

Fissuras lábio-palatinas: estudo sobre a população assistida por um serviço de referência no Estado de Minas Gerais

Cleft lip and palate: study of a population attended to by a reference service from the State of Minas Gerais

Amanda Beatriz de Freitas¹, Carlos Antônio de Carvalho², Daniella Reis Barbosa Martelli³, Letizia Monteiro de Barros², Paulo Rogério Ferreti Bonan³, Hercílio Martelli-Júnior³

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar diferentes dimensões relacionadas à assistência a crianças (0 a 12 anos) com fissuras lábio-palatinas (FL/P) no “Centrinho” que constitui um serviço de referência em alta complexidade para indivíduos com deformidades craniofaciais, em Minas Gerais, Brasil. Realizou-se um estudo transversal com instrumento (questionário) individual. Os questionários foram aplicados sempre pelos mesmos examinadores, às mães ou responsável, após o atendimento clínico. A população estudada foi composta por 60 crianças com FL/P, não sindrômicas, diagnosticadas e em tratamento no serviço, independente da cor da pele, naturalidade ou nacionalidade. Os resultados mostraram que 63,3% dos pacientes foram do gênero masculino e 36,7% do feminino, leucodermas (78,3%), com idade variando entre 1 mês e 10 anos. Quanto ao tipo de fissura, houve predomínio de fissuras lábio-palatinas (56,6%), seguidas das fissuras labiais (26,6%). Com relação à identificação e encaminhamento dos pacientes ao “Centrinho”, 56,7% destes foram realizados por médicos e 50% foram direcionados ao serviço até seis meses de vida. Os resultados apresentados forneceram informações da assistência a pacientes em um serviço de alta complexidade e referência para o Ministério da Saúde. Estudos futuros poderão complementar análises para se compreender melhor uma importante população no contexto do sistema público de saúde brasileiro.

Descritores: Sistema Único de Saúde. Fissura labial. Fissura palatina.

INTRODUÇÃO

Fissuras lábio-palatinas (FL/P) não sindrômicas constituem as anomalias de desenvolvimento facial mais comuns¹. A cada dois minutos uma criança nasce com FL/P, sendo 660 nascimentos por dia e 235 mil por ano. Com o crescimento populacional mundial, no futuro serão acrescidos mais 3.200 casos, por ano, de indivíduos com FL/P¹. A ocorrência de FL/P varia em função de características sócio-econômicas, raciais, étnicas e geográficas². A prevalência média de FL/P é de 1:700 nativos. Contudo, europeus, nativos americanos e australianos aborígenes são mais

acometidos pelas fissuras completas de lábio e palato, enquanto africanos e descendentes destes são mais afetados por fissuras isoladas de lábio³. Martelli-Júnior *et al.*⁴ verificaram a incidência de 1,46 FL/P para cada 1.000 nativos, no estado de Minas Gerais, Brasil.

Em decorrência da extensão das estruturas anatômicas envolvidas, as FL/P são clinicamente classificadas em fissuras que envolvem simultaneamente lábio e palato (FLP), somente lábio (FL) e palato de forma isolada (FP)⁵. Estudos recentes sobre a etiopatogênese das FL/P têm aumentado a sofisticação das descrições clínicas e

¹Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

²Centro Pró-Sorriso “Centrinho”, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Alfenas (Unifenas), Alfenas, MG, Brasil

³Departamento de Odontologia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, MG, Brasil

Contato: hmjunior2000@yahoo.com

mostrado, além da participação de fatores de risco ambientais, o envolvimento genético, particularmente de alguns prováveis genes (destacando o fator regulador de interferon, IRF-6) que contribuem para o surgimento das FL/P^{3,6}.

O Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se, desde 1988, como a política de saúde brasileira⁷. A descentralização da atenção passou a ser elemento decisivo para que as ações de saúde chegassem ao nível dos municípios⁷. Assim, os serviços de saúde devem ser organizados de forma regionalizada e em diferentes níveis de complexidade, de forma a garantir o acesso universal. A regionalização deve levar em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços, entre outras, com objetivo maior de tornar os serviços mais próximos da população e ampliar sua cobertura e eficiência⁸. Apesar disso, apenas na década de 1990, foram dados os primeiros passos para efetiva inclusão da assistência a portadores de anomalias craniofaciais no SUS⁹. Assim, a história da atenção às anomalias craniofaciais no Brasil, confunde-se com a luta de profissionais, pesquisadores e famílias de portadores que, ao longo das últimas três décadas, não mediram esforços para inserção desses defeitos congênitos na pauta das políticas de saúde⁹.

O objetivo deste estudo foi avaliar, em decorrência da escassez de investigações científicas na literatura, diferentes dimensões relacionadas à assistência a portadores de FL/P no “Centrinho” que constitui um serviço público de referência em alta complexidade para portadores de deformidades crânio-faciais, no estado de Minas Gerais, Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

O “Centrinho” da Universidade de Alfenas atua no diagnóstico e reabilitação de portadores de deformidades crânio-faciais. É um serviço multiprofissional e interdisciplinar de referência e sua atuação ocorre em âmbito ambulatorial e hospitalar. O “Centrinho” localiza-se em Alfenas, sul do estado de Minas Gerais e teve sua criação e início das atividades em 1992, através de convênio com o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo, localizado em Bauru, São Paulo. O serviço é conveniado ao Ministério da Saúde como de alta complexidade, sendo uma referência para o Estado de Minas Gerais.

Foi realizado um estudo transversal, com utilização de instrumento (questionário dirigido) individual. Os questionários foram aplicados sempre pelos mesmos examinadores (CAC e LMB) após receberem treinamento para esta atividade. Realizou-se, anteriormente, um estudo piloto para

avaliação e verificação da padronização da aplicação do instrumento de coleta de dados. O estudo foi realizado durante o período de agosto de 2007 a junho de 2008. A população analisada foi composta por 60 crianças (0 a 12 anos) com FL/P, não síndromicas, independente do gênero, cor da pele, naturalidade ou nacionalidade, atendidas e em reabilitação no “Centrinho”. A população estudada foi resultante de demanda espontânea na busca pelo “Centrinho”. O serviço possui equipe de atuação multiprofissional, incluindo, entre outras áreas, medicina, odontologia, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, saúde coletiva, e nutrição. Tem seu funcionamento em sistema de fluxo contínuo e sua principal demanda é derivada do estado de Minas Gerais.

O questionário foi respondido sempre após o atendimento clínico, com as mães ou responsável, evitando assim qualquer prejuízo ao paciente em termos de consulta. Cada questionário foi respondido em um único momento, sempre com auxílio de um examinador para qualquer esclarecimento aos participantes do estudo. Foram excluídas desta investigação científica, mães que não apresentaram condições psicológicas para responder ao questionário (mediante avaliação e laudo do setor de psicologia do “Centrinho”), portadores de FL/P com idade acima de 12 anos e crianças com FL/P síndromicas.

O questionário usado contemplou as seguintes dimensões de análise: (1) aspectos demográficos, (2) classificação clínica da FL/P, (3) identificação da FL/P, (4) conhecimento por parte dos pais ou responsáveis a respeito do “Centrinho”, (5) acesso físico ao serviço, e (6) intervalo temporal para a chegada do portador de FL/P ao serviço. Para a classificação das FL/P, não síndromicas, utilizou-se como referência anatômica o forame incisivo¹⁰, ou seja, (1) fissura labial (FL): incluem fissuras pré-forame completas ou incompletas, unilaterais e bilaterais; (2) fissura lábio-palatina (FLP): incluem fissuras transforame unilaterais, bilaterais e fissuras pré e pós-forame; (3) fissura palatina (FP): incluem todas as fissuras pós-forame completas ou incompletas e (4) outras: encontram-se as fissuras raras da face.

Após aplicação dos questionários, as informações obtidas foram coletadas, arquivadas em um banco de dados e analisadas pelo programa estatístico SPSS versão 13.0 (Chicago, EUA). Realizaram-se análises descritivas entre as dimensões descritas anteriormente. Este estudo foi conduzido de acordo com os preceitos determinados pela resolução 196/88 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, além de submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade de Alfenas (Centro Pró-Sorriso “Centrinho”).

RESULTADOS

A população deste estudo foi composta por 60 crianças, com FL/P, não sindrômicas, sendo 38 (63,3%) do gênero masculino e 22 (36,7%) do feminino, com idade entre 1 mês e 10 anos (média de 2,3 anos). Com relação à cor da pele, a maioria dos pacientes (78,3%) foram leucodermas, seguidos, respectivamente pelos feodermas

(11,6%) e melanodermas (10%). Quando se avaliou a origem dos entrevistados, verificou-se que dos 60 pacientes avaliados, 93,33% foram oriundos de 40 diferentes municípios do estado de Minas Gerais e 6,66% do estado de São Paulo.

A Tabela 1 mostra a prevalência das FL/P observadas entre os pacientes, assim como o percentual das fissuras em cada um dos grupos específicos e na distribuição geral. A mais comum foi a FLP (56,6%), seguida pela FL isolada (26,6%).

Tabela 1 - Classificação e prevalência das fissuras lábio-palatinas, por grupo e no geral

TIPO	n	PREVALÊNCIANO GRUPO (%)	PREVALÊNCIANO GERAL (%)
Fissura palatina	3		
Completa	1	33,33	1,7
Incompleta	2	66,66	3,3
Fissura labial	16		
Completa Unilateral	6	37,5	10
Incompleta Unilateral	9	56,25	15
Completa Bilateral	1	6,25	1,7
Fissura lábio-palatina	34		
Completa Unilateral	23	67,64	38,3
Completa Bilateral	11	32,35	18,3
Outras	7		
Fissuras raras	7	100	11,7
TOTAL	60	100	100

A Tabela 2 ilustra a dimensão referente ao responsável pela identificação inicial da FL/P e o encaminhamento para o “Centrinho”. Percebeu-se nessa variável que o mais comum foi a identificação e encaminhamento pelo médico (56,7%), seguido por outra pessoa do convívio familiar (21,7%). Seguindo

esta variável, foi perguntada à mãe se antes da criança chegar ao “Centrinho” à mesma recebeu atendimento clínico de outro profissional. A maioria das crianças (75%) recebeu atendimento clínico por médicos, 23,3% não receberam qualquer atendimento e 1,7% foram atendidas por cirurgiões-dentistas.

Tabela 2 - Responsável pela identificação da fissura lábio-palatina e encaminhamento ao “Centrinho”

IDENTIFICAÇÃO DA FLPE E ENCAMINHAMENTO AO “CENTRINHO”	(n)	%
Médico	34	56,7
Outra pessoa do convívio familiar	13	21,7
Cirurgião-dentista	7	11,7
Não soube informar	4	6,6
A própria família sabia do “Centrinho”	2	3,3
TOTAL	60	100

A Tabela 3 mostra o intervalo de tempo decorrido entre o nascimento da criança e a procura pelo “Centrinho”. Observou-se que 50% dos portadores de FLP chegaram ao serviço antes de completarem 6 meses de

idade. Com relação ao conhecimento por parte dos pais em relação ao “Centrinho”, verificou-se que 83,33% dos usuários não conheciam o serviço e apenas 16,67% responderam conhecer.

Tabela 3 - Intervalo temporal decorrido entre o nascimento do portador de fissura lábio-palatina e a procura pelo “Centrinho”

INTERVALO ENTRE O NASCIMENTO E A PROCURA PELO “CENTRINHO”	(n)	%
Até 1 mês	15	25
Entre 1 e 6 meses	15	25
Entre 6 e 24 meses	4	6,6
Mais de 24 meses	25	41,7
Não respondeu	1	1,7
TOTAL	60	100

Em relação ao acesso físico dos pacientes ao “Centrinho”, a Tabela 4 mostra as principais formas de deslocamento até o

serviço. A última pergunta do questionário versava sobre a satisfação do usuário com o “Centrinho”.

Tabela 4 - Vias de acesso dos portadores de fissuras lábio-palatinas até o “Centrinho”

MEIO DE TRANSPORTE PARA DESLOCAMENTO ATÉ O “CENTRINHO”	(n)	%
A pé	4	6,6
Ônibus	15	25
Ambulância	15	25
Carro Particular	26	43,4
TOTAL	60	100

DISCUSSÃO

Diferentes estudos epidemiológicos têm sido realizados para avaliar a distribuição das FL/P^{11,12}. É bem aceito que os diferentes tipos de fissuras apresentam distribuição epidemiológica distinta, e que as incidências variam entre os diferentes grupos populacionais¹³. No presente estudo, das 60 crianças avaliadas, o tipo mais comum de fissuras encontradas foram as FLP, representando 56,67% das observadas. Seguiram-se às FLP, as FL isoladas que representaram 26,66% das encontradas. Esses resultados são similares aos encontrados em estudo epidemiológico realizado no próprio serviço¹⁴. A ocorrência de FLP tem sido aproximadamente duas vezes mais freqüente comparadas as FL isoladas¹⁵, fato este observado na presente investigação. A relação entre gênero masculino e feminino neste estudo foi de 1,7:1, tal proporção está similar a encontrada em populações de japoneses¹⁶ e de filipinos¹⁷.

As anomalias congênitas afetam cerca de 5% dos nativos em todo mundo. Seu impacto, contudo, é mais bem evidenciado nos países industrializados devido a um maior controle das causas transmissíveis e nutricionais de morte, o que, de um modo geral, não ocorre em países em desenvolvimento⁹. Na América Latina, estas alterações respondem por 10-25% das admissões hospitalares pediátricas, ocupando entre o 3° e 4° lugares entre as causas de morte no primeiro ano de vida¹⁸. Destacam-se neste grupo das anomalias congênitas, as deformidades craniofaciais, particularmente as FL/P, craniossinostoses, defeitos

otomandibulares e de fechamento do tubo neural, além dos quadros síndrômicos¹⁹. Neste contexto geográfico e com o aperfeiçoamento do SUS, o Brasil conta com centros de excelência no tratamento de anomalias craniofaciais. Até 2006, o país possuía 29 centros credenciados nas cinco regiões, sendo 16 na região Sudeste, 6 na Sul, 4 na Nordeste, 2 na Centro-Oeste e 1 na Norte⁹. Contudo, ainda se observa uma nítida assimetria geográfica na distribuição desses serviços. No presente estudo, dos 60 indivíduos com FL/P, não síndrômicas, analisados, 93,33% foram oriundos de 40 diferentes municípios do estado de Minas Gerais, com maior concentração do sul do estado. O “Centrinho” é credenciado ao Ministério da Saúde como serviço de alta complexidade e atende exclusivamente demanda oriunda do SUS.

Na presente investigação, o acesso ao “Centrinho” pelos indivíduos com FL/P deu-se mais comumente (56,7%) através da identificação e encaminhamento pelo médico (Tabela 2), fato este que ocorreu nos primeiros meses e anos de vida da criança (Tabela 3). Contudo, na própria Tabela 3, ainda se verifica que 41,7% dos pacientes chegaram ao serviço com mais de 2 anos de vida. Como consequência desse indicador, observou-se a necessidade de expansão do serviço no tocante à divulgação e conscientização dos municípios e serviços de saúde, com relação a portadores de deformidades craniofaciais. Assim, estes resultados corroboram as observações de Monlleó e Gil-da-Silva-Lopes⁹ que consideram que as necessidades de saúde dos portadores de anomalias craniofaciais no Brasil ainda

não estão sendo plenamente atendidas, seja devido às dificuldades enfrentadas para a manutenção de um cronograma regular de consultas de seguimento, particularmente na área de reabilitação, ou pelo estabelecimento de vínculos com a equipe e com o serviço. Essas necessidades abrangem o modo de vida, o acesso e consumo de tecnologias, o estabelecimento de vínculos efetivos com profissionais, equipes e serviços e a construção da autonomia, incluindo-se nesta a busca da satisfação desse conjunto de necessidades⁹.

Estudos de avaliação de acesso a serviços de saúde e identificação de barreiras têm sido feitos através de questionários e entrevistas^{20,21}, com população de homens, mulheres ou ambos os gêneros²². A limitada condição financeira foi uma barreira identificada para o acesso a serviços de saúde²³. Relacionado ao conceito de acesso a serviços de saúde, estudo realizado no Rio de Janeiro mostrou que as mulheres utilizam mais regularmente os serviços de saúde que os homens, embora esta procura seja maior no grupo de crianças e idosos. Esse estudo observou também, diferença de gênero relacionada ao motivo da procura pelos serviços, isto é, as mulheres buscam mais os serviços para exames de rotina e prevenção, e os homens procuram mais por motivos de doença²⁴. No presente estudo, observou-se predominância de crianças com FLP do gênero masculino (63,3%) comparado ao feminino (36,7%).

Considerável parcela dos portadores de deformidades craniofaciais tem expectativa de vida normal, visto que apenas uma minoria delas é letal¹⁹. Apesar disso, essas anomalias impõem um significativo impacto sobre a fala, audição, aparência, e cognição influenciando de modo prolongado e adverso a saúde e a integração social do portador¹⁹. Assim, faz-se importante minimizar todas as seqüelas oriundas das FL/P, incluindo, mecanismos de oferta e acesso aos serviços por parte dos usuários. A disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que afetam o serviço²⁵. Aqui, 25% dos pacientes chegaram ao “Centrinho” através das ambulâncias dos serviços de saúde municipais (Tabela 4). Assim, o conceito de saúde assegurado na legislação brasileira constitui-se como um direito da cidadania a ser garantido pelo Estado e a universalidade da atenção implica, necessariamente, a formulação de um modelo social ético e equânime norteado pela inclusão social e solidariedade humana²⁶.

Cada fissura requer uma abordagem terapêutica multiprofissional e diversos procedimentos cirúrgicos²⁷. Quanto à constituição de equipes

multiprofissionais, embora existam critérios internacionais estabelecidos, no Brasil a portaria referente às FL/P e implante dentário osseointegrado, define apenas os serviços que o Centro deve possuir. Esses serviços são: otorrinolaringologia, odontologia, fonoaudiologia, psicologia, clínica médica, fisioterapia, enfermagem, nutrição, cirurgia plástica, serviço social e anestesia, além do atendimento familiar⁹. O presente estudo foi executado em um serviço de referência²⁷ e possui os profissionais que caracterizam a equipe multiprofissional. Os pacientes são assistidos desde o diagnóstico até a completa reabilitação (que exige diversos procedimentos cirúrgicos e um período temporal extenso), assim como os familiares recebem assistência do serviço.

CONCLUSÃO

Os resultados aqui apresentados forneceram informações da assistência à pacientes em um serviço de alta complexidade e referência para o Ministério da Saúde. Estudos futuros poderão complementar análises e indicadores para se compreender melhor uma importante população no contexto do sistema público de saúde brasileiro.

ABSTRACT

The aim of this study was to assess the different dimensions related to the treatment of children (to 0-12 years) with cleft lip and palate (CL/P) in the “Centrinho”, a highly complex reference service for individuals with craniofacial deformities in Minas Gerais, Brazil. A cross-sectional study was performed using an individual instrument (questionnaire). The questionnaires were applied by the same examiners to the mothers or the responsible guardian, after the dentist’s appointment. The participant population of this study consisted of 60 CL/P children who, regardless of sex, skin color, origin, or nationality, were nonsyndromic, had been diagnosed, and were undergoing treatment at the reference service. The results showed that 63.3% of the patients were males, 36.7% were females, and 78.3% were white, with ages ranging from 1 month to 10 years. As regards the type of cleft, a predominance of cleft lip and palate (56.6%), followed by the isolated cleft lip (26.6%), could be observed. Concerning the identification and reference to the “Centrinho”, 56.7% of these references were made by physicians and 50% of the CL/P patients had been referred to this service in the first six months of life. The results provided information on the treatment of patients with clefts within this highly complex reference service for the Department of Health. Future studies will be able to further the present analyses to better understand an important population in the context of the Brazilian public health system.

Uniterms: Single health system. Cleft lip. Cleft palate.

AGRADECIMENTOS

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

REFERÊNCIAS

1. Kot M, Jeromini JK. Analysis of family incidence of cleft lip and/or palate. *Med Sci Monit.* 2007;13:231-4.
2. Slayton RL, Williams L, Murray JC, Wheeler JJ, Lidral AC, Nishimura CJ. Genetic association studies of cleft lip and/or palate with hypodontia outside the cleft region. *Cleft Palate Craniofacial J.* 2003;40:274-9.
3. Vieira AR. Unraveling human cleft lip and palate research. *J Dent Res.* 2008;87:119-25.
4. Martelli-Júnior H, Orsi-Júnior J, Chaves MR, Barros LM, Bonan PRF, Freitas JAS. Estudo epidemiológico das fissuras labiais e palatais em Alfenas, Minas Gerais, de 1986 a 1998. *Rev Fac Odontol Univ São Paulo.* 2006;13:31-5.
5. Fogh-Andersen P. Inheritance of harelip and cleft palate: contribution to the elucidation of the etiology of the congenital clefts of the face. [Dissertação]. Copenhagen: Busck; 1942.
6. Schliekelman P, Slatkin M. Multiplex relative risk and estimation of the number of loci underlying and inherited disease. *Am J Hum Genet.* 2002;71:1369-85.
7. Araújo MAL, Leitão GCM. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005;21:396-403.
8. Andrade LOM. SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec; 2001.
9. Monlleó IL, Gil-da-Silva-Lopes VL. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2006;22:913-22.
10. Spina V, Psillakis JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras lábio-palatinas. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo.* 1972;27:5-6.
11. Derijcke A, Eerens A, Carels C. The birth prevalence of oral clefts: a review. *Br J Oral Maxillofacial Surg.* 1996;34:488-94.
12. Vanderas AP. Birth prevalence of cleft lip, cleft palate and cleft lip and palate among races: a review. *Cleft Palate J.* 1987;24:147-53.
13. Wantia N, Rettinger G. The current understanding of cleft lip malformations. *Facial Plast Surg.* 2002;18:147-53.
14. Martelli-Junior H, Porto LCVP, Barbosa DR, Bonan PRF, Freitas AB, Coletta RD. Prevalence of nonsyndromic oral clefts in a reference hospital in Minas Gerais state, between 2000-2005. *Braz Oral Res.* 2007;21:314-7.
15. Cooper ME, Stone RA, Liu YE, Hu DN, Melnick M, Marazita ML. Descriptive epidemiology of nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate in Shanghai, China, from 1980 to 1989. *Cleft Palate Craniofacial J.* 2000;37:274-80.
16. Natsume N, Suzuki T, Kawai T. The prevalence of cleft lip and palate in the Japanese. *Br J Oral Maxillofacial Surg.* 1988;26:232-6.
17. Murray JC, Daack-Hirsch S, Buetow KH, Munger R, Espina L, Paglinawan N, Magee W. Clinical and epidemiologic studies of cleft lip and palate in the Philippines. *Cleft Palate Craniofacial J.* 1997;34:7-11.
18. World Health Organization. Services for the prevention and management of genetic disorders and birth defects in developing countries. Hague: World Health Organization; 1999.
19. World Health Organization. Global strategies to reduce the health-care burden of craniofacial anomalies. Geneva: World Health Organization; 2002.
20. Gallagher PD, Gealer M, Birnbaum W. Resource implications for oral care of patients with HIV. *Oral Dis.* 1998;4:22-5.
21. Shiboski CH, Palacio H, Neuhaus JM, Greenblatt RM. Dental care access and use among HIV-infected women. *Am J Public Health.* 1999;89:818-9.
22. Robinson P, Zakrzewska JM, Maini M, Williamson D, Croucher R. Dental visiting behaviour and experiences of men with HIV. *Br Dent J.* 1993;176:175-9.
23. Hastreiter RJ, Jiang P. Do regular dental visits affect the oral health care provided to people with HIV? *J Am Dent Assoc.* 2002;133:1343-50.
24. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2002;7:687-707.
25. Queiroz MAL, O'Reilly K, Gerbase A, Araújo MAL, Rondonelli I, Andrade FO. Intervenções prioritárias para o controle das infecções do trato reprodutivo (ITR) no Ceará. Fórum e Conferência de Cooperação técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids; 2000; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2000.
26. Parker KA, Koumans EH, Hawkins RV, Massanga M, Somse P, Barker K. Providing low-cost sexually transmitted disease services in two semi-urban health centers in central African Republic (CAR): characteristics of patients and patterns of health care-seeking behavior. *Sex Transm Dis.* 1999;26:508-16.
27. Paranaíba LMR, Almeida H, Barros LM, Martelli DRB, Orsi-Júnior JD, Martelli-Júnior H. Reabilitação cirúrgica de fissuras lábio-palatinas, no estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Otorrinol.* 2009;in press.