



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

JORGE LUIZ DE ALMEIDA TEIXEIRA

DISTRIBUIÇÃO, CARACTERIZAÇÃO E
DETERMINAÇÃO DA INCIDÊNCIA DOS CASOS DE
FISSURA OROFACIAL NO ESTADO DE SERGIPE,
BRASIL

ARACAJU

2015



JORGE LUIZ DE ALMEIDA TEIXEIRA

**DISTRIBUIÇÃO, CARACTERIZAÇÃO E
DETERMINAÇÃO DA INCIDÊNCIA DOS CASOS DE
FISSURA OROFACIAL NO ESTADO DE SERGIPE,
BRASIL**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Ferreira da Silva

ARACAJU

2015

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA BISAU
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

T266 Teixeira, Jorge Luiz de Almeida
Distribuição, caracterização e determinação de incidência
dos casos de fissura orofacial no estado de Sergipe, Brasil. /
Jorge Luiz de Almeida Teixeira ; orientador Luiz Carlos
Ferreira da Silva. – Aracaju, 2015.
51 f. il.

Dissertação (mestrado em Ciências da Saúde) –
Universidade Federal de Sergipe, 2015.

1. Fenda labial. 2 Fissura palatina. 3. Incidência. I. Silva,
Luiz Carlos Ferreira da, orient. II. Título.

CDU 616.315-007.254

JORGE LUIZ DE ALMEIDA TEIXEIRA

**DISTRIBUIÇÃO, CARACTERIZAÇÃO E
DETERMINAÇÃO DA INCIDÊNCIA DOS CASOS DE
FISSURA OROFACIAL NO ESTADO DE SERGIPE,
BRASIL**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação
em Medicina da Universidade Federal de Sergipe como
requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em
Ciências da Saúde.

Aprovada em: 20/02/2015

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Ferreira da Silva

1º examinador: Maria Irene Bachega

2º examinador: Rosana Cipolotti

PARECER

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

A Deus pelo dom da vida.

Aos Meus Pais, Florival Alves Teixeira e Maria Lídia Teixeira, fonte de inspiração e dedicação.

A Minha Esposa, Alina Karime Austregésilo de Athayde Ferreira Teixeira, minha alma gêmea.

Aos Meus Filhos, Lucas Ferreira de Almeida Teixeira e Jorge Alberto Ferreira de Almeida Teixeira, meus tesouros.

E a minha irmã, Floricélia Almeida Teixeira Barros, fonte inspiradora.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo Dom da Vida e Luz do Espírito Santo.

Aos Meus Pais fonte de inspiração e dedicação

À Alina minha esposa e alma gêmea pelo seu amor, paciência e dedicação.

Aos Meus Filhos, meus tesouros, pela paciência.

À Floricélia minha irmã por ser minha fonte inspiradora incondicional.

Ao meu orientador Prof. Dr. Luiz Carlos Ferreira da Silva, pela sua retidão e amizade.
Meu reconhecimento pela excelente orientação, o que permitiu o desenvolvimento deste trabalho.

A Rosany Larissa Brito de Oliveira pela imensa colaboração, dedicação e incentivo.

Ao Prof. Dr. Marco Antônio Prado Nunes pela disponibilidade e análise estatística.

A Prof. Dra. Maria Irene Bachega de Bauru pela colaboração na pesquisa bibliográfica e estímulo.

A Leisa Cunha dos Santos, professora de inglês por ter acreditado no meu potencial.

As funcionárias da Clínica Menino Jesus pela paciência e apoio.

Aos Professores do núcleo de pós-graduação pela dedicação, disponibilidade e aprendizado.

Em Especial a Prof. Dra. Rosana Cipolotti que adotou o projeto desde o início.

Aos funcionários do núcleo de pós-graduação pela acolhida.

Aos colegas de mestrado pelas contribuições e sempre necessárias à construção do conhecimento, com quem tive o privilégio de aprender nas discussões dos grandes temas.

Aos colegas do mestrado da terceira idade: Cristiano, Ana Jovina e Osvaldo pelo apoio.

A toda equipe da SEAFESE, pela ajuda incondicional.

Aos Médicos Carlos Henrique Cardoso Teixeira meu sobrinho e a Priscila Teles Archanjo pela contribuição na pesquisa.

Aos pacientes da Sociedade Especializada em Atendimento ao Fissurado do Estado de Sergipe, que contribuíram imensamente para realização desta dissertação o meu mais profundo agradecimento.

A Secretaria de Estado da Saúde pela liberação da pesquisa.

As Secretarias de saúde municipais dos 75 municípios por terem disponibilizado os dados para pesquisa, através das suas unidades de vigilância epidemiológica.

Em especial a Silvana de Barros e pela disponibilidade e ajuda com os dados do SINASC.

As maternidades da capital e do interior pela participação na pesquisa.

A Universidade Federal de Sergipe, pela oportunidade de realização do Mestrado em Ciências da Saúde.

Enfim, a todas as pessoas que das mais diversas formas colaboraram para a realização deste trabalho, meu sincero muito obrigado!

“A dúvida é o início da sabedoria”

Aristóteles

RESUMO

Distribuição, caracterização e determinação da incidência dos casos de fissura orofacial no estado de Sergipe, Brasil, Jorge Luiz de Almeida Teixeira, Aracaju – SE, Brasil, 2015.

A fissura orofacial (FO) resulta de má formação congênita decorrente de falhas no desenvolvimento ou na maturação dos processos embrionários. A obtenção de dados sobre a incidência FO não é difícil, por ser uma malformação de fácil visualização. Entretanto, no Brasil, os dados epidemiológicos referentes à FO não são precisos. O objetivo dessa pesquisa foi determinar a distribuição, caracterização e incidência dos casos de fissura orofacial no estado de Sergipe, Brasil. Nesta pesquisa foi realizado um estudo com dois cortes, um retrospectivo e outro prospectivo. Inicialmente foi realizado um estudo observacional, transversal e retrospectivo de base populacional dos indivíduos com FO atendidos na SEAFESE, no período de outubro de 2003 a setembro de 2013, sendo determinada a taxa de prevalência de FO. Em seguida, foi realizado um estudo observacional, longitudinal e prospectivo para determinação da taxa de incidência, através de busca ativa, no estado de Sergipe, no período de outubro de 2013 a setembro de 2014. No estudo de incidência foram utilizados como instrumentos de coleta o exame clínico e o roteiro de entrevista. Foram realizados acompanhamentos com as equipes de epidemiologia de cada município do estado de Sergipe e nas maternidades da capital e do interior, através de visitas pessoais e/ou através de contato por telefone. Esses indivíduos foram recrutados a comparecerem à SEAFESE, para realização da coleta dos dados sociodemográficos, do nascimento e da classificação da fissura. Encontraram-se 669 fissurados registrados na SEAFESE, a média de idade dessa população foi de 15,3 anos, com uma renda mensal entre um e dois salários mínimos, natural do interior do estado de Sergipe e dependente do Sistema Único de Saúde (SUS). A fissura mais ocorrente foi a transforame (48,1%), seguida pela pós-forame (26,8%) e pré-forame (25,1%). Observou-se maior frequência das fissuras unilaterais (72,4%). Foi encontrada uma prevalência 1 caso para cada 1201 nascidos vivos, com os dados obtidos na SEAFESE e uma prevalência 1 caso para cada 2049 com os dados obtidos a partir dos dados do DATASUS. Quanto à incidência, foi observada uma taxa de 0,78:1000, através da busca ativa. Já com os dados do SINASC, a incidência foi de 0,54:1000, isso porque, houve uma subnotificação de 08 casos de FO no SINASC, quando comparado com os resultados da nossa pesquisa. Pode-se concluir que houve 26 novos casos de fissura orofacial no estado de Sergipe e uma subnotificação de 30% dos casos de FO. Na população estudada o um perfil sociodemográfico predominante foi de indivíduos do sexo masculino, de cor branca, oriundos do interior do estado de Sergipe, com uma renda mensal de até 1 salário mínimo e usuários do SUS.

Descritores: Fenda Labial; Fissura Palatina; Incidência; Prevalência.

ABSTRACT

Distribution, characterization and determination of the incidence of the orofacial cleft cases in the Sergipe state, Brazil, Jorge Luiz de Almeida Teixeira, Aracaju – SE, Brasil, 2015.

The orofacial cleft (OC) is a birth defect resulting from failures in the development or maturation of embryonic processes. Obtaining data about the FO incidence is not difficult, because it is malformation of easy viewing. However, in Brazil, epidemiological data about FO is not accurate. The objective of this research was to determine the distribution, characterization and incidence the orofacial cleft cases in the the Sergipe state, Brazil. This research was conducted with two cuts, a retrospective and prospective. Initially was realized an observational, cross-sectional and retrospective population-based study with the individuals with OC treated at SEAFESE, from October 2003 to September 2013 and It was determined the prevalence of the OC. Then, It was realizes an observational, longitudinal and prospective study to determine the incidence, through an active search in the Sergipe state, from October 2013 to September 2014. In the incidence study were used as data collection instruments the clinical examination and the interview script. The monitoring was carried out with the epidemiology of teams in each county in the Sergipe state and in the maternity hospitals in the capital and the countryside, through personal visits and/or through contact by phone. These people were recruited to be attend in the SEAFESE, to collect the sociodemographic data, birth and the fissure classification. It was found 669 cleft in SEAFESE, the average age of this population was 15.3 years, with a monthly income between one and two minimum wages, native of the countryside and dependent on the Unified Health System (SUS). The most observed cleft was the trans-foramen (48.1%), followed by post-foramen (26.8%) and pre-foramen (25.1%). It was find a higher frequency of unilateral clefts (72.4%). The prevalence found it was 1 case per 1201 live births, with the data obtained in SEAFESE and a prevalence it was 1 case per 2049 live births with the data obtained from DATASUS. In relation about the incidence, It was 0.78:1000, through an active search. The SINASC data, the incidence was 0.54:1000, this occurred because there was an underreporting of 08 CLP cases in SINASC when we compared the results of our research. Was concluded that there were 26 new cases of orofacial cleft in the Sergipe state and an underreporting of 30% of cases of FO. In the population studied, a predominant demographic profile was males, white, from the countryside, with a monthly income of 1 minimum wage and SUS users.

Keywords: Cleft Lip; Cleft Palate; Incidence; Prevalence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DATASUS: Departamento de Informática do SUS

DN: Declaração de Nascido Vivo

DP: Desvio Padrão

FO: Fissura Orofacial

PUCRS: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

SEAFESE: Sociedade Especializada em Atendimento ao Fissurado no Estado de Sergipe

SINASC: Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos

SUS: Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1. Embriogênese do lábio	15
2.2 Embriogênese do palato.....	16
2.3 Classificação das fissuras orofaciais	17
2.4 Epidemiologia.....	19
3 OBJETIVOS	22
4 CASUÍSTICA E MÉTODOS	23
5 RESULTADOS	29
6 DISCUSSÃO	36
7 CONCLUSÕES.....	41
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	49
APÊNDICE B - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	51

1 INTRODUÇÃO

O nascimento de crianças malformadas vem impressionando o homem desde tempos mais remotos. As explicações atribuídas às malformações mudaram ao longo do tempo e variaram de acordo com a civilização. Consideradas como presságios pelos povos antigos ou como prova de ligações com demônios na Idade Média, as malformações congênitas fizeram com que muitas crianças e mães fossem sacrificadas. Uma das teorias mais aceitas durante a Idade Média foi a das impressões maternas, segundo a qual, as impressões visuais e emocionais das mães, durante a gestação, afetariam o desenvolvimento do concepto, deixando-o “marcado” pelo evento (MONTELEONE-NETO; CASTILLA; LOPEZ-CAMELO, 1991).

Entende-se como defeito congênito qualquer anomalia anatômica, metabólica ou funcional, herdada por um mecanismo de transmissão mendeliano, ou causada por uma mutação gênica nova, por uma alteração cromossômica ou por um insulto físico, químico ou infeccioso sobre o feto ou embrião em desenvolvimento. Suas causas podem ser genéticas ou ambientais, sendo, na maioria das vezes, de origem multifatorial, onde fatores de predisposição genética interagem com fatores ambientais desencadeadores (CASTILLA et al., 1996).

A fissura orofacial resulta de má formação congênita decorrente da falta de fusão entre os processos faciais embrionários e os processos palatinos, entre a quarta e a décima segunda semana de vida intrauterina, período no qual ocorre a formação de estruturas do organismo como cérebro, olhos, órgãos digestivos, língua e vasos sanguíneos (WONG; HAGG, 2004). Embora a etiologia da FO não esteja totalmente elucidada, acredita-se que seja complexa e multifatorial, envolvendo fatores genéticos e ambientais em conjunto (MURRAY, 2002; SOUZA-FREITAS et al., 2004).

A taxa de prevalência da FO mundial varia de acordo com a etnia, a origem geográfica e os fatores socioeconômicos (MURRAY, 2002). Na América do Sul essa taxa é de 1:1000 nascidos vivos (LOFREDO et al., 1994). No Brasil, os dados referentes à epidemiologia da FO não são precisos, todavia a incidência dessa malformação parece situar-se em torno de 0,36

afetados para cada 1000 nascidos vivos. No Nordeste brasileiro, essa incidência é de 0,39 afetados para cada 1000 nascidos vivos, sendo, portanto, maior que a média nacional (RODRIGUES et al., 2009). Em Sergipe, estima-se a ocorrência de 22 novos casos de FO por ano, o que corresponde a 0,64 afetados para cada 1000 nascidos vivos (BRASIL, 2015).

Nos últimos anos a prevalência da FO aumentou em 2,58 vezes. Acredita-se que tal tendência é decorrente de melhoria contínua na obtenção da informação, com o aumento das notificações e, conseqüentemente, o registro de um número de casos mais próximo do real (LOFFREDO et al., 1994). Dessa forma, pode-se observar que os dados referentes à epidemiologia da FO não são precisos no Brasil, o que justifica a necessidade da realização de trabalhos científicos para a obtenção de dados fidedignos sobre a epidemiologia da fissura orofacial no estado de Sergipe.

2 REVISÃO DE LITERATURA

As malformações da face e do crânio constituem uma categoria importante de defeitos congênitos porque interferem devastadoramente psicológica e fisiologicamente o indivíduo afetado e ainda em sua adaptação social (PERSSON; BECKER; SVENSSON, 2008).

O nascimento de uma criança com FO se apresenta como um tempo de crise, mesmo que temporária. A expectativa é sempre de uma criança saudável e a presença de uma malformação craniofacial interrompe essa expectativa (ENDRIGA; KAPP- SIMON, 1999).

As FO são anormalidades congênitas encontradas com frequência, caracterizadas pela descontinuidade das estruturas do lábio, palato ou ambos, causando, muitas vezes, deficiências na fala, mastigação e deglutição (LOFREDO et al., 1994; MURRAY, 2002). Seu aparecimento resulta da falta de fusão dos processos nasal da proeminência frontal com o processo maxilar na sétima semana de desenvolvimento embrionário (fissura labial) ou da falta de fusão na linha mediana, dos processos bilaterais independente dos maxilares por volta da décima semana de vida intrauterina (fissura palatina) (WONG; HAGG, 2004).

Foi observada uma associação entre as FO e o baixo nível socioeconômico populacional (ACUNA-GONZÁLEZ et al., 2011). Nos países desenvolvidos, apesar dos avanços muito significativos no tratamento, ainda existem problemas de acesso, enquanto que nos países em desenvolvimento os principais problemas são a falta de acesso e infraestrutura. Além disso, a principal questão contemporânea refere-se à melhoria da base de conhecimentos referente aos procedimentos realizados durante o tratamento dos indivíduos com FO, essa melhoria na base de dados busca otimizar a qualidade do atendimento (MOSSEY; MODELL, 2012).

Em 1998, um processo de centralização foi iniciado para os serviços que fazia atendimento a indivíduos com FO na Inglaterra. Com o objetivo de avaliar a qualidade do atendimento após a centralização, foi realizada uma pesquisa com pais de indivíduos com FO, nascidos entre 1997 e 2008. Foi observado que o tratamento cirúrgico tornou-se mais consistente

e que os pais referiram uma melhora no atendimento após a centralização (FITZSIMONS et al., 2012)

2.1 EMBRIOGÊNESE DO LÁBIO

Para conhecer a patogênese da FO, é necessário estudar os processos de desenvolvimento embrionário do lábio e do palato, isso porque, embriologicamente, as fissuras labiais são distintas das fissuras palatinas, com relação ao tempo de surgimento e à origem da malformação (LOFFREDO et al., 1994).

Em torno do 28º dia do desenvolvimento, aparecem espessamentos no ectoderma da eminência frontal. Esses espessamentos são os placódios olfatórios que migram para anterior, formando uma eminência em forma de ferradura, que delimita o orifício nasal, estabelecendo os processos nasal lateral e medial. Entre os dois processos nasais mediais encontra-se uma depressão, que é o processo frontonasal. Os dois processos nasais mediais com o frontonasal formam a porção medial do nariz, a porção anterior da maxila e do palato (palato primário) (ARANA; KATCHBURIAN, 2004).

O lábio superior, por sua vez, é formado pelos processos maxilares e nasais mediais que vão crescendo em direção à linha mediana, onde se fundem. Assim, o processo frontonasal é deslocado, deixando de ocupar a região do lábio superior. Já o lábio inferior é formado pela fusão dos dois processos mandibulares na linha mediana. Dessa maneira, pode-se observar que a formação do lábio superior é mais complexa que a do lábio inferior (ARANA; KATCHBURIAN, 2004).

Os processos maxilares não se fundem entre si na porção anterior, ficando entre eles os processos nasais mediais, dessa forma, uma falha nessa fusão levará à fissura labial, com ou sem envolvimento alveolar, podendo ser uni ou bilateral (ARANA; KATCHBURIAN, 2004; WONG; HAGG, 2004). Isso porque as estruturas envolvidas na formação do palato primário contribuem para a formação do lábio, rebordo alveolar anterior e palato primário, anteriores ao forame incisivo (WONG; HAGG, 2004).

A fissura central, oriunda da união incompleta dos processos nasais mediais é rara e, em torno do 38º dia de gestação, a fusão de todos os processos da face se completa (ARANA; KATCHBURIAN, 2004).

2.2 EMBRIOGÊNESE DO PALATO

No início do desenvolvimento do palato, as cavidades nasal e oral comunicam-se e o espaço entre elas é ocupado pela língua em desenvolvimento e delimitado anteriormente pelo palato primário. Somente quando o palato secundário se desenvolve é que as cavidades oral e nasal se separam (ARANA; KATCHBURIAN, 2004).

A formação do palato secundário ocorre entre a 7ª e 8ª semana de gestação, decorrente de uma fusão medial das cristas palatinas, formadas a partir dos processos maxilares. O palato secundário dá origem ao palato duro remanescente e ao palato mole, posteriores ao forame incisivo, que é o ponto de união entre os palatos primário e secundário (WONG; HAGG, 2004).

As cristas palatinas, inicialmente, aparecem como duas lâminas orientadas verticalmente para baixo, como extensão da proeminência maxilar de cada lado da língua. Com o contínuo crescimento, por volta da 9ª semana, ocorre um rebaixamento aparente da língua, permitindo que as cristas palatinas se elevem fundindo-se entre si e com o septo nasal (ARANA; KATCHBURIAN, 2004; WONG; HAGG, 2004).

A movimentação e o fechamento das cristas palatinas envolvem uma força intrínseca, assim, falhas na sincronização dos movimentos e do crescimento das cristas palatinas, de elementos da língua, da mandíbula e da cabeça em geral podem afetar o fechamento normal do palato, causando as fissuras palatinas, que podem acometer apenas o palato mole ou o palato mole e duro simultaneamente (ARANA; KATCHBURIAN, 2004).

2.3 CLASSIFICAÇÃO DAS FISSURAS OROFACIAIS

2.3.1 CLASSIFICAÇÃO DE DAVIS E RITCHIE

Uma das primeiras classificações da FO é a de Davis e Ritchie (1922). Estes autores se basearam na posição da fissura em relação ao processo alveolar, categorizando a fenda em três grupos:

Grupo I: Fissura pré-alveolar, quando envolve somente o lábio. Pode ser unilateral, bilateral ou mediana.

Grupo II: Fissura pós-alveolar, comprometendo palato mole, palato mole mais palato duro ou fissura submucosa.

Grupo III: Fissura alveolar, que pode ser unilateral, bilateral ou mediana.

2.3.2 CLASSIFICAÇÃO DE SPINA

Não existe ainda um esquema de classificação universalmente aceito que englobe totalmente, descreva com precisão e integre todos os diferentes tipos de fendas orofaciais e craniofaciais (EPPLEY, 2005). Diante da grande variabilidade clínica dessa anomalia, vários sistemas de classificação foram propostos, mas o mais utilizado no Brasil é o de Spina et al. (1972), o qual se fundamenta na teoria embriológica de fusão dos processos faciais e toma como referência o forame incisivo, categorizando as fissuras em quatro grupos:

Grupo I: Fissura pré-forame incisivo – envolve somente o palato primário, podendo abranger o lábio e o rebordo alveolar; clinicamente pode variar desde uma fissura cicatricial no lábio superior (cicatriz de Keith) até o rompimento completo do palato primário, envolvendo o lábio superior, rebordo alveolar e assoalho da fossa nasal, terminando na região do forame incisivo. É subclassificada em completa ou incompleta, uni ou bilateral ou mediana;

Grupo II: Fissura transforame incisivo – envolve completamente os palatos primário e secundário, estendendo-se desde o lábio superior até o palato mole e úvula, pode ser uni ou bilateral;

Grupo III: Fissura pós-forame incisivo – envolve somente o palato secundário, podendo ser completa ou incompleta, comprometendo os palatos duro e mole ou somente o palato mole, respectivamente;

Grupo IV: Fissuras raras da face – compreende as fissuras que envolvem estruturas faciais outras, além do lábio e/ou palato; incluem-se neste grupo a fissura naso-ocular, fissura oblíqua (bucal-ocular), fissura horizontal (macrostomia), fissura transversa (bucoauricular) e fissura da mandíbula, lábio inferior e nariz.

Uma condição omitida pela classificação de Spina et al. (1972) é a fissura submucosa. Essa fissura subclínica é classificada como pós-forame incisivo, sendo caracterizada pela falta de fusão entre as estruturas ósseas e/ou musculares na linha média do palato, porém com a fusão normal da camada mucosa, o que confere ao palato uma falsa ideia de normalidade (D'AGOSTINHO; MACHADO; LIMA, 1997).

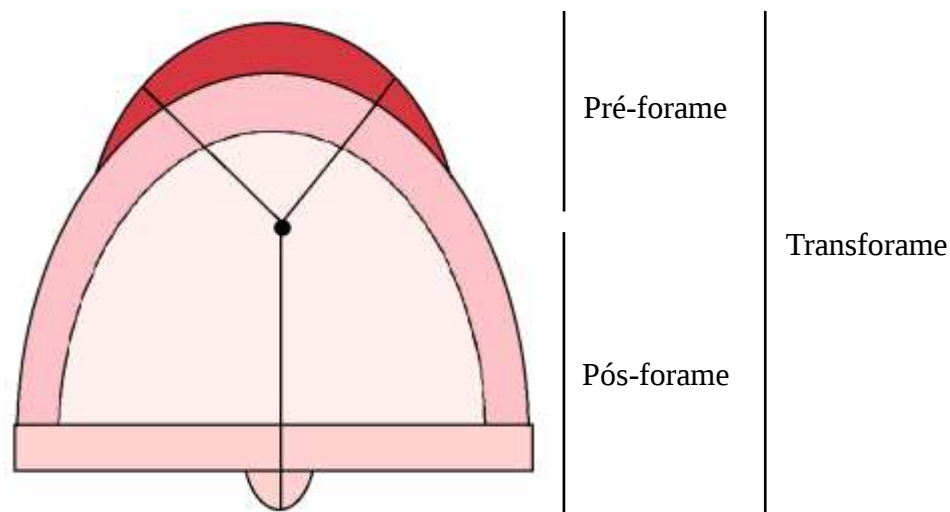


Figura 1: Ilustração da classificação das fissuras orofaciais segundo Spina et al. (1972).

2.4 EPIDEMIOLOGIA

As FO são o segundo defeito congênito mais frequente, sendo o primeiro, as malformações do sistema nervoso central (AMORIM et al., 2006). A taxa de nascimento mundial estimada é de 250.000 novos casos de portadores de FO por ano (LEE; NUNN; WRIGHT, 1997). As estimativas da literatura internacional trazem a taxa de incidência da FO entre 0,8 e 1,6 casos para cada mil nascidos vivos (CARTER, 1969; FOGH, 1961; NEEL, 1958).

Foram realizados estudos epidemiológicos sobre a incidência de fissuras em diversas regiões do mundo, principalmente na Europa, onde os resultados variaram de 1,0/1000 a 2,21/1000. A maior incidência foi na Tchecoslováquia (1,81/1000), seguida pela França (1,75/1000), Finlândia (1,74/1000), Dinamarca (1,69/1000), Bélgica e Holanda (1,47/1000), Itália (1,33/1000), Califórnia (1,12/1000) e América do Sul (1,0/1000) (DERIJCKE, EERENS, CARELS, 1996).

Já nas Américas, nos Estados Unidos é relatado uma incidência de FO de 1,06 em 1000 nascidos vivos, com 4.437 casos a cada ano (PARKER, 2010). Porém, um estudo isolado realizado em 1963, em 11 tribos indígenas do estado americano de Montana, revelou uma incidência extremamente elevada de fissuras em comparação com outras populações 3,6:1000. Esta incidência representou o dobro em relação à população não indígena do estado (THORNTON, NIMER, HOWARD, 1996). A incidência de FO no nordeste do México foi de 1,1: 1000 nascidos vivos (BLANCO-DAVILA, 2003) e na América do Sul a taxa de incidência das FO é de 1:1000 nascidos vivos (LOFREDO et al., 1994). No Brasil, essa taxa é de 1:650 nascidos vivos (RIBEIRO; MOREIRA, 2005; MCLEOD; URIOSTE; SAEED, 2004).

A África é o continente onde se observam as menores taxas de incidência. Foi realizado um estudo prospectivo de um ano em sete hospitais e centros de saúde na região metropolitana de Uganda. A incidência global do estudo foi de 0,73 para 1000 nascidos vivos (DREISE, GALIWANGO, HODGES, 2011). Na Nigéria, a taxa de incidência foi de 0,37 em 1.000 nascidos vivos (IREGBULEM, 1982), no Malawi 0,67 em 1000 (MSAMATI; IGBIGBI; CHISIS, 2000), no Sudão 0,9:1000 (SULEIMAN et al., 2005) e na Zâmbia 0,24:1000 nascidos vivos (FELLS; JOVIC; BEVERIDGE, 2008).

A incidência estimada de fissura oral é maior nos asiáticos (KLING et al., 2014). No Japão, a incidência de fissuras é de 1,14 a 2,13 para cada 1000 nascimentos com vida. (THORNTON; NIMER; HOWARD, 1996). Na China, a incidência de fissuras varia de 1,33 por 1000 (HU et al, 1982). No Irã essa incidência varia de 1,05 por 1000 a 1,09 por 1000 (MIRFAZELI et al., 2012; SOLTANI et al., 2014).

A taxa mundial da prevalência de FO é 0,5:1000 nascidos vivos. Em orientais essa prevalência é maior, com uma taxa de 1,7:1000 (VIEIRA et al., 2002). Em afro-americanos a prevalência é menor de 0,4:1000 (VIEIRA et al., 2002). Já a prevalência encontrada em um estudo em Uganda foi um pouco maior, sendo 0,77:1.000 (KESANDE et al., 2014).

Na Dinamarca, a taxa de prevalência é de 2,34:1000 (PEDERSEN et al., 2014). Em outro estudo, nos Estados Unidos foi encontrada 49.5% eram hispânicos, 30.5% brancos, 11.5% asiáticos, 5.9% afro-americanos, 0.4% americanos nativos e 2% não foram classificados (SAAD et al., 2014).

No Brasil existem alguns estudos sobre a prevalência de FO. Nagem Filho, Moraes e Rocha (1968) realizaram sua pesquisa entre escolares de Bauru, SP, obtendo a prevalência de 1,54 por 1.000; Souza, Buchalla e Laurenti (1987) analisaram 12.782 prontuários de maternidades e encontraram a prevalência de 0,47 por 1.000; Rodrigues et al. (2009) realizaram um estudo com base nacional apontou uma prevalência de 0,36 por 1.000 nascidos vivos, com uma distribuição maior para as regiões sul e centro-oeste.

Num estudo de casos realizado no Serviço de Defeitos da Face da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), num período compreendido entre agosto de 1987 e dezembro de 1997, dos 750 pacientes portadores de FO, 96,3% dos pacientes eram da raça branca; 2,5%, da raça negra e 1,2%, de outras raças (FURLANETO; PRETTO, 2000).

O sexo masculino é mais afetado do que o feminino (THORNTON; NIMER; HOWARD, 1996). O que é corroborado por um estudo de 750 casos do Serviço de Defeitos da Face da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), quando foi observado que 54,6% desses indivíduos eram do sexo masculino e 45,4% do feminino (FURLANETO; PRETTO, 2000).

As fissuras labiais são mais comuns no sexo masculino e as palatinas no sexo feminino, sendo mais incidente no lado esquerdo, com uma taxa de 60% (ABDO; MACHADO, 2005).

As FO podem se apresentar em diversos graus de severidade, envolvendo total ou parcialmente o lábio, rebordo alveolar e palato. Além disso, podem também se apresentar associadas a síndromes e/ou sequencias (MERRIT, 2005).

A etiologia das FO é considerada como sendo multifatorial, com a participação de fatores genéticos (em que estão relacionadas alterações de um único gene, interações poligênicas e desordens cromossômicas), ambientais, principalmente fatores teratogênicos (fumo, álcool, medicações entre outros), isolados ou combinados. De 25 a 30% dos casos de FO estão associados a fatores genéticos e 70 a 80% dos casos a fatores ambientais (ABDO, MACHADO, 2005). Entre os fatores ambientais, estudos indicam que a suplementação de ácido fólico, três meses antes da gestação, pode reduzir o risco de ocorrência de FO (FIGUEIREDO et al., 2014; KELLY; O'DOWD; REULBACH, 2012). O consumo materno de álcool é relatado como fator de risco para o nascimento de bebês com FO (BEZERRA et al., 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Determinar a distribuição, caracterização e incidência dos casos de fissura orofacial no estado de Sergipe, Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

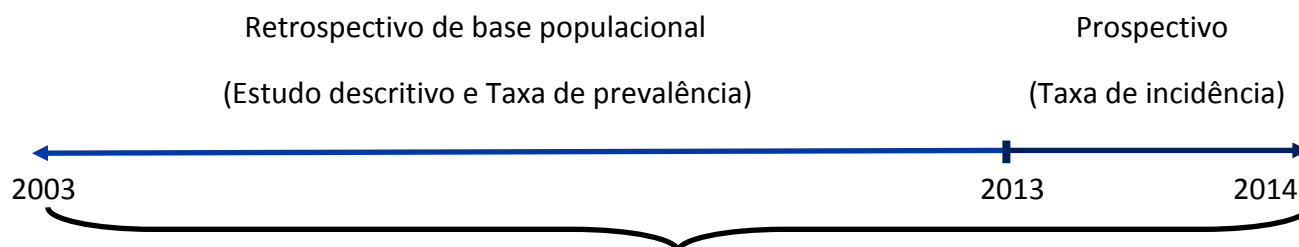
- Verificar a notificação dessa malformação no estado de Sergipe.
- Estimar a prevalência de FO no estado de Sergipe.
- Estimar a incidência de FO no estado de Sergipe.
- Traçar o perfil demográfico da população estudada.

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 DESENHO DA PESQUISA

Nesta pesquisa foi realizado um estudo com dois cortes, um retrospectivo e outro prospectivo. Inicialmente foi realizado um estudo observacional, transversal e retrospectivo de base populacional dos indivíduos com FO atendidos na SEAFESE, no período de outubro de 2003 a setembro de 2013. Foi determinada, ainda, a taxa de prevalência de FO no período de 2003 a 2013.

Em seguida, foi realizado um estudo observacional, longitudinal e prospectivo para determinação da taxa de incidência no estado de Sergipe, no período de outubro de 2013 a setembro de 2014, conforme pode-se observar na linha do tempo abaixo.



4.2 ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

4.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos todos os pacientes atendidos na SEAFESE no período de outubro de 2003 a setembro de 2013.

4.2.2 CRITÉRIOS DE NÃO INCLUSÃO

Não foram incluídos prontuários incompletos e pacientes de outros estados.

4.2.3 FASE EXPLORATÓRIA

Nessa etapa foram definidos o espaço geográfico da pesquisa, os componentes da amostra, a construção do instrumento de coleta de dados e a verificação de sua viabilidade diante dos objetivos propostos.

O espaço geográfico da pesquisa foi a SEAFESE, que é o centro de referência de atendimento ao fissurado no estado de Sergipe. A SEAFESE foi inaugurada em 10 de outubro de 2003, possuindo 789 indivíduos cadastrados com fissuras orofaciais que residem nos estados de Sergipe, Bahia e Alagoas. Esta entidade presta tratamento multidisciplinar a todos os pacientes, seguindo um protocolo que pode ser visto no quadro 1. Contém uma equipe de profissionais composta por cirurgião plástico, cirurgião bucomaxilofacial, cirurgião-dentista clínico, ortodontista, assistente social, enfermeira, psicóloga e fonoaudióloga, que atende pacientes vindos de diversos municípios.

Quadro 1: Protocolo cirúrgico empregado na SEAFESE.

Protocolo do tratamento cirúrgico	
Idade do Paciente	Tratamento
0 - 3 meses	Avaliação inicial
3 meses	Queiloplastia
12 meses	Palatoplastia
10 - 12 anos	Cirurgias secundárias
12 - 16 anos	Cirurgia secundária (rinoplastia)
≥ 17 anos	Cirurgia secundária (cirurgia ortognática)

Fonte: Normas regulamentadas pela equipe de cirurgiões da SEAFESE, 2015.

4.2.4 COLETA DE DADOS

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAAE – 13875513.3.0000.5546), cumprindo os preceitos éticos de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, em investigação com seres humanos, conforme consta na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, deu-se início a coleta de dados da referida pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por um período de seis meses. Para tanto, foi utilizado como instrumento de coleta de dados os prontuários desses pacientes.

4.3 ESTUDO DE INCIDÊNCIA

4.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos todos os nascidos vivos portadores de FO do estado de Sergipe, por um período de um ano (outubro de 2013 a setembro de 2014).

4.3.2 FASES DA PESQUISA

4.3.2.1 FASE EXPLORATÓRIA

Nesta etapa foi definido o espaço geográfico da pesquisa, os componentes da amostra, a construção do instrumento de coleta de dados e a verificação de sua viabilidade diante dos objetivos propostos.

O espaço geográfico da pesquisa foi o estado de Sergipe, que é composto por 75 municípios.

4.3.2.2 PROCESSO DIAGNÓSTICO

O diagnóstico das FO foi realizado através da anamnese, onde foi realizada a categorização da fissura, através da classificação de Spina e colaboradores (1972).

4.3.2.3 COLETA DE DADOS

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAAE – 13875513.3.0000.5546), deu-se início a coleta de dados da referida pesquisa. Os responsáveis pelos recém-nascidos foram esclarecidos sobre os objetivos e metodologia da pesquisa e, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), foi realizada a coleta dos dados, de outubro de 2013 a setembro de 2014, tendo como população-alvo os portadores de FO nascidos vivos.

Foi distribuído nas maternidades e nas equipes de epidemiologia de cada município um folder explicativo, que continha informações claras e objetivas sobre a malformação e para onde os portadores de FO devem ser encaminhados (Sociedade Especializada no Atendimento ao Fissurado do Estado de Sergipe - SEAFESE). Foi utilizado como instrumento de coleta o exame clínico e um roteiro de entrevista (APÊNDICE B).

Para a busca ativa dos nascidos vivos com FO, foi realizado contato com as equipes de epidemiologia de cada município do estado de Sergipe. Esse contato era quinzenal em 65 municípios e semanal em 10 municípios, através de visitas pessoais e/ou através de contato por telefone. Além disso, as maternidades da capital, Nossa Senhora de Lourdes, Santa Izabel, São Gabriel e Santa Helena, bem como as maternidades de Estância, Lagarto, Itabaiana, Capela e Propriá, foram monitoradas semanalmente.

Esses indivíduos foram recrutados a comparecer ao Serviço de Atendimento ao Fissurado do Estado de Sergipe, para realização da anamnese e da cirurgia de reparação da fissura através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os dados referentes à incidência foram comparados com as informações obtidas a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde/Fundação Nacional de

Saúde/Centro Nacional de Epidemiologia - Departamento de Informática do SUS (MS/FNS/CENEPI-DATASUS) do estado de Sergipe.

4.4 SELEÇÃO DAS VARIÁVEIS

4.4.1 VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS

1. Data de nascimento
2. Cor
3. Município onde foi registrado
4. Maternidade onde nasceu
5. Tipo de parto
6. Convênio
7. Gênero
8. Idade da genitora
9. Realização de exame pré-natal
10. Exames realizados no pré-natal
11. Histórico de ocorrência de FO na família
12. Renda familiar

4.4.2 VARIÁVEIS QUANTO AO TIPO DE FO

Os indivíduos foram categorizados em 4 grupos, segundo a classificação de Spina et al. (1972).

1. Grupo I: Fissura pré-forame incisivo: podendo ser completa ou incompleta, uni ou bilateral ou mediana;
2. Grupo II: Fissura transforame incisivo: podendo ser uni ou bilaterais;
3. Grupo III: Fissura pós-forame incisivo: podendo ser completa ou incompleta.
4. Grupo IV: Fissuras raras da face.

4.5 FASE DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os resultados obtidos nesta pesquisa foram, em um primeiro momento, submetidos à análise descritiva, sendo apresentados em forma de tabelas, tanto em valores absolutos quanto percentuais.

5 RESULTADOS

Foram avaliados 669 indivíduos com FO registrados na SEAFESE, cuja caracterização é apresentada na tabela 1. A média de idade foi 15,3 anos, com maior contingente situado na faixa etária entre seis e 10 anos (25,4%).

Não houve diferença entre os sexos masculino (49%) e feminino (51%). Quanto à renda mensal familiar, 89,3% dos indivíduos encontram-se no grupo com renda mensal entre um e dois salários mínimos.

Um maior percentual dos indivíduos com FO é natural do interior do estado de Sergipe (64%). A maioria dos indivíduos fissurados estudados é usuário do SUS e a maior parte das mães dos mesmos realizou acompanhamento médico pré-natal. Houve relatos de antecedentes familiares de FO por parte de 14,6% dos indivíduos estudados.

Tabela 1. Característica dos indivíduos com fissura orofacial, registrados na SEAFESE.

Variáveis	Fissurados N (%)
Sexo	
Feminino	341(51)
Masculino	328 (49)
Total	669 (100)
Idade da população (media $\pm$ DP*)	15,3 $\pm$ 12,0
Idade no momento do registro na SEAFESE (media $\pm$ DP*)	7,8 $\pm$ 11,2
Faixa etária (anos)	
De 1 a 5	130 (19,4)
De 6 a 10	170 (25,4)
De 11 a15	125 (18,7)
De 16 a 20	64 (9,7)
De 21 a 40	151 (22,5)
Acima de 40	29 (4,3)
Renda mensal familiar (Salários mínimos)	
Até 1	333 (49,8)
Até 2	264 (39,5)
Até 3	46 (6,9)
Até 4	21 (3,1)
Entre 5 e 10	4 (0,6)
Maior que 10	1 (0,1)
Naturalidade	
Aracaju	240 (36)
Interior – SE	429 (64)
Plano de saúde	
SUS	648 (96,9)
Particular	21 (3,1)
Pré-natal	
Sim	533 (79,7)
Não	136 (20,3)

Pode-se observar na tabela 2 que a fissura mais encontrada foi a transforame (48,1%), seguida pela pós-forame (26,8%) e pré-forame (25,1%). Levando-se em consideração as subclassificações, a fissura pós-forame foi a mais ocorrente (26,8%), seguida da transforame unilateral esquerda (19%) e transforame bilateral (18,8%).

Tabela 2. Distribuição dos pacientes segundo tipo de FO.

Tipo de Fissura	n	%	Frequência do grupo n(%)
Pós-Forame	179	26,8	179 (26,8)
Pré-Forame			168 (25,1)
Unilateral Incompleta Esquerda	43	6,4	
Unilateral Incompleta Direito	25	3,7	
Unilateral Completa Esquerda	60	9,0	
Unilateral Completa Direita	31	4,6	
Bilateral Incompleta	4	0,6	
Bilateral Completa	5	0,7	
Transforame			322 (48,1)
Unilateral Esquerda	127	19,0	
Unilateral Direito	69	10,3	
Bilateral	126	18,8	
Total	669	100,0	669 (100)

A tabela 3 mostra que a frequência de indivíduos com fissura unilateral é significativamente mais elevada que a de indivíduos com fissura bilateral (72,4 *versus* 27,6%)

Tabela 3. Classificação da FO quanto á lateralidade.

Fissuras pré e transforame	
Lateralidade	N (%)
Unilateral	355 (72,4)
Bilateral	135 (27,6)

Na tabela 4 pode-se observar que houve diferença significativa nas prevalências das fissuras unilaterais quanto ao lado, com maior frequência da fissura unilateral no lado esquerdo (64,8%).

Tabela 4. Classificação da FO unilateral quanto ao lado.

Fissura Unilateral	
Lado	N (%)
Direita	125 (35,2)
Esquerda	230 (64,8)

Na tabela 5 é observada a prevalência da FO obtida através dos dados do DATASUS e dos dados da SEAFESE dos indivíduos nascidos entre os anos de 2003 e 2013. Com os dados da SEAFESE, foi observada uma prevalência de 1 caso para cada 1201 indivíduos e com os dados obtidos a partir do DATASUS, a prevalência foi de 1 caso para cada 2049.

Tabela 5. Prevalência da FO registrados na SEAFESE e no DATASUS, em Sergipe, entre 2003 e 2013.

Ano	Nascidos vivos*	Número de novos casos de FO - DATASUS*	Prev/1000**	Número de novos casos de FO - SEAFESE	Prev/1000**
2003	37993	6	0,16	25	0,66
2004	37095	17	0,46	35	0,94
2005	37993	19	0,50	26	0,68
2006	37941	10	0,26	32	0,84
2007	36920	19	0,51	42	1,14
2008	37826	17	0,45	33	0,87
2009	36256	20	0,55	34	0,94
2010	35264	22	0,62	28	0,79
2011	36386	21	0,58	30	0,82
2012	35815	25	0,70	30	0,84
2013	34230	21	0,61	21	0,61
Total	403719	197	0,49	336	0,83

*Fonte: DATASUS.

**Prev/1000 – Prevalência por 1000 nascidos vivos.

Na tabela 6 pode-se observar a incidência dos casos de FO no estado de Sergipe, realizada através da busca ativa, quando foi encontrada uma taxa de 0,78 novos casos de fissura para cada 1000 nascidos vivos.

Tabela 6. Incidência dos indivíduos com FO nascidos entre outubro de 2013 a setembro de 2014 no estado de Sergipe – Brasil através da busca ativa.

Nascidos vivos**	Fissura pré-forame		Fissura transforame		Fissura pós forame		Total de fissuras	
	N	Inc/1000*	N	Inc/1000*	N	Inc/1000*	N	Inc/1000*
33540	11	0,33	11	0,33	4	0,12	26	0,78

* Inc/1000 – Incidência por 1000 nascidos vivos.

** Fonte: SINASC.

A incidência de FO no estado de Sergipe obtida através dos dados do SINASC, no mesmo período da pesquisa, foi de 0,54 novos casos de fissura para cada 1000 nascidos vivos. Considerando o registro de 33540 nascidos vivos e 18 portadores de FO.

Pode-se observar, portanto, que houve subnotificação de 08 casos de FO no SINASC, quando comparado com os resultados da atual pesquisa de busca ativa, o que representa um percentual de subnotificação de 30,7% do número de casos.

Dos 26 casos de FO encontrados nesta pesquisa, houve dois relatos de antecedentes familiares de FO, representando 7,6% dos indivíduos estudados. Houve também dois casos de Síndrome de Pierre Robin, o que corresponde a 7,6%. Não houve nenhum caso de fissura rara e nem de fissura submucosa.

Na tabela 7 é apresentada a caracterização dos 26 fissurados que nasceram no estado de Sergipe no período de outubro de 2013 a setembro de 2014. A maioria dos indivíduos era do sexo masculino (53,8%), de cor branca (65,4%), oriundos do interior do estado de Sergipe (80,8%), tinham uma renda mensal de até 1 salário mínimo (69,2%) e eram usuários do SUS (84,6%). Além disso, a maioria dos partos foi do tipo normal (69,2%) e a maioria das mães realizou o pré-natal (96,2%).

Tabela 7. Característica dos indivíduos com fissura orofacial, que nasceram no período de outubro de 2013 a setembro de 2014, no estado de Sergipe.

	Pré-forame		Transforame		Pós-forame		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Feminino	5	45,5	6	54,5	1	25,0	12	46,2
Masculino	6	54,5	5	45,5	3	75,0	14	53,8
Cor								
Branco	6	54,5	7	63,6	4	100,0	17	65,4
Pardo	5	45,5	4	36,4	0	0,0	9	34,6
Residência								
Capital	3	27,3	0	0,0	2	50,0	5	19,2
Interior	8	72,7	11	100,0	2	50,0	21	80,8
Renda								
Até 1 SM	9	81,8	7	63,6	2	50,0	18	69,2
Acima de 1 SM	2	18,2	4	36,4	2	50,0	8	30,8
Convênio								
Particular	1	9,1	2	18,2	1	25,0	4	15,4
SUS	10	90,9	9	81,8	3	75,0	22	84,6
Parto								
Cesária	3	27,3	4	36,4	1	25,0	8	30,8
Normal	8	72,7	7	63,6	3	75,0	18	69,2
Pré-natal								
Sim	10	90,9	11	100,0	4	100,0	25	96,2
Não	1	9,1	0	0,0	0	0,0	1	3,8
Total	11	42,3	11	42,3	4	15,4	26	100,0

6 DISCUSSÃO

Apesar de ser uma anomalia congênita visível imediatamente ao nascimento, a interpretação dos dados de incidência e prevalência da fissura orofacial pode ser dificultada em função dos erros e omissões das fontes de informações (CAPELOZZA-FILHO et al., 1987).

Este estudo analisou 669 pacientes com FO atendidos na SEAFESE, procedentes do estado de Sergipe. Estes indivíduos apresentaram uma média de idade de 15,3 anos (DP =11,98), sendo 25,4% dos indivíduos entre 6 a 10 anos e 19,3% com menos de seis anos. Outros estudos observaram predomínio na faixa etária menor que seis anos (COUTINHO et al., 2009; GARDENAL, 2011; COSTA; TAKESHITA; FARAH, 2013).

No presente estudo, não houve diferença significativa quanto à distribuição do gênero. Dos 669 fissurados analisados, 328 eram do sexo masculino (49%) e 341 do sexo feminino (51%). Entretanto, não é o que se observa na grande maioria dos trabalhos realizados no Brasil e no exterior, nos quais há uma maior prevalência de fissura entre os homens, variando de 54 a 70% (BARONEZA et al., 2008; COOPER et al., 2000; MARTELLI et al., 2010; MCLEOD; URIOSTE; SAEED, 2004; SOUZA; RASKIN, 2013). Em contrapartida, em alguns trabalhos realizados na África e Ásia foi observada uma maior prevalência da fissura no sexo feminino (BUTALI; MOSSEY, 2009; JAMILIAN; NAYERI; BABAYAN, 2007; JARURATANASIRIKUL et al., 2008; SULEIMAN et al., 2005).

Alguns estudos encontrados na literatura ratificam a maior prevalência de fissura na classe socioeconômica baixa (VRIJHEID et al., 2000; BARONEZA et al., 2008; MARTELLI-JUNIOR et al., 2007; GONZÁLEZ et al., 2008), o que corrobora os achados do presente estudo, segundo o qual metade dos indivíduos com FO possuem renda familiar mensal inferior a um salário mínimo. Assim, acredita-se que a maior frequência de FO pode estar associada à classe socioeconômica mais baixa por conta da maior exposição a fatores ambientais (CLARK et al., 2003).

Modolin e Cerqueira (1994) relataram que os estados carenciais proteicos e/ou vitamínicos podem alterar a morfogênese. Em especial, o ácido fólico que entra no metabolismo e na síntese de ácidos nucleicos, que são importantes na multiplicação e diferenciação das células da crista neural. Czeizel e Hirschberg (1997) demonstraram que mulheres que utilizaram medicamentos contendo alta dosagem de ácido fólico durante a gestação apresentaram uma probabilidade de 25% a 50% de reduzir o risco no nascimento de crianças com fissuras isoladas em comparação com as mulheres que não utilizaram a vitamina. Além disso, Rocha e Telles (1990) consideraram as doenças infecciosas como possíveis fatores etiológicos no aparecimento das fissuras orofaciais, desde que presentes nos primeiros meses de gestação.

A população da pesquisa continha 96,9% dos participantes usuários do Sistema Único de Saúde, havendo a necessidade de ampliação da política de saúde pública voltada para os indivíduos com FO no estado de Sergipe.

No presente estudo observou-se predomínio de pacientes oriundos do interior do estado de Sergipe (64%). Esse achado também foi referido por Coutinho et al. (2009), ao estudarem o perfil epidemiológico em um centro de referência em Recife. Os autores encontraram 57,2% de fissurados naturais do interior de Pernambuco, contra 42,8% naturais de Recife e região metropolitana. Di Ninno et al. (2010), por sua vez, em um centro de referência em Belo Horizonte, também verificaram uma maior ocorrência de fissurados no interior em relação à capital e região metropolitana (39%, 33% e 28%, respectivamente).

Segundo Capelozza-Filho e Silva-Filho (1994), em famílias com genitores portadores de FO há um risco de 4 a 10% de concepção de filhos com a mesma condição, e naquelas em que há os pais e um filho a chance aumenta para 17% nos filhos subsequentes. Estudos anteriores mostraram que a ocorrência de FO em outros familiares foi de 11 a 35% dos casos (COSTA, TAKESHITA; FARAH, 2013; GOLALIPOUR; MIRFAZELI; BEHNAMPOUR, 2007; MARTELLI et al., 2010; MIRFAZELI et al., 2012), o que ratifica os achados encontrados na presente pesquisa, 14,6% dos indivíduos avaliados relataram casos anteriores na família.

A embriogênese normal pode ser alterada pela ação deletéria de fatores químicos, físicos ou biológicos, no qual a combinação destes agentes ou a intensificação de um deles, mesmo isoladamente, acarreta modificações estruturais irreversíveis de uma parte ou de todo o

organismo em desenvolvimento (MODOLIN; CERQUEIRA, 1994). Acredita-se ainda que as fissuras pré e transforame têm sua origem no palato primário, enquanto que as fissuras pós-forame têm sua origem no palato secundário (HARVILLE et al., 2005).

Foi observada, nessa pesquisa, que a fissura transforame foi a mais frequente (48,1%), acompanhada da pós-forame (26,8%) e da pré-forame (25,1%). Esses resultados são semelhantes a um estudo realizado em Recife, onde foi observado que houve um predomínio das fissuras transforame (49%), seguido pelas fissuras pós-forame (27%) e pré-forame (24%) (BAPTISTA, 2007). Freitas et al. (2004), por sua vez, observaram em São Paulo, na cidade de Bauru, que os tipos mais comuns de FO foram a transforame e pós-forame (31,7%), seguida pela pré-forame (28,4%) e fissura rara da face (3,8%). Em outros países foi observada uma distribuição semelhante. Na Alemanha, Kramer et al. (2009) encontraram que a fissura transforame (42,4%) foi a mais frequente, seguida pela pré-forame (28,8%), pós-forame (28,8%), assim como Sagheri et al. (2009), também, na Alemanha, observaram que a fissura transforame (45,9%) foi a mais frequente, seguida pela fissura pós-forame (41%), fissura pré-forame (9,8%) e Síndrome de Pierre-Robin (3,3%).

Foram identificadas variações na incidência de fissuras orofaciais entre raças e área geográfica. Na África foi observada a menor incidência, com um índice entre 0,21 e 0,41 para cada 1.000 nascidos vivos; seguida pelos Estados Unidos e Europa Ocidental, que obtiveram um índice entre 0,77 e 1,40 por 1.000 nascidos vivos; por fim, no Oriente foi encontrada a maior taxa de incidência, com índice entre 1,14 e 2,13 para cada 1.000 nascimentos vivos (THORNTON; NIMER; HOWARD, 1996). Acredita-se que essa menor taxa de incidência encontrada na África possa estar associada à subnotificação das fissuras orofaciais, neste continente, conforme observado na pesquisa de Dreise, Galiwango e Hodges (2011), realizada em Uganda.

Existem poucos estudos que realizam a determinação da taxa de incidência, através da busca ativa. Essa foi a metodologia utilizada nesta pesquisa. No presente estudo, encontramos 26 novos casos de FO, no período de um ano (outubro de 2013 a setembro de 2014) e uma taxa de incidência de 0,78 novos casos de FO a cada mil nascidos vivos, sendo, portanto, essa incidência semelhante à encontrada nos Estados Unidos (THORNTON; NIMER; HOWARD, 1996).

Através do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), foi observada a ocorrência de 18 novos casos de FO. No mesmo período, obtendo-se taxa de incidência de 0,54 novos casos de FO a cada mil nascidos vivos. Observou-se, assim, subnotificação de 08 casos no SINASC, em relação aos dados obtidos por busca ativa.

Nesta pesquisa foi comparada a prevalência da FO obtida através dos dados do DATASUS com a dos dados da SEAFESE, entre os anos de 2003 e 2013. Com os dados da SEAFESE, foi observada prevalência de 1 caso para cada 1201 nascidos vivos, já com os dados obtidos a partir do DATASUS, a prevalência foi de 1 caso para cada 2049. Dessa forma, fica evidente que nestes anos, houve uma subnotificação da FO no estado de Sergipe. Assim, a grande proporção de casos de fissura palatina não registrada ao nascimento sugere que o exame clínico da boca do recém-nascido é muitas vezes inadequado (KUBON et al., 2007).

Uma limitação do estudo atual está no fato de haver, em alguns casos, uma rotatividade na equipe de epidemiologia nos municípios, o que dificultou a busca de informação nas Secretarias Municipais de Saúde. Com o objetivo de minimizar esse viés, o contato com as equipes de epidemiologia municipal era quinzenal em 65 municípios e semanal em 10 municípios. Além disso, foi realizado também, o acompanhamento semanal nas maternidades. Em Sergipe, 99,51% dos partos ocorreram em hospitais, o que mostra que a busca de informações de recém-nascidos em hospitais é válida (CRAVO; OLIVEIRA, 2012).

Existem relatos na literatura de 300 síndromes associadas à FO e as mais comuns são: Síndrome de Down, Sequência de Pierre Robin, Síndrome de Van der Woude, Síndrome de Teacher Collins, Ectrodactyly Ectodermica Displasia e Síndrome do 1º Arco (STANIER, MOORE, 2004). De acordo com a literatura, em 15,7% dos casos foi observado outro problema de saúde (MERRIT, 2005). Na presente pesquisa, dos 26 casos de FO encontrados, dois indivíduos com fissura pós-forame, tinham uma síndrome associada, Síndrome de Pierre Robin (7,6%). Esse achado é semelhante ao encontrado na literatura, que mostra que as FO podem estar associadas a síndromes/sequências/associações/cromossomopatias entre 1,1 e 8% dos casos, sendo que a Síndrome de Pierre Robin é a mais prevalente, e esses casos geralmente estão associados à fissura pós-forame (FREITAS, 2013; FURLANETO; ROBINSON; BORGES-OSÓRIO, 2003).

No estudo retrospectivo, foi observada uma idade média de admissão na SEAFESE de 7,8 anos. Alguns destes pacientes já haviam realizado a cirurgia primária de correção da fissura anteriormente em outros serviços. Os indivíduos não operados, no momento da admissão, foram submetidos à cirurgia primária de correção da fissura tardiamente, fora do protocolo cirúrgico preconizado pela SEAFESE, conforme observado no quadro 1.

No estudo prospectivo, no momento da admissão na SEAFESE, dos 26 casos de FO, 23 tinham menos de 3 meses de idade e 3 deles, tinham entre 3 e 8 meses de idade. Essa admissão precoce foi indispensável para a obtenção de um resultado extremamente positivo, pois com o rápido diagnóstico e encaminhamento desses bebês para a SEAFESE, as mães foram orientadas rapidamente quanto à nutrição da criança. Além disso, esses bebês foram acompanhados desde os primeiros meses de vida pela equipe, o que permitiu que eles obtivessem um adequado desenvolvimento nutricional, indispensável para a realização da cirurgia de queiloplastia aos 3 meses e da palatoplastia aos 12 meses de idade, conforme o protocolo cirúrgico seguido pela SEAFESE.

Isto fica evidenciado pelo fato que dos 26 novos casos encontrados neste estudo, 15 deles, já foram operados em torno dos três meses de vida. O tratamento precoce é fundamental, visto que é notada uma melhora crescente da qualidade de vida em crianças fissuradas após realização da cirurgia reconstrutiva e após o tratamento multidisciplinar (DAMIANO et al., 2007).

Conhecer melhor o perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico dos indivíduos com FO, facilitará a elaboração de melhores estratégias de promoção e prevenção em saúde voltadas aos indivíduos com FO, principalmente nas áreas com maior ocorrência, além de servir de subsídio para estudos futuros sobre possíveis fatores de risco envolvidos.

7 CONCLUSÕES

Foi observada uma taxa de incidência de 0,78:1000 no período de outubro de 2013 a setembro de 2014. Houve 26 novos casos de fissura orofacial no estado de Sergipe.

Foi encontrada uma prevalência de 0,83:1000 no período de 2003 a 2013.

Houve subnotificação de 30% dos casos de FO no estado de Sergipe.

Na população estudada o perfil sociodemográfico predominante foi de indivíduos do sexo masculino, de cor branca, oriundos do interior do estado de Sergipe, com uma renda mensal de até 1 salário mínimo e usuários do SUS.

REFERÊNCIAS¹

ABDO, R. C. C; MACHADO, M. A. A. M. **Odontopediatria nas fissuras labiopalatais**. São Paulo: Ed. Santos; 2005.

ACUNA-GONZÁLEZ, G. et al. Family history and socioeconomic risk factors for non-syndromic cleft lip and palate: a matched case-control study in a less developed country. **Biomédica**, v. 31, n. 3, p. 381-391, 2011.

AMORIM, M. M. R. et al. Impacto das malformações congênitas na mortalidade perinatal e neonatal em uma maternidade-escola do Recife. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 6, n. 1, p. 19 - 25, 2006.

ARANA, V.; KATCHBURIAN, E. **Histologia e embriologia oral**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

BAPTISTA, E. V. P. **Malformações congênitas associadas à fissura labial e/ou palatal em pacientes atendidos em um serviço de referência para tratamento de defeitos da face: um estudo de série de casos**. 2007. 67 f. Dissertação (Mestrado em saúde da criança) - Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP, Recife, 2007.

BARONEZA, J. E. et al. Dados epidemiológicos de portadores de fissuras labiopalatinas de uma instituição especializada de Londrina, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum. Health Science**, v. 27, n. 1, p. 31-35, 2008.

BEZERRA, J. F. et al. **Genetic and non-genetic factors that increase the risk of non-syndromic cleft lip and/or palate development**. **Oral Dis.**, 2014.

BLANCO-DAVILA, F. Incidence of cleft lip and palate in the northeast of Mexico: a 10-year study. **J Craniofac Surg.**, v. 14, n.4, p. 533-7, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS** [em linha]. 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC) para os profissionais do Programa Saude da Família**. 2. ed. rev. atual. Brasília (DF); 2004.

BUTALI, A.; MOSSEY, P. A. Epidemiology of Orofacial clefts in Africa: Methodological challenges in ascertainment. **Pan Afr Med J.**; v. 2, n. 5, p. 1-9, 2009.

¹ Referências normatizadas de acordo com a ABNT NBR 6023/2002.

CAPELOZZA-FILHO, L. et al. Conceitos vigentes na epidemiologia das fissuras lábio-palatinas. **Rev. bras. Cir.**, v.77, n.4, p.223-30, 1987.

CAPELOZZA-FILHO, L.; SILVA-FILHO, O. G. **Fissuras lábio-palatais**. In: PETRELLI, E. Ortodontia para fonoaudiologia. São Paulo: Lovise, p.197-232, 1994.

CARTER, C. O. Genetics in common disorders. **Br Med Bull.**, v. 25, p. 52–57, 1969.

CASTILLA, E. et al. **Prevención primaria de los defectos congénitos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

COOPER, M. E. et al. Descriptive epidemiology of nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate in Shanghai, China from 1980 to 1989. **Cleft Palate Craniofac. J.**, v. 37, n.3, p.274-80, 2000.

COSTA, R. R; TAKESHITA, W. M; FARAH, G. J. Levantamento epidemiológico de fissuras labiopalatais no município de Maringá e região. **Rev assoc paul cir dent**, v. 67, n. 1, p.40-4, 2013.

CLARK, J. D; MOSSEY, P. A; SHARP, L. et al. Socioeconomic Status and Orofacial Clefts in Scotland, 1989 to 1998. **Cleft Palate–Cran J.**, v. 40, n. 5, p. 481-5, 2003.

COUTINHO, A. L. F. et al. Perfil epidemiológico dos portadores de fissuras orofaciais atendidos em um centro de referência do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 9, n. 2, p. 149-56, 2009.

CRAVO, E. O.; OLIVEIRA, J. V. R. Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Aracaju - Sergipe, Brasil. **Ideias & Inovação**, v. 1, n. 1, p. 9-17, 2012.

CZEIZEL, A. E.; HIRSCHBERG, J. Orofacial clefts in Hungary – epidemiological and genetic data, primary prevention. **Folia Phoniatr. Logop.**, v. 49, n. 3, p. 111-116, 1997.

D’AGOSTINHO, L.; MACHADO, L. P.; LIMA, R. A. Fissuras labiopalatinas e insuficiência velofaríngea. In: LOPES FILHO, O. C. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 1997.

DAMIANO, P. C. et al. Health-related quality of life among preadolescent children with oral clefts: the mother's perspective. **Pediatrics**, v. 120, n. 2, p. 283-90, 2007.

DAVIS, J. S.; RITCHIE H. P. Classification of congenital clefts of the lip and palate. **JAMA.**, v. 79, n. 16, p. 1323-7, 1922.

DERIJCKE, A; EERENS, A; CARELS, C. The incidence of oral clefts: a review. **Br J Oral Maxillofac Surg.**, v. 34, n. 6, p. 488-94, 1996.

- DI NINNO, C. Q. M. S. et al. Levantamento epidemiológico dos pacientes portadores de fissura de lábio e/ou palato de um centro especializado de belo horizonte. **Rev. CEFAC**, v. 13, n. 6, p. 1002-8, 2010.
- DREISE, M.; GALIWANGO, G.; HODGES, A. Incidence of cleft lip and palate in Uganda. **Cleft Palate Craniofac J.**, v. 48, n. 2, p. 56-60, 2011.
- ENDRIGA, M. C., KAPP-SIMON, K. A. Psychological issues in craniofacial care: state of the art. **Cleft Palate Craniofac J.**, v. 36, n. 1, p. 3-11, 1999.
- EPPLEY, B. L. Donor site morbidity of rib graft harvesting in primary alveolar cleft bone grafting. **J Craniofac Surg.**, v. 16, n. 2, p. 335-8, 2005.
- FELLS, E. R.; JOVIC, G.; BEVERIDGE, M. Seasonal variation and regional distribution of cleft lip and palate in Zambia. **Cleft Palate Craniofac J.**, v.45, n. 5, p. 533-8, 2008.
- FIGUEIREDO, R et al. The role of the folic acid to the prevention of orofacial cleft: an epidemiological study. **Oral Dis.**, 2014.
- FITZSIMONS, K. J. et al. Centralisation of services for children with cleft lip or palate in England: a study of hospital episode statistics. **BMC Health Serv Res.**, v. 12, n. 148, p. 1-8, 2012.
- FOGH, A. P. Incidence of cleft lip and palate: constant or increasing? **Acta Chir Scand.**, v. 122, p. 106-11, 1961.
- FREITAS, J. A. S. et al. Current data on the characterization of oral clefts in Brazil. **Braz. oral res.**, v.18, n.2, p. 128-33, 2004.
- FREITAS, M. C. A. Estudo epidemiológico das fissuras labiopalatinas na Bahia. **Rev. UNINGÁ**, n.37, p. 13-22, 2013
- FREITAS-SILVA, D. S. et al. Estudo descritivo de fissuras lábio-palatinas relacionadas a fatores individuais, sistêmicos e sociais. **RGO**, Porto Alegre, v. 56, n. 4, p. 387-391, 2008.
- FURLANETO, E. C.; PRETTO, S. M. Estudo epidemiológico dos pacientes atendidos no serviço de defeitos de face da PUCRS. **Rev. odonto ciênc.**, v.1, n. 29, p. 39-56, 2000.
- FURLANETO, E. C.; ROBINSON, W. M.; BORGES-OSÓRIO, M. R. 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 ciênc.**, v. 18, n. 39, p. 39-5, 2003.
- GARDENAL, M. Prevalência das fissuras orofaciais diagnosticadas em um serviço de referência em casos residentes no Estado de Mato Grosso do Sul. **Arq. Int. Otorrinolaringol.**, v. 15, n. 2, p. 133-41, 2011.

GOLALIPOUR, M. J.; MIRFAZELI, A.; BEHNAMPOUR, N. Oral clefting in northern Iran. **Cleft Palate Craniof J.**, v. 44, n.4, p. 378-80, 2007.

GONZÁLEZ, B. S. et al. Oral clefts: a retrospective study of prevalence and predisposal factors in the State of Mexico. **J Oral Sci.**, v. 50, n. 2, p. 123-9, 2008.

HARVILLE, E. W. et al. Cleft lip and palate versus cleft lip only: are they distinct defects? **Am J Epidemiol.**, v. 162, n.5, p. 448-53, 2005.

HU, D. N. et al. Genética da fissura labial e fenda palatina na China. **Am J Hum Genet.**, v. 34, n. 6, p. 999-1002, 1982.

IREGBULEM, L. M. The incidence of cleft lip and palate in Nigeria. **Cleft Palate J.**, v. 19, n. 3, p. 201-5, 1982.

JAMILIAN, A; NAYERI, F; BABAYAN, A. Incidence of cleft lip and palate in Tehran. **J Indian Soc Pedod Prevent Dent.**, v. 25, n. 4, p. 174-6, 2007.

JARURATANASIRIKUL, S. et al. Cleft Lip and/or Palate: 10 Years Experience at a Pediatric Cleft Center in Southern Thailand. **Cleft Palate–Cranfac J.**, v. 45, n. 6, p. 597-602, 2008.

KELLY, D.; O'DOWD, T.; REULBACH, U. Use of folic acid supplements and risk of cleft lip and palate in infants: a population-based cohort study. **Br J Gen Pract.**, v. 62, n. 600, p. 466-72, 2012.

KLING. R. R et al. Oral clefting na China na última década: 205.679 pacientes. **Plast Reconstr Surg Glob Aberto.**, v. 2, n.10, p.E236, 2014.

KRAMER, F-J. et al. Quality of Life in School-Age Children With Orofacial Clefts and Their Families. **J Craniofac Surg.**, v.20, n.6, p. 2061-6, 2009.

KUBON, C et al. Completeness of registration of oral clefts in a medical birth registry: a population-based study. **Acta Obstet Gynecol Scand.**, v. 86, n. 12, p.1453-7, 2007.

LEE, J.; NUNN, J.; WRIGHT, C. Height and weight achievement in cleft lip and palate. **Arch Dis Child**, v.75, n. 4, p. 327-9, 1997.

LOFREDO, L. C. M. et al. Fissuras lábio-palatais: estudo caso-controle. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 213-7, 1994.

MARTELLI, R. B. et al. Analysis of familial incidence of non-syndromic cleft lip and palate in a Brazilian population. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 15, n. 6, p. 898-901, 2010.

MARTELLI-JUNIOR, H. et al . Prevalência de fissuras orais não-sindrômicas em um hospital de referência no estado de Minas Gerais, Brasil, entre 2000 e 2005. **Braz Oral Res.**, v. 21, n. 4, p. 314-7, 2007.

MCLEOD, N. M.; URIOSTE, M. L.; SAEED, N. R. Birth prevalence of cleft lip and palate in Sucre, Bolivia. **Cleft Palate Craniofac J.**, v. 41, n. 2, p. 195-8, 2004.

MERRIT, L. Physical Assessment of the Infant with Cleft Lip and /or Palate. Part 2. **Adv Neonatal Care.**, v. 5, n.3, p. 125-34, 2005.

MIRFAZELI A. et al. A incidência de fissura de lábio e palato em Gorgan - norte do Irã: um estudo epidemiológico. **Oman Med J.**, v. 27, n.6, p. 461-4, 2012.

MODOLIN, M.; CERQUEIRA, E. M. **Etiopatogenia**. In: ALTMANN, E. B. C. Fissuras labiopalatinas, 3º Ed, Carapicuíba: Pró-Fono departamento editorial, cap. 2, p. 25-30, 1994.

MONTELEONE-NETO R.; CASTILLA E. E.; LOPEZ-CAMELO J. S. **Reconhecimento do efeito teratogênico sobre o homem**. In: RABELLO-GAY M. N.; RODRIGUES M. A. R.; MONTELEONENETO R.; EDS. Mutagênese, Carcinogênese e Teratogênese: Métodos e Critérios de Avaliação. Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Genética; 1991. p. 197-217.

MOSSEY, P. A.; MODELL. B. Epidemiology of oral clefts 2012: an international perspective. **Front Oral Biol.**, v. 16, p. 1-18, 2012.

MSAMATI, B. C.; IGBIGBI, P. S.; CHISIS, J. E. The incidence of cleft lip, cleft palate, hydrocephalus and spina bifida at Queen Elizabeth Central Hospital, Blantyre, Malawi. **Cent Afr J Med.**, v. 46, n. 11, p. 292-6, 2000.

MURRAY, J. C. Gene/environment causes of cleft lip and/or palate. **Clin Genet**, v. 61, n. 4, p. 248-56, 2002.

NAGEM FILHO, H.; MORAES N.; ROCHA, R. G. F. Contribuição para o estudo da prevalência das más formações, congênitas lábio-palatais na população escolar de Bauru. **Rev Fac Odontol São Paulo**, v.6, n. 2, p. 111-28, 1968.

NEEL, J. V. A study of major congenital defects in Japanese infants. **Am J Hum Genet.**, v. 10, n. 4, p. 398-445, 1958.

PAIVA, N. S. et al. Sistema de informações sobre nascidos vivos: um estudo de revisão. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1211-20, 2011.

PARKER, S. E. Updated National Birth Prevalence estimates for selected birth defects in the United States, 2004-2006. **Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.**, v. 88, n. 12, p. 1008-16, 2010.

PEDERSEN, G. S. et al. et al. Variação étnica no bucal fenda ocorrência na Dinamarca 1981-2002. **Cleft Palate Craniofac J.**, v. 51, n. 6, p. 677-85, 2014.

PERSSON, M., BECKER, M., SVENSSON, H. General intellectual capacity of young men with cleft lip with or without cleft palate and cleft palate alone. **Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.**, v.42, n. 1, p.14–6, 2008.

RIBEIRO, E.M.; MOREIRA, A.S.G. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das Fissuras Labiais e Palatinas, **RBPS.** v. 18, n.1, p.31-40, 2005.

ROCHA, R., TELLES, C. S. O problema das fissuras lábio-palatais (diagnóstico e aspectos clínicos). **Rev. SOB**, v. 1, n. 6, p. 178-192, 1990.

RODRIGUES, C. S. et al. Perfil dos nascidos vivos no Município de Belo Horizonte, 1992-1994. **Cad. Saúde Pública**, v.13, n.1, p. 53-7, 1997.

RODRIGUES, K. et al. Prevalence of orofacial clefts and social factors in Brazil. **Braz Oral Res.**, v 23, n. 1, p. 38-42, 2009.

SAAD, A. N. et al. Incidence of oral clefts among different ethnicities in the state of California. **Ann Plast Surg.**, v. 72, n. 1, p. 1-3, 2014.

SAGHERI, D. et al. An evaluation of health related quality of life (HRQoL) in an group of 47 yearold children with cleft lip and palate. **J Orofac Orthop.**, v.70, n. 4, p. 274- 84, 2009.

SOUZA, J. M. P.; BUCHALLA, C. M.; LAURENTI, R. Estudo da morbidade e da mortalidade perinatal em maternidades. III-Anomalias congênicas em nascidos vivos. **Rev. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 5-12, 1987.

SOUZA-FREITAS, J. A. et al. Tendência familiar das fissuras lábio-palatais. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, v. 9, n. 5, p. 74-8, 2004.

SOUZA, J.; RASKIN, S. Clinical and epidemiological study of orofacial clefts. **J Pediatr.**, v. 89, n. 2, p. 137–44, 2013.

SPINA, V. et al. Classificação das fissuras lábio-palatinas. Sugestão de modificação. **Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo**, v. 1, n. 27, p.5-6, 1972.

STANIER, P.; MOORE, G. E. Genetics of cleft lip and palate: syndromic genes contribute to the incidence of non-syndromic clefts. **Hum Mol Genet.**, v. 13, n. 1, p. 73-81, 2004.

SOLTANI, M. K. et al. A incidência de fissura de lábio e palato, em uma população Kurd: um estudo prospectivo. **Comunidade Dent Saúde**, v. 31, n. 1, p. 50-2, 2014.

SULEIMAN, A. M. et al. Prevalence of cleft lip and palate in a hospital based population in the Sudan. **Int J Paediatr Dent.**, v. 15, n. 3, p. 185–9, 2005.

THORNTON, J. B.; NIMER, S.; HOWARD, P. S. **The incidence, classification, etiology, and embriology of oral clefts.** In: Seminars in Orthodontics. Philadelphia: W.B. Saunders, v. 2, n. 3, p. 162-168, 1996.

VIEIRA, A. R. et al. Maternal age and oral clefts. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.**, v. 94, n. 2, p. 530-5, 2002.

VRIJHEID, H. et al. Socioeconomic inequalities in risk of congenital anomaly. **Arch. Dis. Child.**, v. 82, n. 5, p. 349-52, 2000.

WONG, F. K.; HAGG, U. An update on the etiology of orofacial clefts. **Hong Kong Med J.**, v. 10, n. 5, p. 331-336, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: “Levantamento Epidemiológico de fissura labial e/ou palatina no estado de Sergipe”

Pesquisador: Jorge Luiz de Almeida Teixeira

Tel: (79)99829206

Orientador: Luiz Carlos Ferreira da Silva

Tel: (79)99825253

Esse estudo visa pesquisar sobre a incidência das fissuras lábio palatais no Estado de Sergipe. Para isso, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder algumas perguntas sobre o nascimento do seu filho (qual a maternidade onde nasceu seu filho, cidade onde foi registado seu filho, entre outras) e sobre sua vida pessoal (renda mensal média da família, se a senhora realizou os exames pré-natais, se há histórico hereditário na família de fissura lábio palatal, entre outras).

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente do tratamento do seu filho e em nada influenciará caso o(a) senhor(a) não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa, inclusive as informações das crianças. A divulgação das informações será anônima e em um conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la.

Eu _____ RG_____, responsável
pelo menor _____ RG_____, concordo que o
mesmo participe da pesquisa como sujeito e depois de ter sido explicado sobre o assunto, aceitei
de livre e espontânea vontade em participar. Minha participação é voluntária, e poderei me
recusar a responder a qualquer pergunta feita, assim como terei direito de sair da pesquisa em
qualquer momento, sem justificativa. Também concordo que sejam tiradas fotografias somente da
boca da criança para registro. Os resultados do estudo podem ser apresentados em trabalhos ou
revistas da área da saúde, sem, contudo, divulgar meu nome e identidade.

_____, _____, de _____ de 201____.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do responsável pela pesquisa

APÊNDICE B

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Nome do Paciente

Data de nascimento

Endereço

Município onde foi registrado

Maternidade onde nasceu

Gênero

Classificação da Fissura

Nome da Genitora

Idade da Genitora

Se fez pré- natal

Quais exames que realizou

Histórico de fissura lábio palatina na família

Renda familiar