNIOR, Henry W.; SARVER, David M. **Ortodontia Contemporânea.** 4. ed. Rio De Janeiro: Elsevier, 2008.

RIBAS, Marina de Oliveira; REIS, Luís Francisco Gomes; FRANÇA, Beatriz Helena Sottile; LIMA, Antonio Adilson Soares. Cirurgia Ortognática: Orientações legais aos ortodontistas e cirurgiões bucofaciais. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 10, n. 06, p.01-12, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dpress/v10n6/a09v10n6.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2012

SILVA, Alexandre Augusto Da; SOUZA, Luiz Carlos Mangallo; FREITAS, Sonia Luiza De Almeida. Tratamento das Deformidades Maxilofaciais. **Revista Brasileira Cirurgia Craniomaxilofacial**, São Paulo, 2009. Disponível em: <www.abccmf.org.br/.../09%20-...>. Acesso em: 05 abr. 2012.

TOMAZI, Marcos Augusto. **Centro de Cirurgia Buco Facial**. Disponível em: <http://www.cirurgiabucofacial.com.br/pt_a_clinica_marcos_tomazi.htm>. Acesso em: 11 set. 2012.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, pelo seu amor infinito, sem Ele não conseguiria chegar até aqui. Obrigada pela força sempre presente.

Agradeço aos meus pais Maria José e João Batista, meus maiores exemplos. Toda essa felicidade ao concluir essa etapa da minha vida deve a vocês, os quais me deram a vida, amor e educação. Mãe obrigada por cada incentivo, orientação e pelas orações. Pai obrigado pela preocupação para que estivesse sempre andando pelo caminho certo.

Dedico em especial este trabalho a minha irmã Aline Tatiane, a qual me inspirou na escolha do meu tema, ela se submeteu a cirurgia ortognática, a qual obteve melhoria funcional e estética. Obrigada por me incentivar e me apoiar sempre, você é uma irmã muito especial para mim.

Ao meu namorado, Fabiano. Por todo amor, carinho, paciência e compreensão que tem me dedicado.

Ao meu orientador, professor Alexandre Costa Ferreira Viana, o qual tive o privilégio de escolhê-lo para ser meu orientador, pela competência, disciplina e sabedoria, pois sabia que ali obteria a instrução necessária e uma extensão da educação. Agradeço por ter me aceitado e confiado em mim. Que nossa amizade se eternize.

A todos os professores dos cursos de Graduação de Odontologia da Faculdade Patos de Minas que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional.

Minha eterna gratidão a todos aqueles que colaboraram para que este sonho pudesse ser concretizado.

Data de entrega do artigo: 13/11/2012

APÊNDICE A



Faculdade Patos de Minas
Curso de Odontologia

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,
_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo – ***Avaliação do conhecimento dos Cirurgiões Dentistas, Cirurgiões Dentistas Especialistas em Ortodontia e Acadêmicos de odontologia sobre a Cirurgia Ortognática*** – como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora acadêmica **Bruna Mariele Albino da Silva** (aluna do 8º período do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas) sob orientação do **Prof. Esp. Alexandre Costa Ferreira Vianna** sobre a pesquisa os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Local e data _____, ___/___/____/

Nome: _____

Assinatura do sujeito ou responsável:

Bruna Mariele Albino da Silva: (34) 9140-6284 – brunnamarielly@hotmail.com

APÊNDICE B

FACULDADE PATOS DE MINAS TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Acadêmica: Bruna Mariele Albino da Silva

() Acadêmico () Clínico Geral () Ortodontista

QUESTIONÁRIO

1 Você sabe identificar um paciente que necessite de cirurgia ortognática?

- a) Sim
- b) Não
- c) Acho que sim

2 Em sua opinião quais seriam as principais melhorias, para o paciente que realizou a cirurgia ortognática?

- a) Estética
- b) Funcional
- c) Nenhuma

3 Quais são os maiores problemas para a realização da cirurgia ortognática?

- a) Custo
- b) Pós-operatório
- c) Medo
- d) Outros -----

4 Se você precisasse submeter à cirurgia ortognática, você faria?

- a) Sim
- b) Não
- c) Talvez

Se sua resposta for Não, por quê?

5 Se você recebesse um paciente que necessitasse ser encaminhado para cirurgia ortognática, para qual especialidade você o encaminharia?

- a) Ortodontista
- b) Otorrinolaringologista
- c) Cirurgião Plástico
- d) Cirurgião Buco Maxilo
- e) Médico Ortopedista
- f) Outro-----