

CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS CORRETIVAS PRIMÁRIAS DE FISSURAS LABIOPALATINAS

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WHO UNDERWENT PRIMARY CORRECTION OF THE CLEFT-LIP AND PALATE

Adriana Maria Silva Lima Valente, Mariano Martínez Espinosa, Adalberto Novaes Silva, Gabriela De Luccia

Revista HCPA. 2013;33(1):32-39

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Mato Grosso. Cuiabá, MT, Brasil.

Departamento de Clínica Cirúrgica, Ambulatório de Deformidades Craniomaxilofaciais, Programa de Fissuras Labiopalatinas, Hospital Universitário Júlio Müller. Cuiabá, MT, Brasil.

Contato:

Adriana Maria Silva Lima Valente
adrianamslima@gmail.com
Cuiabá, MT, Brasil

RESUMO

INTRODUÇÃO: As fissuras são malformações da face estabelecidas na vida intrauterina que podem comprometer o lábio, o palato ou ambos. A cronologia cirúrgica preconiza a realização da queiloplastia primária entre 3 e 6 meses de idade e da palatoplastia primária entre 12 e 18 meses.

OBJETIVO: Caracterizar os pacientes submetidos a cirurgias corretivas primárias de fissuras labiopalatinas em hospital universitário de Cuiabá, na época de realização das cirurgias corretivas primárias, analisando se as queiloplastias foram realizadas em média até os 6 meses de idade, e as palatoplastias até os 18 meses.

MÉTODO: Estudo transversal retrospectivo, por meio da análise de prontuário de 43 pacientes submetidos às cirurgias corretivas primárias de lábio e palato, no período de agosto de 2007 a outubro de 2011, no Hospital Universitário Júlio Müller, em Cuiabá-MT.

RESULTADOS: Quanto ao tipo, a mais frequente foi a fissura combinada de lábio e palato unilateral, seguida da fissura isolada de palato. Do total de 57 cirurgias primárias, 29 foram corretivas de lábio e 28 corretivas de palato. Sobre a época de realização das cirurgias, observa-se que a idade média em meses, retirando-se valores extremos da análise, foi de 7,3 para as queiloplastias e de 39,6 para as palatoplastias.

CONCLUSÃO: De acordo com os dados, pode-se concluir que, em média, as queiloplastias foram realizadas até os 6 meses de idade. Entretanto, as palatoplastias foram realizadas, em média, acima dos 18 meses de idade, com resultado estatisticamente significativo.

Palavras-chave: Fissura palatina; procedimentos cirúrgicos; saúde pública

ABSTRACT

BACKGROUND: The cleft palate are facial malformations established in utero that may compromise the lip, palate or both. The surgical chronology recommends primary cheiloplasty between 3 and 6 months of age and primary palatoplasty between 12 and 18 months.

AIM: To assess the characteristics of patients who underwent primary cleft lip and palate repair at a university hospital in Cuiabá. We aimed to analyze whether lip repair were performed on average until 6 months of age and whether palatoplasty were performed until 18 months.

METHOD: retrospective cross-sectional study. We analyzed the medical records of 43 patients who underwent primary correction of the lip and palate, from August 2007 to October 2011, at the Hospital Universitário Júlio Müller, Cuiabá, Brazil.

RESULTS: The most frequent type of cleft was the unilateral complete lip and palate, followed by isolated cleft palate. Of the total amount of 57 primary surgeries, 29 were lip repairs and 28 were palate repairs. The average age among patients, with extreme values excluded from the analysis, was 7.3 months for lip repair and 39.6 months for palatoplasty.

CONCLUSION: According to the data, lip repair were performed on average until 6 months of age, while palatoplasties were performed on average after 18 months of age, with statistically significant results.

Keywords: Cleft palate; surgical procedures; public health

As fissuras labiopalatinas são deformidades faciais congênitas que podem comprometer o lábio, o palato ou ambos (1). Essas malformações são estabelecidas precocemente na vida intrauterina, mais precisamente no período embrionário e no princípio do período fetal, até a 12^a semana gestacional (2). No Brasil é considerada a malformação craniofacial mais comum, com incidência em torno de 1/650 neonatos (2,3).

A classificação quanto ao tipo de fissura mais utilizada mundialmente é a de SPINA (1973), que propôs uma classificação dividindo as fissuras em quatro grupos: pré-forame incisivo, em que há o envolvimento do lábio; transforame incisivo, que atinge o lábio, a arcada alveolar e todo o palato; pós-forame incisivo, que acomete o palato; e as fissuras raras da face (4).

Nas fissuras que acometem somente o lábio e a pré-maxila geralmente não se observam alterações significativas na fala. No entanto, quando a fissura acomete o lábio e o palato, ou somente o palato, podem ser vários os comprometimentos na comunicação oral, como hipernasalidade, escape de ar nasal, fraca pressão em consoantes e articulação compensatória, com prejuízo na inteligibilidade de fala (5-7).

O tratamento cirúrgico das fissuras labiopalatinas visa o restabelecimento anatômico, funcional e estético da área comprometida pela deformidade. A reconstrução das estruturas acometidas pela fissura é realizada por meio das cirurgias primárias de lábio e palato, também chamadas de queiloplastia e palatoplastia, respectivamente (8).

Existem diversas técnicas de queiloplastia e palatoplastia, entre as quais os cirurgiões escolhem a sua abordagem de acordo com seus preceitos estabelecidos e experiência clínica (9). No Brasil, dois grandes centros de tratamento de fissuras

labiopalatinas adotam o seguinte protocolo: as queiloplastias devem ser realizadas entre 3 e 6 meses de idade; e as palatoplastias entre 12 e 18 meses de idade (10,11). Tal cronologia cirúrgica também é adotada no Programa de Fissuras Labiopalatinas do Hospital Universitário Júlio Müller.

O objetivo principal das cirurgias reparadoras precoces não é somente restabelecer a anatomia do palato (12), mas também promover uma adequada função velofaríngea que, por consequência, propicia condições para a produção da fala sem alterações (6) bem como melhoras na audição e deglutição (11).

Alguns pesquisadores consideram o desempenho da fala do indivíduo com fissura labiopalatina como parâmetro para analisar as vantagens e desvantagens de uma ou mais técnicas de palatoplastia (13-23). A fala e a audição podem melhorar com o fechamento precoce da fissura, principalmente se o véu palatino estiver comprometido, pois quando a criança iniciar a fala propriamente dita, a cavidade oral terá uma estrutura anatômica adequada para a produção da mesma, evitando e/ou minimizando as alterações de fala comuns nestes pacientes (11). A cirurgia também pode minimizar problemas relacionados à alimentação, como pressão intraoral inadequada, tempo de mamada prolongada e regurgitação nasal (24).

A precocidade das cirurgias, além do aprimoramento das técnicas cirúrgicas, tem contribuído para um resultado estético e funcional mais adequado (25,26).

Este estudo teve como objetivo caracterizar os pacientes submetidos a cirurgias corretivas primárias de fissuras labiopalatinas em hospital universitário de Cuiabá, na época de realização

das cirurgias corretivas primárias, analisando se as queiloplastias foram realizadas em média até os 6 meses de idade, e as palatoplastias em média até os 18 meses.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal retrospectivo, através da análise dos prontuários dos pacientes com fissura labiopalatina atendidos no Ambulatório de Deformidades Craniomaxilofaciais do Hospital Universitário Júlio Müller, em Cuiabá-MT.

Os dados foram coletados no período de agosto de 2007 a outubro de 2011, sendo considerado como critério de inclusão os pacientes submetidos às cirurgias corretivas primárias de lábio e palato, totalizando 43 pacientes. Foram excluídos do estudo as fichas com dados incompletos, pacientes com síndromes genéticas e/ou distúrbios neurológicos associados. Para a realização deste estudo, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Federal do Mato Grosso.

As variáveis do estudo foram definidas da seguinte forma:

- variável dependente: queiloplastia e palatoplastia primárias;
- variável independente de interesse: idade média na época da cirurgia;
- outras variáveis independentes analisadas: sexo e tipo de fissura.

Foi realizada a análise estatística descritiva dos resultados e aplicado o teste de t de Student com um nível de significância de 0,05 para comparar as médias de idade por tipo de cirurgia, utilizando-se o software Excel 2007 e o programa estatístico Minitab versão 15.

RESULTADOS

Dos 43 pacientes estudados, 23 eram do sexo masculino e 20 do sexo feminino. Quanto ao tipo de fissura, a mais frequente foi a fissura transforame incisivo unilateral (45%), seguida da fissura pós-forame incisivo (37%) (tabela 1).

Tabela 1: Distribuição do tipo de fissura quanto ao sexo.

Tipo de fissura	Sexo		n (%)
	Masculino	Feminino	
Pré-forame unilateral	3 (13%)	0 (0%)	3 (7%)
Pré-forame bilateral	1 (4%)	0 (0%)	1 (2%)
Pós-forame	8 (35%)	8 (40%)	16 (37%)
Transforame unilateral	11 (48%)	8 (40%)	19 (45%)
Transforame bilateral	0 (0%)	3 (15%)	3 (7%)
Submucosa	0 (0%)	1 (5%)	1 (2%)
Total	23 (53%)	20 (47%)	43 (100%)

Quanto ao número de cirurgias por paciente, 30 pacientes realizaram apenas uma, 12 realizaram duas, e 1 realizou três, totalizando 57 (100%) cirurgias. Deste total, 29 (51%) foram queiloplastias e 28 (49%) palatoplastias.

Dos quatro pacientes que apresentavam fissura bilateral de lábio (isolada ou combinada com palato), apenas 1 foi submetido à queiloplastia primária em tempo único. A correção cirúrgica primária de lábio dos demais foi realizada em dois momentos (n=6) e, por este motivo, foi excluída das tabelas e gráficos seguintes que foram a base para a análise das médias de idade na

época de realização das cirurgias. Desta forma, foram analisadas as médias de idade para 23 queiloplastias e 28 palatoplastias.

Em relação à idade em meses na época da queiloplastia primária (gráfico 1), 9 (40%) realizaram até os 6 meses, 7 (30%) entre 6 e 12 meses, 4 (17%) acima de 24 meses, 2 (9%) entre 12 e 18 meses, e 1 (4%) entre 18 e 24 meses.

A idade média em meses para a queiloplastia foi 49,4, com idade mínima de 3 meses e máxima de 761 meses. Para a palatoplastia a média foi 51,6 meses, com idade mínima de 12 meses e máxima de 375 meses (tabela 3).

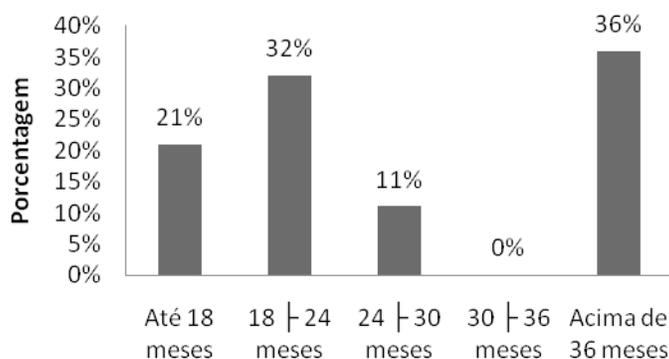


Gráfico 2: Distribuição da palatoplastia primária por idade (em meses) na época de realização da cirurgia (N=28).

Tabela 3: Valores de média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo relacionados à idade em meses na época de realização das cirurgias primárias de lábio e palato.

Tipo de cirurgia	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação (%)	Mínimo	Mediana	Máximo	n
Queiloplastia	49,40	157,60	318,78%	3	7	761	23
Palatoplastia	51,60	71,20	138,14%	12	22,50	375	28

Considerando que a literatura preconiza que a queiloplastia ocorra entre 3 e 6 meses de idade e a palatoplastia entre 12 e 18 meses, e que as médias observadas neste estudo estão muito acima dos valores esperados, foram construídos box plots para verificar possíveis valores extremos. Na Figura 1 verifica-se a presença de quatro valores extremos para a queiloplastia e um valor extremo

para a palatoplastia.

Para realizar a inferência estatística sobre os dados observados, optou-se por excluir os valores extremos verificados anteriormente, já que alguns casos realizaram as cirurgias tardiamente na fase adulta, sendo então recalculados os valores descritivos conforme mostra a Tabela 4.

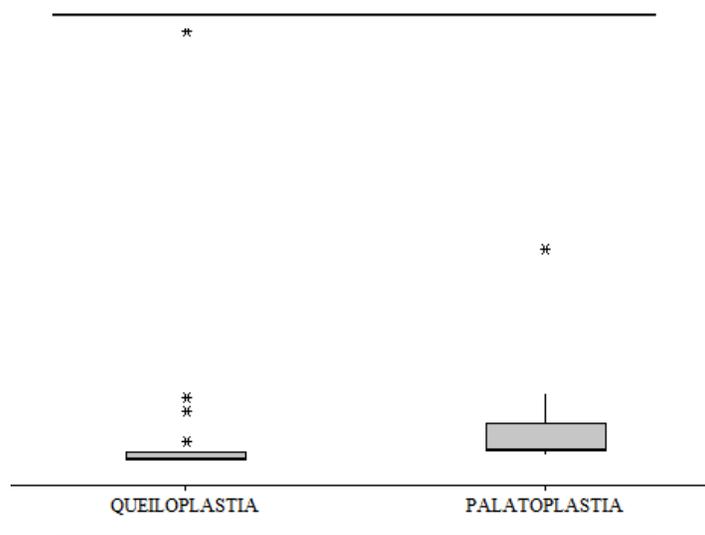


Figura 1: Box plot para a idade em meses na época de realização das queiloplastias (N=23) e das palatoplastias (N=28)

Tabela 4: Valores de média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo relacionados à idade em meses na época de realização das cirurgias primárias de lábio e palato, sem valores extremos.

Tipo de cirurgia	Média	Desvio padrão	Coefficiente de variação (%)	Mínimo	Mediana	Máximo	n
Queiloplastia	7,30	4,41	60.41%	3	6	19	19
Palatoplastia	39,60	33,14	83.69%	12	22	121	27

Com base nestes dados, aplicou-se o teste t de *Student* a um nível de significância de 0,05 para verificar se a idade média, em meses, na época da realização das cirurgias corretivas de lábio e palato dos pacientes deste estudo é maior que 6 meses para a queiloplastia, e maior que 18 meses para a palatoplastia.

De acordo com o teste t de *Student*, as queiloplastias foram realizadas até os 6 meses de idade em média, mas este resultado não foi estatisticamente significativo ($p=0,228$). As palatoplastias foram realizadas acima dos 18 meses de idade em média, com significância estatística ($p=0,002$), conforme mostra a Tabela 5.

Tabela 5: Tipo de cirurgia, número de pacientes (n), intervalo de confiança (IC), razão t (T), e p-valor dos dados do estudo.

Tipo de cirurgia	n	IC (95%)	T	p-valor
Queiloplastia	19	(5,14; 9,39)	1,25	0,228
Palatoplastia	27	(26,48; 52,70)	3,39	0,002*

*estatisticamente significativa ($p<0,05$).

DISCUSSÃO

A abordagem cirúrgica da fissura labiopalatina tem como objetivo a reconstituição estética e funcional do lábio e do palato. Entretanto, há consenso na literatura que as cirurgias reparadoras são parte de um longo e complexo processo de tratamento que se estende desde o nascimento até a vida adulta (8,10).

Neste estudo, apesar de não haver significância estatística, verificou-se que 40% das queiloplastias foram, em média, realizadas até os 6 meses de idade. Este resultado é próximo ao encontrado em uma pesquisa realizada em São Paulo, que verificou que apenas 33,5% das queiloplastias primárias foram realizadas até os 6 meses (14).

Para a criança que nasce com a presença de fissura, a cirurgia reparadora é um desafio não só estético, mas principalmente funcional. A cirurgia primária de lábio, também chamada de queiloplastia, é realizada para a reconstrução do lábio. Se a fissura é bilateral, o reparo cirúrgico pode ser feito em tempo único, ou em duas etapas. Já a

cirurgia primária de palato geralmente é realizada em uma etapa. Desta forma, a intervenção precoce é de suma importância, pois promove a reconstrução imediata da morfologia facial que encontra-se alterada em todas as fissuras que envolvem o lábio, principalmente em relação ao impacto positivo que a mesma proporciona aos familiares (8).

Quanto às palatoplastias, o presente estudo observou que apenas 21% das cirurgias foram realizadas até os 18 meses de idade, além de mostrar um dado mais alarmante, pois 36% dos pacientes foram submetidos à cirurgia tardiamente, após os 36 meses, ou seja, acima dos 3 anos de idade. Pode-se observar que este resultado é comparável ao de uma pesquisa realizada em São Paulo, em que a idade média encontrada foi de 3,7 anos. Segundo os autores, estes resultados podem evidenciar uma falha do sistema de saúde em que os pacientes são encaminhados tardiamente aos centros de referência especializados, comprometendo o tratamento global (27).

Apesar de não ter sido uma variável da

pesquisa, a extensão territorial do Estado do Mato Grosso (28), que possui 141 municípios distribuídos em 903.329 km², também pode ser um fator que justifica a realização tardia das palatoplastias devido à dificuldade de acesso da população residente no interior aos serviços de alta complexidade que tendem a concentrar-se na capital.

Em um levantamento epidemiológico realizado em outro serviço de reabilitação de fissuras labiopalatinas, também localizado na capital de Mato Grosso, verificou-se que, dos 311 pacientes que fizeram parte do estudo, apenas 31,63% eram procedentes da capital, sendo os demais casos oriundos de outras regiões do Estado (29).

Outro aspecto que pode levar à dificuldade de acesso ao serviço são os aspectos socioeconômicos da região Centro Oeste, em que muitas vezes é observada a falta de acesso à informação sobre cuidados relacionados à saúde. Também é possível inferir que existam falhas de conhecimento dos gestores e profissionais da saúde sobre o tratamento oferecido no próprio Estado, postergando o encaminhamento e atrasando o processo terapêutico que envolve o paciente com fissura labiopalatina.

O principal objetivo da palatoplastia é promover o fechamento do palato duro e do palato mole, criando um mecanismo velofaríngeo funcionalmente adequado para o desenvolvimento correto da fala (30). Estudos apontam que crianças que realizam a palatoplastia primária precocemente demonstram melhor desempenho de fala em relação aos seus pares que realizam as cirurgias mais tardiamente, além de existir evidência sugerindo maior risco de desenvolvimento de padrões

articulatórios compensatórios (31).

Os achados de uma pesquisa longitudinal com 40 crianças com fissura palatina (com ou sem envolvimento do lábio) sugeriu que as crianças que eram menos lexicalmente avançadas e mais jovens no momento da cirurgia de palato apresentaram melhor articulação e ressonância da fala aos 3 anos de idade quando comparadas àquelas que realizaram a palatoplastia com nível lexical mais avançado e maior idade (32).

Os fatores que podem estar associados à realização das palatoplastias em uma época mais tardia que a preconizada pela literatura não foram objeto de estudo desta pesquisa. Porém, este dado deve ser considerado em futuros estudos envolvendo a população atendida por esta instituição, a fim de verificar os efeitos sobre o desenvolvimento da fala do paciente com fissura labiopalatina, contribuir para um melhor entendimento sobre os serviços prestados pela equipe multiprofissional e favorecer melhorias no atendimento integral.

De acordo com os dados, pode-se concluir que, em média, as queiloplastias foram realizadas até os 6 meses de idade, porém sem significância estatística. Entretanto, as palatoplastias foram realizadas, em média, acima dos 18 meses de idade, com resultado estatisticamente significativo. Estes achados do HJUM são similares aos resultados de outros estudos nacionais em relação às cirurgias corretivas primárias em pacientes fissurados, contribuindo para o desenvolvimento de novos trabalhos de pesquisa, ampliando e especializando cada vez mais o referido serviço no estado do Mato Grosso.

REFERÊNCIAS

1. Di Ninno CQMS. Abordagem fonoaudiológica atual nas fissuras labiopalatinas. In: Britto ATBO. Livro de Fonoaudiologia. São José dos Campos: Pulso;2005:325-38.
2. Silva Filho OG, Freitas JAS. Caracterização morfológica e origem embriológica. In: Trindade IEK, Silva Filho OG. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo:Santos;2007:17-49.
3. Barros SP, Cerri R, Borgo HC, Marques IL. Recomendações nutricionais para crianças com fissura labiopalatina. In: Anais do 44º Curso de Anomalias Congênitas Labiopalatinas do HRAC-USP; junho de 2011; Bauru-SP. Cursoespecífico 8. Bauru: HRAC-USP;2011.
4. Spina V.A proposed modification for the classification of cleft lip and cleft palate. *Cleft Palate J.* 1973;10(3):251-2.
5. Trost JE. Articulatory additions to the classic description of the speech of persons with cleft palate. *Cleft Palate Journal.* 1981;18(3):193-203.
6. Pegoraro-Krook MI, Dutka-Souza JCR, Magalhães LCT, Feniman MR. Intervenção fonoaudiológica na fissure palatine. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo:Roca;2004:439-55.

7. Jesus MSV, Penido FA, Valente P. Avaliações fonoaudiológicas clínica e instrumental em indivíduos com fissura labiopalatina. In: Jesus MSV, Di Ninno CQMS. Fissura labiopalatina: fundamentos para a prática fonoaudiológica. São Paulo:2009:57-75.
8. Bertier CE, Trindade IEK, Silva Filho OG. Cirurgias primárias de lábio e palato. In: Trindade IEK, Silva Filho OG. Fissuras labiopalatinas. São Paulo:Santos;2007:73-86.
9. Shprintzen RJ, Bardach J. Cleft palate Speech management: A Multidisciplinary Approach. New York, Mosby; 1995.
10. Silva Filho OG, Ozawa TO, Borges HC. A influência da queiloplastia realizada em tempo único e em dois tempos cirúrgicos no padrão oclusal de crianças com fissura bilateral completa de lábio e palato. R Dental Press OrtodonOrtop Facial. 2007;12(2):24-37.
11. Silva EB, Rocha CMG, Lage RR. Fissura labiopalatina em bebês: intervenção interdisciplinar. In: Jesus MSV, Di Ninno CQMS. Fissura labiopalatina: fundamentos para a prática fonoaudiológica. São Paulo:2009:10-28.
12. Ribeiro EM, Moreira ASCG. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. RevBras Saúde Pública 2005;18:31-40.
13. Trier W. C., Dreyer T.M. Primary von Langenbeck Palatoplasty with Levator Reconstruction: Rationale and Technique. Cleft Palate Journal, 1984;21(4).
14. Hardin-Jones MH, Jones DL. Speech production of preschoolers with cleft palate. Cleft Palate Craniofac J. 2005, 42(1):7-13.
15. Schönweiler R, Lisson JA, Schönweiler B, Eckardt A, Ptok, M, Tränkmann J, Hausamen J. A retrospective study of hearing, speech and language function in children with clefts following palatoplasty and veloplasty procedures at 18-24 months of age. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 1999, 50(3):205-217.
16. Williams AC, Sandy JR, Thomas S, Sell D, Sterne JAC. Influence of surgeon's experience on speech outcome in cleft lip and palate. The Lancet. 1999;354:1697-8.
17. Marrinan EM, LaBrie RA, Mulliken JB. Velopharyngeal function in nonsyndromic cleft palate: relevance of surgical technique, age at repair, and cleft type. Cleft Palate Craniofac J. 1998,35(2):95-100.
18. Nakajima T, Mitsudome A, Yosikawa A. Postoperative speech development based on cleft types in children with cleft palate. Pediatrics International. 2001;43(6):666-72.
19. Bae YC, Kim JH, Lee J, Hwang SM, Kim SS. Comparative Study of the Extent of Palatal Lengthening by Different Methods. Annals of Plastic Surgery. 2002;48(4):359-64.
20. Van Lierde KM, Monstrey S, Bonte K, Van Cauwenberge P, Vinck B. The Long-term speech outcome in Flemish Young adults two different types of palatoplasty. Int. J. of Pediat Oto. 2004;68(7):865-75.
21. Polzer I, Breitsprecher L, Winter K, Biffar R. Videoendoscopic, speech and hearing in cleft palate children after levator-palatopharyngeus surgery according to Kriens. J Craniomaxillofac Surg. 2006;34:52-6.
22. Hassan ME, Askar S. Does palatal muscle reconstruction affect the functional outcome of cleft palate surgery? Plast. Reconstruct. Surg. 2007;119(6):1859-65.
23. Khosla RK, Mabry K, Charles L, Castiglione FACS. Clinical Outcomes of the Furlow Z-Plasty for Primary Cleft Palate Repair. Cleft Palate-Craniofacial Journal. 2008;45(5):501-10.
24. Araruna, RC, Vendruscolo, DMS. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato- um estudo bibliográfico. Revista Latino-America de enfermagem (Ribeirão Preto) 2000;8(2).
25. Di Ninno CQMS. Fissuras labiopalatinas: o que mudou no tratamento? In: Motricidade Orofacial: como atuam os especialistas. Comitê de Motricidade Orofacial - SBFa. São José dos Campos: Pulso;2004:221-3.
26. Genaro KF. A terapia fonoaudiológica para correção da produção da fala nos casos com fissura palatina já reparada. In: Motricidade Orofacial: como atuam os especialistas. Comitê de Motricidade Orofacial - SBFa. São José dos Campos: Pulso, 2004:211-9.
27. Alonso N, Sakai DY, Tanikawa, Lima Junior JE, Rocha DL, Sterman S, Ferreira MC. Fissuras labiopalatinas: protocolo de atendimento multidisciplinar e seguimento longitudinal em 91pacientes consecutivos. Rev. Bras. Cir. Plást. 2009;24(2):176-81.
28. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010.[acesso em 01 abr de 2012] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mt>
29. Martins FD. Frequência e características dos pacientes atendidos no Serviço de Reabilitação de Fissuras Labiopalatais do Hospital Geral Universitário UNIC Cuiabá/MT [dissertação de mestrado]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva – UFMT; 2009. 86p.
30. Arantes HL, Zampar AG, Oliveira Junior FC, Rosique MJF, Rosique RG, Leal WA, Figueiredo JCA.

- Fístulas e deiscências em palatoplastia primária: uma experiência institucional. Rev. Bras. Cir. Plást. 2008;23(2):112-5
31. Chapman KL, Hardin MA. Phonetic and phonologic skills of two-
years-old with cleft palate. Cleft Palate-Craniofacial Journal. 1992;29(5):435-43.
32. Chapman KL, Hardin-Jones MA. Goldstein JA, Halter KN, Havlik RJ, Schulte J. Timing of Palatal Surgery and Speech Outcome. CleftPalate-Craniofacial Journal. 2008;45(3):297-308.
- Recebido: 04/03/2013*
Aceito: 24/04/2013