

TERUMI OKADA OZAWA, CD, MS.

Avaliação dos efeitos da queiloplastia e palatoplastia primária sobre o crescimento dos arcos dentários de crianças com fissura transforame incisivo unilateral aos 5 ~ 6 anos de idade.

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Odontologia, área de Ortodontia.

**ARARAQUARA – SP
2001**

TERUMI OKADA OZAWA, CD, MS.

Avaliação dos efeitos da queiloplastia e palatoplastia primária sobre o crescimento dos arcos dentários de crianças com fissura transforame incisivo unilateral aos 5 ~ 6 anos de idade.

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Odontologia, área de Ortodontia.

Orientador: Prof. Dr. Hélio Ferraz Porciúncula (FOA – UNESP)

Co-orientadora: Prof^ª. Dra. Gunvor Semb (University Dental Hospital of Manchester, UK.; University of Oslo – Norway)

OZAWA, TERUMI OKADA

Avaliação dos efeitos da queiloplastia e palatoplastia primária sobre o crescimento dos arcos dentários de crianças com fissura transforame incisivo unilateral aos 5 ~ 6 anos de idade.

/Terumi Okada Ozawa – Bauru, 2001.

166p.: il.; 29,7cm.

Tese. (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Araraquara. UNESP.

Orientador: Prof. Dr. Hélio Ferraz Porciúncula

Co-orientadora: Prof. Dra. Gunvor Semb

DADOS CURRICULARES

TERUMI OKADA OZAWA

- Nascimento:** 19 de agosto de 1958 – Lavinia – SP
- Filiação:** Toshihide Okada
Luiza Massako Okada
- 1978 – 1981 :** Curso de Graduação em Odontologia
Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP
- 1982 – 1984 :** Residência Odontológica em Prótese no HPRLLP – USP -
Bauru
- 1985 :** Contratada como odontóloga do HPRLLP – USP – Bauru
Curso de Ortodontia Preventiva e Interceptiva da PROFIS –
Bauru
- 1986 – 1988 :** Curso de Pós-Graduação em Ortodontia, nível de mestrado em
“Tokyo Medical and Dental University”, revalidada pela reitoria
da UNESP sob o número 02341 – Proc. Número 1188/50
- 1997 – 1999 :** Curso de Pós-Graduação em Ortodontia, nível de Doutorado,
na Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP

A Deus.

*Pela inesgotável “Fonte de Luz, Energia e Amor”, reabastecida
constantemente no meu interior...*

*Pela oportunidade de existir, viver, desafiar, conquistar e cumprir
gradativamente, minha missão “nesta passagem”...*

*Minha gratidão e
reconhecimento em forma de Prece!*

“A vida só é digna de ser vivida, quando se faz algo em vida, em prol das próprias vidas”.

*Aos meus pais,
Toshihide e Massako.*

Que transmitiram e compartilharam ao longo dos anos, os maravilhosos princípios de vida, com sabedoria, amor e dedicação.

Aos Pacientes do Centrinho.

De ontem, hoje e amanhã. Portadores de múltiplas deformidades craniofaciais que a todo instante transmitem lições de vida, despertando o valor da vida e a verdadeira razão de existir.

Dedico este trabalho.

*Abô Carlos,
meu marido, companheiro, amigo.*

*Que através do seu amor e riqueza espiritual consegue transcender os limites da
distância e da ausência, sempre me fortalecendo, acreditando nos meus projetos,
nos meus desafios, compartilhando dos
meus sonhos e das minhas conquistas.*

*É alguém que consegue somar e multiplicar as alegrias,
me contagiar com sua paz e serenidade espiritual, me fortalecer com sua
infinita força interior e me fazer sentir, menina, mulher,
enfim, um ser humano importante!*

À pequena MChai.

*Que com sua Energia pura e iluminada, veio somar forças para que eu
continue a “viver dignamente em prol de outras vidas”,
com esperança e alegria.*

*Dedico esta conquista
com muito amor e gratidão.*

*Ao professor doutor,
Hélio Ferraz Porciúncula.*

*Mestre, orientador e amigo acima de tudo. O meu agradecimento carinhoso e
minha admiração pelos ensinamentos científicos e de vida, por acreditar no
meu Desafio e pela oportunidade que me concedeu de realizar
este trabalho com liberdade e sob as asas da sua
confiança e credibilidade.*

O verdadeiro “Mestre” é aquele que transcende as barreiras do tempo e espaço e mantém vivos na mente de seus discípulos, a sua sabedoria, seus princípios de vida e suas idéias, para toda a eternidade.

Ao professor Joel Cláudio Rosa Martins, lembrança viva de sabedoria e força interior.

Ao professor Tatsuko Sakima, exemplo de garra e pioneirismo.

Ao professor Ary dos Santos Pinto, pela dedicação e paciência.

Aos professores Dirceu Barnabé Raveli, Luiz Gonzaga Gandini Júnior, Maurício Tatsuei Sakima, João Roberto Gonçalves e Lídia Parsekian Martins, pela transmissão de inesgotáveis conhecimentos,

Os meus agradecimentos especiais e a certeza de que os seus preciosos ensinamentos e as suas idéias permanecerão vivos na minha mente e transmitidos na mente de meus discípulos de hoje e amanhã.

Agradecimentos Especiais.

Á Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP, na pessoa do seu Diretor Ricardo Samih Georges Abi Rached, Vice-diretor Roberto Miranda Esberard e Ex-diretor Wellington Dinelli, pela maneira calorosa que me acolheu novamente ao regressar à Faculdade de origem para realizar a pós graduação.

Á Coordenadora Geral de Pós-graduação Professora Doutora Rosemary Adriane Chierici Marcantonio, pelo incentivo e apoio à pesquisa e ensino na odontologia.

Ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC-USP-Bauru) na pessoa do Professor Doutor José Alberto de Souza Freitas (Tio Gastão), pela oportunidade de compartilhar dos mesmos sonhos e desafios.

Á Professora Doutora Gunvor Semb, da Universidade de Manchester e Universidade de Oslo, Co-orientadora deste trabalho, por iluminar minha trajetória de vida com seus exemplos de garra, sabedoria de vida e conhecimentos científicos.

Ao Professor Doutor Helí Benedito Brosco, Diretor Administrativos do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Bauru, pelo incentivo e confiança.

Aos Professores Doutores Leopoldino Capelozza Filho e Arlete de Oliveira Cavassan, responsáveis pelo Setor de Ortodontia do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Bauru, pela amizade, apoio e exemplo de dedicação.

A todos os Docentes do Curso de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP, pelos preciosos ensinamentos.

Aos Docentes, Funcionários e Amigos do Departamento de Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia de Araraquara, pelo auxílio e convívio agradável.

Aos colegas do Curso de Doutorado: Carolina, Hélio, Léo, Lídia, Roberto Brandão, Roberto Kawakami e Roberto Shimizu, pela amizade compartilhada e pelas grandes permutas de conhecimento.

Aos Cirurgiões Plásticos do Centrinho, por serem verdadeiros artistas que esculpem e modelam a face, devolvendo o sorriso e a estética aos pacientes.

Aos companheiros de trabalho do Setor de Ortodontia do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Bauru: Dino, Arlete, Silvia, Omar, Araci, Rita, Aiello, Patrícia, Suzana, Denise, Solange, Leila, Rosângela e Sônia, pelo incentivo e pela alegria de compartilhar como uma grande família, os desafios diários.

Aos amigos do Setor Odontológico do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Bauru, Sueli, Márcia, Beatriz, Izabel, Malú, Lilian, João Henrique, Laerte, Roberto Macoto, Rogério, Roberta e Roberta Martienli, pela amizade constante.

A todos os residentes que já passaram ou se encontram atualmente no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Bauru, pela oportunidade de permutar e somar conhecimentos e pela contribuição na coleta da amostra deste trabalho.

Às Funcionárias da Unidade de Ensino e Pesquisa do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Bauru, pelo atendimento e presteza de seus serviços.

Às Funcionárias da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Araraquara, pelo apoio constante.

A todos os Funcionários do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Bauru, que direta ou indiretamente ajudaram na realização deste trabalho.

Ao Professor José Roberto Pereira Lauris, responsável pela análise estatística deste trabalho.

Ao Fabrício Assis Rodrigues e André Muranaka, pela presteza e competência na digitação deste trabalho e confecção dos gráficos.

Aos meus irmãos, Kazumi, Luiz, Takako, Yoshimi, Kayoko, Mitico, Helena, Celeste e Alberto, por poder contar sempre com apoio e carinho.

Aos meus irmãos de coração Omar e Flávio, por compartilhar a amizade, incentivo e da alegria do dia-a-dia como os irmãos verdadeiros.

Aos Pacientes do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Bauru, razão e estímulo para o aprimoramento.

À Todos que de uma forma anônima e silenciosa colaboraram para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	xii
LISTA DE TABELAS.....	xix
1 – INTRODUÇÃO	01
2 – REVISÃO DE LITERATURA	05
3 – PROPOSIÇÃO	21
4 – MATERIAL E MÉTODO	22
5 – RESULTADOS	44
6 – DISCUSSÃO	64
7 – CONCLUSÕES	91
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
9 – RESUMO	116
10 – ABSTRACT	117
11 – APÊNDICE	118

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 –** Aspectos dentários e faciais de paciente adulta portadora de FTIU sem tratamento cirúrgico (A, B, C), e a face típica de uma paciente adulta operada de lábio e palato na infância, com deficiência maxilar severa (D) 14
- Figura 2 –** Alterações na morfologia do arco dentário superior de pacientes portadores de FTIU. Comparação entre pacientes não fissurados, pacientes fissurados não operados, operados só de lábio, operados de lábio e palato 15
- Figura 3 –** Identificação da fissura transforame incisivo unilateral do lado esquerdo (A, B, C), em uma das irmãs gêmeas homozigóticas (I), e acompanhamento longitudinal da reconstrução cirúrgica da fissura (D-H). As cirurgias primárias, queiloplastia (D-F) e palatoplastia (G, H), obedeceram as épocas estipuladas no protocolo do HRAC 18
- Figura 4 –** Aos seis anos de idade observa-se na irmã com fissura uma face mais reta, indicando crescimento do arco dentário superior deficiente, no sentido sagital e transversal, mordida cruzada posterior e anterior de topo, correspondendo ao índice oclusal 3, enquanto que na irmã não fissurada não se observa as mesmas características morfológicas. As diferenças dento-faciais diagnosticadas entre as duas irmãs devem ser atribuídas à presença da fissura e aos procedimentos cirúrgicos executados 19
- Figura 5 –** Gráfico representativo da distribuição dos 317 pacientes com fissura transforame incisivo unilateral que compuseram a amostra, de acordo com a procedência: Bauru (n=267) e Oslo (n=50) 22

- Figura 6 –** Gráfico representativo da distribuição da amostra de 267 crianças com fissura transforame incisivo unilateral, proveniente do HRAC-Bauru, de acordo com o lado da fissura 24
- Figura 7 –** Gráfico representativo da distribuição da amostra de 267 crianças com fissura transforame incisivo unilateral, proveniente do HRAC-Bauru, de acordo com o sexo 24
- Figura 8 –** Gráfico representativo da distribuição da amostra de 267 crianças com fissura transforame incisivo unilateral, proveniente do HRAC-Bauru, de acordo com o lado da fissura e com o sexo 25
- Figura 9 –** Paciente portador de FTIU, apresentando uma bandeleta de Simonart pequena 28
- Figura 10 –** Bandeleta de Simonart, pequena, média e Grande respectivamente. A bandeleta grande apresenta aspecto de fissura pré-forame incompleta, mas a descontinuidade óssea do rebordo até o forame incisivo é o diagnóstico diferencial 28
- Figura 11 –** Amplitude da fissura: estreita, regular e ampla, respectivamente 28
- Figura 12 –** Paciente portador de FTIU do lado esquerdo, sem a presença de bandeleta de Simonart, operado do lábio pela técnica de Spina e do palato pela técnica de Von Langengeck aos 3 meses e 12 meses de idade, respectivamente. Aos 6 anos de idade já pode ser observada a leve restrição do crescimento maxilar através da relação interarcos (levemente cruzada) e a face com perfil reto 29

- Figura 13** – Modelos de estudo dos 317 pacientes componentes da amostra de Bauru e Oslo, dispostos aleatoriamente. No centro observa-se os modelos representativos dos índices oclusais de 1 a 5 para a orientação e calibragem dos examinadores 31
- Figura 14** – Momento da calibragem dos examinadores visando a padronização do uso dos índices oclusais 31
- Figura 15** – Momento em que os examinadores realizam as avaliações e atribuições dos índices oclusais 32
- Figura 16** – Paciente do sexo masculino, portador de FTIU do lado esquerdo com índice oclusal do “grupo 1”, correspondendo ao Goslon Yardstick 1. Relação ânteroposterior e transversal entre os arcos dentários excelente. O crescimento da face média e desenvolvimento do arco dentário superior próximo do normal, sem mordidas cruzadas, com prognóstico excelente 35
- Figura 17** – Paciente do sexo feminino, portadora de FTIU do lado esquerdo com índice oclusal do “grupo 2”, correspondendo ao Goslon Yardstick 2. Relação de trespasse horizontal positivo com mordida cruzada unilateral de dois dentes do segmento menor. Relação dos arcos dentários boa e prognóstico bom 36
- Figura 18** – Paciente do sexo masculino, portador de FTIU do lado esquerdo com índice oclusal do “grupo 3”, correspondendo ao Goslon Yardstick 3. Relação entre os arcos dentários regular (aceitável) com trespasse horizontal levemente negativo e incisivos superiores retroinclinados. Crescimento maxilar ligeiramente deficiente, e resultando numa face com perfil reto 37

- Figura 19** – Paciente do sexo feminino, portadora de FTIU do lado direito com índice oclusal do “grupo 4”, correspondendo ao Goslon Yardstick 4. Relação entre os arcos dentários pobre com trespasse horizontal negativo e inclinação dos incisivos superiores normal, mordida cruzada bilateral, tendência à mordida aberta na área da fissura e a face tendendo a classe III, com deficiência maxilar evidente 38
- Figura 20** – Paciente do sexo feminino, portadora de FTIU do lado esquerdo com índice oclusal do “grupo 5”, correspondendo ao Goslon Yardstick 5. Relação entre os arcos dentários muito pobre com trespasse horizontal acentuadamente negativo, mordida cruzada total, morfologia do arco dentário superior e anatomia do palato pobre. Face excessivamente côncava com prognóstico ortodôntico-cirúrgico muito pobre 39
- Figura 21** – Gráfico representativo da comparação dos índices oclusais médios atribuídos pelos examinadores ortodontistas na primeira e na segunda avaliação para avaliação do nível de concordância intra-examinadores (valor de Kappa) 46
- Figura 22** – Gráfico representativo da comparação dos índices oclusais médios de acordo com a categoria dos examinadores (ortodontistas x cirurgiões plásticos x cirurgiões buco-maxilo-faciais) 47
- Figura 23** – Gráfico representativo da avaliação dos resultados intra-centros (mediana x média) comparando os valores médios da mediana e média dos índices oclusais de Bauru e Oslo 49

- Figura 24** – Gráfico representativo da avaliação dos resultados intercentros (Bauru x Oslo) comparando os valores médios da mediana e média dos índices oclusais 49
- Figura 25** – Gráfico representativo da distribuição percentual dos resultados intercentros (Bauru x Oslo) de acordo com os índices oclusais que representam a relação interarcos 50
- Figura 26** – Gráfico representativo da distribuição da amostra de 267 crianças com fissura transforame unilateral, proveniente do HRAC-Bauru, de acordo com a amplitude da fissura 51
- Figura 27** – Gráfico representativo da influência da amplitude da fissura no comportamento da relação interarcos (índice oclusal) na amostra do HRAC-Bauru 52
- Figura 28** – Gráfico representativo da amostra do HRAC-Bauru (n=267), identificando a porcentagem das diferentes amplitudes de fissura dentro de cada nível de relação interarcos (índice oclusal) 53
- Figura 29** – Gráfico representativo da distribuição da amostra de 267 crianças com fissura transforame incisivo unilateral, proveniente do HRAC-Bauru, considerando a presença de bandeleta (n=64), e ausência da bandeleta de Simonart (n=203) 54
- Figura 30** – Gráfico representativo da distribuição da amostra de 267 crianças com fissura transforame incisivo unilateral, proveniente do HRAC-Bauru, com bandeleta de Simonart (n=64) de acordo com a extensão da bandeleta 55
- Figura 31** – Gráfico representativo da influência da bandeleta de Simonart (n = 64) no comportamento da relação interarcos 55

- Figura 32** – Gráfico representativo da influência da presença e extensão da bandeleta de Simonart no comportamento da amplitude da fissura 56
- Figura 33** – Gráfico representativo da distribuição percentual do Número de pacientes de acordo com o protocolo cirúrgico 57
- Figura 34** – Gráfico representativo da distribuição da amostra de 267 crianças com fissura transforame incisivo unilateral, proveniente do HRAC-Bauru, considerando a Influência das técnicas cirúrgicas sobre a relação interarcos 58
- Figura 35** – Gráfico representativo da amostra de Bauru. Influência das técnicas cirúrgicas (protocolos cirúrgicos) sobre os diferentes graus de relação interarcos (índices oclusais) 59
- Figura 36** – Gráfico representativo da comparação dos resultados entre os cirurgiões (Habilidade dos Cirurgiões x Índice Oclusal) sobre os diferentes graus de relação interarcos (índices oclusais) 60
- Figura 37** – Gráfico representativo da comparação dos Resultados entre os Cirurgiões (Índice Oclusal Médio x Cirurgiões) 61
- Figura 38** – Gráfico representativo da distribuição dos pacientes operados por cada cirurgião de acordo com amplitude da fissura (estreita, regular e ampla) 63
- Figura 39** – Distribuição gráfica dos scores interarcos para amostras provenientes de diferentes centros 73

Figura 40 – Gráfico representativo ilustrando a distribuição da amostra de Oslo e Bauru em grupo com oclusão boa a excelente (índice oclusal 1 e 2), grupo com oclusão satisfatória (índice oclusal 3) e grupo com oclusão pobre a muito pobre (índice oclusal 4 e 5). Avaliação de acordo com os protocolos cirúrgicos 83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Número de pacientes cadastrados no HRAC por ano, desde 1967, e a casuística total	4
Tabela 2 –	Pesquisa de crescimento em fissuras de lábio e palato unilaterais (FTIU) e a natureza da amostra	15
Tabela 3 –	Distribuição da amostra de FTIU do HRAC-USP-Bauru (n = 267) de acordo com o sexo e lado de fissura	24
Tabela 4 –	Dados relativos à idade média em que as cirurgias primárias foram realizadas na amostra de Bauru	25
Tabela 5 –	Apresentação dos 10 protocolos cirúrgicos da amostra de 267 crianças com fissura transforame incisivo unilateral provenientes do HRAC – Bauru; técnicas cirúrgicas e idade média de realização	27
Tabela 6 –	Índice de avaliação das características oclusais dos modelos de estudo de crianças portadoras de FTIU aos 5 anos de idade (Atack et al, 1997)	34
Tabela 7 –	Amostra de Bauru e Oslo com os respectivos índices oclusais e dados de interesse	118
Tabela 8 –	Relevância do valor de k (Kappa) de acordo com nível de concordância descrita por Altman ² , 1991	45
Tabela 9 –	Nível de concordância intra-examinadores (valor de k-Kappa) para os índices oclusais atribuídos aos modelos de estudo (n=180)	45

Tabela 10 – Nível de concordância inter-examinadores entre os ortodontistas (valor de k-Kappa) para os índices oclusais atribuídos aos modelos de estudo (n=180)	46
Tabela 11 – Comparação dos índices oclusais médios de acordo com a categoria dos examinadores: ortodontistas (O), cirurgiões plásticos (C) e cirurgiões buco-maxilo-faciais (CBMF)	47
Tabela 12 – ANOVA a um critério para comparações dos resultados dos índices oclusais de acordo com a categoria dos examinadores	47
Tabela 13 – Teste de Tukey para comparações múltiplas. Comparação dos resultados dos índices oclusais médios de acordo com a categoria dos examinadores	48
Tabela 14 – Nível de concordância (valor de Kappa “k”) entre as categorias de examinadores: ortodontistas (O), Cirurgiões Plásticos (C.P.) e cirurgiões buco-maxilo-faciais (CBMF), para os índices oclusais atribuídos aos modelos de estudo	48
Tabela 15a Avaliação dos resultados intra-centros. Comparação dos valores médios da mediana e média dos índices oclusais atribuídos pelos examinadores	48
Tabela 15b Avaliação dos resultados intercentros (Bauru x Oslo). Comparação dos valores médios da mediana e média dos índices oclusais atribuídos pelos examinadores	49
Tabela 16 – Distribuição dos resultados intercentros Bauru x Oslo de acordo com os índices oclusais (relação interarcos) atribuídos pelos examinadores	50

Tabela 17 – Distribuição da amostra de 267 crianças com fissura transforame incisivo unilateral, proveniente do HRAC-Bauru, considerando a amplitude da fissura	51
Tabela 18 – Distribuição da amostra do HRAC-Bauru (n = 267), correlacionando a influência da amplitude da fissura com o índice oclusal	52
Tabela 19 – Distribuição da amostra do HRAC-Bauru, identificando a porcentagem das diferentes amplitudes de fissura dentro de cada nível de relação interarcos (índice oclusal)	53
Tabela 20 – Distribuição da Amostra de 267 crianças com fissura transforame incisivo unilateral, proveniente do HRAC-Bauru, considerando a presença e extensão da bandeleta de Simonart (n = 64). Influência do tamanho da bandeleta na relação interarcos (índices oclusais)	54
Tabela 21 – Distribuição da Amostra de 267 crianças com fissura transforame incisivo unilateral, proveniente do HRAC-Bauru, correlacionando tamanho da bandeleta com amplitude da fissura e a ausência de bandeleta com a amplitude da fissura	56
Tabela 22 – Distribuição da amostra de Bauru relacionando o resultado das técnicas cirúrgicas (técnica cirúrgica x índice oclusal)	57
Tabela 23 – Distribuição da amostra de 267 crianças com fissura transforame unilateral, proveniente do HRAC-Bauru, de acordo com os diferentes protocolos cirúrgicos e os respectivos índices oclusais médios (mediana)	58

Tabela 24 – ANOVA a um critério para comparação dos resultados de acordo com os protocolos cirúrgicos x índices oclusais médios	59
Tabela 25 – Teste de Tukey para comparações múltiplas dos diferentes protocolos cirúrgicos x índices oclusais médios	59
Tabela 26 – Distribuição da amostra de Bauru comparando os resultados entre os cirurgiões (índice oclusal x habilidade do cirurgião)	60
Tabela 27 – Distribuição da amostra de Bauru. Comparação dos resultados entre os cirurgiões. (Índice oclusal médio x cirurgiões) n=267	61
Tabela 28 – ANOVA a um critério para comparações dos resultados (índice oclusal) de acordo com os cirurgiões que realizaram a queilo + palatoplastia primária	62
Tabela 29 – Teste de Tukey para comparações múltiplas. Comparação dos resultados do índice oclusal médio x habilidade do cirurgião	62
Tabela 30 – Distribuição da amostra de Bauru operados por cada cirurgião de acordo com a amplitude da fissura.	63
Tabela 31 – Variação do nível de concordância (Kappa) na avaliação intra-examinadores, inter-examinadores e inter-grupos	70
Tabela 32 – Amostra de Bauru e Oslo com os índices oclusais atribuídos pelos examinadores e respectivas mediana, média e DP	127

Tabela 33 – Avaliação intra-examinadores e inter-examinadores por categorias (ortodontistas x cirurgiões plásticos x cirurgiões buco-maxilo-faciais)	135
Tabela 34 – Amostra de Bauru com as respectivas técnicas cirúrgicas (protocolo cirúrgico) e cirurgião que operou	140
Tabela 35 – Amostra de Bauru e Oslo com os dados completos	148

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

As fissuras lábio-palatais constituem defeitos congênitos resultantes da falha no mecanismo de fusão entre os processos faciais e os processos palatinos, em estágio precoce da vida intra-uterina. Em condições de normalidade, as fusões que culminam com a formação labial completam-se na sexta semana enquanto que a formação do palato chega a termo por volta da décima segunda semana de gestação. É neste período de tempo que se instala uma fissura completa de lábio e palato.

Os dados estatísticos mundiais evidenciam que a prevalência das fissuras lábio-palatais oscila entre um e dois indivíduos afetados para 1000 nascimentos. No Brasil, especificamente num levantamento realizado na região de Bauru, essa ocorrência é de um para 650 nascimentos¹¹².

O tratamento das fissuras lábio-palatais inicia-se já na primeira infância e exige a atuação interdisciplinar de áreas médicas, odontológicas e afins na execução de um protocolo de tratamento que varia na dependência da extensão anatômica que caracteriza os diferentes tipos de fissura e pode estender-se até a maturidade esquelética.

No Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC-USP-BAURU) utiliza-se a classificação de Spina et al¹⁷⁴, modificada por Silva Fº et al¹⁶¹, pela objetividade e praticidade com que diagnostica a extensão da fissura, tendo como referência anatômica o forame incisivo, ponto que representa embriologicamente o limite demarcatório entre o palato primário e o palato secundário. Portanto, este tipo de classificação define o envolvimento anatômico da fissura, evocando a sua origem embriológica.

As variações em extensão e amplitude das fissuras que acometem a região anterior ao forame incisivo compreendem as fissuras pré forame incisivo, derivadas do palato primário. As fissuras do palato secundário abrangem a região posterior ao forame e integram o grupo das fissuras pós forame incisivo. As fissuras que comprometem toda a maxila desde o lábio até a região da úvula representam as fissuras transforame incisivo, tendo como origem embriológica o palato primário e palato secundário.

Cerca de 20% das FTIU (fissuras transforame incisivo unilateral) apresentam uma variação morfológica denominada de bandeleta de Simonart, que consiste numa ponte de tecido mole situada na base nasal, interligando superior e superficialmente o segmento maior com o menor^{150, 164}. A extensão da bandeleta pode variar desde um

tênue tecido na base do nariz até uma faixa extensa da região mais próxima do vermelhão do lábio, confundindo às vezes com uma fissura pré-forame incisivo quando se observa apenas a estrutura labial. O que permite o diagnóstico diferencial entre as fissuras pré-forame incisivo incompleta da pré-forame completa e transforame incisivo com bandeleta é o comprometimento de toda a extensão do rebordo alveolar, isto é, não há ponte óssea entre o segmento maxilar e o pré-maxilar.

O processo de reabilitação de qualquer uma dessas fissuras inicia-se com as cirurgias plásticas primárias, queiloplastia e palatoplastia, realizadas nos primeiros meses e nos primeiros anos de vida, respectivamente. Mas o processo reabilitador não se restringe ao reparo anatômico da fissura. Dependendo do tipo e extensão da fissura, vários outros comprometimentos funcionais e morfológicos a nível de fala, audição, desenvolvimento da oclusão e crescimento craniofacial acompanham o indivíduo fissurado, exigindo a intervenção da equipe interdisciplinar em época oportuna no afã de alcançar a reabilitação integral do indivíduo fissurado.

Muitas variáveis interferem no processo reabilitador, imprimindo sua presença a longo prazo. Entre essas variáveis inclui-se as técnicas cirúrgicas, habilidade e delicadeza das mãos do cirurgião, traumatismo imposto no ato cirúrgico, número de cirurgias recorrentes, a extensão da fissura, além dos fatores intrínsecos, pertinentes à bagagem genética do indivíduo, como o padrão de crescimento facial. Todos estes fatores influenciam a face e a oclusão final.

Dentre os fatores acima citados, os que se encontram ao alcance dos terapeutas são aqueles relativos à técnica cirúrgica, à época da realização dos atos cirúrgicos e à seqüência do protocolo de tratamento instituído.

A tendência atual da comunidade científica que encabeça as pesquisas direcionadas à excelência da reabilitação em portadores de fissuras lábio-palatais é atuar em consonância com um comitê internacional, estabelecendo um protocolo único e universal de reabilitação que proporcione bons resultados, estéticos e funcionais, sem envolver programas de tratamento complexos e caros.

As pesquisas de comparações multicentros, envolvendo diferentes protocolos de tratamento com variações nas épocas cirúrgicas, técnicas cirúrgicas e procedimentos complementares comprovam que nem sempre os melhores resultados são alcançados naqueles indivíduos que receberam um maior número de cirurgias, ou que foram agraciados com intervenções cirúrgicas mais precoces que os de rotina, ou que utilizaram-se de procedimentos cirúrgicos e extra-cirúrgicos mais complexos e caros.

A atuação principalmente do ortodontista, mas também do fonoaudiólogo e outros membros da equipe interdisciplinar é imprescindível para atenuar, senão corrigir, as implicações inerentes às fissuras bem como as seqüelas deixadas pelas cirurgias sobre o complexo dento-facial.

À luz do terceiro milênio, a evolução das pesquisas científicas aponta uma direção a seguir, embora coberta ainda por uma nuvem de controvérsias e dúvidas:

- A) Quanto à época das cirurgias primárias, elas devem ser realizadas nos primeiros meses e anos de vida, levando em consideração os fatores estéticos-funcionais-^{107,108,130,149,152,153,154,172},
- B) O uso de ortopedia maxilar precoce pré-cirúrgica e pós-cirúrgica é um procedimento que demanda tempo e dinheiro, sem trazer diferenças significativas nos resultados finais da reabilitação^{16,17,152};
- C) O enxerto ósseo primário realizado nos primeiros meses e anos de vida não deve fazer parte do protocolo de reabilitação por provocar grande prejuízo no crescimento maxilar. Este procedimento deve ser substituído pelo enxerto ósseo secundário, realizado no final da dentadura mista, já que transforma o rebordo fissurado em rebordo normal sem restrição extra ao crescimento maxilar^{16,149,152}.

Para elucidar e aclarar as dúvidas que ainda persistirão no novo milênio, o Comitê Internacional de Reabilitação de Fissuras e os pesquisadores sugerem que os centros com grande concentração de pacientes fissurados possam servir de parâmetros para realizar pesquisas consistentes e confiáveis através de comparações intercentros para estabelecer bases para um protocolo universal de reabilitação. Dentro deste contexto, o HRAC pretende participar ativamente nesta busca, considerando que é hoje o Hospital com maior concentração de pacientes num único centro, tendo alcançado a cifra de 33.000 pacientes matriculados. Desde a sua fundação, em 1967, a população do HRAC vem crescendo em ordem geométrica. Com a leitura da tabela 1 é possível verificar o número de pacientes matriculados progressivamente até o ano de 2000.

Tabela 1 – Número de pacientes cadastrados no HRAC por ano, desde 1967, e a casuística total

Ano	Casos novos	Total	Ano	Casos novos	Total
1967	1	1	1984	1.144	6.250
1968	1	2	1985	1.184	7.434
1969	2	4	1986	1.647	9.081
1970	14	18	1987	1.571	10.652
1971	16	34	1988	1.617	12.269
1972	17	51	1989	1.497	13.766
1973	136	187	1990	1.379	15.145
1974	375	562	1991	1.570	16.715
1975	295	857	1992	1.856	18.571
1976	280	1.137	1993	1.739	20.310
1977	355	1.492	1994	1.378	21.688
1978	344	1.836	1995	1.492	23.180
1979	401	2.237	1996	1.718	24.898
1980	542	2.779	1997	2.126	27.024
1981	534	3.313	1998	2.145	29.169
1982	834	4.147	1999	2.153	31.322
1983	959	5.106	2000	1.789	33.111
			Total	–	33.111

A grande concentração de pacientes num único e grande centro é um “tesouro científico”, quando documenta sistematicamente os resultados e padroniza seus procedimentos terapêuticos, para a busca de elucidações que há décadas as comunidades científicas e os centros internacionais de reabilitação com um limitado número de pacientes lutam para obter. É preciso pois despertar a consciência da responsabilidade científica, em beneficiar não apenas os pacientes portadores de fissuras do HRAC-Bauru, mas também todo o contexto e horizonte internacional através de pesquisas e resultados consistentes que geram credibilidade.

O presente estudo foi iniciado a partir de um intercâmbio científico com ortodontistas e cirurgiões dos centros de Oslo (Noruega) e Manchester (UK) que fazem parte do Comitê Internacional de Reabilitação de Fissuras e que participam ativamente de um consistente estudo de comparações dos resultados multicentros na Europa^{150, 151, 152, 153, 154}.

O intuito principal deste trabalho é realizar uma avaliação crítica dos resultados obtidos ao longo dos anos de experiência do HRAC, estabelecendo um parâmetro comparativo com os melhores resultados dos estudos multicentros da Europa.

REVISÃO DE LITERATURA

2. REVISÃO DE LITERATURA

A literatura pertinente ao crescimento e desenvolvimento crânio-facial e dos arcos dentários de indivíduos portadores de fissura de lábio e palato é controvertida em função da diversidade de tipos de fissura, tratamento cirúrgicos e extra cirúrgicos, assim como devido a deficiência de padronização das amostras, relacionadas à idade e etnia que camuflam os resultados.

As fissuras transforame incisivo unilaterais (FTIU) comprometem o lábio, rebordo alveolar e palato, concomitantemente, dividindo a maxila em dois segmentos distintos: o segmento maior e o segmento menor. Constituem as fissuras mais freqüentes entre os pacientes fissurados, alcançando a porcentagem de 33% entre os pacientes cadastrados no Hospital de Anomalias Craniofaciais (HRAC-USP), sendo 22% do lado esquerdo e 11% do lado direito^{27, 166}.

As cirurgias reparadoras primárias de lábio (queiloplastias) e palato (palatoplastias), realizadas respectivamente a partir dos 3 meses e 12 meses de idade, em indivíduos com fissuras de lábio e palato, tem um valor inestimável por restabelecer a integridade anatômica inacabada na vida pré-natal e devolver ao indivíduo a estética e a função tão desejadas, assim como criar condições para um crescimento e desenvolvimento mais de acordo com as potencialidades genéticas. No entanto, as próprias cirurgias reparadoras podem produzir diferentes graus de alterações deletérias ao processo de crescimento e desenvolvimento facial e dos arcos dentários. A literatura apresenta opiniões adversas, se a queiloplastia ou a palatoplastia é mais prejudicial para o crescimento e desenvolvimento do complexo dento-facial.

Os estudos comparativos de indivíduos fissurados sem qualquer tratamento prévio e a verificação das condições iniciais da maxila fissurada comparadas com um indivíduo normal, ajudam na elucidação da potencialidade de crescimento das estruturas^{21, 22}.

Uma vasta literatura tenta buscar evidências, se as alterações de deficiência maxilar estampadas na face média são inerentes à fissura ou induzidas pela diversidade de tratamentos impostos.

No início do século, autores como Brophy¹⁸ (1907) e Veau¹⁸³ (1928) afirmavam que os indivíduos com fissura no palato apresentavam quantidade normal de tecidos e se

menores que o normal, tinham capacidade para reproduzir a quantidade normal de tecidos.

Outros autores como Thompson¹⁸⁰ (1926-1931) e Peyton¹²³ (1928) chegaram à conclusão que as dimensões do palato, tanto no sentido lateral como ântero-posterior, são maiores nos indivíduos portadores de fissura do que nos indivíduos normais.

Graber^{48,51} (1949,1964); Harvold^{57,58} (1954,1960); e Pruzansky^{128, 129} (1954-1955); concluíram que o potencial genético para o crescimento da face em portadores de fissura era normal. O crescimento dos ossos da face é bastante influenciado pelos músculos da mastigação e mímica, desde a fase intra-uterina. Terapeuticamente, eliminando os obstáculos que interferem na direção, amplitude e curso do crescimento, é possível libertar o indivíduo para a total expressão do seu potencial inerente, levando ao crescimento normal¹²⁹.

Os estudos de Mestre e cols¹⁰⁶ (1960) e Spina e cols¹⁷³ (1961) mantêm o ponto de vista de que o potencial genético de crescimento dos fissurados é igual ao dos indivíduos normais.

Subtelny¹⁷⁷ (1962) concluiu a partir de uma revisão extensa de dez anos que os indivíduos fissurados apresentam um potencial genético para atingir uma aparência facial favorável, mas, a manifestação desse potencial está na dependência dos fatores ambientais.

Van Limborg¹⁸² (1964) afirma que apesar do potencial de crescimento ser o mesmo do indivíduo normal, o processo de crescimento e desenvolvimento é mais vagaroso nos fissurados.

Huddart^{65,66,67} (1967,1972,1969) realizou vários estudos com modelos de crianças com fissuras de lábio e palato unilaterais, sem tratamento prévio, pareadas com crianças normais, concluiu que em pacientes com fissura, a largura do arco maxilar é maior do que a dos pacientes normais, principalmente na região posterior em função da tração exercida pelo músculo pterigoideo, sem a correspondente ação do tensor do véu palatino associado à atuação da língua e a deficiência de tecido na área da fenda, que culminam em alargamento do arco maxilar.

É indiscutível pois o conceito de que o potencial genético de crescimento é normal nos fissurados (Aduss¹, 1971; Harvold^{57,58}, 1954; Jesus⁶⁸, 1959; Mazaheri¹⁰⁵, 1967; Mestre¹⁰⁶, 1960; Nakamura¹¹³, 1972; Pruzansky^{126, 128, 129}, 1954, 1964, 1967; Steiner¹⁷⁵, 1962; Swanson¹⁷⁹, 1956; Van Limborg¹⁸², 1964; Veau¹⁸³, 1928.

Os vários estudos citados na literatura corroboram para trazer evidências sobre as responsabilidades dos fatores ambientais nas alterações do potencial genético normal de crescimento em indivíduos fissurados e aponta as cirurgias como um dos principais fatores etiológicos.

TÉCNICAS E ÉPOCAS CIRÚRGICAS

As primeiras tentativas de tratamento cirúrgico das fissuras de lábio e palato são extremamente antigas e somente buscando os rastros deixados pela história é que podem ser constatadas.

Através de escritos da época, sabe-se que Celsus, 30 anos D.C., já praticava a correção das fissuras labiais utilizando-se de suturas e incisões relaxadoras na mucosa bucal, mas não apresentava métodos para fissura de palato. Se acompanharmos a evolução das técnicas cirúrgicas e as filosofias que regem a sua aplicação, com certeza, grandes progressos foram conseguidos desde a realização da adesão cirúrgica do lábio fissurado do fazendeiro chinês Wei-Yang-Chi pelo cirurgião do Governador Ying Chung Kan, no século IV (Rogers¹³⁹, 1971; Boo Chai¹⁵, 1966). Este cirurgião avivava as bordas da fissura e suturava deixando a ferida em repouso durante cem dias, sem que o paciente comesse nada sólido, nem rir e nem falar.

Constantes mudanças vem sendo realizadas até hoje para buscar os resultados cirúrgicos com o mínimo de traumatismo e o máximo de perfeição para as estruturas em desenvolvimento.

De acordo com Kassis⁷⁴, 1972, as primeiras queiloplastias foram realizadas criando-se áreas cruentas bastante irregulares para a coaptação das superfícies, mas o aperfeiçoamento dos instrumentos cirúrgicos, possibilitou superfícies cruentas mais regulares e conseqüentemente melhores resultados estéticos.

Paré¹²⁰ em 1575, realizou a queiloplastia abrindo as bordas do lábio, aproximando-as e unindo-as com fios de aço em forma de oito.

As incisões eram retilíneas e em forma de “V” até 1825, no entanto, posteriormente, com o objetivo de proporcionar maior comprimento no lábio fissurado, várias modificações como incisões curvas (Von Graefe¹⁸⁵, 1825; Malgaigne⁹⁷, 1861) ou angulares foram sendo introduzidas (Mirault¹¹⁰, 1844; Blair & Brown¹⁴, 1930; Brown e Mc Dowell¹⁹, 1950).

Hagedorn⁵² (1884); Rose¹³⁸ (1891) e Le Mesurier⁸¹ (1949) contribuíram com novas formas de alongamento do lábio.

Uma nova era na reabilitação cirúrgicas de fissuras labiais iniciou-se com a introdução da técnica de Le Mesurier⁸¹ (1949), que é baseada no procedimento de Hagedorn⁵² (1884) e utiliza um retalho quadrangular do lado fissurado e insere no lado normal para o restabelecimento do arco de cupido. A quebra de incisão em “Z” e a adição na margem livre do lábio eram as inovações na técnica de reparo. Com o passar do tempo, observou-se que a cicatriz cirúrgica na linha média era visível, e a região do lábio do lado fissurado se tornava maior que o lado normal.

A preocupação com a estética e a função levaram vários autores buscarem novos avanços nas técnicas cirúrgicas e merecem ser lembrados (Le Mesurier⁸², 1952; Tennison¹⁸¹, 1952; Marcks⁹⁸, et al, 1953; Millard¹⁰⁷, 1954; Le Mesurier⁸³, 1955; Hagerty⁵⁴, 1958; Millard^{108, 109}, 1958, 1971; Le Mesurier⁸⁴, 1960; Wynn¹⁹², 1960, 1965; Randal^{130,131,132,133}, 1971, 1983, 1986, 1992).

Dentro da literatura nacional, não podemos esquecer dos trabalhos de Cardoso^{28, 29} (1952, 1953) e Lemos^{85,86} (1952, 1956) que utilizavam as incisões em “Z” em todos os planos e profundidade do lábio; e também de Spina e Lodovici^{172, 173, 174} (1959, 1961, 1972) que realizavam a plástica em “Z” apenas no plano cutâneo. Nesta técnica de Spina e Lodovici, a reconstrução do lábio é realizada em três planos: mucoso, muscular e cutâneo e o fechamento da ferida cirúrgica em linha quebrada (zetaplastia), alongando-se o lábio e prevenindo a retração secundária. A técnica de Spina e Lodovici sofreu modificações táticas introduzidas por Kassiss⁷⁴ (1972), e utilizada no HRAC-USP Bauru.

As queiloplastias atuais procuram o restabelecimento estético e funcional com o mínimo de traumatismo e máximo de conservação das estruturas labiais.

De acordo com Pigossi¹²⁵, 1966 a plástica em “Z” provoca quantidade mínima de ressecção tecidual, com mínima tensão cicatricial no lábio por não existir linha cicatricial reta entre a região nasal e o vermelhão labial, as fibras musculares do músculo orbicular do lábio superior não são lesadas e ainda não ocorre superposição nos planos de sutura cutâneo muscular e mucoso.

A técnica de Millard^{107, 108, 109}, uma das mais utilizadas atualmente, consiste em realizar um “Z” alto, com rotação na vertente medial e avanço da vertente lateral, originando uma cicatriz vertical que simula a linha filtral do lado não fissurado, ficando uma cicatriz praticamente linear. O retalho medial tracionado retifica a columela e o

septo nasal e juntamente com o embricamento do retalho lateral, permite um melhor dimensionamento da assimetria do nariz, formando parte do assoalho nasal (Bertier, et al¹⁰, 1996).

Quanto às palatoplastias, há uma grande controvérsia relacionada à técnica, idade mais propícia e seqüência dos procedimentos a serem realizadas.

De acordo com Ross¹⁴⁵ (1987-part 6), a diversidade de condutas terapêuticas, a dificuldade de analisar as mesmas a longo prazo e o manejo individualizado de cada cirurgião em executar os procedimentos, tornam difícil uma avaliação criteriosa dos resultados.

O palato mole é fundamental para a fonação, deglutição, respiração e bom funcionamento da tuba auditiva. O sucesso da palatoplastia consiste em restaurar a integridade anatômica e funcional, devolvendo um palato mole móvel, suficientemente longo e com boa competência velofaríngea. A literatura demonstra que quanto mais precoce a reparação do palato, melhor será a fonação. (Desai³⁶, 1983; Dorf et al³⁸, 1982; Kaplan⁷³, 1981; Randall et al^{130,131,132,133}, 1971, 1983, 1986, 1992).

No século XVI, grande parte das fissuras de palato eram corrigidas através da colocação de próteses obturadoras confeccionadas com cera, ouro ou esponja. Robert¹³⁴, 1766 descreve que o pioneiro no fechamento de palato foi o dentista francês Le Monnier, em 1766, o qual fechava as fissuras colocando pontos, cauterizando as bordas de maneira a provocar uma inflamação, que após a cura determinava o fechamento.

Von Graefe¹⁸⁵ 1817, realizou com sucesso o fechamento do palato mole, em Berlim.

O advento da anestesia deu impulso às palatoplastias e Warren¹⁸⁹ (1867) relatou 100 casos com 88% de sucesso. Dieffenback³⁵ em 1826, introduziu as incisões laterais relaxantes possibilitando aproximação dos retalhos na região média com mais facilidade. Este princípio foi acatado por vários cirurgiões contemporâneos e aplicado com fantásticas modificações como o seccionamento dos músculos palato-faríngeo e elevador do véu palatino com o intuito de prevenir tensão (Fergusson, 1844).

Entre as técnicas de palatoplastia, a mais difundida e preconizada ainda atualmente é a de Von Langenbeck¹⁸⁶ que foi idealizada em 1861, usando incisões relaxadoras laterais, fratura do processo hamular, proporcionando deslocamento dos retalhos mucoperiostais e facilitando a união desses retalhos ao nível do septo nasal. Não seccionava os vasos palatinos e foi o primeiro a preconizar a sutura dos retalhos palatinos à mucosa do septo nasal. A técnica de Von Langenbeck envolve menos

deslocamento e dissecação dos tecidos na porção anterior do palato duro, região alveolar, produz menor injúria na vascularização e menor contração tecidual.

No início do século passado, Brophy¹⁸ (1907) introduziu a osteouranoplastia que consistia na aproximação das lâminas ósseas palatinas por compressão ou osteotomia e sutura na linha média, numa fase precoce, em função de maior maleabilidade óssea.

O objetivo de melhorar os resultados da fala dos pacientes fissurados levaram vários autores a introduzir modificações na técnica cirúrgica.

Veau^{183, 184}, na primeira metade do século XX (1928-1931) desenvolveu a técnica do “push-back” que promovia o alongamento do palato, suturava a mucosa nasal e fixava esta sutura à dos retalhos, diminuindo o espaço velofaríngeo e proporcionando fala favorável. Recomendava também a sutura dos músculos do palato mole.

O alongamento do palato era conhecido genericamente como procedimento “push-back” e significa tracionar o palato mole para trás e melhorar a competência velofaríngea.

A maioria das técnicas para palatoplastia apresenta o nome do cirurgião que introduziu. Lindsay^{88, 89} (1972-1990), propôs uma nova nomenclatura:

- a) palatoplastia sem significante “push-back”
- b) palatoplastia com significante “push-back”
- c) palatoplastia com faringoplastia

A palatoplastia com significante “push-back” e a palatoplastia com retalho faríngeo são duas técnicas que se baseiam nas incisões liberadoras ou relaxantes (Ross¹⁴⁰, 1970). A técnica de “push-back” vem recebendo críticas por provocar alto grau de retrusão maxilar e deformidade dento alveolar quando comparado à técnicas simples (Palmer et al^{117,118}, 1962, 1969; Krause⁷⁶,1976), no entanto há também constatações de que esta técnica proporciona melhores resultados na capacidade velofaríngea. Por outro lado a palatoplastia com retalho faríngeo tem indicação para realização tardia, com intuito de melhorar os defeitos residuais da fala em casos já submetidos à palatoplastia primária (Ross¹⁴⁰, 1970), embora alguns cirurgiões utilizem de forma profilática junto com a palatoplastia primária. Esta técnica foi preconizada por Passavant¹²¹ em 1865 e desenvolvido por Schoenborn¹⁵⁵ em 1876 e Rosenthal¹³⁹ em 1924.

Atualmente as cirurgias reparadoras das fissuras de lábio e palato se baseiam nos princípios da cirurgia moderna que preconizam uma técnica atraumática com mínimo de manipulação e máxima conservação dos tecidos, sem fraturas ósseas, sem lesão da

vascularização (Slaughter e Brodie¹⁶⁷, 1949; Slaughter e Pruzansky¹⁶⁸, 1954; Graber⁴⁹, 1950; Pruzansky¹²⁷, 1955; Lapa e Spina⁷⁹, 1962).

A técnica de Furlow^{44,45}, 1986, 1993, para palatoplastia consiste numa zetaplastia da mucosa oral e outra da mucosa nasal sendo que na segunda os ramos do “Z” são invertidos. A musculatura é liberada de sua inserção óssea anterior e incluída nos retalhos de pedículo posterior da mucosa oral ou nasal, enquanto os retalhos de pedículo anterior são compostos apenas de mucosa. O entrecruzamento dos retalhos proporciona um forte anel muscular posterior, permitindo superposição e retroposicionamento (Furlow^{44,45}, 1986, 1993; Randall^{132,133}, 1986, 1992).

Os trabalhos de Furlow⁴⁵, 1993 e Randall¹³³, 1992 mostram que 76% dos casos operados por esta técnica não apresentavam hipernasalidade em comparação com 41% dos operados por outra técnica. A necessidade de faringoplastia também foi reduzida à metade.

Embora Furlow^{44,45}, 1986, 1993, descreva o fechamento simultâneo do palato duro e mole, há cirurgiões que preconizam o fechamento do palato duro em um segundo tempo. Nestes casos o fechamento do palato mole é associado à mesma fase da queiloplastia e realizada entre três e seis meses de idade (Randall^{130, 131, 132, 133}, 1971, 1983, 1986, 1992).

Com relação à época de realização das cirurgias primárias, a grande maioria dos autores preconiza a queiloplastia nos primeiros meses de vida (Bill¹¹, 1956; Jolleys⁷², 1954; Kassis⁷⁴, 1972; Koberg⁷⁵, 1973; Lapa⁷⁹, 1962; Lewin⁸⁷, 1964; Lodovici⁹¹, 1965; Lynch⁹², 1966; Spina¹⁷³, 1961; Swanson¹⁷⁹, 1956; Wardill¹⁸⁸, 1954-1955), mas há os radicais que realizam na fase neonatal (Desai^{36,37}, 1983, 1997) ou intra uterina (Harrison,⁵⁶ 1982).

Quanto à época da palatoplastia esta ainda continua controversa. Muitos realizam a palatoplastia em um único tempo cirúrgico, após os dezoito meses (Bill¹¹, 1956; Kassis⁷⁴, 1972; Koberg⁷⁵, 1973; Lapa⁷⁹, 1962; Lewin⁸⁷, 1964; Lodovici⁹¹, 1965; Ross¹⁴⁴, 1987; Spina¹⁷³, 1961; Swanson¹⁷⁹, 1956; Wardill¹⁸⁸, 1954/55).

Outros autores indicam as cirurgias tardias após o 4.º ano (Graber^{48, 49, 50}, 1949, 1950, 1954; Ho Kim⁶⁴, 1958) ou ainda após o 6.º ou 8.º ano de vida (Hotz & Gnoinsky⁶³, 1976; Jolleys⁷², 1954-1955). Entre os autores que preconizam as cirurgias tardias alguns adotam as palatoplastias em dois tempos cirúrgicos: palato mole por volta dos 18-24 meses e o palato duro bem mais tarde (Hotz & Gnoinsky⁶³, 1976). Prévio ao fechamento do palato duro, vários autores recomendam o uso de placas obturadoras

para um melhor desenvolvimento da fala (Hotz e Gnoinsky⁶³, 1976, 1977; Jolleys⁷², 1954-1955).

Fried et al⁴³ em 1987 utilizou uma amostra de 34 crianças com FTIU (16 destes sem fechamento de palato duro) na faixa etária de 7 anos e concluiu que o fechamento tardio favorece o crescimento da face média^{42, 43}.

Malek & Psaume⁹⁶ em 1983 propuseram um novo protocolo realizando a cirurgia de palato mole aos três meses de idade e a queiloplastia e palato duro a partir de seis meses de idade, obtendo bons resultados.

Ross¹⁴⁷ em 1995 comparou 35 pacientes fissurados, seguindo o protocolo de Malek (palato mole aos três meses) e 52 pacientes de Toronto que realizaram a palatoplastia a partir de doze meses e concluiu que não houve prejuízo no crescimento maxilar na avaliação aos dez anos de idade.

A técnica de fechamento tardio do palato foi proposto por Gillies e Fry⁴⁶ e se tornou popular nas últimas duas décadas. A controvérsia quanto ao fechamento precoce do palato (antes de 12 à 18 meses) e o fechamento tardio, continua sendo discutido.

Witzel e col¹⁹¹, 1984 concluíram que os efeitos benéficos sobre o crescimento da face não foram comprovados, a não ser que as cirurgias sejam postergadas após doze anos de idade. Eles ressaltam que os efeitos prejudiciais sobre a fala não receberam a devida atenção. A fissura residual era fechada mediante um obturador palatino. Apresentava bom alongamento de palato, mas, havia um inconveniente de trocas constantes do obturador com o crescimento.

Na literatura, existem apenas seis trabalhos com autoria de fonoaudiólogos e dos seis estudos, cinco demonstraram que crianças com o fechamento tardio do palato sofrem severos problemas de fala antes e depois do fechamento do palato duro¹⁹¹.

Embora ainda hoje, não existam dados conclusivos para estabelecer a melhor época para o fechamento do palato, tem-se a evidência de que quanto mais precocemente forem realizadas, melhores serão os resultados funcionais.

Baseada numa extensa literatura e na nossa própria experiência ao longo dos anos, torna-se evidente que independentemente das técnicas cirúrgicas preconizadas, as cirurgias primárias, sobretudo a queiloplastia^{9, 26}, inibem o potencial de crescimento da face média^{1, 22, 24, 26}. Pressupõe-se que as alterações são mais significativas quanto maior o traumatismo imposto pelos procedimentos cirúrgicos e quanto maior a amplitude e a extensão das áreas comprometidas pela fissura.

Ross^{140, 141, 142, 143, 146}, Silva Filho et al^{162,163} cita que dentre as alterações faciais mais frequentes nos fissurados estão a retrusão da face média, distorções nas estruturas alveolares e alterações na postura e forma da mandíbula, sendo a retrusão maxilar a mais grave delas.

A deficiência anteroposterior da maxila, em graus variados, representa a marca registrada da face de indivíduos adultos portadores de fissura unilateral completa de lábio e palato operados na infância, confirmando o potencial restritivo das cirurgias primárias, como pode ser observada na ilustração da Figura 1.

A literatura é farta para comprovar os efeitos iatrogênicos tardios das cirurgias primárias sobre a conformação e colapso do arco dentário superior (Athanasiou⁷, 1986; Capellozza Filho et al²¹, 1976; Foster⁴¹, 1962; Hagerty⁵⁴, 1963; Norden¹¹⁴, 1973; Pickrell¹²⁴, 1972; Pruzansky^{127, 128, 129}, 1955, 1964, 1967; Silva Filho et al^{156, 157, 158, 159, 160, 165}; Subtelny¹⁷⁶, 1954). A queiloplastia e a palatoplastia interferem tanto no comprimento quanto nas dimensões transversais da maxila, o que explica as frequentes mordidas cruzadas de diferentes magnitudes. (Athanasiou^{7, 8}, 1986,1988).

Os poucos trabalhos de pesquisa com indivíduos adultos portadores de FTIU sem nenhum tratamento cirúrgico (Capellozza Filho et al^{25, 26, 27}, 1993, 1996, 1992; Silva Filho et al¹⁶⁰, 1992; Mars et al¹⁰⁰, 1990; Yoshida et al¹⁹³, 1992; Bishara^{11,12}, 1974,1976) são importantes para esclarecer que a presença da fissura em si e seus comprometimentos funcionais, exercem influências sobre a maxila e arco dentário superior, mas não reprime o potencial genético de crescimento (Fig. 1). Capellozza Filho et al²⁵, 1993, Mars et al¹⁰⁰, 1990, mostram que em pacientes fissurados adultos, não operados, é possível observar algum grau de protusão dentária superior e prognatismo maxilar o que evidencia que a deficiência do crescimento maxilar não é fator inerente à presença de fissura.



Figura 1 – Aspectos dentários e faciais de paciente adulta portadora de FTIU sem tratamento cirúrgico (A, B, C), e a face típica de uma paciente adulta operada de lábio e palato na infância, com deficiência maxilar severa (D)

O HRAC tem contribuído significativamente para a individualização da agressividade dos procedimentos cirúrgicos em relação ao crescimento facial. Um desses estudos foi desenvolvido por Capelozza Filho et al²⁶ em 1996. A amostra de pacientes com FTIU foi dividida em 3 grupos de acordo com o tratamento cirúrgico recebido: grupo não operado, grupo operado só de lábio e grupo operado de lábio e palato. Os autores concluíram que, cefalometricamente, a morfologia dentofacial parece ser influenciada principalmente pela queiloplastia e muito pouco influenciada pela palatoplastia, principalmente com relação ao comportamento sagital, contrariando a literatura mais antiga que considera a palatoplastia mais prejudicial ao crescimento maxilar.

Vários estudos de natureza transversal, longitudinal e longitudinal misto, com pesquisas de crescimento e desenvolvimento em fissuras de lábio e palato unilaterais (FTIU), existem publicados na literatura (tabela 2), sendo que os de caráter longitudinal apresentam um valor inestimável.

Tabela 2 – Pesquisa de crescimento em fissuras de lábio e palato unilaterais (FTIU) e a natureza da amostra

Autor	Amostra			Bandeleta	Dados
	N	M	F		
Dahl (1970)	78	78	0	Sim	Transversal
Aduss (1971)	71	50	21	Não	Longitudinal misto
Hotz e Gnoinsk (1976)	18	18	0	*	Transversal
Hellquist et al (1983)	19	13	6	Sim	Longitudinal
Smahel e Brejcha (1983)	32	32	0	Sim	Transversal
Bardach et al (1984) amostra Marburg	38	22	16	*	Transversal
Smahel e Müllerova (1986)	30	30	0	*	Transversal
Ross (1987) – Toronto Baseline	55	55	0	Não	Longitudinal misto
Molsted (1987)	31	19	12	10	Transversal
Fried et al (1987) – Vomer Flap	18	12	6	Sim	Transversal
Fried et al (1987) – Fechamento tardio	16	14	2	Sim	Transversal
Enemark et al (1990)	57	42	15	Não	Longitudinal
Semb (1991)	257	176	81	80	Longitudinal misto
Paulin e Thilander (1991)	30	23	7	*	Longitudinal
Brattström (1991)	18	12	6	3	Longitudinal
Rosenstein et al (1991)	20	*	*	*	Longitudinal
Smahel e Müllerova (1994)	32	32	0	*	Transversal

Facial growth in orofacial cleft disorders (Gunvor Semb e William Shaw). *não consta.

Quanto aos efeitos tardios das cirurgias primárias na determinação da morfologia do arco dentário superior, o HRAC (Silva Filho et al^{157, 158, 159, 160, 165, 166 1991, 1991, 1991, 1992, 1997, 1997}) também relatou que a queiloplastia isolada influencia amplamente o desenvolvimento do arco dentário, reduzindo todas as suas dimensões, tanto no sentido sagital como transversal. A palatoplastia pós-queiloplastia, não interfere no comprimento sagital do arco dentário e suas conseqüências restringem-se à atresia transversal nas regiões média e posterior (Figura 2).

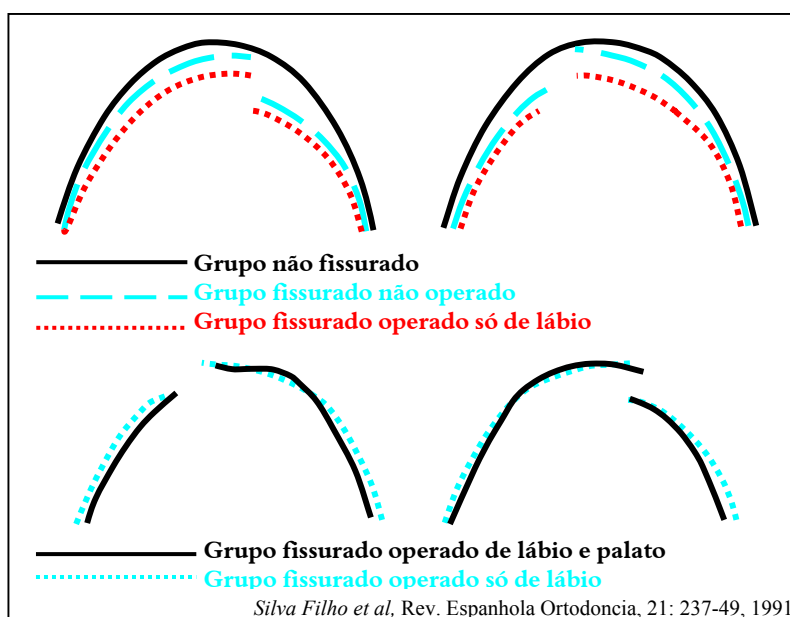


Figura 2 – Alterações na morfologia do arco dentário superior de pacientes portadores de FTIU. Comparação entre pacientes não fissurados, pacientes fissurados não operados, operados só de lábio, operados de lábio e palato

Acredita-se que a cirurgia de lábio por si tem potencialidade suficiente para alterar as dimensões sagitais e transversais do arco dentário superior e a literatura comprova que essas alterações fazem-se presentes logo após a queiloplastia. A cinta muscular pós-cirúrgica consegue, ao longo do crescimento, reduzir a flexão vestibular do segmento maior, assim como, reduzir as dimensões transversas do arco dentário superior mediante um reposicionamento espacial dos segmentos palatinos em direção medial. O impacto que a cirurgias provocam sobre o crescimento maxilar é progressivo e tende a piorar com a maturidade. Os pacientes submetidos às cirurgias de lábio e palato geralmente apresentam uma deficiência da projeção maxilar a nível basal (espinha nasal anterior), e a nível dento-alveolar (ponto A)^{25, 100, 160}. É evidente pois que uma cirurgia primária realizada de forma inadequada pode comprometer o crescimento facial e o desenvolvimento da arcada dentária^{99, 100, 101}.

Levando em consideração os diferentes graus de deficiência que as cirurgias primárias imprimem na relação entre os arcos dentários, Mars et al⁹⁹ em 1987 desenvolveram um índice de avaliação denominado “Goslon Yardstick” (Great Ormond Street, Oslo and London). Este índice, baseado em modelos de estudo, classifica a relação interarcos dos pacientes com fissuras unilaterais completas de lábio e palato (FTIU) em 5 categorias enumeradas de 1 a 5, onde os índices 1 e 2 representam a oclusão excelente e boa, com prognóstico bom para tratamento apenas ortodôntico e o índice 5 representa a relação oclusal muito pobre com prognóstico ortodôntico-cirúrgico. O índice 3 necessita de um tratamento ortodôntico mais complexo, mas ainda com possibilidade de tratamento apenas ortodôntico. O índice 4 representa a relação interarcos no limite ortodôntico-cirúrgico para correção do problema esquelético.

Os autores consideram 3 aspectos na determinação do grau de deficiência oclusal, a saber:

1- A relação ânteroposterior (A-P) é fator relevante.

A Cl III severa é mais desfavorável enquanto a Cl II divisão 1 é mais favorável. A compensação dento-alveolar (pré-maxila) e dos incisivos deve ser considerada.

2- Na relação vertical entre os arcos dentários, o trespasse vertical com sobremordida profunda é mais favorável do que a mordida aberta.

3- Na relação transversa, a mordida cruzada de caninos do segmento menor (lado fissurado) é pior do que na região de molares; e o grau de atresia

maxilar é mais significativa do que o número de dentes com mordida cruzada.

O índice “Goslon” foi proposto para a utilização em dentadura mista tardia ou dentadura permanente precoce e foram aplicados com sucesso para avaliação dos resultados intercentros (Mars et al^{99, 100, 101, 102}, 1987, 1990, 1992, 1997).

Shaw et al^{152, 153}, 1992, compararam os resultados de 6 centros europeus: Manchester, Londres, Estocolmo, Copenhague, Amsterdan e Oslo. Os estudos intercentros apresentam vantagens extraordinárias na pesquisa clínica por permitir a comparação direta dos resultados das cirurgias primárias junto com os outros protocolos de tratamento dos respectivos centros e ainda averiguar quais fatores estão interferindo positiva e negativamente nos resultados. Em estudos que envolvem uma grande variação de técnicas cirúrgicas com diferentes protocolos de épocas cirúrgicas e procedimentos extracirúrgicos torna-se difícil definir qual a melhor fase ou o melhor método para reabilitação.

Até a pouco tempo atrás, percebia-se que os efeitos das cirurgias primárias sobre a maxila e o crescimento facial não eram possíveis de determinar até o completo desenvolvimento facial, geralmente na adolescência tardia. No entanto, os estudos intercentros dos seis Centros europeus, utilizando-se do índice de Goslon, demonstraram que é perfeitamente possível detectar as diferenças dos resultados bem mais precocemente do que aos 10 anos de idade. A morfologia craniofacial e tecidos moles, a aparência nasolabial e a relação dos arcos dentários foram avaliados e comparados de acordo com os diferentes protocolos de cada centro^{3, 101, 152, 153}. Dentre os 6 centros anteriormente mencionados, o de Oslo destacou-se por apresentar os melhores resultados.

Utilizando os mesmos princípios e metodologia, Atack et al^{4, 5, 6} (1997 A, B e 1998), desenvolveram um índice para avaliação e detecção mais precoce dos problemas oclusais aplicável na fase da dentadura decídua completa, aos 5 anos de idade em fissuras unilaterais de lábio e palato completas. Através dos índices oclusais de 1 a 5, que representam as características oclusais no sentido ântero-posterior e transversal, torna-se possível estabelecer o prognóstico dos resultados em:

- a) Excelente – índice oclusal 1
- b) Bom – índice oclusal 2
- c) Regular – índice oclusal 3
- d) Pobre – índice oclusal 4
- e) Muito Pobre – índice oclusal 5

As figuras 3 e 4 ilustram as características dentofaciais de duas irmãs gêmeas aos 6 anos de idade. A variável entre elas é a presença da fissura transforame incisivo do lado esquerdo. Os efeitos suscitados pelas cirurgias primárias, queiloplastia e palatoplastia, são bem evidentes, a nível dento-alveolar e facial: o arco maxilar encontra-se deficiente, com índice oclusal correspondendo ao grau 3, mordida cruzada posterior e anterior de topo, e o perfil facial mostra algum grau de deficiência sagital da maxila.

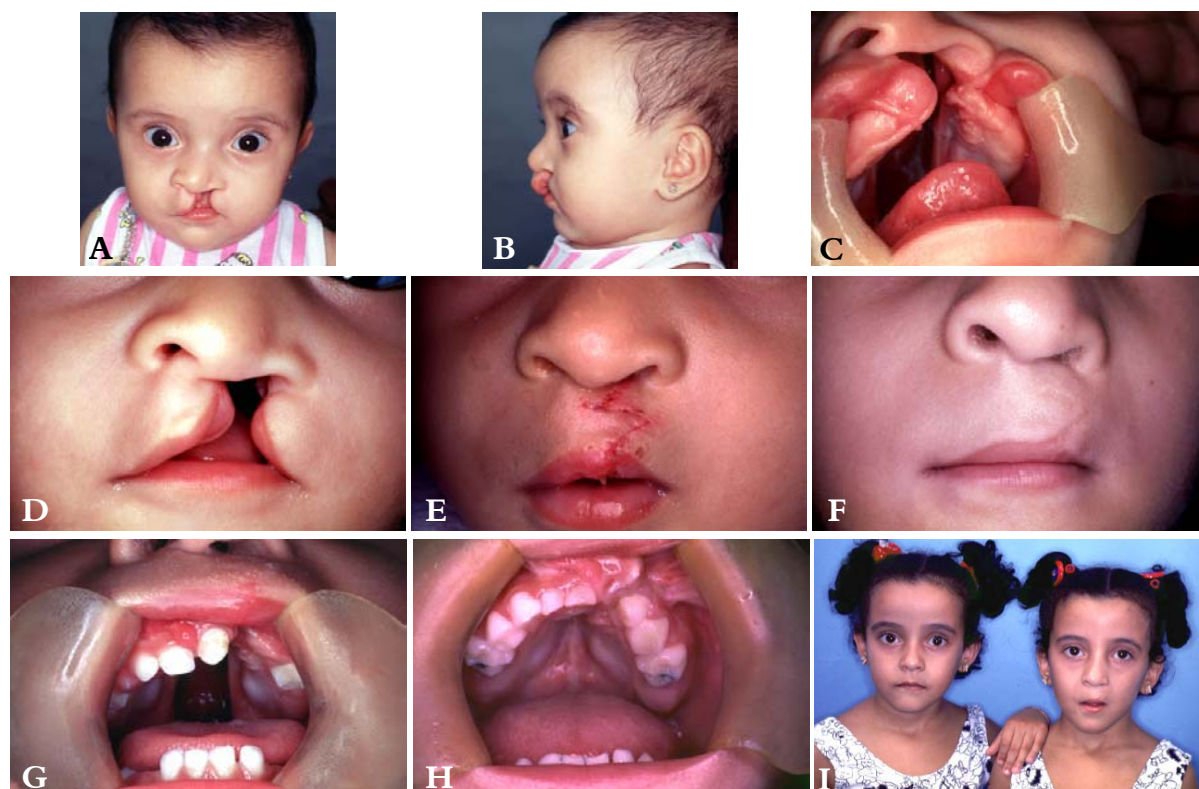


Figura 3 – Identificação da fissura transforame incisivo unilateral do lado esquerdo (A, B, C), em uma das irmãs gêmeas homozigóticas (I), e acompanhamento longitudinal da reconstrução cirúrgica da fissura (D-H). As cirurgias primárias, queiloplastia (D-F) e palatoplastia (G, H), obedeceram as épocas estipuladas no protocolo do HRAC



Figura 4 – Aos seis anos de idade observa-se na irmã com fissura uma face mais reta, indicando crescimento do arco dentário superior deficiente, no sentido sagital e transversal, mordida cruzada posterior e anterior de topo, correspondendo ao índice oclusal 3, enquanto que na irmã não fissurada não se observa as mesmas características morfológicas. As diferenças dento-faciais diagnosticadas entre as duas irmãs devem ser atribuídas à presença da fissura e aos procedimentos cirúrgicos executados

Quanto à validade e reprodutibilidade do índice oclusal desenvolvido por Attack et al^{4, 5, 6}, ele foi testado posteriormente em vários estudos intercentros para avaliação de resultados cirúrgicos e mostrou ser bastante confiável e reprodutível. Concluiu-se também que a calibração dos examinadores é importante para reduzir os erros sistemáticos e a utilização do índice só é válida para portadores de FTIU e não para outros tipos de fissura.

Attack et al⁶, em 1998, realizaram uma avaliação intercentros da relação interarcos, envolvendo Oslo e Bristol. A avaliação intra-examinadores e inter-examinadores apresentou-se com grau de concordância de moderada a muito boa, da mesma forma Johnson et al⁶⁹ em 2000, encontraram um índice de concordância excelente.

No estudo de Johnson et al⁶⁹, dos 54 pacientes na faixa etária de 6 anos, 28% apresentaram o índice oclusal 1 e 2, 49% o índice 3 e 23% representaram resultados pobres com necessidade ortodôntico-cirúrgica (índice 4 e 5).

A utilização do índice de características oclusais em modelos de estudos aos 5 anos de idade, permite o diagnóstico precoce dos problemas oclusais assim como o prognóstico do caso, além de possibilitar uma mudança precoce no protocolo cirúrgico, se estiver causando algum prejuízo, sem ter que aguardar a fase da dentadura permanente.

Cientes da incondicional ação restritiva das cirurgias primárias, a preocupação atual dos grandes pesquisadores de vários centros do mundo está voltado para instituir no protocolo de reabilitação, procedimentos cirúrgicos que minimizem essas influências negativas sobre o complexo maxilar.

Considerando esse importante fator, decidiu-se realizar uma avaliação criteriosa dos resultados cirúrgicos dos pacientes do HRAC-USP-Bauru estabelecendo um estudo comparativo entre a amostra do HRAC-Bauru e de Oslo-Noruega que apresentou os melhores resultados nos estudos multicentros. O objetivo é a autoavaliação dos próprios resultados e descobrir através da comparação dos resultados as falhas e deficiências existentes no protocolo de reabilitação do HRAC-USP-Bauru.

PROPOSIÇÃO

3. PROPOSIÇÃO

O propósito desta investigação é o de avaliar os efeitos das cirurgias primárias de lábio e palato sobre a relação transversa e ânteroposterior entre os arcos dentários mediante o emprego de modelos de estudos documentados aos 5 ~ 6 anos de idade em portadores de FTIU.

Baseado nos critérios classificatórios definidos pelo índice oclusal de Atack et al^{4,5}, os examinadores atribuíram índices de 1 a 5, na dependência da relação interarcos, nos modelos de gesso, com a intenção de:

1. Avaliar a reprodutibilidade do índice de características oclusais dos modelos com o método de Atack et al^{4,5}, 1997, utilizado em crianças portadoras de fissura transforame incisivo unilateral aos 5 ~ 6 anos de idade. O grau de concordância inter-examinadores, intra-examinadores e entre 3 grupos de diferentes categorias de examinadores serão avaliados;
2. Avaliar o resultado cirúrgico global do HRAC-Bauru que apresenta diversidade nas técnicas cirúrgicas e número de cirurgiões;
3. Estabelecer a comparação dos resultados intercentros entre o (HRAC (Brasil) e o Centro de Oslo (Noruega) que apresenta padronização na técnica cirúrgica, número de cirurgião, e que apresentou os melhores resultados numa pesquisa intercentros da Europa;
4. Verificar se a amplitude da fissura interfere no crescimento da maxila e relação dos arcos dentários e se essa interferência é detectável precocemente, já na dentadura decídua completa ou mista precoce;
5. Avaliar se a presença e a extensão da bandeleta de Simonart interfere nos resultados cirúrgicos e no crescimento e relação dos arcos dentários;
6. Verificar se a técnica cirúrgica utilizada no reparo primário de lábio e palato interfere no resultado do crescimento e relação dos arcos dentários;
7. Averiguar se a variável “habilidade de cada cirurgião” interfere no resultado do crescimento e relação dos arcos dentários, independente da técnica cirúrgica utilizada.

MATERIAL E MÉTODO

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1. SELEÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.

A amostra deste estudo retrospectivo constitui-se de 317 modelos de pacientes portadores de fissura transforame incisivo unilateral (FTIU), na faixa etária de 5 ~ 6 anos, sendo 267 pacientes (84,23%) do Centro de Bauru (HRAC-USP) e 50 pacientes (15,77%) do Centro de Oslo-Noruega (Fig. 5). A amostra do Centro de Oslo foi utilizada em virtude de apresentar os melhores resultados num estudo intercentros envolvendo 6 centros da Europa.

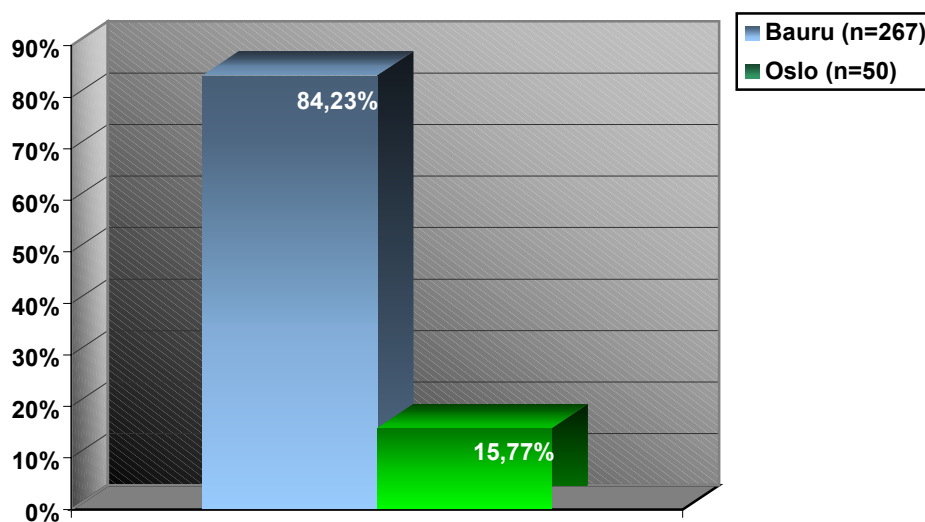


Figura 5 – Gráfico representativo da distribuição dos 317 pacientes com fissura transforame incisivo unilateral que compuseram a amostra, de acordo com a procedência: Bauru (n=267) e Oslo (n=50)

Os requisitos exigidos para a seleção da amostra foram as seguintes:

- portadores de FTIU, ambos os sexos, com ou sem bandeleta de Simonart;
- faixa etária de 5 ~ 6 anos (dentadura decídua completa ou mista precoce);
- queiloplastia e palatoplastia primárias realizadas no mesmo centro (Oslo ou Bauru);
- ausência de tratamento ortôntico prévio;
- sem síndrome, malformação associada ou deficiência mental;

A amostra de Bauru foi obtida a partir dos dados extraídos dos prontuários de pacientes cadastrados no HRAC-USP no período de 1989 à 1993, com idade inferior a 12 meses e sem tratamento prévio.

Obedecendo este critério, totalizou-se 1.135 pacientes com a respectiva distribuição anual:

- 1989 - 212 pacientes
- 1990 - 195 pacientes
- 1991 - 215 pacientes
- 1992 - 237 pacientes
- 1993 - 276 pacientes

Esses 1.135 pacientes foram convocados para a coleta de documentação, incluindo modelos de estudo e fotografias. A documentação foi realizada em três etapas distintas: em 1996, 1997 e 1998, totalizando 267 pacientes após a exclusão de vários pacientes que não preencheram os pré-requisitos ou não compareceram devido às dificuldades geo-econômicas. A maior parte da amostra concentrou-se nos pacientes que residiam num raio de distância de até 600 Km da cidade de Bauru.

Analisando os 267 pacientes da amostra de Bauru de acordo com o sexo e o lado da fissura (tabela 3, figura 6, 7 e 8), observou-se que as fissuras transforame incisivo do lado esquerdo são predominantes (68,16%) em relação ao lado direito (31,84%) e a ocorrência deste tipo de fissura é muito maior no sexo masculino (63,30%) do que no sexo feminino (36,70%).

Tabela 3 – Distribuição da amostra de FTIU do HRAC-USP-Bauru (n = 267) de acordo com o sexo e lado de fissura

SEXO						
LADO	M	%	F	%	TOTAL	%
ESQ.	112	41,95 %	70	26,21 %	182	68,16 %
DIR.	57	21,35 %	28	10,49 %	85	31,84 %
TOTAL	169	63,30 %	98	36,70 %	267	100 %

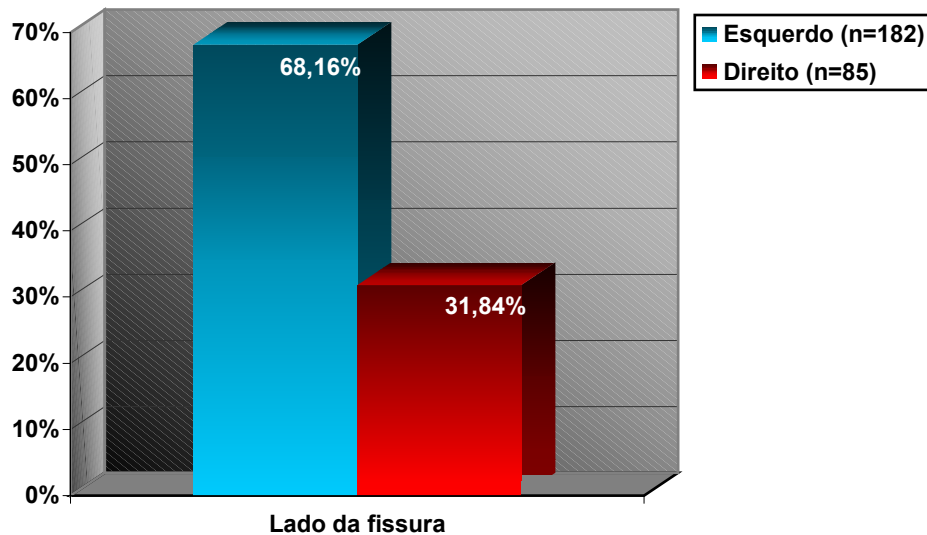


Figura 6 – Gráfico representativo da distribuição da amostra de 267 crianças com fissura transforame incisivo unilateral, proveniente do HRAC-Bauru, de acordo com o lado da fissura

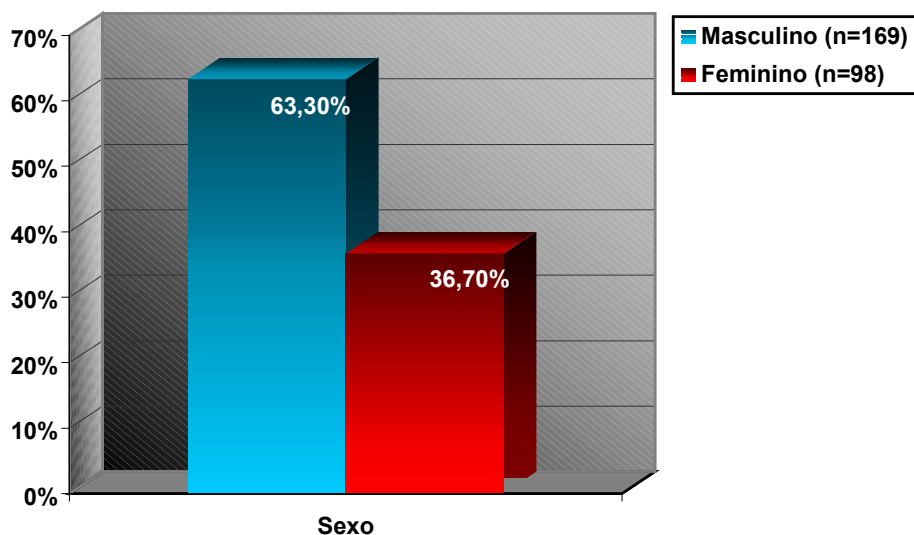


Figura 7 – Gráfico representativo da distribuição da amostra de 267 crianças com fissura transforame incisivo unilateral, proveniente do HRAC-Bauru, de acordo com o sexo

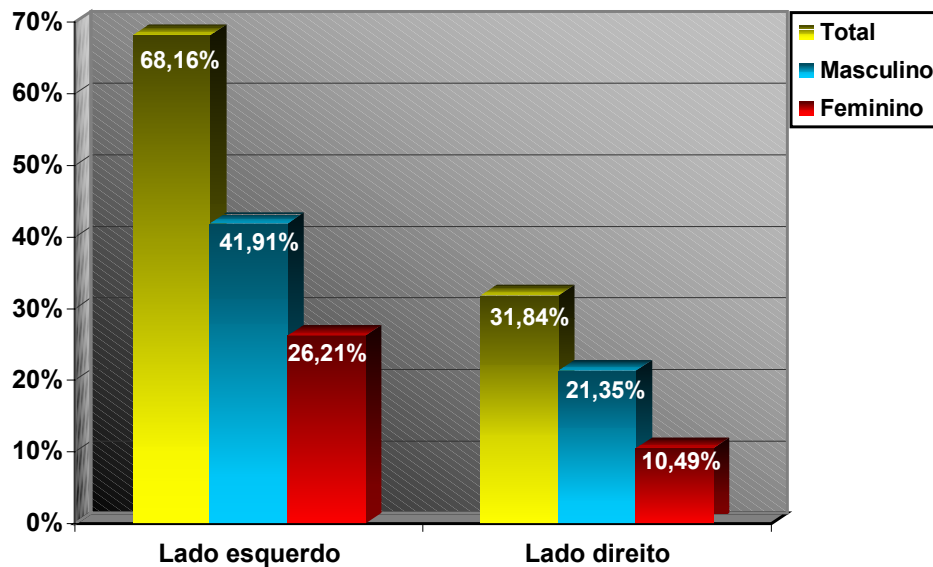


Figura 8 – Gráfico representativo da distribuição da amostra de 267 crianças com fissura transforame incisivo unilateral, proveniente do HRAC-Bauru, de acordo com o lado da fissura e com o sexo

4.2. ANÁLISE DA IDADE MÉDIA DAS CIRURGIAS PRIMÁRIAS NA AMOSTRA DE BAURU

A tabela 4 identifica a época em que as cirurgias primárias (queiloplastia e palatoplastia) foram realizadas na amostra proveniente de Bauru. O protocolo de Bauru defende a queiloplastia aos 3 meses de idade e a palatoplastia aos 12 meses, mas em função dos problemas geo-sociais dos pacientes há uma variação muito grande.

Tabela 4 – Dados relativos à idade média em que as cirurgias primárias foram realizadas na amostra de Bauru

Faixa Etária meses	\bar{X} (meses)	MIN.	MAX.	D.P.
Queiloplastia	8,75	3,00	35,00	4,98
Palatoplastia	21,94	4,00	81,00	11,71

O critério para seleção da amostra não foi estabelecido pela faixa etária em que as cirurgias primárias foram realizadas e por esta razão o desvio padrão mostrou-se grande, sobretudo na época da palatoplastia (tabela 4). No entanto, em média, a

queiloplastia primária foi realizada em torno de 8 meses e a palatoplastia primária antes dos 2 anos. A idade da palatoplastia variou muito em função da técnica cirúrgica utilizada. Algumas técnicas utilizaram o protocolo de Malek modificado (Malek & Psaume⁹⁶, 1983) onde o fechamento do palato mole foi realizado por volta de 4 a 6 meses junto com a queiloplastia primária, e o palato anterior fechado a partir de 12 meses; porém, alguns casos foram operados numa fase bem mais tardia. Em 4 casos o palato duro não havia sido operado até a fase da avaliação dos modelos aos 5 ~ 6 anos de idade, por opção do cirurgião.

Os modelos da amostra de Oslo foram cuidadosamente moldados e vazados, seguindo os mesmos critérios de recorte dos modelos de Bauru para evitar tendenciosidade no momento da avaliação.

A amostra de Oslo foi operada por um único cirurgião que utilizou a mesma técnica cirúrgica. A queiloplastia foi realizada aos 3 meses de idade, utilizando a técnica de Millard associada ao retalho Vomeriano (Vomerplastia). A palatoplastia foi efetuada aos 18 meses pela técnica de Von Langenbeck Modificada.

A amostra do HRAC-BAURU foi operada por uma equipe de 10 cirurgiões que utilizaram várias técnicas cirúrgicas de queiloplastia e palatoplastia. Para facilitar o entendimento da diversidade de técnicas utilizadas, a amostra de Bauru foi subdividida em 10 grupos de acordo com o protocolo cirúrgico recebido (tabela 5).

As técnicas utilizadas para a queiloplastia foram as de Millard (MIL), que é uma técnica linear, e de Spina (SP), que consiste numa zetaplastia. As técnicas preconizadas para a palatoplastia foram as de Von Langenbeck (VL) em um só tempo, Furlow, Veau, Hans Pichler (HP) para palato anterior, e Malek (MAL) para palato mole. A técnica de Malek para reparo do palato mole foi utilizada concomitantemente à queiloplastia primária, aproximadamente aos 6 meses de idade, e a palatoplastia (palato duro) foi realizada pela técnica de Hans Pichler (HP) posteriormente. Um grupo de pacientes foi operado em 3 tempos cirúrgicos (1 tempo para queiloplastia e 2 tempos para palatoplastia anterior e posterior).

Alguns cirurgiões associaram as técnicas de reconstrução da asa nasal tipo McComb (MC) e Skoog (SK) durante as queiloplastias primárias.

Tabela 5 – Apresentação dos 10 protocolos cirúrgicos da amostra de 267 crianças com fissura transforame incisivo unilateral provenientes do HRAC – Bauru; técnicas cirúrgicas e idade média de realização

Protocolo Cirúrgico	Tempo Cirúrgico			Total de Pac.	Idade Cirurgia (meses)				
	1°	2°	3°			X	Min.	Max.	D.P.
1	MIL-MAL-MC (lábio + palato mole + asa)	HP (palato duro)		28	Q	6,25	3	23	4,13
					P	27,67	6	78	17,46
2	MIL-MAL-SK (lábio + palato mole + asa)	HP (palato duro tardio)		12	Q	6,33	4	11	1,61
					P	49,62	4	81	25,38
3	MIL	HP (palato anterior)	VL (palato post.)	6	Q	13,00	3	27	8,89
					P	24,00	12	37	10,05
4	SP	HP (palato anterior)	VL (palato post.)	9	Q	13,00	7	35	9,13
					P	22,00	15	41	7,81
5	SP	VL		125	Q	9,60	3	35	4,71
					P	21,21	9	56	8,17
6	SP	Furrow		10	Q	6,40	3	11	3,06
					P	12,60	6	18	4,24
7	MIL	VL		61	Q	8,78	3	26	4,33
					P	20,42	9	57	8,50
8	MIL	Furrow		14	Q	4,85	3	7	1,29
					P	13,14	9	17	3,10
9	MIL	Veau		1	Q	3,00	3	3	
					P	20,00	20	20	
10	SP	Veau		1	Q	21,00	21	21	
					P	29,00	29	29	

Q=queiloplastia; P=Palatoplastia.

As anotações dos prontuários e as fotografias faciais e intra bucais iniciais, pré-cirúrgicas, serviram de subsídio para registrar os aspectos referentes à natureza da fissura, a sua extensão e amplitude, presença e extensão da bandeleta de Simonart.

A bandeleta de Simonart (Fig. 9) é uma ponte de tecido mole que une as margens mesial e distal de uma fissura completa de lábio e palato, cuja prevalência é de 19,6% (Silva Filho et al¹⁶⁴, 1994). As bandeletas foram classificadas subjetivamente em Pequena (P), Média (M) e Grande (G) para averiguar se a extensão da bandeleta interfere na dimensão A-P (ânteroposterior) e transversal do arco dentário (Fig. 10).

A amplitude da fissura foi classificada em Estreita (E), Regular (R) e Ampla (A), visualmente, através dos slides clínicos iniciais pré-cirúrgicos para poder estabelecer correlação se a amplitude da fissura interfere no crescimento e dimensões do arco dentário superior após as cirurgias primárias (Fig. 11).

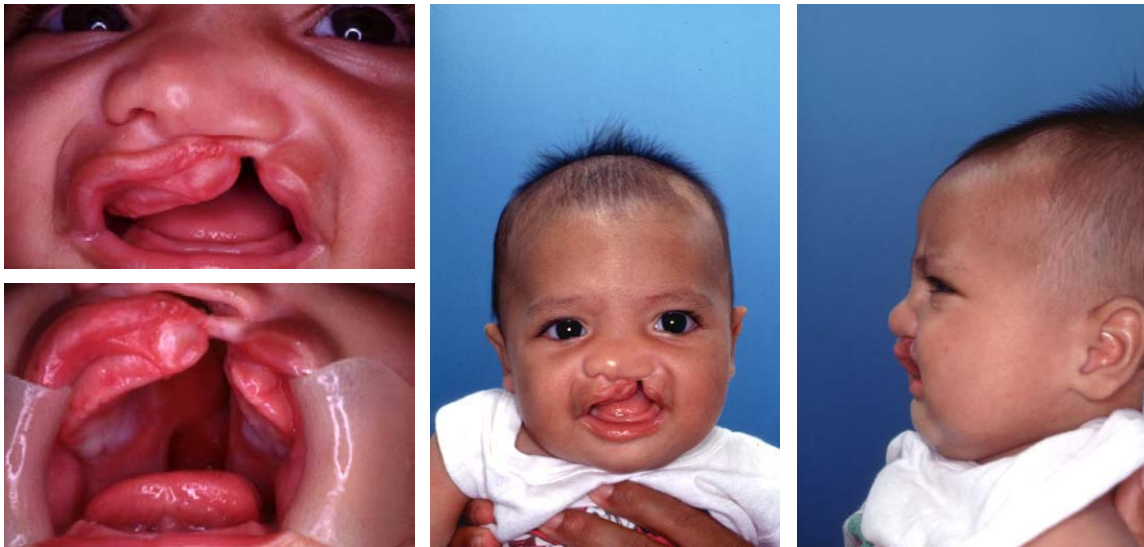


Figura 9 – Paciente portador de FTIU, apresentando uma bandeleta de Simonart pequena

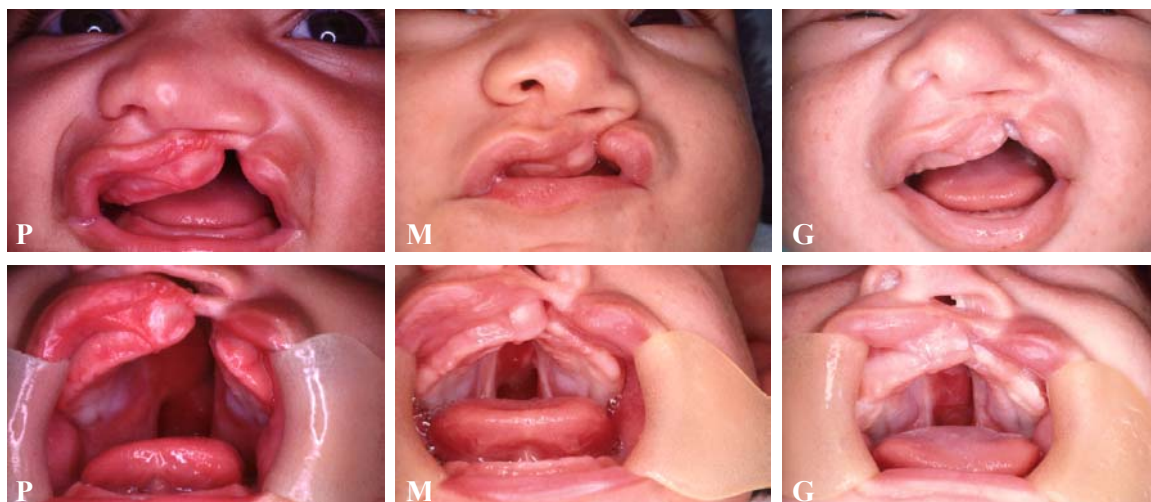


Figura 10 – Bandeleta de Simonart, pequena, média e grande respectivamente. A bandeleta grande apresenta aspecto de fissura pré-forame incompleta, mas a descontinuidade óssea do rebordo até o forame incisivo é o diagnóstico diferencial



Figura 11 – Amplitude da fissura: estreita, regular e ampla, respectivamente

A figura 12 ilustra um paciente portador de FTIU sem a bandeleta de Simonart, que submeteu-se ao protocolo cirúrgico número 5 (tabela 3). A queiloplastia foi realizada através da técnica de Spina e a palatoplastia primária realizada através da técnica de Von Langenback. Pode-se observar a ação restritiva das cirurgias primárias sobre a face média e relação entre os arcos dentários.



Figura 12 – Paciente portador de FTIU do lado esquerdo, sem a presença de bandeleta de Simonart, operado do lábio pela técnica de Spina e do palato pela técnica de Von Langenbeck aos 3 meses e 12 meses de idade, respectivamente. Aos 6 anos de idade já pode ser observada a leve restrição do crescimento maxilar através da relação interarcos (levemente cruzada) e a face com perfil reto

4.2. MÉTODO

Os modelos obtidos do HRAC e de Oslo foram dispostos aleatoriamente e numeradas de 1 a 317 para minimizar as tendenciosidades dos examinadores (Fig 13). Os modelos de Oslo, foram moldados, vazados e recortados para não apresentarem nenhuma diferença com os de Bauru e não interferir na avaliação dos examinadores.

Um total de 33 examinadores, incluindo ortodontistas mais experientes e menos experientes, cirurgiões plásticos, cirurgiões buco-maxilo-faciais e alguns odontólogos clínicos gerais compareceram voluntariamente para examinarem os 317 modelos e atribuírem os “scores” de acordo com o índice oclusal proposto por Attack et al⁶ (tabela 6). Todos os examinadores foram orientados e calibrados quanto aos índices de 1 a 5 e suas principais características. A Fig. 14 ilustra o momento da calibragem e a Fig. 15 o momento da avaliação dos modelos. A calibragem dos examinadores para a padronização dos índices oclusais foi realizada utilizando-se uma mesa clínica com modelos representativos dos diferentes tipos de índices oclusais (Fig 16, 17, 18, 19 e 20). Durante a avaliação, quando o modelo examinado suscitava dúvidas, era permitido ao examinador consultar a mesa clínica.

Uma nova avaliação foi realizada num segundo tempo com parte da amostra (180 modelos) e com apenas 5 examinadores para testar o grau de concordância e reprodutibilidade intra-examinadores da primeira e segunda avaliação. Os 5 examinadores pertencem à categoria de ortodontistas experientes. O espaço entre a primeira e a segunda avaliação intra-examinadores variou em média 1 semana. Apenas um examinador reavaliou após 3 meses.

Avaliou-se também o grau de concordância e reprodutibilidade inter-examinadores (grupo só de ortodontistas), assim como a variação ou a concordância entre as diferentes categorias de examinadores (ortodontistas, cirurgiões plásticos e cirurgiões buco-maxilo-facial).

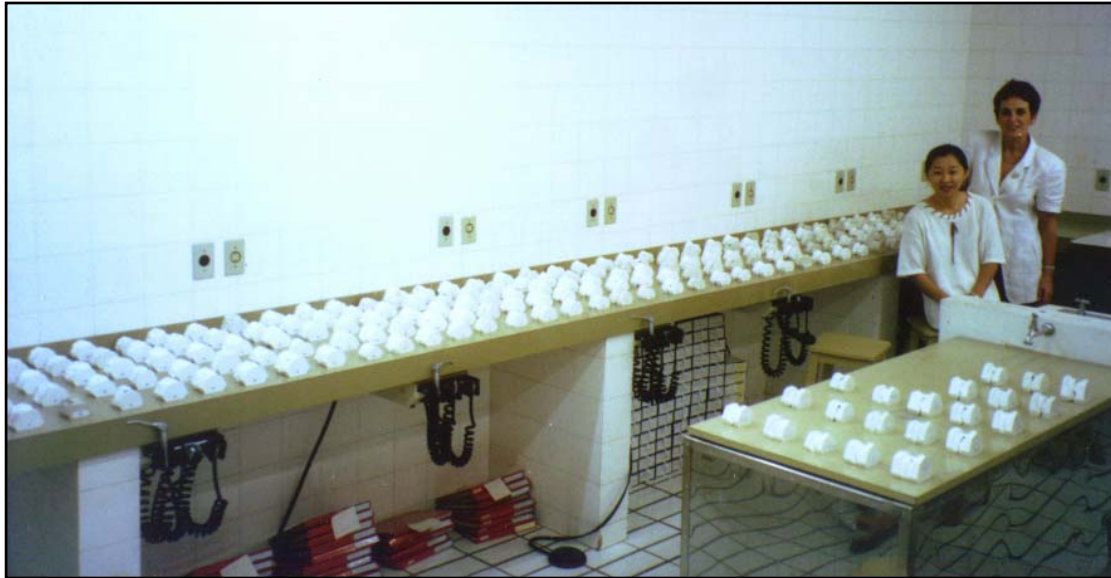


Figura 13 – Modelos de estudo dos 317 pacientes componentes da amostra de Bauru e Oslo, dispostos aleatoriamente. No centro observa-se os modelos representativos dos índices oclusais de 1 a 5 para a orientação e calibragem dos examinadores



Figura 14 – Momento da calibragem dos examinadores visando a padronização do uso dos índices oclusais



Figura 15 – Momento em que os examinadores realizam as avaliações e atribuições dos índices oclusais

Diferentes categorias de examinadores fizeram parte da avaliação: grupo de ortodontistas ($n=7$), grupo de cirurgiões plásticos ($n=7$), grupo de cirurgiões buco-maxilo-facial ($n=3$), grupo de ortodontistas menos experientes ($n=13$), 2 odontopediatras e 1 profissional especialista em periodontia, prótese e implante, totalizando 33 examinadores. A avaliação geral dos 317 modelos foi realizada através dos índices oclusais médios dos 33 examinadores, mas na avaliação do nível de concordância entre as diferentes categorias utilizou-se apenas o grupo de ortodontistas experientes, o grupo de cirurgiões plásticos e o grupo de cirurgiões buco-maxilo-faciais utilizando apenas 180 modelos. A avaliação intra-examinadores e inter-examinadores foi reduzida utilizando apenas o grupo de ortodontistas experientes.

O método de avaliação dos modelos aplicado neste estudo foi baseado no método de Mars et al⁹⁹, 1987; denominado de “Goslon Yardstick”, utilizado nos estudos multicentros da Europa e no “Índice Oclusal” de Atask et al^{4,5}, 1997, para caracterizar a relação oclusal de indivíduos com FTIU aos 5 anos. Classificou-se a relação interarcos

dos modelos de estudo dos 267 pacientes do HRAC e dos 50 pacientes de Oslo, portadores de FTIU em 5 níveis.

O “Goslon Yardstick” é usualmente aplicado na fase da dentadura mista tardia ou na fase da dentadura permanente precoce. O “Índice Oclusal”, proposto por Atack et al^{4,5}, 1997, foi posteriormente adaptado para ser aplicado aos 5 anos de idade, na fase da dentadura decídua. Ambos utilizam os mesmos princípios metodológicos, categorizando a condição da oclusão em cinco grupos ou cinco índices de 1 a 5, aumentando o índice, à medida que aumenta a severidade da relação interoclusal.

O termo “Goslon” se origina de “Great Ormond Street, London and Oslo” devido a pesquisa realizada envolver a amostra de Oslo e do hospital de Londres com o nome “Great Ormond Street”. Este método de avaliação tem como peculiaridade:

1. classificar em 5 categorias a relação maxilo-mandibular dos pacientes portadores de FTIU na dentadura mista e permanente precoce:

Goslon 1 – G1 – oclusão excelente

Goslon 2 – G2 – oclusão boa

Goslon 3 – G3 – oclusão regular

Goslon 4 – G4 – oclusão pobre

Goslon 5 – G5 – oclusão muito pobre

As Figs. 16, 17, 18, 19 e 20 ilustram as categorias de 1 a 5 e representam a severidade da relação interarcos à medida que aumenta o índice oclusal.

2. Aplicação simples e de alta reprodutibilidade.
3. Representa a severidade da má oclusão e o grau de dificuldade na correção.
4. Sensibilidade suficiente para distinguir o resultado dos diferentes tratamentos cirúrgicos de vários centros, no tocante ao comportamento dos arcos dentários, permitindo o acompanhamento e comparações longitudinais.

Embora a metodologia original do “Goslon Yardstick” tenha sido criada para a avaliação dos resultados cirúrgicos na fase da dentadura mista tardia ou na dentadura permanente precoce, vários autores aplicaram este método na fase de dentadura decídua completa, aos 5 ~ 6 anos de idade (Mars et al¹⁰², 1997, Atack et al⁶, 1998, Johnson et al⁶⁹, 2000). Estes trabalhos comprovam que a utilização desses índices para avaliação dos arcos dentários, possibilita detectar precocemente as diferenças nos resultados obtidos com as cirurgias primárias. (Mars¹⁰¹ et al, 1992; Shaw et al¹⁵², 1992).

Descobrir precocemente se uma determinada técnica cirúrgica ou a época da cirurgia está provocando resultados bons ou ruins é uma das vantagens que pode

claramente ser evidenciada, permitindo assim a mudança de conduta de um protocolo cirúrgico sem ter que aguardar até 10 ~ 12 anos na fase da dentadura mista tardia ou dentadura permanente.

Decidiu-se adotar o “Índice Oclusal” desenvolvido por Atack et al^{4, 5}, 1997a, 1997b, para avaliação dos modelos de estudo dos 317 pacientes que compuseram a amostra das crianças portadoras de FTIU aos 5 ~ 6 anos de idade. As características dos 5 grupos categorizados estão baseados nos mesmos princípios do método “Goslon Yardstick” (Mars et al^{99, 100}, 1987, 1990), acrescentando apenas algumas características oclusais que facilitam a identificação do índice. A tabela 6 e as figuras 16, 17, 18, 19 e 20 mostram detalhadamente as condições oclusais que caracterizam cada índice oclusal e o prognóstico correspondente a longo prazo da oclusão.

Tabela 6 – Índice de avaliação das características oclusais dos modelos de estudo de crianças portadoras de FTIU aos 5 anos de idade (Atack et al^{4, 5}, 1997)

Índice oclusal Grupo	Características Oclusais	Prognóstico dos resultados a longo prazo
1	<ul style="list-style-type: none"> - trespasse horizontal (+) com inclinação normal ou retroinclinação dos incisivos; - ausência de mordidas cruzadas e ausência de mordidas abertas; - morfologia do arco dentário superior e anatomia do palato boa. 	Excelente
2	<ul style="list-style-type: none"> - trespasse horizontal (+) com inclinação normal ou incisivos vestibularizados; - mordida cruzada unilateral/tendência à mordida cruzada; - tendência à mordida aberta adjacente à fissura. 	Bom
3	<ul style="list-style-type: none"> - relação de topo anterior com inclinação de incisivos normal ou vestibularizados ou trespasse horizontal (-) com incisivos retroinclinados; - tendência à mordida aberta adjacente à fissura. 	Regular
4	<ul style="list-style-type: none"> - trespasse horizontal (-) com inclinação dos incisivos normal ou vestibularizados; - tendência à mordida cruzada unilateral/bilateral; - tendência à mordida aberta na área de fissura. 	Pobre
5	<ul style="list-style-type: none"> - trespasse horizontal (-) com incisivos vestibularizados, mordida cruzada bilateral; - morfologia do arco dentário superior e anatomia do palato pobre. 	Muito Pobre



Figura 16 – Paciente do sexo masculino, portador de FTIU do lado esquerdo com índice oclusal do “grupo 1”, correspondendo ao Goslon Yardstick 1. Relação ânteroposterior e transversal entre os arcos dentários excelente. O crescimento da face média e desenvolvimento do arco dentário superior próximo do normal, sem mordidas cruzadas, com prognóstico excelente



Figura 17 – Paciente do sexo feminino, portadora de FTIU do lado esquerdo com índice oclusal do “grupo 2”, correspondendo ao Goslon Yardstick 2. Relação de trespassse horizontal positivo com mordida cruzada unilateral de dois dentes do segmento menor. Relação dos arcos dentários boa e prognóstico bom



Figura 18 – Paciente do sexo masculino, portador de FTIU do lado esquerdo com índice oclusal do “grupo 3”, correspondendo ao Goslon Yardstick 3. Relação entre os arcos dentários regular (aceitável) com trespasse horizontal levemente negativo e incisivos superiores retroinclinados. Crescimento maxilar ligeiramente deficiente, e resultando numa face com perfil reto



Figura 19 – Paciente do sexo feminino, portadora de FTIU do lado direito com índice oclusal do “grupo 4”, correspondendo ao Goslon Yardstick 4. Relação entre os arcos dentários pobre com trespasse horizontal negativo e inclinação dos incisivos superiores normal, mordida cruzada bilateral, tendência à mordida aberta na área da fissura e a face tendendo a classe III, com deficiência maxilar evidente



Figura 20 – Paciente do sexo feminino, portadora de FTIU do lado esquerdo com índice oclusal do “grupo 5”, correspondendo ao Goslon Yardstick 5. Relação entre os arcos dentários muito pobre com trespasse horizontal acentuadamente negativo, mordida cruzada total, morfologia do arco dentário superior e anatomia do palato pobre. Face excessivamente côncava com prognóstico ortodôntico-cirúrgico muito pobre

4.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todos os índices oclusais obtidos foram processados através de um programa estatístico computadorizado, obtendo-se as medianas, médias e desvios padrão. Considerando o grande número de examinadores a mediana dos índices atribuídos à relação interoclusal foi averiguada, para que nenhum índice muito discrepante da média dos demais interferisse na avaliação.

Comparativamente, a média total das medianas e das médias dos índices oclusais da amostra não apresentaram diferença estatística e por isso utilizou-se os valores da mediana para a avaliação de cada variável deste trabalho. A mediana, por ser um número inteiro de 1 a 5, tornava mais representativo os índices oclusais.

As tabelas contendo os dados de Bauru e Oslo, utilizados na presente pesquisa, se encontram no apêndice deste trabalho:

Tabela 7 – Amostra de Bauru e Oslo com os respectivos índices oclusais e dados de interesse.

Tabela 32 – Amostra de Bauru e Oslo com os índices oclusais atribuídos pelos examinadores e respectivas mediana, média e DP.

Tabela 33 – Avaliação intra-examinadores e inter-examinadores por categorias (ortodontistas x cirurgiões plásticos x cirurgiões buco-maxilo-faciais).

Tabela 34 – Amostra de Bauru com as respectivas técnicas cirúrgicas (protocolo cirúrgico) e cirurgia que operou.

Tabela 35 – Amostra de Bauru e Oslo com os dados completos.

4.4. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS IMPORTANTES NUMA PESQUISA CLÍNICA COMPARATIVA

De acordo com Feinstein⁴⁰ (1985) a pesquisa comparativa pode ser dividida em duas grandes categorias:

- A) De causa e efeito.
- B) De processamento.

A pesquisa de processamento determina a performance de um ou mais procedimentos ou a qualidade de seu produto final. Na pesquisa de causa e efeito, o objetivo principal é buscar o efeito produzido pelo agente. Um bom exemplo nas investigações ortodônticas clínicas são as alterações clínicas induzidas por um determinado tratamento na correção da má oclusão. Esses estudos apresentam duas naturezas distintas:

- A) Experimentais – as chamadas “clinical trials” que incluem um precedente plano de investigação em relação aos procedimentos terapêuticos;
- B) Levantamentos clínicos – a maioria das pesquisas em ortodontia são desta natureza, do que experimentos pré-estabelecidos e por isso, o investigador por uma condição temporal não tem controle dos procedimentos realizados.

Existe também a denominação de estudos prospectivos e retrospectivos para definir a natureza da investigação. Quando o tratamento é realizado sem a existência de um protocolo experimental precedente e o investigador coletou os dados de informação para realizar a pesquisa, neste caso trata-se de um estudo retrospectivo. Por outro lado, se o protocolo de pesquisa é determinado “a priori”, com as regras para o tratamento pré-determinadas, o experimento é considerado “prospectivo”.

Os estudos prospectivos recebem algumas críticas por não serem exequíveis, éticos e efetivos. O tempo de execução dos experimentos e o custo passa a ser uma grande limitação, mas são considerados os estudos com maior credibilidade científica justamente por permitir a eliminação das “bias” ou tendenciosidades na fase de elaboração e execução do projeto.

4.5. TENDENCIOSIDADES (BIAS) NOS TRABALHOS CLÍNICOS COMPARATIVOS

A interferência de tendenciosidades ou “bias” é um dos problemas metodológicos mais críticos nas pesquisas clínicas comparativas (Martins¹⁰⁴, 1997).

Segundo Davitz & Davitz³⁴ (1977), tendenciosidade origina da violação de princípios fundamentais da comparação científica e é um conjunto de erros sistemáticos externos que influenciam significativamente os resultados de uma investigação.

São quatro os tipos mais comuns de “bias” nas pesquisas clínicas comparativas (Feinstein⁴⁰, 1985):

- A) “bias” de susceptibilidade.
- B) “bias” de proficiência.
- C) “bias” de detecção.
- D) “bias” de transferência.

A) As “bias” de susceptibilidade ocorrem comumente nos estudos comparativos retrospectivos, porque a seleção do tipo de tratamento foi baseada em critérios específicos de diagnóstico. Conseqüentemente haverá tendenciosidade ou inclinação do profissional para determinar a estratégia de tratamento de um grupo e do outro (Johnston et al⁷⁰, 1991; Paquette¹¹⁹, 1990). Em função disto uma determinada influência do tratamento poderá ser confundida com uma diferença pré-existente entre os grupos amostrais.

As investigações de maior credibilidade atualmente são aquelas que utilizam os levantamentos clínicos casuais ou aleatórios (“Randomized Clinical Trials”). A determinação casual do tratamento a ser instituído num determinado grupo de pacientes (sorteio, par ou ímpar) elimina o efeito do julgamento ou seleção humana que induzem as “bias” de susceptibilidade.

B) As “bias” de proficiência ocorrem quando os tratamentos são executados sob influência de diferentes performances clínicas. As diferenças de habilidade dos cirurgiões por exemplo, podem variar de um extremo a outro e ocorrem sob influências sistemáticas (inatos ou adquiridos) ou circunstanciais (casuais).

Qualquer diferença sistemática de habilidade clínica tenderá em favor de um determinado tipo de tratamento, confundindo uma vantagem de um tipo de tratamento com uma melhor performance do clínico em questão (Feinstein⁴⁰, 1985);

C) As “bias” de detecção ocorrem quando os resultados dos tratamentos são documentados de uma forma não padronizada entre os grupos. Geralmente este tipo de “bias” se manifesta, segundo Johnston^{70, 71} (1991, 1986), quando o clínico somente documentou os casos se o resultado do tratamento foi considerado como sucesso. São as chamadas “bias” de seleção. A utilização de critérios de inclusão como “bom resultado” ou “cooperação” são como um sinal de alerta da ocorrência de “bias de detecção”.

D) As “bias” de transferência, muito comuns em estudos retrospectivos, ocorrem quando um paciente é retirado do grupo de estudo ou é alvo de uma alteração de estágio de tratamento subsequente ao protocolo inicial que definiu os grupos a serem comparados. A falta de cooperação é uma das principais causas dessas perdas. Se um

dos grupos perde mais pacientes do que outros, esta tendenciosidade influenciará no resultado, dificultando a análise comparativa.

Segundo Feinstein⁴⁰, 1985 e Johnston⁷¹, 1991, nas pesquisas em ortodontia, levantamentos retrospectivos, bem desenhados, podem ser a melhor alternativa, por motivos práticos e éticos, em relação aos estudos prospectivos.

Certos tipos de “bias” como as de transferência e de detecção, podem ser evitadas, se determinados passos forem seguidos no sentido de identificar e documentar todos os pacientes para a comparação. As “bias” de proficiência podem ser reduzidas, se nas investigações forem incluídos casos tratados por vários profissionais ou, alternativamente que todos os grupos tenham sido tratados pelo mesmo clínico.

Nos estudos retrospectivos, as “bias” de susceptibilidade ocorrem com maior frequência (Paquette¹¹⁹, 1990). Considerando isto, Feinstein⁴⁰ (1985) sugere que considerar os pacientes consecutivamente tratados pelo clínico, na seleção da amostra, seria uma alternativa para minimizar a ocorrência deste tipo de “bias”. O pesquisador deve ainda identificar as variáveis de diagnóstico utilizadas pelo clínico para indicar um tipo de tratamento e, em seguida, identificar grupos de pacientes que, antes dos tratamentos, realmente exibiam as mesmas características apontadas. Esse grupo consistirá de pacientes que, segundo o critério de diagnóstico utilizado pelo clínico, poderiam ter sido tratados por outras estratégias. A comparação dos resultados dos tratamentos nestes casos limítrofes poderão estar livres de “bias” de susceptibilidade.

O presente trabalho, por ser de caráter retrospectivo, tomou-se o máximo de cuidado na seleção dos pacientes, coletando a documentação de forma randomizada (aleatória) dos pacientes que foram cadastrados no HRAC no período de 1989 a 1993. Apesar disso sabe-se que é impossível isentar da existência de “bias” de susceptibilidade e proficiência.

RESULTADOS

5 - RESULTADOS

A partir dos dados que compõe a tabelas resumidas e a tabela completa (tabela 7, 32, 33, 34 e 35) que se encontram no apêndice deste trabalho, obteve-se as tabelas subseqüentes e os gráficos correspondentes para ilustrar os resultados obtidos no presente estudo. A tabela 7 representa a planilha resumida do Centro de Bauru e Oslo com os dados inerentes à fissura, tais como, sexo, lado da fissura, amplitude da fissura, presença e extensão da bandeleta de Simonart, bem como os índices atribuídos pelos examinadores com as respectivas mediana, média e desvio padrão. Os dados incluindo época das cirurgias primárias, técnicas cirúrgicas utilizadas e cirurgião que operou, encontram-se no apêndice, na tabela completa.

5.1. ANÁLISE DA AMOSTRA DE BAURU DE ACORDO COM O SEXO E LADO DA FISSURA

Baseado nos dados contidos na tabela 7, foram obtidos os gráficos das figuras 6, 7 e 8, do capítulo material e método, que representam percentualmente a distribuição da amostra de Bauru de acordo com o lado da fissura e o sexo.

Observa-se pelas figuras 6, 7 e 8 que nas fissuras transforame incisivo unilaterais o lado esquerdo (68,16%) é discrepantemente predominante que o lado direito (31,84%) e a ocorrência deste tipo de fissura é muito maior no sexo masculino (63,30%) do que no sexo feminino (36,70%). Estes dados corroboram com os trabalhos já citados na literatura.

5.2. AVALIAÇÃO DA CONFIANÇA E REPRODUTIBILIDADE DO ÍNDICE OCLUSAL APLICADO AOS 5 - 6 ANOS PARA AVERIGUAR A RELAÇÃO ENTRE OS ARCOS DENTÁRIOS.

“TESTE DE CONCORDÂNCIA INTER-EXAMINADORES, INTRA-EXAMINADORES E ENTRE CATEGORIAS DE EXAMINADORES”

Para averiguar a reprodutibilidade e confiança do método utilizado na avaliação dos modelos de estudos, observou-se o grau de concordância inter-examinadores, intra-

examinadores e entre as categorias de examinadores (ortodontistas x cirurgiões plásticos x cirurgiões buco-maxilo-faciais), aplicando o teste estatístico Kappa (“k”).

Dos 267 pacientes da amostra total de Bauru, 180 (67,41%) pacientes foram avaliados para os testes de concordância inter-examinadores, intra-examinadores e entre categorias de examinadores.

A tabela 8 a seguir representa os valores de Kappa (“k”) descritos por Altman² em 1991 e a interpretação dos níveis de concordância de “pobre” a “muito bom” de acordo com os intervalos de variação do “k”. Os valores de Kappa acima de 0,60 representam nível de concordância entre a 1ª e a 2ª avaliação de bom a muito bom.

Tabela 8 – Relevância do valor de k (Kappa) de acordo com nível de concordância descrita por Altman², 1991

Valor k	Nível de concordância
≤ 0,20	Pobre
0,21 a 0,40	Regular
0,41 a 0,60	Moderada
0,61 a 0,80	Bom
0,81 a 1,00	Muito bom

Tabela 9 – Nível de concordância intra-examinadores (valor de k-Kappa) para os índices oclusais atribuídos aos modelos de estudo (n=180)

Examinadores (n=5): Ortodontistas	k (Kappa)	Nível de concordância	% (concordância entre 1ª e 2ª avaliação)
E 1	0,88	Muito bom	91,11
E 2	0,66	Bom	74,44
E 3	0,39	Regular	53,33
E 4	0,62	Bom	71,11
E 5	0,72	Bom	78,33

A tabela 9 representa o nível de concordância intra-examinadores entre a 1ª e 2ª avaliação dos modelos. Os cinco examinadores eram da categoria de ortodontistas experientes.

O nível de concordância acima de 50% é considerado satisfatório. Os valores de Kappa acima de 0,60 indicam que no teste de reprodutibilidade e confiança para averiguar o nível de concordância intra-examinadores, o resultado foi de “bom a muito bom”.

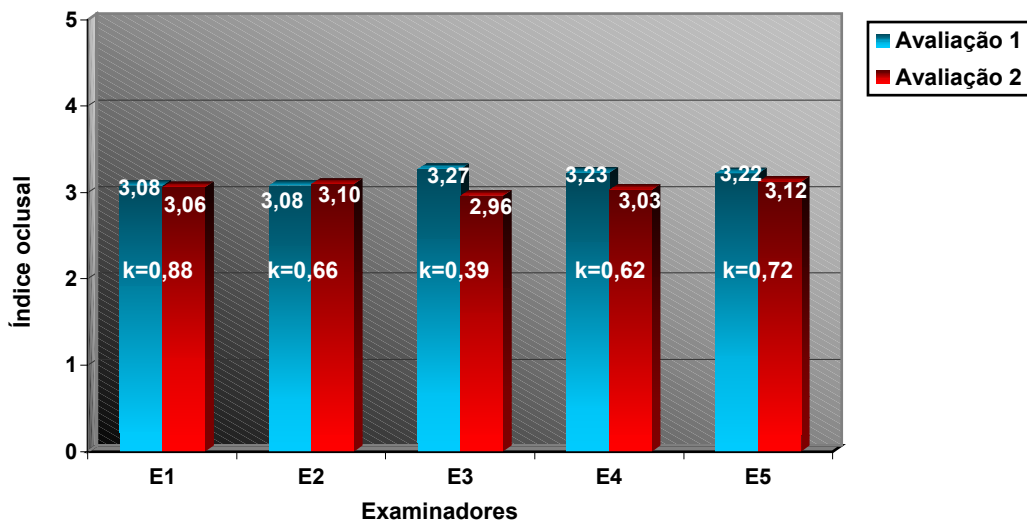


Figura 21 – Gráfico representativo da comparação dos índices oclusais médios atribuídos pelos examinadores ortodontistas na primeira e na segunda avaliação para avaliação do nível de concordância intra-examinadores (valor de Kappa)

Tabela 10 – Nível de concordância inter-examinadores entre os ortodontistas (valor de k-Kappa) para os índices oclusais atribuídos aos modelos de estudo (n=180)

Examinadores (n=5)	E 1 k	% concord.	E 2 k	%	E 3 k	%	E 4 k	%
E 2	0,64	72,78						
E 3	0,47	60,00	0,46	58,33				
E 4	0,58	68,33	0,54	65,00	0,60	69,44		
E 5	0,50	61,67	0,63	71,67	0,50	61,67	0,59	68,89

A avaliação dos índices oclusais médios de cada examinador foi confrontado um com o outro e a tabela 10 exhibe os valores de Kappa e os valores percentuais dos níveis de concordância inter-examinadores.

Os valores de Kappa acima de 0,40 representam níveis de concordância acima de 50% e portanto são considerados resultados satisfatórios. Os valores de Kappa acima de 0,60 indicam níveis de concordância “bons a muito bons”.

Tabela 11 – Comparação dos índices oclusais médios de acordo com a categoria dos examinadores: ortodontistas (O), cirurgiões plásticos (C) e cirurgiões buco-maxilo-faciais (CBMF)

Categoria Examinadores	n (pacientes)	\bar{X} (MED)	D.P.
O (n=7)	180	3,14 *	1,16
CP (n=7)	180	2,98 *	1,05
CBMF (n=3)	180	2,73 *	1,11

*estatisticamente significante

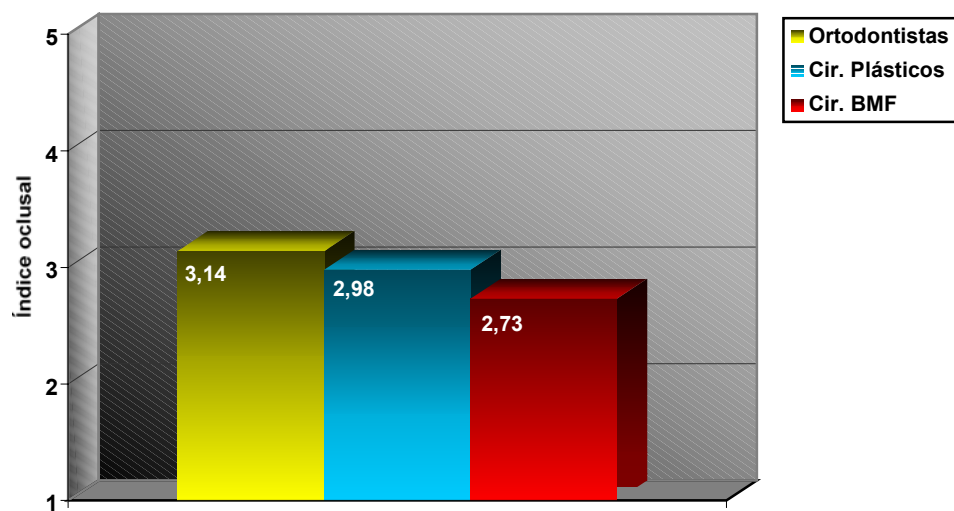


Figura 22 – Gráfico representativo da comparação dos índices oclusais médios de acordo com a categoria dos examinadores (ortodontistas x cirurgiões plásticos x cirurgiões buco-maxilo-faciais)

Tabela 12 – Análise de variância (ANOVA) a um critério para comparações dos resultados dos índices oclusais de acordo com a categoria dos examinadores

gl efeito	QM efeito	gl erro	QM Erro	F	p
2	7,5055	358	0,1480	50,7085	0,000000 *

*estatisticamente significante

Tabela 13 - Teste de Tukey para comparações múltiplas. Comparação dos resultados dos índices oclusais médios de acordo com a categoria dos examinadores

Categoria	O	C.P	CBMF
	3,14	2,98	2,73
O		0,000226*	0,00022*
C.P	0,000226*		0,000022*
CBMF	0,000022*	0,000022*	

*estatisticamente significante

Os resultados dos índices oclusais médios entre as categorias de examinadores ortodontistas (O), cirurgiões plásticos (CP) e cirurgiões buco-maxilo-faciais (CBMF) mostraram diferenças estatisticamente significantes entre todos os grupos.

Tabela 14 – Nível de concordância (valor de Kappa “k”) entre as categorias de examinadores: ortodontistas (O), Cirurgiões Plásticos (CP) e cirurgiões buco-maxilo-faciais (CBMF), para os índices oclusais atribuídos aos modelos de estudo

Examinadores	O (k)	%	CP (k)	%	CBMF (k)	%
CP	0,65	73,33	---	---	0,56	67,22
CBMF	0,43	56,11	---	---		

Os valores de Kappa (k) acima de 0,40 indicam níveis de concordância acima de 50%, considerado satisfatório. Valores de Kappa acima de 0,60 representam níveis de concordância entre uma categoria e outra de “bom a muito bom”.

5.3. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS INTERCENTROS (BAURU X OSLO) ATRAVÉS DOS ÍNDICES OCLUSAIS ATRIBUÍDOS PELOS EXAMINADORES

Tabela 15a – Avaliação dos resultados intra-centros. Comparação dos valores médios da mediana e média dos índices oclusais atribuídos pelos examinadores

CENTRO	(n)	Mediana		Média		t	P
		\bar{X}	D.P.	\bar{X}	D.P.		
Bauru	267	3,07	1,14	3,03	1,03	1,955	0,052 ns
Oslo	50	2,52	1,11	2,49	0,97	0,609	0,545 ns

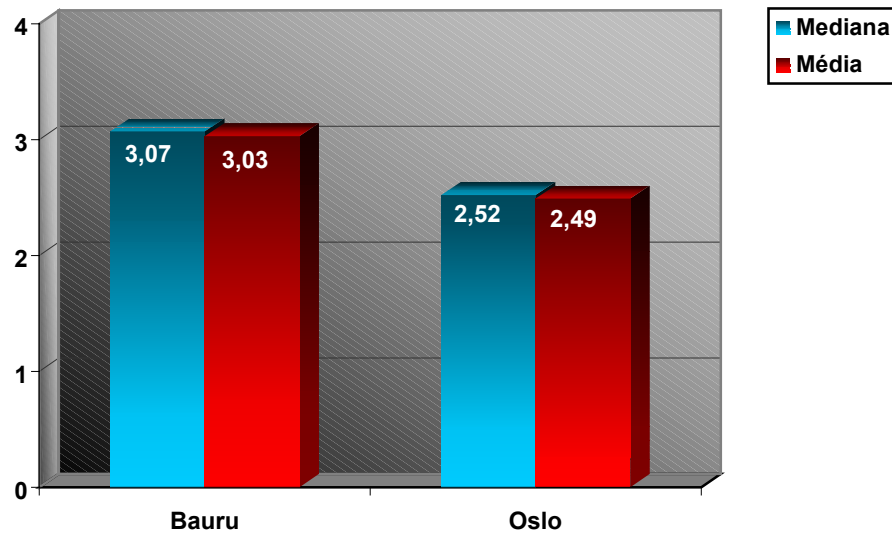


Figura 23 – Gráfico representativo da avaliação dos resultados intra-centros (mediana x média) comparando os valores médios da mediana e média dos índices oclusais de Bauru e Oslo

Tabela 15b – Avaliação dos resultados intercentros (Bauru x Oslo). Comparação dos valores médios da mediana e média dos índices oclusais atribuídos pelos examinadores

CENTRO	Oslo		Bauru		t	P
	\bar{X}	D.P.	\bar{X}	D.P.		
Mediana	2,52	1,11	3,07	1,14	3,186	0,001586*
Média	2,49	0,97	3,03	1,03	3,421	0,000704*

*estatisticamente significante

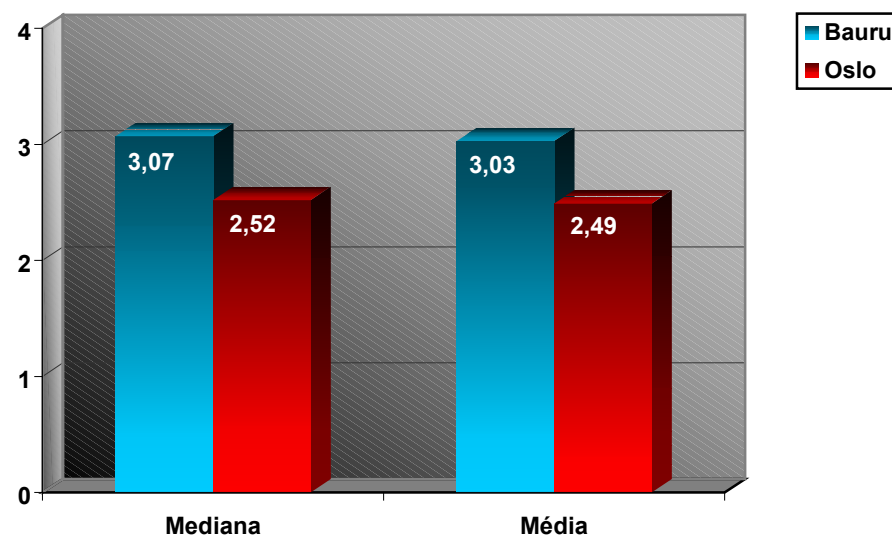


Figura 24 - Gráfico representativo da avaliação dos resultados intercentros (Bauru x Oslo) comparando os valores médios da mediana e média dos índices oclusais

Observa-se pela tabela 15 e os gráficos da figura 22 e 23, que os valores médios da mediana e média dos centros de Oslo e Bauru separadamente, não apresentam diferenças estatisticamente significantes e por isso os valores da mediana foram utilizados nas análises estatísticas para a avaliação de todos os resultados relacionados com os índices oclusais.

Entretanto, se compararmos os índices oclusais do Centro de Bauru com o de Oslo, existe diferença estatisticamente significativa, observado tanto pelos valores médios da mediana como da media.

Os índices oclusais 3,07 (mediana) e 3,03 (média) do Centro de Bauru indicam uma relação interarcos satisfatória, mas já apresenta indícios de deficiência no arco dentário superior, com relação anterior de topo ou ligeiramente cruzada. O índice oclusal do Centro de Oslo variou de 2,49 (média) a 2,52 (mediana) indicando que os pacientes em média apresentam uma relação interoclusal boa, sem prejuízo na relação anteroposterior (trespasse horizontal positivo).

Tabela 16 – Distribuição dos resultados intercentros Bauru x Oslo de acordo com os índices oclusais (relação interarcos) atribuídos pelos examinadores

Índice Oclusal	1	2	3	4	5	TOTAL
Centro						
Bauru	21 7,87 %	70 26,22 %	74 27,72 %	71 26,59 %	31 11,61 %	267 84,23 %
Oslo	7 14 %	23* 46 %*	11* 22 %*	5 10 %	4 8 %	50 15,77 %

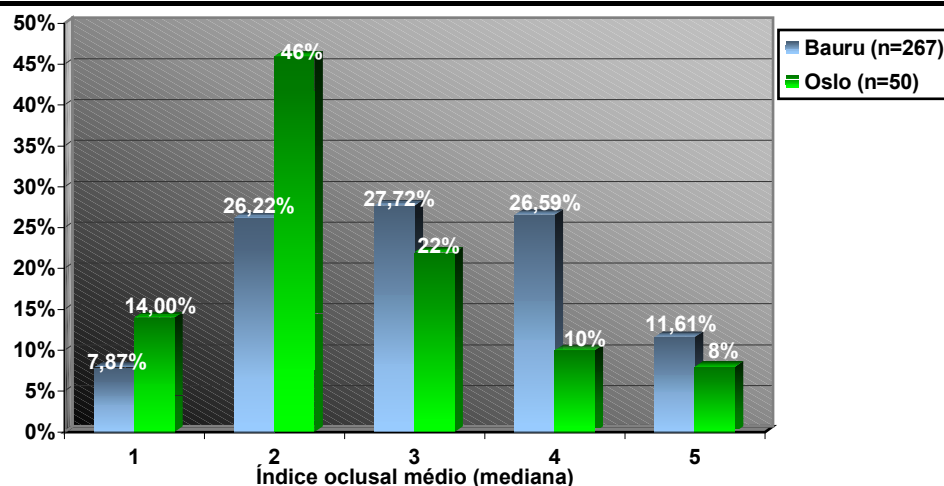


Figura 25 – Gráfico representativo da distribuição percentual dos resultados intercentros (Bauru x Oslo) de acordo com os índices oclusais que representam a relação interarcos

5.5. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA AMOSTRA DO HRAC-BAURU. INFLUÊNCIA DA AMPLITUDE DA FISSURA [ESTREITA (E), REGULAR (R) E AMPLA (A)] NA RELAÇÃO INTERARCOS

Tabela 17 – Distribuição da amostra de 267 crianças com fissura transforame incisivo unilateral, proveniente do HRAC-Bauru, considerando a amplitude da fissura

Amplitude da Fissura	Estreita (E)	Regular (R)	Ampla (A)	Total
	106	100	61	267
	39,70%	37,45%	22,84%	100%

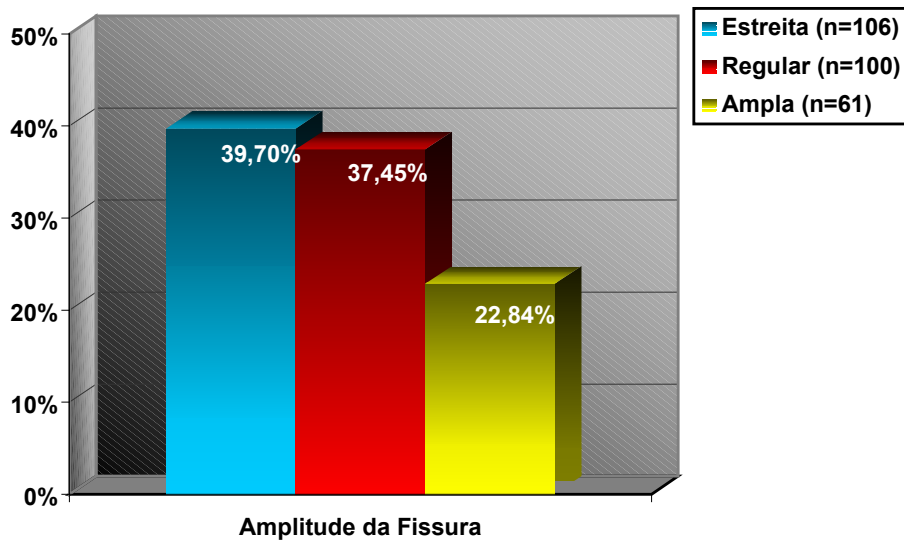


Figura 26 – Gráfico representativo da distribuição da amostra de 267 crianças com fissura transforame unilateral, proveniente do HRAC-Bauru, de acordo com a amplitude da fissura

Tabela 18 – Distribuição da amostra do HRAC-Bauru (n = 267), correlacionando a influência da amplitude da fissura com o índice oclusal

Índice Oclusal	Índice Oclusal					TOTAL
	1	2	3	4	5	
Amp.Fiss.						
E	12 11,32%	28 26,42%	31 29,25%	26 24,53%	9 8,49%	106 39,70%
R	7 7%	30 30%	33 33%	23 23%	7 7%	100 37,45%
A	2 3,28%	12 19,67%	10 16,39%	22 36,07%	15 24,59%	61 22,84%
TOTAL	21 7,86%	70 26,21%	74 27,71%	71 26,59%	31 11,61%	267 100,00%

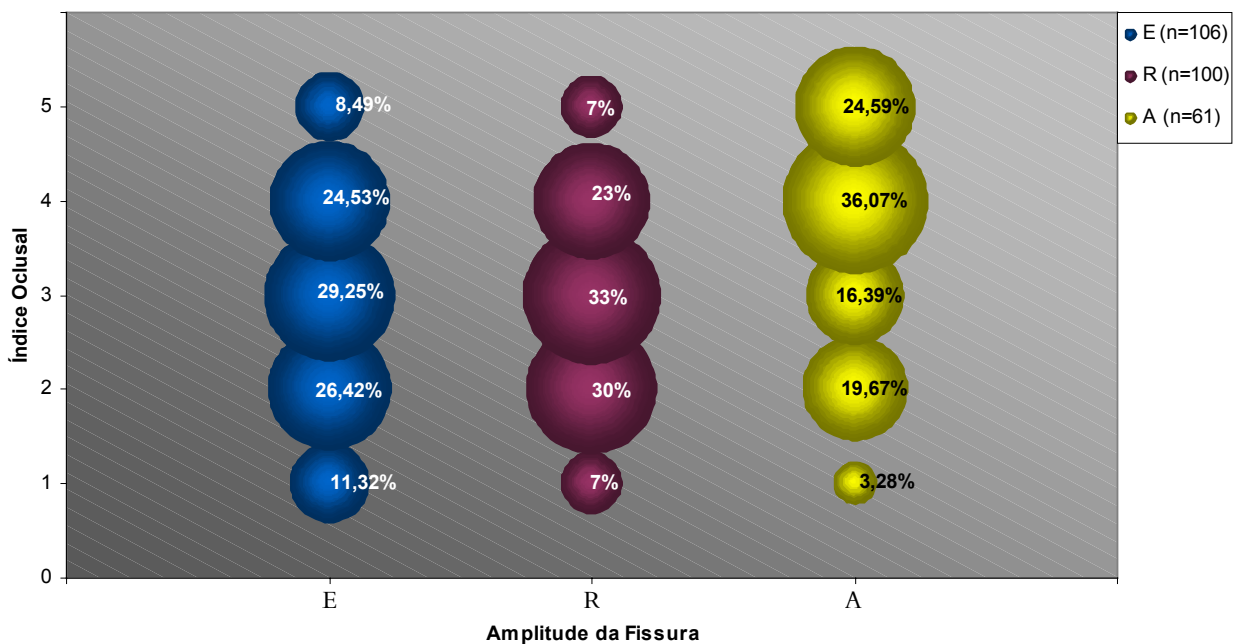


Figura 27 – Gráfico representativo da influência da amplitude da fissura no comportamento da relação interarcos (índice oclusal) na amostra do HRAC-Bauru

Tabela 19 – Distribuição da amostra do HRAC-Bauru, identificando a porcentagem das diferentes amplitudes de fissura dentro de cada nível de relação interarcos (índice oclusal)

Índice Oclusal	Índice Oclusal					Total
	1	2	3	4	5	
Amp.Fiss.						
E	12 57,14%	28 40,58%	31 41,89%	26 36,62%	9 29,03%	106
R	7 33,33%	30 42,85%	33 44,59%	23 32,39%	7 22,58%	100
A	2 9,52%	12 17,39%	10 13,51%	22 30,99%	15 48,39%	61
TOTAL	21	70	74	71	31	267

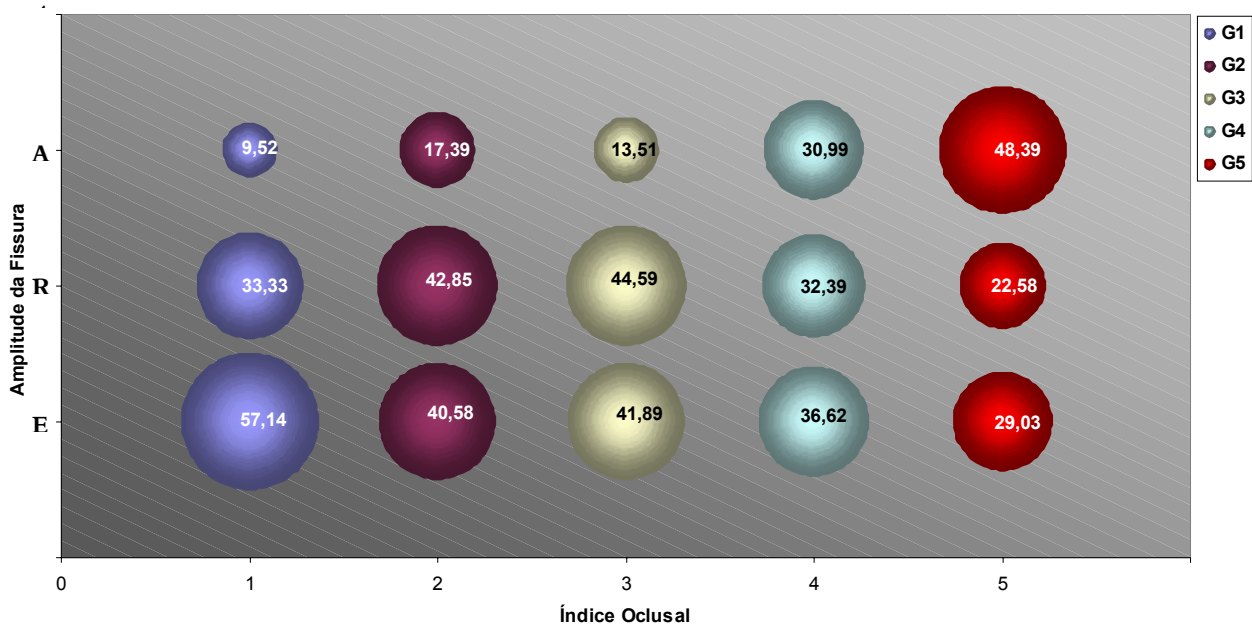


Figura 28 - Gráfico representativo da amostra do HRAC-Bauru (n=267), identificando a porcentagem das diferentes amplitudes de fissura dentro de cada nível de relação interarcos (índice oclusal)

5.5. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA AMOSTRA DO HRAC-BAURU. INFLUÊNCIA DO TAMANHO DA BANDELETA [PEQUENA (P), MÉDIA (M) E GRANDE (G)] NA RELAÇÃO INTERARCOS

Tabela 20 – Distribuição da Amostra de 267 crianças com fissura transforame incisivo unilateral, proveniente do HRAC-Bauru, considerando a presença e extensão da bandeleta de Simonart (n = 64). Influência do tamanho da bandeleta na relação interarcos (índices oclusais)

Bandeleta	Índice Oclusal	1	2	3	4	5	TOTAL
	P		2 6,25%	5 15,63%	9 28,13%	12 37,50%	4 12,50%
M		1 5%	3 15%	6 30%	9 45%	1 5%	20 31,25%
G		2 16,67%	4 33,33%	3 25%	2 16,67%	1 8,33%	12 18,75%
TOTAL		5 7,81%	12 18,75%	18 28,13%	23 35,94%	6 9,38%	64 100%

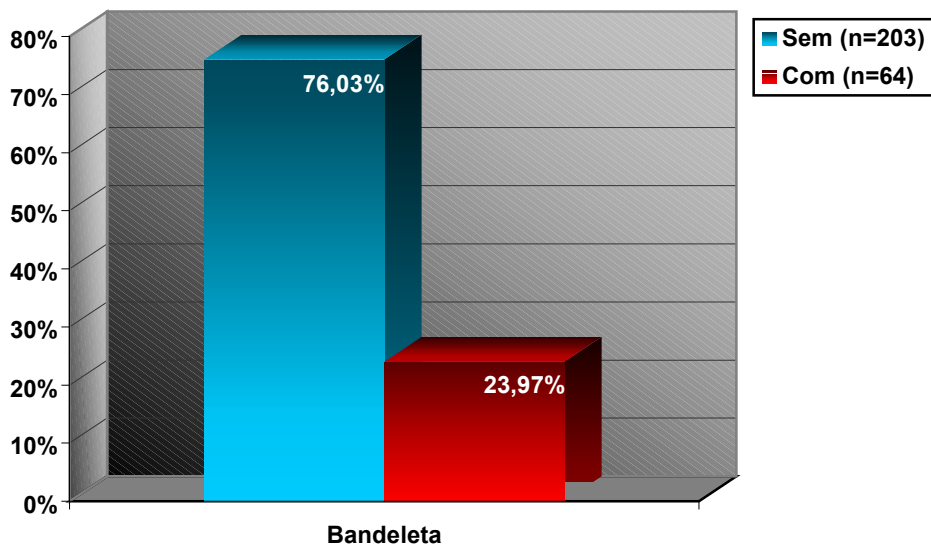


Figura 29 – Gráfico representativo da distribuição da amostra de 267 crianças com fissura transforame incisivo unilateral, proveniente do HRAC-Bauru, considerando a presença de bandeleta (n=64), e ausência da bandeleta de Simonart (n=203)

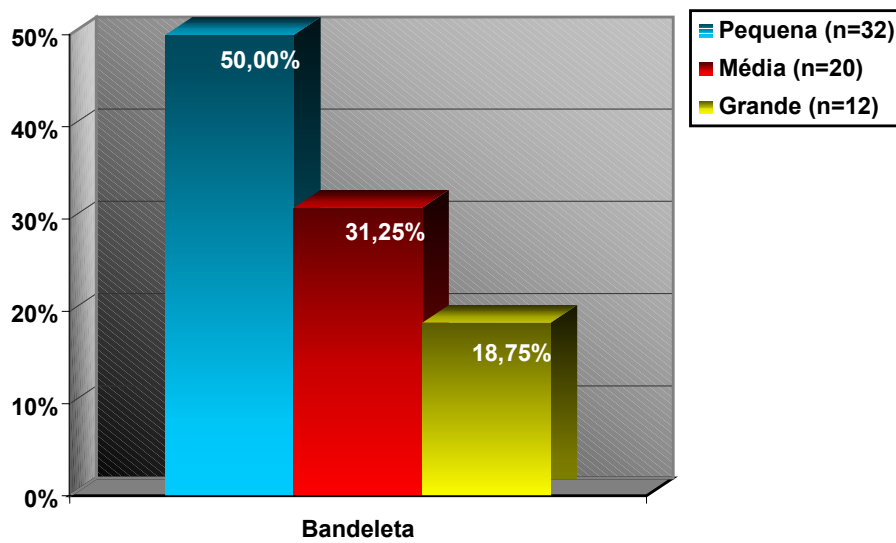


Figura 30 – Gráfico representativo da distribuição da amostra de 267 crianças com fissura transforame incisivo unilateral, proveniente do HRAC-Bauru, com bandeleta de Simonart (n=64) de acordo com a extensão da bandeleta

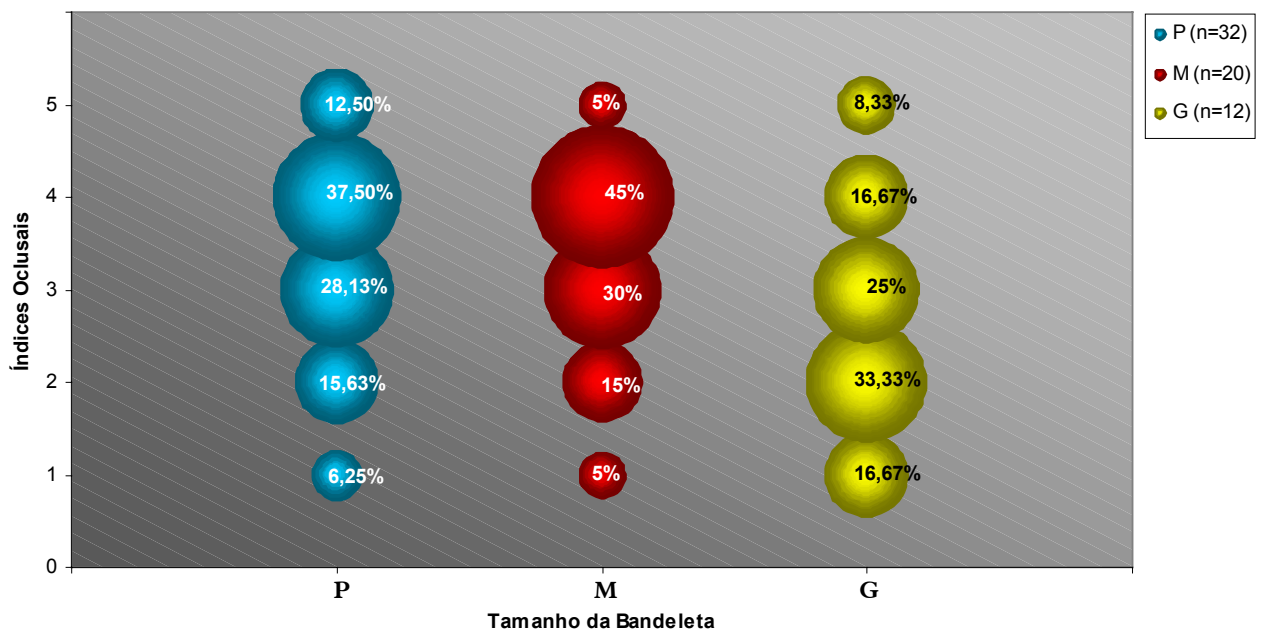


Figura 31 – Gráfico representativo da influência da bandeleta de Simonart (n = 64) no comportamento da relação interarcos

5.7. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA AMOSTRA DO HRAC-BAURU. INFLUÊNCIA DO TAMANHO DE BANDELETA SOBRE A AMPLITUDE DA FISSURA. INFLUÊNCIA DA AUSÊNCIA DE BANDELETA SOBRE A AMPLITUDE DA FISSURA.

Tabela 21 – Distribuição da Amostra de 267 crianças com fissura transforame incisivo unilateral, proveniente do HRAC-Bauru, correlacionando tamanho da bandeleta com amplitude da fissura e a ausência de bandeleta com a amplitude da fissura

Amplitude fiss. \ Bandeleta	E	R	A	TOTAL
P	24 75%	8 25%	0 0%	32 11,99%
M	18 90%	1 5%	1 5%	20 7,49%
G	12 100%	0 0%	0 0%	12 4,49%
Sem Bandeleta	52 25,62%	91 44,83%	60 29,56%	203 76,03%

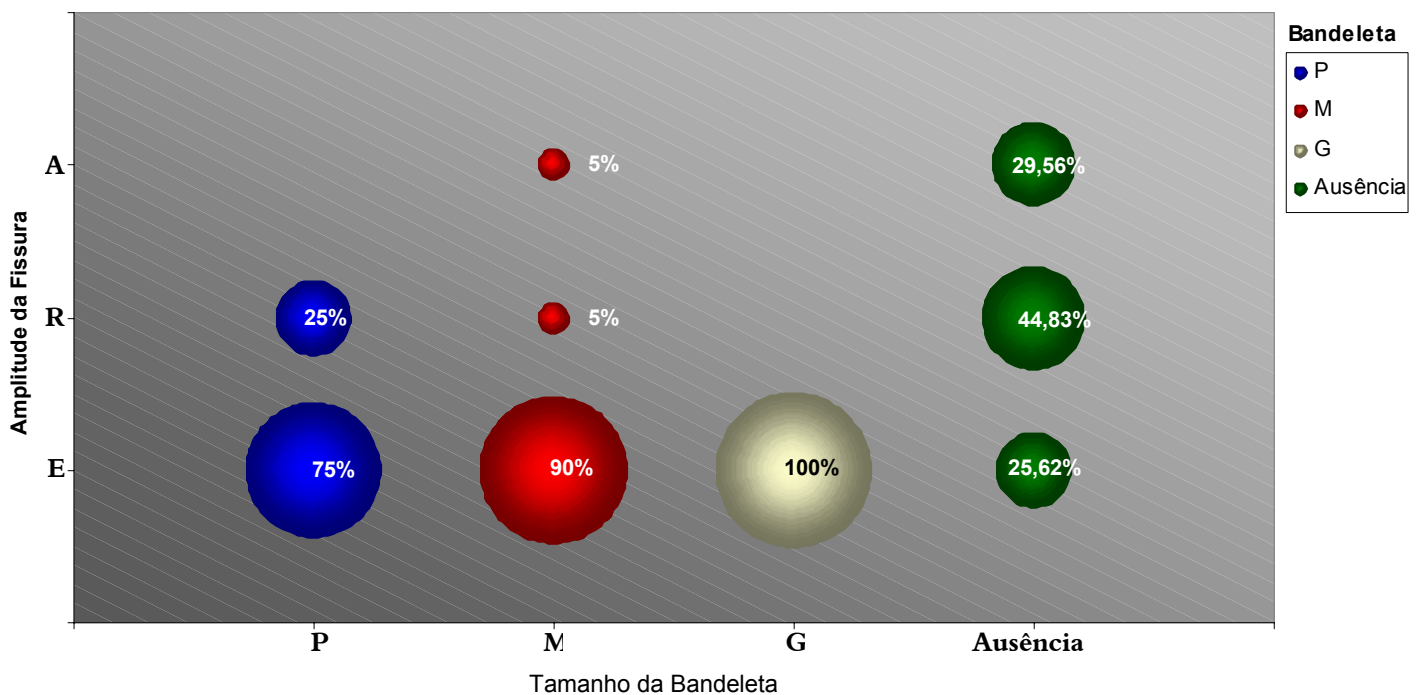


Figura 32 - Gráfico representativo da influência da presença e extensão da bandeleta de Simonart no comportamento da amplitude da fissura

5.8. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA AMOSTRA DO HRAC-BAURU. INFLUÊNCIA DAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS (PROTOCOLO CIRÚRGICO) NA RELAÇÃO INTERARCOS.

Tabela 22 – Distribuição da amostra de Bauru relacionando o resultado das técnicas cirúrgicas (técnica cirúrgica x índice oclusal)

Índice Oclusal \ Tec. cirúrgica	Índice Oclusal					TOTAL
	1	2	3	4	5	
1	3 10,71%	11 39,29%	6 21,43%	7 25%	1 3,57%	28 10,49
2	3 25%	6 50%	3 25%	0 0%	0 0%	12 4,49
3	0 0%	1 16,67%	1 16,67%	3 50%	1 16,67%	6 2,25
4	0 0%	3 33,33%	4 44,44%	0 0%	2 22,22%	9 3,37
5	9 7,20%	26 20,80%	39 31,20%	34 27,20%	17 13,60%	125 46,82
6	0 0%	3 30%	2 20%	3 30%	2 20%	10 3,75
7	6 9,84%	16 26,23%	15 24,59%	18 29,51%	6 9,84%	61 22,85
8	0 0%	4 28,57%	4 28,57%	4 28,57%	2 14,29%	14 5,24
9	0 0%	0 0%	0 0%	1 100%	0 0%	1 0,37
10	0 0%	0 0%	0 0%	1 100%	0 0%	1 0,37
TOTAL	21 7,87%	70 26,22%	74 27,72%	71 26,59%	31 11,61%	267 100,00%

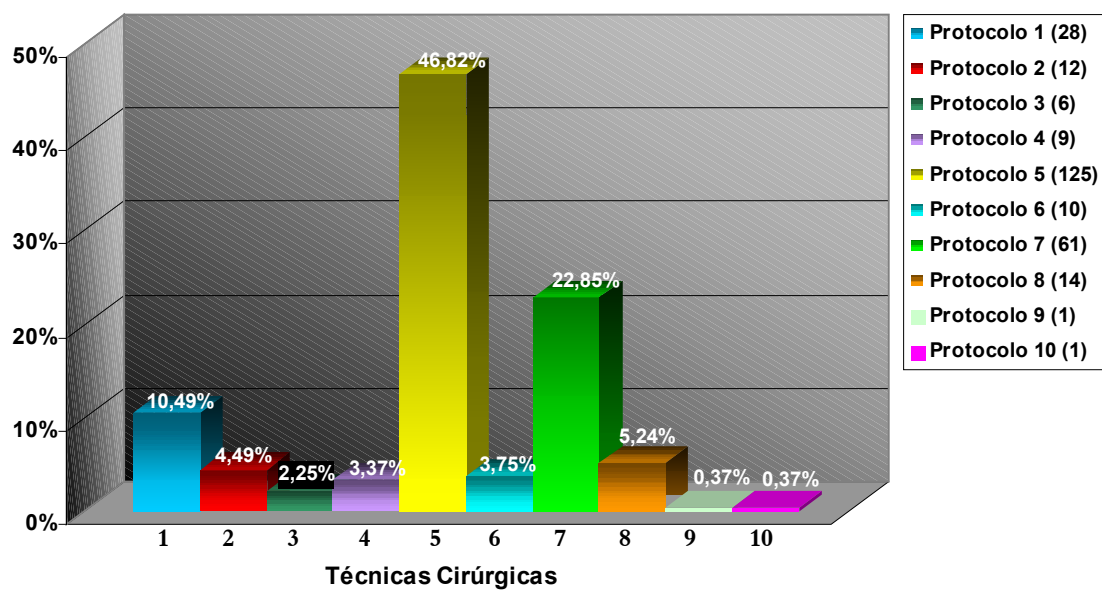


Figura 33 - Gráfico representativo da distribuição percentual do Número de pacientes de acordo com o protocolo cirúrgico

Tabela 23 – Distribuição da amostra de 267 crianças com fissura transforame unilateral, proveniente do HRAC-Bauru, de acordo com os diferentes protocolos cirúrgicos e os respectivos índices oclusais médios (mediana)

Protocolo Cirúrgico	n	\bar{X} (Mediana)	D.P.
1	28	2,71	1,08
2	12	2,00	0,73
3	6	3,66	1,03
4	9	3,11	1,16
5	125	3,19	1,13
6	10	3,40	1,17
7	61	3,03	1,16
8	14	3,28	1,06
TOTAL	265	3,07	1,14

*Obs: os protocolos cirúrgicos 9 e 10 apresentavam apenas 1 paciente em cada grupo e em função desse número restrito não foram incluídos nem na tabela 2 e nem no gráfico da figura 34

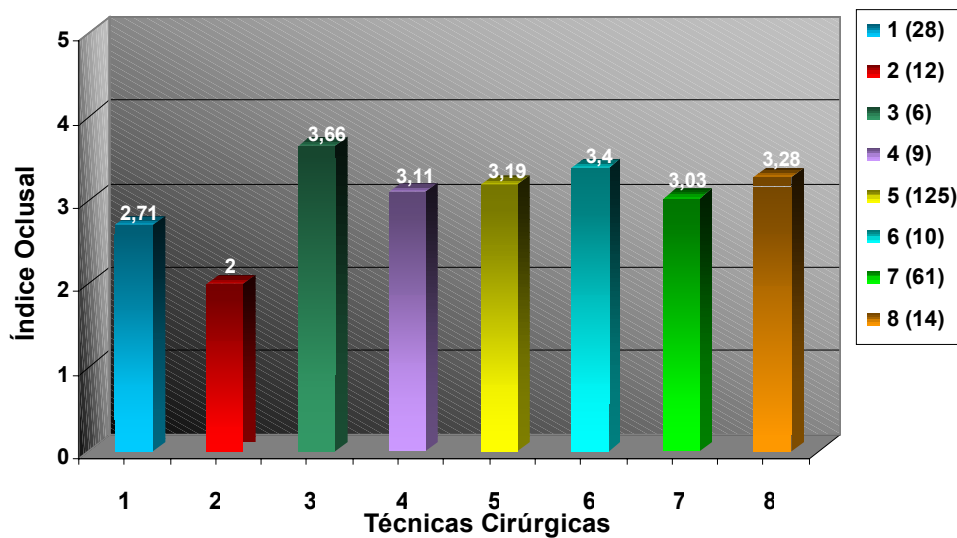


Figura 34 - Gráfico representativo da distribuição da amostra de 267 crianças com fissura transforame incisivo unilateral, proveniente do HRAC-Bauru, considerando a Influência das técnicas cirúrgicas sobre a relação interarcos

Tabela 24 – ANOVA a um critério para comparação dos resultados de acordo com os protocolos cirúrgicos x índices oclusais médios

gl efeito	QM efeito	gl erro	QM Erro	F	P
7	3,3025	257	1,2549	2,6316	0,012140*

*Estatisticamente significante

Tabela 25 - Teste de Tukey para comparações múltiplas dos diferentes protocolos cirúrgicos x índices oclusais médios

Protocolo Cirúrgico	n	\bar{X} (Mediana)
2	12	2,00
1	28	2,71
7	61	3,03
4	9	3,11
5	125	3,19
8	14	3,28
6	10	3,40
3	6	3,66

Grupos unidos por linha vertical não possuem diferenças estatisticamente significantes. O teste de Tukey apresentou diferenças estatísticas entre o protocolo cirúrgico 2 e 5

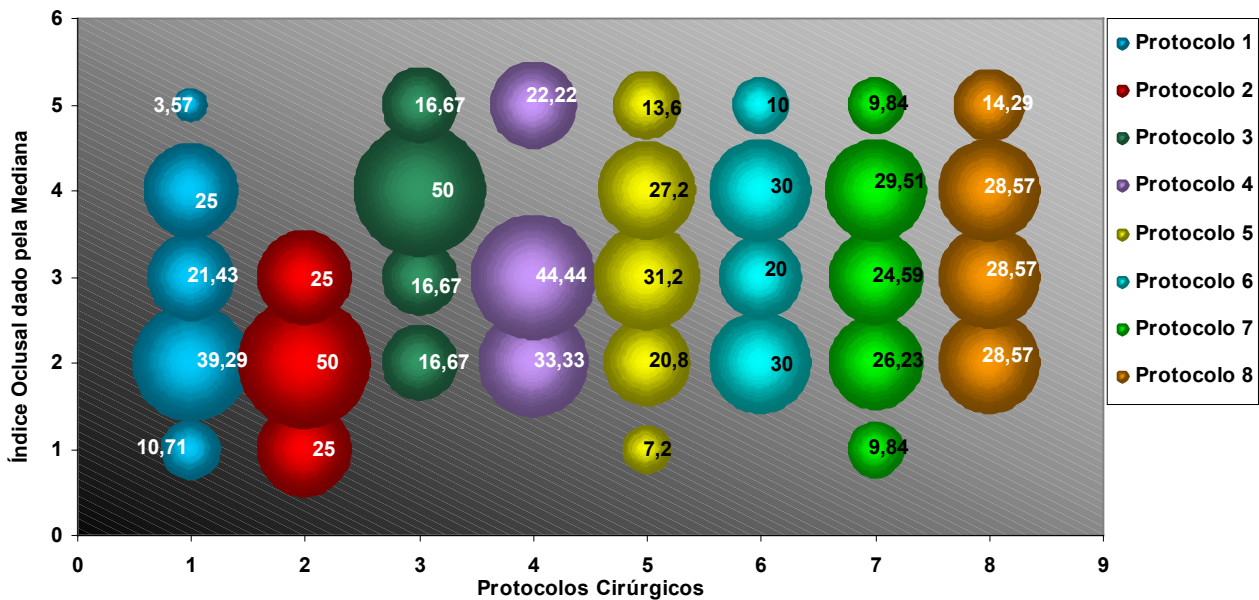


Figura 35 - Gráfico representativo da amostra de Bauru. Influência das técnicas cirúrgicas (protocolos cirúrgicos) sobre os diferentes graus de relação interarcos (índices oclusais)

5.8. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA AMOSTRA DO HRAC-BAURU. INFLUÊNCIA DA HABILIDADE INDIVIDUAL DOS CIRURGIÕES NA RELAÇÃO INTERARCOS

Tabela 26 – Distribuição da amostra de Bauru comparando os resultados entre os cirurgiões (índice oclusal x habilidade do cirurgião)

Cirurgião	Índice Oclusal	1	2	3	4	5	TOTAL
	1	0	0%	5,88%	11,76%	47,06%	35,29%
2	3	10,71%	35,71%	25%	28,57%	0%	28
3	2	5,41%	29,73%	32,43%	18,92%	13,51%	37
4	2	18,18%	45,45%	18,18%	18,18%	0%	11
5	2	5%	17,50%	27,50%	30%	20%	40
6	1	4%	16%	32%	40%	8%	25
7	2	22,22%	55,56%	11,11%	11,11%	0%	9
8	2	8%	52%	24%	12%	4%	25
9	0	0%	23,81%	42,86%	23,81%	9,52%	21
10	1	100%	0%	0%	0%	0%	1
TOTAL		15	61	58	56	24	214
		7,01%	28,50%	27,10%	26,17%	11,21%	

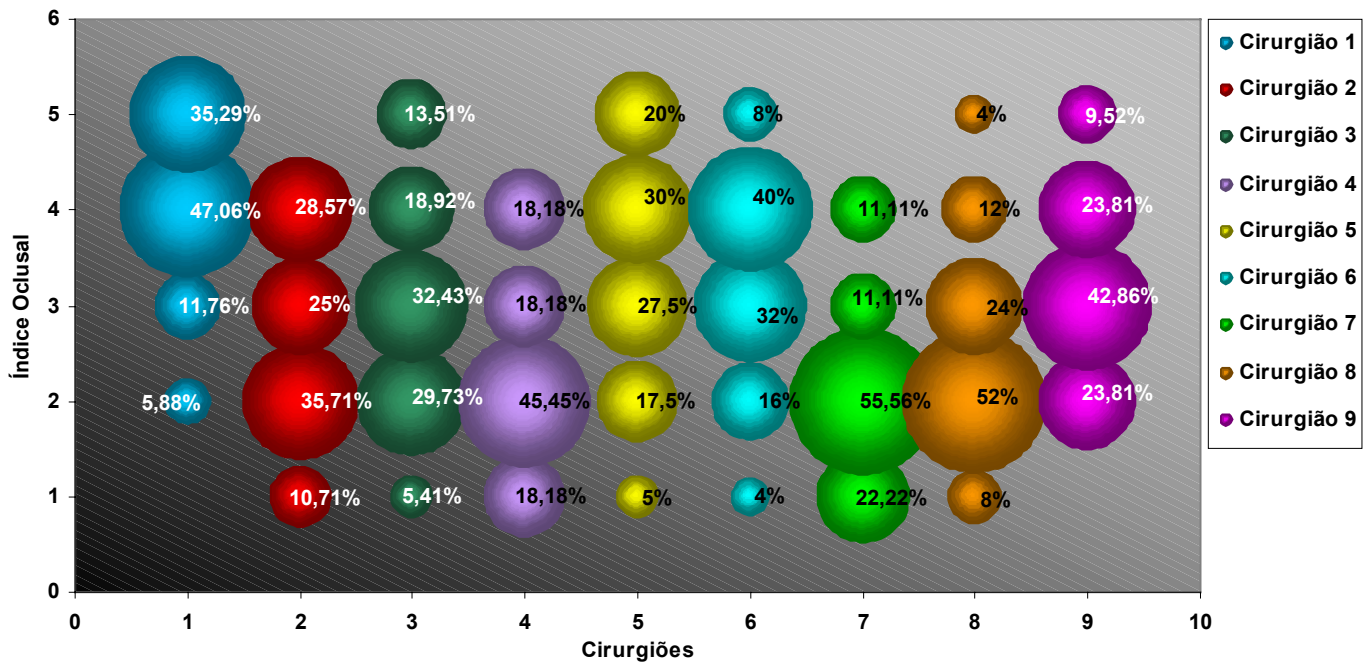


Figura 36 - Gráfico representativo da comparação dos resultados entre os cirurgiões (Habilidade dos Cirurgiões x Índice Oclusal) sobre os diferentes graus de relação interarcos (índices oclusais)

Tabela 27 – Distribuição da amostra de Bauru. Comparação dos resultados entre os cirurgiões. (Índice oclusal médio x cirurgiões)

Cirurgiões	n (pacientes)	X (MED)	D.P.
1	17	4,11	0,85
2	28	2,71	1,01
3	37	3,05	1,12
4	11	2,36	1,02
5	40	3,42	1,15
6	25	3,32	0,98
7	9	2,11	0,92
8	25	2,52	0,96
9	21	3,19	0,92
10	1	1,42	0,97
Misto (2 ou +)	53	3,15	1,19
Total	267	3,07	1,14

Obs: Os cirurgiões identificados de 1 a 9 realizaram cada qual as queiloplastias e palatoplastias primárias de seus pacientes. 53 pacientes (misto) realizaram as queiloplastias e palatoplastias com cirurgias distintas.

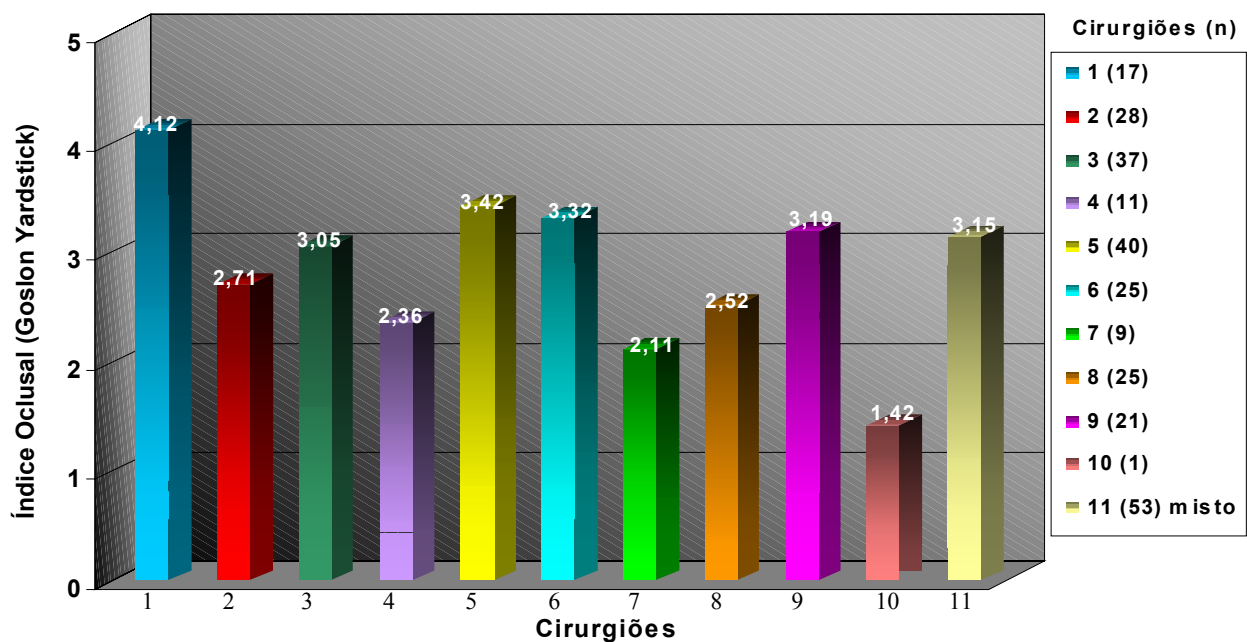


Figura 37 - Gráfico representativo da comparação dos Resultados entre os Cirurgiões (Índice Oclusal Médio x Cirurgiões)

Tabela 28 – ANOVA a um critério para comparações dos resultados (índice oclusal) de acordo com os cirurgiões que realizaram a queilo + palatoplastia primária

gl efeito	QM Efeito	gl erro	QM erro	F	p
9	5.6356	256	1,1417	4,9358	0,000004*

*Estatisticamente significativo

Tabela 29 – Teste de Tukey para comparações múltiplas. Comparação dos resultados do índice oclusal médio x habilidade do cirurgião

Cirurgiões	n	\bar{X}
7	9	2,11*
4	11	2,36*
8	25	2,52*
2	28	2,71*
3	37	3,05
10 (misto)	53	3,15
9	21	3,19
6	25	3,32
5	40	3,42
1	17	4,11

Grupos unidos por linha vertical não possuem diferenças estatisticamente significantes.

O teste de Tukey apresentou diferenças estatísticas entre os resultados do cirurgião 1 com os cirurgiões 7, 4, 8 e 2.

5.10. INFLUÊNCIA DA AMPLITUDE DA FISSURA NOS RESULTADOS INDIVIDUAIS DE CADA CIRURGIÃO

Tabela 30 – Distribuição da amostra de Bauru operados por cada cirurgião de acordo com a amplitude da fissura

Amplitude fissura	Estreita E	Regular R	Ampla A	TOTAL
Cirurgião 1	5 29,41%	7 41,18%	5 29,41%	17 7,94%
2	15 53,57%	9 32,14%	4 14,29%	28 13,08%
3	13 35,14%	17 45,95%	7 18,92%	37 17,28%
4	4 36,36%	7 63,64%	0 0%	11 5,14%
5	10 25%	18 45%	12 30%	40 18,69%
6	13 52%	7 28%	5 20%	25 11,68%
7	4 44,44%	4 44,44%	1 11,11%	9 4,20%
8	12 48%	5 20%	8 32%	25 11,68%
9	8 38,09%	9 42,85%	4 19,04%	21 9,81%
10	0 0%	1 100%	0 0%	1 0,46%
TOTAL	84 39,25%	84 38,78%	46 21,49%	214 100,00%

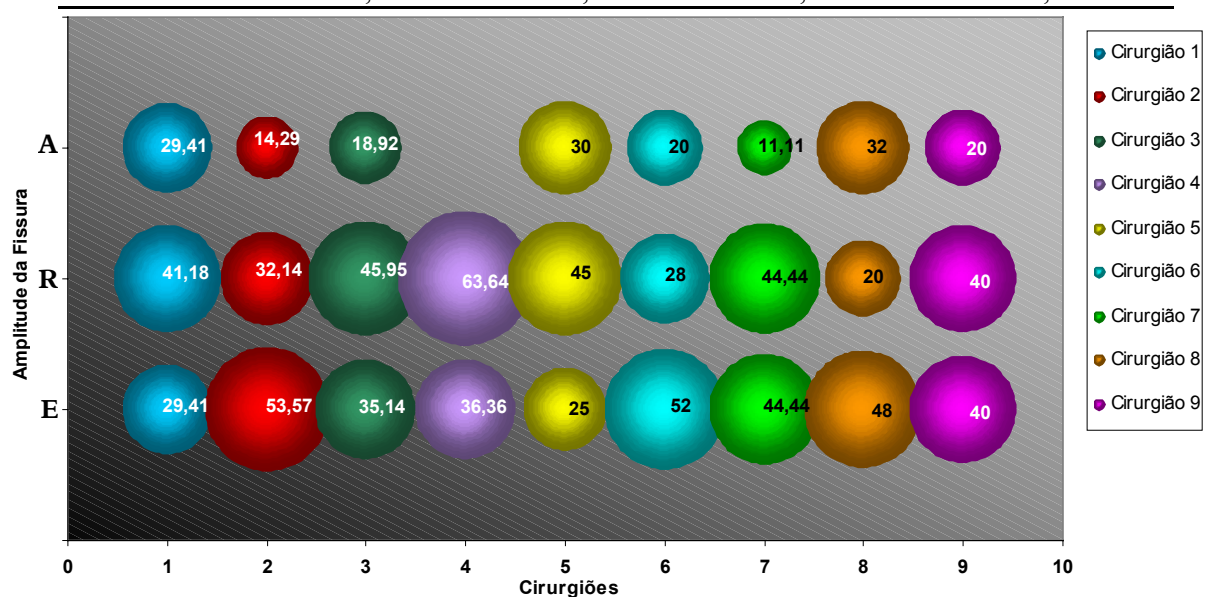


Figura 38 - Gráfico representativo da distribuição dos pacientes operados por cada cirurgião de acordo com amplitude da fissura (estreita, regular e ampla)

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

Para facilitar o entendimento, a discussão será apresentada por tópicos obedecendo a seqüência estabelecida no capítulo “material e método”, a exemplo dos resultados expostos no capítulo anterior.

As fissuras lábio-palatais constituem um defeito congênito de manifestação clínica muito diversificada. Seu envolvimento pode estender-se desde um entalhe no vermelhão do lábio ou na mucosa da úvula até a ruptura total da maxila. Em síntese, do ponto de vista embriológico, as fissuras podem envolver em graus diferentes o palato primário e ou o palato secundário. Por sua casuística maior, o presente trabalho, estuda o comportamento pós-cirúrgico das fissuras unilaterais completas envolvendo o palato primário e palato secundário, recebendo a designação de Fissura Transforame Incisivo Unilateral (FTIU), de acordo com a nomenclatura adotada no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC). As fissuras do grupo em questão (FTIU) representam 33% das fissuras que acometem o ser humano^{27,166}. Mas, mesmo dentro deste tipo de fissura, existem inúmeras variáveis que influenciam a sua configuração anatômica e acabam por diferenciar um paciente do outro, como amplitude da fissura, a presença da Bandeleta de Simonart e o grau de assimetria nasal. Ao tratar a fissura, as cirurgias plásticas ditas primárias reconstroem a lesão do lábio e palato e essas cirurgias passam, a partir de então, a influenciar o comportamento do complexo nasomaxilar, restringindo a manifestação do seu potencial genético de crescimento. Se as variáveis morfológicas inerentes às fissuras são muitas, muito maior é o número de variáveis terapêuticas que podem influenciar a longo prazo a face e a oclusão do indivíduo portador. Dentro dessas variáveis, soma-se a época de realização das cirurgias, as técnicas cirúrgicas empregadas, o número de cirurgias repetitivas, bem como os cuidados extra-cirúrgicos pré e pós-operatórios. Mas, sem dúvida, a habilidade do cirurgião ao manipular os tecidos em tenra idade desempenha papel insofismável na configuração dentofacial final. Com critério científico e seguindo os princípios éticos é preciso ainda buscar e detectar o mais precocemente possível qual ou quais os fatores que influenciam em maior grau a configuração dentofacial e, portanto, definem o prognóstico do tratamento. É com este espírito e esta consciência que o presente trabalho foi gerado.

6.1. CARACTERIZAÇÃO E IMPORTÂNCIA DA AMOSTRA

A presente investigação, de caráter retrospectivo, utilizou modelos de gesso de uma amostra de 317 pacientes portadores de fissura transforame incisivo unilateral, na faixa etária de 5 a 6 anos de idade. Do total de 317 pacientes, 267 (84,23%) fazem parte do acervo do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, de Bauru (HRAC-USP-Bauru) e 50 (15,77%) são do Centro de Oslo (Noruega). A amostra de Oslo constitui-se apenas de modelos de estudos trazidos pela Dra. Semb e a inacessibilidade aos dados do arquivo impossibilitou o registro de dados inerentes ao paciente e à fissura, tais como sexo, lado da fissura, amplitude da fissura e presença da bandeleta. Na amostra de Bauru, observou-se uma predominância de fissura do lado esquerdo (68,16%) em relação ao lado direito (31,84%). Evidenciou-se também que a incidência deste tipo de fissura é maior no sexo masculino (63,30%) do que no sexo feminino (36,70%). A tabela 3 e as figuras 6, 7 e 8 representam estas tendências concordes com a literatura pertinente (Atack et al⁶, 1998; Capelozza Filho et al²⁷, 1992).

A seleção da amostra de Bauru foi realizada de forma bastante criteriosa com o intuito de reduzir ao máximo as “bias” de susceptibilidade que ocorrem com grande frequência nos estudos retrospectivos (Paquette¹⁹, 1990). A amostra foi formada a partir de pacientes portadores de FTIU cadastrados no HRAC no período de 1989 a 1993, com menos de 1 ano de idade, sem síndromes, e então realizaram todas as cirurgias primárias no HRAC-USP-Bauru. Todas estas informações faziam parte do prontuário hospitalar.

O desenvolvimento de métodos retrospectivos precoces para a avaliação dos resultados dos protocolos cirúrgicos é bastante oportuno e relevante, principalmente por permitir alterações nos protocolos cirúrgicos tão logo seja detectado que um determinado protocolo não está sendo vantajoso. E para que isso possa ser uma rotina no acompanhamento dos resultados da reabilitação dos portadores de fissura, foi sugerido uma metodologia internacional (Lee et al⁸⁰, 1993) onde se recomenda a obtenção dos modelos de estudo e a documentação completa aos 5, 10, 15 e 20 anos de idade, para que comparações intercentros e inter-técnicas cirúrgicas possam ser realizadas com padronização.

Os estudos utilizando-se de radiografias cefalométricas têm sido largamente aplicados como meio de avaliação dos resultados, mas sabe-se que seu uso fica limitado principalmente quando se trata de pacientes com alterações anatômicas

como nos fissurados. As principais limitações que se observa nas telerradiografias são o seu caráter bidimensional e as distorções dimensionais, em comparação com os modelos que representam a documentação tridimensional com dimensão real. Uma boa qualidade das imagens radiográficas pode reduzir estes problemas, mas com muita frequência, encontram-se dificuldades na identificação da forma da maxila, devido à distorção das estruturas esqueléticas e conseqüentemente torna-se difícil a localização de alguns pontos cefalométricos para determinação da sua posição anteroposterior (Mackay et al⁹⁵, 1994). Os estudos evidenciam que não há correlação de forma com os dados cefalométricos. Muitas vezes os dados cefalométricos entram em controvérsia com a forma clínica e por isso a tendência atual é direcionar o diagnóstico e o plano de tratamento sempre dando ênfase à análise clínica da face, da oclusão e dos modelos de estudo. Nos estudos multicentros da Europa (Shaw et al¹⁵², 1992), os resultados da análise cefalométrica foram frustrantes devido à dificuldade na localização de pontos e padronização dos equipamentos radiográficos nos diferentes centros. Em contrapartida, a utilização dos índices oclusais para avaliação da relação interarcos através dos modelos de estudo, parece permitir uma investigação com um mínimo de invasão e com ampla visão na avaliação dos resultados precoces (Shaw et al^{152, 153}, 1992; Atack et al⁶, 1998; Mars et al^{101, 102}, 1992, 1997).

O trabalho de Mars et al⁹⁹, 1987 foi um dos trabalhos precursores usando modelos como metodologia. Através de uma visão coletiva de ortodontistas experientes criou-se critérios para mensurar tanto a severidade da má oclusão como a dificuldade na sua correção. Essa metodologia foi desenvolvida com modelos de estudos de pacientes na dentadura permanente precoce e mista tardia, utilizando um índice denominado de “Goslon Yardstick”, sendo o trespasse horizontal um dos fatores mais significantes na sua avaliação (Morris et al¹¹¹, 1994).

A grande variação dos resultados a longo prazo dos reparos cirúrgicos das fissuras de lábio e palato está vinculada a vários fatores, tais como época de tratamento, técnicas cirúrgicas, habilidade do cirurgião, protocolos extra-cirúrgicos adotados antes e/ou depois das cirurgias primárias, como ortopedia pré cirúrgica, ortodontia, fonoaudiologia, e finalmente, as cirurgias secundárias.

Em 1986, durante um Congresso Internacional, Hotz et al relataram a triste realidade do acompanhamento clínico dos portadores de fissuras onde 34 equipes de reabilitação de fissurados apresentaram 34 diferentes protocolos de tratamento. E com tantas variáveis e controvérsias torna-se difícil realizar pesquisas clínicas consistentes,

pois a avaliação dos resultados fica indetectável, assim como fica quase impossível selecionar um protocolo que ofereça os melhores resultados (Semb¹⁴⁹, 1991; Shaw et al^{151, 154}, 1992).

A relação maxilo-mandibular de um indivíduo portador de fissuras lábio-palatais sofre desde a sua fase de formação embrionária as deformações impostas pela presença da fissura e pelos desvios funcionais resultantes, e fica potencialmente prejudicada pelas cirurgias reparadoras, principalmente pela queiloplastia (Bardach⁹, 1990; Capellozza Filho et al²⁶, 1996; Hagerty⁵⁴, 1963) mas também pela palatoplastia (Mars et al¹⁰⁰, 1990; Ross^{144, 145, 146, 147}, 1987, 1995; Suzuki et al¹⁷⁸, 1993), levando à restrição em graus variados do crescimento maxilar, culminando com concavidade facial e com deficiências na relação interarcos. (Capellozza Filho^{22, 24}, 1979, 1987; Cavassan et al^{30, 31}, 1982).

À medida que a deficiência maxilo-mandibular se acentua, há uma tendência natural de ocorrer as compensações dentárias em indivíduos normais, mas, em portadores de fissura, isto não sucede pois as mesmas forças que limitam o crescimento da maxila também impedem a compensação dentária superior (Hayashi⁶¹, 1976).

As alterações faciais são progressivas com a idade, tornando-se evidentes e críticas no período pubertário^{23, 24, 26, 27, 149, 166, 169, 170}, embora na faixa etária de 6 a 8 anos a maxila já demonstra indício de restrição anteroposterior com o ângulo SNA menor que os indivíduos normais, tanto para o sexo masculino como para o feminino (Gomide⁴⁷, 1997). Mackay et al⁹⁵, 1994, detectaram retrognatismo maxilar, em portadores de fissuras completas de lábio e palato já aos 5 anos de idade, através do perfil mole. Este aspecto é preocupante, mas ao mesmo tempo vantajoso do ponto de vista de diagnóstico precoce. Em contrapartida, Bushang et al²⁰, 1992; e Lodovici⁹¹, 1965; não encontraram alterações no crescimento dos portadores de fissura na faixa etária de 4 a 8 anos.

A literatura é farta em relatar e comprovar a deficiência do complexo maxilar em portadores de fissuras lábio-palatais operados, quer seja no sentido anteroposterior (Capellozza Fo et al^{22, 24}; Dahl³³; Enemark et al³⁹; Foster⁴¹; Friede et al⁴²; Graber⁴⁸; Hagerty⁵⁴; Hayashi⁶¹; Horswell et al⁶²; Krogman^{77, 78}; Mackay⁹⁵; Osborne¹¹⁶; Paulin¹²²; Ross^{140, 141, 142, 146, 147}; Semb¹⁴⁹; Smahel e Mullerova^{169, 170}; Gomide⁴⁷) quer no sentido vertical (Dahl³³; Hayashi⁶¹; Horswell⁶²; Semb¹⁴⁹), e até mesmo no sentido transversal, conduzindo o indivíduo progressivamente a um perfil facial reto ou côncavo no período

da adolescência (Han et al⁵⁵; Osborne¹¹⁶; Ross¹⁴⁰; Shaw et al^{152, 153, 154}; Smahel e Mullerova^{169, 170}).

6.2. AVALIAÇÃO DA CONFIANÇA E REPRODUTIBILIDADE DO ÍNDICE OCLUSAL PARA AVERIGUAR A RELAÇÃO ENTRE OS ARCOS DENTÁRIOS AOS 5 ANOS DE IDADE. “TESTE DE CONCORDÂNCIA INTER-EXAMINADORES, INTRA-EXAMINADORES E ENTRE AS CATEGORIAS DE EXAMINADORES”.

A aplicação do índice oclusal de Atack na presente amostra entre 5 e 6 anos de idade mostrou-se bastante eficaz tanto para testes de concordância inter-examinadores como intra-examinadores, com alto grau de confiança e reprodutibilidade.

Estudo prévio de Atack et al⁵, 1997a-b demonstrou que examinadores com mais experiência no tratamento de pacientes fissurados apresentaram a tendência de atribuir índices oclusais mais baixos do que os menos experientes. Isto sugere que pode ocorrer “bias” sistemáticas de acordo com a experiência e percepção dos resultados, mas, a redução dessas “bias” e a consistência dos índices inter-examinadores pode ser obtida através da calibragem prévia dos examinadores quanto ao uso e padronização de cada índice oclusal. Este procedimento implica na padronização da confiabilidade e reprodutibilidade dos examinadores individualmente.

No presente estudo, tanto a avaliação intra-examinadores como a inter-examinadores foi de caráter transversal, realizada na fase precoce da dentadura mista ou decídua completa (5 ~ 6 anos) e o espaço entre a primeira e a segunda avaliação intra-examinadores variou em média de 1 semana na maioria dos examinadores.

A avaliação e correlação do nível de concordância foi realizada utilizando-se como referência o trabalho de Altman², 1991 (tabela 8), onde os valores de Kappa acima de 0,60 indicam o grau de concordância entre os examinadores de bom a excelente.

No teste de concordância intra-examinadores (tabela 9 e gráfico da figura 21) isto é, quando o mesmo examinador avalia uma vez e depois reavalia a mesma amostra atribuindo o índice oclusal, o nível de reprodutibilidade foi de bom a muito bom na maioria dos casos (mais de 70% de concordância, com o valor de Kappa acima de 0,60 em quatro dos cinco examinadores ortodontistas). Os valores de Kappa variaram de

0,39 a 0,88. Na avaliação intra-examinadores, o maior índice de concordância encontrado foi de 91,11% ($K = 0,88$) sendo que mesmo o menor índice de concordância foi acima de 50% (53,33%).

Alguns trabalhos citados previamente na literatura apresentaram índices de concordância levemente maiores, mas tem-se que levar em consideração que a amostra era bem menor e o período entre a primeira avaliação e a segunda era também menor variando de 1 dia a 1 semana, enquanto neste estudo este período variou até 3 meses.

Observou-se também que quando os resultados da relação interoclusal eram bem definidos, por exemplo, excelente (1), boa (2) ou muito pobre (5) o grau de concordância entre os examinadores e os intra-examinadores era alto. Os índices oclusais 3 e 4 que representam os resultados regular e pobre deram margem a dúvidas, principalmente quando as características oclusais apresentavam-se em situações limítrofes entre um grupo e outro.

Na avaliação inter-examinadores para E1, E2, E3, E4 e E5 os valores de Kappa variaram de 0,46 (58,33%) a 0,64 (72,78%) indicando níveis de concordância de satisfatórios a bons (tabela 10). Como era de se esperar, os valores de Kappa para a concordância intra-examinadores alcançam uma média mais alta do que os valores para inter-examinadores (a variação foi de 0,39 a 0,88), muito embora a variação tenha sido mais ampla. Nesta categoria de avaliação intra-examinadores, o ortodontista E1 conseguiu refazer o índice oclusal com 91,11% de concordância (valor Kappa de 0,88); mostrando um alto índice de concordância.

Comparando os índices oclusais médios atribuídos pelas diferentes categorias de examinadores (ortodontistas, cirurgiões plásticos e cirurgiões buco-maxilo-faciais), houve uma variação de 2,73 à 3,14 (tabela 11 e figura 22).

O grupo de ortodontistas foi mais crítico na atribuição dos índices oclusais com um score médio de 3,14, seguido pelo grupo de cirurgiões plásticos (2,98) e pelo grupo de cirurgiões buco-maxilo-faciais (2,73). Pelo teste de Tukey para comparações múltiplas (tabela 13) verificou-se que os índices oclusais médios entre as categorias de examinadores, apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre todos os grupos. O que significa dizer que a ótica dos profissionais sobre a iatrogenia da reabilitação é diferente. O cirurgião plástico é mais complacente com o valor das alterações morfológicas pós-cirurgias primárias. E isto se explica provavelmente pela responsabilidade de ser o agente causador da iatrogenia e em parte por desconhecer as dificuldades da mecanoterapia ortodôntica em resolver a má oclusão decorrente da

deficiência maxilar. O cirurgião buco-maxilo-facial alcançou um score mais baixo do que o cirurgião plástico e o ortodontista. A visão destes dois grupos de profissionais, o ortodontista e o cirurgião buco-maxilo-facial, provavelmente é calibrada pelo esforço terapêutico em corrigir a má oclusão, no caso do ortodontista, e pelo custo x benefício da cirurgia ortognática, no caso do cirurgião buco-maxilo-facial.

O nível de concordância entre as categorias de examinadores (tabela 14) se mostrou de satisfatório a muito bom indicando que o percentual de concordância entre o grupo de ortodontistas x o grupo de cirurgiões plásticos foi de 73%; entre o grupo de cirurgiões plásticos x cirurgiões buco-maxilo-facial foi de 67%; enquanto que entre o grupo de ortodontistas x cirurgiões buco-maxilo-facial foi de 56%. A tabela 31 resume os valores do nível de concordância encontrados na avaliação intra-examinadores, inter-examinadores e inter-grupos. O nível de concordância inter-examinadores e inter-categorias de examinadores mostrou ser bastante próximos, embora a avaliação intra-examinadores tenha apresentado um índice muito maior no nível de concordância, isto é, 80% do examinadores ortodontistas (4 dos 5 examinadores) apresentaram o kappa acima de 0,60 que representa um índice de concordância de bom a muito bom com a variação do percentual de concordância entre a primeira e segunda avaliação de 71% a 91%, o que caracteriza um alto percentual de concordância.

Tabela 31 – Variação do nível de concordância (Kappa) na avaliação intra-examinadores, inter-examinadores e inter-grupos

	Intra-examinadores ortodontistas	Inter-examinadores Ortodontistas	Inter-grupos (categorias exam.)
Kappa	0,39 – 0,88	0,46 – 0,64	0,43 – 0,65
%	53% a 91%	58% a 72%	56% a 73%

6.3. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS INTERCENTROS (BAURU X OSLO)

As tabelas 15a e 15b representam o comportamento da amostra de Bauru e Oslo com relação aos índices oclusais. O comportamento dos arcos dentários foi quantificado

pelos valores médios da mediana e da média dos índices oclusais atribuídos pelos examinadores. As figuras 23 e 24 ilustram graficamente o comportamento oclusal médio, comparando as duas procedências de pacientes, Bauru e Oslo.

Todos os índices atribuídos pelos examinadores foram submetidos aos testes estatísticos e em função do grande número de examinadores decidiu-se verificar a mediana e a média para averiguar a diferença.

Através da tabela 15a e 15b e dos gráficos das figuras 23 e 24 pode-se constatar que o índice oclusal médio dos 267 pacientes do centro de Bauru foi de 3,07 (mediana) e 3,03 (média), não apresentando diferença estatística entre a mediana e média. O score médio próximo de 3 indica uma relação entre os arcos dentários satisfatória, com ligeira deficiência maxilar. É oportuno comentar que a população estudada encontra-se na dentadura decídua ou início da dentadura mista. A importância disto deve-se ao fato de que a tendência espontânea é de agravamento do déficit maxilar, com piora na relação interarcos, com o passar da idade, principalmente na época da adolescência.

Os valores médios da média e mediana dos 50 pacientes de Oslo foram 2,52 (mediana) e 2,49 (média), indicando que, de um modo geral, eles apresentaram uma relação interarcos boa, principalmente no sentido anteroposterior.

Quando comparados, os valores médios do Centro de Bauru e Oslo, denunciam que o índice oclusal médio de Oslo foi menor, com significância estatística, o que denota melhores relações interarcos nos casos tratados com o protocolo e com o cirurgião plástico de Oslo.

Através da tabela 16, representativo da distribuição percentual dos resultados intercentros (Bauru x Oslo), e de acordo com os índices oclusais ilustrado na figura 25, pode-se constatar que 60% da amostra de Oslo se enquadram dentro do índice oclusal 1 e 2 (relação dos arcos de boa a excelente), enquanto na amostra de Bauru apenas 34% estão neste grupo. Por outro lado, quando se trata dos índices oclusais 4 e 5 que são aqueles que apresentam a relação dos arcos pobre tendendo a muito pobre com um prognóstico de correção ortodôntico-cirúrgico, a amostra de Oslo apresenta um percentual de 18%, enquanto a amostra de Bauru o dobro deste percentual (38,2%). O índice oclusal 3 que corresponderia à oclusão satisfatória não apresentou grandes diferenças com 27,72% para amostra de Bauru e 22% para amostra de Oslo. De acordo com as condições oclusais verificadas na amostra de 5 a 6 anos de idade, o tratamento oferecido pelo centro de Oslo aos pacientes portadores de fissuras transforame incisivo unilateral é superior ao de Bauru. O mais importante é que este resultado foi avaliado pelos profissionais do centro de Bauru.

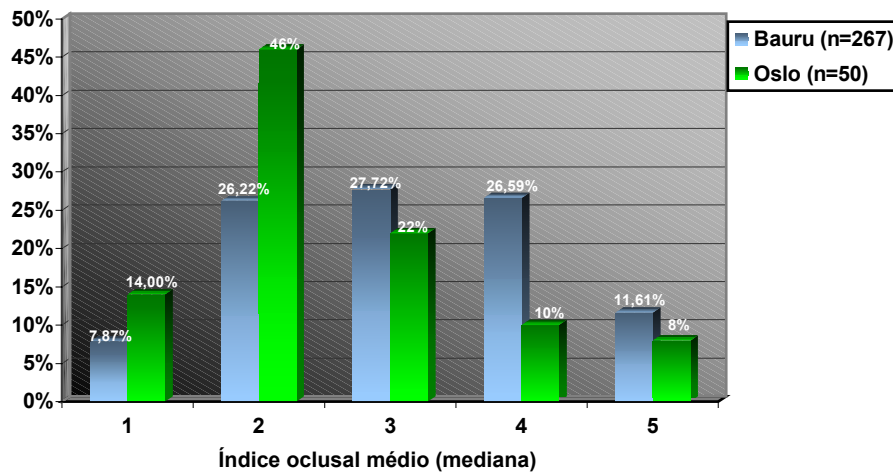
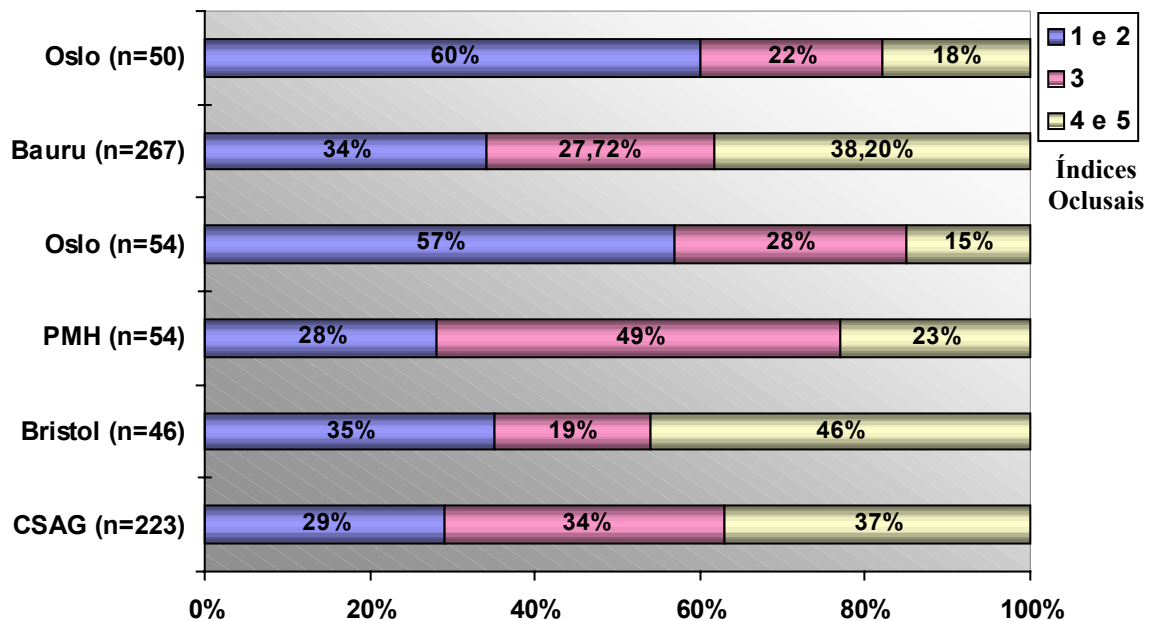


Figura 25 – Gráfico representativo da distribuição percentual dos resultados intercentros (Bauru x Oslo) de acordo com os índices oclusais que representam a relação interarcos

Se levarmos em consideração que os índices abaixo de 3 são aqueles que apresentam uma oclusão que varia de satisfatória a excelente, com prognóstico de tratamento ortodôntico bastante favorável sem necessidade de cirurgia ortognática, a amostra de Oslo realmente apresentou um resultado excelente com 82% da amostra concentradas nos índices oclusais 1, 2 e 3, enquanto a amostra de Bauru apresentou 61,81%, indicando que os resultados podem ser considerados satisfatórios.

Num estudo recente de Atack et al ainda não publicado, comparando os resultados dos centros de Oslo (54 casos), Bristol (46 casos) e 54 casos do Hospital Princesa Margaret (PMH-Austrália), observou-se que 57% da amostra de Oslo apresentaram o índice oclusal 1 e 2, enquanto o percentual da amostra de Bristol foi 35% e do PMH foi 28%. Os índices 4 e 5 que compreendem os casos com a relação interoclusal de CL III com prognóstico tendendo à cirurgia ortognática, apresentaram-se percentualmente da seguinte forma: 15% de amostra de Oslo, 23% de amostra de PMH e 46% da amostra de Bristol.

A figura 39 mostra em forma de gráfico os resultados interarcos dos estudos comparativos intercentros, incluindo os dados do trabalho de Atack, e os resultados do presente trabalho.



CSGA – Clinical Standards Advisory Group (UK)
 PMH – Princes Margaret Hospital – Western Austrália

Figura 39 – Distribuição gráfica dos scores interarcos para amostras provenientes de diferentes centros

Porque os resultados de Oslo são superiores no que se refere às condições oclusais no final da dentadura decídua e início da dentadura mista? Se fosse fácil responder essa questão, não existiria iatrogenias decorrentes do processo reabilitador. Sem dúvida, muitas variáveis interferem na diversidade dos resultados, mas um dos fortes fatores que conduzem o Centro de Oslo a apresentar os melhores resultados é a padronização do protocolo e das técnicas cirúrgicas adotadas, bem como número reduzido de cirurgiões, na realidade um único cirurgião, perfazendo um alto volume de cirurgias (Shaw et al^{152, 153, 154}, 1992).

No Centro de Bauru, Bristol e PMH as cirurgias primárias foram realizadas por vários cirurgiões enquanto no Centro de Oslo apenas um cirurgião realizou a maior parte das cirurgias. No Centro de PMH, apesar de 5 cirurgiões terem participado nos 54 casos, apenas 2 dos cirurgiões realizaram a maior parte das cirurgias (45 casos) e este pode ser um dos fatores que favoreceu um melhor resultado que os Centros de Bristol e Bauru.

A técnica cirúrgica é outra variável que pode interferir nos resultados. No Centro de PMH os pacientes realizaram a palatoplastia pela técnica de “push back” que

segundo Lindsay e Witzel⁸⁹, 1990, pode produzir uma maior incidência de mordida cruzada anterior quando comparada à técnica Von Langenbeck¹⁸⁶, utilizada no Centro de Oslo.

O Centro de Bauru, apesar do grande volume de pacientes, reúne um contingente muito grande de cirurgiões (11), com protocolos cirúrgicos muito diversificados (10), o que dificulta a interpretação dos resultados. E por esta razão decidiu-se subdividir a amostra de acordo com os protocolos cirúrgicos e de acordo com os cirurgiões que realizaram as cirurgias primárias.

A época das cirurgias primárias também apresentou variações. Nos Centros de Bristol e PMH as palatoplastias foram realizadas entre 6 a 12 meses enquanto no Centro de Oslo aos 18 meses. No Centro de Bauru, a época das palatoplastias apresentou uma variação muito grande. Em média, as palatoplastias foram efetuadas com 22 meses com o mínimo de 4 meses, quando utilizou-se o protocolo cirúrgico de Malek com fechamento simultâneo do lábio e palato mole; e no máximo de 81 meses quando o fechamento do palato duro foi efetuado tardiamente, por fazer parte do protocolo cirúrgico de fechamento tardio do palato anterior.

Num estudo nacional realizado no Reino Unido (Sandy et al¹⁴⁸, 1998), supervisionado pelo Clinical Standards Advisory Group (CSAG), envolvendo 57 equipes de reabilitação de fissuras, conseguiram coletar 223 modelos de estudo de pacientes com FTIU em dois grupos de faixas etárias, de 5 anos e 12 anos. Observou-se um percentual de 29% da amostra apresentando o índice oclusal 1 e 2 (com oclusão satisfatória), similar ao percentual encontrado no Centro de PMH-Austrália com 28%. Por outro lado, 37% da amostra apresentaram oclusão de pobre a muito pobre, com índice oclusal 4 e 5, enquanto o percentual do Centro de PMH apresentou-se ser mais baixo (23%). Isto sugere que o Centro de PMH apresentou melhores resultados do que do Reino Unido. Em contrapartida, a amostra de Bauru apresentou um percentual de 38,2% com índice oclusal 4 e 5 o que indica um resultado bastante similar ao do Reino Unido, enquanto o percentual com o índice oclusal 4 e 5 de Oslo apresentou-se muito melhor com 18%.

Hathorn et al^{59,60}, 1996, 1997, comparando a amostra de Oslo e Bristol aos 10 anos de idade, usando o índice de “Goslon”, verificou-se que 14% da amostra de Bristol se enquadrava nos índices 1 e 2, e 55% nos índices 4 e 5. Nos estudos da mesma equipe (Atack et al⁶, 1998) utilizando a amostra de 5 anos dos Centros de Oslo e Bristol, os

resultados obtidos foram similares, com uma tendência um pouco mais favorável com 42% a 46% da amostra com índices 4 e 5.

6.4. INFLUÊNCIA DA AMPLITUDE DA FISSURA NOS RESULTADOS DA RELAÇÃO INTERARCOS (ÍNDICES OCLUSAIS) DA AMOSTRA DO HRAC-BAURU

A amplitude da fissura foi dividida arbitrária e subjetivamente em estreita, regular e ampla, através da avaliação dos slides clínicos pré-cirúrgicos. Dos 267 pacientes, 106 (39,70%) apresentaram fissura de amplitude estreita, 100 (37,45%) apresentaram fissura regular e 61 (22,84%) fissura ampla, como demonstrado na tabela 17 e figura 26.

Observou-se pela tabela 18 e figura 27 que nas fissuras estreitas e regulares o percentual de casos com relação interarcos com índice oclusal 5 (casos de CL III discrepantes) apresentou bem mais baixo com 8,49% e 7% respectivamente, do que nas fissuras consideradas amplas. Este percentual aumentou para 24,59% nas fissuras amplas (tabela 18 e figuras 27 e 28).

Através da tabela 18 e do gráfico da figura 27, pode-se constatar que quando a fissura é ampla, o percentual da amostra com o índice oclusal 1 e 2 (oclusão excelente e boa) é relativamente baixo (3,28% e 19,67%), enquanto que o percentual da amostra com índices 4 e 5 que apresentaram prognóstico pobre a muito pobre é de 60,66%. Isso faz um certo sentido já que quanto maior a fissura, menos tecido para a reconstrução do lábio e palato, e mais tensão pós-operatória resultante da aproximação dos tecidos do lábio e palato.

Em resumo, pode-se concluir que quando a amplitude da fissura é ampla antes das cirurgias primárias, independentemente das técnicas cirúrgicas, há maiores chances de uma relação maxilo-mandibular deficiente, conduzindo a relação maxilo-mandibular para os índices oclusais mais elevados (discrepâncias maiores, com prognósticos piores).

Através da tabela 19 e gráfico da figura 28 pode-se verificar a íntima relação que existe entre a amplitude da fissura e a relação interarcos (índice oclusal). Observando o grupo de pacientes que apresentaram a relação interoclusal excelente (1) e boa (2), pode-se constatar que 50,14% (índice oclusal 1) e 40,58% (índice oclusal 2) apresentavam fissura estreita prévio às cirurgias primárias e apenas 9,52% e 17,39% apresentavam fissuras amplas. Por outro lado, no grupo de pacientes com o prognóstico

muito pobre (índice oclusal 5), 48,39% apresentavam fissuras amplas antes das cirurgias primárias. Estes dados sugerem que a amplitude da fissura interfere no resultado da relação interoclusal e prognóstico do caso.

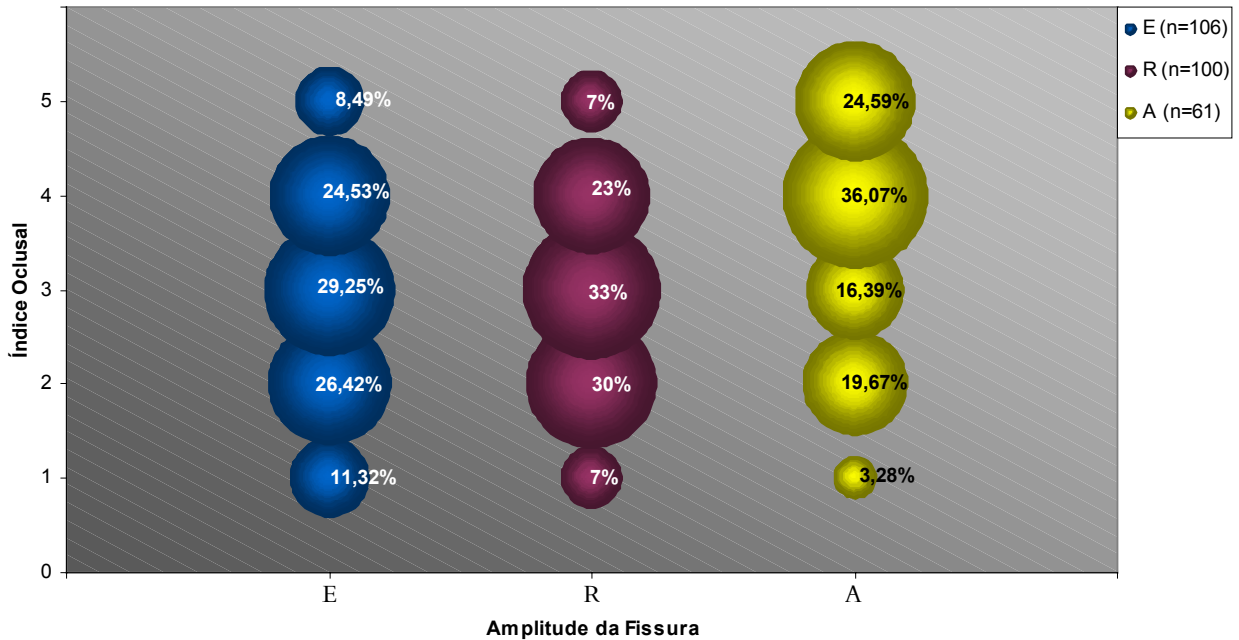


Figura 27 – Gráfico representativo da influência da amplitude da fissura no comportamento da relação interarcos (índice oclusal) na amostra do HRAC-Bauru

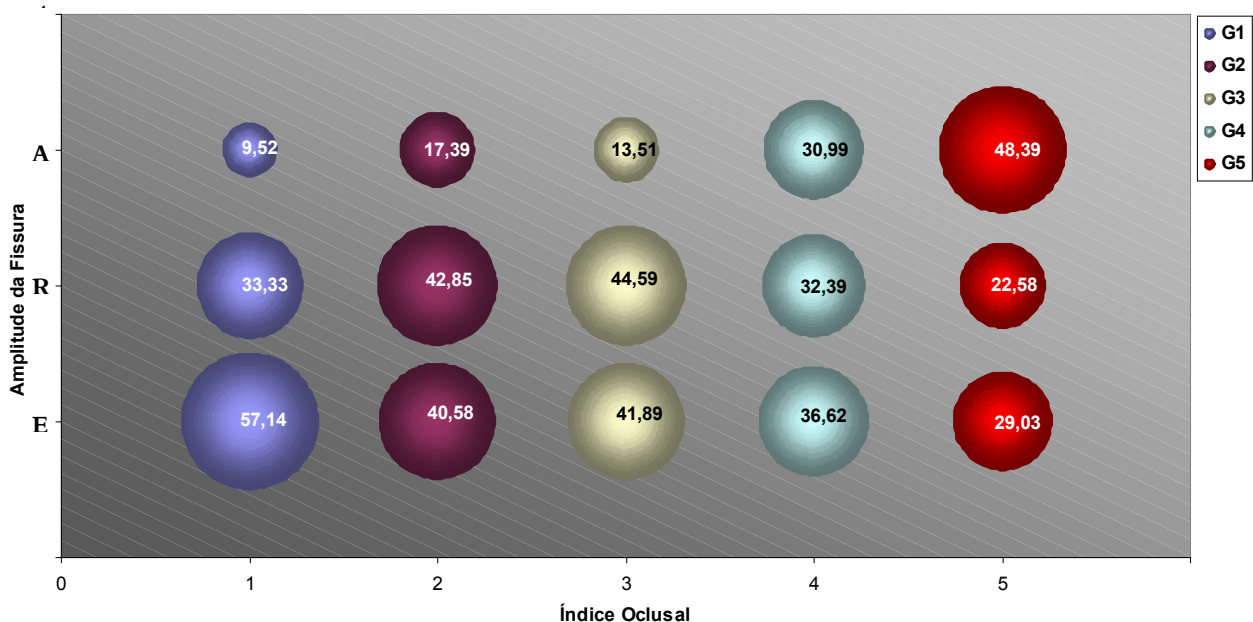


Figura 28 - Gráfico representativo da amostra do HRAC-Bauru (n=267), identificando a porcentagem das diferentes amplitudes de fissura dentro de cada nível de relação interarcos (índice oclusal)

6.5. INFLUÊNCIA DO TAMANHO DA BANDELETA NA RELAÇÃO INTERARCOS (ÍNDICES OCLUSAIS) E INFLUÊNCIA DO TAMANHO DA BANDELETA SOBRE A AMPLITUDE DA FISSURA

Baseado nos trabalhos de Silva Filho et al¹⁶⁴, 1994, sabe-se que cerca de 20% dos pacientes com fissura transforame incisivo unilateral mostra evidência de uma ponte de tecido mole na base do nariz, conhecida como bandeleta de Simonart¹⁶⁴. Na presente amostra de 267 pacientes portadores de FTIU, 64 pacientes (23,97%) apresentavam bandeletas de Simonart de diferentes extensões e 203 (76,03%) dos pacientes não apresentavam tal bandeleta (figura 29 do capítulo resultados). Estas bandeletas foram classificadas arbitrariamente e subjetivamente, de acordo com o seu volume, em pequena, média e grande. Dos 64 pacientes portadores de bandeleta, 32 (50%) apresentavam bandeletas pequenas, 20 (31,25%) de tamanho médio e 12 (18,75%) de tamanho grande (figura 30).

A partir da tabela 20 e do gráfico da figura 31, foi possível observar que quando o tamanho da bandeleta era pequena, 78,13% da amostra concentrou-se nos índices oclusais 3, 4 e 5 (28,13%, 37,50% e 12,50% respectivamente). Em contrapartida, quando da presença de bandeletas grandes, a relação interoclusal apresentou-se mais favorável, concentrando-se 75% da amostra nos índices 1, 2 e 3, que apresentam oclusões que variam de satisfatória a excelente. Este comportamento estatístico sugere que a Bandeleta de Simonart pode interferir positivamente na morfologia pós-operatória do arco dentário superior quando volumosa.

Nos estudos cefalométricos de Semb et al¹⁴⁹, 1991, dos 257 casos de FTIU, 80 pacientes apresentavam Bandeleta de Simonart. A influência da bandeleta pareceu ser relativamente modesta, mostrando que a relação maxilo-mandibular apresenta-se apenas levemente maior (0,1 a 1,6 graus) quando presente. O maior benefício da Bandeleta de Simonart parece ser um menor grau de distorção na forma nasal, reduzindo as necessidades de correções secundárias¹⁴⁹.

Embora a nível cefalométrico não exista grandes interferências no crescimento facial, a nível de relação interoclusal parece influenciar a amplitude da fissura, e a alteração na conformação final do arco. Isto significa que estudos em modelos são mais sensíveis em registrar a influência da bandeleta e outras variáveis do que a cefalometria.

Observando a tabela 22 e o gráfico da figura 32 é visível que a presença da bandeleta, independentemente do tamanho, influencia a amplitude da fissura. A presença da bandeleta causa menor distorção no arco dentário superior, dificultando o afastamento entre o segmento maior e o segmento menor da maxila, mantendo a amplitude da fissura mais estreita.

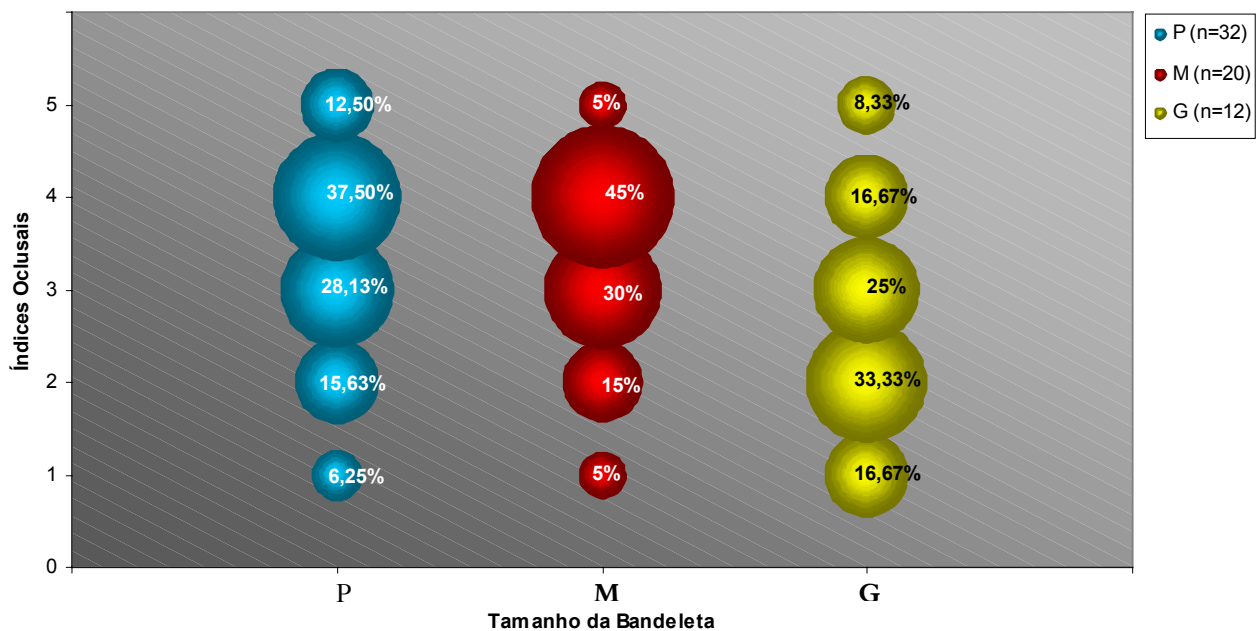


Figura 31 – Gráfico representativo da influência da bandeleta de Simonart (n = 64) no comportamento relação interarcos

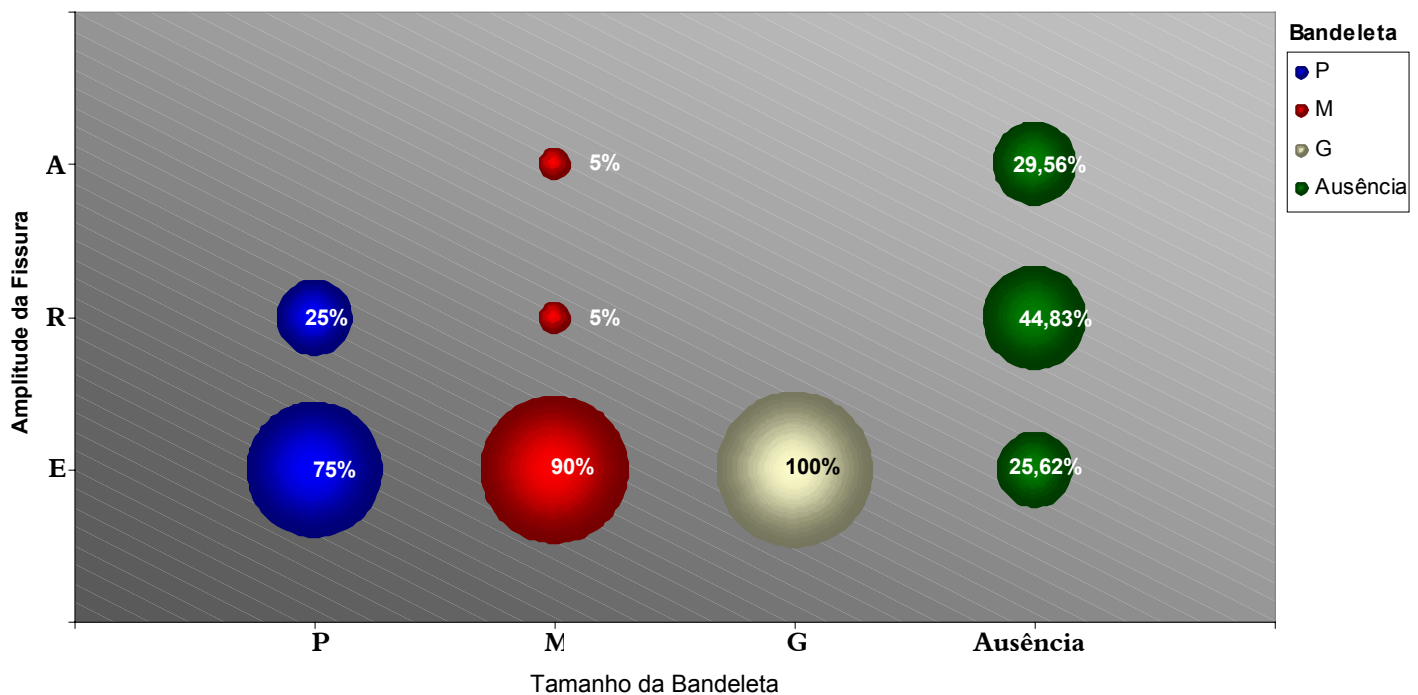


Figura 32 - Gráfico representativo da influência da presença e extensão da bandeleta de Simonart no comportamento da amplitude da fissura

Quando da presença de bandeletas média e grande, praticamente 90% a 100% da amostra apresentou-se com amplitude da fissura estreita. Na amostra sem bandeleta, essa distribuição já se inverte e 74,39% da amostra apresentou uma amplitude de fissura regular e ampla. Se levar em consideração que a amplitude da fissura interfere na relação interarcos (índices oclusais) então, indiretamente tem-se que aceitar que a presença da bandeleta, por estar interferindo na amplitude da fissura, estaria influenciando também na relação interarcos resultante.

6.7. INFLUÊNCIA DAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS NA RELAÇÃO INTERARCOS (ÍNDICES OCLUSAIS) NA AMOSTRA DO HRAC-BAURU

Apesar da amostra de Bauru apresentar um número de pacientes considerável, em se tratando de padronização de técnicas cirúrgicas, há uma variação muito grande, dispersando a amostra. Analisando criteriosamente os protocolos cirúrgicos adotados em cada paciente, foi possível subdividi-los em dez (10) protocolos distintos que seguem na tabela 5:

Tabela 5 – Apresentação dos 10 protocolos cirúrgicos da amostra de 267 crianças com fissura transforame incisivo unilateral provenientes do HRAC – Bauru; técnicas cirúrgicas e idade média de realização

Protocolo Cirúrgico	Tempo Cirúrgico			Total de Pac.	Idade Cirurgia (meses)				
	1°	2°	3°			X	Min.	Max.	D.P.
1	MIL-MAL-MC (lábio + palato mole + asa)	HP (palato duro)		28	Q	6,25	3	23	4,13
					P	27,67	6	78	17,46
2	MIL-MAL-SK (lábio + palato mole + asa)	HP (palato duro tardio)		12	Q	6,33	4	11	1,61
					P	49,62	4	81	25,38
3	MIL	HP (palato anterior)	VL (palato post.)	6	Q	13,00	3	27	8,89
					P	24,00	12	37	10,05
4	SP	HP (palato anterior)	VL (palato post.)	9	Q	13,00	7	35	9,13
					P	22,00	15	41	7,81
5	SP	VL		125	Q	9,60	3	35	4,71
					P	21,21	9	56	8,17
6	SP	Furrow		10	Q	6,40	3	11	3,06
					P	12,60	6	18	4,24
7	MIL	VL		61	Q	8,78	3	26	4,33
					P	20,42	9	57	8,50
8	MIL	Furrow		14	Q	4,85	3	7	1,29
					P	13,14	9	17	3,10
9	MIL	Veau		1	Q	3,00	3	3	—
					P	20,00	20	20	—
10	SP	Veau		1	Q	21,00	21	21	—
					P	29,00	29	29	—

Q=queiloplastia; P=Palatoplastia.

Acompanhando a tabela 22 e o gráfico da figura 33 pode-se constatar que o protocolo cirúrgico 5 (técnica de Spina para lábio e Von Langenbeck para palato total) e o protocolo 7 (técnica de Millard para lábio e Von Langenbeck para palato total) apresentaram uma casuística maior com 125 (46,82%) e 61 (22,85%) pacientes, respectivamente, por serem os protocolos de rotina do HRAC-Bauru. Os demais protocolos cirúrgicos estão envolvidos em algumas pesquisas para averiguação dos resultados, ou algumas mudanças na técnica foram realizadas em função da necessidade ou inovação do cirurgião.

Os protocolos 1 e 2, com 28 casos e 12 casos, respectivamente, são muito similares mas foram separados por terem sido operados por 2 cirurgiões distintos, havendo algumas variações na técnica de correção da asa nasal realizada concomitantemente ao 1º tempo cirúrgico, onde um cirurgião utiliza a técnica MC Comb e o outro a técnica de Skoog. Além disso no protocolo 2 o cirurgião introduziu algumas variações na época do fechamento do palato duro (anterior), realizando-a mais tardiamente e em quatro dos 12 casos o fechamento não havia sido realizado até a época da avaliação.

A grande vantagem destes dois protocolos é que foram operados cada qual por apenas um cirurgião, o que permite uniformização de técnica e dos seus resultados. Os demais protocolos envolveram um número de cirurgiões variados com maior ou menor experiência clínica, fator este que mais tem contribuído para os resultados desfavoráveis segundo alguns trabalhos da literatura (Shaw et al^{152,153} , Sandy et al¹⁴⁸,1998) .

Os protocolos 3 e 4, com 6 e 9 pacientes respectivamente, foram operados em três tempos cirúrgicos: o lábio pela técnica de Millard (protocolo 3) ou técnica de Spina (protocolo 4), o palato anterior pela técnica de Hans Pichler e o palato posterior pela técnica de Von Langenbeck. Foram subdivididos em 2 grupos em função das técnicas da queiloplastia serem diferentes e isto reduziu ainda mais a amostra.

Os protocolos 6 e 8, com 10 e 14 pacientes respectivamente, utilizaram a técnica de FURLOW para a palatoplastia primária, diferindo nas técnicas da queiloplastia primária onde no protocolo 6 utilizou-se a técnica de Spina e no protocolo 8 a técnica de Millard.

Os protocolos 9 e 10 praticamente foram desconsiderados por apresentarem apenas 1 paciente em cada grupo.

Através da tabela 23 e 24 e o gráfico da figura 34, pode-se observar que os índices oclusais médios de todos os protocolos cirúrgicos apresentaram-se com os

resultados que variaram de satisfatórios a bons (3,66 a 2,0). Os melhores resultados foram apresentados pelos protocolos 1 (índice oclusal = 2,71), 2 (índice oclusal = 2,00) e 7 (índice oclusal = 3,03). Os protocolos 1 e 2 foram operados pela técnica de Millard-Malek (Lábio + palato mole) e o palato duro pela técnica de Hans Pichler por dois cirurgiões e a relação interoclusal apresentou-se “boa” em média .

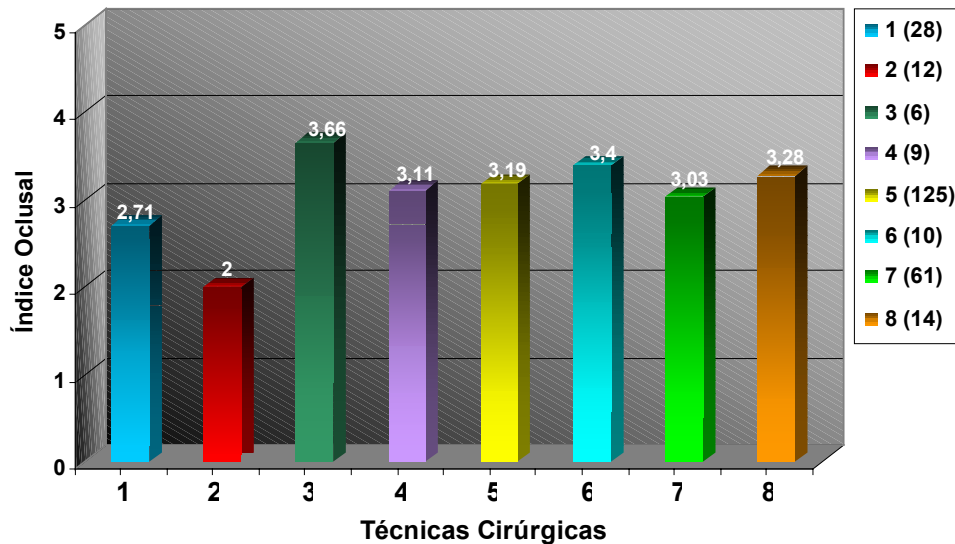


Figura 34 - Gráfico representativo da distribuição da amostra de 267 crianças com fissura transforame incisivo unilateral, proveniente do HRAC-Bauru, considerando a Influência das técnicas cirúrgicas sobre a relação interarcos

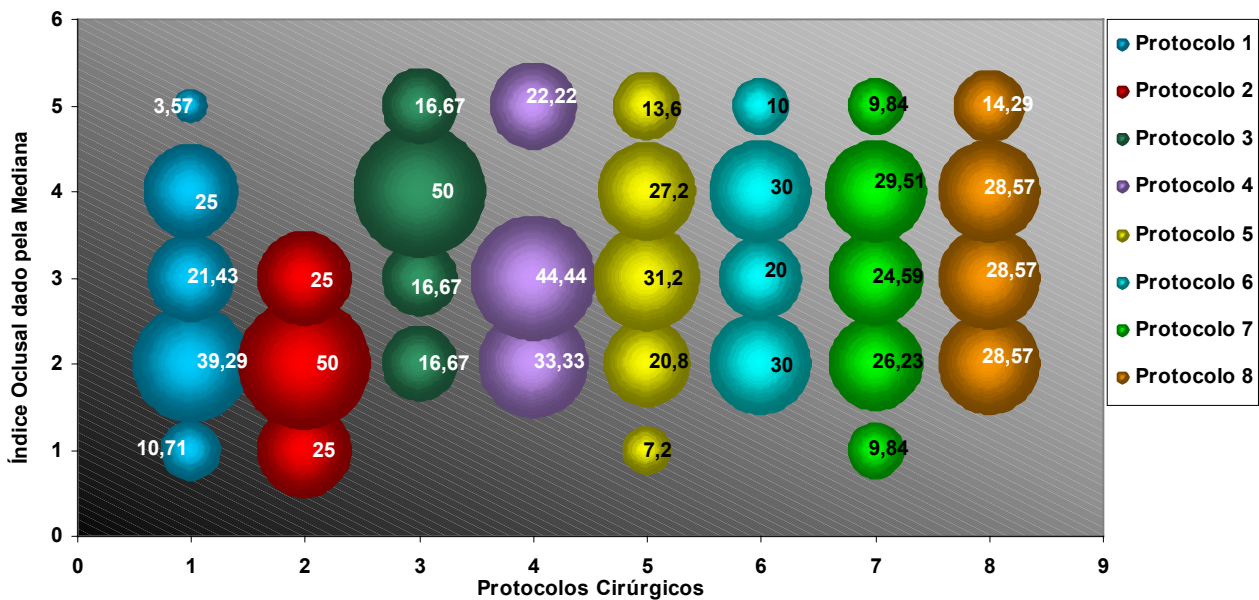


Figura 35 - Gráfico representativo da amostra de Bauru. Influência das técnicas cirúrgicas (protocolos cirúrgicos) sobre os diferentes graus de relação interarcos (índices oclusais)

Através do gráfico da figura 34 e 35, pode-se visualizar a distribuição percentual dos diferentes graus de relação interarcos de acordo com as técnicas cirúrgicas. Os índices oclusais mais altos, que correspondem às piores condições oclusais da amostra, foram apresentados pelos protocolos cirúrgicos 3, 6 e 8, nesta ordem decrescente. O protocolo 3, Hans Pichler + Von Langenbeck, e os protocolos 6 e 8 utilizaram a técnica de Furlow para a palatoplastia total e a técnica de Spina ou Millard para queiloplastia. No entanto quando realizado o teste de Tukey para comparações múltiplas das diferentes técnicas cirúrgicas utilizadas para avaliar os índices oclusais médios verificou-se que só há diferença estatisticamente significativa do protocolo 2 com os demais protocolos cirúrgicos. Inúmeras variáveis terapêuticas distinguem esses 3 protocolos: os cirurgiões, a técnica operatória e a época de realização das cirurgias de palato. Existem dados na literatura para fazer acreditar que as técnicas e épocas de realização da palatoplastia não interferem no crescimento maxilar, pelo menos quando a metodologia foi a cefalometria. Neste protocolo 2, um único cirurgião plástico operou todos os 12 pacientes.

Existe uma variável estatística importante, que é o número da amostra. O inconveniente do protocolo 2 é o número restrito da amostra, apenas 12 pacientes dos quais apresentam algumas variações como o fechamento tardio do palato duro, ou ainda o não fechamento do palato duro (4 casos) até a fase da avaliação dos modelos aos 5 – 6 anos. Além do mais, existe uma variável morfológica inerente à fissura que caracterizou a amostra do protocolo 2. As fissuras predominantes eram estreitas (50% da amostra), sendo que 85% apresentaram fissuras estreitas a regular, com baixo índice de fissuras amplas (5%). Como já mencionado, a amplitude da fissura parece interferir no resultado da relação interarcos final; sendo assim os resultados deste grupo pode estar apresentado menores deformações no arco por apresentarem a fissura estreita na fase pré-cirúrgica.

Os índices oclusais médios dos protocolos de rotina no HRAC que correspondem à técnica de Spina + Von Langenbeck (protocolo 5) e Millard + Von Langenbeck (protocolo 7) apresentaram-se com índices oclusais 3,19 e 3,03, indicando resultados satisfatórios na relação interarcos mas é importante salientar que por se tratar do protocolo de rotina, envolveu um maior número de cirurgiões variando desde os iniciantes até os mais experientes. A figura 40 expõe que os protocolos de rotina do HRAC mostram resultados bem inferiores aos resultados obtidos pela equipe de Oslo (2,52). A maior parte dos pacientes de Oslo foram operados por um cirurgião e os

estudos de comparações intercentros^{148,153}, atribui a este fator a grande responsabilidade dos bons resultados.

A amostra de Oslo que utiliza a técnica de Millard + Vomerplastia no 1º tempo cirúrgico + Von Langenbeck no 2º tempo cirúrgico apresentou um percentual de 60% da amostra com índice oclusal 1 e 2, 22% com índice 3 e 18% com índice 4 e 5 (figura 40).

No protocolo de rotina no HRAC que utilizou a técnica de Spina + Von Langenbeck (125 pacientes), observou-se um percentual de 28% com oclusão boa a excelente (índice oclusal 1 e 2) 31,2% com oclusão satisfatória (índice oclusal 3) e 40,8% com oclusão pobre a muito pobre (índice oclusal 4 e 5). Quando se utilizou a técnica de Millard + Von Langenbeck (61 pacientes) observou-se percentuais semelhantes, com 36,07% da amostra com índice oclusal 1 e 2, 24,59% com índice oclusal 3 e 39,35% apresentando índice oclusal 4 e 5, (figura 40).

Estes dados sugerem que a amostra de Bauru que recebeu o protocolo de reabilitação de rotina apresentou resultados mais desfavoráveis que a amostra de Oslo. Mais que o dobro dos pacientes do protocolo de rotina de Bauru apresentaram oclusão com prognóstico ortodôntico-cirúrgico. A principal explicação para este quadro negativo está no grande número de cirurgiões plásticos, com diferentes graus de experiência clínica que operaram os pacientes do protocolo de rotina de Bauru, enquanto apenas um cirurgião experiente operou a maioria os pacientes do centro de Oslo.

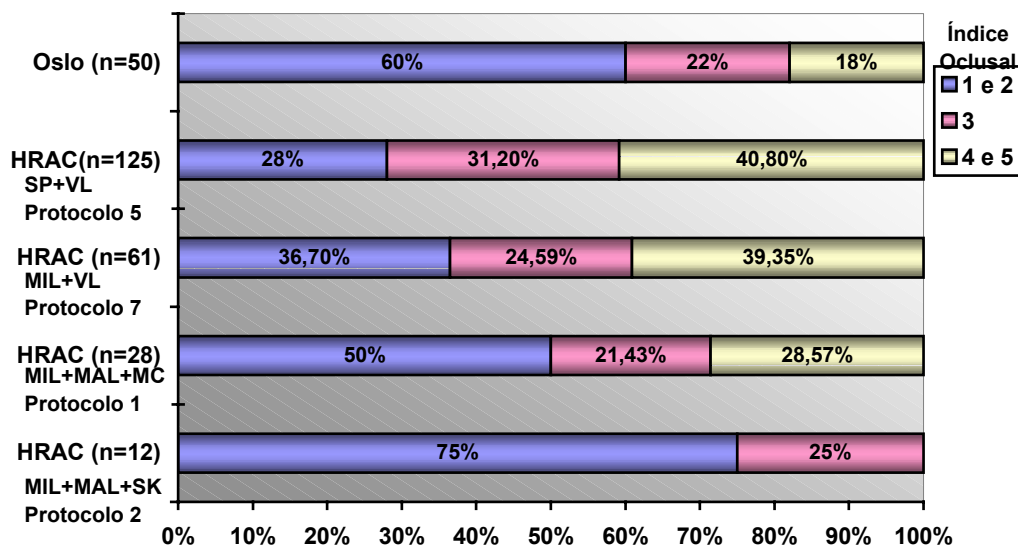


Figura 40 – Gráfico representativo ilustrando a distribuição da amostra de Oslo e Bauru em grupo com oclusão boa a excelente (índice oclusal 1 e 2), grupo com oclusão satisfatória (índice oclusal 3) e grupo com oclusão pobre a muito pobre (índice oclusal 4 e 5). Avaliação de acordo com os protocolos cirúrgicos

Os protocolos 1 e 2 que utilizaram a técnica de Malek para a palatoplastia junto com a queiloplastia primária, apresentaram resultados da relação interoclusal bem mais satisfatórios. É importante salientar que tanto o protocolo cirúrgico 1 como o 2 são amostras menores (n=28 e n=12) operadas cada qual apenas por um único cirurgião e isto implica em padronização da técnica e também da habilidade do cirurgião. O mesmo ocorre com a amostra de Oslo. Os protocolos cirúrgicos 5 e 7 (rotina do HRAC) compreendem amostras com um número muito maior e foram operados por vários cirurgiões e isto poderia estar influenciando na diversidade dos resultados. Essa variável poderá ser eliminada se subdividirmos a amostra por cirurgião para averiguar até que ponto a habilidade do cirurgião poderá interferir nos resultados.

6.7. COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS ENTRE OS CIRURGIÕES. INFLUÊNCIAS DA HABILIDADE DOS CIRURGIÕES X ÍNDICE OCLUSAL

A qualidade dos resultados imprimidas a longo prazo pelo processo reabilitador nos pacientes portadores de fissuras lábio-palatais pode variar consideravelmente em função de inúmeras variáveis, entre elas as técnicas cirúrgicas e os procedimentos complementares utilizados. Além disso, a literatura demonstra, através de vários trabalhos, que a habilidade e experiência do cirurgião podem influenciar e muito nos resultados morfológicos pós-cirúrgicos.

Quando um cirurgião, acostumado com uma determinada técnica cirúrgica realiza a cirurgia através de uma técnica inovadora há tendência de introduzir “bias” sistemáticas. Portanto, quando da realização de uma pesquisa comparativa entre uma técnica antiga e técnica inovadora é importante existir uma fase apropriada de padronização antes de se iniciar a pesquisa(Roberts et al ¹³⁵, 1991 e Roberts e Richmond¹³⁶, 1997).

Com o objetivo de minimizar essas “bias” sistemáticas relacionadas à técnica cirúrgica, num estudo prospectivo realizado por Marsch et al¹⁰³, para comparar duas técnicas de palatoplastia com e sem veloplastia intravelar, os dois cirurgiões participantes realizaram a padronização da técnica através da observação direta dos procedimentos cirúrgicos antes de iniciar a pesquisa.

Em estudos retrospectivos, torna-se difícil conseguir uma amostra sem a interferência dessas “bias” e para reduzi-las é importante que o número da amostra seja considerável. Infelizmente, uma das grandes dificuldades para se conseguir estudos com resultados consistentes e confiáveis se concentram principalmente na amostra reduzida de cirurgias que cada cirurgião ou cada centro realiza anualmente, impossibilitando uma análise estatística significativa.

Segundo Willians et al¹⁹⁰, 1994, a maioria dos cirurgiões do Reino Unido realizam menos do que 10 cirurgias reparadoras de lábio e palato por ano, tornando a avaliação dos resultados impraticável assim como indetectáveis as causas dos resultados pobres.

As cirurgias dos 267 pacientes da amostra de Bauru foram realizadas por dez cirurgiões que integram a equipe do HRAC-Bauru. Para avaliar a influência da habilidade de cada cirurgião, agrupou-se cada grupo respeitando o requisito pacientes que realizaram a queiloplastia e palatoplastia primária com o mesmo cirurgião. Os pacientes que realizaram a queiloplastia e a palatoplastia com cirurgiões diferentes foram agrupados num grupo denominado misto.

O número de cirurgias realizadas por cada cirurgião variou bastante (1 a 40 cirurgias) e pode ser observada na tabela 27. O cirurgião nº 10 por ter efetuado apenas 1 cirurgia foi desconsiderado nos testes estatísticos. 53 pacientes receberam as queiloplastias e palatoplastias por cirurgiões distintos, constituindo o grupo de cirurgiões mistos.

Tabela 27 – Comparação dos resultados entre os cirurgiões. (Índice oclusal médio x cirurgiões). Amostra de Bauru (n = 267)

Cirurgiões	n (pacientes)	X (MED)	D.P.
1	17	4,11	0,85
2	28	2,71	1,01
3	37	3,05	1,12
4	11	2,36	1,02
5	40	3,42	1,15
6	25	3,32	0,98
7	9	2,11	0,92
8	25	2,52	0,96
9	21	3,19	0,92
10	1	1,42	0,79
Misto (11)	53	3,15	1,19
Total	267	3,07	1,14

A tabela 27 e o gráfico da figura 37 mostram que o índice oclusal médio para as relações interarcos variou de 2,11 a 4,11, uma variação grande que oscila desde uma oclusão boa até uma oclusão pobre.

Pela leitura das tabelas 28 e 29 pode-se constatar que pelo teste de Tukey para comparações múltiplas apresentou diferenças estatísticas entre os resultados do cirurgião 1 com os cirurgiões 7, 4, 8 e 2.

O cirurgião 1 apresentou em média um resultado da relação interarcos pobre, enquanto os cirurgiões 7, 4, 8 e 2 uma relação oclusal boa. Os cirurgiões 3, 9, 6 e 5 apresentaram resultados com relação interarcos satisfatória, com uma leve deficiência dento-maxilar (índice oclusal 3). A amostra mista operados por vários cirurgiões também se enquadrou neste grupo de oclusão satisfatória com um índice oclusal de 3,15.

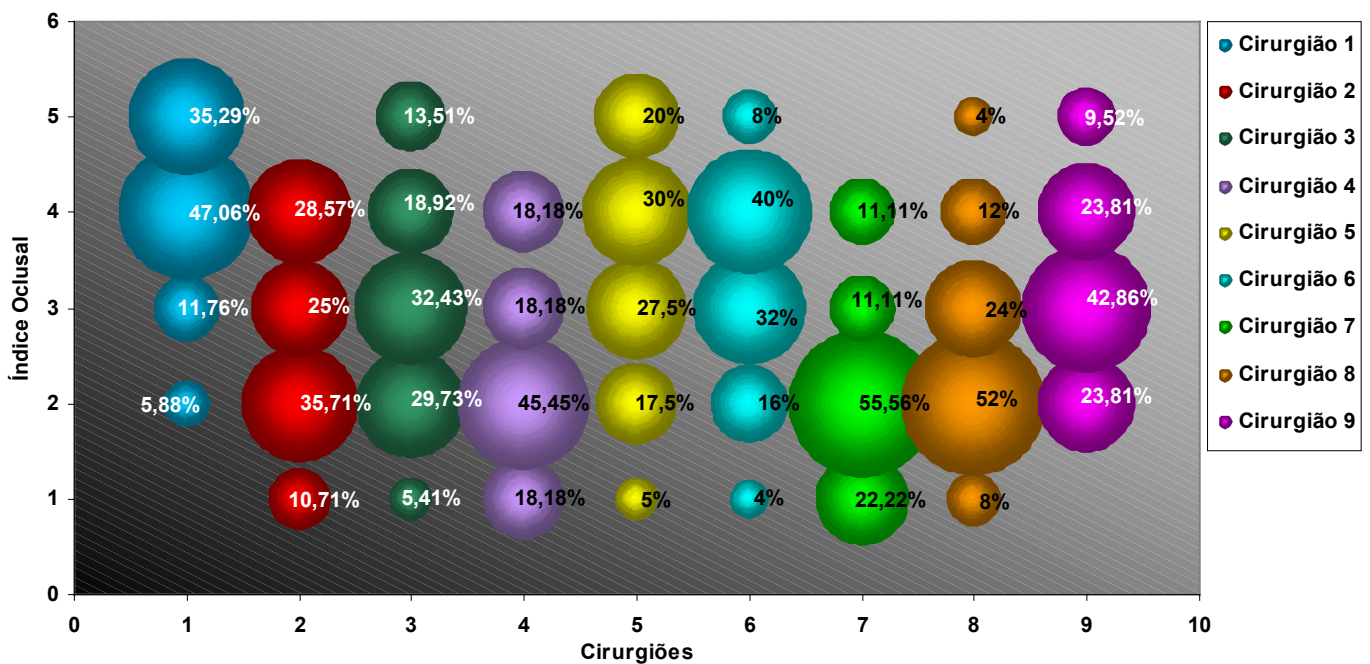


Figura 36 - Gráfico representativo da comparação dos resultados entre os cirurgiões (Habilidade dos Cirurgiões x Índice Oclusal)

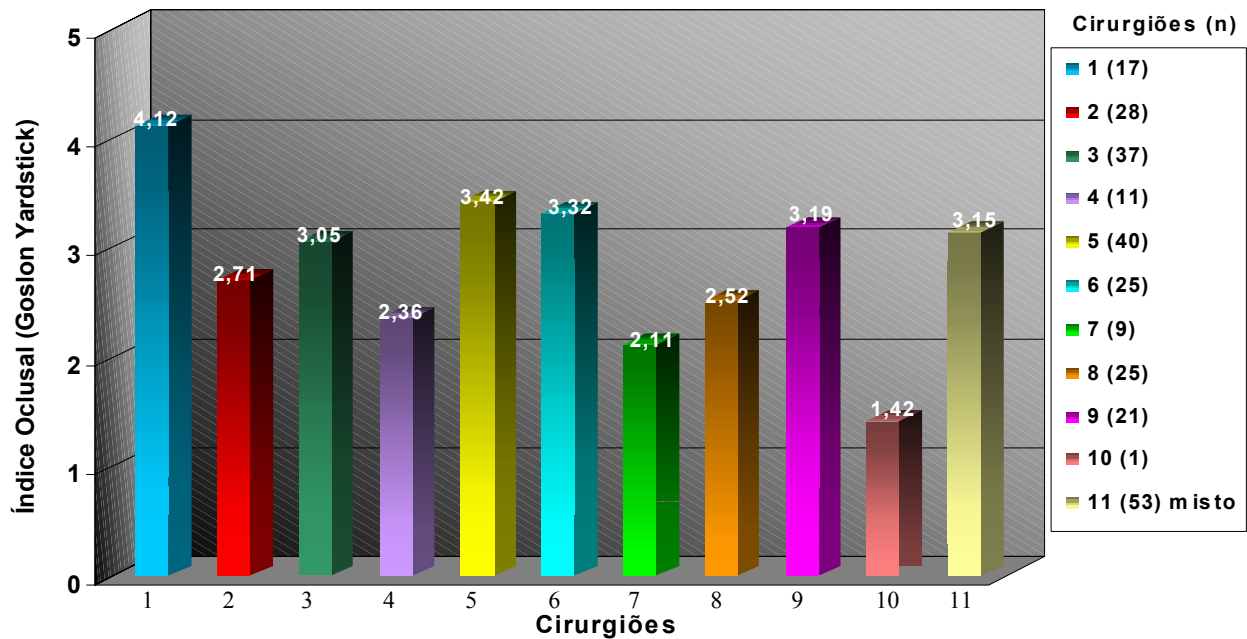


Figura 37 - Gráfico representativo da comparação dos Resultados entre os Cirurgiões (Índice Oclusal Médio x Cirurgiões)

Tabela 28 – ANOVA a um critério para comparações dos resultados (índice oclusal) de acordo com os cirurgiões que realizaram a queilo + palatoplastia primária

gl efeito	QM Efeito	gl erro	QM erro	F	p
9	5.6356	256	1,1417	4,9358	0,000004*

*Estatisticamente significativa

Tabela 29 – Teste de Tukey para comparações múltiplas. Comparação dos resultados do índice oclusal médio x habilidade do cirurgião

Cirurgiões	n	X
7	9	2,11*
4	11	2,36*
8	25	2,52*
2	28	2,71*
3	37	3,05
10 (misto)	53	3,15
9	21	3,19
6	25	3,32
5	40	3,42
1	17	4,11

Grupos unidos por linha vertical não possuem diferenças estatisticamente significantes.

O teste de Tukey apresentou diferenças estatísticas entre os resultados do cirurgião 1 com os cirurgiões 7, 4, 8 e 2.

O cirurgião 10 por ter realizado apenas uma cirurgia foi desconsiderado para o teste estatístico e o grupo de cirurgiões mistos ocupou sua posição.

Comparando os resultados dos cirurgiões do Centro de Bauru com a amostra de Oslo verificou-se que a média dos índices oclusais de alguns cirurgiões da equipe de Bauru estão muito próximos de Oslo (2,52). Os cirurgiões 7, 4, 8 e 2 apresentaram os índices oclusais médios 2,11; 2,36; 2,52; 2,71 respectivamente, indicando que os resultados da relação interarcos em média se apresentaram bons, com aspecto transversal e sagital satisfatório (trespasse horizontal positivo).

Os cirurgiões 2 e 7 utilizaram como rotina as técnicas de Millard (lábio) e Malek (palato mole) no 1º tempo cirúrgico e Hans Pichler (palato duro) no 2º tempo cirúrgico. O cirurgião 2 apresentou 46,42% da amostra com índices oclusais 1 e 2 (relação oclusal boa a excelente), 25% com relação oclusal satisfatória e 28,57% com índice oclusal 4 (relação oclusal pobre) e nenhum caso com índice oclusal 5. O cirurgião 7, apesar da amostra ser restrita, apresentou 77,78% da amostra com relação oclusal boa a excelente (índice oclusal 1 e 2), 11,11% com índice oclusal 3, e 11,11% com índice 4 (figura 36).

Os cirurgiões 4 e 8 que apresentaram os índices oclusais médios 2,36 e 2,52, (oclusão muito boa) são dois dos cirurgiões mais antigos e experientes do HRAC e utilizam o protocolo cirúrgico de rotina (técnicas de Spina ou Millard para queiloplastia e Von Langenbeck para palatoplastia total). Estes resultados sugerem a importância da habilidade do cirurgião nos resultados cirúrgicos.

O cirurgião 4 realizou a queiloplastia primária de 19 pacientes, mas somente em 11 pacientes realizou também as palatoplastias. Os 8 pacientes restantes realizaram a palatoplastia com um outro cirurgião. O cirurgião 8, dos 27 casos que realizou a queiloplastia, realizou também a palatoplastia em 25 pacientes.

Quando comparados os protocolos cirúrgicos 5 (n = 125 – Spina + Von Langenbeck) e 7 (n = 61 – Millard + Von Langenbeck) observamos que estatisticamente não houve diferença significativa, apresentando os índices oclusais médios 3,19 e 3,03 respectivamente. Os pacientes operados pelos cirurgiões 4 e 8 fazem parte destes 2 grupos de protocolos cirúrgicos, e apesar de apresentarem índices melhores, individualmente (2,36 e 2,52), quando diluídos na média total de todos os cirurgiões, foram prejudicados, piorando a média da relação interarcos (3,19 e 3,03).

Através do gráfico da figura 36, pode-se observar que o cirurgião 4 apresentou resultados com 63,63% da relação interarcos boa a excelente (índice oclusal 1 e 2), 18,18% com índice oclusal 3 e 18,18% com índice oclusal 4 e 5. O cirurgião 8

apresentou 60% da amostra com índice oclusal 1 e 2, 24% com índice 3 e 16% com índice 4 e 5.

O cirurgião 1 que apresentou os resultados da relação interarcos pobre (índice oclusal médio = 4,11) apresentou 82,35% de seus casos com índice oclusal 4 e 5; 5,88% com índice 2 e 11,76% com índice oclusal 3. A técnica cirúrgica empregada para as cirurgias primárias foi na grande maioria a técnica de Spina (lábio) + Mc Comb (asa nasal) no 1º tempo cirúrgico e Von Langenbeck (palato total) no 2º tempo cirúrgico. Em alguns casos utilizou a técnica de Millard associada à técnica Mc Comb.

A técnica Mc Comb para correção da asa nasal não foi utilizada pelos cirurgiões 4 e 8, mas o cirurgião 2 utilizou em quase totalidade de sua amostra. Sendo assim esse efeito desfavorável nos resultados pode não estar relacionado à técnica cirúrgica em si, mas muito mais relacionado à destreza do cirurgião.

Considerando-se que a amplitude da fissura antes das cirurgias primárias pode influenciar nos resultados da relação interarcos, foi averiguado a distribuição da amostra operada de cada cirurgião de acordo com a amplitude da fissura (estreita, regular ou ampla).

A partir da tabela 30, e do gráfico da figura 36 tomando como exemplo a amostra operada pelo cirurgião 1 que apresentou 82,35% da amostra com índice oclusal 4 e 5, pode-se constatar que não foi a amplitude da fissura a responsável pelos resultados deficientes pois a amostra antes das cirurgias primárias apresentou maior percentual de fissuras com amplitude regular (41,18%) e um percentual igual (29,41%) tanto para fissura estreita como ampla.

No entanto, os cirurgiões 2, 4, 7 e 8 que apresentaram os melhores resultados nos índices oclusais tiveram suas amostras com maior concentração de fissuras estreitas e regulares, e uma menor proporção de fissuras amplas. Por outro lado os cirurgiões 5 e 8 que apresentaram índices oclusais melhores que o cirurgião 1 apresentaram suas amostras com percentual maior de fissuras amplas prévio às cirurgias primárias.

Estes dados sugerem que não houve interferência da amplitude das fissuras nos resultados individuais de cada cirurgião, ou melhor, nenhum cirurgião foi prejudicado nos resultados finais da relação interarcos por apresentar um maior percentual de fissuras amplas em sua amostra. Ross¹⁴⁷, 1995, enfatiza que a habilidade do cirurgião interfere no sucesso do tratamento, e os resultados deste trabalho sugerem que realmente mais do que a técnica cirúrgica em si, a habilidade e experiência do

profissional são fatores decisivos nos resultados do crescimento craniofacial e dos arcos dentários.

As conclusões decisivas se tornaram difíceis de serem obtidas em função do grande número de variáveis, principalmente de técnicas cirúrgicas, número de cirurgiões envolvidos, número reduzido de amostra em alguns protocolos cirúrgicos e variações nas idades cirúrgicas.

CONCLUSÕES

7. CONCLUSÕES

Com base na metodologia adotada, utilizando-se de modelos de estudo de pacientes portadores de fissuras unilaterais completas de lábio e palato unilaterais (FTIU), aos 5 – 6 anos de idade, e aplicando o índice oclusal para avaliação precoce dos efeitos das cirurgias primárias sobre a relação interarcos, os resultados obtidos no presente estudo permitiram concluir que:

- 1- A aplicação do “índice oclusal” de Atack aos 5 – 6 anos de idade mostrou-se bastante eficaz com um nível de reprodutibilidade e confiança bom, tanto para a avaliação inter-examinadores como intra-examinadores. Entre as diferentes categorias de examinadores, ortodontistas, cirurgiões plásticos e cirurgiões buco-maxilo-faciais o nível de concordância foi satisfatório. Houve diferenças estatísticas nos índices oclusais médios sendo que o grupo de ortodontistas foi mais crítico na avaliação oclusal, com um score maior (3.14).
- 2- Na comparação dos resultados intercentros observou-se superioridade nos resultados médios de Oslo (2,52) sobre os de Bauru (3,07).
- 3- A amplitude da fissura influencia os resultados pós-cirúrgicos interarcos. Quanto mais ampla, maior a frequência de relação maxilo-mandibular de CL III com prognóstico ortodôntico-cirúrgico, sendo detectável precocemente já na dentadura mista precoce.
- 4- O tamanho da bandeleta interfere na amplitude da fissura e, conseqüentemente, influencia a relação interarcos a longo prazo. Na presença de bandeleta, independente do tamanho, amplitude da fissura sempre se apresenta estreita.
- 5- Os protocolos 1 e 2 que utilizaram a técnica de Malek (fechamento do palato mole junto com a queiloplastia primária) apresentaram índices mais baixos do que os outro protocolo, sugerindo resultados mais satisfatórios. No entanto é impossível afirmar que esses resultados sejam exclusivamente por superioridade da técnica cirúrgica pois enquanto esses dois protocolos foram operados cada qual por um

cirurgião, os protocolos de outras técnicas cirúrgicas foram operadas por vários cirurgiões e isto pode estar influenciando na diversidade dos resultados. Além disso, grande parte da amostra destes dois protocolos apresentaram fissuras estreitas, com baixo percentual de fissuras amplas, favorecendo os resultados destes grupos. Outros estudos serão necessários para a comprovação.

- 6- A habilidade do cirurgião parece interferir também na relação interarcos final. Cirurgiões experientes(4 e 8) que operaram seguindo os protocolos de rotina apresentaram resultados tão bons quanto o protocolo de Oslo ou os protocolos 1 e 2. Os resultados sugerem que, mais do que a técnica cirúrgica em si, a habilidade e experiência do profissional são fatores decisivos nos resultados interarcos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 - ADUSS, H. Craniofacial growth in complete unilateral cleft lip and palate. **Angle Orthodont.**, v. 41, n. 3, p. 202-12, July 1971.
- 02 - ALTMAN, D. G. **Practical statistics for medical research.** Chapman & Hall, London, pp. 403-409, 1991.
- 03 - ASHER-MCDADE C.; ROBERTS C.; SHAW W.C.; GALLAGER C. Development of a method for rating nasolabial appearance in patients with clefts of the lip and palate. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 28, p. 385-391, 1991.
- 04 - ATACK N.; HATHORN, I.; MARS M.; SANDY JR. Study models of 5 year old children as predictors of surgical outcome in unilateral cleft lip and palate. **Eur J Orthod.**, v. 19, p. 165-170, 1997a.
- 05 - ATACK N.; HATHORN I.S.; SEMB G.; DOWELL T.; SANDY JR. A new index for assessing surgical outcome in unilateral cleft lip and palate subjects aged five: reproducibility and validity. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 34, p. 242-246, 1997b.
- 06 - ATACK N.; SEMB G.; LEACH A.; HATHORN I. S.; DOWELL T.; SANDY JR. Early detection of differences in surgical outcome for cleft lip and palate. **Br J Orthod.**, v. 25, p. 181-185, 1998.
- 07 - ATHANASIOU, A. E. et al. Frequency of cross bites in surgically treated cleft lip and for palate children. **J. Pedodont.**, 10: 340-51, 1986.
- 08 - ATHANASIOU, A. E. et al. Dental arch dimensions in patients with unilateral cleft lip and palate. **Cleft Palate J**, 25: 139-45, 1988.

- 09 - BARDACH, J. The influence of cleft lip repair on facial growth. **Cleft Palate J.**, v. 27, n. 1, p. 76-8, Jan. 1990.
- 10 - BERTIER, C. E.; MACHADO NETO, J. S.; MONTAGNOLI, L. C. Tratamento cirúrgico da fissura labial unilateral. In Tratamento das fissuras lábio palatais. **Livraria e Editora Revinter Ltda., Carreirão, S. et al**, pág. 67-75, 1996.
- 11 - BILL JR., A.H. et al. The time of choice for repair of cleft palate in relation to the type of surgical repair and its effect on bony growth of the face. **Plast. Reconstr. Surg.**, 18: 469-73, 1956.
- 12 - BISHARA, S. E. Comparisons of the effect of two palatoplasties on facial and dental relations. **Cleft Palate J.**, v. 11, p. 261-271, 1974.
- 13 - BISHARA, S. E. et al. Facial and dental relationships of individuals with unoperated clefts of the lip and/or palate. **Cleft Palate J.**, v. 13, p. 238-52, July 1976.
- 14 - BLAIR, V.B. & BROWN, J. B. Mirault operation for single harelip. **Surg. Gynec. Obstet.**, 51: 81-98, 1930.
- 15 - BOO CHAI, K. An ancient chinese text on a cleft lip. **Plast. Reconstr. Surg.**, 38:89, 1966.
- 16 - BRATTSTRÖM, V. et al. Craniofacial development in children with unilateral clefts of the lip, alveolus, and palate treated according to four different regimes. I-Maxillary development. **Scand. J. Plast. Reconstr. Hand. Surg.**, v. 25, p. 259-67, 1991.
- 17 - BRATTSTRÖM, V. et al. Craniofacial development in children with unilateral clefts of the lip, alveolus, and palate treated according to four different regimes. II-Mandibular and vertical development. **Scand. J. Plast. Reconstr. Hand. Surg.**, v. 26, p. 55-63, 1992.

- 18 - BROPHY, T. W. Anatomy of the palate, normal and cleft. **J. Amer. Med. Ass.**, 49: 662-63, 1907.
- 19 - BROWN, J. B. & McDOWELL, F. Small triangular flap operation for the primary repair of single cleft lips. **Plast. Reconstr. Surg.**, 5: 392-402, 1950.
- 20 - BUSCHANG, P. H. et al. Childhood and pibertal growth of the human synphysis. **Angle Orthod.** V. 62, p. 203-9, 1992.
- 21 - CAPELOZZA FILHO, L. Análise do diâmetro transverso dos maxilares de portadores de fissuras transforame incisivo unilateral. Bauru, 1976 (**Tese – Faculdade de Odontologia de Bauru-USP**).
- 22 - CAPELOZZA FILHO, L. **Avaliação cefalométrica do crescimento craniofacial em portadores de fissura transforame incisivo unilateral (4-12 anos). Estudo transversal.** Tese (Doutorado). Faculdade de Odontologia de Bauru. Bauru. 89 p., 1979.
- 23 - CAPELOZZA FILHO, L.; FREITAS, J.A. de S; SILVA FILHO, O.G. da Avaliação do crescimento mandibular em fissurados transforame incisivo unilateral. **Ortodontia**, v. 14, n. 3, p. 199-210, set/dez. 1981.
- 24 - CAPELOZZA FILHO, L.; CAVASSAN, A. O.; SILVA FILHO, O.G. da Avaliação do crescimento craniofacial em portadores de fissura transforame incisivo unilateral . Estudo transversal. **Rev. Bras. Cir.**, v 77, n. 2, p. 97-106, 1987.
- 25 - CAPELOZZA FILHO, L.; TANIGUCHI, S. M.; SILVA FILHO, O. G. da Craniofacial morphology of adult unoperated complete unilateral cleft lip and palate patients. **Cleft Palate Craniofac. J.**, v. 30, n. 4, p. 376-81, July 1993.

- 26 - CAPELOZZA FILHO, L.; NORMANDO, A. D. C.; SILVA FILHO, O. G. da
Isolated influences of lip and palate surgery on facial growth:
comparison of operated and unoperated male adults with UCLP. **Cleft
Palate Craniofac. J.**, v. 33, n. 1, p. 51-6, Jan. 1996.
- 27 - CAPELOZZA Fº, L.; SILVA Fº, O.G. Fissuras lábio-palatais. In: **Petrelli, E.
Ortodontia para fonoaudiologia: Lovise**, p. 195-239, 1992.
- 28 - CARDOSO, A. D. New technique for harelip. **Plast. Reconstr. Surg.**, 10: 92-5,
1952.
- 29 - CARDOSO, A. D. Nova técnica para reparação do lábio leporino. **Rev. Paul.
Med.**, 42: 127-35, 1953.
- 30 - CAVASSAN, A. O.; CAPELOZZA FILHO.; MAZZOTTINI; R.
Avaliação cefalométrica do crescimento vertical da face em portadores de
fissura transforame incisivo unilateral (4-12). Estudo transversal. Parte I.
Ortodontia, v. 15, n. 1, p. 8-17, jan/abr. 1982.
- 31 - CAVASSAN, A. O.; CAPELOZZA FILHO, L.; SILVA FILHO, O. G. da
Avaliação cefalométrica do crescimento vertical da face em portadores de
fissura transforame incisivo unilateral (4-12). Estudo
transversal. Parte II. **Ortodontia**, v. 15, n. 2, p. 121-5, mai/jul.
1982.
- 32 - CRONIN D.G.; HUNTER W.S.; Craniofacial morphology in twins
discordant for cleft lip and/or palate. **Cleft Palate J.** v. 17, p.
116-126, 1980.
- 33 - DAHL E.; HANUSARDOTTIR B.; BERGLAND O. A comparison of
occlusions in two groups of children whose clefts were repaired by
three different surgical procedures. **Cleft Palate J.** v.8, p. 122-127.1981.

- 34 - DAVITZ, J. R.; DAVITZ, L. L. Evaluation research proposals in the behavioral sciences. A guide. 2.^a ed. New York: **Teacher's College Press**, 1977, p. 180.
- 35 - DIEFFENBACH, J. F. Uber das gaumensegel des menschen und der saeugethiere, *Litt. Ann. D. Heik*, 4:298, 1826.
- 36 - DESAI, S. N. Early cleft palate repair completed before the age of 16 weeks: observations on a personal series of 100 children. **Br. J. Plast. Surg.**, 36:300, 1983.
- 37 - DESAI, S.N. Neonatal surgery in cleft lip and palate. In transaction. **8th International Congress on cleft palate and related craniofacial anomalies. Singapore, September, 1997.**
- 38 - DORF, D. S.; CURTIN, J. N. Early cleft palate repair and speech out come. **Plast. Reconstr. Surg.** 70:74, 1982.
- 39 - ENEMARK, H.; BOLUND, S.; JORGENSEN, I. Evaluation of unilateral cleft lip and palate treatment: long term results. **Cleft Palate J.**, v. 27, n. 4, p. 354-61, oct. 1990.
- 40 - FEINSTEIN, A. R. Clinical epidemiology: the architecture of clinical research. Philadelphia: **W.B. Saunders**, 1985. 117 p.
- 41 - FOSTER, T. D. Maxillary deformities in repaired clefts of the lip and palate. **Brit. J. Plast. Surg.**, 15: 182-90, 1962.
- 42 - FRIEDE, H., ENEMARK, H., SEMB G., PAULIN, G., ABYHOLM, F., BOLUND, S., LILJA, J, and ÖSTRUP, L. Craniofacial and occlusal characteristics in unilateral cleft lip and palate patients from four Scandinavian centres, **Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery**, v. 25, p. 269-276, 1991.

- 43 - FRIEDE, H.; MÖLLER, M.; LILJA, J.; LAURITZEN, C.; JOHANSON, B. Facial morphology and occlusion at the stage of early mixed dentition in cleft and lip and palate patients treated with delayed closure of the hard palate. *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg.*, 21: 65-71, 1987.
- 44 - FURLOW, L. T. JR. Cleft palate repair by double opposing Z-plasty. *Plast. Reconstr. Surg.*, 78:724, 1986.
- 45 - FURLOW, L., RANDALL, P.; MATHOS, S. Expert Exchange: Double opposing Z-plasty in cleft palate repair: Technique results, and analysis. *Perspect. Plast. Surg.*, 7 (1):55, 1993.
- 46 - GILLIES, H. D., & Fry, W. K. Hare-lip. *Br. Med. J.*, 1:335, 1921.
- 47 - GOMIDE, M. R. Avaliação cefalométrica das relações maxilomandibulares de portadores de fissura transforame incisivo unilateral (6-11 anos). Estudo transversal. Bauru 1997. (Tese – **faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo**).
- 48 - GRABER, T. M. A cephalometric analysis of the developmental pattern and facial morphology in cleft palate. *Angle Orthodont.*, 19: 91-100, 1949.
- 49 - GRABER, T. M. Changing philosophies in cleft palate management. *Pediat.*, 37: 400-15, 1950.
- 50 - GRABER, T. M. The congenital cleft palate deformity. *J. Amer. Dent. Ass.*, 48: 375-95, 1954.
- 51 - GRABER, T. M. A study of cranio-facial growth and development in the cleft palate child from birth to six years of age. Early treatment of cleft lip and palate. In HOTZ, R. *International Symposium*, 1964, p. 30-43.

- 52 - HAGEDORN, W. apud MUSGRAVE, R. H. General aspects to the unilateral cleft lip repair (1884). In GRABB, W. C. et al. **Cleft lip and palate: surgical, dental and speech aspects**. Boston, Little and Brown, p. 175-94, 1971.
- 53 - HAGERTY, R. Unilateral cleft lip repair. **Surg. Gynec. Obstet.**, 106: 119-22, 1958.
- 54 - HAGERTY, R. F.; HILL, M. J. Facial growth and dentition in the unoperated cleft palate. **J. Dent. Res.**, 42: 412-21, 1963.
- 55 - HAN, B. J.; SUZUKI, A.; TASHIRO, H. Longitudinal study of craniofacial growth in subjects with cleft lip and palate: from cheiloplasty of 8 years of age. **Cleft Palate J.**, v. 32, n. 2, p. 156-66, Mar. 1995.
- 56 - HARRISON, M.R.; FILLY, R.A.; GOLBUS, M. et al Foetal treatment. **N. Engl. J. Med.**, 307: 1651, 1982.
- 57 - HARVOLD, E. Cleft lip and palate. Morphologic studies of the facial skeleton. **Am. J. Orthodont**, 40: 493-506, 1954.
- 58 - HARVOLD, E. Environmental influence on mandibular morphogenesis. **Amer. J. Orthodont.**, 46: 144, 1960 (Abstract).
- 59 - HATHORN, I.; ROBERTS, HARRY, D. & MARS, M. The Goslon yardstick applied to a consecutive series of patients with unilateral. Clefts of the lip and palate. **Cleft Palate Craniofacial Journal**, 33: 494-496, 1996.
- 60 - HATHORN, I.S.; ATACK, N.E.; WILLIAMS, A.; PIGOTT, R.W. A comparison of maxillary growth in three groups of bony complete unilateral cleft lip and palate treated by Veau, Von Langenbeck and medial Langenbeck techniques. In transactions. **8th International Congress on cleft palate and related craniofacial anomalies**. Singapore, September, 1997.

- 61 - HAYASHI, I. et al. Craniofacial growth in complete unilateral cleft lip and palate: a roentgenocephalometric study. **Cleft Palate J.**, 13: 215-27, 1976.
- 62 - HORSWELL, B.B.; GALLUP, B. V.: Cranial base morphology in cleft lip and palate. **J. Oral maxillofac. Surg.**, 50:681-685, 1992.
- 63 - HOTZ, M. & GNOINSKI, M. Comprehensive care of cleft lip and palate children at Zürich University: a preliminary report. **Amer. J. Orthodont.**, 70: 481-504, 1976.
- 64 - HO KIM, Y. A cephalometric analysis of facial and pharyngeal structures in cleft and non cleft children. **Amer. J. Orthodont.**, 44: 391-2, 1958.
- 65 - HUDDART, A. G. An analysis of the maxillary changes following presurgical dental orthopaedic treatment in unilateral cleft lip and palate cases. **Europ. Orthod. Soc. Trans.**, p. 299-314, 1967.
- 66 - HUDDART A. G.; BODENHAM R. S. The evaluation of arch form and occlusion in unilateral cleft palate subjects. **Cleft Palate J.**, v. 9, p. 194-209.1972.
- 67 - HUDDART A. G.; MACCAULEY F. J.; DAVIS M. E. Maxillary arch dimensions in normal and unilateral cleft palate subjects. **Cleft Palate J.**, v. 6, p. 471-487. 1969.
- 68 - JESUS, J. et al. A comparative cephalometric analysis of monoperated cleft palate adults and normal adults. **Amer. J. Orthodont.**, 45: 61-2, 1959.
- 69 - JOHNSON, N; WILLIAMS, A. C.; SINGER, S.; SOUTHALL, P.; ATACK, N.; SANDY, J. R. Dentoalveolar relations in children born with a unilateral cleft lip and palate (UCLP) in Western Australia. **Cleft Palate Craniofac. J.** v. 37, p. 12-16, 2000.

- 70 - JOHNSTON JR.; L. E. et al. The reduction of susceptibility in bias in retrospective comparisons of alternative treatment strategies. In: DRULAND, M.; VIG, K.; VIG, P. S. (Ed). Clinical research as the basis of clinical practice. Ann Arbor: University of Michigan, 1991, p 155-177 (**Monograph, 25**).
- 71 - JOHNSTON JR.; L. E. A comparative analysis of CL II treatment. In: VIG, P. S.; RIBBENS, K. A.; (Ed). Science and clinical judgment in orthodontic. Ann Arbor: University of Michigan, 1986. (**Monograph, 1**).
- 72 - JOLLEYS, A. A reviews of the results of operations on cleft palates with reference to maxillary growth and speech function. **Brit. J. Plast. Reconstr. Surg.**, 7: 229-41, 1954/55.
- 73 - KAPLAN, E. N. Cleft palate repair at 3 month? **Ann. Plast. Surg.**, 7:719, 1981.
- 74 - KASSIS, W. **Correção do lábio leporino unilateral pela pástica em Z. Contribuição táctica.** Bauru, Faculdade de Odontologia de Bauru, 1972. Tese.
- 75 - KOBERG, W.R. & KOBLIN, I. Speech development and maxillary growth in relation to technique and timing of palatoplasty. **J. Max-fac. Surg.**, 1: 44-50, 1973.
- 76 - KRAUSE, C. J. et al. A comparative study of results of the Von Langenbeck and the V-Y Push-back palatoplasties. **Cleft Palate J.** 13: 11-19, 1976.
- 77 - KROGMAN, W. M.; JAIN, R. B.; LONG JR., R. E. Sex difference in craniofacial growth from one month to ten years in cleft lip and palate. **Cleft Palate J.**, v. 19, n. 1, p. 62-71, Jan. 1982.

- 78 - KROGMAN, W. M. A longitudinal study of the craniofacial growth pattern in children with clefts as compared to normal, birth to six years. **Cleft Palate J.**, v. 12, p. 59-84, 1975.
- 79 - LAPA, F. S. & SPINA, V. Fissuras lábio-palatinas sob o ponto de vista ortodôntico. **Rev. Ass. Paul. Cirurg. Dent.**, 16: 1-7, 1962.
- 80 - LEE, S. T. et al. International Committee on cleft documentation and measurements: recommendations, **7 th International Conference on Cleft Palate and Related Craniofacial Anomalies, Australia.** 1993
- 81 - LE MESURIER, A. B. A method of cutting and suturing the treatment of complete unilateral cleft. **Plast. Reconstr. Surg.**, 4: 1-9, 1949.
- 82 - LE MESURIER, A. B. The treatment of complete unilateral harelip. **Surg. Gynec. Obstet.**, 95: 17-25, 1952.
- 83 - LE MESURIER, A. B. The quadrilateral Mirault flap operation for harelip. **Plast. Reconstr. Surg.**, 16: 422-32, 1955.
- 84 - LE MESURIER, A. B. Complete unilateral cleft of the lip. **Plast. Reconstr. Surg.**, 25: 595-608, 1960.
- 85 - LEMOS, P. C. O Método curcial de Rebelo Neto no tratamento do lábio leporino. **Na. Soc. Med. Pernambuco.** 4: 91-94, 1952.
- 86 - LEMOS, P. C. Nova operação para lábio leporino simples. **O Hospital**, 50: 173-7, 1956.
- 87 - LEWIN, M.L. Management of cleft lip and palate in the United States and Canada: report of a survey. **Plast. Reconstr. Surg.**, 33: 383-94, 1964.
- 88 - LINDSAY, W. K. Surgery. In ROSS R. B. & JOHNSTON, M. C. (eds). **Cleft lip and Palate**, pp 121-157. Baltimore: WILLIANS & WILKINS, 1972.

- 89 - LINDSAY, W. K.; WITZEL M. A. Cleft palate repair: Von langenbeck technique, In: Bardach J, Morris, HL, eds. **Multidisciplinary of Cleft Lip and Palate**. Philadelphia: Harcourt Brace Jovanovich; p. 303-308, 1990.
- 90 - LODOVICI, O. **O crescimento da maxila em criança com fissura lábio-palatina operada. Estudo pela cefalometria radiográfica**. São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1964. Tese.
- 91 - LODOVICI, O. O crescimento da maxila em crianças com fissura lábiopalatina operada. **Rev. Lat. Amer. Cirurg. Plast.**, 9: 44-66, 1965.
- 92 - LYNCH, J.B. et al. Maxillary bone grafts in cleft palate patients. **Plast. Reconstr. Surg.**, 37: 91-9, 1966.
- 93 - MACCANCE A.; ROBERTS-HARRY D. P.; MARS M.; SHERIFF M.; HOUSTON W. J. B. A study model analysis of adult unoperate Sri Lankans with unilateral cleft lip and palate. **Cleft Palate J.**, v. 27, p. 146-154, 1990.
- 94 - MACCANCE A.; ROBERTS-HARRY D. P.; MARS M.; HOUSTON W. J.B.; Sri Lankan cleft lip and palate study model analysis: clefts of the secondary palate. **Cleft Palate Craniofac. J.**, v. 30, p. 227-230, 1993.
- 95 - MACKAY F.; BOTTOMLEY J.; SEMB G.; ROBERTS C. Dentofacial form in the 5-year-old child with unilateral cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac J.**, v. 31, p. 372-375, 1994.

- 96 - MALEK, R.; PSAUME, J. Nouvelle conception de la chronologie et de la technique chirurgicale du traitement des fentes labio-palatines: resultats sur 220 cas. **Ann. Chir. Plast. Esthet.**, 28 (3): 237-47, 1983.
- 97 - MALGAINE, J. F. apud MUSGRAVE, R. H. General aspects of unilateral cleft lip repair. In: GRABB, W. C. ed. et al. **Cleft lip and palate: surgical, dental and speech aspects**. Boston, Little and Brown, 1971. p. 175-94.
- 98 - MARCKS, K. M. et al. Further observations in cleft lip repair. **Plast. Reconstr. Surg.**, 12: 392, 1953.
- 99 - MARS M.; PLINT D. A.; HOUSTON W. J. B.; BERGLAND O.; SEMB G. The Goslon Yardstick: a new system of assessing dental arch relationships in children with cleft lip and palate. **Cleft Palate J.**, v. 24, p. 314-322, 1987.
- 100 - MARS M.; PLINT D. A.; HOUSTON W. J. B.; BERGLAND O.; SEMB G. The Goslon Yardstick: a new system of assessing dental arch relationships in children with cleft lip and palate. **Cleft Palate J.**, v. 24, p. 314-322, 1990.
- 101 - MARS M.; ASHER-MCDADE C.; BRATTSTRÖM V.; DAHL E.; MCWILLIAM J.; MOLSTED K.; PLINT D. A.; PRAHL-ANDERSEN B.; SEMB G.; SHAW W. C.; The R. P. S. A six-center international study of treatment outcome in patients with clefts of the lip and palate: Part 3. Dental arch relationships. **Cleft Palate Craniofac. J.**, v. 29, p. 405-408, 1992.
- 102 - MARS, M. et al. A comparison of the dental occlusion from a United Kingdom sample of complete unilateral cleft lip and palate patients, with those from the Eurocleft Study. In transactions. **8th International Congress on cleft palate and related craniofacial anomalies**. Singapore, September, 1997.

- 103 - MARSCH, J. L.; GRAMES L. M.; HOLTMAN, B. Intravelar veloplasty: a prospective study. **Cleft Palate J.**, 26: 46-50.
- 104 - MARTINS, J. C. R. Avaliação cefalométrica comparativa dos resultados da interceptação da má oclusão de CL II, divisão 1ª de Angle, efetuados com o aparelho extrabucal removível ou, com o Biomotor. **Tese de Livre Docência**, Araraquara, 1997.
- 105 - MAZAHERI, M. et al. The effect of surgery on maxillary growth and cleft width. **Plast. Reconstr. Surg.**, 40: 22-30, 1967.
- 106 - MESTRE, J. C. et al. Unoperated oral clefts at maturation. **Angle Orthodont.** 30: 78-85, 1960.
- 107 - MILLARD, JR., D. R. Refinements in rotation advancement cleft lip technique. **Plast. Reconstr. Surg.**, 33: 26-32, 1954.
- 108 - MILLARD, JR, D. R. Radical rotation in single harelip. **Amer. J. Surg.**, 95: 318-25, 1958.
- 109 - MILLARD, JR. D. R. Rotation – advancemente in the repair of unilateral cleft lip. In: GRABB, W. C. ed. et al. **Cleft lip and palate: surgical, dental and speech aspects**. Boston, Little and Brown, 1971. p. 195-203.
- 110 - MIRAULT, G. Deux lettres sur l'opération du bec-de-lièvre considéré dans sens divers etats de simplicité. **J. Chir.**, 2: 275, 1844.
- 111 - MORRIS T.; ROBERTS C.; SHAW W. C. Incisal overjet as an outcome measure in unilateral cleft lip and palate management. **Cleft Palate Craniofac J.**, v.31, p. 142-145. 1994.
- 112 - NAGEN FILHO, H & MORAES, N. Contribuição para o estudo da prevalência das más formações congênitas lábio-palatais na população escolar de Bauru. **Rev. Fac. Odont.** S. Paulo, 6: 111-128, 1968.

- 113 - NAKAMURA, S. et al. Facial growth of children with cleft lip or/palate. **Cleft Palate J.**, 9: 119-31, 1972.
- 114 - NORDEN, E. et. al. The deciduos dentition after only primary surgery operations for clefts of the lip, jaw and palate. **Amer. J. Orthod.**, 63: 229-36, 1973.
- 115 - NOVERRAZ A. E. M.; KUIJPERS-JAGTMAN A. M.; MARS M.; VAN'T HOF M.A. Timing of hard palate closure and dental arch relationship in unilateral cleft lip and palate patients: a mixed-longitudinal study. **Cleft Palate Craniofac. J.**, v. 30, p. 391-396, 1993.
- 116 - OSBORNE, H. A. A serial cephalometric analysis of facial growth in adolescent cleft palate subjects. **Angle Orthodont.**, 36: 211-23, 1966.
- 117 - PALMER, J. M. & ADAMS, M. R. The oral image of children with cleft lip and palate. **Cleft Palate Bull.**, 12: 72-6, 1962.
- 118 - PALMER, C. R. et al. Cleft palate repair. Comparison of the results of two surgical techniques. **Can. J. Surg.**, 12: 32-9, 1969.
- 119 - PAQUETTE, D. E. The elimination of susceptibility bias in orthodontic clinical research. St Louis, 1990. 1-15 p. **Thesis (Master) – Saint Louis University.**
- 120 - PARÉ, A. apud MUSGRAVE, R. H. General aspects of the unilateral cleft lip repair. In: GRABB, W. C. ed. et al. **Cleft lip and palate: surgical, dental and speech aspects.** Boston, Little and Brown, 1971. p. 175-94.
- 121 - PASSAVANT, P.G., Rucklagerung des Gaumensegels. **Archiv für klinische Chirurgie** 6:333, 1865.

- 122 - PAULIN, G., THILANDER B., Dentofacial relations in young adults with unilateral complete cleft lip and palate. A follow-study. **Scand. J. Plast. Reconstr. Hand Surg.**, 25:63-72, 1991.
- 123 - PEYTON, W. T. The dimension and growth of the palate in the normal infant and in tge infant with gross maldevelopment of the upper lip and palate. **Arch. Surg.**, 22: 704-37, 1931.
- 124 - PICKRELL, K., et al. Study of 100 cleft lip-palate patients operated upon 22 to 27 years ago by one surgeon. **Plast. Reconstr. Surg.** 49: 149-55, 1972.
- 125 - PIGOSSI, N. Táticas na correção do lábio leporino pela plástica em Z. **Ver. Lat. Cirurg. Plast.** 10: 95-100, 1966.
- 126 - PRUZANSKY, S. The role of the orthodontics in a cleft palate team. **Plast. Reconstr. Surg.**, 14: 10-29, 1954.
- 127 - PRUZANSKY S. Factors determining arch form in clefts of the lip and palate. **Amer. J. Orthod.**, 41: 827-51, 1955.
- 128 - PRUZANSKY S.; ADUSS H. Archform and the deciduos occlusion in complete unilateral clefts. **Cleft Palate J.**, v. 1, p. 411-418, 1964.
- 129 - PRUZANSKY S.; ADUSS H. Prevalence of arch collapse and malocclusion in complete unilateral cleft lip and palate. **Rep. Congr. Eur Orthod Soc.**, v. 43, p. 365-382, 1967.
- 130 - RANDALL, P. Triangular flap in the repair of unilateral cleft lip. I: GRABB, W. C. ed. et al. **Cleft lip and palate: surgical, dental and speech aspects.** Boston, Little and Brown, 1971. p. 203-14.

- 131 - RANDALL, P.; LA ROSSA, D.; FAKHRACE, S. M.; COHEN, M. A. Cleft palate closure at three to seven months of age: a preliminary report. **Plast. Reconstr. Surg.**, 71:624, 1983.
- 132 - RANDALL, P.; LA ROSSA, D.; SOLOMON, M.; COHEN, M. Experience with the Furlow double reversing Z-plasty for cleft palate repair. **Plast. Reconstr. Surg.**, 77:569, 1986.
- 133 - RANDALL, P.; LA ROSSA, D.; COHEN, M. Experiences with the Furlow Palatoplasty. In: The proceedings of the X Congress of the International Confederation for Plastic and Reconstructive Surgery, vol. I. Madrid. **Excerpta Medica**, Amsterdam, 1992, p. 223-234.
- 134 - ROBERT, J. Traité de principaux object de médecine, avec un sommaire de la pluspart des theses sotennues aux écoles de Paris depuis 1762 jus q'en 1764. Paris, 1766.
- 135 - ROBERTS C. T.; SEMB G.; SHAW W. C. Strategies for the advancement of surgical methods in cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac. J.**, v. 28, n° 2, p. 141-149; April, 1991.
- 136 - ROBERTS C. T.; RICHMOND S. The design and analysis of reliability studies for the use of epidemiological and audit indices in orthodontics. **Br J Orthod.** v. 24, p. 139-147, 1997.
- 137 - ROGERS, B. O. History of cleft lip and palate treatment. In: GRABB, W. C. **Cleft lip and palate: surgical, dental and speech aspects**. Boston. Little and Brown, 1971, p. 142-160.
- 138 - ROSE, W. Harelip and cleft palate. Londos, H. K. Lewis, 1891.
- 139 - ROSENTHAL, W. Zur frage der Gaumenplastik. **Zentralblatt tür chirurgie.** 51:1621, 1924.

- 140 - ROSS, R. B. The clinical implication of facial growth in cleft lip and palate. **Cleft Palate J.**, v. 7, p. 37-47, Jan. 1970.
- 141 - ROSS, R. B. Variables affecting facial growth in cleft lip and palate. In: HOTZ, M. et al. **Early treatment of cleft lip and palate**, Hans Huber, 1984, p. 238-46, Toronto.
- 142 - ROSS, R. B. Treatment variables affecting facial growth in complete unilateral cleft lip and palate. Part 1: treatment affecting growth. **Cleft Palate J.**, v. 24, n. 1, p. 5-23, Jan. 1987.
- 143 - ROSS, R. B. Treatment variables affecting facial growth in complete unilateral cleft lip and palate. Part 4: Repair of the cleft lip. **Cleft Palate J.**, v. 24, n. 1, p. 45-53, Jan. 1987.
- 144 - ROSS, R. B. Treatment variables affecting facial growth in complete unilateral cleft lip and palate. Part 5: Timing of the palate repair. **Cleft Palate J.**, v. 24, n. 1, p. 54-63, Jan. 1987.
- 145 - ROSS, R. B. Treatment variables affecting facial growth in complete unilateral cleft lip and palate. Part 6: Techniques of palate repair. **Cleft Palate J.**, v. 24, n. 1, p. 64-70, Jan. 1987.
- 146 - ROSS, R. B. Treatment variables affecting facial growth in complete unilateral cleft lip and palate. Part 7: An overview of treatment and facial growth. **Cleft Palate J.**, v. 24, n. 1, p. 71-7, Jan. 1987.
- 147 - ROSS, R. B. Growth of the facial skeleton following the Malek repair for unilateral cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac J.**, v. 32, n. 3, p. 194-8, May 1995.

- 148 - SANDY JR, WILLIAMS A. C.; MILDINHALL S.; MURPHY T.; BEARN D.; SHAW W. C.; SELL D.; DEVLIN B.; MURRAY J. The Clinical Standarts Advisory Group (CSAG) cleft lip and palate study. **Br J Orthod.**, v. 25, p. 21-30, 1998.
- 149 - SEMB, G. A study of facial growth in patients with unilateral cleft lip and palate treated by the Oslo CLP Team. **Cleft Palate Craniofac. J.**, v. 28, n.1, p. 1-21, Jan. 1991.
- 150 - SEMB, G.; SHAW, W. C. Simonart's band and facial growth in unilateral clefts of the lip and palate. **Cleft Palate Craniofac J.**, v. 28, n.1, p. 40-6, Jan. 1991.
- 151 - SHAW, W. C. et al. A six-center international study of treatment outcome in patients with clefts of the lip and palate: Part 5. General discussion and conclusions. **Cleft Palate Craniofac J.**, v. 29, n.5, p. 413-8, Sep. 1992.
- 152 - SHAW W. C.; DAHL E.; ASHER-MCDADE C.; BATTSTRÖM V.; MARS M.; MCWILLIAMS J.; MOLSTED K.; PLINT D. A.; PRAHL-ANDERSON B.; ROBERTS C.; SEMB G.; The RPS. A six-centre international study of treatment outcome in patients with clefts of the lip and palate. Parts 1-5. **Cleft Palate Craniofac J.** v. 29, p. 393-418, 1992.
- 153 - SHAW, W. C., et al. The RPS 1992 Intercentre clinical audit for cleft lip and palate – a preliminary European investigations. Recent advances in plastic surgery. **Churchill Livingstone, Edinburg**, p 1 ~ 15, 1992.
- 154 - SHAW, W. C., SEMB G. Current approaches to the orthodontic management of cleft lip and palate. **J R Soc. Med.**, v.83, p.30-33, 1992.
- 155 - SCHOENBORN, K. Über eine neue Methode der staphylorrhpie. *Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie* 4:235, 1876.

- 156 - SILVA FILHO, O. G.; LAURIS, R. C. M. C.; CAVASAN, A. O. Pacientes fissurados de lábio e palato: efeitos suscitados pela queiloplastia. **Ortodontia**, 23 (3): 25-34, 1990.
- 157 - SILVA FILHO, O. G.; RAMOS, A. L.; CAPELOZZA FILHO, L. La influencia de la queiloplastia y de la palatoplastia en la determinación de la forma del arco dentario superior en fissurados de labio y paladar. **Revista Espanola de Ortodoncia**, Vol. XXI, Vol. 3, 237~249, 1991.
- 158 - SILVA FILHO, O. G.; RAMOS, A. L.; ABDO, R. C. C. Morfologia dos arcos dentários em pacientes portadores de fissura de lábio e palato, não operados. **Ortodontia**, 24 (1): 9:17, 1991.
- 159 - SILVA FILHO, O. G.; RAMOS, A. L.; CAPELOZZA FILHO, L. Influência da queiloplastia nas dimensões e forma do arco dentário superior em adultos fissurados de lábio e palato. **Rev. Soc. Bras. Odontol**, 9 (1): 269-75, Abr/Dez, 1991.
- 160 - SILVA FILHO, O. G.; RAMOS, A. L.; ABDO, R. C. C. The influence of unilateral cleft lip and palate on maxillary dental arch morphology. **Angle Orthodont**, 62 (4): 283-90, 1992.
- 161 - SILVA FILHO, O. G. et al. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. **Rev. Bras. Cirug**, 82 (2): 59-65, mar/abr, 1992.
- 162 - SILVA FILHO, O. G.; NORMANDO, A. D. C.; CAPELOZZA FILHO, L. Mandibular morphology and spatial position in patients with clefts: intrinsic or iatrogenic. **Cleft Palate Craniofac. J.**, v. 29, n. 4, p. 369-75, July 1992.

- 163 - SILVA FILHO, O. G.; NORMANDO, A. D. C.; CAPELOZZA FILHO, L. Mandibular growth in patients with cleft lip and/or cleft palate – the influence of cleft type. **Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop.**, v. 104, n. 3, p. 269-75, Sep. 1993.
- 164 - SILVA FILHO, O. G.; CRISTOVÃO R. M.; SEMB, G. Prevalence of a soft tissue bridge in a sample of 2014 patients with complete unilateral cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac. J.**, v. 31, n. 2, p. 122-4, 1994.
- 165 - SILVA FILHO, O. G.; RAMOS, A. L.; CAPELOZZA FILHO, L. Influence of palatoplasty on the upper dental arch shape and dimensions of unilateral complete cleft lip and palate patients. **Brazilian J. Dysmorphology and speech-learning disorders**, 1:41-54, 1997.
- 166 - SILVA FILHO, O. G., OKADA, T.; FREITAS, J. A. S. Fissuras lábiopalatais: Diagnóstico e uma filosofia interdisciplinar de tratamento. In: Pinto, V. **Saúde Bucal Coletiva**, p. 481-527, 1997.
- 167 - SLAUGHTER, W. B. and BRODIE, A. G. Facial clefts and their surgical. Management in view of recent research. **Plast. Reconstr. Surg.**, 4: 311-32, 1949.
- 168 - SLAUGHTER, W. B. and PRUZANSKY, S. The rationale for velar closure as a primary procedure in the repair of cleft palate defects. **Plast. Reconstr. Surg.**, 13: 341-57, 1954.
- 169 - SMAHEL, Z.; MÜLLEROVÁ, Z. Effects of mandibular growth patterns on the development and configuration of the face in patients with unilateral cleft lip and palate. **Scand J. Plast. Reconstr. Hand. Surg.**, v. 28, p. 207-15, 1994.

- 170 - SMAHEL, Z.; MÜLLEROVÁ, Z. Facial growth and development in unilateral cleft lip and palate from the time of palatoplasty to the onset of puberty: a longitudinal study. **J. Craniofac. Genet. Dev. Biol.**, v. 15, p. 72-80, 1995.
- 171 - SMAHEL, Z. et al. Development of overjet and dentoskeletal relations in unilateral cleft lip and palate before and during puberty. **Cleft Palate Craniofac. J.**, v. 31, n. 1, p. 24-30, 1994.
- 172 - SPINA, V. e LODOVICI, O. Técnica conservadora para o tratamento do lábio leporino unilateral. Reconstituição do tubérculo mediano. **Rev. Ass. Med. Bras.**, 5: 325-330, 1959.
- 173 - SPINA, V. et al. Tratamento cirúrgico das fissuras transalveolares uni e bilaterais. Evolução pela craniometria e modelagem. **Rev. lat-amer, Cirurg. Plast.**, 5: 38:50, 1961.
- 174 - SPINA, V.e LODOVICI,O. Classificação das fissuras lábio-palatais. Sugestão de modificação. **Ver. Hosp. Clin. Fac. Med. S.Paulo**, v. 27, n. 1, p. 5-6, 1972.
- 175 - STEINER, C. C. Cephalometrics as a clinical tool. In: HRAUS, B. S. & RIEDEL, R. A., eds. **Vistas in Orthodontics.**, Philadelphia, Lea & Febiger. 1962, p. 131-61
- 176 - SUBTELNY, J. D.; BRODY, A. G. An analysis of orthodontic expansion in unilateral cleft lip and cleft palate patients. **Am. J. Orthod**; 40: 686-97, 1954.
- 177 - SUBTELNY, J. D. A review of cleft palate growth studies reported in the past 10 years. **Plast. Reconstr. Surg.**, 30: 56-67, 1962.

- 178 - SUZUKI, A. et al. Relationship between cleft severity and dentocraniofacial morphology in Japanese subjects with isolated cleft palate and complete unilateral cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac. J.**, v. 30, n. 2, p.175-81, Mar. 1993.
- 179 - SWANSON, L. T. et al. Evaluation of the dental problems in the cleft palate patient. **Amer. J. Orthodont**, 42: 749-65, 1956.
- 180 - THOMPSON, J. E. Septal flap in closure of unilateral clefts of the palate. **J. Amer. Med. Ass.**, 87: 1384-88, 1926.
- 181 - TENNISON, C.W. The repair of the unilateral cleft lip by stencil method. **Plast. Reconstr. Surg.**, 9: 115-20, 1952.
- 182 - VAN LIMBORG, J. Some aspects of the development of the cleft-affected face.. In: HOIZ, R. eds. **Early treatment of cleft lip and palate**. Berne, Hans Hubber, 1964, p. 25-9.
- 183 - VEAU, V. Étude anatomique du bec-lièvre unilateral total. **Ann d'anat. path.**, 50: 601, 1928.
- 184 - VEAU, V. Division palatine. Paris, Masson, 1931.
- 185 - VON GRAEFE apud MUSGRAVE, R. H. General aspects of the unilateral cleft lip repair. In: GRABB, W. C. ed. et al. **Cleft lip and palate: surgical, dental and speech aspects**. Boston, Little and Brown, 1971. p. 175-94.
- 186 - VON LANGENBECK, B.R.K. Operation der angeborenem totalen spaltung des harten gaumens nach einer neuen methode. **Deutsh. Klin.**, 13: 231-2, 1861.
- 187 - WARD BOOTH P. Services for cleft lip and palate. **British Medical Journal**, 310:1405 (letter), 1995.

- 188 - WARDILL, W.E. apud JOLLEYS, A. A review of the results of operations on cleft palates with reference to maxillary growth and speech function. **Brit. J. Plast. Reconstr. Surg.**, 7: 229-41, 1954/55.
- 189 - WARREN, J. M., Fissures of the hard and soft palate. In surgical observations with cases and operations. Boston: **Ticknor**, 1867.
- 190 - WILLIAMS, A.; SHAW, W. C. & DELVIN, H. B. Provision of services for cleft lip and palate in England and Wales. **British Medical Journal**, 309-1552, 1994.
- 191 - WITZEL, M. A.; SALYER, K. E., ROSS, B. R. Delayed hard palate closure: The philosophy revisited. **Cleft Palate J.**, 21:263-269, 1984.
- 192 - WYNN, S. K. Lateral flap cleft lip surgery technique. **Plast. Reconstr. Surg.**, 26: 509-611, 1960.
- 193 - YOSHIDA, H.; NAKAMURA, A.; MICHI, K. I., Cephalometric Analysis of maxillofacial morphology in unoperated cleft palate patients. **Cleft Palate Craniofac. J.**, 29:419-424, 1992.

RESUMO

9. RESUMO

O presente trabalho de pesquisa descreve um estudo retrospectivo com o objetivo de avaliar os efeitos das cirurgias primárias de lábio e palato sobre a relação dos arcos dentários, mediante a obtenção dos modelos de estudo de 317 pacientes portadores de fissura de lábio e palato completos (fissura transforame incisivo unilateral), documentados aos 5 – 6 anos de idade, dentre as quais, 267 pacientes são do Centro de Bauru e 50 do Centro de Oslo – Noruega. Os modelos de estudos foram avaliados por diferentes categorias de examinadores, baseados nos índices oclusais de Atack et al aplicados aos 5 anos de idade, atribuindo escores de 1 a 5. O nível de reprodutibilidade inter-examinadores e intra-examinadores do “índice oclusal” mostrou ser bastante eficaz e o nível de concordância entre diferentes categorias de examinadores também foi satisfatório. Na comparação intercentros, o índice oclusal médio de Oslo mostrou superioridade (2,52) sobre os de Bauru (3,07). 60% da amostra de Oslo apresentaram índices 1 e 2, 22% o índice 3 e 18% os índices 4 e 5. Na amostra de Bauru, 34% representaram o índice 1 e 2, 27,72% o índice 3 e 38, 20% os índices 4 e 5. A amplitude da fissura influencia a relação interarcos final, assim como a presença de bandeleta interfere na amplitude da fissura e conseqüentemente na relação interarcos. A avaliação dos protocolos cirúrgicos não permite obter conclusões decisivas em função do grande número de variáveis, mas, os resultados sugerem que mais do que a técnica cirúrgica em sí, a habilidade e experiência do cirurgião são fatores decisivos nos resultados interarcos.

ABSTRACT

10. ABSTRACT

The purpose of this retrospective study was to assess the effect of lip and palate primary repair on the dental arch relationships of 317 complete unilateral cleft lip and palate patients aged 5-6 years. Of the total sample, 267 patients were from Bauru Center, in Brazil, and 50 from the Oslo Center, in Norway. The current study was performed on the basis of cast models, which were ranked in 5 groups according to the 5-year old study model index proposed by Atack et al. All models were evaluated by different categories of examiners. Inter- and intra-examiner reproducibility using the "occlusal index" proved to be efficient. The degree of agreement among different categories of examiners were also satisfactory. The inter-center comparison showed better results for the Oslo Center (2,52) than for Bauru Center (3,07). 60% of the Oslo sample presented occlusal indexes 1 and 2; 22% presented occlusal index 3, and 18% presented indexes 4 and 5. 34% of Bauru sample presented occlusal indexes 1 and 2; 27,72% presented index 3, and 38,20% presented indexes 4 and 5. Cleft size influenced the final inter-arch relationship, as well as Simonart's band influenced the cleft size and the final inter-arch relationship. Evaluation of the surgical protocol does not allow for decisive conclusions due to the great number of variables. However, the findings suggest that the surgeon's skill and experience, more than the surgical technique itself, are decisive factors that may interfere in the dentoalveolar results.

APÊNDICE

Tabela 7 - Amostra de Bauru e Oslo com os respectivos índices oclusais e dados de interesse

Nº	RG Hosp	Lado Fiss.	Sex	Id	Tam. Fiss.	Idade cir. 1	Prot. cir.	Técnica 1	Cirurg.	Idade cir. 2	Técnica 2	Cirurg.	Cirurg.	Cirurg. Queilo 1ª Palato 1ª	Índice Oclusal 1 - 5	Media	D.P.
1	12452	ESQ	M		A	6	5	SP-MC	1	20	VL	1	1	1	5	4.82	0,3917
2	13511	ESQ	F	M	E	3	1	MIL-MAL	2	19	HP	2	2	2	4	3.55	0,617
3	13740	DIR	F		R	4	1	MIL-MAL	2	25	HP	2	2	2	2	2.00	0
4	13741	ESQ	M	P	E	10	1	MIL-MAL	2	66	HP	8	11	11	4	3.94	0,5556
5	13746	DIR	M		R	7	1	MIL-MAL-MC	2	18	HP	2	2	2	3	2.45	0,5641
6	13808	ESQ	M	M	E	4	1	MIL-MAL	2	59	HP	2	2	2	4	3.88	0,5999
7	13809	ESQ	F		E	3	1	MIL-MC	2	6	MAL	2	2	2	4	3.48	0,6185
8	13840	ESQ	M		A	6	1	MIL-MAL-MC	2	78	HP	2	2	2	1	1.33	0,6455
9	13893	ESQ	F		A	6	1	MIL1-MAL	2	23	HP	2	2	2	2	2.36	0,6528
10	13965	ESQ	F		A	3	1	MIL-MAL	2	18	HP	2	2	2	2	2.58	0,5019
11	13968	ESQ	M		E	7	4	SP	3	18	HP	3	3	3	2	1.64	0,6528
12	13986	DIR	M		E	4	1	MIL-MAL	2	18	HP	2	2	2	2	2.21	0,4151
13	13990	ESQ	F		A	3	9	MIL1	2	20	VEAU-Push Back	2	2	2	4	4.00	0,433
14	14037	ESQ	M		R	7	5	SP-MC	1	20	VL	1	1	1	3	2.33	0,8758
15	14049	ESQ	M		R	10	5	SP	3	18	VL	3	3	3	3	2.76	0,4352
16	14063	ESQ	M	G	E	9	1	MIL1-MAL	2	22	HP	2	2	2	3	2.70	0,8095
17	14085	ESQ	M		R	7	5	SP	1	20	VL	1	1	1	5	2.09	0,7699
18	14086	ESQ	M		R	15	5	SP-MC	1	56	VL	1	1	1	3	2.42	0,6139
19	14101	ESQ	M	G	E	4	1	MIL-MAL	2	18	HP	2	2	2	2	1.85	0,3641
20	14130	DIR	M		R	5	1	MIL1-MAL	2	18	HP	2	2	2	2	2.06	0,3482
21	14134	ESQ	M		R	11	7	MIL	4	28	VL-LU	4	4	4	2	2.55	0,5741
22	14187	DIR	F	P	R	12	5	SP	5	20	VL	5	5	5	3	3.03	0,3941
23	14199	ESQ	F		R	3	1	MIL1-MAL	2	18	HP	2	2	2	3	2.73	0,6742
24	14206	ESQ	M		R	7	1	MIL1-MAL	2	28	HP	2	2	2	4	3.85	0,755
25	14271	ESQ	F	G	E	3	1	MIL1-MAL	2	18	HP-Queilo2	2	2	2	1	1.24	0,5607
26	14285	DIR	F		R	10	4	SP	5	18	HP	5	5	5	3	3.45	0,7111
27	14337	ESQ	F		R	4	5	SP	6	20	VL	6	6	6	3	3.12	0,5999
28	14362	DIR	F		R	7	4	SP	4	19	HP	4	4	4	3	2.88	0,4151
29	14365	ESQ	M		R	7	5	SP	9	13	VL	5	11	11	3	3.00	0,5
30	14380	DIR	M		R	11	5	SP	5	22	VL	5	5	5	1	1.30	0,5855
31	14398	ESQ	M		R	5	5	SP	9	19	VL-LU	4	11	11	3	2.55	0,5641
32	14405	ESQ	M	A	A	6	5	SP-MC	1	19	VL	1	14	1	4	4.18	0,5276
33	14418	ESQ	M		R	5	5	SP	cam	18	VL	1	9	11	4	3.97	0,6366
34	14429	DIR	M		E	7	5	SP	3	19	VL	3	3	3	3	3.06	0,4286
35	14438	DIR	M		E	9	5	SP	8	18	VL	5	11	11	2	2.09	0,5222

Tabela 7 - Amostra de Bauru e Oslo com os respectivos índices oclusais e dados de interesse

Nº	RG Hosp	Lado Fiss.	Sex	Idade	Prot. cir.	Técnica 1	Cirurg.	Idade cir. 2	Técnica 2	Cirurg.	Cirurg.	Índice Oclusal 1 - 5	Media	D.P.
36	14445	ESQ	M	6	1	MIL-MAL	2	22	HP-MC	2	2	3	2.73	0,6742
37	14447	ESQ	M	4	2	MIL-MAL-SK	7	59	HP	7	7	2	2.06	0,3482
38	14459	DIR	M	4	1	MIL1	2	18	HP	2	2	1	1.18	0,3917
39	14493	DIR	M	10	5	SP	cam	18	VL	9	11	2	2.21	0,4151
40	14512	DIR	F	3	3	MIL	4	18	HP	4	4	2	1.88	0,4151
41	14531	ESQ	M	18	5	SP	5	30	VL	5	5	4	3.76	0,4352
42	14551	ESQ	M	9	4	SP	5	15	HP	5	8	2	2.39	0,4962
43	14553	DIR	M	6	5	SP-Nasal F	3	21	VL	3	3	5	4.45	0,6657
44	14556	DIR	F	16	5	SP	4	19	VL	2	11	4	3.88	0,5999
45	14564	DIR	F	13	5	SP	cam	22	VL	5	11	4	3.55	0,6657
46	14570	DIR	F	12	5	SP	8	22	VL	8	8	1	1.24	0,7513
47	14616	ESQ	F	7	2	SP-MAL-SK	7	26	HP	2	11	3	2.79	0,6499
48	14625	ESQ	F	13	5	SP-MC	1	18	VL	1	1	4	3.88	0,4151
49	14636	DIR	M	10	4	SP	4	26	HP	4	4	2	1.82	0,6351
50	14637	ESQ	M	9	5	SP	cam	20	VL	6	11	3	2.85	0,6671
51	14665	ESQ	F	11	4	SP	5	18	HP	5	5	3	2.94	0,4962
52	14695	ESQ	M	11	5	SP-RMV	5	20	VL	5	5	2	2.00	0,25
53	14696	ESQ	M	14	5	SP	1	23	VL	1	1	4	3.97	0,5294
54	14772	ESQ	M	18	5	SP	6	26	VL	6	6	3	2.55	0,5641
55	14791	ESQ	M	3	7	MIL	4	17	VL	4	4	4	3.91	0,579
56	14793	ESQ	M	9	5	SP	8	21	VL	8	8	3	2.88	0,4151
57	14805	DIR	F	12	3	MIL-SK	1	18	HP	1	1	5	4.64	0,4885
58	14806	ESQ	F	11	6	SP	5	15	FURLOW	5	5	4	4.00	0,6124
59	14818	DIR	M	8	5	SP-MC	1	20	VL	1	6	5	4.48	0,6671
60	14823	ESQ	M	10	5	SP	5	20	VL	5	5	5	4.73	0,5168
61	14841	ESQ	M	6	7	MIL	4	22	VL	4	4	2	2.00	0,25
62	14842	DIR	M	3	1	MIL	mau	14	HP	2	11	5	5.00	0
63	14861	ESQ	M	7	5	SP-MC	1	19	VL	3	11	2	2.00	0
64	14868	ESQ	F	9	5	SP	8	22	VL	8	8	2	2.15	0,6671
65	14869	ESQ	M	7	5	SP	5	18	VL	5	5	5	4.76	0,6139
66	14900	ESQ	M	7	5	SP	8	19	VL	8	8	2	2.33	0,4787
67	14918	DIR	M	12	7	MIL	4	25	VL	6	11	3	2.39	0,7044
68	14952	ESQ	F	6	5	SP	3	18	VL	3	3	3	2.58	0,5019
69	14953	ESQ	M	8	5	SP-MC	1	26	VL	8	11	5	4.91	0,2919
70	14967	ESQ	F	11	5	SP	4	52	VL	12	11	2	2.09	0,723

Tabela 7 - Amostra de Bauru e Oslo com os respectivos índices oclusais e dados de interesse

N°	RG Hosp	Lado Fiss.	Sex	B	Tam. Fiss.	Idade cir. 1	Prot. cir.	Técnica 1	Cirurg.	Idade cir. 2	Técnica 2	Cirurg.	Cirurg.	Cirurg. 1ª Palato 1ª	Índice Oclusal 1 - 5	Media	D.P.
71	14968	ESQ	M		R	13	5SP	5SP	3	20 VL		3		3	2	2.15	0,6185
72	14969	DIR	M		R	10	5SP-MC		1	22 VL		1		1	4	4.21	0,5999
73	14985	DIR	M		R	11	5SP		5	22 VL		5		5	3	3.24	0,5607
74	14997	ESQ	M		A	8	4SP-MC		1	20 HP		3		11	5	4.55	0,7111
75	15038	DIR	F		A	21	10SP-MC		1	29 VEAU		2		11	4	4.06	0,6586
76	15044	DIR	M		R	6	2MIL-MAL-SK		7	58 HP		7		7	1	1.33	0,4787
77	15046	ESQ	M		E	13	5SP		6	20 VL		6		6	3	2.55	0,617
78	15057	DIR	M		R	11	5SP		8	19 VL		8		8	4	4.15	0,6185
79	15078	DIR	M	M	E	14	5SP		1	21 VL		2		11	3	2.79	0,4151
80	15090	ESQ	F		E	6	2MIL-MAL-SK		7	81 HP		7		7	1	1.33	0,5401
81	15100	ESQ	M		R	3	7MIL		4	20 VL-LU		4		4	3	2.94	0,4962
82	15125	ESQ	M	P	E	6	2MIL-MAL-SK		7	4 HP-Queilo2		7		7	3	3.21	0,4846
83	15126	ESQ	M		R	8	5SP-MC		1	18 VL-LU		1		1	4	4.24	0,7084
84	15127	ESQ	M		R	6	5SP		5	20 VL		5		5	4	4.24	0,5019
85	15133	ESQ	M		E	10	5SP		9	21 VL		9		9	3	3.42	0,5019
86	15148	ESQ	M		R	7	5SP		4	18 VL		9		11	2	2.03	0,3046
87	15150	ESQ	F		R	6	5SP-Nasal F		8	18 VL		8		8	2	1.85	0,3641
88	15154	ESQ	F		A	11	5SP-Nasal F		3	19 VL		3		3	4	4.21	0,6499
89	15156	DIR	M		A	13	5SP		6	37 VL		6		6	3	3.15	0,5075
90	15181	ESQ	M		E	6	7MIL		4	23 VL-LU		4		4	2	1.91	0,2919
91	15213	DIR	M		R	10	5SP-MC		1	22 VL		3		11	3	2.76	0,4352
92	15218	ESQ	M		A	23	5SP		6	33 VL		6		6	2	2.36	0,5488
93	15222	DIR	M		R	14	5SP		6	20 VL		6		6	4	3.73	0,5168
94	15226	ESQ	M		E	17	7MIL-MC		2	20 VL		2		2	3	3.09	0,2919
95	15246	DIR	M		E	14	5SP		1	26 VL		15		11	3	2.88	0,3314
96	15249	ESQ	M		E	15	5SP		cad/ser	24 VL-LU		4		11	5	4.79	0,7398
97	15253	DIR	M	P	E	13	5SP-MC		1	22 VL		1		1	2	2.24	0,5019
98	15264	ESQ	M		E	14	7MIL		9	19 VL		9		9	2	2.00	0,8292
99	15271	ESQ	M		E	6	2MIL-MAL-SK		7 ?	Ant. Palat Non-Ope				11	2	2.33	0,5401
100	15277	ESQ	F	A	A	4	3MIL-SK		7	12 HP		7		7	4	3.67	0,6922
101	15279	ESQ	M	R	R	7	8MIL1		9	10 FURLOW		5		11	4	4.00	0,5
102	15280	ESQ	M	R	R	11	5SP-MC		1	25 VL		1		1	4	3.55	0,5056
103	15281	ESQ	M	A	A	15	5SP		9	36 VL		3		11	5	4.91	0,2919
104	15293	ESQ	M	P	E	11	7MIL1-SK		1	19 VL		9		11	4	4.03	0,5294
105	15300	ESQ	F		E	12	5SP-MC		1	22 VL		8		11	1	1.15	0,3641

Tabela 7 - Amostra de Bauru e Oslo com os respectivos índices oclusais e dados de interesse

N°	RG Hosp	Lado Fiss.	Sex	Idade	Prot. cir.	Técnica 1	Cirurg.	Idade cir. 2	Técnica 2	Cirurg.	Cirurg.	Índice Oclusal 1ª - 5	Media	D.P.
106	15316	DIR	M	18	5	SP-RMV	6	28	VL	10		1	1.18	0,4647
107	15323	ESQ	M	11	6	SP-Nasal F	3	17	FURLOW	3		2	1.58	0,5607
108	15353	DIR	M	3	5	SP-Nasal F	3	18	VL	3		2	2.24	0,5019
109	15361	DIR	M	14	5	SP-RMV	6	19	VL	6		3	3.42	0,5019
110	15381	ESQ	F	9	5	SP	9	16	VL	9		2	2.27	0,5741
111	15395	ESQ	M	9	7	MIL	3	19	VL	3		2	2.09	0,5222
112	15396	DIR	M	6	2	MIL-MAL-SK	7		Ant.Palat. Non Ope			3	3.06	0,5556
113	15399	ESQ	M	13	7	MIL	can	20	VL	6		4	3.94	0,7044
114	15404	ESQ	F	4	6	SP	4	6	FURLOW	5		4	3.94	0,6093
115	15419	DIR	F	13	7	MIL1	2	22	VL	2		4	3.88	0,4151
116	15444	ESQ	M	10	7	MIL	4	19	VL	15		1	1.06	0,2423
117	15451	DIR	F	11	5	SP	6	18	VL	6		5	4.61	0,4962
118	15456	DIR	F	11	5	SP	5	22	VL	5		3	3.12	0,7809
119	15476	ESQ	F	3	5	SP	can	18	VL	3		5	4.55	0,617
120	15480	ESQ	M	13	5	SP	6	20	VL	6		1	1.52	1,0344
121	15491	ESQ	M	11	5	SP-RMV	5	20	VL	5		3	3.03	0,3941
122	15504	ESQ	F	35	4	SP-MC	9	41	HP	10		3	2.82	0,6351
123	15511	ESQ	M	9	5	SP-RMV	6	19	VL	6		4	3.91	0,3844
124	15523	DIR	M	10	5	SP	3	21	VL	5		4	4.06	0,4962
125	15542	ESQ	M	6	5	SP-RMV	5	13	VL	5		3	2.91	0,4585
126	15645	DIR	M	11	1	MIL1-MAL	2	18	HP	2		2	1.97	0,3046
127	15652	ESQ	F	6	5	SP-MC	1	18	VL	3		4	3.97	0,4667
128	15669	DIR	M	5	7	MIL	5	17	VL	5		4	4.36	0,603
129	15681	ESQ	M	13	7	MIL1	2	21	VL	3		2	2.48	0,5075
130	15713	ESQ	M	10	6	SP	9	18	FURLOW	9		2	1.73	0,7613
131	15715	DIR	M	6	1	SP-MAL-MC	2	50	HP-Queilo2	2		2	2.48	0,6185
132	15762	ESQ	M	7	5	SP-RMV	6	19	VL	6		3	3.48	0,5075
133	15829	ESQ	M	11	5	SP	3	22	VL	3		3	2.91	0,3844
134	15837	ESQ	F	4	1	MIL1-MAL	2	57	HP	2		3	2.55	0,617
135	15839	ESQ	F	23	1	SP-RMV	6	33		6		2	1.88	0,3314
136	15851	ESQ	F	7	5	SP-Nasal F	3	48	VL	3		5	4.79	0,4846
137	15860	DIR	M	11	7	MIL1-MC	5	15	VL	5		5	4.76	0,6139
138	15865	DIR	F	7	5	SP	9	10	VL	9		4	3.91	0,3844
139	15882	DIR	M	11	2	SP-MAL-SK	7		Ant. Palat. Non Ope			1	1.18	0,3917
140	15894	ESQ	F	5	5	SP-RMV	5	21	VL	5		5	4.91	0,2919

Tabela 7 - Amostra de Bauru e Oslo com os respectivos índices oclusais e dados de interesse

Nº	RG Hosp	Lado Fiss.	Sex	Idade	Prot. cir.	Técnica 1	Cirurg.	Idade cir. 2	Técnica 2	Cirurg.	Cirurg.	Cirurg. 1ª	Índice Oclusal 1-5	Media	D.P.
141	15972	ESQ	M	9	5SP	5SP	6	18 VL		6		6	4	4.24	0,7513
142	15973	DIR	M	10	7 MIL-Nasal F	7 MIL-Nasal F	4	18 VL		4		4	1	1.18	0,3917
143	15985	ESQ	M	7	5SP	5SP	15	12 VL		3		11	2	1.67	0,736
144	16024	DIR	M	6	5SP	5SP	8	11 VL		8		8	2	2.42	0,7084
145	16034	ESQ	M	10	5SP	5SP	6	18 VL		6		6	4	3.55	0,5641
146	16042	ESQ	M	10	5SP	5SP	6	38 VL		6		6	2	2.48	0,5658
147	16170	ESQ	F	8	5SP-RMV	5SP-RMV	6	19 VL		6		6	4	4.45	0,5056
148	16221	ESQ	M	6	5SP-SK	5SP-SK	7	17 VL-RET BUC-Queilo2		7		7	2	1.88	0,6963
149	16242	ESQ	M	8	5SP-Nasal F	5SP-Nasal F	3	12 VL		3		3	5	4.45	0,7942
150	16306	ESQ	M	4	5SP	5SP	8	13 VL		8		8	3	2.88	0,6499
151	16314	DIR	F	12	5SP	5SP	5	15 VL		5		5	4	3.58	0,6629
152	16378	ESQ	M	11	7 MIL1	7 MIL1	9	15 VL		9		9	3	3.09	0,6307
153	16379	DIR	M	10	1 MIL1-MAL	1 MIL1-MAL	2	25 HP		2		2	3	2.45	0,9045
154	16423	DIR	F	9	7 MIL2-RMV	7 MIL2-RMV	5	13 VL		5		5	1	1.30	0,5855
155	16445	ESQ	M	4	6 SP	6 SP	3	9 FURLOW		3		3	3	2.79	0,6963
156	16524	DIR	M	5	5SP	5SP	9	10 VL		9		9	3	2.73	0,5168
157	16574	DIR	M	12	7 MIL1-SK	7 MIL1-SK	5	57 VL		5		5	2	2.30	0,4667
158	16583	ESQ	M	5	6 SP-Nasal F	6 SP-Nasal F	3	9 FURLOW		3		3	5	4.67	0,4787
159	16591	ESQ	M	9	5SP-RMV	5SP-RMV	6	18 VL		6		6	3	3.39	0,6093
160	16617	DIR	M	8	5SP	5SP	8	19 VL		8		12	2	2.06	0,4286
161	16652	ESQ	M	6	2 SP-MAL-MC	2 SP-MAL-MC	7	37 HP		7		7	2	1.82	0,5276
162	16683	ESQ	F	5	7 MIL-Nasal F	7 MIL-Nasal F	3	9 VL		3		3	4	3.85	0,5658
163	16686	DIR	F	6	6 SP-Nasal F	6 SP-Nasal F	9	9 FURLOW		9		9	4	3.45	0,6657
164	16688	ESQ	F	5	5SP	5SP	3	13 VL		3		3	4	4.12	0,9273
165	16690	ESQ	M	12	5SP	5SP	3	21 VL		3		9	3	2.82	0,6351
166	16695	DIR	F	11	5SP-RMV	5SP-RMV	5	48 VL		5		5	4	3.76	0,7084
167	16703	ESQ	M	6	2 MIL-MAL-SK	2 MIL-MAL-SK	7	70 HP-Queilo2		7		7	2	2.12	0,4151
168	16716	ESQ	F	5	7 MIL2I	7 MIL2I	5	9 VL		5		5	3	2.64	0,5488
169	16723	DIR	F	8	5SP	5SP	9	30 VL		9		9	2	2.12	0,6963
170	16726	ESQ	F	8	7 MIL1	7 MIL1	9	18 VL		9		9	5	4.52	0,5658
171	16770	ESQ	M	4	7 MIL1	7 MIL1	5	10 VL		5		5	4	3.67	0,8165
172	16774	DIR	M	7	7 MIL2-RMV	7 MIL2-RMV	5	14 VL		5		5	5	4.73	0,4523
173	16786	ESQ	M	11	7 MIL	7 MIL	9	20 VL-Queilo2		9		9	4	3.91	0,4585
174	16803	ESQ	F	9	5SP-Nasal F	5SP-Nasal F	3	13 VL		3		3	3	2.76	0,5019
175	16810	ESQ	F	5	1 MIL1-MAL	1 MIL1-MAL	2	23 HP		2		2	4	3.91	0,4585

Tabela 7 - Amostra de Bauru e Oslo com os respectivos índices oclusais e dados de interesse

Nº	RG Hosp	Lado Fiss.	Sex	Idade	Prot. cir.	Técnica 1	Cirurg.	Idade cir. 2	Técnica 2	Cirurg.	Cirurg.	Índice Oclusal 1 - 5	Media	D.P.
176	16823	ESQ	F	10	5SP	5SP	3	21 VL	VL	3	3	3	3.12	0.82
177	16860	ESQ	F	7	8MIL2-Nasal F	8MIL2-Nasal F	5	15 FURLOW	FURLOW	8	8	4	3.76	0.9024
178	16875	ESQ	F	5	8MIL	8MIL	8	15 FURLOW	FURLOW	8	8	2	2.18	0.3917
179	16878	ESQ	F	14	5SP-RMV	5SP-RMV	6	18 VL	VL	6	6	2	2.00	0.5
180	16887	ESQ	M	5	1MIL-MAL-MC	1MIL-MAL-MC	2	18 HP	HP	2	2	4	3.55	0.5056
181	16896	ESQ	M	5	5SP-RMV	5SP-RMV	5	42 VL	VL	3	3	4	3.73	0.5168
182	16917	ESQ	F	27	3SP	3SP	3	35 HP-LU	HP-LU	4	13	3	3.12	0.9604
183	16929	DIR	M	4	7MIL1-RMV	7MIL1-RMV	5	16 VL	VL	5	5	4	3.64	0.5488
184	16940	ESQ	F	27	5SP	5SP	3	36 VL	VL	3	3	2	2.03	0.1741
185	16941	ESQ	F	3	8MIL-Nasal F	8MIL-Nasal F	9	9 FURLOW	FURLOW	9	9	3	2.79	0.5453
186	16969	ESQ	M	5	5SP-RMV	5SP-RMV	5	15 VL	VL	5	5	5	4.88	0.3314
187	16978	ESQ	M	6	1MIL-MAL	1MIL-MAL	2	26 HP	HP	2	2	2	2.12	0.4151
188	16993	ESQ	F	3	7MIL	7MIL	8	10 VL	VL	8	8	2	2.24	0.5019
189	16995	ESQ	F	4	5SP-RMV	5SP-RMV	5	16 VL	VL	5	5	4	3.91	0.765
190	17004	DIR	M	7	7MIL1	7MIL1	2	18 VL	VL	8	8	3	2.70	0.5855
191	17033	DIR	M	5	8MIL1	8MIL1	9	16 FURLOW	FURLOW	9	9	4	3.97	0.5855
192	17034	DIR	M	14	5SP	5SP	3	27 VL	VL	3	3	2	2.18	0.5276
193	17098	ESQ	M	5	8MIL-Nasal F	8MIL-Nasal F	3	15 FURLOW	FURLOW	3	3	5	4.94	0.2423
194	17121	ESQ	F	5	6SP	6SP	5	11 FURLOW	FURLOW	5	5	5	4.97	0.1741
195	17148	ESQ	F	6	7MIL	7MIL	8	15 VL	VL	8	8	2	2.15	0.5075
196	17191	ESQ	M	5	5SP	5SP	9	15 VL	VL	9	9	3	3.21	0.6499
197	17192	ESQ	M	6	8MIL1	8MIL1	5	9 FURLOW	FURLOW	5	5	5	4.97	0.1741
198	17197	ESQ	F	11	1MIL-MAL-MC	1MIL-MAL-MC	2	19 HP	HP	2	2	2	2.06	0.2423
199	17206	ESQ	M	16	3MIL1-VL	3MIL1-VL	2	37 HP	HP	9	11	4	3.85	0.4417
200	17286	ESQ	M	6	5SP	5SP	8	15 VL	VL	8	8	3	3.03	0.8095
201	17317	ESQ	F	4	8MIL-Nasal F	8MIL-Nasal F	3	9 FURLOW	FURLOW	3	3	4	3.70	0.7699
202	17320	DIR	M	7	5SP	5SP	8	18 VL	VL	8	8	2	2.18	0.4647
203	17321	ESQ	M	10	5SP-RMV	5SP-RMV	6	25 VL	VL	6	6	4	4.15	0.7124
204	17343	DIR	F	10	5SP-RMV	5SP-RMV	6	18 VL	VL	6	6	4	3.67	0.5401
205	17351	ESQ	F	4	5SP-Nasal F	5SP-Nasal F	3	16 VL	VL	3	3	4	4.36	0.603
206	17381	ESQ	M	7	5SP	5SP	6	18 VL	VL	6	6	3	2.50	0.568
207	17382	ESQ	F	16	3MIL	3MIL	8	24 HP-LU	HP-LU	4	11	4	3.58	0.5607
208	17400	ESQ	F	4	5SP-Nasal F	5SP-Nasal F	3	17 VL	VL	3	3	2	2.15	0.4417
209	17430	ESQ	F	5	7MIL-SK	7MIL-SK	5	13 VL	VL	5	5	2	2.76	0.9364
210	17449	ESQ	F	6	5SP	5SP	3	18 VL	VL	3	3	3	2.82	0.4647

Tabela 7 - Amostra de Bauru e Oslo com os respectivos índices oclusais e dados de interesse

Nº	RG Hosp	Lado Fiss.	Sex	Idade	Prot. cir.	Técnica 1	Cirurg.	Idade cir. 2	Técnica 2	Cirurg.	Cirurg.	Índice Oclusal 1 - 5	Media	D.P.
211	17450	ESQ	F	6	8	MIL1	9	17	FURLOW	9	9	3	2.94	0,7044
212	17536	ESQ	F	5	8	MIL	8	15	FURLOW	8	8	2	2.27	0,4523
213	17556	ESQ	M	10	7	MIL-SK	5	33	VL	5	5	3	2.91	0,6307
214	17580	ESQ	F	15	7	MIL	8	21	VL	8	8	2	2.06	0,4286
215	17653	DIR	F	6	5	SP-RMV	6	27	VL	6	6	4	4.27	0,6742
216	17659	ESQ	M	9	7	MIL1	9	27	VL	9	9	3	2.76	0,7513
217	17710	ESQ	F	10	7	MIL	5	29	VL	5	5	2	2.18	0,3917
218	17754	ESQ	M	20	4	SP	10	23	HP-LU	4	11	5	4.58	0,6139
219	17793	ESQ	F	22	7	MIL	4	55	VL	4	11	3	3.21	0,6499
220	17868	ESQ	F	6	7	MIL1-RMV	5	12	VL	5	5	3	3.21	0,6963
221	17879	DIR	F	26	7	MIL	8	34	VL	8	8	2	1.88	0,3314
222	17885	ESQ	M	9	7	MIL-MC	5	23	VL	5	5	4	3.67	0,5951
223	17904	DIR	F	10	7	MIL-Nasal F	8	21	VL	8	8	2	2.12	0,3314
224	17951	DIR	M	5	7	MIL	8	21	VL	8	8	5	4.85	0,3641
225	17963	DIR	M	5	7	MIL	9	20	VL	9	9	3	2.88	0,7398
226	18002	DIR	F	6	7	MIL-MC	1	24	VL	1	1	5	4.85	0,3641
227	18033	ESQ	M	6	7	MIL2-Nasal F	9	20	VL	9	9	3	2.88	0,7398
228	18042	ESQ	M	8	5	SP	6	17	VL	4	11	3	3.39	0,6586
229	18069	ESQ	M	5	5	SP	3	15	VL	3	3	3	2.88	0,7809
230	18105	ESQ	M	6	5	SP	3	21	VL	3	3	3	2.91	0,2919
231	18143	DIR	M	4	8	MIL	8	15	FURLOW-Bucinador	8	8	3	2.70	0,4667
232	18166	ESQ	F	4	7	MIL1	5	16	VL	5	5	4	3.55	0,617
233	18195	ESQ	M	8	7	MIL	8	25	VL	8	8	1	1.36	0,4885
234	18237	ESQ	F	6	5	SP-MC	1	18	VL	1	5	5	4.76	0,4352
235	18267	ESQ	F	10	7	MIL	8	24	VL	8	8	4	4.36	0,5488
236	18268	ESQ	F	6	5	SP	9	9	VL	9	9	4	3.52	0,7124
237	18290	DIR	M	16	5	SP-MC	1	21	VL	3	11	3	2.97	0,4667
238	18299	DIR	M	7	7	MIL	8	18	VL	8	8	3	3.45	0,5641
239	18329	DIR	M	7	7	MIL1-SK-MC	5	21	VL	3	1	1	1.06	0,2423
240	18356	ESQ	M	10	5	SP	3	20	VL	3	3	2	2.00	0
241	18366	ESQ	M	8	5	SP	9	13	VL	9	9	5	4.94	0,2423
242	18480	ESQ	F	10	7	MIL	8	14	VL	8	8	4	3.58	0,6629
243	18487	DIR	F	9	7	MIL-SK-Nasal F	6	15	VL	6	6	4	3.94	0,7044
244	18590	ESQ	M	6	2	MIL-MAL-SK	7				11	2	2.15	0,3641
245	18598	DIR	F	3	5	SP	3	11	VL	3	3	1	1.15	0,3641

Tabela 7 - Amostra de Bauru e Oslo com os respectivos índices oclusais e dados de interesse

N°	RG Hosp	Lado Fiss.	Sex	Id	Tam. Fiss.	Idade cir. 1	Prot. cir.	Técnica 1	Cirurg.	Idade cir. 2	Técnica 2	Cirurg.	Cirurg.	Cirurg. Queilo 1ª Palato 1ª	Índice Oclusal 1 - 5	Media	D.P.
246	18621	DIR	M		R	11	7	MIL-MC	5	24	VL	5	5	5	2	2.03	0,3046
247	18630	DIR	M		E	4	8	MIL	8	9	FURLOW	8	8	8	3	3.12	0,4846
248	18632	ESQ	M	G	E	8	7	MIL-RMV	6	22	VL	6	6	6	5	4.91	0,2919
249	18683	ESQ	M		R	17	5	SP	3	34	VL	3	3	3	4	3.52	0,5075
250	18716	DIR	M	M	E	35	5	SP	3	47	VL	3	3	3	4	3.73	0,5741
251	18725	DIR	F	P	E	6	2	MIL-MAL-SK	7	62	HP	7	7	7	2	2.27	0,4523
252	18748	ESQ	M	P	R	13	7	MIL	4	19	VL	4	3	4	4	3.82	0,5276
253	18771	ESQ	M	P	R	11	7	MIL-SK	6	16	VL	6	6	6	4	3.94	0,4286
254	18815	DIR	F		R	9	7	MIL1-RMV	5	17	VL	5	5	5	3	2.94	0,2423
255	18854	ESQ	F		A	6	7	MIL	5	29	VL	5	5	5	4	4.12	0,7809
256	18901	ESQ	M	M	E	4	7	MIL	5	15	VL	5	5	5	2	1.94	0,6586
257	19005	DIR	M		R	3	6	SP	3	16	FURLOW	3	3	3	3	2.76	0,6629
258	19089	ESQ	M		R	5	7	MIL	1	22	VL	1	1	1	4	4.36	0,699
259	19306	ESQ	F		R	5	6	SP	3	16	FURLOW	3	3	3	2	2.12	0,4151
260	19581	ESQ	M		R	6	5	SP	4	15	VL	4	4	4	1	1.55	0,6657
261	19777	ESQ	F		A	7	7	MIL-MC	1	16	VL	3	3	11	1	1.48	0,6185
262	19903	ESQ	M		A	4	7	MIL	4	12	VL	3	3	11	3	2.52	0,6185
263	19922	ESQ	F		R	4	8	MIL1	9	15	FURLOW	9	9	9	2	2.12	0,4151
264	19924	ESQ	M		E	3	8	MIL	3	15	FURLOW	3	3	3	2	1.94	0,4962
265	20097	DIR	M		E	4	5	SP-MC	1	18	VL	1	1	1	4	4.09	0,5222
266	20338	ESQ	F		E	7	5	SP	3	14	VL-LU	3	3	3	1	1.42	0,6139
267	21802	DIR	M	M	R	18	5	SP	10	21	VL	10	10	10	1	1.42	0,7918
268	os-01														4	3.79	0,5453
269	os-02														2	1.94	0,3482
270	os-03														2	2.45	0,5056
271	os-04														5	4.61	0,6093
272	os-05														5	4.58	0,5607
273	os-06														5	4.58	0,2919
274	os-07														3	2.67	0,4787
275	os-08														4	3.70	0,4667
276	os-09														1	1.15	0,3641
277	os-13														3	2.82	0,3917
278	os-14														2	2.42	0,5019
279	os-15														3	2.85	0,5075
280	os-16														1	1.21	0,7398

Tabela 7 - Amostra de Bauru e Oslo com os respectivos índices oclusais e dados de interesse

Nº	RG Hosp	Lado Fiss.	Sex	Idade	Tam. Fiss.	Prot. cir.	Técnica 1	Cirurg. 1	Idade cir. 2	Técnica 2	Cirurg. 2	Cirurg. 3	Cirurgião Queilo 1ª Palato 1ª	Índice Oclusal 1 - 5	Media	D.P.
281	os-18													4	4.03	0,6366
282	os-19													3	3.00	0,433
283	os-20													2	1.94	0,4962
284	os-21													2	2.15	0,5075
285	os-22													3	3.15	0,5658
286	os-23													2	2.06	0,4286
287	os-24													2	1.70	0,7699
288	os-25													2	2.15	0,3641
289	os-26													3	2.52	0,5075
290	os-27													2	2.06	0,4286
291	os-28													4	3.52	0,5658
292	os-29													5	4.88	0,4151
293	os-30													2	2.24	0,5019
294	os-31													3	3.21	0,5453
295	os-33													3	3.00	0,433
296	os-34													3	2.97	0,4667
297	os-35													3	2.85	0,5075
298	os-36													2	2.45	0,6657
299	os-37													3	2.85	0,5658
300	os-38													1	1.09	0,2919
301	os-39													1	1.06	0,2423
302	os-40													2	1.79	0,82
303	os-41													2	2.18	0,3917
304	os-43													2	2.03	0,1741
305	os-44													2	1.91	0,2919
306	os-45													2	1.79	0,5453
307	os-46													1	1.21	0,4846
308	os-47													2	2.18	0,4647
309	os-48													2	1.88	0,4151
310	os-49													1	1.24	0,4352
311	os-50													2	2.09	0,4585
312	os-51													1	1.21	0,4151
313	os-52													2	2.06	0,2423
314	os-53													2	2.36	0,9293
315	os-54													2	1.82	0,4647

Tabela 7 - Amostra de Bauru e Oslo com os respectivos índices oclusais e dados de interesse

Nº	RG Hosp	Lado Fiss.	Sex	Band	Tam. Fiss.	Idade cir. 1	Prot. cir.	Técnica 1	Cirurg. 1	Idade cir. 2	Técnica 2	Cirurg. 2	Cirurg. 3	Cirurgião Queilo 1ª Palato 1ª	Índice Oclusal 1 - 5	Media	D.P.
316	os-55														2	1.97	0.3941
317	os-56														4	3.58	0.5607

Tabela 32 - Amostra de Bauru e Oslo com os índices oclusais atribuídos pelos examinadores e respectivas mediana, média e DP

N	RG	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22	E23	E24	E25	E26	E27	E28	E29	E30	E31	E32	E33	Med	Média	DP(SD)	Cir.1ª	Cir.2ª			
1	12452-4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,82	0,3917	1				
2	13511-9	3	2	3	4	3	3	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	3	4	4	4	4	5	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,55	0,6170	2		
3	13740-5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00	0,0000	2		
4	13741-4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	5	5	4	4	4	3,94	0,5556	11			
5	13746-4	2	3	3	2	1	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2,45	0,5641	2			
6	13808-8	4	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	5	3	4	4	3	3	2	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3,8788	0,5999	2			
7	13809-6	3	3	4	2	3	3	4	4	3	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	2	4	4	3	4	4	3	4	4	3	4	4	3,48	0,6185	2			
8	13840-1	1	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,33	0,6455	2			
9	13893-3	2	3	2	2	2	2	4	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	1	3	2	3	2	2	2,36	0,6528	2			
10	13965-3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	2,58	0,5019	2			
11	13968-8	1	2	2	2	1	2	2	1	2	3	1	1	2	1	2	3	2	3	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	2	3	1	1	1	2	1,64	0,6528	3			
12	13986-0	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2,2121	0,4151	2			
13	13990-4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	5	4	4	4	4	4	4,00	0,4330	2			
14	14037-6	3	5	3	2	3	5	3	2	2	3	3	3	2	1	3	2	1	2	3	3	3	3	3	4	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2,73	0,8758	1			
15	14049-9	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2,76	0,4352	3			
16	14063-5	2	2	3	3	4	4	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	3	2	2	4	3	2	2	3	4	5	3	2	3	2	2	2	3	3	3	2,70	0,8095	2			
17	14085-6	5	4	5	5	5	4	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4,697	0,7699	1			
18	14086-4	3	4	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	3	4	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2,42	0,6139	1			
19	14101-1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1,85	0,3641	2		
20	14130-5	1	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,06	0,3482	2		
21	14134-8	3	3	2	2	3	2	3	1	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2,27	0,5741	4		
22	14187-9	3	3	3	2	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0303	0,3941	5			
23	14199-2	3	3	2	3	1	2	3	3	4	3	2	3	2	3	3	2	3	2	4	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	4	2	2	2	3	2,73	0,6742	2			
24	14206-9	4	5	4	2	5	4	4	4	4	4	4	4	4	3	5	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4	3	3	4	5	3	5	4	4	4	4	3,8485	0,755	2			
25	14271-9	1	1	3	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,24	0,5607	2			
26	14285-9	3	3	4	3	4	4	3	5	3	4	3	3	3	5	3	3	3	3	3	5	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,4545	0,7111	5		
27	14337-5	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	5	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,12	0,5999	6		
28	14362-6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2,88	0,4151	4		
29	14365-0	3	3	2	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	0,5000	11		
30	14380-4	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1,30	0,5855	5			
31	14398-7	3	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2,5455	0,5641	11		
32	14405-3	4	4	4	5	5	4	5	5	4	5	4	5	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,18	0,5276	1		
33	14418-5	3	4	4	4	5	4	3	4	4	4	3	4	4	3	5	4	4	5	3	4	4	5	5	3	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	3,97	0,6366	11		
34	14429-0	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,06	0,4286	3	
35	14438-8	1	2	2	2	2	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,09	0,5222	11	
36	14445-2	4	3	4	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	4	2	2	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2,73	0,6742	2		
37	14447-9	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,0606	0,3482	7	
38	14459-2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,18	0,3917	2		
39	14493-2	2	2	2	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,21	0,4151	11	
40	14512-0	1	2	2	2	2	3	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0,4151	4	4
41	14531-9	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,7576	0,4352	5	

Tabela 32 - Amostra de Bauru e Oslo com os índices oclusais atribuídos pelos examinadores e respectivas mediana, média e DP

N	RG	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22	E23	E24	E25	E26	E27	E28	E29	E30	E31	E32	E33	Med	Média	DP(SD)	Cir.1ª	Cir.2ª
42	14551-3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2,39	0,4962	5	8
43	14553-3	4	4	2	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	4	5	4	5	4	4	4	5	5	5	4,45	0,6657	3	
44	14556-4	4	4	4	4	5	3	4	5	4	4	4	5	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	3	4	4	3	4	5	4	4	4	3,8788	0,5999	11	
45	14564-5	4	4	4	4	4	4	4	5	3	4	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3,55	0,6657	11	8
46	14570-0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1,24	0,7513	8		
47	14616-1	3	4	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	3	2	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2,79	0,6499	11		
48	14625-0	4	4	4	5	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,88	0,4151	1		
49	14636-6	1	1	1	2	2	3	2	2	3	2	3	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1,8182	0,6351	4	
50	14637-4	3	2	3	4	4	2	2	3	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3	4	2	3	2	2	4	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2,85	0,6671	11		
51	14665-5	3	3	3	2	4	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	2	3	3	3	4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2,94	0,4962	5		
52	14695-1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00	0,2500	5		
53	14696-6	4	4	4	4	4	5	5	3	4	4	4	3	5	4	4	4	3	4	4	5	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3,97	0,5294	1		
54	14772-9	3	3	3	2	1	3	2	3	3	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2,5455	0,5641	6	
55	14791-8	4	4	3	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	5	4	5	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3,91	0,5790	4		
56	14793-1	3	3	3	3	3	3	3	4	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2,88	0,4151	8		
57	14805-9	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	4	5	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	5	4	5	4,64	0,4885	1	
58	14806-7	3	4	4	4	3	4	4	5	4	5	4	3	5	4	4	3	5	4	5	4	4	4	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,00	0,6124	5		
59	14818-0	4	5	4	5	4	4	5	5	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4,4848	0,6671	1	
60	14823-7	5	4	4	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,73	0,5168	5		
61	14841-5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00	0,2500	4		
62	14842-3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	0,0000	11		
63	14861-1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00	0,0000	11		
64	14868-7	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,1515	0,6671	8		
65	14869-5	5	4	5	5	5	5	2	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,76	0,6139	5		
66	14900-4	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2,33	0,4787	8		
67	14918-0	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2,39	0,7044	11		
68	14952-7	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2,5758	0,5019	3		
69	14953-5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,91	0,2919	11		
70	14957-5	3	2	1	2	3	2	2	1	3	1	3	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	1	3	2	2	1	3	2	2	2,09	0,7230	11		
71	14968-3	2	2	2	2	2	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	2	2	1	4	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2,15	0,6185	3		
72	14969-1	4	4	4	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4,21	0,5999	1		
73	14985-3	3	3	3	4	3	4	2	3	3	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3,2424	0,5607	5		
74	14997-7	4	4	4	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	3	4	5	4	5	4	5	4	5	5	4,55	0,7111	11		
75	15038-8	3	5	4	3	5	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4,06	0,6586	11		
76	15044-4	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1,33	0,4787	7		
77	15046-0	3	3	2	3	2	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2,55	0,6170	6		
78	15057-6	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	5	4	5	3	4	4	4	4	3	5	4	4	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,1515	0,6185	8		
79	15078-9	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2,79	0,4151	11		
80	15090-8	2	2	1	1	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,33	0,5401	7		
81	15100-9	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	2	3	4	3	3	3	4	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2,94	0,4962	4		
82	15125-4	4	3	3	3	4	3	2	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3,21	0,4846	7		

Tabela 32 - Amostra de Bauru e Oslo com os índices oclusais atribuídos pelos examinadores e respectivas mediana, média e DP

N	RG	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22	E23	E24	E25	E26	E27	E28	E29	E30	E31	E32	E33	Med	Média	DP(SD)	Cir.1ª	Cir.2ª		
166	16695-2	4	3	2	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	5	3	3	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	3	3	4	4	3,76	0,7084	5		
167	16703-7	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2,12	0,4151	7		
168	16716-9	3	2	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2,64	0,5488	5		
169	16723-1	3	1	2	2	1	2	2	3	2	3	2	2	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	3	3	3	2	2	1	3	3	2	1	2	2	2,12	0,6963	9		
170	16726-6	4	4	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	5	4,52	0,5658	9	9	
171	16770-3	4	3	2	2	5	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	3	5	4	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	5	3	2	4	3,67	0,8165	5		
172	16774-6	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	4	4	5	5	5	4	4	4	3	4	5	4,73	0,4523	5	5	
173	16786-6	4	4	4	3	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3,91	0,4585	9		
174	16803-3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	2	4	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2,76	0,5019	3		
175	16810-1	4	4	4	4	3	4	2	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,91	0,4585	2	
176	16823-8	4	3	2	2	4	3	1	4	3	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	3	4	3	2	3	4	3	3	3	2	4	2	4	3	2	3	3	3,12	0,8200	3	
177	16860-2	4	3	2	2	5	4	3	4	5	4	5	4	3	3	4	4	4	4	4	5	4	4	2	4	4	4	5	4	4	4	4	4	3	2	3	4	3,76	0,9024	11	5
178	16875-0	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2,18	0,3917	8	
179	16878-5	1	2	2	2	2	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00	0,5000	6	
180	16887-4	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	4	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3,55	0,5056	2	
181	16896-3	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3,73	0,5168	11	
182	16917-7	3	4	4	1	3	2	3	3	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	1	3	5	1	2	3	4	4	4	3	3,12	0,9604	11	
183	16929-3	4	3	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,64	0,5488	5	
184	16940-0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,03	0,1741	3	
185	16941-2	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	2,79	0,5453	9	
186	16969-2	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,88	0,3314	5	
187	16978-1	2	2	2	2	2	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,12	0,4151	2	
188	16993-5	2	2	2	2	4	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,24	0,5019	8	
189	16995-1	4	3	2	3	5	3	3	4	4	4	4	5	4	5	3	4	5	4	3	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,91	0,7650	5	
190	17004-6	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2,70	0,5855	11	
191	17033-3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	5	4	4	4	3	4	4	5	4	4	4	4	4	3	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,97	0,5855	9	9
192	17034-8	1	2	4	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,18	0,5276	3	
193	17098-4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,94	0,2423	3		
194	17121-2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,97	0,1741	5	5	
195	17148-4	1	2	2	1	3	2	1	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,15	0,5075	8	
196	17191-3	2	3	3	2	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,21	0,6499	9	9
197	17192-1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,97	0,1741	5		
198	17197-2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,06	0,2423	2	
199	17206-5	4	4	4	4	4	5	4	4	3	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3,85	0,4417	11	
200	17286-3	2	3	3	3	2	2	2	2	3	4	5	3	4	3	3	3	4	3	4	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,03	0,8095	8	
201	17317-7	4	3	2	2	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	3	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,70	0,7699	3	3
202	17320-7	2	2	2	1	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,18	0,4647	8	
203	17321-5	4	3	4	3	5	4	3	4	4	4	5	4	4	4	5	5	4	4	4	4	5	5	3	4	5	4	5	4	5	3	4	4	4	4	4	4	4,15	0,7124	6	
204	17343-6	4	3	2	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3,67	0,5401	6		
205	17351-7	4	4	3	4	5	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	5	4	5	4	4	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	4	4	4,36	0,6030	3		
206	17381-9	2	2	2	3	2	3	1	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,50	0,5680	6	
207	17382-7	4	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,58	0,5607	11	

Tabela 32 - Amostra de Bauru e Oslo com os índices oclusais atribuídos pelos examinadores e respectivas mediana, média e DP

N	RG	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22	E23	E24	E25	E26	E27	E28	E29	E30	E31	E32	E33	Med	Média	DP(SD)	Cir.1ª	Cir.2ª	
250	18716-0	4	4	2	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	5	4	4	4	3,73	0,5741	3		
251	18725-9	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2,27	0,4523	7		
252	18748-8	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,82	0,5276	4	3	
253	18771-2	4	4	3	3	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,94	0,4286	6	6	
254	18815-8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2,94	0,2423	5		
255	18854-9	4	3	2	3	3	4	3	5	5	4	5	5	4	4	4	5	4	4	4	4	5	5	4	5	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4,12	0,7809	5	5	
256	18901-4	2	2	2	1	1	2	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1,94	0,6586	5	5	
257	19005-5	3	3	3	2	3	3	2	2	4	2	4	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2,76	0,6629	3		
258	19089-6	4	4	3	3	4	3	3	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	4	4	4	5	5	4	5	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4,36	0,6990	1	1	
259	19306-2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,12	0,4151	3		
260	19581-2	3	2	2	2	1	2	2	2	1	2	3	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,55	0,6657	4		
261	19777-7	3	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,48	0,6185	11		
262	19903-6	2	3	2	1	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	4	3	3	2	2	3	2,52	0,6185	11		
263	19922-2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2,12	0,4151	9	9	
264	19924-9	1	2	2	1	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1,94	0,4962	3		
265	20097-2	4	5	3	3	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	3	5	4	4,09	0,5222	1		
266	20338-6	1	1	3	2	1	2	3	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1,42	0,6139	3	
267	21802-2	2	2	1	1	2	1	2	5	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1,42	0,7918	10	
268	Oslo 01	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3,79	0,5453	0		
269	Oslo 02	2	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1,94	0,3482	0	
270	Oslo 03	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,45	0,5056	0	
271	Oslo 04	4	4	5	5	4	3	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	4	5	4	3	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4,61	0,6093	0		
272	Oslo 05	4	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	4	5	4	5	4,58	0,5607	0		
273	Oslo 06	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,09	0,2919	0		
274	Oslo 07	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2,67	0,4787	0		
275	Oslo 08	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	4	3	4	4	4	4	3,70	0,4667	0		
276	Oslo 09	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1,15	0,3641	0		
277	Oslo 13	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2,82	0,3917	0		
278	Oslo 14	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2,42	0,5019	0			
279	Oslo 15	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2,85	0,5075	0		
280	Oslo 16	2	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,21	0,7398	0		
281	Oslo 18	4	4	4	4	4	5	2	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	5	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,03	0,6366	0		
282	Oslo 19	3	4	3	3	2	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	0,4330	0		
283	Oslo 20	3	3	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1,94	0,4962	0		
284	Oslo 21	2	2	2	2	2	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,15	0,5075	0		
285	Oslo 22	4	4	3	4	2	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	2	3	3	3	3	4	3	4	3	4	3	3,15	0,5658	0		
286	Oslo 23	1	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,06	0,4286	0		
287	Oslo 24	2	2	2	2	2	2	2	5	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1,70	0,7699	0		
288	Oslo 25	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,15	0,3641	ant		
289	Oslo 26	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2,52	0,5075	0		
290	Oslo 27	2	2	2	2	2	2	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,06	0,4286	0		
291	Oslo 28	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3,52	0,5658	0		

Tabela 32 - Amostra de Bauru e Oslo com os índices oclusais atribuídos pelos examinadores e respectivas mediana, média e DP

N	RG	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22	E23	E24	E25	E26	E27	E28	E29	E30	E31	E32	E33	Med	Média	DP(SD)	Cir.1ª	Cir.2ª		
292	Oslo 29	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,88	0,4151	O			
293	Oslo 30	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,24	0,5019	O	
294	Oslo 31	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3,21	0,5453	O	
295	Oslo 33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	0,4330	O		
296	Oslo 34	3	3	2	3	4	3	3	4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2,97	0,4667	O		
297	Oslo 35	3	2	3	2	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2,85	0,5075	O		
298	Oslo 36	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	3	3	1	2	3	1	4	3	2	2	2	3	3	2	2	2,45	0,6657	O		
299	Oslo 37	3	3	3	3	4	2	3	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2,85	0,5658	O		
300	Oslo 38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,09	0,2919	O		
301	Oslo 39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,06	0,2423	O		
302	Oslo 40	3	2	1	2	1	2	1	2	1	3	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	3	2	1	1	3	1	1	1	3	1	2	2	2	2	2	1,79	0,8200	O		
303	Oslo 41	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,18	0,3917	O		
304	Oslo 43	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,03	0,1741	O		
305	Oslo 44	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1,91	0,2919	O		
306	Oslo 45	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1,79	0,5453	O		
307	Oslo 46	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,21	0,4846	O		
308	Oslo 47	2	2	2	2	2	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,18	0,4647	O		
309	Oslo 48	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1,88	0,4151	O		
310	Oslo 49	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,24	0,4352	O		
311	Oslo 50	2	2	2	2	3	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,09	0,4585	O		
312	Oslo 51	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,21	0,4151	O		
313	Oslo 52	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,06	0,2423	O		
314	Oslo 53	2	5	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	3	2	2	4	2	2	2	4	2	1	4	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,36	0,9293	O		
315	Oslo 54	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1,82	0,4647	O		
316	Oslo 55	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1,97	0,3941	O		
317	Oslo 56	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	3	4	4	3	3	4	4	2	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3,58	0,5607	O		

Tabela 33 - Avaliação intra-examinadores e inter-examinadores por categorias (ortodontistas x cirurgiões plásticos x cirurgiões buco-maxilo-faciais)

N°	Modelo	RG Hosp	E1a	E1b	E2a	E2b	E3a	E3b	E4a	E4b	E5a	E5b	E6	E7	Med	Média	DP	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	Med	Média	DP	E15	E16	E17	Med	Média	D.P.	índice oclus. Geral		
																																			DP	Media
1	14512	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1,86	0,3780	1	2	2	2	2	3	1	2	1,86	0,6901	1	1	2	1	1,33	0,5774	2	1,88	0,4151
2	14818	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	0,0000	4	5	4	5	5	5	4	5	4,57	0,5345	5	5	5	5	5,00	0,0000	5	4,48	0,6671
3	14918	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2,57	0,5345	2	2	3	3	1	3	2	2	2,29	0,7559	1	1	2	1	1,33	0,5774	3	2,39	0,7044
4	15127	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,57	0,5345	4	4	2	3	4	4	4	4	3,57	0,7868	4	2	4	4	3,33	1,1547	4	4,24	0,5019
5	15148	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	1	2	2	1,67	0,5774	2	2,03	0,3046
6	15491	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	0,0000	3	3	3	3	3	3	3	3	2,86	0,3780	3	3	3	3	3,00	0,0000	3	3,03	0,3941
7	15511	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,00	0,0000	4	4	2	3	4	4	4	4	3,57	0,7868	4	4	4	4	4,00	0,0000	4	3,91	0,3844
8	15542	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	0,0000	3	3	2	2	4	3	3	3	2,86	0,6901	2	2	2	2	2,00	0,0000	3	2,91	0,4585
9	15713	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1,71	0,7559	2	1	3	1	3	1	1	1	1,71	0,9512	1	1	1	1	1,00	0,0000	2	1,73	0,7613
10	15715	2	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2,43	0,5345	2	3	2	2	3	1	2	3	2,14	0,6901	3	3	3	3	3,00	0,0000	2	2,48	0,6185
11	18716	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,86	0,3780	4	4	2	3	3	4	4	4	3,43	0,7868	4	5	4	4	4,33	0,5774	4	3,73	0,5741
12	15762	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3,71	0,4880	4	3	3	4	4	3	3	3	3,43	0,5345	4	4	3	4	3,67	0,5774	3	3,48	0,5075
13	15829	2	3	2	3	4	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3,00	0,5774	3	3	3	3	3	3	2	3	2,86	0,3780	2	2	3	2	2,33	0,5774	3	2,91	0,3844
14	15851	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	0,0000	5	5	4	5	4	4	4	4	4,57	0,5345	5	5	5	5	5,00	0,0000	5	4,79	0,4846
15	15860	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,86	0,3780	5	5	2	5	5	4	5	5	4,43	1,1339	5	5	4	5	4,67	0,5774	5	4,76	0,6139
16	15865	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,14	0,6901	4	3	4	4	4	4	4	3	3,71	0,4880	4	4	4	4	4,00	0,0000	4	3,91	0,3844
17	15882	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1,43	0,5345	2	1	1	1	1	1	1	1	1,14	0,3780	2	1	1	1	1,33	0,5774	1	1,18	0,3917
18	15894	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	0,0000	5	5	4	5	5	4	5	5	4,71	0,4880	5	5	5	5	5,00	0,0000	5	4,91	0,2919
19	15972	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4,29	0,4880	4	4	2	5	5	4	5	4	4,14	1,0690	5	5	2	5	4,00	1,7321	4	4,24	0,7513
20	16024	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,14	0,3780	2	2	2	2	2	4	3	2	2,43	0,7868	2	2	4	2	2,67	1,1547	2	2,42	0,7084
21	16034	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,86	0,3780	4	3	3	3	3	3	4	3	3,29	0,4880	3	4	4	4	3,67	0,5774	4	3,55	0,5841
22	16042	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2,71	0,4880	2	2	4	2	2	2	2	2	2,29	0,7559	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	2,48	0,5658
23	16170	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,71	0,4880	4	4	4	4	4	4	5	4	4,29	0,4880	4	4	4	4	4,00	0,0000	4	4,45	0,5056
24	16221	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2,57	0,5345	1	1	2	2	1	3	2	2	1,71	0,7559	2	1	2	2	1,67	0,5774	2	1,88	0,6963
25	16306	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	0,0000	2	3	4	2	2	4	2	2	2,71	0,9512	2	3	2	2	2,33	0,5774	3	2,88	0,6499
26	16314	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,57	0,5345	4	3	4	2	4	4	4	4	3,57	0,7868	3	2	4	3	3,00	1,0000	4	3,58	0,6629
27	16378	3	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3,29	0,7559	3	3	3	2	4	3	3	3	3,00	0,5774	3	2	4	3	3,00	1,0000	3	3,09	0,6307
28	16423	2	2	1	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,57	0,7868	1	1	2	1	2	1	1	1	1,29	0,4880	2	1	1	1	1,33	0,5774	1	1,30	0,5855
29	16524	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	0,0000	3	2	3	2	3	3	3	3	2,71	0,4880	3	2	3	3	2,67	0,5774	3	2,73	0,5168
30	16574	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2,43	0,5345	2	2	3	2	3	2	3	2	2,43	0,5345	2	3	2	2	2,33	0,5774	2	2,30	0,4667
31	16583	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,86	0,3780	5	4	5	4	5	4	4	4	4,43	0,5345	5	4	5	5	4,67	0,5774	5	4,67	0,4787
32	16591	4	3	3	3	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,86	0,6901	3	3	4	3	4	4	4	2	3,29	0,7559	3	3	3	3	3,00	0,0000	3	3,39	0,6093
33	16617	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,14	0,3780	1	2	2	3	1	3	2	2	2,00	0,8165	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	2,06	0,4286
34	16652	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1,86	0,3780	1	2	3	2	2	3	2	2	2,14	0,6901	1	1	2	1	1,33	0,5774	2	1,82	0,5276
35	16686	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,86	0,3780	3	3	2	2	3	4	4	3	3,00	0,8165	3	3	4	3	3,33	0,5774	4	3,45	0,6657
36	16695	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,00	0,5774	4	3	2	3	3	3	4	3	3,14	0,6901	3	3	4	3	3,33	0,5774	4	3,76	0,7084
37	16703	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	2	2	2	2	4	2	2	2,29	0,7559	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	2,12	0,4151

Tabela 33 - Avaliação intra-examinadores e inter-examinadores por categorias (ortodontistas x cirurgiões plásticos x cirurgiões buco-maxilo-faciais)

N°	Modelo	RG Hosp	E1a	E1b	E2a	E2b	E3a	E3b	E4a	E4b	E5a	E5b	E6	E7	Med	Média	DP	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	Med	Média	DP	E15	E16	E17	Med	Média	D.P.	índice oclus. Geral		
																																		3	2.64	0.5488
38	38	16716	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3,00	0,0000	2	2	2	1	3	2	3	2	2,14	0,6901	2	2	3	2	2,33	0,5774	3	2.64	0.5488
39	39	16723	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	1	2	2	2,43	0,5345	2	1	2	2	1	2	3	2	1,86	0,6901	2	1	2	2	1,67	0,5774	2	2.12	0.6963
40	40	16726	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5,00	0,0000	4	4	4	4	5	4	5	4	4,29	0,4880	4	4	4	4	4,00	0,0000	5	4.52	0.5658
41	41	14696	3	2	4	3	4	5	3	3	4	4	3	4	3	3,57	0,5345	4	4	4	4	5	4	4	5	4,29	0,4880	5	4	4	4	4,33	0,5774	4	3.97	0.5294
42	42	16770	4	4	3	4	4	5	4	4	4	3	4	4	4	3,71	0,4880	4	3	2	2	5	4	4	4	3,43	1,1339	3	2	4	3	3,00	1,0000	4	3.67	0.8165
43	43	16774	4	4	5	4	5	5	4	5	5	5	5	4	4	4,86	0,3780	5	4	5	5	5	5	4	4	4,71	0,4880	4	5	5	5	4,67	0,5774	5	4.73	0.4523
44	44	16786	3	3	4	3	5	4	4	3	4	4	4	4	4	4,00	0,5774	4	4	4	3	5	4	4	4	4,00	0,5774	3	3	4	3	3,33	0,5774	4	3.91	0.4585
45	45	16860	5	5	3	5	5	4	4	5	4	4	5	4	5	4,43	0,7868	4	3	2	2	5	4	4	4	3,43	1,1339	3	2	3	3	2,67	0,5774	4	3.76	0.9024
46	46	16875	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,14	0,3780	2	2	2	2	2	3	2	2	2,14	0,3780	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	2.18	0.3917
47	47	16929	3	3	3	3	4	3	4	3	4	4	3	4	4	3,57	0,5345	4	3	2	2	3	4	4	4	3,43	0,7868	3	3	4	3	3,33	0,5774	4	3.64	0.5488
48	48	16941	3	3	3	3	2	4	3	2	4	3	2	3	3	3,00	0,5774	3	3	2	3	3	3	3	3	3,00	0,5774	2	3	3	2	2,33	0,5774	3	2.79	0.5453
49	49	16969	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,86	0,3780	5	5	4	5	5	5	5	5	4,86	0,3780	5	4	5	5	4,67	0,5774	5	4.88	0.3314
50	50	16993	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,14	0,3780	2	2	2	2	2	4	3	2	2,43	0,7868	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	2.24	0.5019
51	51	16995	4	4	4	4	4	4	4	4	5	3	4	4	4	4,00	0,5774	4	3	2	3	5	3	4	3	3,43	0,9759	3	3	4	3	3,33	0,5774	4	3.91	0.765
52	52	17033	4	4	4	4	5	5	4	4	5	4	3	4	4	4,14	0,6901	4	3	4	3	4	4	4	4	3,71	0,4880	3	3	4	3	3,33	0,5774	4	3.97	0.5855
53	53	17121	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	0,0000	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	0,0000	5	5	5	5	5,00	0,0000	5	4.97	0.1741
54	54	17148	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,14	0,3780	1	2	2	2	1	3	2	2	1,86	0,6901	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	2.15	0.5075
55	55	17191	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3,43	0,5345	2	3	3	3	4	4	3	3	3,14	0,6901	2	2	4	2	2,67	1,1547	3	3.21	0.6499
56	56	17192	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	0,0000	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	0,0000	5	5	5	5	5,00	0,0000	5	4.97	0.1741
57	57	17286	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3,29	0,4880	2	3	3	3	3	2	2	2	2,57	0,5345	2	3	2	2	2,33	0,5774	3	3.03	0.8095
58	58	17317	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	3	4	4	3,71	0,4880	4	3	2	2	4	3	4	3	3,14	0,8997	3	2	4	3	3,00	1,0000	4	3.70	0.7699
59	59	17320	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2,14	0,3780	2	2	2	2	1	2	3	2	2,00	0,5774	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	2.18	0.4647
60	60	17321	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4,29	0,4880	4	3	4	3	5	4	4	4	3,86	0,6901	3	3	3	3	3,00	0,0000	4	4.15	0.7124
61	61	17343	3	3	3	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3,57	0,5345	4	3	2	3	4	4	4	4	3,43	0,7868	3	3	4	3	3,33	0,5774	4	3.67	0.5401
62	62	17381	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2,71	0,4880	2	3	2	3	2	3	2	2	2,57	0,5345	2	2	3	2	2,33	0,5774	3	2.50	0.568
63	63	17430	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,43	0,5345	2	3	5	3	3	5	3	2	3,29	1,2536	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	2.76	0.9364
64	64	17449	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	0,0000	3	3	3	3	2	3	3	3	2,86	0,3780	2	2	3	2	2,33	0,5774	3	2.82	0.4647
65	65	17450	3	3	3	3	4	3	4	3	3	2	3	3	3	3,14	0,6901	4	3	2	2	2	4	2	3	3,00	0,8165	2	3	4	3	3,00	1,0000	3	2.94	0.7044
66	66	17536	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2,29	0,4880	3	2	2	2	2	2	2	2	2,14	0,3780	2	3	2	2	2,33	0,5774	2	2.27	0.4523
67	67	17556	3	3	3	3	4	2	3	3	4	3	2	3	3	3,14	0,6901	3	2	2	2	3	2	3	2	2,43	0,5345	2	2	4	2	2,67	1,1547	3	2.91	0.6307
68	68	17653	4	4	4	4	5	4	5	5	4	3	4	4	4	4,29	0,7559	4	4	4	4	3	5	4	4	4,00	0,5774	3	5	4	4	4,00	1,0000	4	4.27	0.6742
69	69	17659	3	3	3	3	3	2	3	2	4	2	1	3	3	2,86	0,8997	3	2	3	3	4	3	3	3	3,00	0,5774	1	3	2	2	2,00	1,0000	3	2.76	0.7513
70	70	17710	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	2.18	0.3917
71	71	17868	3	3	3	3	3	4	3	3	4	2	3	3	3	3,00	0,5774	4	3	2	3	4	2	3	3	3,00	0,8165	2	2	4	2	2,67	1,1547	3	3.21	0.6963
72	72	17885	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3,00	0,0000	3	3	2	3	3	3	3	3	2,86	0,3780	3	2	3	3	2,67	0,5774	4	3.67	0.5951
73	73	17904	3	3	4	3	4	4	4	3	3	3	3	4	4	3,57	0,5345	3	4	2	4	5	4	4	4	3,71	0,9512	3	3	4	3	3,33	0,5774	2	2.12	0.3314
74	74	17951	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3,71	0,4880	3	3	2	3	5	3	3	3	3,14	0,8997	3	2	4	3	3,00	1,0000	5	4.85	0.3641

Tabela 33 - Avaliação intra-examinadores e inter-examinadores por categorias (ortodontistas x cirurgiões plásticos x cirurgiões buco-maxilo-faciais)

N°	Modelo	RG Hosp	E1a	E1b	E2a	E2b	E3a	E3b	E4a	E4b	E5a	E5b	E6	E7	Med	Média	DP	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	Med	Média	DP	E15	E16	E17	Med	Média	DP	Índice oclus. Geral		D.P.			
																																		3	2.88		0.7398		
75	75	17963	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2,29	2,00	0,4880	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	2	2	2,00	0,0000	
76	76	18002	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	4,57	0,0000	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4,57	0,5345	4	5	5	4,67	0,5774
77	77	18033	3	2	3	4	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3,14	3,00	0,8997	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	0,5774	2	3	3	2,67	0,5774
78	78	18143	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2,71	2,57	0,4880	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2,57	0,5345	2	2	3	2,33	0,5774
79	79	18166	4	4	3	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	3,71	3,00	0,4880	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	0,5774	3	3	4	3,33	0,5774
80	80	18195	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1,43	1,00	0,5345	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00	0,0000	1	2	1	1,33	0,5774
81	81	18237	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,86	4,57	0,3780	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,57	0,5345	4	5	5	4,67	0,5774
82	82	18267	4	4	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4,29	4,14	0,7559	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,14	0,3780	4	4	4	4,00	0,0000
83	83	18268	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3,29	3,00	0,7559	4	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,57	0,9759	3	3	4	3,33	0,5774
84	84	18299	3	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3,57	3,00	0,5345	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	0,5774	3	3	3	3,33	0,5774
85	85	18356	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00	2,00	0,0000	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	2	2	2,00	0,0000
86	86	18366	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	4,43	1,1339	5	2	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,43	1,1339	5	5	5	5,00	0,0000	
87	87	18480	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,86	3,71	0,7559	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2,71	0,7559	3	3	4	3,33	0,5774
88	88	18487	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,14	3,71	0,7559	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,71	0,7559	3	3	4	3,33	0,5774
89	89	18590	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,14	2,14	0,3780	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,14	0,3780	2	2	2	2,00	0,0000
90	90	18598	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,14	1,14	0,3780	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,14	0,3780	1	1	1	1,33	0,5774
91	91	18621	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00	2,00	0,5774	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	2	2	2,00	0,0000
92	92	18630	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,14	2,71	0,4880	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2,71	0,4880	3	3	3	3,00	0,0000	
93	93	18632	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	4,57	0,5345	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,57	0,5345	5	5	5	5,00	0,0000	
94	94	18725	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,29	2,29	0,4880	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,29	0,4880	2	2	2	2,00	0,0000	
95	95	18771	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,86	3,71	0,7559	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,86	0,7559	3	5	4	4,00	1,0000	
96	96	18815	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	3,00	0,0000	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	0,0000	2	3	3	2,67	0,5774	
97	97	18854	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,57	4,57	0,5345	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,43	0,9759	3	4	4	3,67	0,5774	
98	98	18901	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00	1,71	0,4880	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1,71	0,4880	1	2	2	1,67	0,5774		
99	99	19089	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,71	3,71	0,7559	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3,71	0,7559	4	4	4	4,00	0,0000		
100	100	15669	4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4,71	3,86	0,6901	4	4	3	3	5	4	4	4	4	4	4	4	3,86	0,6901	4	4	5	4,33	0,5774		
101	101	13968	2	2	1	2	3	1	2	3	3	3	3	3	3	2,00	1,57	0,5345	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1,57	0,5345	1	1	1	1,00	0,0000			
102	102	14049	3	3	3	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3,29	3,43	0,9759	4	3	2	3	5	4	3	3	3	3	3	3,43	0,9759	3	2	4	3,00	1,0000			
103	103	os-05	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,43	4,57	0,5345	4	5	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4,57	0,5345	5	5	5	5,00	0,0000			
104	104	14362	2	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2,43	2,57	0,7868	2	3	3	2	4	2	2	2	2	2	2	2,57	0,7868	2	2	2	2,00	0,0000			
105	105	14553	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	4,33	0,8997	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4,33	0,8997	4	4	5	4,33	0,5774			
106	106	14556	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,86	3,29	0,7559	4	3	2	3	4	3	3	3	3	3	3,29	0,7559	3	3	3	3,00	0,0000				
107	107	14952	3	3	2	4	2	3	2	4	2	3	3	3	3	3,29	3,00	0,0000	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	0,0000	2	2	3	2,33	0,5774				
108	108	14997	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,86	3,71	0,9512	4	4	2	3	5	4	4	4	4	4	3,71	0,9512	4	3	5	4,00	1,0000				
109	109	os-30	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,14	2,43	0,5345	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2,43	0,5345	2	4	2	2,67	1,1547					
110	110	15404	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,14	3,71	0,9512	4	4	2	3	5	4	4	4	4	3,71	0,9512	3	3	4	3,33	0,5774					
111	111	15973	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,43	1,00	0,0000	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00	0,0000	1	1	1	1,00	0,0000					

Tabela 33 - Avaliação intra-examinadores e inter-examinadores por categorias (ortodontistas x cirurgiões plásticos x cirurgiões buco-maxilo-faciais)

N°	Modelo	RG Hosp	E1a	E1b	E2a	E2b	E3a	E3b	E4a	E4b	E5a	E5b	E6	E7	Med	Média	DP	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	Med	Média	DP	E15	E16	E17	Med	Média	D.P.	índice oclus. Geral				
																																			112	112	15985	2
113	113	15456	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	4	3	3,00	0,5774	3	2	5	4	3	5	2	3	3	3	3,43	1,2724	4	3	3	3	3,33	0,5774	3	3,12	0,7809
114	114	16242	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4,71	0,4880	5	3	2	3	5	5	5	5	5	4,00	1,2910	4	4	5	4	4,33	0,5774	5	4,45	0,7942	
115	115	16445	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,14	0,3780	3	3	3	3	1	3	2	3	3	2,57	0,7868	3	3	2	3	2,67	0,5774	3	2,79	0,6963	
116	116	14967	3	3	3	2	2	2	2	3	3	1	1	1	2	2,14	0,8997	3	1	2	2	2	2	3	2	2	2,14	0,6901	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	2,09	0,723	
117	117	16683	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4,14	0,3780	4	3	4	2	3	4	4	4	4	3,43	0,7868	3	4	4	4	3,67	0,5774	4	3,85	0,5658	
118	118	16688	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4,71	0,4880	4	3	3	2	4	4	4	4	4	3,43	0,7868	4	3	5	4	4,00	1,0000	4	4,12	0,9273	
119	119	16690	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3,00	0,0000	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2,71	0,4880	2	2	3	2	2,33	0,5774	3	2,82	0,6351	
120	120	16803	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3,43	0,5345	4	3	2	3	2	4	3	4	3	2,71	0,4880	2	2	2	2	2,00	0,0000	3	2,76	0,5019	
121	121	16823	3	3	4	4	3	4	3	4	3	3	3	4	4	3,86	0,3780	4	4	2	3	2	4	4	4	4	3,14	0,8997	3	2	3	3	2,67	0,5774	3	3,12	0,82	
122	122	16896	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,86	0,3780	4	4	2	3	4	4	4	4	4	3,57	0,7868	3	3	3	3	3,33	0,5774	4	3,73	0,5168	
123	123	17034	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00	0,0000	1	3	4	2	3	2	2	2	2	2,43	0,9759	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	2,18	0,5276	
124	124	17098	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	0,0000	5	5	4	4	5	5	5	5	5	4,71	0,4880	5	5	5	5	5,00	0,0000	5	4,94	0,2423	
125	125	17382	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,86	0,3780	4	3	3	3	4	4	4	4	4	3,57	0,5345	3	3	2	3	2,67	0,5774	4	3,58	0,5607	
126	126	17351	5	5	5	5	4	5	4	5	4	4	4	5	4	4,71	0,4880	4	4	3	4	5	4	4	4	4	4,00	0,5774	3	4	4	4	3,67	0,5774	4	4,36	0,603	
127	127	17400	2	3	2	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2,43	0,5345	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1,86	0,3780	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	2,15	0,4417	
128	128	17560	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2,43	0,5345	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1,86	0,3780	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	2,06	0,4286	
129	129	17754	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	4,86	0,3780	4	4	4	3	5	4	5	4	4	4,14	0,6901	4	4	4	4	4,00	0,0000	5	4,58	0,6139	
130	130	17793	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4	3,71	0,4880	3	3	2	3	2	3	4	3	3	2,86	0,6901	2	3	2	2	2,33	0,5774	3	3,21	0,6499	
131	131	os-19	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2,86	0,3780	3	3	4	4	3	4	3	4	3	3,29	0,7559	3	3	3	3	3,00	0,0000	3	3,00	0,433	
132	132	18042	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3,29	0,4880	4	3	2	3	4	4	4	4	4	3,43	0,7868	3	2	4	3	3,00	1,0000	3	3,39	0,6586	
133	133	18069	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3,14	0,3780	3	3	3	3	1	3	3	3	3	2,71	0,7559	3	2	2	2	2,33	0,5774	3	2,88	0,7809	
134	134	18105	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3,00	0,0000	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2,86	0,3780	2	3	3	3	2,67	0,5774	3	2,91	0,2919	
135	135	18290	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,14	0,3780	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2,86	0,3780	2	3	3	3	2,67	0,5774	3	2,97	0,4667	
136	136	18329	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,14	0,3780	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1,14	0,3780	1	1	1	1	1,00	0,0000	1	1,06	0,2423	
137	137	18683	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3,71	0,4880	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3,14	0,3780	3	4	4	4	3,67	0,5774	4	3,52	0,5075	
138	138	18748	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,71	0,7559	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3,71	0,4880	3	4	4	4	3,67	0,5774	4	3,82	0,5276	
139	139	os-08	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	4	4	4	3,43	0,5345	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,86	0,3780	4	4	4	4	4,00	0,0000	4	3,70	0,4667	
140	140	19005	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2,57	0,7868	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2,71	0,4880	2	2	2	2	2,00	0,0000	3	2,76	0,6629	
141	141	19306	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2,29	0,4880	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1,86	0,3780	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	2,12	0,4151	
142	142	19581	3	3	2	3	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1,71	0,7559	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2,00	0,5774	1	1	1	1	1,00	0,0000	1	1,55	0,6657	
143	143	19777	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1,43	0,5345	3	1	2	1	1	1	2	1	1	1,57	0,7868	1	1	1	1	1,00	0,0000	1	1,48	0,6185	
144	144	19903	3	3	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2,43	0,5345	2	3	2	1	2	3	2	2	2	2,14	0,6901	2	2	2	2	2,00	0,0000	3	2,52	0,6185	
145	145	19922	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,14	0,3780	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1,86	0,3780	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	2,12	0,4151	
146	146	19924	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,14	0,3780	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1,57	0,5345	2	1	2	2	1,67	0,5774	2	1,94	0,4962	
147	147	20097	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,14	0,3780	4	2	3	3	5	4	4	4	4	3,57	0,9759	3	5	4	4	4,00	1,0000	4	4,09	0,5222	
148	148	os-20	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00	0,0000	3	2	3	3	1	2	2	2	2	2,29	0,7559	2	2	2	2	2,00	0,0000	2	1,94	0,4962	

Tabela 34 - Amostra de Bauru com as respectivas técnicas cirúrgicas (protocolo cirúrgico) e cirurgião que operou

Nº	Modelo	I.D. Nº	DN	ind. oclus 1 - 5	Média	D.P.	Band	Tam. Fiss.	Data cirur. 1	Idade cir. 1	Tec cir. 1	Técnica 1	Cirurg	Comentários	Data cirur. 2	Idade cir. 2	Técnica 2	Cirurg	Comentários	Data cirurg 3	Idade cir. 3	Técnica 3	Cirurg.	
1	312	12452	#####	5	4.82	0,3917		A	02.10.90	6	5	SP-MC	eud		27.11.91	20	VL	eud						
2	151	13511	#####	4	3.55	0,617	M	E	24.11.89	3	1	MIL-MAL	ant		19.03.91	19	HP	ant						
3	152	13740	#####	2	2.00	0		R	13.02.90	4	1	MIL-MAL	ant		20.11.91	25	HP	ant						
4	153	13741	#####	4	3.94	0,5556	P	E	10.04.90	10	1	MIL-MAL	ant		19.12.94	66	HP	mar						
5	156	13746	#####	3	2.45	0,5641		R	03.07.90	7	1	MIL-MAL-MC	ant		21.05.91	18	HP	ant						
6	154	13808	#####	4	3.88	0,5999	M	E	02.02.90	4	1	MIL-MAL	ant		27.09.90	59	HP	ant						
7	155	13809	#####	4	3.48	0,6185		E	16.02.90	3	1	MIL-MC	ant		24.04.90	6	MAL	ant			25.06.91	20	HP	ant
8	157	13840	#####	1	1.33	0,6455	A	A	11.05.90	6	1	MIL-MAL-MC	ant		07.05.96	78	HP	ant						
9	158	13893	#####	2	2.36	0,6528		A	26.04.90	6	1	MIL1-MAL	ant		08.10.01	23	HP	ant						
10	166	13965	#####	2	2.58	0,5019		A	18.06.90	3	1	MIL-MAL	ant	Segm.desv.LD	09.09.91	18	HP	ant						
11	101	13968	#####	2	1.64	0,6528		E	04.07.90	7	4	SP	gar		07.06.91	18	HP	gar	Ant. PAL		19.11.93	48	VL	gar
12	159	13986	#####	2	2.21	0,4151		E	19.06.90	4	1	MIL-MAL	ant		27.08.91	18	HP	ant						
13	263	13990	#####	4	4.00	0,433		A	03.05.90	3	9	MIL1	ant	Vert. Lat. Short	08.10.91	20	VEAU-Push Back	ant						
14	284	14037	#####	3	2.33	0,8758		R	22.08.90	7	5	SP-MC	eud		16.10.91	20	VL	eud	LUD					
15	102	14049	#####	3	2.76	0,4352		R	14.02.91	10	5	SP	gar	Nasal Floor	02.10.91	18	VL	gar	S/LIB					
16	160	14063	#####	3	2.70	0,8095	G	E	06.04.90	9	1	MIL1-MAL	ant		23.04.91	22	HP	ant						
17	271	14085	#####	5	2.09	0,7699		R	12.09.90	7	5	SP	eud		17.10.91	20	VL	eud						
18	223	14086	#####	3	2.42	0,6139		R	12.03.91	15	5	SP-MC	eud		17.09.94	56	VL	eud						
19	161	14101	#####	2	1.85	0,3641	G	E	23.04.90	4	1	MIL-MAL	ant		25.06.91	18	HP	ant						
20	162	14130	#####	2	2.06	0,3482		R	11.07.90	5	1	MIL1-MAL	ant		05.09.91	18	HP	ant						
21	294	14134	#####	2	2.55	0,5741		R	15.02.91	11	7	MIL	joa		02.06.92	28	VL-LU	joa						
22	307	14187	#####	3	3.03	0,3941	P	R	04.02.91	12	5	SP	ser		09.10.91	20	VL	ser						
23	163	14199	#####	3	2.73	0,6742		R	16.07.90	3	1	MIL1-MAL	ant		05.11.91	18	HP	ant			03.08.99	108	Bone Graft	
24	164	14206	#####	4	3.85	0,755		R	19.07.90	7	1	MIL1-MAL	ant		27.04.92	28	HP	ant			26.03.93	39	HP-Fistula	ant
25	165	14271	#####	1	1.24	0,5607	G	E	25.06.90	3	1	MIL1-MAL	ant		14.10.91	18	HP-Queiio2	ant						
26	230	14285	#####	3	3.45	0,7111		R	06.11.90	10	4	SP	ser	RMU	27.07.91	18	HP	ser			04.11.91	22	VL-Post. Pal.	
27	291	14337	#####	3	3.12	0,5999		R	24.09.90	4	5	SP	cad	Short	27.01.92	20	VL	cad	LB					
28	104	14362	#####	3	2.88	0,4151		R	08.11.90	7	4	SP	joa	Ant. Pal.	08.11.91	19	HP	joa			09.10.92	30	VL-LU-Post. Pal	joa
29	189	14365	#####	3	3.00	0,5		R	13.11.90	7	5	SP	tel		07.05.92	13	VL	ser						
30	209	14380	#####	1	1.30	0,5855		R	06.06.91	11	5	SP	ser	Short	01.04.92	22	VL	ser						
31	221	14398	#####	3	2.55	0,5641		R	27.11.90	5	5	SP	tel		03.02.92	19	VL-LU	joa	Hemostasia					
32	279	14405	#####	4	4.18	0,5276		A	06.11.90	6	5	SP-MC	eud	Short	07.11.91	19	VL	eud						
33	241	14418	#####	4	3.97	0,6366		R	24.09.90	5	5	SP	cam		05.10.91	18	VL	eud			64	Queiio2	sil	
34	243	14429	#####	3	3.06	0,4286		E	04.12.90	7	5	SP	gar		18.11.91	19	VL	gar	LIB. Ant.					
35	254	14438	#####	2	2.09	0,5222		E	29.01.91	9	5	SP	mar		12.11.91	18	VL	ser	LU					
36	167	14445	#####	3	2.73	0,6742	M	E	31.07.90	6	1	MIL-MAL	ant		17.10.91	22	HP-MC	ant	LB					
37	169	14447	#####	2	2.06	0,3482		R	26.09.90	4	2	MIL-MAL-SK	dio	Hemostasia	23.05.95	59	HP	dio						
38	168	14459	#####	1	1.18	0,3917		E	16.07.90	4	1	MIL1	ant		20.08.92	18	HP	ant	Queiio2 Palatop					
39	218	14493	#####	2	2.21	0,4151	P	E	02.04.91	10	5	SP	cam		28.11.91	18	VL	tel	LB					

Tabela 34 - Amostra de Bauru com as respectivas técnicas cirúrgicas (protocolo cirúrgico) e cirurgião que operou

Nº	Modelo	I.D. Nº	DN	ind. oclus 1 - 5	Média	D.P.	Band	Tam. Fiss.	Data cirur. 1	Idade cir. 1	Tec cir. 1	Técnica 1	Cirurg	Comentários	Data cirur. 2	Idade cir. 2	Técnica 2	Cirurg	Comentários	Data cirurg 3	Idade cir. 3	Técnica 3	Cirurg	
40	1	14512	#####	2	1.88	0,4151		E	26.09.90	3	3	MIL	joa		16.12.91	18	HP	joa		14.05.92	23	VL-Post. Palat.	joa	
41	203	14531	#####	4	3.76	0,4352		R	22.07.91	18	5	SP	ser		31.07.92	30	VL	ser	S/L					
42	216	14551	#####	2	2.39	0,4962	M	E	26.10.90	9	4	SP	ser		01.04.91	15	HP	ser	Ant.Pal.		31.10.91	21	VL-Post. Pal.	mar
43	105	14553	#####	5	4.45	0,6657		R	23.10.90	6	5	SP-Nasal F	gar		17.02.92	21	VL	gar			10.05.99	108	Bone Graft	
44	106	14556	#####	4	3.88	0,5999		A	20.08.91	16	5	SP	joa		28.11.91	19	VL	ant						
45	250	14564	#####	4	3.55	0,6657		R	19.06.91	13	5	SP	cam		05.03.92	22	VL	ser	S/L					
46	235	14570	#####	1	1.24	0,7513	G	E	13.05.91	12	5	SP	mar		07.04.92	22	VL	mar			19.08.98	96	Queilo2	mar
47	226	14616	#####	3	2.79	0,6499		A	26.02.91	7	2	SP-MAL-SK	dio		26.10.92	26	HP	ant						
48	316	14625	#####	4	3.88	0,4151		A	19.06.91	13	5	SP-MC	eud		24.11.91	18	VL	eud						
49	183	14636	#####	2	1.82	0,6351		R	04.05.91	10	4	SP	joa		01.08.92	26	HP	joa	Ant. Pal.		08.12.92	29	VL	joa
50	207	14637	#####	3	2.85	0,6671	G	E	14.03.91	9	5	SP	cam		09.03.92	20	VL	cad						
51	239	14665	#####	3	2.94	0,4962		A	22.04.91	11	4	SP	ser		29.11.91	18	HP	ser	Ant. Pal.		15.05.92	29	VL-Post. Pal.	ser
52	217	14695	#####	2	2.00	0,25		R	17.06.91	11	5	SP-RMV	ser		13.03.92	20	VL	ser	Hemostasia					
53	41	14696	#####	4	3.97	0,5294	G	E	20.08.91	14	5	SP	eud		12.04.92	23	VL	eud						
54	298	14772	#####	3	2.55	0,5641		R	28.02.92	18	5	SP	cad		02.09.92	26	VL	cad						
55	222	14791	#####	4	3.91	0,579		E	02.10.90	3	7	MIL	joa		17.12.91	17	VL	joa	LUE					
56	290	14793	#####	3	2.88	0,4151	M	E	11.04.91	9	5	SP	mar		22.04.92	21	VL	mar						
57	195	14805	#####	5	4.64	0,4885		A	12.09.91	12	3	MIL-SK	eud		06.05.92	18	HP	eud			09.09.92	23	VL	eud
58	187	14806	#####	4	4.00	0,6124	G	E	16.07.91	11	6	SP	ser		10.12.91	15	FURLOW	ser						
59	2	14818	#####	5	4.48	0,6671		E	02.04.91	8	5	SP-MC	eud		16.03.92	20	VL	eud			15.05.97	82	Queilo2	cad
60	261	14823	#####	5	4.73	0,5168		A	27.05.91	10	5	SP	ser		01.04.92	20	VL	ser	Hemostasia					
61	292	14841	#####	2	2.00	0,25		E	25.01.91	6	7	MIL	joa		13.05.92	22	VL	joa						
62	198	14842	#####	5	5.00	0		R	00.10.90	3	1	MIL	mau		10.10.91	14	HP	ant			23.09.92	26	Ant. Fistula-Nasal	
63	229	14861	#####	2	2.00	0		E	01.04.91	7	5	SP-MC	eud		20.03.92	19	VL	gar	S/L					
64	248	14868	#####	2	2.15	0,6671		E	24.10.90	9	5	SP	mar		04.12.91	22	VL	mar						
65	272	14869	#####	5	4.76	0,6139		A	09.04.91	7	5	SP	ser		30.03.92	18	VL	ser			27.11.92	26	Queilo2	ser
66	286	14900	#####	2	2.33	0,4787		A	07.06.91	7	5	SP	mar		08.06.92	19	VL	mar						
67	3	14918	#####	3	2.39	0,7044		E	30.07.91	12	7	MIL	joa		20.07.92	25	VL	cad	LB-L Ant. E					
68	107	14952	#####	3	2.58	0,5019		R	27.02.91	6	5	SP	gar		16.03.92	18	VL	gar	SL					
69	212	14953	#####	5	4.91	0,2919		A	12.04.91	8	5	SP-MC	eud		10.11.92	26	VL	mar						
70	116	14967	#####	2	2.09	0,723		R	26.06.91	11	5	SP	joa		14.12.94	52	VL	dua	LUD					
71	270	14968	#####	2	2.15	0,6185		R	25.09.91	13	5	SP	gar		07.05.90	20	VL	gar	SL					
72	256	14969	#####	4	4.21	0,5999		R	20.06.91	10	5	SP-MC	eud		26.06.92	22	VL	eud			02.02.94	41	B.N. Fistula	eud
73	191	14985	#####	3	3.24	0,5607		R	25.06.91	11	5	SP	ser		25.05.92	22	VL	ser	S/L					
74	108	14997	#####	5	4.55	0,7111		A	12.06.91	8	4	SP-MC	eud		22.06.92	20	HP	gar			11.01.92	25	VL	gar
75	206	15038	#####	4	4.06	0,6586		A	30.01.92	21	10	SP-MC	eud		07.10.92	29	VEAU	ant						
76	288	15044	#####	1	1.33	0,4787		R	23.04.91	6	2	MIL-MAL-SK	dio		22.08.95	58	HP	dio			28.05.97	79	Fistula	dio
77	278	15046	#####	3	2.55	0,617		E	05.11.91	13	5	SP	cad		21.05.92	20	VL	cad						
78	303	15057	#####	4	4.15	0,6185		R	31.07.91	11	5	SP	mar		14.05.92	19	VL	mar						

Tabela 34 - Amostra de Bauru com as respectivas técnicas cirúrgicas (protocolo cirúrgico) e cirurgião que operou

Nº	Modelo	I.D. Nº	DN	ind. oclus 1 - 5	Média	D.P.	Band	Tam. Fiss.	Data cirur. 1	Idade cir. 1	Tec cir. 1	Técnica 1	Cirurg	Comentários	Data cirur. 2	Idade cir. 2	Técnica 2	Cirurg	Comentários	Data cirurg 3	Idade cir. 3	Técnica 3	Cirurg	
79	194	15078	#####	3	2.79	0,4151	M	E	24.04.91	14	5 SP	5 SP	eud		04.11.91	21	VL	ant		13.02.96	72	Queilo2	ant	
80	259	15090	#####	1	1.33	0,5401		E	19.03.91	6	2 MIL-MAL-SK	2 MIL-MAL-SK	dio		25.03.97	81	HP	dio						
81	266	15100	#####	3	2.94	0,4962		R	10.12.90	3	7 MIL	7 MIL	joa		12.05.92	20	VL-LU	joa	LUD					
82	199	15125	#####	3	3.21	0,4846	P	E	24.04.91	6	2 MIL-MAL-SK	2 MIL-MAL-SK	dio	Short Palat	25.10.94	4	HP-Queilo2	dio						
83	280	15126	#####	4	4.24	0,7084	R	R	29.05.91	8	5 SP-MC	5 SP-MC	eud		22.04.92	18	VL-LU	eud		09.10.96	72	Queilo2-Nasal	eud	
84	4	15127	#####	4	4.24	0,5019	R	R	09.05.91	6	5 SP	5 SP	ser		16.07.92	20	VL	ser		02.02.94	39	Fistula	ser	
85	305	15133	#####	3	3.42	0,5019		E	17.07.91	10	5 SP	5 SP	tel		09.12.92	21	VL	tel	LUD					
86	5	15148	#####	2	2.03	0,3046		R	14.05.91	7	5 SP	5 SP	joa		21.04.92	18	VL	tel	LUE					
87	274	15150	#####	2	1.85	0,3641		R	23.05.91	6	5 SP-Nasal F	5 SP-Nasal F	mar		22.05.92	18	VL	mar						
88	190	15154	#####	4	4.21	0,6499		A	26.09.91	11	5 SP-Nasal F	5 SP-Nasal F	gar		03.04.92	19	VL	gar	S/L					
89	300	15156	#####	3	3.15	0,5075		A	14.11.91	13	5 SP	5 SP	cad		15.10.92	37	VL	cad	LB					
90	253	15181	#####	2	1.91	0,2919		E	20.03.91	6	7 MIL	7 MIL	joa		13.08.92	23	VL-LU	joa	LUD					
91	314	15213	#####	3	2.76	0,4352		R	20.08.91	10	5 SP-MC	5 SP-MC	eud	Pré Maxila CL II	31.08.92	22	VL	gar	LUE					
92	247	15218	#####	2	2.36	0,5488		A	22.06.92	23	5 SP	5 SP	cad		22.04.93	33	VL	cad	LB					
93	224	15222	#####	4	3.73	0,5168		R	17.01.92	14	5 SP	5 SP	cad		01.07.92	20	VL	cad	LB					
94	257	15226	#####	3	3.09	0,2919		E	06.04.92	17	7 MIL-MC	7 MIL-MC	ant	SEGM. Collaps	21.07.92	20	VL	ant						
95	208	15246	#####	3	2.88	0,3314		E	29.04.91	14	5 SP	5 SP	eud		15.05.92	26	VL	nic						
96	268	15249	#####	5	4.79	0,7398		E	09.08.91	15	5 SP	5 SP	cad/ser		16.04.92	24	VL-LU	joa						
97	293	15253	#####	2	2.24	0,5019	P	E	28.11.91	13	5 SP-MC	5 SP-MC	eud		28.08.92	22	VL	eud						
98	285	15264	#####	2	2.00	0,8292		E	06.08.91	14	7 MIL	7 MIL	tel		25.05.92	19	VL	tel						
99	202	15271	#####	2	2.33	0,5401		E	21.05.91	6	2 MIL-MAL-SK	2 MIL-MAL-SK	dio		?	?	Ant. Palat Non-Ope							
100	277	15277	#####	4	3.67	0,6922		A	27.02.91	4	3 MIL-SK	3 MIL-SK	dio		23.10.91	12	HP	dio						
101	201	15279	#####	4	4.00	0,5		R	17.07.91	7	8 MIL1	8 MIL1	tel		29.10.91	10	FURLOW	ser						
102	311	15280	#####	4	3.55	0,5056		R	07.10.91	11	5 SP-MC	5 SP-MC	eud	SEGM.ROT.	10.12.92	25	VL	eud	LB					
103	237	15281	#####	5	4.91	0,2919		A	25.02.92	15	5 SP	5 SP	tel	Total Deiscence	08.09.94	36	VL	gar	LUE					
104	200	15293	#####	4	4.03	0,5294	P	E	30.10.91	11	7 MIL1-SK	7 MIL1-SK	eud		29.05.92	19	VL	tel	LUE					
105	252	15300	#####	1	1.15	0,3641		E	06.03.91	12	5 SP-MC	5 SP-MC	eud		14.01.92	22	VL	mar						
106	192	15316	#####	1	1.18	0,4647		E	06.05.92	18	5 SP-RMV	5 SP-RMV	cad	Hipertelorism	02.03.93	28	VL	mon	S/L					
107	220	15323	#####	2	1.58	0,5607		R	12.08.91	11	6 SP-Nasal F	6 SP-Nasal F	gar	Vert. Short	21.01.92	17	FURLOW	gar						
108	249	15353	#####	2	2.24	0,5019		R	18.03.91	3	5 SP-Nasal F	5 SP-Nasal F	gar	Vert. Short	12.06.92	18	VL	gar	S/L					
109	317	15361	#####	3	3.42	0,5019		E	22.11.91	14	5 SP-RMV	5 SP-RMV	cad		13.05.92	19	VL	cad	S/L					
110	232	15381	#####	2	2.27	0,5741		R	06.08.91	9	5 SP	5 SP	tel		17.02.92	16	VL	tel	LUE					
111	273	15395	#####	2	2.09	0,5222		R	06.08.91	9	7 MIL	7 MIL	gar		24.06.92	19	VL	gar	S/L					
112	233	15396	#####	3	3.06	0,5556	P	R	22.05.91	6	2 MIL-MAL-SK	2 MIL-MAL-SK	dio				Ant.Palat. Non Ope							
113	188	15399	#####	4	3.94	0,7044	M	A	09.05.91	13	7 MIL	7 MIL	can		09.12.91	20	VL	cad	LB					
114	110	15404	#####	4	3.94	0,6093		A	25.07.91	4	6 SP	6 SP	joa	Hiperteloris	03.09.91	6	FURLOW	ser						
115	310	15419	#####	4	3.88	0,4151	M	E	12.09.91	13	7 MIL1	7 MIL1	ant		06.08.92	22	VL	ant						
116	205	15444	#####	1	1.06	0,2423		E	02.07.91	10	7 MIL	7 MIL	joa	TWIN BROTHE	21.04.92	19	VL	nic	Post. Deiscence					
117	309	15451	#####	5	4.61	0,4962		A	04.12.91	11	5 SP	5 SP	cad		30.07.92	18	VL	cad	LB					

Tabela 34 - Amostra de Bauru com as respectivas técnicas cirúrgicas (protocolo cirúrgico) e cirurgião que operou

Nº	Modelo	I.D. Nº	DN	ind. oclus 1 - 5	Média	D.P.	Band	Tam. Fiss.	Data cirur. 1	Idade cir. 1	Tec cir. 1	Técnica 1	Cirurg	Comentários	Data cirur. 2	Idade cir. 2	Técnica 2	Cirurg	Comentários	Data cirurg 3	Idade cir. 3	Técnica 3	Cirurg.	
118	113	15456	#####	3	3.12	0,7809		R	08.10.91	11	5 SP	5 SP	ser		09.09.92	22	VL		ser					
119	211	15476	#####	5	4.55	0,617		A	29.04.91	3	5 SP	5 SP	can		07.07.90	18	VL		gar					
120	244	15480	#####	1	1.52	1,0344		E	22.01.92	13	5 SP	5 SP	cad		28.08.92	20	VL		cad	S/L				
121	6	15491	#####	3	3.03	0,3941		E	26.09.91	11	5 SP-RMV	5 SP-RMV	ser		04.06.92	20	VL		ser	S/L				
122	260	15504	#####	3	2.82	0,6351		E	25.01.93	35	4 SP-MC	4 SP-MC	tel		22.07.93	41	HP		mont		26.05.97	87	VL	
123	7	15511	#####	4	3.91	0,3844	M	E	27.09.91	9	5 SP-RMV	5 SP-RMV	cad		01.05.92	19	VL		cad	LB				
124	313	15523	#####	4	4.06	0,4962		A	29.04.91	10	5 SP	5 SP	gar		25.03.92	21	VL		ser	LUD				
125	8	15542	#####	3	2.91	0,4585		R	30.07.91	6	5 SP-RMV	5 SP-RMV	ser		26.03.92	13	VL		ser		24.05.95	51	Queilo2	
126	170	15645	#####	2	1.97	0,3046		R	07.02.92	11	1 MIL1-MAL	1 MIL1-MAL	ant		20.08.92	18	HP		ant					
127	296	15652	#####	4	3.97	0,4667		E	29.05.91	6	5 SP-MC	5 SP-MC	eud		04.06.92	18	VL		gar	S/L				
128	100	15669	#####	4	4.36	0,603	P	R	31.07.91	5	7 MIL	7 MIL	ser		29.07.92	17	VL		ser					
129	306	15681	#####	2	2.48	0,5075	G	E	16.10.91	13	7 MIL1	7 MIL1	ant		27.05.92	21	VL		gar	S/L				
130	9	15713	#####	2	1.73	0,7613			31.01.92	10	6 SP	6 SP	tel		04.09.92	18	FURLOW		tel					
131	10	15715	#####	2	2.48	0,6185	M	E	27.08.91	6	1 SP-MAL-MC	1 SP-MAL-MC	ant	Short Palat	21.03.95	50	HP-Queilo2		ant					
132	12	15762	#####	3	3.48	0,5075		E	09.10.91	7	5 SP-RMV	5 SP-RMV	cad		05.11.92	19	VL		cad	LB				
133	13	15829	#####	3	2.91	0,3844	M	E	06.03.92	11	5 SP	5 SP	gar		04.02.93	22	VL		gar	S/L				
134	171	15837	#####	3	2.55	0,617		R	24.09.91	4	1 MIL1-MAL	1 MIL1-MAL	ant		09.03.93	57	HP		ant					
135	228	15839	#####	2	1.88	0,3314		E	22.01.92	23	1 SP-RMV	1 SP-RMV	cad		11.12.92	33			cad					
136	14	15851	#####	5	4.79	0,4846		A	06.11.91	7	5 SP-Nasal F	5 SP-Nasal F	gar		05.04.95	48	VL		gar	S/L Hemostasia				
137	15	15860	#####	5	4.76	0,6139	M	E	28.05.92	11	7 MIL1-MC	7 MIL1-MC	ser		17.09.92	15	VL		ser					
138	16	15865	#####	4	3.91	0,3844		A	21.10.91	7	5 SP	5 SP	tel	Vert Lat. Curta	07.02.92	10	VL		tel	LUD				
139	17	15882	#####	1	1.18	0,3917	P	E	24.03.92	11	2 SP-MAL-SK	2 SP-MAL-SK	dio				Ant. Palat. Non Ope							
140	18	15894	#####	5	4.91	0,2919		E	25.09.91	5	5 SP-RMV	5 SP-RMV	ser		27.01.93	21	VL		ser		18.06.97	78	Queilo2	
141	19	15972	#####	4	4.24	0,7513		E	26.02.92	9	5 SP	5 SP	cad		30.10.92	18	VL		cad	LB				
142	111	15973	#####	1	1.18	0,3917		R	27.02.92	10	7 MIL-Nasal F	7 MIL-Nasal F	joa		03.11.92	18	VL		joa	LB				
143	112	15985	#####	2	1.67	0,736		R	27.01.91	7	5 SP	5 SP	nic		15.05.92	12	VL		gar	S/L				
144	20	16024	#####	2	2.42	0,7084	P	E	18.11.91	6	5 SP	5 SP	mar		22.04.92	11	VL		mar					
145	21	16034	#####	4	3.55	0,5641	P	E	05.03.92	10	5 SP	5 SP	cad		11.12.92	18	VL		cad	LB				
146	22	16042	#####	2	2.48	0,5658	G	E	14.04.92	10	5 SP	5 SP	cad		10.10.94	38	VL		cad	LB				
147	23	16170	#####	4	4.45	0,5056	P	E	13.03.93	8	5 SP-RMV	5 SP-RMV	cad		18.02.93	19	VL		cad		13.09.94	36	Queilo2-Fistula	
148	24	16221	#####	2	1.88	0,6963		R	23.10.91	6	5 SP-SK	5 SP-SK	dio		20.10.92	17	VL-RET BUC-Queil		dio	Ant. Palat. Non Ope				
149	114	16242	#####	5	4.45	0,7942		E	25.02.92	8	5 SP-Nasal F	5 SP-Nasal F	gar		09.06.92	12	VL		gar	S/L				
150	25	16306	#####	3	2.88	0,6499		A	22.01.92	4	5 SP	5 SP	mar		11.11.92	13	VL		mar	LB				
151	26	16314	#####	4	3.58	0,6629		R	18.03.92	12	5 SP	5 SP	ser		25.06.92	15	VL		ser	LB				
152	27	16378	#####	3	3.09	0,6307		E	16.04.92	11	7 MIL1	7 MIL1	tel		21.09.92	15	VL		tel	LUD		28.02.96	57	Ant. Fistula
153	172	16379	#####	3	2.45	0,9045		R	21.10.91	10	1 MIL1-MAL	1 MIL1-MAL	ant		11.05.93	25	HP		ant					
154	28	16423	#####	1	1.30	0,5855		E	30.04.92	9	7 MIL2-RMV	7 MIL2-RMV	ser	Nasal F	24.08.92	13	VL		ser	LB		10.07.97	72	Queilo2
155	115	16445	#####	3	2.79	0,6963		R	16.01.92	4	6 SP	6 SP	gar		04.06.92	9	FURLOW		gar			18.01.99	96	Queilo2
156	29	16524	#####	3	2.73	0,5168		E	06.12.91	5	5 SP	5 SP	tel		19.05.92	10	VL		tel	LB		04.04.97	68	Queilo2

Tabela 34 - Amostra de Bauru com as respectivas técnicas cirúrgicas (protocolo cirúrgico) e cirurgia que operou

Nº	Modelo	I.D. Nº	DN	ind. oclus 1 - 5	Média	D.P.	Band	Tam. Fiss.	Data cirur. 1	Idade cir. 1	Tec cir. 1	Técnica 1	Cirurg	Comentários	Data cirur. 2	Idade cir. 2	Técnica 2	Cirurg	Comentários	Data cirurg 3	Idade cir. 3	Técnica 3	Cirurg	
157	30	16574	#####	2	2.30	0,4667		A	03.09.92	12	7	MIL1-SK	ser	Nasal F	14.06.96	57	VL	ser	LUD					
158	31	16583	#####	5	4,67	0,4787		R	13.02.92	5	6	SP-Nasal F	gar		03.06.92	9	FURLOW	gar	S/L					
159	32	16591	#####	3	3,39	0,6093		A	03.04.92	9	5	SP-RMV	cad		10.02.93	18	VL	cad	LD					
160	33	16617	#####	2	2,06	0,4286		E	13.07.92	8	5	SP	mar		23.07.93	19	VL	mar			15.05.98	77	Queilo2	dua
161	34	16652	#####	2	1,82	0,5276	G	E	28.04.92	6	2	SP-MAL-MC	dio	Hipertelorismo	01.11.94	37	HP	dio	Ant. Palat.					
162	117	16683	#####	4	3,85	0,5658		A	26.05.92	5	7	MIL-Nasal F	gar		18.09.92	9	VL	gar			09.03.99	92	Queilo2	cad
163	35	16686	#####	4	3,45	0,6657		A	10.03.92	6	6	SP-Nasal F	tel		24.06.92	9	FURLOW	tel	S/L		17.06.93	21	Fistula	tel
164	118	16688	#####	4	4,12	0,9273		A	14.02.92	5	5	SP	gar		14.10.92	13	VL	gar	L ant. D					
165	119	16690	#####	3	2,82	0,6351	P	E	18.09.92	12	5	SP	gar		25.05.93	21	VL	gar	S/L					
166	36	16695	#####	4	3,76	0,7084		A	15.07.92	11	5	SP-RMV	ser	Vert. Lat. Short	05.08.95	48	VL	ser	S/L					
167	37	16703	#####	2	2,12	0,4151		R	29.04.92	6	2	MIL-MAL-SK	dio		26.08.97	70	HP-Queilo2	dio	Nasal Tip					
168	38	16716	#####	3	2,64	0,5488		R	12.05.92	5	7	MIL2I	ser		24.09.92	9	VL	ser	LUE					
169	39	16723	#####	2	2,12	0,6963		R	31.03.92	8	5	SP	tel	Vert. Lat. Short	11.02.94	30	VL	tel	LUE					
170	40	16726	#####	5	4,52	0,5658	P	R	22.04.92	8	7	MIL1	tel	Vert. Med. Short	08.02.93	18	VL	tel	LB		23.02.95	41	Fistula	tel
171	42	16770	#####	4	3,67	0,8165	P	E	31.03.92	4	7	MIL1	ser	Vert. Lat. Short	09.09.92	10	VL	ser	Esgargamento Nas					
172	43	16774	#####	5	4,73	0,4523		R	24.04.92	7	7	MIL2-RMV	ser		18.11.92	14	VL	ser	LB		18.05.98	80	Queilo2	ser
173	44	16786	#####	4	3,91	0,4585	M	E	03.08.92	11	7	MIL	tel		25.05.93	20	VL-Queilo2	tel						
174	120	16803	#####	3	2,76	0,5019		E	16.07.92	9	5	SP-Nasal F	gar	Vert. Short	12.11.92	13	VL	gar	S/L		14.03.97	65	Fistula-Ant. Post	gar
175	173	16810	#####	4	3,91	0,4585	M	E	17.02.92	5	1	MIL1-MAL	ant		09.09.93	23	HP	ant						
176	121	16823	#####	3	3,12	0,82	P	E	31.08.92	10	5	SP	gar		25.06.93	21	VL	gar	S/L					
177	45	16860	#####	4	3,76	0,9024		E	13.05.92	7	8	MIL2-Nasal F	ser	Vert. Lat. Short	07.10.92	15	FURLOW	mar	S/L					
178	46	16875	#####	2	2,18	0,3917		A	26.06.92	5	8	MIL	mar		21.05.93	15	FURLOW	mar	S/L					
179	240	16878	#####	2	2,00	0,5		A	25.02.92	14	5	SP-RMV	cad		07.07.92	18	VL	cad	LB					
180	174	16887	#####	4	3,55	0,5056	P	E	14.04.92	5	1	MIL-MAL-MC	ant	Vert. Lat. Short	20.05.93	18	HP	ant						
181	122	16896	#####	4	3,73	0,5168		A	13.10.92	5	5	SP-RMV	ser	W Nasal F	27.04.95	42	VL	gar	S/L					
182	175	16917	#####	3	3,12	0,9604		A	04.02.94	27	3	SP	gar		05.10.94	35	HP-LU	joa			09.12.97	82	Queilo2	vir
183	47	16929	#####	4	3,64	0,5488	P	E	28.06.92	4	7	MIL1-RMV	ser		16.06.93	16	VL	ser	LB		21.07.97		Fistula	ser
184	283	16940	#####	2	2,03	0,1741	P	R	28.09.92	27	5	SP	gar		25.06.93	36	VL	gar	LUD					
185	48	16941	#####	3	2,79	0,5453	P	E	05.06.92	3	8	MIL-Nasal F	tel		25.12.92	9	FURLOW	tel	LUE					
186	49	16969	#####	5	4,88	0,3314		R	23.07.92	5	5	SP-RMV	ser	Hemostasia	12.05.93	15	VL	ser	LB					
187	176	16978	#####	2	2,12	0,4151		R	04.06.92	6	1	MIL-MAL	ant		09.02.94	26	HP	ant						
188	50	16993	#####	2	2,24	0,5019		A	24.06.92	3	7	MIL	mar			10	VL	mar	S/L					
189	51	16995	#####	4	3,91	0,765		A	30.06.92	4	5	SP-RMV	ser	Vert. Lat. Short	14.06.93	16	VL	ser	L Ant. D					
190	177	17004	#####	3	2,70	0,5855		R	04.06.92	7	7	MIL1	ant		03.05.93	18	VL	mar						
191	52	17033	#####	4	3,97	0,5855		R	26.08.92	5	8	MIL1	tel		19.07.93	16	FURLOW	tel	Large Palat-LUD		15.12.95	44	Fistula	tel
192	123	17034	#####	2	2,18	0,5276		R	16.02.93	14	5	SP	gar		25.02.94	27	VL	gar						
193	124	17098	#####	5	4,94	0,2423		A	27.08.92	5	8	MIL-Nasal F	gar		22.06.93	15	FURLOW	gar						
194	53	17121	#####	5	4,97	0,1741		A	05.08.92	5	6	SP	ser	Vert. Lat. Short	25.02.93	11	FURLOW	ser	LED		08.09.93		Fistula	ser
195	54	17148	#####	2	2,15	0,5075		R	14.08.92	6	7	MIL	mar		15.06.93	15	VL	mar	LUE					

Tabela 34 - Amostra de Bauru com as respectivas técnicas cirúrgicas (protocolo cirúrgico) e cirurgião que operou

Nº	Modelo	I.D. Nº	DN	ind. oclus 1-5	Média	D.P.	Band	Tam. Fiss.	Data cirur. 1	Idade cir. 1	Tec cir. 1	Técnica 1	Cirurg	Comentários	Data cirur. 2	Idade cir. 2	Técnica 2	Cirurg	Comentários	Data cirurg 3	Idade cir. 3	Técnica 3	Cirurg.	
196	55	17191	#####	3	3.21	0,6499		R	18.08.92	5	5 SP	5 SP	tel		02.06.93	15	VL		tel		20.07.98		Queiio2	tel
197	56	17192	#####	5	4.97	0,1741		A	19.08.92	6	8 MIL1	8 MIL1	ser		27.11.92	9	FURLOW		ser	LB				
198	178	17197	#####	2	2.06	0,2423		E	26.10.92	11	1 MIL-MAL-MC	1 MIL-MAL-MC	ant		12.07.93	19	HP		ant					
199	179	17206	#####	4	3.85	0,4417		R	01.01.93	16	3 MIL1-VL	3 MIL1-VL	ant		17.11.94	37	HP		tel	Short Palat				
200	57	17286	#####	3	3.03	0,8095		E	20.08.92	6	5 SP	5 SP	mar		04.06.93	15	VL		mar	CL III- Genetic LUE				
201	58	17317	#####	4	3.70	0,7699		R	20.08.92	4	8 MIL-Nasal F	8 MIL-Nasal F	gar		02.02.93	9	FURLOW		gar	S/L	10.05.94	24	Fistula	gar
202	59	17320	#####	2	2.18	0,4647		E	28.08.92	7	5 SP	5 SP	mar		19.07.93	18	VL		mar	LB				
203	60	17321	#####	4	4.15	0,7124		R	17.06.92	10	5 SP-RMV	5 SP-RMV	cad		08.10.93	25	VL		cad	LB				
204	61	17343	#####	4	3.67	0,5401		E	01.06.92	10	5 SP-RMV	5 SP-RMV	cad		25.02.95	18	VL		cad	LB				
205	126	17351	#####	4	4.36	0,603		A	12.08.92	4	5 SP-Nasal F	5 SP-Nasal F	gar		17.08.93	16	VL		gar	LUE				
206	62	17381	#####	3	2.50	0,568	G	E	12.06.92	7	5 SP	5 SP	cad		29.04.93	18	VL		cad	LB				
207	125	17382	#####	4	3.58	0,5607		A	28.05.93	16	3 MIL	3 MIL	mar		09.02.94	24	HP-LU		joa					
208	127	17400	#####	2	2.15	0,4417		R	24.09.92	4	5 SP-Nasal F	5 SP-Nasal F	gar		04.11.93	17	VL		gar	S/L	02.06.99	84	Queiio2	
209	63	17430	#####	2	2.76	0,9364		A	27.08.92	5	7 MIL-SK	7 MIL-SK	ser		08.05.98	13	VL		ser					
210	64	17449	#####	3	2.82	0,4647	M	E	20.10.92	6	5 SP	5 SP	gar		26.10.93	18	VL		gar					
211	65	17450	#####	3	2.94	0,7044		R	16.09.92	6	8 MIL1	8 MIL1	tel		16.08.93	17	FURLOW		tel	Pré Max. Protru.				
212	66	17536	#####	2	2.27	0,4523		R	14.12.92	5	8 MIL	8 MIL	mar		15.10.93	15	FURLOW		mar	S/L				
213	67	17556	#####	3	2.91	0,6307		R	02.03.93	10	7 MIL-SK	7 MIL-SK	ser		02.02.94	33	VL		ser	LB				
214	128	17580	#####	2	2.06	0,4286		A	03.09.92	15	7 MIL	7 MIL	mar		12.03.93	21	VL		mar		20.10.95	52	Fistula	
215	68	17653	#####	4	4.27	0,6742		R	27.08.92	6	5 SP-RMV	5 SP-RMV	cad		08.06.94	27	VL		cad	LB	20.09.95	36	Fistula	
216	69	17659	#####	3	2.76	0,7513	M	E	03.11.92	9	7 MIL1	7 MIL1	tel		07.03.94	27	VL		tel					
217	70	17710	#####	2	2.18	0,3917		A	29.01.93	10	7 MIL	7 MIL	ser		13.09.94	29	VL		ser	LUE				
218	129	17754	#####	5	4.58	0,6139	P	E	10.11.93	20	4 SP	4 SP	mont		21.02.94	23	HP-LU		joa					
219	130	17793	#####	3	3.21	0,6499		R	10.02.94	22	7 MIL	7 MIL	joa		21.10.96	55	VL							
220	71	17868	#####	3	3.21	0,6963		R	23.11.92	6	7 MIL1-RMV	7 MIL1-RMV	ser		05.05.93	12	VL		ser	LUE	29.11.95	36	Queiio2	
221	185	17879	#####	2	1.88	0,3314		R	02.09.92	26	7 MIL	7 MIL	mar		21.06.93	34	VL		mar					
222	72	17885	#####	4	3.67	0,5951	M	E	30.03.93	9	7 MIL-MC	7 MIL-MC	ser		29.04.94	23	VL		ser	Tampão LE	13.02.96		Fistula	
223	73	17904	#####	2	2.12	0,3314		A	01.03.93	10	7 MIL-Nasal F	7 MIL-Nasal F	mar		08.02.94	21	VL		mar	LUD				
224	74	17951	#####	5	4.85	0,3641	P	E	05.11.92	5	7 MIL	7 MIL	mar		03.03.94	21	VL		mar	S/L				
225	75	17963	#####	3	2.88	0,7398	P	R	28.09.92	5	7 MIL	7 MIL	tel		26.01.93	20	VL		tel	Fistula				
226	76	18002	#####	5	4.85	0,3641	P	E	24.09.92	6	7 MIL-MC	7 MIL-MC	eud		22.03.94	24	VL		eud	Wan Der Wood	17.04.97	60	Queiio2-Nasal	
227	77	18033	#####	3	2.88	0,7398		A	04.11.92	6	7 MIL2-Nasal F	7 MIL2-Nasal F	tel		26.01.93	20	VL		tel	Fistula Alveolar				
228	132	18042	#####	3	3.39	0,6586		R	14.05.93	8	5 SP	5 SP	cad		07.02.94	17	VL		joa		10.10.94		Queiio2-Fistula	
229	133	18069	#####	3	2.88	0,7809		A	01.12.92	5	5 SP	5 SP	gar		29.09.93	15	VL		gar	S/L				
230	134	18105	#####	3	2.91	0,2919	P	E	18.11.92	6	5 SP	5 SP	gar		09.03.94	21	VL		gar		27.10.94	29	Fistula	gar
231	78	18143	#####	3	2.70	0,4667		A	12.11.92	4	8 MIL	8 MIL	mar		07.10.93	15	FURLOW-Bucinado		mar					
232	79	18166	#####	4	3.55	0,617		A	18.12.92	4	7 MIL1	7 MIL1	ser		03.11.93	16	VL		ser	L. Ant. D	29.10.96	51	Queiio2-Fistula	
233	80	18195	#####	1	1.36	0,4885	P	E	01.04.93	8	7 MIL	7 MIL	mar		09.08.94	25	VL		mar	LUE				
234	81	18237	#####	5	4.76	0,4352		A	30.03.93	6	5 SP-MC	5 SP-MC	eud		21.05.94	18	VL		eud	LB				

Tabela 35 - Amostra de Bauru e Oslo com os dados completos

Nº	Modelo	RG Hosp	DN	Lado Fiss.	Sex	Band	Tam. Fiss.	Data cirurgia 1	Idade cir. 1	Tec cir 1	Técnica 1	Cirurg.	Comentários	Data cirurgia 2	Idade cir. 2	Técnica 2	Cirurg.
1	312	12452	#####	ESQ	M		A	02.10.90	6	5	SP-MC	1		27.11.91	20	VL	1
2	151	13511	#####	ESQ	F	M	E	24.11.89	3	1	MIL-MAL	2		19.03.91	19	HP	2
3	152	13740	#####	DIR	F		R	13.02.90	4	1	MIL-MAL	2		20.11.91	25	HP	2
4	153	13741	#####	ESQ	M	P	E	10.04.90	10	1	MIL-MAL	2		19.12.94	66	HP	8
5	156	13746	#####	DIR	M		R	03.07.90	7	1	MIL-MAL-MC	2		21.05.91	18	HP	2
6	154	13808	#####	ESQ	M	M	E	02.02.90	4	1	MIL-MAL	2		27.09.90	59	HP	2
7	155	13809	#####	ESQ	F		E	16.02.90	3	1	MIL-MC	2		24.04.90	6	MAL	2
8	157	13840	#####	ESQ	M		A	11.05.90	6	1	MIL-MAL-MC	2		07.05.96	78	HP	2
9	158	13893	#####	ESQ	F		A	26.04.90	6	1	MIL-1-MAL	2		08.10.01	23	HP	2
10	166	13965	#####	ESQ	F		A	18.06.90	3	1	MIL-MAL	2	Segm.dev.LD	09.09.91	18	HP	2
11	101	13968	#####	ESQ	M		E	04.07.90	7	4	SP	3		07.06.91	18	HP	3
12	159	13986	#####	DIR	M		E	19.06.90	4	1	MIL-MAL	2		27.08.91	18	HP	2
13	263	13990	#####	ESQ	F		A	03.05.90	3	9	MIL1	2	Vert. Lat. Short	08.10.91	20	VEAU-Push Back	2
14	284	14037	#####	ESQ	M		R	22.08.90	7	5	SP-MC	1		16.10.91	20	VL	1
15	102	14049	#####	ESQ	M		R	14.02.91	10	5	SP	3	Nasal Floor	02.10.91	18	VL	3
16	160	14063	#####	ESQ	M	G	E	06.04.90	9	1	MIL-1-MAL	2		23.04.91	22	HP	2
17	271	14085	#####	ESQ	M		R	12.09.90	7	5	SP	1		17.10.91	20	VL	1
18	223	14086	#####	ESQ	M		R	12.03.91	15	5	SP-MC	1		17.09.94	56	VL	1
19	161	14101	#####	ESQ	M	G	E	23.04.90	4	1	MIL-MAL	2		25.06.91	18	HP	2
20	162	14130	#####	DIR	M		R	11.07.90	5	1	MIL-1-MAL	2		05.09.91	18	HP	2
21	294	14134	#####	ESQ	M		R	15.02.91	11	7	MIL	4		02.06.92	28	VL-LU	4
22	307	14187	#####	DIR	F	P	R	04.02.91	12	5	SP	5		09.10.91	20	VL	5
23	163	14199	#####	ESQ	F		R	16.07.90	3	1	MIL-1-MAL	2		05.11.91	18	HP	2
24	164	14206	#####	ESQ	M		R	19.07.90	7	1	MIL-1-MAL	2		27.04.92	28	HP	2
25	165	14271	#####	ESQ	F	G	E	25.06.90	3	1	MIL-1-MAL	2		14.10.91	18	HP-Queijo2	2
26	230	14285	#####	DIR	F		R	06.11.90	10	4	SP	5	RMU	27.07.91	18	HP	5
27	291	14337	#####	ESQ	F		R	24.09.90	4	5	SP	6	Short	27.01.92	20	VL	6
28	104	14362	#####	DIR	F		R	08.11.90	7	4	SP	4	Ant. Pal.	08.11.91	19	HP	4
29	189	14365	#####	ESQ	M		R	13.11.90	7	5	SP	9		07.05.92	13	VL	5
30	209	14380	#####	DIR	M		R	06.06.91	11	5	SP	5	Short	01.04.92	22	VL	5
31	221	14398	#####	ESQ	M		R	27.11.90	5	5	SP	9		03.02.92	19	VL-LU	4
32	279	14405	#####	ESQ	M	A	A	06.11.90	6	5	SP-MC	1	Short	07.11.91	19	VL	1
33	241	14418	#####	ESQ	M		R	24.09.90	5	5	SP	cam		05.10.91	18	VL	1
34	243	14429	#####	DIR	M		E	04.12.90	7	5	SP	3		18.11.91	19	VL	3
35	254	14438	#####	DIR	M		E	29.01.91	9	5	SP	8		12.11.91	18	VL	5

Tabela 35 - Amostra de Bauru e Oslo com os dados completos

Nº	Módulo	RG Hosp	Comentários	Data cirurgia 3	Idade cir. 3	Técnica 3	Cirurg.	Comentários	Fístula	Plaça	Problemas	Tala	Oclusão m. cruz.	Cirurgião Queilo 1ª Palato 1ª	Índice Oclus 1-5	Media	D.P.
1	312	12452											B CL III total	1	5	4.82	0,392
2	151	13511								x até 1a6m		P	MCLE	2	4	3.55	0,617
3	152	13740								x		R	MCLD	2	2	2.00	0
4	153	13741										P		11	4	3.94	0,556
5	156	13746								x		B	MC21	2	3	2.45	0,564
6	154	13808						LUD				R		2	4	3.88	0,6
7	155	13809		25.06.91	20	HP	2					P	CL III	2	4	3.48	0,619
8	157	13840								x 10 d		R	MCLE	2	1	1.33	0,646
9	158	13893										B	CL III	2	2	2.36	0,653
10	166	13965								x até 08.08.91			MCLE	2	2	2.58	0,502
11	101	13968	Ant. PAL	19.11.93	48	VL	3					R	MC - 21	3	2	1.64	0,653
12	159	13986								x até 92		B	MCLD	2	2	2.21	0,415
13	263	13990										B	CL III	2	4	4.00	0,433
14	284	14037	LUD										CL III	1	3	2.33	0,876
15	102	14049	S/LIB									B	CL III	3	3	2.76	0,435
16	160	14063										R	MCLE	2	3	2.70	0,81
17	271	14085										B	CL III	1	5	2.09	0,77
18	223	14086											CL III	1	3	2.42	0,614
19	161	14101										B		2	2	1.85	0,364
20	162	14130								x		B	MCLD	2	2	2.06	0,348
21	294	14134											MCLD	4	2	2.55	0,574
22	307	14187											MCLD	5	3	3.03	0,394
23	163	14199		03.08.99	108	Bone Graft						B	CL III	2	3	2.73	0,674
24	164	14206		26.03.93	39	HP-Fistula	2					R		2	4	3.85	0,755
25	165	14271								x		B	CL I	2	1	1.24	0,561
26	230	14285		04.11.91	22	VL-Post. Pal.								5	3	3.45	0,711
27	291	14337	LB									B		6	3	3.12	0,6
28	104	14362		09.10.92	30	VL-LU-Post. Pal.	4	Post. Pal.				B	MCLD	4	3	2.88	0,415
29	189	14365										R	MCLE	11	3	3.00	0,5
30	209	14380										R	Open Bite	5	1	1.30	0,586
31	221	14398	Hemostasia									B	MC 11-21	11	3	2.55	0,564
32	279	14405			64	Queilo2	14					B		1	4	4.18	0,528
33	241	14418		07.05.97	84	Faringo	9					P	CL III	11	4	3.97	0,637
34	243	14429	LIB.Ant.									P	CL III	3	3	3.06	0,429
35	254	14438	LU									B		11	2	2.09	0,522

Tabela 35 - Amostra de Bauru e Oslo com os dados completos

Nº	Modelo	RG Hosp	DN	Lado Fiss.	Sex	Paço	Tam. Fiss.	Data cirurgia 1	Idade cir. 1	Tec cir 1	Técnica 1	Cirurg.	Comentários	Data cirurgia 2	Idade cir. 2	Técnica 2	Cirurg. 2
36	167	14445	#####	ESQ	M	M	E	31.07.90	6	1	MIL-MAL	2		17.10.91	22	HP-MC	2
37	169	14447	#####	ESQ	M		R	26.09.90	4	2	MIL-MAL-SK	7	Hemostasia	23.05.95	59	HP	7
38	168	14459	#####	DIR	M		E	16.07.90	4	1	MIL1	2		20.08.92	18	HP	2
39	218	14493	#####	DIR	M	P	E	02.04.91	10	5	SP	cam		28.11.91	18	VL	9
40	1	14512	#####	DIR	F		E	26.09.90	3	3	MIL	4		16.12.91	18	HP	4
41	203	14531	#####	ESQ	M		R	22.07.91	18	5	SP	5		31.07.92	30	VL	5
42	216	14551	#####	ESQ	M	M	E	26.10.90	9	4	SP	5		01.04.91	15	HP	5
43	105	14553	#####	DIR	M		R	23.10.90	6	5	SP-Nasal F	3		17.02.92	21	VL	3
44	106	14556	#####	DIR	F		A	20.08.91	16	5	SP	4		28.11.91	19	VL	2
45	250	14564	#####	DIR	F		R	19.06.91	13	5	SP	cam		05.03.92	22	VL	5
46	235	14570	#####	DIR	F	G	E	13.05.91	12	5	SP	8		07.04.92	22	VL	8
47	226	14616	#####	ESQ	F		A	26.02.91	7	2	SP-MAL-SK	7		26.10.92	26	HP	2
48	316	14625	#####	ESQ	F		A	19.06.91	13	5	SP-MC	1		24.11.91	18	VL	1
49	183	14636	#####	DIR	M		R	04.05.91	10	4	SP	4		01.08.92	26	HP	4
50	207	14637	#####	ESQ	M	G	E	14.03.91	9	5	SP	cam		09.03.92	20	VL	6
51	239	14665	#####	ESQ	F		A	22.04.91	11	4	SP	5		29.11.91	18	HP	5
52	217	14695	#####	ESQ	M		R	17.06.91	11	5	SP-RMV	5		13.03.92	20	VL	5
53	41	14696	#####	ESQ	M	G	E	20.08.91	14	5	SP	1		12.04.92	23	VL	1
54	298	14772	#####	ESQ	M		R	28.02.92	18	5	SP	6		02.09.92	26	VL	6
55	222	14791	#####	ESQ	M		E	02.10.90	3	7	MIL	4		17.12.91	17	VL	4
56	290	14793	#####	ESQ	M	M	E	11.04.91	9	5	SP	8		22.04.92	21	VL	8
57	195	14805	#####	DIR	F		A	12.09.91	12	3	MIL-SK	1		06.05.92	18	HP	1
58	187	14806	#####	ESQ	F	G	E	16.07.91	11	6	SP	5		10.12.91	15	FURLOW	5
59	2	14818	#####	DIR	M		E	02.04.91	8	5	SP-MC	1		16.03.92	20	VL	1
60	261	14823	#####	ESQ	M		A	27.05.91	10	5	SP	5		01.04.92	20	VL	5
61	292	14841	#####	ESQ	M		E	25.01.91	6	7	MIL	4		13.05.92	22	VL	4
62	198	14842	#####	DIR	M		R	00.10.90	3	1	MIL	mau		10.10.91	14	HP	2
63	229	14861	#####	ESQ	M		E	01.04.91	7	5	SP-MC	1		20.03.92	19	VL	3
64	248	14868	#####	ESQ	F		E	24.10.90	9	5	SP	8		04.12.91	22	VL	8
65	272	14869	#####	ESQ	M		A	09.04.91	7	5	SP	5		30.03.92	18	VL	5
66	286	14900	#####	ESQ	M		A	07.06.91	7	5	SP	8		08.06.92	19	VL	8
67	3	14918	#####	DIR	M		E	30.07.91	12	7	MIL	4		20.07.92	25	VL	6
68	107	14952	#####	ESQ	F		R	27.02.91	6	5	SP	3		16.03.92	18	VL	3
69	212	14953	#####	ESQ	M		A	12.04.91	8	5	SP-MC	1		10.11.92	26	VL	8
70	116	14967	#####	ESQ	F		R	26.06.91	11	5	SP	4		14.12.94	52	VL	12

Tabela 35 - Amostra de Bauru e Oslo com os dados completos

Nº	Módulo	RG Hosp	Comentários	Data cirurgia 3	Idade cir. 3	Técnica 3	Cirurg.	Comentários	Fístula	Paça	Problemas	Tala	Oclusão m. cruz.	Cirurgião Queilo 1ª Palato 1ª	Índice Oclus 1 - 5	Media	D.P.
36	167	14445	LB										B MCLE	2	3	2.73	0,674
37	169	14447								x			B MCLE	7	2	2.06	0,348
38	168	14459	Queilo2 Palatop										B	2	1	1.18	0,392
39	218	14493	LB	14.06.96	72	Queilo2							B MCLD	11	2	2.21	0,415
40	1	14512		14.05.92	23	VL-Post. Palat.	4						B MCLD	4	2	1.88	0,415
41	203	14531	S/L										P	5	4	3.76	0,435
42	216	14551	Ant.Pal.	31.10.91	21	VL-Post. Pal.	8						R	5	2	2.39	0,496
43	105	14553		10.05.99	108	Bone Graft					Faringo		P MCLD	3	5	4.45	0,666
44	106	14556											B CL III	11	4	3.88	0,6
45	250	14564	S/L											11	4	3.55	0,666
46	235	14570		19.08.98	96	Queilo2	8						B	8	1	1.24	0,751
47	226	14616								x			B CL III	11	3	2.79	0,65
48	316	14625											R Total	1	4	3.88	0,415
49	183	14636	Ant. Pal.	08.12.92	29	VL	4	02.09.97 Fístula 7a	Yes					4	2	1.82	0,635
50	207	14637											B	11	3	2.85	0,667
51	239	14665	Ant. Pal.	15.05.92	29	VL-Post. Pal.	5	LUE/Fístula Ant.sec.					R	5	3	2.94	0,496
52	217	14695	Hemostasia											5	2	2.00	0,25
53	41	14696											R MCLE	1	4	3.97	0,529
54	298	14772												6	3	2.55	0,564
55	222	14791	LUE										B MC Ant.	4	4	3.91	0,579
56	290	14793											B MCLE	8	3	2.88	0,415
57	195	14805		09.09.92	23	VL	1	26.09.96 Queilo2					B	1	5	4.64	0,489
58	187	14806		15.05.97	82	Queilo2	6				Faringo		B MCLE-Ant.	5	4	4.00	0,612
59	2	14818											P CL III	1	5	4.48	0,667
60	261	14823	Hemostasia											5	5	4.73	0,517
61	292	14841											R	4	2	2.00	0,25
62	198	14842		23.09.92	26	Ant. Fístula-Nasal							B MCLD	11	5	5.00	0
63	229	14861	S/L										B MCLE	11	2	2.00	0
64	248	14868											B MCLE	8	2	2.15	0,667
65	272	14869		27.11.92	26	Queilo2	5	17.07.97 Fístula					B CL III	5	5	4.76	0,614
66	286	14900											B	8	2	2.33	0,479
67	3	14918	LB-L Ant. E										B MCLD	11	3	2.39	0,704
68	107	14952	SL										B CL III	3	3	2.58	0,502
69	212	14953											B	11	5	4.91	0,292
70	116	14967	LUD										R	11	2	2.09	0,723

Tabela 35 - Amostra de Bauru e Oslo com os dados completos

Nº	Modelo	RG Hosp	DN	Lado Fiss.	Sex	Band	Tam. Fiss.	Data cirurgia 1	Idade cir. 1	Tec cir 1	Técnica 1	Cirurg.	Comentários	Data cirurgia 2	Idade cir. 2	Técnica 2	Cirurg. 2
71	270	14968	#####	ESQ	M		R	25.09.91	13	5	SP	3		07.05.90	20	VL	3
72	256	14969	#####	DIR	M		R	20.06.91	10	5	SP-MC	1		26.06.92	22	VL	1
73	191	14985	#####	DIR	M		R	25.06.91	11	5	SP	5		25.05.92	22	VL	5
74	108	14997	#####	ESQ	M		A	12.06.91	8	4	SP-MC	1		22.06.92	20	HP	3
75	206	15038	#####	DIR	F		A	30.01.92	21	10	SP-MC	1		07.10.92	29	VEAU	2
76	288	15044	#####	DIR	M		R	23.04.91	6	2	MIL-MAL-SK	7		22.08.95	58	HP	7
77	278	15046	#####	ESQ	M		E	05.11.91	13	5	SP	6		21.05.92	20	VL	6
78	303	15057	#####	DIR	M		R	31.07.91	11	5	SP	8		14.05.92	19	VL	8
79	194	15078	#####	DIR	M	M	E	24.04.91	14	5	SP	1		04.11.91	21	VL	2
80	259	15090	#####	ESQ	F		E	19.03.91	6	2	MIL-MAL-SK	7		25.03.97	81	HP	7
81	266	15100	#####	ESQ	M		R	10.12.90	3	7	MIL	4		12.05.92	20	VL-LU	4
82	199	15125	#####	ESQ	M	P	E	24.04.91	6	2	MIL-MAL-SK	7	Short Palat	25.10.94	4	HP-Queilo2	7
83	280	15126	#####	ESQ	M		R	29.05.91	8	5	SP-MC	1		22.04.92	18	VL-LU	1
84	4	15127	#####	ESQ	M		R	09.05.91	6	5	SP	5		16.07.92	20	VL	5
85	305	15133	#####	ESQ	M		E	17.07.91	10	5	SP	9		09.12.92	21	VL	9
86	5	15148	#####	ESQ	M		R	14.05.91	7	5	SP	4		21.04.92	18	VL	9
87	274	15150	#####	ESQ	F		R	23.05.91	6	5	SP-NasalF	8		22.05.92	18	VL	8
88	190	15154	#####	ESQ	F		A	26.09.91	11	5	SP-NasalF	3		03.04.92	19	VL	3
89	300	15156	#####	DIR	M		A	14.11.91	13	5	SP	6		15.10.92	37	VL	6
90	253	15181	#####	ESQ	M		E	20.03.91	6	7	MIL	4		13.08.92	23	VL-LU	4
91	314	15213	#####	DIR	M		R	20.08.91	10	5	SP-MC	1	Pré Maxilia CL II	31.08.92	22	VL	3
92	247	15218	#####	ESQ	M		A	22.06.92	23	5	SP	6		22.04.93	33	VL	6
93	224	15222	#####	DIR	M		R	17.01.92	14	5	SP	6		01.07.92	20	VL	6
94	257	15226	#####	ESQ	M		E	06.04.92	17	7	MIL-MC	2	SEGM. Colaps	21.07.92	20	VL	2
95	208	15246	#####	DIR	M		E	29.04.91	14	5	SP	1		15.05.92	26	VL	15
96	268	15249	#####	ESQ	M		E	09.08.91	15	5	SP	cad/ser		16.04.92	24	VL-LU	4
97	293	15253	#####	DIR	M	P	E	28.11.91	13	5	SP-MC	1		28.08.92	22	VL	1
98	285	15264	#####	ESQ	M		E	06.08.91	14	7	MIL	9		25.05.92	19	VL	9
99	202	15271	#####	ESQ	M		E	21.05.91	6	2	MIL-MAL-SK	7		?	?	Ant. Palat Non-Ope	
100	277	15277	#####	ESQ	F		A	27.02.91	4	3	MIL-SK	7		23.10.91	12	HP	7
101	201	15279	#####	ESQ	M		R	17.07.91	7	8	MIL1	9		29.10.91	10	FURLOW	5
102	311	15280	#####	ESQ	M		R	07.10.91	11	5	SP-MC	1	SEGM.ROT.	10.12.92	25	VL	1
103	237	15281	#####	ESQ	M		A	25.02.92	15	5	SP	9	Total Deiscence SP	08.09.94	36	VL	3
104	200	15293	#####	ESQ	M	P	E	30.10.91	11	7	MIL1-SK	1		29.05.92	19	VL	9
105	252	15300	#####	ESQ	F		E	06.03.91	12	5	SP-MC	1		14.01.92	22	VL	8

Tabela 35 - Amostra de Bauru e Oslo com os dados completos

Nº	Módulo	RG Hosp	Comentários	Data cirurgia 3	Idade cir. 3	Técnica 3	Cirurg.	Comentários	Fístula	Placa	Problemas	Tala	Oclusão m. cruz.	Cirurgião Queilo 1ª Palato 1ª	Índice Oclus 1-5	Media	D.P.
71	270	14968	SL									B		3	2	2.15	0,619
72	256	14969		02.02.94	41	B.N. Fístula	1					R	CL III Total	1	4	4.21	0,6
73	191	14985	S/L									B		5	3	3.24	0,561
74	108	14997		11.01.92	25	VL						R		11	5	4.55	0,711
75	206	15038										R		11	4	4.06	0,659
76	288	15044		28.05.97	79	Fístula	7							7	1	1.33	0,479
77	278	15046										B	CL III	6	3	2.55	0,617
78	303	15057										R	CL III	8	4	4.15	0,619
79	194	15078		13.02.96	72	Queilo2	2					B	MC LD	11	3	2.79	0,415
80	259	15090										B		7	1	1.33	0,54
81	266	15100	LUD									B		4	3	2.94	0,496
82	199	15125								x		B		7	3	3.21	0,485
83	280	15126		09.10.96	72	Queilo2-Nasal	1				Faringo	P	CL III	1	4	4.24	0,708
84	4	15127		02.02.94	39	Fístula	5					P	CL III	5	4	4.24	0,502
85	305	15133	LUD									R		9	3	3.42	0,502
86	5	15148	LUE	22.01.99	99	Queilo2	9					B	MC Ant.	11	2	2.03	0,305
87	274	15150										R		8	2	1.85	0,364
88	190	15154	S/L									B	CL III	3	4	4.21	0,65
89	300	15156	LB	10.10.95	60	Ant. Fístula	6					R	CL III	6	3	3.15	0,508
90	253	15181	LUD									B	MCLE	4	2	1.91	0,292
91	314	15213	LUE											11	3	2.76	0,435
92	247	15218	LB									B		6	2	2.36	0,549
93	224	15222	LB									B		6	4	3.73	0,517
94	257	15226										P	MCLE	2	3	3.09	0,292
95	208	15246		30.03.95	61	Queilo2- Fístula	3					R		11	3	2.88	0,331
96	268	15249										B		11	5	4.79	0,74
97	293	15253		23.10.96	72	Queilo2-Nasal	1						MCLD	1	2	2.24	0,502
98	285	15264										P	Open Bite	9	2	2.00	0,829
99	202	15271										B	Good	11	2	2.33	0,54
100	277	15277		18.12.92	24	VL-Post.Pal	7	Queilo2				R	CL III	7	4	3.67	0,692
101	201	15279										B	CL III	11	4	4.00	0,5
102	311	15280	LB	18.02.93	39	Ant. Fístula	3	18.08.97-Faringo				P	MCLE	1	4	3.55	0,506
103	237	15281	LUE									R		11	5	4.91	0,292
104	200	15293	LUE									B	CL III	11	4	4.03	0,529
105	252	15300										B	MCLE	11	1	1.15	0,364

Tabela 35 - Amostra de Bauru e Oslo com os dados completos

Nº	Modelo	RG Hosp	DN	Lado Fiss.	Sex	Paço	Tam. Fiss.	Data cirurgia 1	Idade cir. 1	Tec cir 1	Técnica 1	Cirurg.	Comentários	Data cirurgia 2	Idade cir. 2	Técnica 2	Cirurg. 2
106	192	15316	#####	DIR	M		E	06.05.92	18	5	SP-RMV	6	Hipertelorism	02.03.93	28	VL	10
107	220	15323	#####	ESQ	M		R	12.08.91	11	6	SP-NasalF	3	Vert. Short	21.01.92	17	FURLOW	3
108	249	15353	#####	DIR	M		R	18.03.91	3	5	SP-NasalF	3	Vert. Short	12.06.92	18	VL	3
109	317	15361	#####	DIR	M		E	22.11.91	14	5	SP-RMV	6		13.05.92	19	VL	6
110	232	15381	#####	ESQ	F		R	06.08.91	9	5	SP	9		17.02.92	16	VL	9
111	273	15395	#####	ESQ	M		R	06.08.91	9	7	MIL	3		24.06.92	19	VL	3
112	233	15396	#####	DIR	M	P	R	22.05.91	6	2	MIL-MAL-SK	7				Ant.Palat. Non Ope	
113	188	15399	#####	ESQ	M	M	A	09.05.91	13	7	MIL	can		09.12.91	20	VL	6
114	110	15404	#####	ESQ	F		A	25.07.91	4	6	SP	4	Hiperteloris	03.09.91	6	FURLOW	5
115	310	15419	#####	DIR	F	M	E	12.09.91	13	7	MIL1	2		06.08.92	22	VL	2
116	205	15444	#####	ESQ	M		E	02.07.91	10	7	MIL	4	TWIN BROTHER	21.04.92	19	VL	15
117	309	15451	#####	DIR	F		A	04.12.91	11	5	SP	6		30.07.92	18	VL	6
118	113	15456	#####	DIR	F		R	08.10.91	11	5	SP	5		09.09.92	22	VL	5
119	211	15476	#####	ESQ	F		A	29.04.91	3	5	SP	can		07.07.90	18	VL	3
120	244	15480	#####	ESQ	M		E	22.01.92	13	5	SP	6		28.08.92	20	VL	6
121	6	15491	#####	ESQ	M		E	26.09.91	11	5	SP-RMV	5		04.06.92	20	VL	5
122	260	15504	#####	ESQ	F		E	25.01.93	35	4	SP-MC	9		22.07.93	41	HP	10
123	7	15511	#####	ESQ	M	M	E	27.09.91	9	5	SP-RMV	6		01.05.92	19	VL	6
124	313	15523	#####	DIR	M		A	29.04.91	10	5	SP	3		25.03.92	21	VL	5
125	8	15542	#####	ESQ	M		R	30.07.91	6	5	SP-RMV	5		26.03.92	13	VL	5
126	170	15645	#####	DIR	M		R	07.02.92	11	1	MIL1-MAL	2		20.08.92	18	HP	2
127	296	15652	#####	ESQ	F		E	29.05.91	6	5	SP-MC	1		04.06.92	18	VL	3
128	100	15669	#####	DIR	M	P	R	31.07.91	5	7	MIL	5		29.07.92	17	VL	5
129	306	15681	#####	ESQ	M	G	E	16.10.91	13	7	MIL1	2		27.05.92	21	VL	3
130	9	15713	#####	ESQ	M		R	31.01.92	10	6	SP	9		04.09.92	18	FURLOW	9
131	10	15715	#####	DIR	M	M	E	27.08.91	6	1	SP-MAL-MC	2	Short Palat	21.03.95	50	HP-Queio2	2
132	12	15762	#####	ESQ	M		E	09.10.91	7	5	SP-RMV	6		05.11.92	19	VL	6
133	13	15829	#####	ESQ	M	M	E	06.03.92	11	5	SP	3		04.02.93	22	VL	3
134	171	15837	#####	ESQ	F		R	24.09.91	4	1	MIL1-MAL	2		09.03.93	57	HP	2
135	228	15839	#####	ESQ	F		E	22.01.92	23	1	SP-RMV	6		11.12.92	33		6
136	14	15851	#####	ESQ	F		A	06.11.91	7	5	SP-NasalF	3		05.04.95	48	VL	3
137	15	15860	#####	DIR	M	M	E	28.05.92	11	7	MIL1-MC	5		17.09.92	15	VL	5
138	16	15865	#####	DIR	F		A	21.10.91	7	5	SP	9	Vert Lat. Curta	07.02.92	10	VL	9
139	17	15882	#####	DIR	M	P	E	24.03.92	11	2	SP-MAL-SK	7				Ant. Palat. Non Ope	
140	18	15894	#####	ESQ	F		E	25.09.91	5	5	SP-RMV	5		27.01.93	21	VL	5

Tabela 35 - Amostra de Bauru e Oslo com os dados completos

Nº	Modelo	RG Hosp	Comentários	Data cirurgia 3	Idade cir. 3	Técnica 3	Cirurg.	Comentários	Fístula	Páca	Problemas	Tala	Oclusão m. cruz.	Cirurgião Queilo 1ª Palato 1ª	Índice Oclus 1-5	Media	D.P.
106	192	15316	S/L								Faringo	P		11	1	1.18	0,465
107	220	15323										B	MCLE	3	2	1.58	0,561
108	249	15353	S/L									R		3	2	2.24	0,502
109	317	15361	S/L										Open Bite	6	3	3.42	0,502
110	232	15381	LUE	26.11.97	84	Fístula	6				Faringo	P	CL III	9	2	2.27	0,574
111	273	15395	S/L	25.06.98	84	Queilo2	3					B		3	2	2.09	0,522
112	233	15396										P	CL III	11	3	3.06	0,556
113	188	15399	LB	16.11.94	55	Queilo2-Fístula	6					B	CL III	11	4	3.94	0,704
114	110	15404										B	CL III	11	4	3.94	0,609
115	310	15419										B		2	4	3.88	0,415
116	205	15444	Post. Deiscence											11	1	1.06	0,242
117	309	15451	LB	02.12.97	72	Faringo	3					B	CL III	6	5	4.61	0,496
118	113	15456												5	3	3.12	0,781
119	211	15476										B		11	5	4.55	0,617
120	244	15480	S/L									B		6	1	1.52	1,034
121	6	15491	S/L											5	3	3.03	0,394
122	260	15504		26.05.97	87	VL	10	21.11.97 Ant. Palat.				B		11	3	2.82	0,635
123	7	15511	LB										MCLD	6	4	3.91	0,384
124	313	15523	LUD									B	CL III	11	4	4.06	0,496
125	8	15542		24.05.95	51	Queilo2	5						MCLE	5	3	2.91	0,459
126	170	15645									Faringo	P	CL III	2	2	1.97	0,305
127	296	15652	S/L									B	CL III	11	4	3.97	0,467
128	100	15669										B	MCLE	5	4	4.36	0,603
129	306	15681	S/L									B	MCLE	11	2	2.48	0,508
130	9	15713										B	Normal	9	2	1.73	0,761
131	10	15715							x			B	MCLD Top	2	2	2.48	0,619
132	12	15762	LB									B	MCLE	6	3	3.48	0,508
133	13	15829	S/L									R	MCLD Top	3	3	2.91	0,384
134	171	15837							x	3 m		R	Topo	2	3	2.55	0,617
135	228	15839										B		6	2	1.88	0,331
136	14	15851	S/L Hemostasia								Faringo	P	CL III	3	5	4.79	0,485
137	15	15860										B	CL III	5	5	4.76	0,614
138	16	15865	LUD									B	MCLD	9	4	3.91	0,384
139	17	15882										B	Excelente	11	1	1.18	0,392
140	18	15894		18.06.97	78	Queilo2	5						MC.21-63	5	5	4.91	0,292

Tabela 35 - Amostra de Bauru e Oslo com os dados completos

Nº	Modelo	RG Hosp	DN	Lado Fiss.	Sex	Band	Tam. Fiss.	Data cirurgia 1	Idade cir. 1	Tec cir 1	Técnica 1	Cirurg.	Comentários	Data cirurgia 2	Idade cir. 2	Técnica 2	Cirurg. 2
141	19	15972	#####	ESQ	M		E	26.02.92	9	5	SP	6		30.10.92	18	VL	6
142	111	15973	#####	DIR	M		R	27.02.92	10	7	MIL-Nasal F	4		03.11.92	18	VL	4
143	112	15985	#####	ESQ	M		R	27.01.91	7	5	SP	15		15.05.92	12	VL	3
144	20	16024	#####	DIR	M	P	E	18.11.91	6	5	SP	8		22.04.92	11	VL	8
145	21	16034	#####	ESQ	M	P	E	05.03.92	10	5	SP	6		11.12.92	18	VL	6
146	22	16042	#####	ESQ	M	G	E	14.04.92	10	5	SP	6		10.10.94	38	VL	6
147	23	16170	#####	ESQ	F	P	E	13.03.93	8	5	SP-RMV	6		18.02.93	19	VL	6
148	24	16221	#####	ESQ	M		R	23.10.91	6	5	SP-SK	7		20.10.92	17	VL-RET BUC-Queilo2	7
149	114	16242	#####	ESQ	M		E	25.02.92	8	5	SP-Nasal F	3		09.06.92	12	VL	3
150	25	16306	#####	ESQ	M		A	22.01.92	4	5	SP	8		11.11.92	13	VL	8
151	26	16314	#####	DIR	F		R	18.03.92	12	5	SP	5		25.06.92	15	VL	5
152	27	16378	#####	ESQ	M		E	16.04.92	11	7	MIL1	9		21.09.92	15	VL	9
153	172	16379	#####	DIR	M		R	21.10.91	10	1	MIL1-MAL	2		11.05.93	25	HP	2
154	28	16423	#####	DIR	F		E	30.04.92	9	7	MIL2-RMV	5	Nasal F	24.08.92	13	VL	5
155	115	16445	#####	ESQ	M		R	16.01.92	4	6	SP	3		04.06.92	9	FURLOW	3
156	29	16524	#####	DIR	M		E	06.12.91	5	5	SP	9		19.05.92	10	VL	9
157	30	16574	#####	DIR	M		A	03.09.92	12	7	MIL1-SK	5	Nasal F	14.06.96	57	VL	5
158	31	16583	#####	ESQ	M		R	13.02.92	5	6	SP-Nasal F	3		03.06.92	9	FURLOW	3
159	32	16591	#####	ESQ	M		A	03.04.92	9	5	SP-RMV	6		10.02.93	18	VL	6
160	33	16617	#####	DIR	M		E	13.07.92	8	5	SP	8		23.07.93	19	VL	8
161	34	16652	#####	ESQ	M	G	E	28.04.92	6	2	SP-MAL-MC	7	Hipertelorismo	01.11.94	37	HP	7
162	117	16683	#####	ESQ	F		A	26.05.92	5	7	MIL-Nasal F	3		18.09.92	9	VL	3
163	35	16686	#####	DIR	F		A	10.03.92	6	6	SP-Nasal F	9		24.06.92	9	FURLOW	9
164	118	16688	#####	ESQ	F		A	14.02.92	5	5	SP	3		14.10.92	13	VL	3
165	119	16690	#####	ESQ	M	P	E	18.09.92	12	5	SP	3		25.05.93	21	VL	3
166	36	16695	#####	DIR	F		A	15.07.92	11	5	SP-RMV	5	Vert. Lat. Short	05.08.95	48	VL	5
167	37	16703	#####	ESQ	M		R	29.04.92	6	2	MIL-MAL-SK	7		26.08.97	70	HP-Queilo2	7
168	38	16716	#####	ESQ	F		R	12.05.92	5	7	MIL2I	5		24.09.92	9	VL	5
169	39	16723	#####	DIR	F		R	31.03.92	8	5	SP	9	Vert. Lat. Short	11.02.94	30	VL	9
170	40	16726	#####	ESQ	F	P	R	22.04.92	8	7	MIL1	9	Vert. Med. Short	08.02.93	18	VL	9
171	42	16770	#####	ESQ	M	P	E	31.03.92	4	7	MIL1	5	Vert. Lat. Short	09.09.92	10	VL	5
172	43	16774	#####	DIR	M		R	24.04.92	7	7	MIL2-RMV	5		18.11.92	14	VL	5
173	44	16786	#####	ESQ	M	M	E	03.08.92	11	7	MIL	9		25.05.93	20	VL-Queilo2	9
174	120	16803	#####	ESQ	F		E	16.07.92	9	5	SP-Nasal F	3	Vert. Short	12.11.92	13	VL	3
175	173	16810	#####	ESQ	F	M	E	17.02.92	5	1	MIL1-MAL	2		09.09.93	23	HP	2

Tabela 35 - Amostra de Bauru e Oslo com os dados completos

Nº	Modelo	RG Hosp	Comentários	Data cirurgia 3	Idade cir. 3	Técnica 3	Cirurg.	Comentários	Fístula	Páca	Problemas	Tala	Oclusão m. cruz.	Cirurgião Queilo 1ª Palato 1ª	Índice Oclus 1-5	Media	D.P.
141	19	15972	LB									B	CL III	6	4	4.24	0,751
142	111	15973	LB					Good Case				B	CL I	4	1	1.18	0,392
143	112	15985	S/L					Good Case				R	CL III	11	2	1.67	0,736
144	20	16024										B	RC Topo/C	8	2	2.42	0,708
145	21	16034	LB										CL III	6	4	3.55	0,564
146	22	16042	LB									B	MCL E	6	2	2.48	0,566
147	23	16170		13.09.94	36	Queilo2-Fístula	6					P	CL III Cirur	6	4	4.45	0,506
148	24	16221	Ant. Palat. Non Ope									R	CL II-Negr	7	2	1.88	0,696
149	114	16242	S/L									B	CL III	3	5	4.45	0,794
150	25	16306	LB									B	MC	8	3	2.88	0,65
151	26	16314	LB						x					5	4	3.58	0,663
152	27	16378	LU D	28.02.96	57	Ant. Fístula	9					B	CL III	9	3	3.09	0,631
153	172	16379										B		2	3	2.45	0,905
154	28	16423	LB	10.07.97	72	Queilo2	2					B		5	1	1.30	0,586
155	115	16445		18.01.99	96	Queilo2	10					R	Open Bite	3	3	2.79	0,696
156	29	16524	LB	04.04.97	68	Queilo2	9					B	MCL D	9	3	2.73	0,517
157	30	16574	LU D									P	MCL D	5	2	2.30	0,467
158	31	16583	S/L									P	CL III	3	5	4.67	0,479
159	32	16591	LD										MCL E-Top	6	3	3.39	0,609
160	33	16617		15.05.98	77	Queilo2	12						Topo	8	2	2.06	0,429
161	34	16652	Ant. Palat.							x		B	Good	7	2	1.82	0,528
162	117	16683		09.03.99	92	Queilo2	6					R	CL III	3	4	3.85	0,566
163	35	16686	S/L	17.06.93	21	Fístula	9	Fístula - 2a3/3a8				R	CL III	9	4	3.45	0,666
164	118	16688	L ant. D									R	CL III	3	4	4.12	0,927
165	119	16690	S/L	03.09.99	96	Faringo	9					P	MCL E / Ant	3	3	2.82	0,635
166	36	16695	S/L										CL III	5	4	3.76	0,708
167	37	16703	Nasal Tip									B	MC 62-63	7	2	2.12	0,415
168	38	16716	LUE									R	MC 83-71	5	3	2.64	0,549
169	39	16723	LUE										Good	9	2	2.12	0,696
170	40	16726	LB	23.02.95	41	Fístula	9					B	RC Topo	9	5	4.52	0,566
171	42	16770	Esgarçamento Nas									B	CL III	5	4	3.67	0,817
172	43	16774	LB	18.05.98	80	Queilo2	5					R	CL III	5	5	4.73	0,452
173	44	16786												9	4	3.91	0,459
174	120	16803	S/L	14.03.97	65	Fístula-Ant. Post.	3					B	CL III	3	3	2.76	0,502
175	173	16810										B	CL III	2	4	3.91	0,459

Tabela 35 - Amostra de Bauru e Oslo com os dados completos

Nº	Modelo	RG Hosp	DN	Lado Fiss.	Sex	Barão	Tam. Fiss.	Data cirurgia 1	Idade cir. 1	Tec cir 1	Técnica 1	Cirurg.	Comentários	Data cirurgia 2	Idade cir. 2	Técnica 2	Cirurg. 2
176	121	16823	#####	ESQ	F	P	E	31.08.92	10	5	SP	3		25.06.93	21	VL	3
177	45	16860	#####	ESQ	F		E	13.05.92	7	8	MIL2-Nasal F	5	Vert. Lat. Short	07.10.92	15	FURLOW	8
178	46	16875	#####	ESQ	F		A	26.06.92	5	8	MIL	8		21.05.93	15	FURLOW	8
179	240	16878	#####	ESQ	F		A	25.02.92	14	5	SP-RMV	6		07.07.92	18	VL	6
180	174	16887	#####	ESQ	M	P	E	14.04.92	5	1	MIL-MAL-MC	2	Vert. Lat. Short	20.05.93	18	HP	2
181	122	16896	#####	ESQ	M		A	13.10.92	5	5	SP-RMV	5	W Nasal F	27.04.95	42	VL	3
182	175	16917	#####	ESQ	F		A	04.02.94	27	3	SP	3		05.10.94	35	HP-LU	4
183	47	16929	#####	DIR	M	P	E	28.06.92	4	7	MIL1-RMV	5		16.06.93	16	VL	5
184	283	16940	#####	ESQ	F	P	R	28.09.92	27	5	SP	3		25.06.93	36	VL	3
185	48	16941	#####	ESQ	F	P	E	05.06.92	3	8	MIL-Nasal F	9		25.12.92	9	FURLOW	9
186	49	16969	#####	ESQ	M		R	23.07.92	5	5	SP-RMV	5	Hemostasia	12.05.93	15	VL	5
187	176	16978	#####	ESQ	M		R	04.06.92	6	1	MIL-MAL	2		09.02.94	26	HP	2
188	50	16993	#####	ESQ	F		A	24.06.92	3	7	MIL	8			10	VL	8
189	51	16995	#####	ESQ	F		A	30.06.92	4	5	SP-RMV	5	Vert. Lat. Short	14.06.93	16	VL	5
190	177	17004	#####	DIR	M		R	04.06.92	7	7	MIL1	2		03.05.93	18	VL	8
191	52	17033	#####	DIR	M		R	26.08.92	5	8	MIL1	9		19.07.93	16	FURLOW	9
192	123	17034	#####	DIR	M		R	16.02.93	14	5	SP	3		25.02.94	27	VL	3
193	124	17098	#####	ESQ	M		A	27.08.92	5	8	MIL-Nasal F	3		22.06.93	15	FURLOW	3
194	53	17121	#####	ESQ	F		A	05.08.92	5	6	SP	5	Vert. Lat. Short	25.02.93	11	FURLOW	5
195	54	17148	#####	ESQ	F		R	14.08.92	6	7	MIL	8		15.06.93	15	VL	8
196	55	17191	#####	ESQ	M		R	18.08.92	5	5	SP	9		02.06.93	15	VL	9
197	56	17192	#####	ESQ	M		A	19.08.92	6	8	MIL1	5		27.11.92	9	FURLOW	5
198	178	17197	#####	ESQ	F		E	26.10.92	11	1	MIL-MAL-MC	2		12.07.93	19	HP	2
199	179	17206	#####	ESQ	M		R	01.01.93	16	3	MIL1-VL	2		17.11.94	37	HP	9
200	57	17286	#####	ESQ	M		E	20.08.92	6	5	SP	8		04.06.93	15	VL	8
201	58	17317	#####	ESQ	F		R	20.08.92	4	8	MIL-Nasal F	3		02.02.93	9	FURLOW	3
202	59	17320	#####	DIR	M		E	28.08.92	7	5	SP	8		19.07.93	18	VL	8
203	60	17321	#####	ESQ	M		R	17.06.92	10	5	SP-RMV	6		08.10.93	25	VL	6
204	61	17343	#####	DIR	F		E	01.06.92	10	5	SP-RMV	6		25.02.95	18	VL	6
205	126	17351	#####	ESQ	F		A	12.08.92	4	5	SP-Nasal F	3		17.08.93	16	VL	3
206	62	17381	#####	ESQ	M	G	E	12.06.92	7	5	SP	6		29.04.93	18	VL	6
207	125	17382	#####	ESQ	F		A	28.05.93	16	3	MIL	8		09.02.94	24	HP-LU	4
208	127	17400	#####	ESQ	F		R	24.09.92	4	5	SP-Nasal F	3		04.11.93	17	VL	3
209	63	17430	#####	ESQ	F		A	27.08.92	5	7	MIL-SK	5		08.05.98	13	VL	5
210	64	17449	#####	ESQ	F	M	E	20.10.92	6	5	SP	3		26.10.93	18	VL	3

Tabela 35 - Amostra de Bauru e Oslo com os dados completos

Nº	Modelo	RG Hosp	Comentários	Data cirurgia 3	Idade cir. 3	Técnica 3	Cirurg.	Comentários	Fístula	Placa	Problemas	Talã	Oclusão m. cruz.	Cirurgião Queilo 1ª Palato 1ª	Índice Oclus 1-5	Media	D.P.
176	121	16823	S/L									B	MCLE	3	3	3.12	0,92
177	45	16860	S/L									B	MCLE	11	4	3.76	0,902
178	46	16875	S/L									B	MCLE	8	2	2.18	0,392
179	240	16878	LB									B		6	2	2.00	0,5
180	174	16887										R	CL III	2	4	3.55	0,506
181	122	16896	S/L								Faringo	P	Ant. Topo	11	4	3.73	0,517
182	175	16917		09.12.97	82	Queilo2	13					R	MCLE	11	3	3.12	0,96
183	47	16929	LB	21.07.97		Fístula	5					B	MCLD CI III	5	4	3.64	0,549
184	283	16940	LUD									B	MCLE	3	2	2.03	0,174
185	48	16941	LUE									B	CL III	9	3	2.79	0,545
186	49	16969	LB									R	CL III	5	5	4.88	0,331
187	176	16978										R		2	2	2.12	0,415
188	50	16993	S/L									B	MCLE	8	2	2.24	0,502
189	51	16995	L Ant. D									B	CL III	5	4	3.91	0,765
190	177	17004										R	MC 53-63	11	3	2.70	0,586
191	52	17033	Large Palat-LUD	15.12.95	44	Fístula	9					R	CL III	9	4	3.97	0,586
192	123	17034										R		3	2	2.18	0,528
193	124	17098										P	Atresia MX	3	5	4.94	0,242
194	53	17121	LED	08.09.93		Fístula		Fístula 29.03.95					CL III CIR	5	5	4.97	0,174
195	54	17148	LUE									B	MCLE	8	2	2.15	0,508
196	55	17191		20.07.98		Queilo2	9					P	MCLE	9	3	3.21	0,65
197	56	17192	LB										CL III	5	5	4.97	0,174
198	178	17197										R		2	2	2.06	0,242
199	179	17206	Short Palat									R	CL III MC	11	4	3.85	0,442
200	57	17286	CL III- Genetic LUE										MCLD Top	8	3	3.03	0,81
201	58	17317	S/L	10.05.94	24	Fístula	3	Fístula 4a2m				B	CL III	3	4	3.70	0,77
202	59	17320	LB									B	MCLD	8	2	2.18	0,465
203	60	17321	LB								Faringo	R	CL III	6	4	4.15	0,712
204	61	17343	LB									B	CL III	6	4	3.67	0,54
205	126	17351	LUE									R	CL III	3	4	4.36	0,603
206	62	17381	LB									B	MCLE	6	3	2.50	0,568
207	125	17382										B		11	4	3.58	0,561
208	127	17400	S/L	02.06.99	84	Queilo2						R		3	2	2.15	0,442
209	63	17430											CL III	5	2	2.76	0,936
210	64	17449									Good Case	B	MC 63-62	3	3	2.82	0,465

Tabela 35 - Amostra de Bauru e Oslo com os dados completos

Nº	Modelo	RG Hosp	DN	Lado Fiss.	Sex	País	Tam. Fiss.	Data cirurgia 1	Idade cir. 1	Tec cir 1	Técnica 1	Cirurg.	Comentários	Data cirurgia 2	Idade cir. 2	Técnica 2	Cirurg. 2
211	65	17450	#####	ESQ	F		R	16.09.92	6	8	MIL1	9		16.08.93	17	FURLOW	9
212	66	17536	#####	ESQ	F		R	14.12.92	5	8	MIL	8		15.10.93	15	FURLOW	8
213	67	17556	#####	ESQ	M		R	02.03.93	10	7	MIL-SK	5		02.02.94	33	VL	5
214	128	17580	#####	ESQ	F		A	03.09.92	15	7	MIL	8		12.03.93	21	VL	8
215	68	17653	#####	DIR	F		R	27.08.92	6	5	SP-RMV	6		08.06.94	27	VL	6
216	69	17659	#####	ESQ	M	M	E	03.11.92	9	7	MIL1	9		07.03.94	27	VL	9
217	70	17710	#####	ESQ	F		A	29.01.93	10	7	MIL	5		13.09.94	29	VL	5
218	129	17754	#####	ESQ	M	P	E	10.11.93	20	4	SP	10		21.02.94	23	HP-LU	4
219	130	17793	#####	ESQ	F		R	10.02.94	22	7	MIL	4		21.10.96	55	VL	
220	71	17868	#####	ESQ	F		R	23.11.92	6	7	MIL1-RMV	5		05.05.93	12	VL	5
221	185	17879	#####	DIR	F		R	02.09.92	26	7	MIL	8		21.06.93	34	VL	8
222	72	17885	#####	ESQ	M	M	E	30.03.93	9	7	MIL-MC	5		29.04.94	23	VL	5
223	73	17904	#####	DIR	F		A	01.03.93	10	7	MIL-Nasal F	8		08.02.94	21	VL	8
224	74	17951	#####	DIR	M	P	E	05.11.92	5	7	MIL	8		03.03.94	21	VL	8
225	75	17963	#####	DIR	M	P	R	28.09.92	5	7	MIL	9	Vert. Short	26.01.93	20	VL	9
226	76	18002	#####	DIR	F	P	E	24.09.92	6	7	MIL-MC	1	Wan Der Wood	22.03.94	24	VL	1
227	77	18033	#####	ESQ	M		A	04.11.92	6	7	MIL2-Nasal F	9		26.01.93	20	VL	9
228	132	18042	#####	ESQ	M		R	14.05.93	8	5	SP	6	VAN DER WOOD	07.02.94	17	VL	4
229	133	18069	#####	ESQ	M		A	01.12.92	5	5	SP	3	W. Nasal F	29.09.93	15	VL	3
230	134	18105	#####	ESQ	M	P	E	18.11.92	6	5	SP	3		09.03.94	21	VL	3
231	78	18143	#####	DIR	M		A	12.11.92	4	8	MIL	8		07.10.93	15	FURLOW-Bucinator	8
232	79	18166	#####	ESQ	F		A	18.12.92	4	7	MIL1	5	Vert. Short	03.11.93	16	VL	5
233	80	18195	#####	ESQ	M	P	E	01.04.93	8	7	MIL	8		09.08.94	25	VL	8
234	81	18237	#####	ESQ	F		A	30.03.93	6	5	SP-MC	1	LB	21.05.94	18	VL	1
235	82	18267	#####	ESQ	F		A	08.06.93	10	7	MIL	8		06.09.94	24	VL	8
236	83	18268	#####	ESQ	F	P	E	26.01.93	6	5	SP	9	W/Nasal F	13.05.93	9	VL	9
237	135	18290	#####	DIR	M	P	E	09.08.93	16	5	SP-MC	1		17.02.94	21	VL	3
238	84	18299	#####	DIR	M		E	06.11.92	7	7	MIL	8		05.10.93	18	VL	8
239	136	18329	#####	DIR	M		R	05.03.93	7	7	MIL1-SK-MC	5		24.05.99	21	VL	3
240	85	18356	#####	ESQ	M		E	01.04.93	10	5	SP	3		01.02.94	20	VL	3
241	86	18366	#####	ESQ	M		A	22.06.93	8	5	SP	9		10.12.93	13	VL	9
242	87	18480	#####	ESQ	F	P	E	13.08.93	10	7	MIL	8		03.12.92	14	VL	8
243	88	18487	#####	DIR	F		R		9	7	MIL-SK-Nasal F	6		15.12.93	15	VL	6
244	89	18590	#####	ESQ	M		E	27.04.93	6	2	MIL-MAL-SK	7	Ant. Palat. No Ope				
245	90	18598	#####	DIR	F		R	14.04.93	3	5	SP	3		14.12.93	11	VL	3

Tabela 35 - Amostra de Bauru e Oslo com os dados completos

Nº	Modelo	RG Hosp	Comentários	Data cirurgia 3	Idade cir. 3	Técnica 3	Cirurg.	Comentários	Fístula	Páca	Problemas	Tala	Oclusão m. cruz.	Cirurgião Queilo 1ª Palato 1ª	Índice Oclus 1-5	Media	D.P.
211	65	17450	Pré Max. Protru.									B	MCLE	9	3	2.94	0,704
212	66	17536	S/L									B	MCLE	8	2	2.27	0,452
213	67	17556	LB										MCLE Top	5	3	2.91	0,631
214	128	17580		20.10.95	52	Fístula						R	MCLD	8	2	2.06	0,429
215	68	17653	LB	20.09.95	36	Fístula						B	CL III	6	4	4.27	0,674
216	69	17659										B	CL III	9	3	2.76	0,751
217	70	17710	LUE										MCLE	5	2	2.18	0,392
218	129	17754												11	5	4.58	0,614
219	130	17793										R	CL III	11	3	3.21	0,65
220	71	17868	LUE	29.11.95	36	Queilo2						B	MCLD/Ant.	5	3	3.21	0,696
221	185	17879										B	MCLD	8	2	1.88	0,331
222	72	17885	Tampão LE	13.02.96		Fístula							MCLE	5	4	3.67	0,595
223	73	17904	LOUD									R	MCLD Top	8	2	2.12	0,331
224	74	17951	S/L									B	MCLD	8	5	4.85	0,364
225	75	17963	Fístula									B	MCLE	9	3	2.88	0,74
226	76	18002		17.04.97	60	Queilo2-Nasal							CL III Total	1	5	4.85	0,364
227	77	18033	Fístula Alveolar									B		9	3	2.88	0,74
228	132	18042		10.10.94		Queilo2-Fístula		18.04.96 Fístula				R	CL III	11	3	3.39	0,659
229	133	18069	S/L									R	CL III	3	3	2.88	0,781
230	134	18105		27.10.94	29	Fístula	3					B	MCLE Top	3	3	2.91	0,292
231	78	18143										B		8	3	2.70	0,467
232	79	18166	L. Ant. D	29.10.96	51	Queilo2-Fístula						B	CL III	5	4	3.55	0,617
233	80	18195	LUE									B	Good	8	1	1.36	0,489
234	81	18237		25.11.94	24	Fístula	5	Fístula 23.06.95 4.10				R	CL III Cirur	1	5	4.76	0,435
235	82	18267										B	CL III	8	4	4.36	0,549
236	83	18268										P		9	4	3.52	0,712
237	135	18290										R		11	3	2.97	0,467
238	84	18299											MCLE	8	3	3.45	0,564
239	136	18329	S/L	12.05.99	70	Queilo2-Fístula	1					B	CL I	11	1	1.06	0,242
240	85	18356	S/L									B	MCLE	3	2	2.00	0
241	86	18366	LB	27.03.95		Fístula	9	Fístula 06.10.95				P	CL III Total	9	5	4.94	0,242
242	87	18480	LB									B	CL III	8	4	3.58	0,663
243	88	18487	LB									B	CL III	6	4	3.94	0,704
244	89	18590										B	MC 53	11	2	2.15	0,364
245	90	18598										B	Good	3	1	1.15	0,364

Tabela 35 - Amostra de Bauru e Oslo com os dados completos

Nº	Modelo	RG Hosp	Comentários	Data cirurgia 3	Idade cir. 3	Técnica 3	Cirurg.	Comentários	Fístula	Pia	Problemas	Tala	Oclusão m. cruz.	Cirurgião Queilo 1ª Palato 1ª	Índice Oclus 1 - 5	Media	D.P.
246	91	18621	LB										MCLE	5	2	2.03	0,305
247	92	18630		24.04.99	76	Queilo2-Fístula	8					B	MCLD	8	3	3.12	0,485
248	93	18632	LB					Nose Excelent				B	CL III Total	6	5	4.91	0,292
249	137	18683										B	CL III	3	4	3.52	0,508
250	11	18716	S/L											3	4	3.73	0,574
251	94	18725									Faringo	P	MCLE	7	2	2.27	0,452
252	138	18748	Esgargamento Nas	10.11.95	35	Fístula	3							4	4	3.82	0,528
253	95	18771		19.04.95	29	Fístula	6					R	MCLE	6	4	3.94	0,429
254	96	18815		31.10.97	60	Queilo2	5						MCLD, 51	5	3	2.94	0,242
255	97	18854	LB									P	CL III	5	4	4.12	0,7809
256	98	18901	LB	19.01.96	36	Fístula	5					B	MC 63	5	2	1.94	0,659
257	140	19005	S/L									R	MCLD	3	3	2.76	0,663
258	99	19089	LB	09.10.96	47	Fístula	1					R	CL III	1	4	4.36	0,699
259	141	19306										B	MCLD, 21	3	2	2.12	0,415
260	142	19581										B	MC Ant.	4	1	1.55	0,666
261	143	19777	S/L									R		11	1	1.48	0,619
262	144	19903	LUE									B	MCLD	11	3	2.52	0,619
263	145	19922		30.10.95	27	Fístula	9					R		9	2	2.12	0,415
264	146	19924										B	Good	3	2	1.94	0,496
265	147	20097										B		1	4	4.09	0,522
266	149	20338										B	MCLD	3	1	1.42	0,614
267	267	21802	LB									B		10	1	1.42	0,792
268	295	os-01													4	3.79	0,545
269	281	os-02													2	1.94	0,348
270	287	os-03													2	2.45	0,506
271	184	os-04													5	4.61	0,609
272	103	os-05													5	4.58	0,561
273	193	os-06													5	4.58	0,292
274	180	os-07													3	2.67	0,479
275	139	os-08													4	3.70	0,467
276	308	os-09													1	1.15	0,364
277	282	os-13													3	2.82	0,392
278	289	os-14													2	2.42	0,502
279	302	os-15													3	2.85	0,508
280	269	os-16													1	1.21	0,74

Tabela 35 - Amostra de Bauru e Oslo com os dados completos

Nº	Módulo	RG Hosp	Comentários	Data cirurgia 3	Idade cir. 3	Técnica 3	Cirurg.	Comentários	Fístula	Placa	Problemas	Tala	Oclusão m. cruz.	Cirurgião Queilo 1ª Palato 1ª	Índice Oclus 1 - 5	Media	D.P.
281	225	os-18													4	4.03	0,637
282	131	os-19													3	3.00	0,433
283	148	os-20													2	1.94	0,496
284	234	os-21													2	2.15	0,508
285	227	os-22													3	3.15	0,566
286	186	os-23													2	2.06	0,429
287	236	os-24													2	1.70	0,77
288	181	os-25													2	2.15	0,364
289	238	os-26													3	2.52	0,508
290	275	os-27													2	2.06	0,429
291	301	os-28													4	3.52	0,566
292	182	os-29													5	4.88	0,415
293	109	os-30													2	2.24	0,502
294	242	os-31													3	3.21	0,545
295	265	os-33													3	3.00	0,433
296	246	os-34													3	2.97	0,467
297	255	os-35													3	2.85	0,508
298	150	os-36													2	2.45	0,666
299	251	os-37													3	2.85	0,566
300	215	os-38													1	1.09	0,292
301	258	os-39													1	1.06	0,242
302	204	os-40													2	1.79	0,82
303	210	os-41													2	2.18	0,392
304	214	os-43													2	2.03	0,174
305	264	os-44													2	1.91	0,292
306	219	os-45													2	1.79	0,545
307	196	os-46													1	1.21	0,485
308	245	os-47													2	2.18	0,465
309	304	os-48													2	1.88	0,415
310	213	os-49													1	1.24	0,435
311	262	os-50													2	2.09	0,459
312	231	os-51													1	1.21	0,415
313	276	os-52													2	2.06	0,242
314	197	os-53													2	2.36	0,929
315	315	os-54													2	1.82	0,465

Tabela 35 - Amostra de Bauru e Oslo com os dados completos

Nº	Modelo	RG Hosp	Comentários	Data cirurgia 3	Idade cir. 3	Técnica 3	Cirurg.	Comentários	Fístula	Placa	Problemas	Tala	Oclusão m. cruz.	Cirurgião Queilo 1ª Palato 1ª	Índice Oclus 1 - 5	Media	D.P.
316	297	os-55													2	1.97	0,394
317	299	os-56													4	3.58	0,561

eud 1
 ant 2
 gar 3
 joa 4
 ser 5
 cad 6
 dio 7
 mar 8
 tel 9
 mont 10
 misto 11
 dua 12
 vir 13
 sil 14
 nic 15