

Perfil sociodemográfico de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas atendidas no Hospital Universitário Lauro Wanderley no período de 2005 a 2010

Sociodemographic profile of children with cleft lip and palate treated at University Hospital Lauro Wanderley the 2005-2010 period

CABIRÁ UCHÔA GUERRA BARBOSA¹

CACILDA CHAVES MORAIS DE LIMA²

GERALDO SÁVIO ALMEIDA HOLANDA³

CAROLINA UCHÔA GUERRA BARBOSA⁴

HOMERO PERAZZO BARBOSA⁵

WANESSA CHRISTINE DE SOUZA ZARONI⁶

¹Cirurgiã-Dentista do Hospital Universitário Lauro Wanderley. João Pessoa/PB, Brasil.

²Professora Doutora da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa/PB, Brasil.

³Professor Doutor da Escola Técnica de Saúde da UFPB. João Pessoa/PB, Brasil.

⁴Professora Doutora das Faculdades de Medicina e Enfermagem Nova Esperança (FAMENE/FACENE), João Pessoa/PB, Brasil.

⁵Professor Doutor das Faculdades de Medicina e Enfermagem Nova Esperança (FAMENE/FACENE), João Pessoa/PB, Brasil.

⁶Professora Doutora Assistente I do Curso de Odontologia da Universidade Cruzeiro do Sul UNICSUL, São Paulo/SP, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Delinear o perfil sócio-demográfico de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas atendidas em um serviço de referência da Paraíba, no período de 2005 a 2010. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo, exploratório-descritivo. Foram consultados 876 e a amostra foi de 482 prontuários, legíveis, após assinatura o termo do consentimento livre e esclarecido, pelos responsáveis legais de crianças com idades entre 3 e 12 anos, atendidas no Serviço de Fissuras Labiopalatinas do Hospital Universitário Lauro Wanderley, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2010. O instrumento para coleta foi um formulário semi-estruturado, dados foram submetidos ao programa SPSS, no qual foram aplicados o teste de Qui-quadrado de associação e o Exato de Fischer, com nível significância de $p < 0,05$. **Resultados:** Em relação ao número de diagnósticos por ano, 2010 teve a menor incidência de casos de fissuras labiopalatinas, com 12,6% dos registros. Constatou-se uma maior frequência da fissura pós-forame incisivo, 55,4%, com discreto predomínio para o sexo masculino, 57,4% da amostra. Em relação as macrorregiões, verificou-se uma predominância para a zona da Mata Paraibana, 40,6% e, a região metropolitana 30,5% deles. Duzentos e noventa e sete 61,6% residiam na zona urbana, 66,1% tinha saneamento básico e 61,2% declararam ter renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos. **Conclusão:** As fissuras pós-forame incisivo foram mais prevalentes em crianças do sexo masculino, na etnia branca; oriunda da mesorregião da Mata Paraibana e de famílias de baixa renda.

DESCRITORES

Epidemiologia. Fissura palatina. Odontopediatria.

Abstract

Objective: To delineate the socio-demographic profile of children with cleft lip and palate treated at a reference service of Paraiba, in the five-year period. **Material and Methods:** Retrospective, exploratory and descriptive study. The university was 876, and the sample of 482 readable records after signing the term of consentment, by the statutory responsible of the children with aged 3 to 12, treated at Palate Cleft Service of the Lauro Wanderley University Hospital, in January 2005 period to December 2010. The instrument was a semi-structured form, the data were submitted to SPSS, which were applied the chi-square association test and the Fisher exact test, with significance level of $p < 0.05$. **Results:** Regarding the number of diagnoses per year, 2010 had the lowest incidence of cleft lip and palate, with 12.6% of the sample. It was found a higher prevalence of the post foramen fissure, 55.4%, with a slight predominance in males, 57.4% of the sample. Regarding macro-regions, there was a predominance of Mata Paraibana zone, 40.6%, and the metropolitan area 30.5% of them. Two hundred and ninety-seven 61.6% lived in urban areas, 66.1% had basic sanitation and 61.2% had family income between 1 and 2 minimum wages. **Conclusion:** The post foramen clefts were more prevalent in male children, in Caucasians; the majority of the sample coming from the middle region of Mata Paraibana and low income families.

DESCRIPTORS

Epidemiology. Cleft Palate. Pediatric Dentistry

INTRODUÇÃO

Malformações congênitas podem ser definidas como anomalias funcionais ou estruturais do desenvolvimento do feto, decorrentes de fatores originados antes do nascimento, quais sejam, genético, ambiental ou desconhecido, mesmo quando o defeito não for aparente no recém-nascido e só manifestar-se mais tarde¹. Dentre as malformações congênitas estão as fissuras labiopalatinas que se caracterizam pela não formação completa dos tecidos ósseos da maxila e estruturas conexas, podendo comprometer individualmente, ou em conjunto o lábio, o arco dentário e o palato^{2,3}.

As fissuras labiopalatinas ocorrem por volta da quarta à décima semana da vida intrauterina e são resultantes da falta ou deficiência da fusão dos processos maxilares e nasal médio e/ou dos processos palatinos, devido à interação de fatores genéticos e ambientais. A etiologia das fissuras tem sido discutida, não sendo possível isolar um único fator causal⁴.

As anomalias congênitas afetam cerca de 5% das pessoas nascidas vivas em todo o mundo. Estudos indicam que a incidência geral dos defeitos congênitos na América Latina não difere, significativamente, daquela encontrada em outras regiões do mundo^{5,6}.

Importantes estudos mostram que fatores ambientais, genéticos ou a associação de ambos podem ocasionar o aparecimento das fissuras labiopalatinas¹⁻⁶. Dentre os fatores teratogênicos, destacam-se os nutricionais, infecciosos, psíquicos, radiação, idade materna, uso de drogas e outros agentes químicos^{7,8}. No Brasil, a proporção da prevalência das

malformações congênitas de lábio e/ou palato é de 1:650 nascidos vivos, o que se assemelha aos dados encontrados na Europa e nos Estados Unidos^{1,9-11}.

As fissuras labiopalatinas representam a anomalia congênita mais frequente da face. Elas podem tanto ser isoladas ou estarem associadas com outras síndromes ou defeitos cromossômicos de gravidade variável^{7,12,13}].

As fissuras são classificadas usando como referência o forame incisivo anterior, definindo três grupos principais de lesões: fissura pré-forame (FPRF) incisivo, que pode ser uni ou bilateral e de extensão variável, caracterizando as fissuras labiais (FL), fissura pós-forame (FPOF) incisivo, sempre encontrado numa posição mediana com extensão e larguras variáveis, sendo as fissuras palatais (FP), fissura transforame (FTRF) incisivo, ocasionando a comunicação entre as cavidades nasal e oral, sendo uni ou bilaterais, denominadas fissuras labiopalatinas (FLP)¹⁰.

As fissuras de maior incidência são aquelas que envolvem, simultaneamente, o palato primário e o secundário, ou seja, as que anatomicamente ultrapassam o forame incisivo, classificadas como fissuras pós-forame incisivo. A sua frequência é de 30% para as unilaterais e 19% para as bilaterais^{14,15}.

Dados sobre as anomalias congênitas, com destaque para as fissuras labiopalatinas na população brasileira ainda são incipientes, contudo, estudos epidemiológicos têm sido publicados apresentando o perfil dos portadores e a prevalência das fissuras lábiopalatinas diagnosticados nos centros de referência em diferentes estados brasileiros.

Um estudo observacional sobre o perfil epidemiológico dos portadores de fissuras labiopalatinas; realizado 1.216 prontuários de crianças com idades menor e igual a 10 anos, diagnosticadas em um serviço de referência do nordeste do Brasil, constatou que as fissuras mais prevalentes foram as lábiopalatinas do lado esquerdo, que o gênero masculino foi o mais acometido, aqueles pertencentes a etnia branca, e a maior frequência foi também para as crianças oriundas da região metropolitana¹⁶.

Outro estudo, transversal, realizado no sul do Brasil com uma amostra de 271 prontuários em um serviço de referência no Mato Grosso do Sul, constataram que as fissuras mais prevalentes foram as transforames incisivos laterais, no lado esquerdo, apareceram com maior frequência também no gênero masculino e na etnia branca. As mães tinham uma idade média de 25 anos, nível de escolaridade entre 09 e 11 anos, sem antecedentes familiares para fissura, mas com intercorrência gestacional¹⁷.

As fissuras labiopalatinas resultam em prejuízos físicos e psicológicos, tanto para a criança portadora quanto para os pais. As consequências psicossociais da malformação congênita podem ser percebidas logo no momento do nascimento. Quando os pais recebem a notícia sobre a deformidade de seu bebê, o impacto é muito grande, nesse contexto, é

perturbador e angustiante para a toda a família vivenciar uma deformidade e todas as suas consequências.

Um estudo qualitativo realizado com mães de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas revelou o sofrimento das mães. “As reações relatadas pelas mães foram: surpresa, choro, choque, desespero, negação, susto e revolta. Para a maioria das mães entrevistadas, a reação foi de surpresa quando souberam que seus filhos apresentavam uma malformação”²⁰.

Desde os primeiros meses de vida as fissuras labiopalatinas interferem na nutrição e qualidade de vida do bebê. Crianças portadoras de fissuras de lábio e/ou palato tem capacidade deficiente de serem adequadamente alimentadas no seio materno, afetando diretamente no seu crescimento e desenvolvimento²¹.

A assistência à criança, em sua fase de desenvolvimento e crescimento, necessita de constante suporte nutritivo, emocional e intelectual. As crianças que nascem com fissuras de lábio e/ou palato sofrem interferência em sua capacidade natural de serem adequadamente alimentadas e apresentam aspectos negativos em sua evolução normal, com fortes implicações psicológicas²².

As crianças com fissuras orais são geralmente tratadas em centros de referência para malformações craniofaciais. Para tratá-las são necessárias várias correções cirúrgicas funcionais e estéticas, com a atenção constante de profissionais médicos pediatras, cirurgiões plásticos, otorrinolaringologistas e geneticistas, enfermeira, fonoaudióloga, odontólogo, psicólogo, assistente social, nutricionista, entre outros. O tratamento, muitas vezes, torna-se um processo longo que inclui também o acompanhamento voltado para os pais por uma equipe multidisciplinar^{18,19}.

Os defeitos congênitos, com ênfase para as fissuras labiopalatinas, vêm apresentando relevância crescente na saúde pública do Brasil e do mundo devido ao elevado investimento financeiro na assistência, e principalmente pelos prejuízos causados à saúde da população^{18,19}. Um dos principais problemas está no complexo nível da assistência às crianças portadoras, outro aspecto preocupante para a Saúde relacionado às anomalias congênitas, é o risco que as crianças correm para o desenvolvimento de complicações clínicas, incluindo número de internações e gravidade das intercorrências, podendo chegar até a morte^{18,19}.

Diante da relevância do tema o presente estudo tem como objetivo apresentar Perfil sociodemográfico de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas atendidas no Hospital Universitário Lauro Wanderley no período de 2005 a 2010.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa-CEP/HULW/UFPB, sob o parecer de nº 436/11, Folha de Rosto nº 462189, certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 0211.0.126.000-11, em outubro de 2011. Os responsáveis legais das crianças assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Realizou-se um estudo retrospectivo, exploratório-descritivo, utilizando métodos quantitativos. Foi utilizado um roteiro semi-estruturado para a investigação, através do qual foi feita uma coleta em 482 dentre os 876 prontuários de pacientes portadores de fissuras labiopalatinas, que recorreram ao Serviço do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, no período de 2005 a 2010. Foram excluídos 394 do universo de prontuários, pois estavam incompletos e ilegíveis.

Para a determinação do perfil sócio-demográfico da amostra levantaram-se dados do protocolo utilizado no Serviço de Fissuras Labiopalatinas - SFLP, como a região geográfica de origem do participante, a etnia e a renda familiar. Para caracterização da patologia consultou-se a ficha clínica.

Os dados foram submetidos à análise estatística através o programa SPSS – Statistical Package for the Social Sciences, versão 10.0 para Windows, e apresentados de forma descritiva (distribuição de frequência), os teste do Qui-quadrado de associação e Exato de Fischer foram aplicados com um intervalo de confiança de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Do universo de 876 a amostra foi constituída de 482 prontuários de pacientes portadores de fissura lábiopalatinas que recorreram ao Serviço de Fissuras Lábiopalatinas do Hospital Universitário Lauro Wanderley da UFPB.

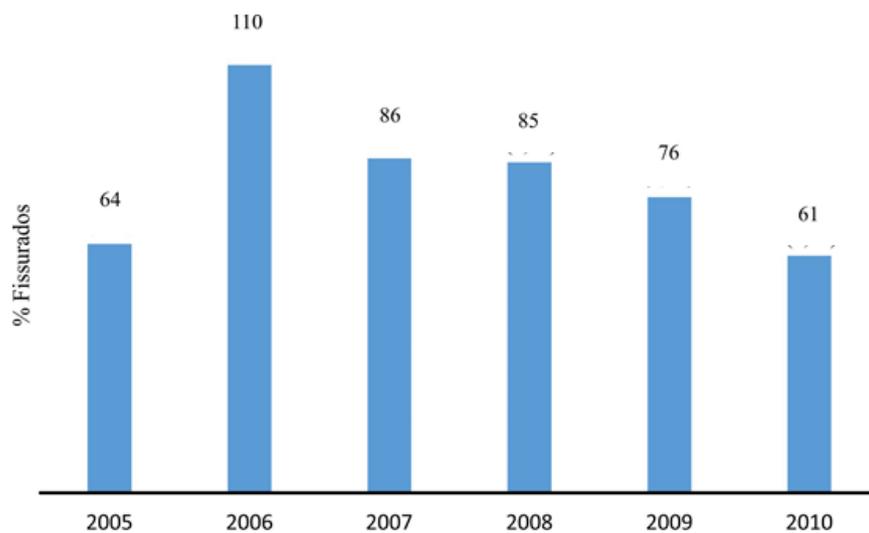


Figura 1: Distribuição da amostra de portadores de fissuras que recorreram ao Serviço de Fissuras Lábiopalatinas do HULW/UFPB, segundo o ano.

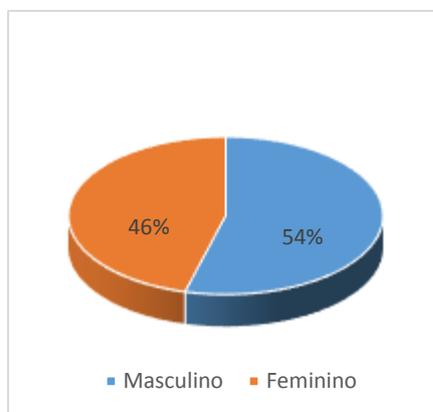


Figura 2: Distribuição da amostra de portadores de fissuras que recorreram ao Serviço de Fissuras Lábiopalatinas do HULW/UFPB, no período de 2005 a 2010, segundo o sexo.

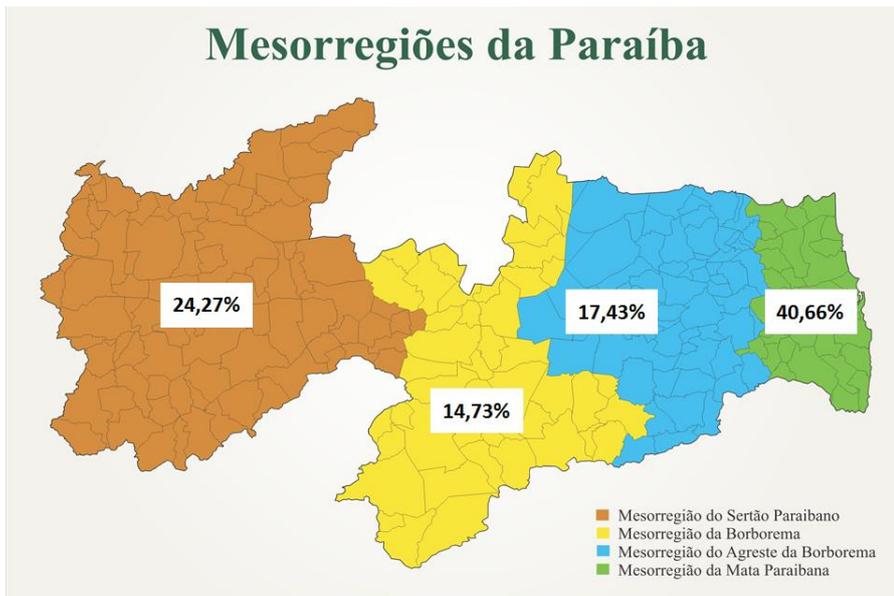


Figura 3. - Distribuição da amostra de portadores de fissuras que recorreram ao Serviço de Fissuras Lábiopalatinas do HULW/UFPB, no período de 2005 a 2010, segundo as mesorregiões do estado da Paraíba.

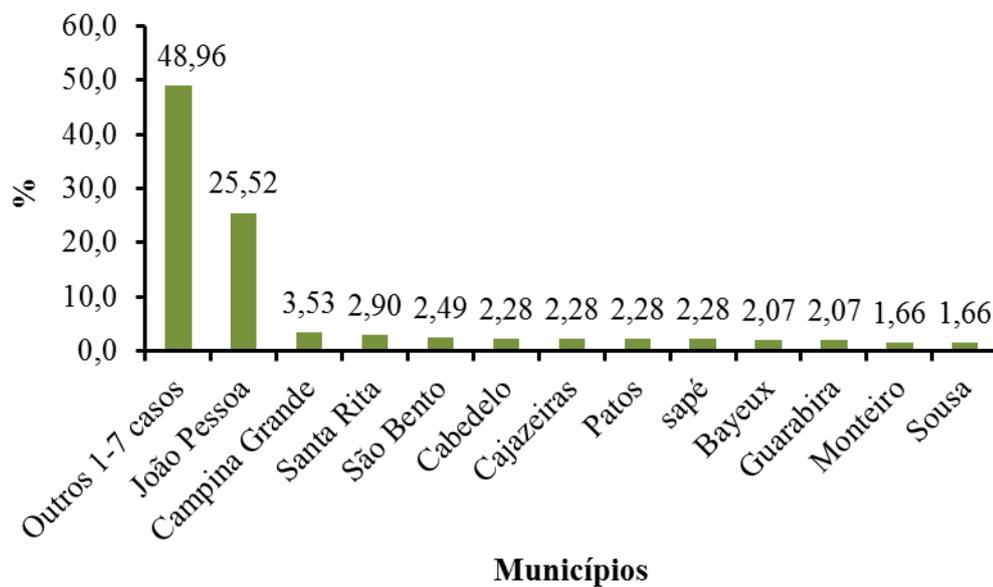


Figura 4 : Distribuição da amostra de portadores de fissuras que recorreram ao Serviço de Fissuras Lábiopalatinas do HULW/UFPB, no período de 2005 a 2010, por local da residência.

Tabela 1 : Distribuição da amostra de portadores de fissuras que recorreram ao Serviço de Fissuras Lábiopalatinas do HULW/UFPB, no período de 2005 a 2010 de acordo com o perfil sócio-demográfico.

Condições de moradia	N	%
Local moradia		
Urbana	297	61,62
Rural	185	38,38
Casa		
Própria	249	51,66
Alugada	162	33,61
Cedida	71	14,73
Energia		
Sim	420	87,14
Não	62	12,86
Lixo		
Coletado	246	51,04
Queimado	175	36,31
Joga fora	61	12,66
Água		
Encanada	319	66,18
Poço	121	25,10
Cisterna	42	8,71
Esgoto		
Saneado	319	66,18
Fossa	125	25,93
Não tem	38	7,88

Tabela 2: Distribuição da amostra de portadores de fissuras que recorreram ao Serviço de Fissuras Lábiopalatinas do HULW/UFPB, no período de 2005 a 2010, de acordo com a renda familiar.

Condição Social	N	%
Até 1 salário mínimo	162	33,60
Entre 1 e 2 salários mínimos	143	29,66
Entre 2 e 3 salários mínimos	41	8,50
Entre 3 e 4 salários mínimos	22	4,56
Mais que 5 salários mínimos	12	2,48
Sem renda fixa	63	13,07
Não informaram	6	1,24
Participação em programas sociais	33	6,84
Total	482	100

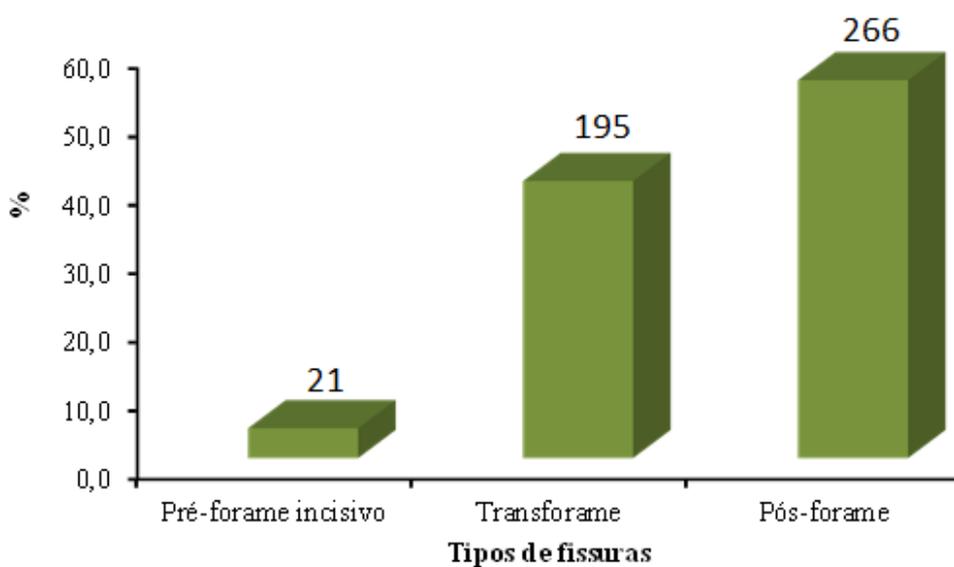


Figura 5: Distribuição da amostra dos portadores de fissuras que recorreram ao Serviço de Fissuras Lábiopalatinas do HULW/UFPB, no período de 2005 a 2010, de acordo com os tipos de fissura.

Tabela 3: Distribuição da amostra de portadores de fissuras que recorreram ao Serviço de Fissuras Lábiopalatinas do HULW/UFPB, no período de 2005 a 2010, de acordo com o diagnóstico clínico, para os tipos de fissura, segundo a classificação de Spina et al.¹⁴

Tipos de fissuras	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pré-forame incisivo						
Unilateral incompleta	1	0,21	1	0,21	2	0,41
Unilateral completa	2	0,41	0	0,00	2	0,41
Bilateral incompleta	0	0,00	2	0,41	2	0,41
Bilateral completa	10	2,07	5	1,04	15	3,11
Mediana incompleta	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Mediana completa	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Transforame incisivo						
Unilateral	72	14,94	68	14,11	140	29,05
Bilateral	36	7,47	19	3,94	55	11,41
Mediana	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Pós-forame incisivo						
Incompleta	75	15,56	72	14,94	147	30,50
Completa	62	12,86	57	11,83	119	24,69
Total	58	53,53	224	46,47	482	100,00

DISCUSSÃO

A fissura labiopalatina, deformidade congênita de elevada incidência, compromete em diversas magnitudes a estética e a função, afetando drasticamente, do ponto de vista psicossocial, a vida do indivíduo^{14,15,23-26}.

Os resultados relacionados a epidemiologia das fissuras labiopalatinas obtidos neste estudo apresentam uma diminuição dos casos registrados a cada ano, dados que corroboram com os estudos semelhantes realizados em diferentes estados brasileiros¹⁶⁻¹⁹.

Em relação ao sexo para as frequências relativas e absolutas das fissuras, nota-se um discreto predomínio para o sexo masculino, esses achados corroboram com os estudos realizados em serviço de atenção a portadores de anomalias craniofacial^{16,17,27}.

Ainda que outras regiões do país apresentem características culturais diferentes, os resultados deste estudo está em consonância com os observados no serviço de defeito da Face da PUC/RS, em um total de 750 prontuários, ocorreu o predomínio de portadores de fissuras labiopalatinas pacientes do sexo masculino²⁷. Ainda não há explicação, mas a deformidade acontece com maior frequência, ainda que discreta, em pessoas do sexo masculino, podendo ser a fissura completa no lado esquerdo, ou ainda desenvolver a forma mais complexa, que é a fissura labiopalatina.

Quanto à procedência ocorreu um predomínio de pacientes com fissura oriundos da região Metropolitana, este dado está fundamentado em outros achados, através dos quais podem explicar que residentes em centros urbanos sofrem maior exposição aos agentes poluentes ambientais, o que poderia ter influencia na etiologia das fissuras¹¹. Verificou-se que a renda familiar das crianças estudadas é baixa, esses achados estão em consonância com diferentes estudos que constataram uma relação entre a baixa renda e a maior prevalência das fissuras. A etiologia das fissuras labiopalatinas poderá estar associada a deficiente nutrição da mãe durante a gestação, corroborando também com os resultados obtidos em outras regiões do país, nos quais os autores destacaram que a baixa renda contribui para a deficiência alimentar da mãe, e conseqüentemente, para a desnutrição por falta de recursos para a aquisição de alimentos²⁸.

Estudos epidemiológicos para a mensuração da prevalência das anomalias congênitas fundamentará não somente ações de caráter coletivo voltadas para a orientações e cuidados com a saúde da mulher, mas também para a melhoria da qualidade de vida dos portadores de fissuras labiopalatinas desde os primeiros dias de vida, até a sua completa reabilitação física e psicológica.

CONCLUSÃO

A partir dos dados obtidos nesse estudo, podemos concluir que as fissuras pós-forame incisivo foram as mais frequentes, o sexo masculino foi o mais acometido, ainda que discretamente. A maior parte dos portadores de fissuras eram oriundos da zona urbana e região Metropolitana de João Pessoa, e de famílias de baixa condição sócio-econômica.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Prevenção e controle de enfermidades genéticas e os defeitos congênitos: relatório de um grupo de consulta. Washington DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 1984.
2. Capelozza Filho L, Silva Filho OG. Fissuras Lábio-palatais. In: Petrelli E, coordenador. ortodontia para fonoaudiologia. Curitiba: Lovise. 1992; p. 195-239.
3. D'agostinho L, Machado LP, Lima RA. Fissuras Labiopalatinas e Insuficiência Velofaríngea. In: Lopes Filho OC, editor. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca. 1997; 829-860.
4. Moore K, Persaud TVN. Embriologia Clínica. 8ª ed. São Paulo:Ed. Elsevier. Cap. 9, 2011.
5. Monlleó IL, Lopes VLGS. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública 2006; 22(5):913-922.
6. Penchaszadeh VB, Christianson AL, Giugliani R, Boulyjenkov V, Katz M. Services for the prevention and management of genetic disorders and birth defects in developing countries. Community Genet. 1999; 2:196-201.
7. Loffredo LCM, Freitas JAS, Grigolli AAG Prevalência de fissuras orais de 1975 a 1994. Rev. Saude Pública. 2001;35(6):571-575.
8. Gonzalez-Osorio CA, Medina-Solís C, Pontigo-Loyola A, Casanova-Rosado, JF. Estudio ecológico em México (2003-2009) sobre lábio y/o paladar hendido y factores sociodemográficos, socioeconômicos y de contaminación asociados. Rev Pediatr (Barc). 2011;74(6):377-387.
9. Nagem Filho H, Moraes N, da Rocha RGF. Contribuição para o estudo da prevalência das más formações congênitas lábio-palatais na população escolar de Bauru. Rev. Fac. Odont. Univ. São Paulo.1968; 6(2):111-128.
10. Das SK, Runnels SS, Smith JC, Colhy HH. Epidemiology of cleft lip and cleft palate in Mississippi. South Med J. 1995 Apr; 88(4):437-42.
11. Loffredo LCM, Freitas JAS, Grigolli AAG. Prevalência de fissuras orais de 1975 a 1994. Rev Saude Pública 2001; 35(6): 571-575.
12. Yazdee AK, Saedi B, Sazegar AA. Epidemiological aspects of cleft lip and palate in Iran. Acta Med Iran. 2011; 49(1):54-8.
13. Rozendal AMI, Luijsterburg AJM, Ongkosuwito EM Vries E. Decreasing prevalence of oral cleft live births in the Netherlands, 1997-2006. Arch Dis Child Fetal Neonatal, 2011; 5 (3):123-129.
14. Spina, JM Psillakis, FS Lapa, MC Ferreira. Classificação das fissuras labiopalatinas: sugestão de modificação. Rev Hosp Clín Fac Med São Paulo. 1972; 27(1): 5-6.
15. Silva Filho OG, Freitas JAS. Caracterização morfológica e origem embriológica. In: Trindade IEK, Fissuras labiopalatinas; uma abordagem interdisciplinar. Santos, SP, 2007.

16. Coutinho ALF, Lima MC, Kitamura MAP, Neto JF; Pereira RM. Perfil epidemiológico dos portadores de fissuras orofaciais atendidos em um Centro de Referência do Nordeste do Brasil. Recife: Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2009; 9(2):149-156.
17. Gardenal M, Bastos PRHO, Pontes ERJC, Bogo D. Prevalência das fissuras orofaciais diagnosticadas em um serviço de referência em casos residentes no Estado de Mato Grosso do Sul. Arq. Int. Otorrinolaringol./Intl. Arch. Otorhinolaryngol., São Paulo. 2011; 15(2):133-141.
18. Horovitz DDG, Llerena Jr, JC, Mattos RA. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1055-1064, jul-ago, 2005.
19. Wertz DC, Fletcher JC, Berg K. Review of ethical issues in medical genetics. Geneva: World Health Organization; 2001.
20. Vanz AP, Ribeiro NRR. Escutando as mães de portadores de fissuras orais. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(3):596-602.
21. Batista LRV, Triches TC, Moreira, EAM. Desenvolvimento bucal e aleitamento materno em crianças com fissura labiopalatal. Rev Paul Pediatr; São Paulo. 2011; 29(4):674-679.
22. Araruna RC, Vendruscolo DMS. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato – um estudo bibliográfico. Rev. latino-am. enfermagem. 2000; 8(2):99-105.
23. Watson ACH. Embriologia, etiologia e incidência. In: SELL DA.; Grunwel LP. Tratamento de fissure labial e fenda palatine. Santos, SP, 2005. 273 p.
24. Graciano MIG, Tavano LDA, Bachega MI. Aspectos psicossociais da reabilitação. In: Trindade IEK, Silva Filho OG. da. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Santos; 2007, 4(3):311-333.
25. Nguyen PN, Sullivan, PK. Issues and controversies in the management of cleft palate. Clinics in Plastic Surgery, 1993. 173 p.
26. Furlaneto EC, Pretto SM. Estudo epidemiológico dos pacientes atendidos no serviço de defeitos de face da PUCRS. Rev Odonto Ciência 2000; 1(29): 39-56.
27. Mondolin M, Cerqueira EMM. Etiopatogenia. In; Altmann EBC. Fissuras labiopalatinas. São Paulo: pró-fono, 1994; 156 p.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Professor Dr. Paulo Germano Furtado Chefe do Serviço de Fissuras Labiopalatinas do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW, da Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

Correspondência

Cabiará Uchôa Guerra Barbosa

Universidade Federal da Paraíba - Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW/UFPB.

João Pessoa – Paraíba- Brasil.

CEP: 58.051-900

E-mail:cabiarauchoa@yahoo.com.br

Tel: +55 (83) 98813-1053.