

Modificações psicossociais observadas pós-cirurgia ortognática em pacientes com e sem fissuras labiopalatinas

Psychosocial modifications observed after orthognathic surgery by patients with and without cleft lip and palate

Fulvia S. Veronez¹; Liliam D'A. Tavano²

¹Psicóloga; Especialista em Psicologia Clínica e Mestranda em Distúrbios da Comunicação Humana*.

²Psicóloga; Doutora* e Coordenadora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica.

*Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, Bauru-SP.

Resumo A cirurgia Ortognática é aquela que se pratica na maxila ou na mandíbula. Seus objetivos primordiais são os de obter melhoras na oclusão dentária e na estética facial, buscando aprimorar a função mastigatória e harmonizar a face. Pessoas com deformidades dento-faciais enfrentam, além de problemas de ordem funcional, uma série de dificuldades psicossociais, inclusive um grande déficit nos relacionamentos interpessoais. O estado emocional do paciente repercute em fatores favoráveis ou desfavoráveis na sua recuperação. O presente estudo foi realizado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais USP, Bauru. Foram entrevistados 15 pacientes com fissuras labiopalatinas e 15 pacientes sem fissura submetidos à cirurgia Ortognática. Objetivou-se comparar as modificações psicossociais observadas após a cirurgia Ortognática em ambos os grupos de pacientes, investigando qual obteve mais benefícios no tratamento; e analisar a compreensão e satisfação do paciente, diante dos resultados esperados e/ou não esperados com a cirurgia. Os dados apontaram diferenças importantes na significação do tratamento nos dois grupos, na expectativa para a cirurgia e nos resultados. Mesmo assim, ambos foram igualmente beneficiados. Esses dados apontam a necessidade de um trabalho sistematizado e integrado do paciente junto à equipe hospitalar para garantir a elucidação de queixas e inseguranças quanto às prováveis expectativas, assegurando uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave Cirurgia Bucal; Ortodontia Corretiva; Estética Dentária; Anormalidades da Boca/psicologia; Fissura Palatina; Fenda Labial;

Abstract Orthognathic surgery is performed in the maxilla or mandible. Its primary elective goals are the achievements of an improved dental occlusion and facial aesthetic to enhance the masticatory function and the balance of the face. Individuals with dentofacial deformities face particular psychosocial difficulties in addition to their functional disturbances with a great deficit in their interpersonal relationships. The recovery of the emotional patients' status may have an effect either positively or adversely. The present study was conducted at the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies, USP, Bauru. It comprised an interview of 15 patients with cleft lip and palate and 15 patients without clefts submitted to orthognathic surgery for comparison of psychosocial modifications observed after orthognathic surgery in both groups of patients. The study was aimed at investigating if one group was more benefited by the treatment than the other was, and to perform an assessment of the patients' understanding and satisfaction toward the expected or unpredictable surgical outcomes. The data strongly indicated significant differences in the significance of the management, in the expectation in relation to the surgery and in the results in both groups. Despite of that, both groups were equally benefited. These data indicate the essential requirement of a systematized and integrated effort between patient and hospital staff adequately assuring the precise explanation of objections and vulnerabilities on the probable expectations to accomplish a better quality of life.

Keywords Oral Surgery; Corrective Orthodontics; Dental Esthetics; Mouth Abnormalities/psychology; Cleft Palate; Cleft Lip.

Introdução

O paciente que procura recursos profissionais para tratar de uma deficiência na saúde está buscando, além da cura, aceitação, compreensão, suporte para condições emocionalmente abaladas, ou afeto. No ambiente hospitalar, o psicólogo depara-se com uma diversidade de emoções e sentimentos de pacientes e familiares oriundos da própria situação de hospitalização, bem como das vivências de cada um.

O indivíduo que foi submetido a uma cirurgia Ortognática espera recuperar-se de traumas, motivo de chacotas, reprovação social e falha ou dificuldades nos relacionamentos interpessoais. Muito além do benefício de melhorar as condições mastigatórias, respiratórias e funcionais na região bucomaxilofacial, estão as expectativas de quem passa por este procedimento.

A fissura de lábio e palato é uma deformidade congênita de etiologia ainda pouco conhecida. Caracterizada por fendas, atinge uma série de estruturas da face, tais como a maxila, os ossos e as cartilagens, além do lábio e do palato. Essas deformidades criam problemas de ordem funcional e estética, bem como problemas de fonação, alterações de arcada dentária e desenvolvimento da maxila; além de acúmulo de líquido na orelha média. Comumente, aparecem como fator isolado de malformação e, em alguns casos, associadas às síndromes. Pela localização, as fissuras labiopalatais acarretam problemas não só de ordem estética, funcional e nutricional, como também emocional. Dessa forma, exigem uma intervenção interdisciplinar na reabilitação, visando a integração adequada do sujeito no seu ambiente familiar e social^{1,2}. Entende-se por cirurgia Ortognática aquela que se pratica na maxila ou na mandíbula. Seus objetivos primordiais são os de obter melhoras na oclusão dentária e na estética facial, buscando aprimorar a função mastigatória e harmonizar a face. Sabe-se que pacientes com fissura de lábio e palato apresentam maxila atrésica e retroposicionada, sendo a cirurgia Ortognática indispensável para a correção desses problemas. A mordida aberta anterior ou prognatismo também são passíveis de correção pela cirurgia Ortognática. Pacientes com este quadro geralmente se submetem à cirurgia na adolescência e na idade adulta, período este, em que a constituição óssea já não é mais passível de modificações. Os resultados levam o paciente à harmonia estético-ocluso-facial, além de verdadeiras transformações nas relações interpessoais e auto-estima; maior integração social e maior cooperação diante das terapêuticas paralelas a recuperação. As primeiras cirurgias realizadas trouxeram resultados insatisfatórios. A evolução nesse campo ocorreu gradativamente, iniciando pela criação de técnicas. Todos os pacientes candidatos à cirurgia Ortognática devem ser avaliados sob o ponto de vista psicológico, visto que algumas das modificações provocadas pelo tratamento poderiam gerar insatisfação^{3,4}.

Num estudo sistemático sobre o impacto psicossocial da cirurgia Ortognática, identificou-se que os pacientes recebem vários benefícios com o procedimento, destacando-se aumento da auto-imagem e ajustamento social. Entretanto, observou-se a necessidade de estudos mais padronizados a este respeito.⁶

Toda a carga emocional que acompanha o paciente na situação de cirurgia deve ser considerada no pré e no pós-operatório, pois o estado emocional repercute em fatores favoráveis ou desfavoráveis na sua recuperação. Especialmente quando se refere ao tratamento cirúrgico odontológico, aspectos estéticos são grandes motivadores para a decisão da cirurgia. O diálogo com o paciente que tem a capacidade de definir bem o que o desagrada em sua face, possibilita ao cirurgião avaliar a possibilidade de realizar o desejo do paciente⁵. Observa-se que o grau da defor-

midade está relacionado ao nível de exigência, pois os pacientes com anomalias mais graves aceitam melhor as modificações, enquanto os pacientes que apresentam deformidades mais leves são mais exigentes quanto aos resultados alcançados, sendo por isso mais difíceis de serem satisfeitos. Quanto maior for a segurança na decisão de tratar suas deformidades, melhor será o resultado e menor o índice de desistência no meio do tratamento. Se a motivação para o tratamento é influenciada por terceiros, o paciente considerará a opinião dessas pessoas para concluir que o tratamento foi bem sucedido.

Há pacientes que apresentam algum tipo de desajuste social, ou problemas situacionais, como perda do emprego ou do cônjuge e que relacionam suas deformidades dentofaciais a esses fatos. Daí a importância de se considerar a opinião e o desejo do paciente no planejamento das modificações estéticas^{4,5}. Numa análise longitudinal com 27 pacientes que realizaram cirurgia Ortognática nos períodos pré- e pós-operatório, os resultados mostraram que as mulheres se preocuparam mais que os homens em melhorar a estética e que as melhoras das condições estéticas trouxeram benefícios diretos na sua vida pessoal e social⁷.

Passar por um tratamento cirúrgico ou clínico atualiza no indivíduo vivências passadas, sinaliza a realidade da morte, a incapacidade do cuidar-se, dói e amedronta.

O trabalho sistematizado do psicólogo, com os demais membros da equipe hospitalar, propicia a análise das contingências pré-patologia, a definição de limites da intervenção com o paciente, inclusive a intervenção sobre a baixa adesão ao tratamento. Simultaneamente, a participação ativa do próprio sujeito determina o sucesso de qualquer intervenção médica, cirúrgica ou não. O psicólogo no hospital tem condições de estabelecer planos terapêuticos e avaliações que favoreçam a adesão do cliente aos procedimentos médicos e à interação com a equipe, desenvolvendo um adequado autoconceito e uma real imagem corporal⁸⁻¹⁰.

Alguém cronicamente acometido de baixa auto-estima é uma pessoa com potencial de saúde pouco estruturado. Problemas relacionados à região bucomaxilofacial acarretam péssimas funções mastigatórias, insatisfação para com suas condições orais e precária qualidade de vida^{11,12}. Temos uma identidade pessoal que os outros nos atribuem por nossa aparência física. A pessoa que nos tornamos é uma construção histórica que inclui a auto-representação e a representação que os outros fazem de nós. No corpo se inscreve toda uma série de medos e fantasias que determinam o grau de satisfação do indivíduo consigo mesmo. O trabalho do psicólogo deve ter como objetivo final auxiliar as pessoas a gostarem do seu corpo, pois isto é sinal de saúde mental^{5,13}.

Quando o paciente busca recursos odontológicos para a restauração da aparência, está buscando também recuperar sua imagem pessoal e social. A influência da cultura é tão decisiva na estrutura de personalidade de um indivíduo que alguns teóricos acentuam esses determinantes sociais, e afirmam que tudo que é caracteristicamente humano é um produto de interações sociais. Se considerarmos o peso do meio na construção de nossa identidade, e levando-se em conta os padrões estéticos valorizados e aceitos pela nossa cultura, poderemos ter uma idéia do quanto o paciente estigmatizado se sente rejeitado, inadequado e não aceito^{14,15}.

Buscou-se com este estudo comparar as modificações observadas após a cirurgia Ortognática em dois grupos de pacientes: nas deformidades congênicas e nas deformidades de desenvol-

vimento e ou adquiridas; observar se um obteve mais benefícios funcionais e emocionais do que o outro; e analisar a compreensão e satisfação do paciente, diante dos resultados obtidos com a cirurgia.

Diante das diversas variáveis psicológicas envolvidas no processo reabilitador oral do paciente submetido à cirurgia Ortognática, ampliar esse conhecimento por meio do estudo dos resultados obtidos após o tratamento, suas expectativas e superação de dificuldades sociais e emocionais, se justifica pela efetiva atuação do psicólogo no ambiente hospitalar. Esses dados podem proporcionar aos profissionais consulentes a melhor compreensão de cada paciente.

Metodologia

Para este estudo, foram convidados 30 pacientes aleatoriamente, com idade superior a 15 anos, de ambos os gêneros, sendo 15 com fissura e 15 sem fissura, com a condição de terem realizado cirurgia Ortognática num tempo mínimo de seis meses anteriores à data da pesquisa. O período de seis meses é defendido por especialistas em razão das implicações pós-operatórias e de ajustamento à nova condição, de forma que somente após esse período o paciente teria condições de analisar a situação.¹⁶

Todos os participantes são pacientes matriculados no hospital, que receberam ou ainda recebem tratamento reabilitador gratuito garantido pelo Sistema Único de Saúde. Os participantes com fissura labiopalatina ainda são acompanhados pelo hospital. Os participantes sem fissura receberam alta definitiva após a conclusão do tratamento com a cirurgia Ortognática. Atualmente o HRAC não realiza mais cirurgias reabilitadoras naqueles que não são portadores de fissuras labiopalatinas ou outra malformação craniofacial congênita.

Os critérios de exclusão foram os seguintes: sujeitos que possuíam outras anomalias ou síndromes associadas à fissura e aqueles que não tinham a idade pré-estabelecida; presença de neuropatias, doença autoimune, e outras condições afetando a função neuroautônoma, bem como uso de antidepressivos, antiarrítmicos e similares.

Utilizou-se para coleta de dados um questionário estruturado com perguntas abertas respondido pelos próprios pacientes, utilizando-se uma entrevista elucidativa. Esse método possibilita que o pesquisador contribua com o sujeito, considerando-se suas condições sócio-culturais, facilitando a compreensão e evitando possíveis distorções em relação à problemática.¹⁷ As perguntas do questionário foram elaboradas tendo por base observações dos profissionais de odontologia e psicologia a respeito das expectativas relatadas pelos pacientes a respeito da cirurgia Ortognática, bem como a revisão da literatura. Tais perguntas abrangeram a procura pela cirurgia, as expectativas de melhora, as mudanças estético-funcionais e emocionais obtidas e a satisfação com os resultados.

Após a aprovação do projeto pelo CONEP, a pesquisa teve início com a aplicação dos questionários no setor de Psicologia nas dependências do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP de Bauru/SP. Todos foram orientados sobre a pesquisa, assinando o termo de consentimento, autorizando as manobras propostas, assim como a divulgação dos resultados.

Fez-se uso do método quantitativo para a análise e discussão dos dados. Informações que trouxeram um caráter estritamente qualitativo foram categorizadas e descritas na discussão de resultados.

Resultados

Em virtude do volume e da variedade de dados encontrados pelas pesquisadoras, ficou estabelecido que seriam considerados apenas parte dos dados, como a procura pela cirurgia, as modificações observadas e a satisfação com os resultados. O restante das informações obtidas seria reservado para futuras discussões com outros enfoques.

A maioria dos participantes com fissura era do sexo masculino (86%) na faixa etária entre 15 e 25 anos. Já os participantes sem fissura eram na sua maioria do sexo feminino (66%) na faixa etária entre 16 e 40 anos (Tabela 1). Quanto à classificação sócio-econômica, observou-se que todos se enquadravam nas classes baixa e baixa superior.

Quanto ao motivo da procura pela cirurgia, 33% dos pacientes com fissura relataram ter procurado a cirurgia para melhora de condições funcionais, alegando uma indicação médica, 26% estariam dando seguimento a mais uma etapa do processo reabilitador e 13% não dependiam de sua iniciativa. Em seguida, 40% destacaram a expectativa de melhora estética. Quanto aos pacientes sem fissura, observou-se que a grande procura pela cirurgia foi a melhora estética (62%), mesmo que alguns a tenham realizado em busca de alívio para dores relacionadas condição funcional (26%). A procura pela cirurgia partiu, em 73% dos casos, de iniciativa própria, e 6% em contrapartida à indicação médica (Tabela 2).

A expectativa de melhora nos dois grupos teve diferenças significativas. Enquanto que 33% dos pacientes com fissura esperavam melhora nos relacionamentos sociais e afetivos, 73% dos pacientes sem fissura tinham essa expectativa. A melhora estética vem em decorrência da primeira com 62% para os pacientes sem fissura contra 46% para os pacientes com fissura. Evidenciou-se o maior interesse pela melhora das condições profissionais para os pacientes com fissura (40%) do que para os pacientes sem fissura (13%). Não houve índices de procura por satisfação pessoal para os pacientes com fissura contrapondo a opi-

Tabela 1 - Categorização dos pacientes pesquisados por gênero

Sujeitos	N	Masculino	Feminino
Com fissura	15 (50%)	13 (86%)	2 (13%)
Sem fissura	15 (50%)	5 (33%)	10 (66%)

Tabela 2 - Motivos da procura pela cirurgia

Procura pela cirurgia	Sujeitos	
	Com fissura	Sem fissura
melhora funcional	5 (33%)	4 (26%)
melhora estética	6 (40%)	9 (62%)
Indicação médica	4 (26%)	1 (6%)
Iniciativa própria	2 (13%)	11 (73%)

Tabela 3 - Expectativas de melhora com a cirurgia

Expectativas de melhora	Sujeitos	
	Com fissura	Sem fissura
social / afetiva	5 (33%)	11 (73%)
física/estética	7 (46%)	9 (62%)
profissional	6 (40%)	2 (13%)
satisfação pessoal	0	5 (33%)

nião de 33% dos pacientes sem fissura (Tabela 3). As mudanças percebidas não foram sempre positivas. Dos pacientes com fissura, 33% não observaram mudanças significativas; 20% identificaram a modificação na aparência física, 46% na modificação da voz (46%) e 6% maior confiança em si mesmos. Todos os pacientes sem fissura observaram mudanças. Destas 66% em relação à melhora da aparência física, 40% quanto à autoconfiança e 23% com dificuldade de voz (Tabela 4). Quanto à satisfação com os resultados, apenas 6% dos pacientes sem fissura afirmaram insatisfação com os resultados, contra 26% dos pacientes com fissura. Os dados apontaram que 73% dos pacientes com fissura e 93% dos pacientes sem fissura ficaram bastante satisfeitos com a cirurgia, totalizando 83% de satisfação nos dois grupos (Tabela 5).

Discussão

Os dados acima apresentados evidenciam diferenças entre os dois grupos com relação aos motivos para a realização da cirurgia. Observamos que embora ambos tenham dado importância à melhora estética, os pacientes sem fissura procuraram a cirurgia por iniciativa própria. Em contrapartida, os pacientes com fissura consideraram a cirurgia Ortognática como parte do tratamento e a aceitaram por sugestão do hospital. Pelo fato do tratamento reabilitador do sujeito com fissura ser longo, o paciente pode assumir um comportamento chamado de “hospitalismo”, ou seja, ambientam-se rapidamente aos procedimentos médicos e técnicos do hospital. Esse comportamento nem sempre é positivo, pois pode ocorrer do paciente apresentar certa apatia, não respondendo mais ao tratamento com a devida autonomia.¹⁸ Uma vez que a natureza da deformidade influi na expectativa do resultado, os dados confirmaram as diferentes necessidades de cada grupo, na procura pela cirurgia.⁽⁴⁾ Em um país ocidental orientado para o belo, a valorização da aparência física contribuiu para a procura pela cirurgia Ortognática no grupo de pacientes sem fissura muito mais pelas mulheres do que pelos homens^{7,10}. Apesar de serem os problemas funcionais a principal argumentação para a intervenção cirúrgica, os pacientes observaram mudanças significativas nas suas relações sociais, pois com a nova apresentação do rosto e da fala, sentem-se mais seguros no sentido de serem aceitos pelo grupo em que se inserem. Os relacionamentos interpessoais são fundamentais à constituição da própria pessoa, à formação de sua auto-estima e à valorização de suas potencialidades^{14,15}. As expectativas de melhora foram bastante diferentes. Enquan-

Tabela 4 – Mudanças percebidas após a cirurgia

Mudanças percebidas	Sujeitos	
	Com fissura	Sem fissura
aparência física	3 (20%)	10 (66%)
dificuldade voz	7 (46%)	4 (26%)
mais confiante	1 (6%)	6 (40%)
não observaram	5 (33%)	0

Tabela 5 – Satisfação com os resultados

Satisfação com resultados	Sujeitos	
	Com fissura	Sem fissura
satisfeitos	11 (73%)	14 (93%)
insatisfeitos	4 (26%)	1 (6%)

to a maioria dos pacientes com fissura esperava alterações físicas e estéticas, os benefícios esperados pelos pacientes sem fissura direcionaram-se mais para a dimensão social e afetiva. Nenhum paciente com fissura mencionou a satisfação pessoal. Tais índices são descritos na literatura como fundamentais para a decisão pela cirurgia bem como encorajador no processo de adaptação pós-operatório.^{4,5,7}

Quanto às mudanças percebidas pelos pacientes, os resultados dos pacientes com fissura não foram condizentes com as expectativas de melhora. Alguns não observaram mudança alguma. O fato de a cirurgia provocar aumento no fluxo de ar pela ampliação do espaço da parte nasal da faringe, traz alterações na ressonância da fala.^{3,4} Esses pacientes afirmaram que não foram informados dessa possibilidade. A participação do psicólogo no ambiente hospitalar pode prevenir a ocorrência de sentimentos de dúvidas e insatisfações, ao considerar que a maioria dos pacientes que buscam auxílio nos serviços hospitalares padece de problemas emocionais, decorrentes da sua situação física.^{9,10} Os pacientes sem fissura observaram mais melhoras na aparência física como esperavam.

Observa-se na fala dos pacientes sem fissura que, apesar da melhora na aparência física, não se submetem a tudo de novo, atribuindo ao tratamento momentos de muito sofrimento e tensão. Esse fato é passível de compreensão, quando se observa que o paciente busca recursos médicos e reparadores para suprir e sanar questões intimamente ligadas a problemas emocionais, e que tais problemas quase sempre não podem ser resolvidos com a intervenção cirúrgica.^{5,7,8}

Alguns pacientes esperam por resultados que são incompatíveis com suas estruturas físicas e, portanto, impossíveis de serem conseguidos. Talvez, se uma melhor explicação sobre o que pode e o que não se pode conseguir tivesse ocorrido nas consultas precedentes, os pacientes não criariam tantas expectativas infundadas sobre a cirurgia^(8,12).

Para os pacientes com fissura, a cirurgia Ortognática é vista como uma fase final do tratamento, uma das últimas, senão a última cirurgia de uma série que levou toda a vida. Em decorrência disso, a cirurgia tem um caráter de libertação, de reabilitação, de estar pronto para o mundo, para o convívio social e para os relacionamentos interpessoais^{5,10}. Muitos pacientes ao retornarem da anestesia dizem ter experimentado sentimento de exaltação como se tivessem *nascido outra vez* (sic) e ganho nova vida. É comum ouvir os pacientes relatarem que após a cirurgia irão procurar emprego, voltar a estudar; criando perspectivas positivas de futuro; a intervenção cirúrgica constitui um sentimento concreto para a exteriorização de desejos e vontades reprimidas¹⁴.

De modo geral, os dois grupos ficaram bastante satisfeitos com os resultados. De acordo com os relatos, os resultados levaram à harmonia estética, além de modificações nas relações interpessoais e aumento da auto-estima; maior integração social e maior cooperação diante das terapêuticas paralelas a recuperação^{4,11}. Tal afirmativa confirma a eficácia do processo cirúrgico e nos leva a constatar que mesmo de formas diferentes, ambos foram igualmente beneficiados com o tratamento.

Conclusão

Observou-se que nos dois grupos ocorreram modificações importantes para a qualidade de vida após a cirurgia. Mesmo se tratando de pacientes com históricos diferentes, ambos tinham boa compreensão da importância da cirurgia e guardavam expectativas relevantes a seu respeito.

Embora as modificações observadas tenham se diferenciado para cada grupo, considera-se que ambos ficaram satisfeitos com os resultados.

Os dados enfatizam a importância de um trabalho sistematizado e integrado do paciente junto à equipe hospitalar para garantir a elucidação de queixas e inseguranças quanto às prováveis expectativas, assegurando uma melhor qualidade de vida.

Referências bibliográficas

1. D'Agostino L, Jorge D. A criança portadora de fissura labiopalatal. *Pediatr Mod* 1991;26(6):480-2.
2. Barcillos J. Fissuras labioplantinas. In: Zanini SA. *Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial*. Rio de Janeiro: Revinter; 1990. p.321-34.
3. Araújo A. Avaliação estética, psicológica e fonoaudiológica de pacientes fissurados submetidos à cirurgia ortognática [tese]. São José dos Campos: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de São José dos Campos; 1979.
4. Medeiros PJ. Cirurgia ortognática. In: Zanini SA. *Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial*. Rio de Janeiro: Revinter; 1990. p.251-320.
5. Alves MCR. Aspectos psicológicos das intervenções cirúrgicas na área odontológica. *Odontol Mod* 1985;12(6):48-52.
6. Hunt OT, Johnston CD, Hepper PG, Burden DJ. The psychosocial impact of orthognathic surgery: a systematic review. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2001;120(5): 490-7.
7. Garvill J, Garvill H, Kahnberg KE, Lundgren S. Psychological factors in orthognathic surgery. *J Craniomaxillofac Surg* 1992;20(1):28-33.
8. Duerksen F. Aspectos psico-sociais. In: _____. *Cirurgia reparadora e reabilitação da Hansenfase*. Bauru: ALM International; 1997. p 49-59.
9. Gorayeb R, Guerrelhas F. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. *Rev Bras Terapia Comport Cognit* 2003;5(1):11-9.
10. Romano BW. Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
11. Campos RG. Eu tenho a força. *Rev Viver* 2001;10(5):17-26.
12. Carvalho LEP. Avaliação do nível de satisfação, capacidade, eficiência e performance mastigatórias em pacientes reabilitados com próteses fixas totais inferiores sobre implantes, sob carga imediata [dissertação]. Bauru: Faculdade de Odontologia, Universidade do Sagrado Coração; 2002.
13. Romero E. O corpo vivido. In: _____. *As dimensões da vida humana: existência e experiência*. São José dos Campos: Novos Horizontes; 1998. p.133-81.
14. Wolf SMR. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Rev Assoc Paul Cirurg Dent* 1998;52(4):307-16.
15. Fadiman J, Frager R. Teoria da personalidade. São Paulo: Harbra; 1979.
16. Garvill J, Garvill H, Kahnberg KE, Lundgren S. Psychological factors in orthognathic surgery. *J Craniomaxillofac Surg* 1992;20(1):28-33
17. Tavano LDA. Avaliação do desempenho psicossocial de pacientes portadores de fissura lábio-palatina submetidos a tratamento multidisciplinar no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais-USP [tese]. Bauru: Universidade de São Paulo, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais; 2000.
18. Angerami VA, organizador. *O doente, a psicologia e o hospital*. São Paulo: Pioneira; 2002.

Correspondência:

Fulvia de Souza Veronez
Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP
Setor de Psicologia
Rua Silvio Marchione, 3-20, Vila Universitária
17012-900 - Bauru-SP
e-mail: ltavano@centrinho.usp.br
