

CIRURGIA ORTOGNÁTICA: uma abordagem fonoaudiológica

ORTHOGNATHIC SURGERY: a Speech therapist approach

Viviane Simões Pacheco*

■ RESUMO

Nesta pesquisa se procura compreender qual o papel do fonoaudiólogo no trabalho com pacientes submetidos à cirurgia ortognática, ressaltando sua atuação e importância dentro de uma equipe multidisciplinar. Partindo dessa premissa, foram realizadas entrevistas com seis fonoaudiólogas que atuam em locais diferentes com pacientes cirúrgicos.

Observou-se que o fonoaudiólogo é um profissional atuante e imprescindível nos casos em que a qualidade neuromuscular está aquém do esperado, o que pode sugerir dificuldades de readaptações à nova forma constituída após a cirurgia. No entanto, constatou-se que existem diferenças de atuação, no que se refere principalmente ao momento terapêutico, as quais serão abordadas durante a análise das entrevistas.

Como conclusão, identificou-se que os conhecimentos pertinentes à Cirurgia Ortognática e Ortodontia são fundamentais para que ocorra uma comunicação tranqüila entre o fonoaudiólogo e os profissionais envolvidos na equipe.

DESCRIPTORES: cirurgia ortognática; disfunções; tratamento; fonoaudiologia.

■ ABSTRACT

This research aims to clarify the role of speech therapist's approach with patients who have gone through orthognathic surgery, emphasizing the therapist's performance with in a multi-disciplined team environment. Basic on this focus, interviews were conducted with six speech therapists who have worked with different patients and locations. The research assures that the speech therapist is an active and essential professional in cases that neuromuscular quality is not recovered as expected, causing some difficulties in functional adaptation to the new shape after surgery. However, it has been noticed the existence of different approaches according to when the therapeutic should be done, which will all be thoroughly discussed in the analysis of the interviews.

Concluding, the knowledge about Orthognathic Surgery procedures and Orthodontist is fundamental to build a successful communication pattern between speech therapist and the teammates.

KEYWORDS: orthognatic surgery; disturbance; treatment; speech pathologist.

* Fonoaudióloga clínica formada pela Faculdade Integrada São Camilo; curso de especialização em Motricidade Oral pelo CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica.
Orientadora: Profa. Dra. Mirian Goldenberg

■ INTRODUÇÃO

O trabalho na área de mioterapia no Brasil vem sendo realizado há mais de 30 anos, sempre inovando seus conceitos e técnicas. Tanto a Fonoaudiologia quanto a Ortodontia desenvolveram-se de forma significativa e abriram um canal de comunicação entre as duas profissões.

Com a Cirurgia Ortognática a história não foi muito diferente. Desde 1978, a Fonoaudiologia tem estudado as deformidades maxilomandibulares.

ALTMANN; D'AGOSTINO e PSILLAKIS (1987) citam Bell que, em 1983, publicou um método de tratamento pós-cirúrgico envolvendo exercícios de mobilidade e tônus que visava a normalização da abertura de boca, a força e a função mastigatória.

Entretanto não foram encontradas publicações anteriores sobre um método sistemático de tratamento que envolvesse todas as partes moles e o princípio de equilíbrio entre elas, como o da equipe do Dr. Psillakis, que contava com a atuação da fonoaudióloga Lídia D'Agostino.

Dessa forma abriu-se o campo de atuação fonoaudiológica e um novo enfoque foi dado às cirurgias ortognáticas, ressaltando a importância do trabalho miofuncional associado ao tratamento ortodôntico e cirúrgico.

A avaliação fonoaudiológica, como primeiro passo, traz a possibilidade de detectar alterações miofuncionais orais que possam comprometer o resultado obtido pela Ortodontia e Cirurgia Ortognática.

O tratamento fonoaudiológico visa desenvolver um equilíbrio muscular estável, contribuindo para a diminuição de recidivas provocadas por padrões adaptativos inadequados.

ARAÚJO e ARAÚJO (1999) observam que, atualmente, existe uma nova visão para o tratamento dos pacientes cirúrgicos, sendo a equipe interdisciplinar fundamental, bem como a integração dos profissionais que atuam com o mesmo paciente.

MARCHESAN (1998) afirma que anteriormente, o fonoaudiólogo, de maneira geral, era acostumado a perguntar aos dentistas, ou para colegas, o que e como fazer para o tratamento dar certo. Não existia uma preocupação em avaliar o paciente e traçar seu plano de tratamento. Porém, há algum tempo, a Fonoaudiologia, através de pesquisas e experiências clínicas, vem tentando compreender as causas das recidivas e quais seriam as ações mais eficientes para combatê-las.

A mesma autora afirma que neste momento o fonoaudiólogo, especializado em Motricidade Oral, apresenta condições de ser um parceiro do ortodontista, buscando melhores resultados para o paciente.

A Ortodontia e a Cirurgia Ortognática são inseparáveis e o trabalho do fonoaudiólogo poderá contribuir na obtenção desses resultados. A equipe se torna possível à medida que o profissional conscientiza-se da necessidade do conhecimento e vai buscá-lo dentro de outras áreas.

CAMPIOTTO (1998) observa que o profissional que pretende desenvolver-se na área de reabilitação miofuncional oral, junto a pacientes que se submetem à cirurgia de maxila e/ou mandíbula, terá maior chance de ser bem-sucedido em sua tarefa se conhecer a rotina dos procedimentos. Nessa rotina constam o diagnóstico, a preparação cirúrgica, o ato cirúrgico em si e as intercorrências do pós-operatório, caso estas últimas ocorram.

Esta pesquisa, que teve como objetivo compreender o papel do fonoaudiólogo no trabalho com indivíduos submetidos à cirurgia ortognática, mostra como o tratamento vem sendo realizado por seis profissionais conceituados de São Paulo.

Algumas questões, como: quais as características faciais desses pacientes? É possível atendê-los sem fazer parte de uma equipe? Quais os profissionais que fazem parte da equipe e como atuam? Como, quando e por que o fonoaudiólogo deve atuar? Todos os pacientes necessitam de intervenção fonoaudiológica?, serão abordadas por estes profissionais, contribuindo de forma significativa para o trabalho fonoaudiológico.

■ DISCUSSÃO

A deformidade dentofacial interfere nos aspectos funcional, estético, psicológico, social e profissional dos pacientes.

A Cirurgia Ortognática é um ramo da Cirurgia que se preocupa com as alterações dentofaciais. No início do século restringiam-se à correção do prognatismo mandibular. Nas décadas de 60 e 70, o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas na maxila modificaram e melhoraram a estabilidade dos tratamentos cirúrgicos.

ARAÚJO e ARAÚJO (1999) asseguram que atualmente a cirurgia para a correção das desproporções ósseas é uma realidade em razão da estabilidade e de resultados mais precisos, que foram obtidos através do aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, introdução da fixação rígida, traçados predictivos aperfeiçoados com técnicas de computação, uma qualidade de decisões e planejamento mais acertadas e o trabalho de outros profissionais na equipe.

Segundo OKAZAKI (1999), a indicação da cirurgia ocorrerá sempre nos casos em que a magnitude dos pro-

blemas esqueléticos e/ou dentoalveolares for excessiva para a resolução apenas com a Ortodontia. As cirurgias são denominadas osteotomias e podem ser de mandíbula, de maxila, de mento, para expansão rápida do palato ou cirurgias combinadas de maxila e mandíbula. Cabe lembrar que as técnicas utilizadas variam de profissional para profissional, de acordo com a sua habilidade de adaptação.

URSI (1999) descreve quatro técnicas cirúrgicas que são basicamente aplicadas no tratamento das deformidades que envolvem maloclusões de classe II e III. São a osteotomia do ramo mandibular, osteotomia vertical do ramo mandibular, osteotomia do corpo mandibular e a osteotomia total da maxila tipo Le Fort I.

Cada técnica possui vantagens e desvantagens, sobre as quais o fonoaudiólogo deve ter conhecimento para entender melhor os resultados obtidos em sua avaliação.

SCHWARTZ e SCHWARTZ (1994) afirmam que são vários os fatores que levam o indivíduo a desenvolver uma oclusão anormal. Observa-se que as mordidas abertas esqueléticas, o prognatismo inferior, também classificados como Classe III de Angle, são exemplos onde o componente genético é determinante nas alterações, afetando a morfologia dentofacial. Algumas anomalias podem ser congênitas, como a fissura labiopalatina, e outras são adquiridas, surgindo pela ação de fatores gerais ou locais.

A cirurgia ortognática normalmente é realizada em pacientes jovens, na faixa etária entre 16 e 30 anos, com boa saúde, tendo em vista que a cirurgia é longa, necessitando de anestesia geral e níveis de coagulação sanguínea adequados.

As principais deformidades apresentadas podem ser mandibulares, como o prognatismo, o retrognatismo, microgenia ou macrogenia; maxilares, como a protrusão maxilar, retrusão maxilar e assimetria de face.

Independente da deformidade, existe sempre a necessidade de um plano de tratamento que será definido pelo ortodontista e pelo cirurgião. Nesse plano devem constar a documentação ortodôntica com seu estudo, os modelos de gesso superior e inferior das arcadas, radiografias panorâmica e periapical, telerradiografia de perfil pósterio-anterior, *slides* intra-bucais e estudo da articulação temporomandibular. Avaliam-se, também, as possibilidades de eliminação das causas da deformidade por serem fatores de possível recidiva pós-tratamento.

URSI, BARBOSA, PINTO e PAIVA (1999) afirmam que a Ortodontia pré-cirúrgica permitirá, através das correções necessárias, a obtenção de uma relação de Classe I para caninos e molares após a cirurgia.

O ortodontista e o cirurgião coordenam todo o plano, inclusive pertinentes a outras áreas, como a indicação à Fonoaudiologia.

MANGANELLO e CABEZAS (1998) observam que o edema incomoda muito o paciente e dificulta a abertura de boca, a mastigação, fazendo-se necessária uma dieta mais líquida. O paciente pós-cirúrgico pode encontrar-se em duas situações distintas – com bloqueio intermaxilar (BIM) ou com fixação rígida que traz como vantagem a reabilitação precoce, que se traduz em uma condição melhor de alimentação.

■ MÉTODO

Foram entrevistadas seis fonoaudiólogas que atuam, em locais diferentes, com pacientes submetidos à cirurgia ortognática. Utilizou-se o roteiro de entrevista que segue abaixo. Ressaltamos que será utilizado o sobrenome das entrevistadas para identificá-las no texto.

■ ENTREVISTA

NOME:

FORMAÇÃO:

LOCAL DE ATUAÇÃO:

1. Há quanto tempo atua como fonoaudióloga atendendo pacientes submetidos à cirurgia ortognática?
2. Quais as características faciais dos pacientes submetidos à cirurgia ortognática?
3. Você acredita que é possível atender este tipo de paciente sem fazer parte uma equipe interdisciplinar?
4. Quais os profissionais que fazem parte da equipe e como eles atuam?
5. Como, quando e por que o fonoaudiólogo deve atuar?
6. Quais os conhecimentos necessários ao fonoaudiólogo para trabalhar com pacientes submetidos à cirurgia ortognática?
7. Na sua experiência você já acompanhou algum caso que após a cirurgia não necessitou do trabalho fonoaudiológico?

■ ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Características Faciais

Todas as fonoaudiólogas entrevistadas concordaram que o paciente cirúrgico apresenta desproporções de bases ósseas, que se traduzem em grandes alterações ósseas e musculares.

Bianchini complementa que a relação espacial dessas bases não permite a correção ortodôntica e, portanto, a realização das funções estomatognáticas se dá de maneira ineficiente.

Lima, D'Agostino, Bianchini e Marchesan citam o prognatismo, retrognatismo, assimetrias faciais e as mordidas abertas esqueléticas como características dos pacientes com desproporções maxilomandibulares.

Campiotto relata que sua maior demanda são os pacientes que apresentam face longa com história de respiração bucal onde os problemas funcionais são evidentes. Os casos de prognatismo que necessitam de reabilitação são os decorrentes de disfunção da articulação temporomandibular devida à inadaptação pós-cirúrgica.

Equipes

O trabalho em equipe é fundamental para as entrevistadas, não existindo a necessidade de estarem no mesmo espaço físico. Porém, Bianchini, D'Agostino e Lima preferem trabalhar em equipes onde ocorra reunião interdisciplinar. Lima complementa que o fato dos profissionais estarem no mesmo local facilita o acesso do paciente e a equipe tem um melhor controle do caso.

As entrevistadas relatam que fazem parte da equipe: o cirurgião bucomaxilofacial ou craniomaxilofacial, o ortodontista, dentistas em geral, o otorrinolaringologista, o fonoaudiólogo, o psicólogo e, em alguns casos, o alergista. Cada um terá uma atuação diferenciada. O ortodontista e o cirurgião farão toda a programação do pré e pós-cirúrgico; o psicólogo promoverá o suporte emocional diante da mudança que ocorrerá e a atuação do fonoaudiólogo será diferente, dependendo do local de atuação e funcionamento das equipes.

Na equipe de Lima existem reuniões clínicas realizadas quinzenalmente, na qual, além da discussão dos casos, ocorre apresentação de trabalhos dos profissionais da equipe ou de convidados, com o objetivo de aperfeiçoar o conhecimento dos profissionais.

D'Agostinho também participa de reuniões onde apresenta sua avaliação.

Altmann trabalha com várias equipes, nas quais sempre existe o contato entre os profissionais através de telefone e visitas para a discussão de casos.

Bianchini relata que algumas equipes solicitam a avaliação fonoaudiológica e discutem a viabilidade do plano traçado; em outras, é comunicado o que será realizado com o paciente.

Para Campiotto, dependendo da abertura que a equipe proporcione, a fonoaudióloga apresenta-se apta a realizar sugestões que possam, funcionalmente, ser benéficas para o paciente.

Enfim, o mais adequado, para todas as entrevistadas, seria a realização de uma avaliação fonoaudiológica inicial no período pré-cirúrgico.

Atuação Fonoaudiológica no Período Pré-Cirúrgico

O momento de atuação fonoaudiológica e o trabalho executado diferem entre as fonoaudiólogas.

Altmann acredita que o ideal é atuar pelo menos dois meses antes da cirurgia, preparando o paciente através de orientações, trabalhando a musculatura, se necessário, a propriocepção dos pontos corretos de postura e deglutição, mesmo sabendo que a automatização das funções não ocorrerá.

D'Agostino concorda com Altmann e acredita que, principalmente nos casos de prognatismo, evitam-se glossectomias indevidas como consequência de falso diagnóstico de macroglossia.

Lima e Campiotto acreditam que, no momento pré-cirúrgico, a fonoaudióloga vai fornecer ao paciente um suporte para a cirurgia, orientando quanto a alimentação e higiene, discutindo os hábitos orais e os aspectos da internação.

Enfim, o trabalho fonoaudiológico antes da cirurgia tem o propósito de descobrir as possíveis interferências musculares que possam comprometer o resultado da cirurgia.

Atuação Fonoaudiológica no Período Pós-Cirúrgico

O período pós-cirúrgico acontece após a liberação do caso pelo cirurgião. Nesse momento o fonoaudiólogo fará uma avaliação para constatar se as adaptações desapareceram.

Todas as entrevistadas observam que, nesse período, existem seqüelas circunstanciais, como a diminuição

da abertura bucal e/ou parestesia do mento quando da osteotomia na mandíbula.

Nesse último caso, o fonoaudiólogo deve realizar um trabalho de compensações proprioceptivas, segundo Bianchini. Em torno de quinze dias após a cirurgia pode-se iniciar o trabalho de abertura bucal. Porém este prazo vai depender do tipo de cirurgia realizada e de sua estabilidade. Anteriormente, o início era após sessenta dias, porque o paciente ficava com bloqueio intermaxilar rígido.

Muitas vezes, como abordam Bianchini e Campiotto, nos casos onde utiliza-se o BIM (bloqueio intermaxilar) existe um período de aproximadamente quarenta dias em que o paciente fica com os “dentes amarrados”, e nesta situação o paciente pode desenvolver uma mudança de memória neuromuscular, não necessitando de uma correção posteriormente. Nos casos de fixação óssea rígida (mini-placas), esse tempo de mudança não ocorre, porque em torno de sete dias o paciente pode movimentar a mandíbula voltando à alimentação normal, porém bastante amolecida.

As entrevistadas acreditam que o fonoaudiólogo que pretende trabalhar com pacientes cirúrgicos deve ter um conhecimento básico de Ortodontia, dos procedimentos e técnicas cirúrgicas. É possível a ocorrência de seqüelas que serão tratadas ou compensadas posteriormente. Entender muito sobre motricidade oral, conhecendo a musculatura, funcionamento e oclusão, são pré-requisitos fundamentais.

No que se refere a experiência de casos que não necessitaram de trabalho fonoaudiológico, as constatações divergiram um pouco.

Para Marchesan, Bianchini e Campiotto, a grande maioria dos pacientes não necessita de terapia miofuncional oral, porque normalmente a função que estava alterada se adapta à nova forma de maneira satisfatória, não necessitando de um trabalho específico.

Lima constata que, em sua experiência, a grande maioria dos pacientes apresentou alterações musculares que foram trabalhadas.

D'Agostino nunca acompanhou um caso em que não necessitasse de intervenção fonoaudiológica, porque, segundo esta, esses casos apresentam alterações funcionais que a cirurgia em si não resolve. Além das alterações, existem as seqüelas; portanto todos, de uma forma ou de outra, necessitam do trabalho.

■ CONCLUSÕES

O trabalho fonoaudiológico referente às cirurgias ortognáticas mostrou-se fundamental, na medida em que, junto às equipes interdisciplinares, ele poderá auxiliar com seu diagnóstico, mostrando as alterações miofuncionais, que são uma constante nesses pacientes, e promover uma maior estabilidade no resultado final do tratamento.

O fonoaudiólogo deve manter contato com os profissionais que estão tratando o paciente, mesmo que não esteja no mesmo espaço físico. A integração entre os profissionais promoverá um resultado melhor para o paciente.

Observou-se uma preocupação da Fonoaudiologia em avaliar o paciente no período pré-cirúrgico para que, após a cirurgia, seja realizada uma comparação das interferências musculares e funcionais. Dessa maneira poderá se estabelecer uma estatística sobre quantos e quais pacientes precisam realmente do trabalho fonoaudiológico e comprovar quais os casos em que, somente com a cirurgia, as funções estomatognáticas se restabelecem.

Concluiu-se que o trabalho fonoaudiológico vai depender da equipe em que o fonoaudiólogo está inserido. Em alguns casos, a atuação começará no período pré-cirúrgico e em outros ocorrerá somente no pós-cirúrgico.

Alguns profissionais consideram que o paciente trabalhado antes da cirurgia apresenta um resultado melhor em consequência da retirada de grande parte das interferências que podem causar recidivas.

Torna-se imprescindível a comunicação entre os profissionais, a atualização dos mesmos, porque as técnicas cirúrgicas estão se desenvolvendo de modo rápido que deve ser acompanhado. O trabalho fonoaudiológico, com cirurgia ortognática, vem crescendo e exigindo do profissional conhecimentos específicos de motricidade oral relacionados à ortodontia e às alterações miofuncionais orais. Conhecimentos básicos sobre procedimentos cirúrgicos, possíveis seqüelas encontradas em cada tipo de cirurgia, além da rotina hospitalar, devem constar em sua formação.

Portanto, conhecer o paciente e o que envolve sua problemática, somado a uma formação adequada, são pontos importantes para o desenvolvimento do trabalho fonoaudiológico.

■ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTMANN, E. B.; D'AGOSTINO, L.; PSILLAKIS, J. M. – Tratamento fonolodológico nas deformidades maxilomandibulares. In: PSILLAKIS, J. M.; ZANINI, S. A.; MÉLEGA, J. M.; COSTA, E. A.; CRUZ, R. L. **Cirurgia craniomaxilofacial: Osteotomias estéticas da face**. Rio de Janeiro, Medsi, 1987. p. 431-42.
- ARAÚJO, A. & ARAÚJO, M.M. – Traçado predestivo. **Cirurgia Ortognática**. São Paulo, Santos, 1999. p. 63-76.
- CAMPIOTTO, A. R. – Fonoaudiologia. In: SOUZA, L. C. M.; SILVEIRA, M. E.; CAPPELLETTE, M.; GARDUCCI, M.; LINO, A. P. **Cirurgia ortognática e ortodontia**. São Paulo, Santos, 1998. p. 19-30.
- MANGANELLO, L. C. & CABEZAS, N. T. – Preparo geral do paciente para cirurgia ortognática. In: SOUZA, L. C. M.; SILVEIRA, M. E.; CAPPELLETTE, M.; GARDUCCI, M.; LINO, A. P. **Cirurgia Ortognática e Ortodontia**. São Paulo, Santos, 1998. p.16-8.
- MARCHESAN, I.Q. – Deglutição: Diagnóstico e possibilidades terapêuticas. In: MARCHESAN, I. Q. **Fundamentos em Fonoaudiologia: Aspectos Clínicos da Motricidade Oral**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S.A., 1998. p. 52-8.
- OKAZAKI, L. K. – Quando indicar uma cirurgia ortognática. In: ARAÚJO, A. **Cirurgia Ortognática**. São Paulo, Santos, 1999. p. 7-18.
- SCHWARTZ, E. & SCHWARTZ, E. – Etiologia da má-oclusão. In: PETRELLI, E. **Ortodontia para fonoaudiologia**. São Paulo, Lovise, 1994. p. 99-109.
- URSI, W. J. S. – Tratamento das má-oclusões de classes II e III : Compensações dentárias. In: ARAÚJO, A. **Cirurgia Ortognática**. São Paulo, Santos, 1999. p. 109-12.
- URSI, W. J. S.; BARBOSA, J. ; PINTO, J. R. C. ; PAIVA, M. A . M. – Conceitos ortodônticos pré e pós-cirúrgicos. **Cirurgia Ortognática**. São Paulo, Santos, 1999. p. 79-88.
- S. A.; MÉLEGA, J. M.; COSTA, E. A.; CRUZ, R. L. **Cirurgia Craniomaxilofacial: Osteotomias estéticas da face**. Rio de Janeiro, Medsi, 1987. p. 317-23.
- FREITAS, C. E. – Mentoplastia. Um importante complemento, não uma solução. In: ARAÚJO, A. **Cirurgia ortognática**. São Paulo, Santos, 1999. p. 233-74.
- FREITAS, R. R. – Prognatismo. In: SOUZA, L. C. M.; SILVEIRA, M. E.; CAPPELLETTE, M.; GARDUCCI, M.; LINO, A. P. **Cirurgia ortognática e ortodontia**. São Paulo, Santos, 1998. p. 124-34.
- FREITAS, R. R.; GUERRA, M. C.; DIAS, O. S. – Diagnóstico, planejamento e tratamento das deformidades dentofaciais. In: SOUZA, L. C. M.; SILVEIRA, M. E.; CAPPELLETTE, M.; GARDUCCI, M.; LINO, A. P. **Cirurgia ortognática e ortodontia**. São Paulo, Santos, 1998. p. 03-18.
- FREITAS, R. R.; MANGANELLO, L. C.; MERIDA, J. T. – Assimetria de face. In: SOUZA, L. C. M.; SILVEIRA, M. E.; CAPPELLETTE, M.; GARDUCCI, M.; LINO, A. P. **Cirurgia ortognática e ortodontia**. São Paulo, Santos, 1998. p. 146-55.
- ILG, J. P. – Osteotomia Vertical Intrabucal do Ramo Mandibular. In: ARAÚJO, A. **Cirurgia Ortognática**. São Paulo, Santos, 1999a. p. 131-9.
- ILG, J. P. – Osteotomia Total da Maxila Tipo Le Fort I. In: ARAÚJO, A. **Cirurgia Ortognática**. São Paulo, Santos, 1999b. p. 146-68.
- JUNQUEIRA, P. S. & CAMPIOTTO, A. R. – A investigação da mastigação em indivíduos portadores de classe III de Angle. **Revista de atualização científica pró-fono**, 4 (2): 29-31, 1992.
- MANGANELLO, L. C.; FREITAS, R. R.; MERIDA, J. T. – Assimetria da face. In: SOUZA, L. C. M.; SILVEIRA, M. E.; CAPPELLETTE, M.; GARDUCCI, M.; LINO, A. P. **Cirurgia Ortognática e Ortodontia**. São Paulo, Santos, 1998. p.146-55.
- MANGANELLO, L. C. & GDIKIAN FILHO, J. – Hiper e hipomentonismo. In: SOUZA, L. C. M.; SILVEIRA, M. E.; CAPPELLETTE, M.; GARDUCCI, M.; LINO, A. P. **Cirurgia ortognática e ortodontia**. São Paulo, Santos, 1998. p. 135-45.
- MANGANELLO, L. C. & GUERRA, M. C. – Retrognatismo. In: SOUZA, L. C. M.; SILVEIRA, M. E.; CAPPELLETTE, M.; GARDUCCI, M.; LINO, A. P. **Cirurgia ortognática e ortodontia**. São Paulo, Santos, 1998. p. 109-23.
- MARCANTONIO, E.; GABRIELLI, M. F. R.; COLETA, R. D. – Considerações sobre a estabilidade dos resultados diante da utilização de fixação interna rígida ou não rígida. In: ARAÚJO, A. **Cirurgia Ortognática**. São Paulo, Santos, 1999. p. 277-95.
- MARCHESAN, I.Q. – **Motricidade oral: visão clínica do trabalho fonolodológico integrado com outras especialidades**. São Paulo, Pancast, 1993. 70p.
- MARCHESAN, I.Q. – O trabalho fonolodológico nas alterações do sistema estomatognático. In: MARCHESAN, I.Q.; BOLAFFI, C.; GOMES, I.C.D.; ZORZI, J.L. **Tópicos em fonoaudiologia**. São Paulo, Lovise, 1994. p. 83-96.
- MARCHESAN, I.Q. & BIANCHINI, E.M.G. – A fonoaudiologia e a cirurgia ortognática. **Cirurgia Ortognática**. São Paulo, Santos, 1999. p. 353-362.
- MARQUES, E. S. B. & SANTOS, L. M. – Cuidados terapêuticos e clínicos com pacientes que se submeterão à cirurgia ortognática.

■ BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ALTMANN, E. B. – Myofunctional therapy and orthognatic surgery. **International Journal of Orofacial Myology**, 13 (1): 2-11, march 1987.
- ALTMANN, E. B. & VAZ, A. C. N. – Avaliação e tratamento fonolodológico nas cirurgias ortognáticas. In: ALTMANN, E. B. **Fissuras labiopalatinas**. São Paulo, Pró-fono Departamento Editorial, 1994. p. 427-52.
- ARAÚJO, A. – Cirurgia ortognática. In: PETRELLI, E. **Ortodontia contemporânea**. São Paulo, Savier, 1993. p. 309-22.
- BIANCHINI, E. M. G. – Desproporções maxilomandibulares: Atuação fonolodológica com pacientes submetidos à cirurgia ortognática. In: MARCHESAN, I. Q.; BOLAFFI, C.; GOMES, I. C. D.; ZORZI, J. L. **Tópicos em fonoaudiologia**. São Paulo, Lovise, 1995. p. 129-45.
- CAPPELLETTE, M. & CAPPELLETTE, M. Jr. – Preparo ortodôntico para pacientes de cirurgia ortognática. In: SOUZA, L. C. M.; SILVEIRA, M. E.; CAPPELLETTE, M.; GARDUCCI, M.; LINO, A. P. **Cirurgia ortognática e ortodontia**. São Paulo, Santos, 1998. p. 81-98.
- D'AGOSTINO, L. – Características fonolodológicas nas deformidades maxilomandibulares. In: PSILLAKIS, J. M.; ZANINI,

- nática. In: ARAÚJO, A. **Cirurgia Ortognática**. São Paulo, Santos, 1999. p. 299-306.
- ORTOLANI-FALTIN, C. L. – Traçado predictivo e visualização por meio de imagens dos objetos individuais de tratamento em cirurgia ortognática. In: ARAÚJO, A. **Cirurgia Ortognática**. São Paulo, Santos, 1999. p. 70-6.
- PASSERI, L. A. – Análise facial e plano de tratamento. In: ARAÚJO, A. **Cirurgia Ortognática**. São Paulo, Santos, 1999. p. 43-59.
- POLIDO, W. D. – Osteotomia sagital do ramo mandibular. In: ARAÚJO, A. **Cirurgia Ortognática**. São Paulo, Santos, 1999a. p. 113-30.
- POLIDO, W. D. – Osteotomia do corpo mandibular. In: ARAÚJO, A. **Cirurgia Ortognática**. São Paulo, Santos, 1999b. p. 140-5.
- SOUZA, L. C. M.; CAMPIOTTO, A. R.; FREITAS, R. R. – Cirurgia ortognática e fonoaudiologia. In: LOPES FILHO, O. C. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo, Roca, 1997. p. 781-804.

Endereço:

Rua Uberaba, 159 – Rudge Ramos
09740-230 – São Bernardo do Campo – SP
Fone/fax: 457-2611
Tel.: 97265279