

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DAS FISSURAS OROFACIAIS

EPIDEMIOLOGIC STUDY OF OROFACIAL CLEFTS

Mariana Trindade Sobrinho

Graduanda em odontologia. Universidade Federal de Sergipe.

Luiz Carlos Ferreira da Silva

Doutor em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial. Universidade Federal de Sergipe.

Rosany Larissa Brito de Oliveira

Doutoranda em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Sergipe.

Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe.

Autor responsável: Dr. Luiz Carlos Ferreira da Silva (e-mail: lcsilva@ufs.br).

Endereço para correspondência: Departamento de Odontologia, Hospital Universitário,
Claudio Batista, s/n–Sanatório, Aracaju/SE 49060-100, Brasil.

RESUMO

As fissuras orofaciais são más-formações congênitas de etiologia multifatorial, podendo afetar o desenvolvimento do indivíduo de diversas maneiras. Devido a isso, o tratamento deve ser imediato, realizado por uma equipe multidisciplinar, e segue um protocolo de longa duração, o que torna necessário um serviço de saúde pública de qualidade. Dados epidemiológicos precisos são essenciais para compreender a realidade local, o que resulta em um melhor planejamento dos serviços de saúde, nesse sentido, o objetivo desse estudo é realizar uma revisão de literatura sobre a epidemiologia das fissuras orofaciais em diversos países do mundo e comparar o perfil epidemiológico internacional com o nacional, e este com o perfil do estado de Sergipe. Para isso, foi realizado um levantamento bibliográfico através dos principais bancos de dados, em busca de publicações epidemiológicas atuais. Pôde-se observar que o perfil mundial foi de indivíduos apresentando fissura de lábio e palato, com condição socioeconômica baixa ou média, sendo mais frequente no sexo masculino, o qual é minoria apenas nos casos de fissura palatina isolada. Os asiáticos apresentam as maiores prevalências (20,04 por 10000), sendo as populações africanas as menos afetadas (2,89 por 10000). De forma geral, houve grande semelhança entre os três perfis analisados.

Descritores: Fenda Labial; Fissura Palatina; Epidemiologia.

ABSTRACT

Orofacial clefts are congenital malformations of multifactorial etiology that can affect the individual's development in many ways. Therefore, the treatment must be immediate and requires a specialized multiprofessional team acting by a long term protocol, which demands a quality service in public health. Accurate epidemiological data are essential to comprehend the local reality and it can result in improvements at planning public health policies. In this regard, the aim of this study is to perform a literature review and compare the international epidemiologic profile of orofacial clefts with the Brazilian profile, and compare it with the profile of the state of Sergipe, in northeastern Brazil. To achieve this, a bibliographic search was conducted through the main databases after recent publications on epidemiology of orofacial clefts. It could be observed that the worldwide profile consists in individuals with cleft lip and palate, with low or average socioeconomic conditions and of the male sex, which is a minority only in cleft palate cases. The highest prevalence is presented by the Asians (20.04 per 10,000) and the African populations are the less affected (2.89 per 10,000). In general, there were great similarities between the three analyzed profiles.

Keywords: Cleft Lip; Cleft Palate; Epidemiology.

INTRODUÇÃO

A fissura orofacial está entre as más-formações congênicas mais frequentes, sendo a mais observada na região craniofacial. Ela ocorre devido a falhas nas fusões dos processos faciais embrionários, entre a 5ª e a 12ª semana de vida intrauterina. A sua etiologia é considerada multifatorial, uma vez que tanto fatores genéticos quanto ambientais podem contribuir para a sua ocorrência. As fissuras podem estar associadas a algumas síndromes (fissuras sindrômicas) ou podem se apresentar de forma isolada (fissuras não-sindrômicas)^{1,2}. É possível obter o diagnóstico precoce desta má-formação através da ultrassonografia pré-natal, porém, somente após o nascimento a fissura poderá ser classificada e tratada corretamente². Para Goodacre e Swan³ as fissuras no palato são mais difíceis de serem diagnosticadas pela ultrassonografia devido à sombra acústica criada pelos ossos faciais. Não obstante, o diagnóstico pré-natal pode aumentar os níveis de ansiedade no restante da gravidez, assim, o profissional deve apoiar e aconselhar os pais da futura criança com fissura orofacial.

Existem diferentes sistemas para classificar as fissuras. No Brasil o sistema mais adotado é o de Spina et al.⁴, que tem como referência anatômica o forame incisivo e, assim, classifica as fissuras como: pré-forame incisivo (isoladas de lábio), transforame incisivo (lábio e palato), pós-forame incisivo (isoladas de palato) e fissuras raras da face, as quais não são associadas ao forame incisivo. Esta classificação sofre subdivisões quanto à lateralidade e extensão, podendo ser unilateral, bilateral ou mediana, direita ou esquerda, completa ou incompleta. Os trabalhos nacionais e internacionais não utilizam as mesmas classificações, por isso, para manter a uniformidade na terminologia, nesse artigo, as fissuras serão nominadas apenas como fissura de lábio (FL), fissura de lábio e palato (FLP) e fissura de palato (FP).

A depender do tipo e da sua extensão, essa má-formação pode causar diversos prejuízos ao indivíduo, como alterações na fala, estética, audição, oclusão, alimentação e no

desenvolvimento dos ossos faciais, além de afetá-lo psicologicamente. Por isso, a sua reabilitação deve ser iniciada de forma imediata, sendo necessária a ação integrada de diversas especialidades da área da saúde, que devem seguir um protocolo de tratamento e respeitar as fases da sua evolução. Desse modo é possível evitar ou amenizar os efeitos deletérios desta má-formação no indivíduo afetado. A fissura é considerada um grande problema de saúde bucal em todo o mundo devido à alta incidência na região orofacial e por conta da complexidade e duração prolongada do seu tratamento, que se inicia nas primeiras semanas de vida e segue até a vida adulta^{2,3,5,6}.

De acordo com estudos, a incidência total das fissuras orofaciais é de 1 a cada 700 nascidos vivos⁷. Em relação aos grupos continentais, foram observadas as maiores prevalências na Ásia (10,20 por 10000), com o Japão em primeiro lugar (20,04 por 10000), seguida pelas Américas (7,81 por 10000) e Europa (6,61 por 10000). As menores prevalências foram observadas nos países africanos, como a África do Sul (2,89 por 10000)^{8,9}. No Brasil, admite-se que a incidência de fissuras orofaciais oscila em torno de 1:650², e foi observada uma prevalência nacional de 0,36 por 1000¹⁰.

Há a necessidade da realização de trabalhos científicos para a obtenção de dados fidedignos sobre a epidemiologia da fissura orofacial, em decorrência da grande variabilidade desses. Sabe-se que dados epidemiológicos precisos são essenciais para compreensão da realidade local, o que resulta em um melhor planejamento dos serviços de saúde. Assim, o objetivo desse estudo é realizar uma revisão de literatura sobre a epidemiologia das fissuras orofaciais em diversos países do mundo e comparar o perfil epidemiológico internacional com o nacional, e este com o perfil do estado de Sergipe.

MÉTODOS

Por caracterizar-se como uma revisão de literatura, foi realizado um levantamento bibliográfico através de consulta às principais bases de dados: PubMed, Lilacs e Scielo, a partir da utilização dos descritores *cleft lip*, *cleft palate*, *epidemiology*. Foi utilizado o operador booleano *and*, pelo meio das seguintes combinações:

1) *cleft lip and epidemiology*

2) *cleft palate and epidemiology*

3) *cleft lip and cleft palate*

Esta busca se restringiu a publicações nos idiomas português, inglês e espanhol, e foram utilizados trabalhos originais, bibliográficos e também dos bancos de teses. Foram incluídas publicações dos últimos 10 anos, porém, para melhor discussão e entendimento do problema, alguns trabalhos mais antigos foram adicionados. Foram usadas também informações disponíveis em livros que abordam o tema e disponibilizam dados epidemiológicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das publicações e citações disponibilizadas pelo levantamento bibliográfico (Tabela 1), pode-se destacar dois estudos epidemiológicos multicêntricos: o estudo realizado pelo International Perinatal Database of Typical Oral Clefts (IPDTC) Working Group⁸ e o realizado por Tanaka et al.⁹, os quais reuniram dados provenientes de 30 países cada. IPDTC Working Group⁸ observaram que de 7.5 milhões de nascimentos, ocorreram 7704 casos de fissura labial com ou sem envolvimento do palato (FL/P), excluindo-se casos de FP, com isso, há uma prevalência geral de 9,92 por 10000 nascimentos. Dentre os grupos estudados, o Japão apresentou a maior prevalência (20,04 por 10000), seguido pelo grupo do México e América

do Sul (13,13 por 10000), e Europa ocidental (12,10 por 10000). Já os de menores prevalências foram os países do Sul do Mediterrâneo Europeu (6,07 por 10000) e da África do Sul (2,89 por 10000).

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Tanaka et al.⁹. O país de maior prevalência também foi o Japão (19,05 por 10000), seguido pelo México (13,69 por 10000) e Noruega (12,73 por 10000). Já os países de menor prevalência foram Cuba (3,81 por 10000), Espanha (3,79 por 10000) e África do Sul (3,13 por 10000). Em relação aos grupos continentais, observou a maior na Ásia (10,20 por 10000), seguida pelas Américas (7,81 por 10000) e Europa (6,61 por 10000).

Estudos de menor abrangência foram realizados na Oceania por Bell et al.¹¹, cuja prevalência registrada foi 12,05 por 10000 para FL/P e 10,12 por 10000 para FP no oeste da Austrália. Na Ásia, Tan et al.¹² em Singapura, obtiveram incidência de 1,87 por 1000 nascidos vivos. Kianifar et al.¹³ no Iran, registraram incidência de 1,9 por 1000 nascidos vivos. Shapira et al.¹⁴ em Israel, notificaram prevalência total de 8,87 por 10000, enquanto Lee et al.¹⁵ na Coreia do Sul, observaram uma prevalência de 11,09 por 10000.

Na Europa, Dehli et al.¹⁶ obtiveram uma prevalência de 14,4 por 10000 na Espanha ao passo que na Suécia, Amini et al.¹⁷ registraram incidência de 18,92 por 10000 nascimentos.

Na África, o estudo de Rakotoarison et al.¹⁸ obteve 5,4 por 10000 em Madagascar, o que condiz com diversos estudos africanos, como o de Fadeyibi et al.¹⁹ na Nigéria (2,25 por 100000), que apresentam as menores prevalências descritas.

Na América, Mai et al.²⁰ observaram uma prevalência total de 14,5 por 10000 nos Estados Unidos e González-Osorio et al.²¹ relatam que ocorrem cerca de 1500 novos casos a cada ano no México, apresentando uma taxa nacional de 0,60 a 0,87 a cada 1000 nascidos vivos.

No Brasil, Loffredo et al.²² afirmam que a prevalência das fissuras no Brasil tem uma tendência ascendente. De acordo com o estudo, nos períodos de 1975-1980, 1980-1985, 1985-1990 e de 1990-1995, houve uma prevalência de 0,11; 0,17; 0,23 e de 0,28 por 1000 nascidos vivos respectivamente. Ao analisar também os estudos de Rodrigues et al.¹⁰, pode-se observar que do período entre 1998 a 2002, houve uma prevalência de 0,36 por 1000, o que corrobora a tendência ascendente. Porém, ambos os autores mencionam que estes resultados podem ter sido prejudicados pela falta de registros ou falha de notificação nas regiões menos desenvolvidas.

No trabalho de Ribeiro-Roda e Gil-da-Silva-Lopes²³ é citado que a prevalência no Brasil varia entre 11,89 por 10000 e 3,09 por 10000 nascidos vivos, dependendo da região geográfica. Rodrigues et al.¹⁰ observaram uma maior prevalência nas regiões Sul (0,43 por 1000) e Centro-Oeste (0,40 por 1000). A menor prevalência foi observada na região Norte do país (0,26 por 1000). No Nordeste, onde o estado de Sergipe está situado, a prevalência foi de 0,39 por 1000.

Em Sergipe, o Ministério da Saúde²⁴ registrou um total de 20 novos casos de fissuras orofaciais no ano de 2013. Para Teixeira²⁵, a taxa de incidência no estado de Sergipe, entre outubro de 2013 e setembro de 2014, foi de 0,78 por 1000, com 26 novos casos de fissura. Já entre os anos de 2003 e 2013 observou uma prevalência de 0,83 por 1000.

TABELA 1. Prevalências e incidências dos estudos selecionados.

CONTINENTES	PAÍSES / REGIÕES	AUTORES	PERÍODO	Nº DE CASOS	PREVALÊNCIA / INCIDÊNCIA
ÁSIA	Singapura	Tan et al. (2011)	1993-2002	859	1,87 por 1000 (incidência)
	Irã	Kianifar et al. (2015)	1982-2011	54	1,9 por 1000 (incidência)
		Tanaka et al. (2012)	2002-2006	*	6,13 por 10000 (FL/P)
	Israel	Shapira et al. (2014)	1993-2005	866	8,87 por 10000
	Coréia do Sul	Lee et al. (2015)	2005-2006	980	11,09 por 10000
	Japão	IPDTC Working Group (2011)	2001-2004	697	20,04 por 10000 (FL/P)
		Tanaka et al. (2012)	2002-2006	*	19,05 por 10000 (FL/P)
	Emirados Árabes Unidos	IPDTC Working Group (2011)	2002-2003	12	6,98 por 10000 (FL/P)
		Tanaka et al. (2012)	2002-2006	*	7,62 por 10000 (FL/P)
OCEANIA	Austrália	Bell et al. (2013)	1980-2010	1538	12,05 por 10000 (FL/P) 10,12 por 10000 (FP)
EUROPA	Espanha	Dehli et al. (2010)	1990-2004	145	14,4 por 10000
		Tanaka et al. (2012)	2002-2006	*	3,79 por 10000 (FL/P)
	Suécia	Amini et al. (2009)	1999 – 2002	695	18,92 por 10000
	Oeste europeu	IPDTC Working Group (2011)	2001-2005	532	12,10 por 10000 (FL/P)
	Sul do Mediterrâneo europeu	IPDTC Working Group (2011)	2001-2004	689	6,07 por 10000 (FL/P)
	Noruega	Tanaka et al. (2012)	2002-2006	*	12,73 por 10000 (FL/P)
	Madagascar	Rakotoarison et al. (2012)	1998-2007	96	5,4 por 10000
ÁFRICA	Nigéria	Fadeyibi et al. (2012)	2006-2008	225	2,25 por 100000
	África do Sul	IPDTC Working Group (2011)	2001-2003	20	2,89 por 10000 (FL/P)
		Tanaka et al. (2012)	2002-2006	*	3,13 por 10000 (FL/P)
AMÉRICA	México	González-osorio et al. (2011)	2003-2009	10.573	0,60 a 0,87 por 1000 (incidência)
		Tanaka et al. (2012)	2002-2006	*	13,69 por 10000 (FL/P)
	Estados Unidos da América	Mai et al. (2014)	2007-2011	16.446	14,5 por 10000
	México e América do Sul	IPDTC Working Group (2011)	2001-2004	952	13,13 por 10000 (FL/P)
	Cuba	Tanaka et al. (2012)	2002-2006	*	3,81 por 10000 (FL/P)
	Brasil	Loffredo et al. (2001)	1975-1980	*	0,11 por 1000
			1980-1985	*	0,17 por 1000
			1985-1990	*	0,23 por 1000
			1990-1995	*	0,28 por 1000
		Rodrigues et al. (2009)	1998 a 2002	*	0,36 por 1000

* dados não disponíveis

De uma forma geral, pode ser observado em estudos de todo o mundo uma variação entre os tipos de fissuras que ocorrem com maior frequência. No trabalho do IPDTC Working Group⁸, a FLP foi observada com maior frequência em todos os grupos de países, apresentando igual proporção à FL apenas nos Emirados Árabes Unidos. Em diversos trabalhos, como os de Patil et al.²⁶ na Índia, Rakotoarison et al.¹⁸ em Madagascar, Fadeyibi et al.¹⁹ na Nigéria, Kianifar et al.¹³ no Irã e Conway et al.²⁷ na África, a FLP também foi a mais frequente, seguida da FL e por último a FP. Yáñez-Vico et al.²⁸ na Espanha, Goodacre e Swan³ no Reino Unido, Tan et al.¹² em Singapura, Van Nunen et al.²⁹ na Holanda e Kling et al.³⁰ na China, também concordam com a maior frequência de FLP, porém apresentam a FP em segundo lugar. Já Dehli et al.¹⁶ em Astúrias, norte da Espanha, os casos de FP foram os mais frequentes, concordando com Bell et al.¹¹ na Austrália, Tomatir et al.³¹ na Turquia, Amini et al.¹⁷ na Suécia, Mai et al.²⁰ nos Estados Unidos, Shapira et al.¹⁴ em Israel, e Lee et al.¹⁵ na Coreia do Sul.

Estudos em diversas regiões do Brasil, como Martelli et al.³² e Di Ninno et al.³³ em Minas Gerais, Freitas et al.³⁴ na Bahia, Takano et al.³⁵ em Pernambuco, e Gardenal³⁶ no Mato Grosso do Sul, concordam que há uma maior ocorrência de FLP. No estado de Sergipe, os resultados de Luiza et al.⁵ e de Teixeira²⁵ foram semelhantes apresentando, também, um maior número de casos de FLP.

Em todos os trabalhos analisados que verificaram a lateralidade das fissuras, o lado esquerdo foi o mais afetado. O trabalho de Kianifar et al.¹³ no Irã foi o único que encontrou fissuras bilaterais com maior frequência, representando 92,6% dos casos estudados, sendo o lado esquerdo menos afetado, com apenas 1,9%.

O sexo masculino é o mais afetado pela má-formação em todo o mundo, sendo minoria apenas nos casos de FP⁷. Todavia, alguns estudos discordam desta afirmação, como

Rakotoarison et al.¹⁸ que observaram uma maior ocorrência de fissura no sexo feminino (64,4%) em Madagascar, sendo maioria tanto nos casos de FP quanto nos de FLP. Já no trabalho de Fadeyibi et al.¹⁹ na Nigéria, há uma proporção geral de 1:1 entre os sexos, porém apresentando a maioria feminina nos casos de FP. Este resultado é semelhante ao obtido por Lee et al.¹⁵ na Coreia do Sul.

No Brasil, Rodrigues et al.¹⁰ observaram uma proporção de 1,6 homens para cada mulher afetada pela má-formação. Estudos nacionais, como os de Martelli et al.³², Di Ninno et al.³³, Freitas et al.³⁴ e Takano et al.³⁵, concordam que há uma predominância do sexo masculino de forma geral e uma maioria do feminino para FP, assim como Luiza et al.⁵ em Sergipe, que demonstraram em seu estudo uma predominância masculina de 54% dos casos, e uma porcentagem de 65% de mulheres nos casos de FP. No trabalho de Teixeira²⁵ não houve diferença significativa entre os sexos masculino (49%) e feminino (51%) em Sergipe.

Após análise dos estudos, como o de IPDTC Working Group⁸ e Tanaka et al.⁹, pode se afirmar que os povos asiáticos apresentam as maiores prevalências, enquanto os do continente africano apresentam as menores. Foi observado no trabalho de Rakotoarison et al.¹⁸ em Madagascar, menores índices na população com descendência africana. Já o de Tan et al.¹² em Singapura, afirma que a população com descendência chinesa apresenta maiores prevalências em comparação com as populações com descendências malaia e indiana.

Foi observado, ainda, que nos países em que há o estudo das populações aborígenes, indígenas ou nativas, estas sempre apresentam maiores prevalências em comparação com restante da população local. Esses achados foram encontrados nos trabalhos de Bell et al.¹¹ no oeste da Austrália, Vrouwe et al.³⁷ no Canadá e Mai et al.²⁰ nos Estados Unidos.

Com base nos estudos epidemiológicos realizados, pode ser confirmada uma ligação direta entre as etnias/raças e a possibilidade de ocorrência de fissuras orofaciais. Porém, alguns povos podem apresentar índices maiores devido a aspectos culturais ou costumes locais, como foi observado por Shapira et al.¹⁴ em Israel, onde a prevalência da população árabe (11,12 por 10000) é maior que da população judia (6,22 por 10000). O alto índice desta má-formação entre a população árabe foi atribuído ao alto índice de consanguinidade. Esses achados corroboram com o estudo de Aljohar et al.³⁸ na Arábia Saudita, no qual houve consanguinidade em 50% dos casos.

Os trabalhos de Martelli et al.³², Costa et al.¹ e Martelli-Junior et al.³⁹, realizados no Brasil, apresentam a população branca ou parda como mais afetadas, assim como o estudo de Yáñez-Vico et al.²⁸ na Espanha, onde a população negra é a menos afetada. Já Luiza et al.⁵ em Sergipe, encontrou uma frequência de 47,2% em feodermas (pardos) e 41,7% em leucodermas (brancos).

Os trabalhos de Yáñez-vico et al.²⁸ na Espanha e Fadeyibi et al.¹⁹ em Lagos, na Nigéria, observaram que as classes sociais média e baixa foram as mais afetadas. Em relação à origem, para Fadeyibi et al.¹⁹, apenas 16% eram de outros estados. Contudo, no estudo de Bell et al.¹¹ no oeste da Austrália, houve uma distribuição homogênea nas diferentes localizações geográficas e classes socioeconômicas.

Nos estudos brasileiros, de Freitas et al.³⁴, Takano et al.³⁵, Silva⁴⁰ e Di Ninno et al.³³, foi encontrada uma maior porcentagem de pessoas afetadas oriundas do interior dos estados e com níveis socioeconômicos mais baixos, o que demonstra que estes pacientes têm que se deslocar para os grandes centros urbanos para conseguir tratamento. No entanto, Costa et al.¹ em Maringá, estado do Paraná, encontraram uma maior porcentagem de indivíduos oriundos da zona urbana. Os resultados de Luiza et al.⁵ e Teixeira²⁵ em Sergipe concordam com a

média nacional, ou seja, há uma maior porcentagem de pessoas afetadas oriundas do interior e com níveis socioeconômicos baixos.

Mossey e Castilla⁷, em uma publicação da Organização Mundial da Saúde, relatam que é estimado que 30% dos casos são de fissuras sindrômicas, ou seja, a maioria dos casos (70%) consiste em fissuras não-sindrômicas. Todos os estudos que analisaram este aspecto concordam com esta afirmação. Para o IPDTC Working Group⁸, 76,8% dos casos apresentaram fissuras não-sindrômicas, 15,9% dos casos eram considerados casos de má-formações múltiplas e 7,3% eram casos de fissuras sindrômicas. Além disso, os estudos de Bell et al.¹¹, Aljohar et al.³⁸ e Van Nunen et al.²⁹ observaram que a maioria das fissuras sindrômicas são do tipo palatina (FP). Por fim, a sequência de Pierre Robin foi a síndrome mais frequente nos indivíduos com fissura orofacial^{16,29}.

No Brasil, os achados são semelhantes^{6,34,35}. Cerqueira et al.⁶ observaram a ocorrência de fissuras sindrômicas em 9,18% dos casos, sendo a sequência de Pierre Robin a mais frequente (94%), apresentando a FP em todos os casos em que esta ocorreu. Costa et al.¹ também observaram uma maior frequência desta síndrome nos indivíduos com fissura orofacial sindrômica. Em Sergipe, Luiza et al.⁵ encontraram má-formações associadas a outras complicações em 12% dos casos e Teixeira²⁵ observou que a sequência de Pierre Robin estava presente em 7,6% do total de casos entre outubro de 2013 e setembro de 2014.

Em relação ao histórico familiar, no estudo de Kling et al.³⁰ na China, apenas 1,37% dos casos apresentavam parentes afetados. Já Aljohar et al.³⁸ na Arábia Saudita, observaram um histórico familiar em 25% dos casos. Resultado semelhante ao trabalho de Yáñez-Vico et al.²⁸ na Espanha, que registrou 21,94% dos casos com pelo menos 1 parente afetado, destes, 15,44% pertenciam à família paterna.

No Brasil, Martelli et al.³² encontraram 35,13% dos casos com histórico familiar, observando que o grau de parentesco mais frequente foi o de primos (54,37%). Para Baroneza et al.⁴¹ em Londrina, no Paraná, 26% dos casos apresentaram antecedentes familiares com fissuras. Já Costa et al.¹ em Maringá, no Paraná, encontraram em apenas 11%. No estado de Sergipe, Teixeira²⁵ encontrou 14,6% dos casos com antecedentes familiares.

Goodacre e Swan³ no Reino Unido relatam que em média 20% das mães tem o diagnóstico durante o exame pré-natal. No estudo de Dehli et al.¹⁶ o diagnóstico pré-natal foi positivo em 12,4% dos casos.

Nos levantamentos realizados no Brasil foi observado que poucos estudos avaliaram este parâmetro. Em Sergipe, Luiza et al.⁵ relatam que 48% das mães tiveram acompanhamento pré-natal, porém em apenas 7 casos (4,2%) houve o registro do diagnóstico pela ultrassonografia. Já Teixeira²⁵, afirma que a maioria das mães realizou o pré-natal (96,2%).

De uma forma geral, foi observado que idades maternas e paternas mais avançadas estão relacionadas a um maior número de casos desta má-formação. Sobre a idade materna, Lei et al.⁴² e Mai et al.²⁰ apresentam médias de 34 e 40 anos ou mais, respectivamente. Já em relação à idade paterna, Dehli et al.¹⁶ mostram uma média maior que 31 anos, já Fadeyibi et al.¹⁹ mostraram que houve uma variação entre 26 e 45 anos de idade.

No Brasil, Baroneza et al.⁴¹ no Paraná, observaram médias e desvio padrão para as idades maternas e paternas de, respectivamente, $25,5 \pm 7,0$ e $29,8 \pm 8,9$ anos. O parâmetro “Idade dos pais” não foi considerado nos trabalhos realizados em Sergipe^{5,25}.

CONCLUSÃO

O perfil sociodemográfico mundial predominante foi de indivíduos do sexo masculino, com condição socioeconômica baixa ou média. Além disso, a FLP foi a mais frequente. Nos casos de FP o sexo feminino é predominante. Foi observado que populações japonesas e asiáticas apresentam as maiores prevalências, seguidas pelas populações brancas e pardas, sendo as populações negras as menos afetadas.

No Brasil, os perfis sociodemográfico e epidemiológico foram semelhantes ao mundial, apresentando maior prevalência entre brancos e pardos.

Por fim, no estado de Sergipe, nordeste do Brasil, os perfis sociodemográfico e epidemiológico seguem o mesmo padrão nacional.

IMPACTOS ESPERADOS

Este estudo comparativo pode servir como base para melhor compreender a realidade local e, com isso, permitir aos gestores de saúde pública um melhor planejamento e uma melhoria na qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade.

Além disso, serve de alerta aos profissionais e futuros profissionais da saúde quanto à importância do correto registro e notificação da má-formação bem como da necessidade de novas pesquisas e de profissionais especializados, para melhor atender e reabilitar este tipo de paciente.

Autoria:

MTS trabalhou na concepção, análise e interpretação dos dados e redação do artigo, RLBO trabalhou na redação do artigo e na revisão crítica, e LCFS trabalhou na concepção e na orientação da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Costa RR, Takeshita WM, Farah GJ. Levantamento epidemiológico de fissuras orofaciais no município de Maringá e região. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2013; 67(1):40-4.
2. Trindade IEK, Silva Filho OG. *Fissuras Labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Ed. Santos, 2007. p. 17-49.
3. Goodacre T, Swan MC. Cleft lip and palate: current management. *J Paediatr Child Health*. 2008; 18(6): 283-292.
4. Spina V, Psillakis JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras lábio-palatinas. Sugestão de modificação. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*. 1972; 27:5-6.
5. Luiza A, Góis DN, Santos JAS, Oliveira RLB, Silva LCF. A Descriptive Epidemiology Study of Oral Cleft in Sergipe, Brazil. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2013; 17:390-394.
6. Cerqueira MN, Teixeira SC, Naressi SCM, Ferreira APP. Ocorrência de fissuras orofaciais na cidade de São José dos Campos-SP. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(2): 161-6.
7. Mossey P, Castilla E. *Global registry and database on craniofacial anomalies*. Geneva: World Health Organization, 2003.
8. IPDTC Working Group. Prevalence at Birth of Cleft Lip With or Without Cleft Palate: Data From the International Perinatal Database of Typical Oral Clefts (IPDTC). *Cleft Palate-Craniofac J*. 2011; 48(1):66-81.

9. Tanaka AS, Mahabir RC, Jupiter DC, Menezes JM. Updating the Epidemiology of Cleft Lip with or without Cleft Palate. *Plast. Reconstr. Surg.* 2012; 129(3):511-8.
10. Rodrigues K, Sena MF, Roncalli AG, Ferreira MAF. Prevalence of orofacial clefts and social factors in Brazil. *Braz Oral Res* 2009; 23(1):38-42.
11. Bell CJ, Raynes-Greenow C, Bower C, Turner RM, Roberts CL, Nassar N. Descriptive epidemiology of cleft lip and cleft palate in Western Australia. *Birth Defects Res. Clin. Mol. Teratol.Part (A)*. 2013; 97:101-8.
12. Tan KBL, Tan KH, Yeo GSH. Cleft deformities in Singapore: a population-based series 1993–2002. *Singapore Med J*. 2008; 49(9): 710-4.
13. Kianifar H, Hasanzadeh N, Jahanbin A, Ezzati A, Kianifar H. Cleft lip and Palate: A 30-year Epidemiologic Study in North-East of Iran. *Iran. J. Otorhinolaryngol.* 2015; 27(1):35-41.
14. Shapira Y, Blum I, Haklai Z, Shpack N, Amitai Y. Prevalence of Non-Syndromic Orofacial Clefts among Jews and Arabs, by Type, Site, Gender and Geography: A Multi-Center Study in Israel. *IMAJ*. 2014; 16:759-763.
15. Lee CW, Hwang SM, Lee YS, Kim M, Seo K. Prevalence of orofacial clefts in Korean live births. *Obstet Gynecol Sci.* 2015; 58(3):196-202.
16. Dehli CR, Tenreiro CM, López EG, Toral JF, Fernandez AR, Galan IR et al. Epidemiología de las fisuras labiales y palatinas durante los años 1990–2004 en Asturias. *An Pediatr (Barc)*. 2010; 73(3):132–137.
17. Amini H, Axelsson O, Ollars B, Anneren G. The Swedish Birth Defects Registry: Ascertainment and incidence of spina bifida and cleft lip/palate. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2009; 88: 654-659.

18. Rakotoarison RA, Rakotoarivony AE, Rabesandratana N, Razafindrabe JB, Andriambololona R, Andriambololo-Nivo R et al. Cleft lip and palate in Madagascar 1998–2007. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2012; 50:430–4.
19. Fadeyibi IO, Adeniyi AA, Jewo PI, Saalu LC, Fasawe AA, Ademiluyi SA. Current Pattern of Cleft Lip and Palate Deformities in Lagos, Nigeria. *Cleft Palate–Craniofac J.* 2012; 49(6):730-735.
20. Mai CT, Cassell CH, Meyer RE, Isenburg J, Canfield MA, Rickard R et al. Birth Defects Data from Population-based Birth Defects Surveillance Programs in the United States, 2007 to 2011: Highlighting Orofacial Clefts. *Birth Defects Res Clin Mol Teratol.* 2014; 100(11): 895–904.
21. González-Osorio CA, Medina-Solís CE, Pontigo-Loyola AP, Casanova-Rosado JF, Escoffié-Ramírez M, Corona-Tabares MG et al. Estudio ecológico en México (2003-2009) sobre labio y/o paladar hendido y factores sociodemográficos, socioeconómicos y de contaminación asociados. *An Pediatr (Barc).* 2011; 74(6):377-387.
22. Loffredo LCM, Freitas JAS, Grigilli AAG. Prevalência de fissuras orais de 1975 a 1994. *Rev Saúde Pública.* 2001; 35(6):571-5.
23. Ribeiro-Roda S, Gil-Da-Silva-Lopes VL. Aspectos odontológicos das fendas labiopalatinas e orientações para cuidados básicos. *Rev. Ciênc. Méd.* 2008; 17(2):95-103.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. [acessado 2016 Abr 12]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
25. Teixeira JLA. *Distribuição, caracterização e determinação da incidência dos casos de fissura orofacial no estado de Sergipe, Brasil* [Dissertação]. Aracaju (SE): Universidade Federal de Sergipe; 2015.

26. Patil SB, Kale SM, Khare N, Math M, Jaiswal S, Jain A. Changing Patterns in Demography of Cleft Lip–Cleft Palate Deformities in a Developing Country: The Smile Train Effect - What Lies Ahead? *Plast. Reconstr. Surg.* 2011; 127(1):327-332.
27. Conway JC, Taub PJ, Kling R, Oberoi K, Doucette J, Jabs EW. Ten-year experience of more than 35,000 orofacial clefts in Africa. *BMC Pediatr.* 2015; 15(8).
28. Yáñez-Vico R, Iglesias-Linares A, Gómez-Mendo I, Torres-Lagares D, González-Moles M, Gutierrez-Pérez J et al. A Descriptive Epidemiologic Study Of Cleft Lip And Palate In Spain. *Oral Maxillofac. Surg.* 2012; 114(suppl 5):S1-S4.
29. Van Nunen DPF, Van Den Boogaard MH, Don Griot JPW, Rüttermann M, Van Der Veken LT, Breugem CC. Elevated infant mortality rate among Dutch oral cleft cases: a retrospective analysis from 1997 to 2011. *Front. Surg.* 2014; 1(48).
30. Kling RR, Taub PJ, Ye X, Jabs EW. Oral Clefting in China Over the Last Decade: 205,679 Patients. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2014; 2(236).
31. Tomatir AG, Acikbas I, Akdag B, Köksal A. Registries of cleft lip/palate cases between 2004 and 2010 in Denizli, Turkey. *Genet. Mol. Res.* 2013; 12(4):4286-4291.
32. Martelli RB, Bonan PR, Soares MC, Paranaíba LR, Martelli-Júnior H. Analysis of familial incidence of non- syndromic cleft lip and palate in a Brazilian population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2010; 15(6):e898-901.
33. Di Ninno CQMS, Fonseca LFM, Pimenta MVE, Vieira ZG, Fonseca JA, Miranda ICC et al. Levantamento epidemiológico dos pacientes portadores de fissura de lábio e/ou palato de um centro especializado de Belo Horizonte. *Rev. CEFAC.* 2011; 13(6).
34. Freitas MCA, Batista TS, Pereira MCG, Brandão MM, Marianetti LVS, Almeida PP. Epidemiological study of cleft lip and palate in Bahia. *Rev. UNINGÁ* 2013; (37):13-22.

35. Takano JT, Mendonça Junior MT, Lima NS. Anomalias crânio-faciais em pacientes atendidos no centro de atenção aos defeitos da face do IMIP – CADEFI. *Int J Dent*. 2008; 7(1):15-21.
36. Gardenal M, Bastos PRHO, Pontes ERJC, Bogo D. Predominance of Orofacials Fissure Diagnosed in Refference Service in Resident Cases in Mato Grosso do Sul State. *Intl. Arch. Otorhinolaryngol*. 2011; 15(2):133-141.
37. Vrouwe SQ, Lowry RB, Olson JL, Wilkes GH. The Birth Prevalence of Cleft Lip and Palate in Canadian Aboriginal Peoples: A Registry Study. *Plast. Reconstr. Surg*. 2013; 131(4):649e-50e.
38. Aljohar A, Ravichandran K, Subhani S. Pattern of Cleft Lip and Palate in Hospital-Based Population in Saudi Arabia: Retrospective Study. *Cleft Palate–Craniofac J*. 2008; 45(6):592-6.
39. Martelli-Junior H, Porto LV, Martelli DR, Bonan PR, Freitas AB, Coletta RD. Prevalence of nonsyndromic oral clefts in a reference hospital in the state of Minas Gerais, Brazil, between 2000-2005. *Braz Oral Res*. 2007; 21:314-7.
40. Silva RN. *Características epidemiológicas de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas atendidas no Hospital Infantil Albert Sabin, Fortaleza – CE* [Dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2010.
41. 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 Sci Health Sci*. 2005; 27(1):31-5.
42. Lei RL, Chen HS, Huang BY, Chen YC, Chen PK, Lee HY et al. Population-Based Study of Birth Prevalence and Factors Associated with Cleft Lip and/or Palate in Taiwan 2002–2009. *PLos ONE*. 2013; 8(3).