

Prevalência de fissuras labiopalatais no município de Campos dos Goytacazes-RJ, 1999 - 2004

Prevalence of oral cleft in Campos dos Goytacazes-RJ, 1999 - 2004

Luiz Maurício Nogueira Nunes¹

Dagmar de Paula Queluz¹

Antonio Carlos Pereira¹

¹Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP

Correspondência: Antonio Carlos Pereira. FOPUNICAMP - Departamento de Odontologia Social. Av. Limeira, 901 - Piracicaba, SP. CEP 14414-900. E-mail: apereira@fop.unicamp.br

Resumo

O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência de fissuras labiopalatais no município de Campos dos Goytacazes-RJ, Brasil, em crianças nascidas entre 01/01/1999 e 31/12/2004. Foram considerados a faixa etária, tipo de fissura, sexo e raça da criança, além do estado civil, grau de escolaridade e procedência da mãe do portador na época do parto. Deste modo, foram verificados os prontuários de pacientes inscritos em serviços de referência em tratamento de anomalias craniofaciais, com o objetivo de selecionar os nascidos e/ou domiciliados no município de Campos dos Goytacazes. Após seleção inicial, foi realizada busca no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), definindo o universo do estudo, a saber: nascidos vivos entre 1999 e 2004, cujas mães eram residentes em Campos dos Goytacazes. Neste período, o número de nascidos no município, por residência da mãe, foi de 46.707, dos quais 63 possuíam algum tipo de fissura labiopalatal, representando uma prevalência de 1,35 casos por 1000 nascidos vivos. A análise dos dados revelou que 55,6% dos pacientes eram do sexo masculino. Os tipos de fissuras mais encontrados foram o de lábio e palato e o de palato isolado (34,9% cada). Embora a raça branca tenha representado 61,3% dos indivíduos estudados, o percentual de casos por raça não diferiu estatisticamente em relação à distribuição de nascidos na população. Com relação à mãe do portador, a maior parte das mães era solteira ou casada, possuindo como característica o baixo grau de escolaridade.

Palavras-chave: Fissuras orais. Prevalência. Epidemiologia oral.

Abstract

The purpose of the present study was to determine the prevalence of oral clefts in the city of Campos dos Goytacazes-RJ/Brazil, in children born from January 01, 1999 to December 31, 2004. Age group, cleft type, sex and race of the child were considered, as well as the marital status, education and origin of the child's mother at the time of birth. In this manner, the records of patients enrolled in reference services for treatment of craniofacial anomalies in the cities of Campos dos Goytacazes (RJ), Rio de Janeiro (RJ) and in Bauru (SP) were reviewed with the purpose of selecting those whose birth and/or residence was in the city of Campos dos Goytacazes, within the target period. After the initial selection, a search in the ISLB was conducted to define the universe of the study, which was: finding the children who were born alive between 1999 and 2004 whose mothers were living in Campos dos Goytacazes. In this period, using as a reference the mother's residence, the number of children born in the city was of 46,707, of which 63 had cleft lip with or without cleft palate, representing a prevalence of 1.35 cases in every 1,000 live births. The analysis of the data revealed that 55.6% of the patients were male; the most common type of cleft was isolated cleft palate and cleft lip and palate (34.9%); 61.3% of the cases were white children but the percentage of cases within each race did not differ statistically in relation to the distribution of births in the population; most of the mothers were single or married with little education.

Keywords: Oral cleft. Prevalence. Oral epidemiology

Introdução

As fissuras de lábio e palato [FL (P)] ou de palato isolada [FP] são malformações congênicas que, como conseqüência, trazem uma série de alterações, ou seja, comprometimento da estética, da fala e da posição dos dentes¹. A formação da face é um processo de grande complexidade, tornando essa região muito susceptível a erros de morfogênese².

As fissuras se estabelecem precocemente, nas primeiras semanas de vida intra-uterina, fase em que ocorre a fusão dos diversos processos embrionários, responsáveis pela formação da face. Sempre que o fator etiológico intervir nesta fase da vida intra-uterina, poderá ocorrer uma má formação do lábio e/ou palato³.

O nascimento de uma criança portadora de fissura labiopalatal representa um grande impacto para os pais⁴. Além disso, essas crianças têm muitos problemas que precisam ser resolvidos, sendo necessária a ação integrada de profissionais de diferentes áreas da saúde para se alcançar o sucesso da reabilitação⁵.

No Brasil, um estudo pioneiro realizado em escolares na cidade de Bauru-SP encontrou uma prevalência de 1,54 casos em cada 1.000 pesquisados⁶. Há mais de 10 anos, o município de Campos dos Goytacazes-RJ conta com o Centro de Reabilitação de Anomalias Congênicas da Face do Norte Fluminense (CRACF), centro este que presta atendimento a crianças de mais de 25 municípios do Estado do Rio de Janeiro, além de outros Estados do país. No entanto, não existe qualquer estudo que possibilite mensurar qual o percentual da população da cidade é acometido pelas fissuras labiopalatais, além das características sociais das mães das crianças com o problema, motivo pelo qual foi proposto este estudo.

Material e Método

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOP/UNICAMP conforme

resolução 196/96, de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, pelo processo nº 75/2004, foram encaminhadas aos órgãos e pessoas competentes solicitações de autorização para a realização da pesquisa. O estudo se caracteriza por coletar dados de toda a população de nascidos vivos entre 1999/2004 na cidade de Campos dos Goytacazes, e portanto se caracteriza por ser um estudo transversal ponto a ponto.

O presente estudo teve como base o Centro de Reabilitação de Anomalias Congênitas da Face do Norte Fluminense (CRACF), entidade fundada em maio de 1994 na cidade de Campos dos Goytacazes, e que presta atendimento multidisciplinar a pacientes procedentes de várias localidades e Estados, tornando-se referência no Norte e Noroeste do Estado do Rio de Janeiro.

Além do serviço existente no município, foram incluídos outros centros de referências, sendo 3 no Estado do Rio de Janeiro (RJ) e outro no Estado de São Paulo: Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto (RJ); Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (RJ); Centro de Tratamento de Anomalias Craniofaciais do Estado do Rio de Janeiro - Reviva (RJ); Centro de Ortopedia Dento-Facial (RJ); e Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (Bauru-SP).

Após a autorização dos representantes legais dos centros de referência, os prontuários de pacientes inscritos nos serviços descritos foram analisados, utilizando-se como critérios de inclusão, crianças com fissuras orais nascidas entre 1999 e 2004, cujas mães estavam domiciliadas no município de Campos dos Goytacazes-RJ quando da ocorrência do parto. Esses dados foram obtidos, adicionalmente, a partir da certidão de nascimento, uma vez que esta se encontrava disponível, como parte da documentação, no prontuário da maioria dos pacientes. Na falta deste documento foram observadas as informações contidas nos prontuários.

Todas as crianças selecionadas inicialmente nos serviços de tratamentos foram

reavaliadas, segundo pesquisa na Secretaria Municipal de Saúde (Setor de Dados Vitais), através de busca no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), garantindo assim a confiabilidade dos dados com relação à inserção nas estatísticas vitais do município. Para esta busca foram utilizadas palavras-chave, tais como número da Declaração de Nascidos Vivos (contido no Registro de Nascimento), nome da mãe, unidade de saúde onde foi realizado o parto e data de nascimento.

Após a definição do universo do estudo, todos os sujeitos selecionados foram separados por ano de nascimento e agrupados pelo tipo de fissura (de acordo com a especificação do seu prontuário). A prevalência foi obtida através da divisão do número de crianças nascidas com fissuras labiopalatais pelo total de nascidos vivos registrado no município no período (por residência da mãe), multiplicado por 1.000. As características quanto ao sexo, raça/cor foram avaliados pelo SINASC, sendo o mesmo procedimento adotado para análise das mães (quanto ao estado civil, grau de escolaridade e procedência).

Resultados

No período de 1999 a 2004 foram identificadas 63 crianças com algum tipo de fissura, procedentes dos serviços pesquisados. A distribuição da ocorrência de nascimento de crianças com fissuras labiopalatais variou entre os anos. O ano de 2000, com 15 casos, foi o de maior ocorrência, sendo que o ano seguinte (2001) apresentou a menor, com apenas 7 casos.

No período entre 1999 e 2004, o município de Campos dos Goytacazes registrou 46.707 nascimentos, tendo por base o local de residência da mãe. Deste modo, levando em consideração o total de nascimentos exibidos no município neste período e o número de ocorrência de crianças portadoras de fissuras labiopalatais (63 crianças), define-se uma incidência de 1,35 casos por 1.000 nascimentos (Tabela 1).

Tabela 1 – Prevalência de nascimento de portadores de fissuras labiopalatais por ano
Table 1 – Prevalence of individuals born with oral cleft per year

ANO	Nº de Nasc. Vivos (NV)*	Nº de Ocorrências	Incidência por 1000 NV
1999	7785	8	1,03
2000	8075	15	1,86
2001	7801	7	0,90
2002	7738	11	1,42
2003	7649	8	1,05
2004	7659	14	1,83
Total	46707	63	1,35

*Fonte: Departamento de Dados Vitais - CISA/SES-RJ, 2005.

*Source: Department of Vital Data – CISA/SES-RJ, 2005.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes portadores de fissuras labiopalatais, segundo o tipo e gênero

Table 2 – Distribution of oral cleft cases by type and gender

Tipo de Fissura	Total		Total		Total	
	Masc	%	Fem	%	N	%
Lábio (palato)	24	58,5	17	41,5	41	65,1
Palato	11	50	11	50	22	34,9
Total	35	55,6	28	44,4	63	100

Tabela 3 – Distribuição do número de casos de fissuras labiopalatais e total de nascimentos, por tipo de raça/cor

Table 3 – Distribution of oral cleft cases and births by race/ skin color

Raça/Cor	casos	% casos	nascidos	% nascidos
Branca	39	61,9	24835	53,2
Preta	3	4,8	3339	7,1
Amarela	0	0,0	51	0,1
Parda	19	30,2	16236	34,8
Indígena	0	0,0	50	0,1
Não informado	2	3,2	2196	4,7
Total	63	100	46707	100

Geral $p = 0,7856$ teste de χ^2 .

General $p = 0.7856 \chi^2$ test.

Quanto ao tipo de fissura existente, a fissura de Lábio (Palato) foi a mais prevalente com 41 casos (65,1%) e sexo masculino representou 24 casos (58,5%). A fissura de palato isolada representou 22 casos (34,9%) e foi composta por números iguais entre os sexos, ou seja, 11 crianças (50%) em cada. Não foram encontradas fissuras raras (Tabela 2).

Independente do tipo de fissura dos pacientes que compuseram o estudo, foram

considerados as seguintes variáveis com relação a raça/cor, conforme especificadas no SINASC: branca, preta, amarela, parda e indígena. A raça/cor branca representou o maior número de casos, ou seja, 39 (61,9%) (Figura 1). Todavia, o percentual de casos por raça não diferiu estatisticamente em relação à distribuição de nascidos na população (Tabela 3).

Dos 63 pacientes com fissuras labiopalatais, 7 (11,1%) possuíam a presença

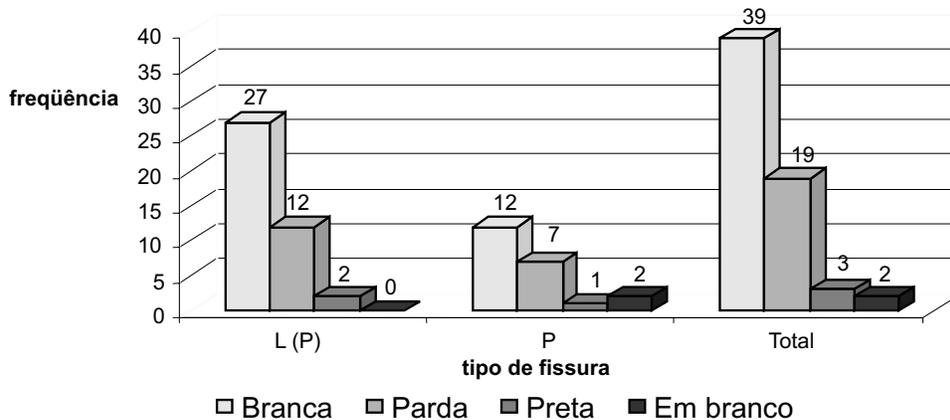


Figura 1 – Distribuição entre raça/cor e tipo de fissura
Figure 1 – Distribution by race/skin color and type of oral cleft

de síndromes. Essa associação ocorreu apenas na fissura de palato isolado. Dos pacientes portadores de síndromes, 6 (85,7%) apresentavam a seqüência de Pierre Robin e apenas 1 (14,3%) possuía síndrome não identificada.

Com relação ao perfil das mães dos pacientes, a maioria (46%) tinha, na época do parto, de 4 a 7 anos de estudos concluídos (Figura 2). Em seguida, aparecem empatadas (com 22,2% cada) mães que estudaram de 8 a 11 anos e outras que concluíram 12 anos ou mais de estudos. Ainda foi possível identificar 6,3% das mães com 1 a 3 anos de estudos. Em 3,2% dos casos não foi possível a identificação da escolaridade.

Quanto ao estado civil das mães na época do parto, pode-se comprovar que

39,7% das mães de crianças fissuradas eram solteiras na época do parto. As mães casadas corresponderam a 30,2% e as separadas 19%. Ainda foi identificada como viúva 1,6% e 9,5% dos casos não tiveram o estado civil identificados.

Discussão

Muitas pesquisas foram realizadas sobre a prevalência/incidência das anomalias labiais e/ou palatais no Brasil⁶⁻¹⁷. De um modo geral, as pesquisas consultadas têm como base a população inscrita em um hospital ou serviço de referência. Todavia são raros estudos longitudinais de largo porte, incluindo o estudo das características sociais das pessoas envolvidas no problema.

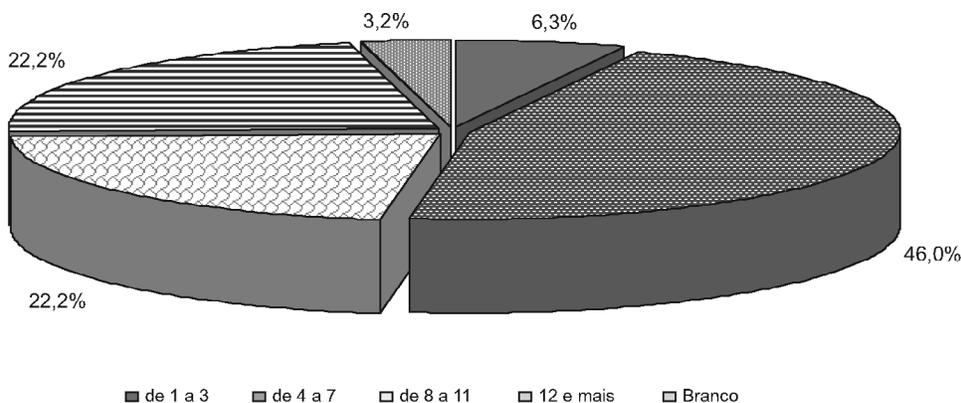


Figura 2 – Escolaridade das mães (em anos de estudos concluídos)
Figure 2 – Schooling of mothers (in years completed)

Em relação à prevalência, a média encontrada no período da pesquisa (1999 a 2004) foi de 1,35 por 1.000 nascidos vivos. Contudo, os resultados variaram em função do ano, variando de 0,9 a 1,86. Variação parecida foi descrita por França & Locks¹⁵, em 2003, que observaram os nascidos vivos de Joinville-SC por 7 anos (1994 a 2000), encontrando maior incidência no ano de 1994 (1,94/1.000) e a menor em 1998 (0,85/1.000).

Os achados descritos quanto à prevalência na população do município de Campos dos Goytacazes estão próximos aos estudos de Nagem Filho et al.⁶ (1,54/1000); Fonseca & Resende⁸ (1,48/1.000); Pinto et al.¹⁰ (1,23/1.000); Collares et al.¹¹ (1,32/1.000); França & Locks¹⁵ (1,24/1.000); McLeod et al.¹⁷ (1,23/1.000). Porém, os resultados diferem das pesquisas realizadas por Arce et al.⁷ (média de 0,81/1.000); Cândido⁹ (0,88/1.000); Hagberg et al.¹² (2/1.000); Antoszewski & Kruk-Jeromin¹³ (2/1.000) e Loffredo et al.¹⁴ (0,47/1.000).

Praticamente não houve diferença quanto ao tipo de fissura nos componentes da pesquisa, sendo que os tipos mais encontrados foram, respectivamente, o pós-forame incisivo, o transforame incisivo e o pré-forame incisivo. Apesar dos resultados acima se assemelharem aos publicados por França & Locks¹⁵, que também encontraram como tipo mais prevalente a fissura pós-forame incisivo (40,3%), seguida pela transforame incisivo (30,6%) e fissura pré-forame incisivo (22,2%), a maioria dos trabalhos descrevem como fissura mais prevalente a transforame incisivo^{14,16,18,19}.

Quanto ao lado afetado, referências na literatura apontam ser o lado esquerdo o mais freqüentemente acometido^{18,20}. O mesmo foi encontrado neste trabalho, uma vez que dos 27 casos de fissuras unilaterais (independente de serem completas ou incompletas, pré ou transforame incisivo), 14 (51,9%) eram do lado esquerdo e 13 (48,1%) do lado direito.

Com relação ao sexo dos componentes da pesquisa, 35 crianças eram do sexo masculino (55,6%) e 28 do sexo feminino (44,4%). Essa mesma proporção entre os

sexos foi encontrada por França & Locks¹⁵, uma vez que dos 72 pacientes nascidos com fissura em Joinville (SC), no período de 1994 a 2000, 40 (55,6%) eram do sexo masculino e 32 (44,4%) do sexo feminino.

Na pesquisa publicada por Furlaneto & Pretto²¹, 54,6% eram do gênero masculino e 45,4% eram do gênero feminino. Ademais, todos os autores consultados chamam atenção para um maior número de portadores serem do sexo masculino.

A distribuição entre o tipo de fissura e sexo evidenciou que na fissura palatina não houve diferença entre os sexos. Esse resultado difere da literatura, que descreve o sexo feminino como o mais prevalente na fissura pós-forame, enquanto os outros tipos de fissuras predominam em indivíduos do sexo masculino^{15,16,19,22}. Na fissura de L(P) os achados estão de acordo com os autores consultados, uma vez que 58,5% dos casos foram compostos pelo sexo masculino e 41,5% pelo sexo feminino.

Embora a raça branca tenha representado 61,3% do total dos indivíduos estudados, independente do tipo de fissura, o percentual de casos por raça não diferiu estatisticamente em relação à distribuição de nascidos na população. Deste modo, esses resultados não estão de acordo com a literatura, que cita a raça amarela e a indígena como as que apresentam maior prevalência de fissuras labiopalatais^{5,22}, enquanto a raça negra apresenta o menor número de casos^{22,24}. Entretanto, Tolarova²⁵ também relata a falta de variação notável entre raças na fissura de palato isolada, já que sua prevalência não variou significativamente entre crianças negras e brancas ou entre crianças de origem japonesa e européia no Havaí.

A associação entre fissuras e síndrome ocorreu em 11,1% dos casos e se fez presente apenas na fissura de palato isolada, sendo que a seqüência de Pierre Robin representou 85,7% dos casos. A literatura consultada faz referência à existência de associação de fissuras com síndromes na proporção de 8 a 18% do total de casos, sendo que Souza²⁶ verificou em 12%,

Larson et al.²⁷ em 13%, Furlaneto et al.²⁸ em 8%, Al Omari & Al-Omari¹⁶ em 18% .

A pesquisa do perfil da mãe do portador buscou analisar o grau de escolaridade (por anos concluídos) e o estado civil (solteira, casada, separada, viúva). Em relação ao estado civil das mães, constatou-se que, na época do parto, apenas 30,2% estavam casadas. Esse número é importante uma vez que identifica uma possível dificuldade enfrentada pelas mães solteiras (ou separadas) para levar adiante a gravidez como a falta de estrutura financeira e/ou psicológica, o preconceito da sociedade e a falta de apoio durante esse período delicado.

Segundo Leite et al.²⁹, o relato de um início de gravidez conturbado com um freqüente estado de tensão/nervosismo gera um risco maior para o nascimento de um bebê com fendas orofaciais. Para Catanzaro Guimarães³⁰, a presença de algum episódio capaz de desencadear um fator de estresse durante o período inicial de gravidez pode contribuir para o aparecimento de malformações, uma vez que o mecanismo de estresse resulta numa maior liberação de cortisona, sendo esta hipótese comprovada através de estudos realizados em animais.

O mesmo pode-se supor em relação à baixa escolaridade constatada no grupo estudado, o que se traduz em maior dificuldade para o ingresso no mercado de trabalho. Isto se torna particularmente oportuno, uma vez que as pesquisas sobre o efeito de exposições ambientais e ocupacionais e a ocorrência de malformações congênitas se destacam na medida em que se torna crescente a proporção de mulheres em idade fértil ocupando a força de trabalho.

Deste modo, a pesquisa revelou que, quanto ao grau de escolaridade das mães na época do parto, mais da metade (52,3%) só tinha completado de 1 a 7 anos de estu-

do, o que demonstra o baixo nível de escolaridade. Ainda foi possível identificar que 22% das mães estudaram de 8 a 11 anos, enquanto outras 22% tinham concluído 12 ou mais anos de estudo. Cunha et al.³¹ também citaram correlação importante entre o grau de instrução materna e a ocorrência de fendas faciais e entre a presença de malformados na família e a ocorrência de fissuras labiopalatais.

Essa preocupação foi descrita por Schuler-Faccini et al.³², definindo que as populações de países em desenvolvimento, como o Brasil, apresentam características sociais, políticas e econômicas muito particulares para a compreensão de potenciais riscos teratogênicos, às quais uma mulher grávida pode estar exposta. Essas características incluem baixos níveis educacionais e econômicos da população, alta incidência de doenças infecciosas e carenciais, além da prática freqüente da automedicação (pela facilidade de obtenção de medicações que deveriam estar submetidas à prescrição médica). Pode somar-se, ainda, uma qualidade ambiental precária ou mesmo condições de trabalho insalubres durante a gravidez.

Conclusão

Mediante os dados obtidos, foi possível concluir que o tipo de fissura mais prevalente foi a de lábio com ou sem fissura de palato, e o sexo masculino foi o mais atingido. Apesar de a raça branca ter sido a mais acometida pela malformação, a distribuição das fissuras labiopalatais por raça não diferiu estatisticamente em relação à distribuição de nascidos na população. A maior parte das mães era solteira ou separada, possuindo como característica o baixo grau de escolaridade.

Referências

1. Oliveira DFB, Capelozza ALA, Carvalho IMM. Alterações de desenvolvimento dentário em fissurados. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1996; 50(1): 83-6.
2. Bastos JRM, Peres SHCS, Ramires I. Educação para a saúde. In: Pereira AC. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 117-39.

3. Dalben GS, Costa B, Gomide MR. Características básicas do bebê portador de fissura lábio palatal – aspectos de interesse para o CD. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2002; 56(3): 223-6.
4. Silva Filho OG, Ferrari Junior FM, Rocha DL, Freitas JAS. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. *Rev Bras Cir* 1992; 82(2): 59-62.
5. Jones JE, Nelson CL, Sadove AM, Dean JA. Equipe multidisciplinar para o tratamento da fissura de lábio e palato. In: Mc Donald RE, Avery DR. *Odontopediatria*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 540-62.
6. Nagem Filho H, Moraes N, Rocha RGF. Contribuição para o estudo da prevalência das más formações congênicas lábio-palatais na população escolar de Bauru. *Rev Fac Odontol São Paulo* 1968; 6(2): 111-28.
7. Arce B, Azevedo JB, Freire-Maia N, Chautard EA. Frequência e riscos da recorrência de fissuras lábio-palatinas. *Rev Paul Med* 1968; 72(5): 239-46.
8. Fonseca EP, Resende JRV. Incidência das malformações do lábio e do palato. *Rev Fac Odontol São Paulo*. 1971; 9: 45-58.
9. Candido IT. *Epidemiologia das fendas de lábio e/ou palato: estudo de recém-nascidos em dois hospitais de Porto Alegre, no período de 1950 a 1974* [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1978.
10. Pinto RA, Collares MV, Silva JVB, Polvora VP. Considerações sobre fissuras lábio palatinas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA Fac Med Univ Fed Rio Grande Do Sul* 1990; 10(2): 78-82.
11. Collares MVM, Westphalen ACA, Costa TCD, Goldin JR. Fissuras lábio-palatinas: incidência e prevalência da patologia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev AMRIGS*. 1995; 39(3): 183-8.
12. Hagberg C, Larson O, Milerad J. Incidence of cleft lip and palate and risks of additional malformations. *Cleft Palate J* 1997; 35(1): 40-5.
13. Antoszewski B, Kruk-Jeromin J. Analysis of the prevalence of cleft lip and palate in Aódz during the period between 1981-1995 with the form of the cleft and sex of the newborns. *Med Sci Monit* 1998; 4(3): 513-7.
14. Loffredo LCM, Freitas JAS, Grigolli AAG. Prevalências de fissuras orais de 1975 a 1994. *Rev Saude Publica* 2001; 35(6): 371-5.
15. França CMC, Locks A. Incidência das fissuras lábio-palatinas de crianças nascidas na cidade de Joinville (SC) no período de 1994 a 2000. *J Bras Ortodont Ortoped Fac* 2003; 8(47): 429-36.
16. Al Omari F, Al-Omari IK. Cleft lip and palate in Jordan: birth prevalence rate. *Cleft Palate Craniofac J* 2004; 41(6): 609-12.
17. McLeod NMH, Urioste MLA, Saeed NR. Cleft lip and palate in sucre. *Cleft Palate Craniofac J* 2004; 41(2): 196-8.
18. Bunduki V, Ruano R, Sapienza AD, Hanaoka BY, Zugaib M. Diagnóstico pré-natal de fenda labial e palatina: experiência de 40 casos. *Rev Bras de Ginecol Obstet* 2001; 23(9): 561-6.
19. Freitas JAS, Dalben GS, Santamaria Júnior M, Freitas PZ. Current data on the characterization of oral clefts in Brazil. *Braz Oral Res* 2004; 18(2): 128-33.
20. Rezende JRV, Maringoni Filho N. Relacionamento entre os fatores presentes no nascimento de malformados do lábio e do palato: raça com tipo e lado da lesão. *Rev Paul Odontol* 1981; 3(2): 20-30.
21. Furlaneto EC, Pretto SM. Estudo epidemiológico dos pacientes atendidos no serviço de defeitos de face da PUCRS. *Rev Odonto Cienc* 2000; 15(29): 39-56.
22. Abdo RCC, Machado MAAM. *Odontopediatria nas fissuras labiopalatais*. São Paulo: Ed. Santos; 2005.
23. Barbosa Neto JG. Genética das fissuras labiopalatinas. In: Carreirão S, Lessa S, Zanini SA. *Tratamento das fissuras labiopalatinas*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.
24. Andre M. *Prevalência dos tipos de fendas de lábio e palato em relação ao sexo, ao mês de nascimento e à idade dos pais* [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1982.
25. Tolarova MM. *Cleft lip and palate*. 2005. e-medicine World Medical Library. Disponível em URL: <http://www.emedicine.com/ped/topic2679.htm> [acessado em 12 de agosto de 2005]
26. Souza LCM. Fissura lábio-palatina: abordagem multidisciplinar. *Rev Paul Odontol* 1985; 7(3): 54-60.
27. Larson M, Hellquist R, Jakobsson OP. Morphology of isolated cleft palate in children, including Robin sequence, treated with one or two-stage operations. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 1998; 32(2): 193-202.
28. Furlaneto EC, Robinson WM, Borges-Osório MR. Anomalias associadas às fissuras labiopalatais em uma amostra de pacientes em tratamento no serviço de defeitos de face da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do sul. *Rev Odonto Cienc* 2003; 18(39): 39-50.
29. Leite ICG, Paumgarten FJR, Koifman S. Fendas orofaciais no recém-nascido e o uso de medicamentos e condições de saúde materna: estudo caso-controle na cidade do Rio de Janeiro. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2005; 5(1): 35-43.
30. Catanzaro Guimarães S.A. *A patologia básica da cavidade oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982.
31. Cunha EMC, Fontana R, Fontana T, Silva WR, Moreira QVP, Garcia GL et al. Antropometria e fatores de riscos em recém nascidos com fendas faciais. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7(4): 417-22.
32. Schuler-Faccini L, Leite JCL, Sanseverino MTV, Peres RM. Evaluation of potential teratogens in Brazilian population. *Cienc Saude Coletiva* 2002; 7(1): 65-71.

Recebido em: 14/08/06

Versão final reapresentada em: 14/12/06

aprovado em: 22/12/06