

Anomalias craniofaciais em pacientes atendidos no centro de atenção aos defeitos da face do IMIP – CADEFI

Craniofacial anomalies in patients cared at the centro de atenção aos defeitos da face do IMIP – CADEFI

Joney Tsuyoshi Takano¹
Milton Teles de Mendonça Júnior¹
Niedje Siqueira de Lima²

RESUMO

Para determinar a prevalência das fissuras orofaciais (FOF), síndromes e outras anomalias craniofaciais (ACF) em pacientes atendidos no Centro de Atenção aos Defeitos da Face (CADEFI) do Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira (IMIP). Analisou-se os prontuários de todos os pacientes atendidos no CADEFI no período de 2002 a 2006, perfazendo um total de 2511. Os prontuários foram analisados por dois pesquisadores devidamente qualificados. Os dados obtidos foram digitados no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) duas vezes para eliminar possíveis erros. Com base nos resultados obtidos é possível concluir que a FOF (91,24%) é o tipo mais prevalente de ACF, afetando significativamente mais o sexo masculino (53,2%). Dentre as FOF, a mais prevalente é a fissura trans-forame incisivo (48,67%), seguida da fissura pós-forame incisivo (24,62%). A prevalência da fissura trans-forame incisivo é quase duas vezes maior que a da fissura pós-forame. O tipo de FOF menos prevalente é a fissura submucosa (2,09%). A prevalência de síndromes, associadas ou não a uma FOF (176), é aproximadamente doze vezes menor que a prevalência de FOF isoladas (2113).

Palavras-chave: Anomalias Craniofaciais; Prevalência; Fissura orofacial.

ABSTRACT

To determinate the prevalence of orofacial clefts (OFC), syndromes and other craniofacial anomalies (CFA) in patients cared by the Centro de Atenção aos Defeitos da Face (CADEFI) of the Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira (IMIP). Examine all records of patients cared in CADEFI during 2002 to 2006, reaching a total of 2511. The records were analyzed by two researchers duly qualified. The data were entered in SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) twice to eliminate possible errors. Based on the results obtained is possible to conclude that the OFC (91.24%) is the most prevalent type of CFA, affecting significantly more masculine gender (53.2%). Among the OFC, the most prevalent is the cross-forame incisor cleft (48.67%), followed by post-forame incisor cleft (24.62%). The prevalence of trans-foramen incisor cleft is almost two times higher than the post-foramen incisor cleft. The OFC type less prevalent is the submucosa cleft (2.09%). The syndrome's prevalence, associated or not a OFC (176), is about twelve times less than the prevalence of isolated OFC (2113).

Key words: Craniofacial Anomalies; Prevalence; Orofacial clefts.

1 – Cirurgião-dentista
2- Profa. Adjunto Depto. Clínica e Odontologia Preventiva UFPE

Correspondência:
Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva.
Av. Prof. Moraes Rego 1235
Cidade Universitária, Recife-PE
e-mail: niedjesiqueira@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Segundo Ortiz *et al.*¹, as malformações congênitas desde épocas remotas tem atraído a atenção do homem, que deixou nas paredes das cavernas suas representações em forma de pintura. Esse interesse mantém-se até hoje, sobretudo no que diz respeito aqueles defeitos que incluem a face, pela função que esta desempenha e por ser a parte mais visível do corpo.

As anomalias congênitas afetam cerca de 5% dos nascidos vivos em todo o 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 nos países em desenvolvimento. Na América Latina, essas anomalias já respondem por 10-25% das admissões hospitalares pediátricas, ocupando entre o 3º e o 4º lugares dentre as causas de morte no primeiro ano de vida. No Brasil, os defeitos congênitos vêm se mantendo consistentemente como segunda causa de mortes perinatais, contribuindo com 13% destas no ano 2000². As anomalias de etiologia genética são as mais conhecidas e abrangem as cromossômicas (6%) e as malformações com herança mendeliana

(20%). As de etiologia dependentes de fatores ambientais são mais numerosas e mais difíceis de serem estudadas (variam de <1% a 5%)³.

Monlleó, Gil-da-Silva-Lopes² afirmaram que dados sobre as anomalias craniofaciais na população brasileira são escassos e dispersos. A principal e mais abrangente fonte provém do Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas (ECLAMC), que realiza vigilância epidemiológica dessas condições em maternidades voluntárias. Segundo Leite, Schüller-Faccini³ a abordagem epidemiológica dos defeitos congênitos é a coluna dorsal na pesquisa de sua etiologia.

A denominação genérica de anomalias craniofaciais inclui anomalias isoladas e múltiplas de etiologia genética ou não. Via de regra, refere-se à situação em que os arcabouços craniano e/ou facial apresentam alterações de contorno. Entre elas destacam-se fissuras labiopalatais, fissuras palatais, craniossinostoses, holoprosencefalia, defeitos otomandibulares e de fechamento do tubo neural que afetam o pólo cefálico².

A deformidade craniofacial muitas vezes aparece também como um dos sinais e sintomas de alguma síndrome, que é definida pelo Dicionário Escolar da Língua Portuguesa (1965) como uma "reunião de sinais e sintomas provocados por um mesmo mecanismo e dependentes de causas diversas", podendo uma síndrome ser provocada por uma causa conhecida ou não. Perante a sociedade, a palavra síndrome ainda possui um conotativo de "maldição", acarretando a seus portadores e familiares, um pesado estigma. Na área da saúde, desperta a curiosidade de alguns e a exaustiva pesquisa de outros⁴.

A prevalência das anomalias craniofaciais varia de acordo com a região geográfica e grupo étnico considerado⁵. Indubitavelmente, as fissuras labiopalatais constituem os exemplos mais freqüentes, podendo ocorrer em até um em cada 600 recém-nascidos, o que significa o nascimento de um portador a cada 2,5 minutos no mundo⁶. De acordo com o ECLAMC, a prevalência de fissuras labiopalatais no Nordeste e Sul do Brasil varia entre 9,72 e 11,89/10 mil, enquanto no Sudeste, entre 5,39 e 9,71/10 mil. As fissuras palatais variam de 2,41 a 3,08/10 mil no Nordeste e Sul, e de 3,09 a 5,01/10 mil no Sudeste. Essas prevalências são concordantes com outras populações².

Diversos estudos nacionais e internacionais têm observado, em relação às prevalências das fissuras lábio-palatais, que, quanto à lateralidade, há maior incidência das fissuras unilaterais e para o lado esquerdo; quanto ao gênero encontrou-se maior quantidade de fissurados entre os indivíduos do sexo masculino; quanto ao tipo tem se confirmado maior número de fissuras lábio-palatais sobre as labiais somente ou palatais somente⁷⁻¹⁰. Freitas *et al.*⁷ enfatizou que tem sido observado um número maior de fendas palatinas isoladas entre as mulheres e maior freqüência de fenda labial com ou sem fenda palatina em homens, isso como sendo uma tendência mundial.

Croen *et al.*¹⁰ após analisar, de acordo com a etnia, no programa de monitoramento de defeitos de nascimento da Califórnia, encontrou os seguintes dados: A maior prevalência de fissura labial com ou sem fissura palatina foi em índios norte-americanos, brancos e japoneses apresentaram a mesma prevalência e afro-americanos foram os menos afetados. Para as fissuras palatinas, a prevalência continuou mais alta nos índios norte-americanos; a prevalência dos brancos e japoneses foi bem próxima. Os menos afetados nesse grupo foram os coreanos.

Charrow¹¹ diz que o exame de um portador de fissura labiopalatina deve ser realizado com especial atenção na detecção de anomalias associadas, incluindo-se as menores. A presença de anomalias adicionais poderia ser um indício da presença de uma síndrome da qual a fissura é, apenas, uma das manifestações clínicas. Shprintzen *et al.*¹² afirmam que, até 1970, eram conhecidas em torno de 50 tipos de síndromes associados às fissuras labiopalatinas e que, em 1985, este número era da ordem de 250. Dados atuais da Associação das Fissuras Labial e Palatina da Irlanda¹³ mostram que, atualmente, quase 400 tipos de síndromes e malformações maiores podem estar relacionadas às fissuras labiopalatinas.

Milerad *et al.*¹⁴ estudaram, na Suécia, 616 crianças com fissuras labiopalatinas. Cento e vinte e sete (21%) dessas crianças tinham malformações associadas que necessitavam acompanhamento e/ou tratamento médico. Furlaneto¹⁵ investigou a prevalência de anomalias associadas às fissuras labial, palatina e labiopalatina em uma amostra de 100 pacientes. Vinte deles apresentavam anomalias associadas, oito

com anomalias maiores (síndromes, seqüências ou cromossomopatias), seis com anomalias menores (outras anomalias que não as maiores) e seis com diagnóstico indefinido, mas que não podiam ser classificados como portadores de fissura isolada.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi realizado no Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira (IMIP), localizado na cidade do Recife, Capital do Estado de Pernambuco. O Recife é a área demograficamente mais importante do estado, concentrando mais de 40% da população⁸.

O Centro de Atenção aos Defeitos da Face do IMIP (CADEFI) foi criado em 1996, cadastrado pelo Ministério da Saúde em 2002 e presta atendimento multidisciplinar a pacientes procedentes de várias cidades e estados, tornando-se um centro de referência no Nordeste do Brasil.

A população do estudo foi composta por todos os pacientes portadores de anomalias craniofaciais (ACF) atendidos no CADEFI, no período compreendido entre fevereiro de 2002 e dezembro de 2006, perfazendo um total de 2511.

Esse estudo foi conduzido de acordo com os preceitos determinados pela resolução 196/88, do Conselho Nacional de Saúde e pela resolução CFO 179/93, do Comitê de Ética em pesquisa em seres humanos do IMIP-CEP, sendo aprovado pelo mesmo (protocolo 658/2007).

Trata-se de um estudo do tipo transversal, de natureza descritiva.

As informações relacionadas ao estudo foram coletadas dos prontuários dos pacientes, por dois pesquisadores devidamente calibrados. Essas informações referem-se à identificação geral dos pacientes, ao sexo, ao tipo de anomalia craniofacial, ao tipo de fissura orofacial.

Todos os dados obtidos foram registrados numa ficha clínica individual, especialmente elaborada para tal finalidade.

As fissuras labiopalatais foram classificadas de acordo com a classificação proposta por Spina *et al.*²² a qual toma como ponto de referência o forame incisivo, limite entre o palato primário e o secundário. A esta classificação foram adicionadas dois subtipos, as fissuras raras da face e as fissuras submucosas segundo Modolin, Kamakura e Cerqueira¹³ e Silva, Fúria e Di Nino²¹:

Grupo 1: Fissuras pré-forame incisivo (fissuras de lábio com ou sem envolvimento alveolar), podendo ser unilateral, direita ou esquerda, completa ou incompleta, ou bilateral, completa ou incompleta;

Grupo 2: Fissuras trans-forame incisivo (fissuras de lábio, alvéolo e palato primário), podendo ser unilateral, direita ou esquerda, ou bilateral;

Grupo 3: Fissuras pós-forame incisivo (fissuras de palato secundário), podendo ser completa ou incompleta;

Grupo 4: Fissuras raras da face;

Grupo 5: Fissuras submucosa.

Após análise dos prontuários e preenchimento das fichas clínicas individuais, os dados obtidos foram digitados por um único digitador, em duas ocasiões distintas, para que os erros fossem identificados e eliminados, garantindo assim, a confiabilidade na digitação.

Foram excluídos do estudo aqueles pacientes cujos prontuários apresentaram fichas clínicas rasuradas, com dados ilegíveis e/ou incompletos.

A digitação e o processamento dos dados foram realizados através da utilização do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 16.0.

Para a análise dos resultados foram empregadas técnicas de estatística descritiva e inferencial. As técnicas de estatística descritiva envolveram a obtenção das distribuições absolutas e percentuais de cada variável estudada. As técnicas de estatística inferencial consistiram na aplicação do teste Qui-quadrado (χ^2).

RESULTADOS

A partir da avaliação das 2511 fichas clínicas de pacientes portadores de anomalia craniofacial (ACF) atendidos no CADEFI, Recife-PE, foi possível observar que 53,4% (1341 casos) eram do sexo masculino e 46,6% (1170 casos) do sexo feminino (Gráfico 1).

Em relação à procedência dos pacientes, verificou-se que 1101 (43,8%) são provenientes da Região Metropolitana do Recife, 1209 (48,1%) do interior do Estado de Pernambuco e 201 (8%) de outros estados (Gráfico 2).

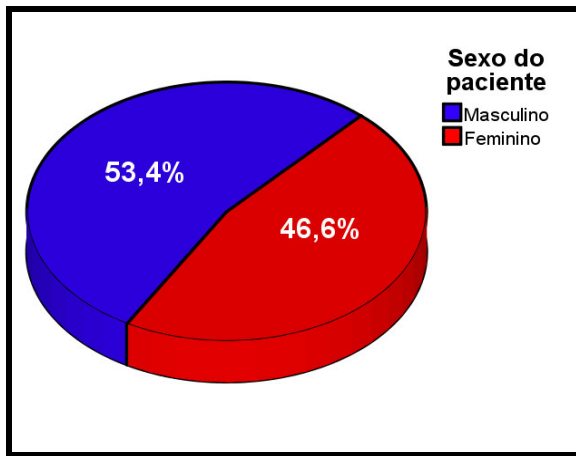


Gráfico 1 - Distribuição dos 2511 pacientes, de acordo com o sexo.

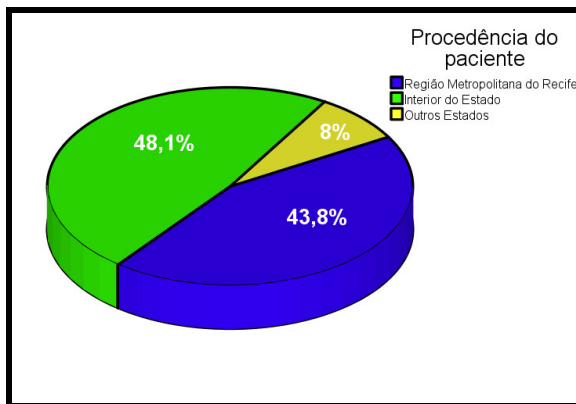


Gráfico 2 - Distribuição dos 2511 pacientes, de acordo com a procedência.

A tabela 1 apresenta a distribuição percentual dos pacientes do CADEFI de acordo com o tipo de anomalia craniofacial. Observou-se que a maioria dos pesquisados eram portadores de fissuras orofaciais (91,24%) e que apenas uma pequena parcela do total era de portadores de síndromes (7,01%) e de outras anomalias craniofaciais (8,76%).

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes do CADEFI segundo o tipo de ACF.

Caracterização da Amostra	N	%
Fissuras Orofaciais	2291	91,24
Síndromes (com e sem fissuras)	176	7,01
Outras ACF	220	8,76

Com relação ao sexo dos 2291 pacientes fissurados, 1218 (53,2%) são do sexo masculino e 1073 (46,8%) são do sexo feminino, sendo esta diferença significativa

ao nível de 5% ($\chi^2=9,177$; g.l.=1; $p=0,002$).

A distribuição dos pacientes portadores de fissura orofacial (FOF) de acordo com a presença de outras ACF mostra uma prevalência de 92,23% (2113 casos) de pacientes que possuem apenas fissuras, 4,19% (96 casos) de pacientes fissurados com síndrome e 3,58% (82 casos) de pacientes fissurados com outras ACF (Gráfico 3).

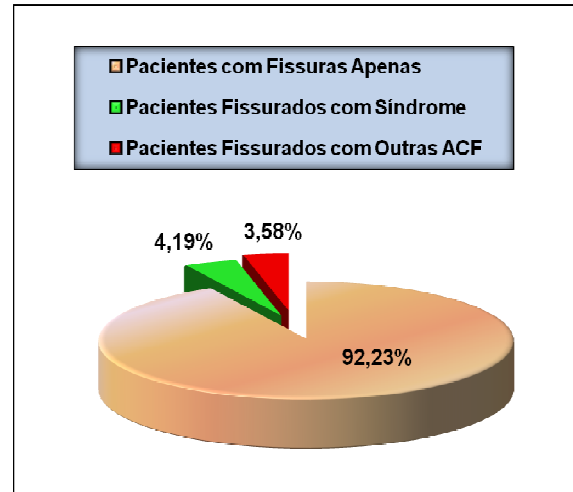


Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes portadores de fissuras orofaciais de acordo com a presença de Outras ACF (n=2291).

Dentre os 2291 pacientes portadores de fissuras orofaciais verificou-se que o tipo mais prevalente foi a fissura trans-forame incisivo (48,67%), seguida da pós-forame incisivo (24,62%) e da pré-forame incisivo (22,26%).

As do tipo facial rara e submucosa foram encontradas em 2,36% e 2,09% da amostra, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 - Prevalência das Fissuras Orofaciais (n=2291).

Tipo de Fissura	N	%
Pré-Forame	510	22,26
Trans-Forame	1115	48,67
Pós-Forame	564	24,62
Submucosa	48	2,09
Facial Rara	54	2,36

Do total de 176 pacientes síndrômicos, 96 (54,54%) eram também fissurados, enquanto que 80 (45,46%) não apresentaram quaisquer dos tipos de fissuras orofaciais (Tabela 3).

Tabela 3 - Prevalência de Síndromes nos pacientes do CADEFI.

Síndromes	N	%
Total de Síndromes	176	100
Síndromes com Fissura	96	54,54
Síndromes sem Fissura	80	45,46

A diferença na prevalência dos diversos tipos de fissuras encontrados nessa amostra (n=2291) é estatisticamente significativa ($\chi^2=3361,208$; g.l.=20; $p<0,001$).

Há também uma diferença estatisticamente significativa na composição da amostra (n=2511) quanto ao sexo ($\chi^2=11,645$; g.l.=1; $p=0,001$).

DISCUSSÃO

Quanto à procedência dos pacientes a maioria veio de cidades do interior do estado de Pernambuco (48,1%), muitos da região metropolitana do Recife (43,8%) e uma quantidade não tão grande, mas considerável, foram oriundos de outros estados (8,0%). Esses dados demonstram a importância do atendimento do CADEFI para as populações dessas regiões, principalmente as de baixa renda, pois o centro presta atendimento gratuito e é financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Baroneza *et al.*¹⁶ afirmou em seu estudo, após a análise de 377 prontuários clínicos, que o baixo nível sócio-econômico é um fator de risco para anomalias congênitas visto que nessas camadas sociais haveria um maior déficit nutricional e também uma maior tensão emocional. Esses resultados também mostram a abrangência do presente trabalho mediante o alcance de uma importante região geográfica do Brasil.

Dos 2511 pacientes da amostra, 2291 (91,24%) eram portadores de fissuras orofaciais, 176 (7,01%) eram portadores de alguma síndrome ou seqüência e 220 (8,76%) possuíam outra anomalia craniofacial que não era fissura e nem fazia parte de alguma síndrome ou seqüência. A WHO¹⁷ diz que as fissuras orais são as mais prevalentes anomalias craniofaciais, ocorrendo em 1 a cada 700 nascidos vivos;

relata ainda que os outros tipos de anomalias craniofaciais ocorrem em 1 a cada 1600 novos nascimentos nos Estados Unidos; proporção, entre os dois grupos de anomalias, semelhante a encontrada neste estudo. Tais dados também confirmam estudos regionais que afirmam serem as fissuras as mais prevalentes entre as deformidades craniofaciais^{3,6}.

Dos 2291 pacientes portadores de fissuras 1218 (53,2%) eram do sexo masculino e 1073 (46,8%) feminino. Essa maior prevalência de fissuras no sexo masculino é uma tendência já confirmada em pesquisas anteriores^{1,9,16,18}.

Dentre os pacientes com fissuras orofaciais desse estudo, 92,23% possuíam apenas a fissura, em 4,19% a fissura era parte do conjunto de manifestações de alguma síndrome e em 3,58% havia a presença de uma ou mais anomalias craniofaciais, além da fissura, mas não constituía alguma síndrome ou seqüência. A WHO¹⁷ fala de estudos sugerindo que anomalias associadas às fissuras orais ocorrem em 44% a 64% dos pacientes, mas reconhece que existem variações consideráveis em diferentes populações. Nunes, Queluz, Pereira¹⁹, avaliando 63 pacientes portadores de fissuras no município de Campos dos Goytacazes, encontraram 7 (11,1%) pacientes possuidores de alguma síndrome.

Avaliando o grupo formado pelos pacientes portadores de fissuras orofaciais e outras anomalias craniofaciais concomitantemente, observou-se que 53,93% eram portadores de síndrome e 46,07% não o eram, contrariando resultados encontrados por Sandrini *et al.*⁹ que, avaliando 20 pacientes portadores de fissuras orofaciais e, ao mesmo tempo, outras anomalias craniofaciais, no Serviço de Defeitos da Face da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, encontraram 8 (40%) pacientes com o que chamaram de anomalias craniofaciais maiores (as síndromes, associações, seqüências e cromossomopatias), e 12 (60%) pacientes com o que chamaram de anomalias craniofaciais menores (todas as outras anomalias craniofaciais).

Dos pacientes portadores de fissuras pode-se observar que houve predominância da fissura trans-forame (48,67%), seguida da pós-forame (24,62%), pré-forame (22,26%), faciais raras (2,36%) e por último submucosas (2,09%). Baroneza *et al.*¹⁶, num estudo com 377 prontuários

clínicos, encontraram também uma maior quantidade das fissuras trans-forame (51,2%), mas este resultado divergiu do presente estudo em relação às fissuras pós-forame e pré-forame, pois eles encontraram prevalências de 20,9% e 27,9% respectivamente. No trabalho de Cerqueira *et al.*²⁰, com 200 prontuários de portadores de fissuras labiopalatais da Associação de Apoio aos Fissurados Labiopalatais (AAFLAP) no período de 1992 a 2002 em São José dos Campos - SP, a fissura predominante foi a pós-forame (41,33%), seguida da trans-forame (33,16%), pré-forame (24,49%) e por último as faciais raras (1,02%). Já Neves, Monteiro e Ng⁸, analisando 123 fichas de pacientes atendidos também na AAFLAP em São José dos Campos - SP, no período de 1992 a 2000, encontraram maior prevalência das fissuras trans-forame (51,22%), seguida das pós-forame (32,52%) e pré-forame (16,26%).

Do total de pacientes com síndrome ou seqüência, foram encontrados 96 (54,54%) que apresentavam também alguma fissura orofacial e 80 (45,46%) sem fissuras orofaciais. Observa-se que a maior parte dos pacientes que possuíam síndrome também eram portadores de fissura orofacial. Esses dados sugerem a fissura como um sinal que se apresenta na maior parte das síndromes ou seqüências que podem manifestar deformidades craniofaciais, confirmando o raciocínio de Charrow¹¹, que chama a atenção para o fato de que o exame de um portador de fissura labiopalatina deve ser realizado com especial atenção na detecção de anomalias associadas, incluindo-se as menores, pois a presença de anomalias adicionais poderia ser um indício da presença de uma síndrome da qual a fissura é, apenas, uma das manifestações clínicas. A WHO¹⁷ estima que 30% dos pacientes fissurados, em todo o mundo, são também portadores de alguma síndrome.

CONCLUSÕES

Com base nos resultados obtidos é possível concluir que:

- a) A FOF foi o tipo mais prevalente de ACF (91,24%), afetando significativamente mais o sexo masculino (53,2%);
- b) Dentre as FOF, a mais prevalente foi a fissura trans-forame incisivo (48,67%), seguida da fissura pós-forame incisivo (24,62%);

- c) A prevalência da fissura trans-forame incisivo foi aproximadamente duas vezes maior que a da fissura pós-forame (48,67% : 24,62%);
- d) O tipo de FOF menos prevalente foi a fissura submucosa (2,09%);
- e) A prevalência de síndromes, associadas ou não a uma FOF, foi aproximadamente doze vezes menor que a prevalência de FOF isoladas (176 : 2113).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ortiz JLR, Muñiz IC, Lotti FA, Oteiza MEF, Cruz AL. Caracterización Clínica del Labio Leporino con Fisura o sin ésta en Cuba. *Rev Cubana Pediatr* 1998; 70(1):43-47.
2. 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(5):913-922.
3. Leite JCL, Schüller-Faccini L. Defeitos congênitos em uma região de mineração de carvão. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(2):136-141.
4. Laybauer A. Síndromes - uma perspectiva audiológica. 1999. Monografia (Curso de Especialização em Audiologia Clínica) - Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, Porto Alegre, 1999.
5. World Health Organization. Global strategies to reduce the health-care burden of craniofacial anomalies. Geneva: World Health Organization, 2002.
6. Mossey PA, Little J. Epidemiology of oral clefts: an international perspective. *In: Wyszynski, D. F. Cleft lip and palate from origin to treatment*. New York: Oxford University Press, 2002. p. 127-158.
7. Freitas JAS, Dalben GS, Santamaria Junior M, Freitas PZ. Current data on the characterization of oral clefts in Brazil. *Braz Oral Res* 2004; 18(2):128-133.
8. Neves ACC, Monteiro AM, Ng HG. Prevalência das Fissuras Labiopalatais na Associação de Fissurados Labiopalatinos de São José dos Campos/SP. *Rev Biociênc* 2002; 8(2):69-74.
9. Sandrini FAL, Robinson WM, Paskulim G, Lima MC. Estudo Familiar de Pacientes com Anomalias Associadas às fissuras Labiopalatinas no Serviço de Defeitos da Face da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. *Rev Cirur Traumatol Buco-Maxilo-Facial*, 2006; 6(2):57-68.
10. Croen LA *et al.* Racial and ethnic variations in the prevalence of orofacial clefts in California, 1983-1992. *Am J Med Genet* 1998; 79:42-47.
11. Charrow J. Genetics of cleft lip and palate. *In: Kernahan DA, Rosenstein SW. Cleft Lip and Palate: a system of management*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1990. p. 20-27.
12. Shprintzen RJ *et al.* Anomalies associated with cleft lip, cleft palate, or both. *Am J Med Genet* 1985; 20(4):585-595.
13. Clapa (Ireland). Associação Da Fissura Labial E Palatina. Site Oficial. Disponível em: <<http://www.Cleft.ie/related/>>. Acesso em: 25 mar. 2002.
14. Milerad J *et al.* Associated malformations in infants with cleft lip and palate: A prospective, population based study. *J Pediatr* 1997; 100(2):180-186.
15. Furlaneto EC. 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. 2001. 114 p. Tese (Doutorado em CTBMF) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

16. Baroneza JE, Faria MJSS, Kuasne H, Carneiro JLV, Oliveira JC. Dados epidemiológicos de portadores de fissuras labiopalatinas de uma instituição especializada de Londrina, Estado do Paraná. *Acta Scientiarum Health Science* 2005; 27(1):31-35.
17. World Health Organization. Global registry and database on craniofacial anomalies. Report of a WHO Registry Meeting on Craniofacial Anomalies, Bauru-Brazil, p. 4-6, dec., 2001.
18. Martelli Junior H, Porto LV, Martelli DRB, Bonan PRF, Freitas AB, Coletta RD. Prevalence of non-syndromic oral clefts in a reference hospital in the state of Minas Gerais, Brazil, between 2000-2005. *Braz Oral Res* 2007; 21(4):314-317.
19. Nunes LMN, Queluz DP, Pereira AC. Prevalência de fissuras labiopalatais no município de Campos dos Goytacazes-RJ, 1999 – 2004. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(1):109-116.
20. Cerqueira ML, Teixeira SC, Naressi SCM, Ferreira APP. Ocorrência de fissuras labiopalatais na cidade de São José dos Campos-SP. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(2):161-166.
21. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Contagem da população 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>> Acesso em: 12/05/2008.
22. Modolin M, Kamakura L, Cerqueira EM. Classificação, etiologia patogênica e incidência das fissuras labiopalatinas. In: Carreirão S, Lessa S, Zanini SA. Tratamento das fissuras labiopalatinas. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. p. 13-18.
23. Silva EB, Fúria CLB, Di Ninno CQMS. Aleitamento materno em recém-nascidos portadores de fissura labiopalatina: dificuldades e métodos utilizados. *Rev CEFAC* 2005; 7(1):21-28.
24. Spina V, Psillakis JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras lábio-palatais: sugestão de modificação. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo* 1972; 27(1):5-6.