



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

CLENIA EMANUELA DE SOUSA ANDRADE

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS FISSURAS OROFACIAIS NO BRASIL

**Araruna / PB
2019**

CLENIA EMANUELA DE SOUSA ANDRADE

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS FISSURAS OROFACIAIS NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado à coordenação do curso de odontologia da Universidade Estadual da Paraíba - Campus VIII, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgiã Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Me., Ph.D. Manuel Antonio Gordón-Núñez

**Araruna / PB
2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A553p Andrade, Clenia Emanuela de Sousa.
Perfil epidemiológico das fissuras orofaciais no Brasil
[manuscrito] / Clenia Emanuela de Sousa Andrade. - 2019.
18 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde , 2019.
"Orientação : Prof. Dr. Manuel Antonio Gordón-Núñez ,
UFPB - Universidade Federal da Paraíba ."
1. Fissura labial. 2. Fissura palatina. 3. Anomalias. I. Título
21. ed. CDD 617.6

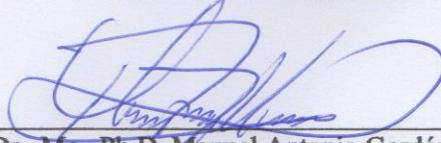
CLENIA EMANUELA DE SOUSA ANDRADE

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS FISSURAS OROFACIAIS NO BRASIL

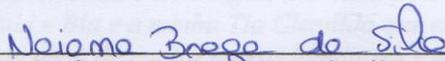
Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado à coordenação do curso de
odontologia da Universidade Estadual da
Paraíba - Campus VIII, como requisito parcial
à obtenção do título de Cirurgiã Dentista.

Aprovada em: 13/06/2019.

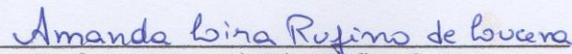
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr., Me., Ph.D. Manuel Antonio Gordón-Núñez
(Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Naiana Braga da Silva
Instituto de Educação Superior da Paraíba (IESP)



Prof. Me. Amanda Lira Rufino de Lucena
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aos meus avós Rosa e Domingos, aos meus pais Cleide e Emanuel, as minhas irmãs Gabi e Bia e a minha Tia Clemilda que estiveram juntos comigo nessa jornada além de muitos outros familiares e amigos de curso que irei levar para sempre em meu coração eu dedico esse trabalho.

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1 Total de casos de FLP, FL e FP entre 2008 e 2018	11
Tabela 2 Casos do sexo masculino de FLP, FL e FP entre 2008 e 2018	12
Tabela 3 Escolaridade da mãe de bebês com FLP, FL ou FP	13
Tabela 4 Idade da mãe de bebês com FLP, FL ou FP	13
Tabela 5 Semanas de gestação dos casos de FLP, FL e FP	14
Tabela 6 Peso ao nascer dos bebês com FLP, FP e FL	14

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO	8
3 METODOLOGIA	10
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	11
5 CONCLUSÕES	15
REFERÊNCIAS	16

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS FISSURAS OROFACIAIS NO BRASIL

Clenia Emanuela de Sousa Andrade
Manuel Antonio Gordón-Núñez

RESUMO

Introdução: As fissuras de lábio e palato são malformações congênitas de alta incidência e com origem embriológica. Ocorrem em virtude da falta de fusão entre os processos faciais embrionários e os processos palatinos, apresentando uma etiologia multifatorial. A fissura labiopalatina (FLP) ocorre em maior frequência, seguida por fissura palatina (FP) e fissura labial (FL). As FLP e FL são mais frequentes no sexo masculino, e a fissura palatina (FP) é mais comum em mulheres e quanto mais grave a fissura, maior a predileção por mulheres, **Objetivo:** O propósito desta pesquisa é avaliar a prevalência de fissuras orofaciais no Brasil, na região Nordeste e no Estado da Paraíba. **Metodologia:** Foi utilizada a plataforma DATASUS com dados de indivíduos nascidos vivos nos anos de 2008 a 2018 disponíveis na página do Departamento de Informação e Análise Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde dentro da aba de Painel de Monitoramento de Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas (D180 e Q00-Q99), sendo pesquisadas as variáveis: (Q35) Fenda Palatina; (Q36) Fenda Labial; (Q37) Fenda Labial com Fenda Palatina, visando traçar o perfil epidemiológico dessas malformações. **Resultados:** Foram identificados 5.303 casos de FLP no Brasil, 1.167 no Nordeste e 66 casos na Paraíba. A FP teve maior ocorrência em todos os anos e apresentou 8.511, 2.101 e 188 casos no Brasil, Nordeste e Paraíba respectivamente, o ano de 2013 teve o maior número de casos de FP na Paraíba. O sexo masculino foi o mais acometido, com 65,1% dos casos de FLP no Brasil. Os bebês com FLP e FP nasceram a maioria de parto a termo e os de FL nasceram entre 37 e 41 semanas e pesando 2.500g ou mais. **Conclusão:** Os padrões de casos no Brasil, Nordeste e Paraíba na maioria dos casos estão dentro dos mesmos padrões de ocorrência.

Palavras-chaves: Fissura labial. Fissura palatina. Anomalias.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF OROFACIAL FISSURES IN BRAZIL

Clenia Emanuela de Sousa Andrade¹
Manuel Antonio Gordón-Núñez²

ABSTRACT

Introduction: Fissures of the lip and palate are congenital malformations of high incidence and with embryological origin. They occur due to the lack of fusion between the embryonic facial processes and the palatal processes, presenting a multifactorial etiology. The cleft lip and palate (FLP) occurs more frequently, followed by cleft palate (PF) and cleft lip (FL). FLP and FL are more frequent in men, and palatine cleft (PF) is more common in women and the more severe the cleft, the greater the predilection for women. **Objective:** The purpose of this research is to evaluate the prevalence of orofacial fissures in the Brazil, in the Northeast region and in the state of Paraíba. **Methodology:** The DATASUS platform was used with data from live births from 2008 to 2018 available on the page of the Department of Information and Epidemiological Analysis of the Secretariat of Health Surveillance within the Panel Panel of Monitoring of Congenital Malformations, Deformities and Chromosomal Anomalies (D180 and Q00-Q99), with the following variables being investigated: (Q35) Palate cleft; (Q36) Cleft Lip; (Q37) Cleft Palate with cleft palate, aiming to trace the epidemiological profile of these malformations. **Results:** 5,303 FLP cases were identified in Brazil, 1,167 in the Northeast and 66 cases in Paraíba. PF had a higher occurrence in all years and presented 8,511, 2,101 and 188 cases in Brazil, Northeast and Paraíba respectively, the year of 2013 had the highest number of PF cases in Paraíba. Males were the most affected, with 65.1% of FLP cases in Brazil. Infants with FLP and FP were born the majority at full term delivery and those born at FL were born between 37 and 41 weeks and weighed 2,500 g or more. **Conclusion:** The case patterns in Brazil, Northeast and Paraíba in most cases are within the same patterns of occurrence.

Key-words: Cleft lip. Cleft palate. Anomalies.

¹ Aluna de Graduação de Odontologia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus VIII
Email: emanuelaandrade277@gmail.com

² Prof. Dr. Me., Ph.D. da Universidade Estadual da Paraíba – Campus VIII
Email: gordonnunez162531@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

As malformações do crânio e da face se apresentam com destaque dentre os defeitos congênitos por comprometerem as funções estomatognáticas do indivíduo, como fonação, sucção, mastigação, deglutição e respiração (REBOUÇAS; MOREIRA; CHAGAS; DA CUNHA FILHO, 2014).

As fissuras labiais (FL) e fissuras palatinas (FP) são as malformações congênitas craniofaciais de maior frequência, fazem parte das anomalias faciais congênitas decorrentes de defeitos nos processos faciais embrionários e se originam entre a 4ª e a 12ª semana de vida intrauterina (QUEIROZ *et al* 2011; ROCHA, 2016).

Frequentemente, a FL e a FP ocorrem juntas, aproximadamente 45% dos casos são representados pelas fissuras labiopalatinas (FLPs), sendo 30% casos isolados de FP e 25% casos isolados de FL. Em relação ao gênero, o masculino é o mais encontrado nas populações com FLPs em geral e dentre os indivíduos com FL, com ou sem a fissura de palato associada. Nos casos com FP isolada, o gênero feminino é o mais encontrado, a explicação para este achado se encontra no fato de que no gênero feminino o fechamento do palato ocorre em um período embrionário mais tardio (QUEIROZ *et al* 2011; NEVILLE; DAMM; ALLEN; BOUQUOT, 2009).

As FLPs apresentam como consequência uma série de alterações que podem comprometer gravemente a fala, a alimentação, o posicionamento dentário e a estética. Sem o tratamento adequado, as fissuras podem provocar sequelas consideráveis, como a perda da audição, problemas de fala e déficit nutricional, além do sofrimento com o preconceito da sociedade (KUHN *et al* 2016).

Os índices de FL e FLP foram elevados em partes da América Latina e Ásia (China, Japão) e baixos em Israel, África do Sul e sul da Europa. As taxas de fissura palatina isolada foram elevadas no Canadá e partes do norte da Europa e baixas em partes da América Latina e África do Sul. As FL e FLP são mais frequentes no sexo masculino, e a FP é mais comum em mulheres, em vários grupos étnicos; a razão sexual varia com a gravidade da fissura, presença de malformações adicionais, número de irmãos afetados em uma família, origem étnica e possivelmente idade paterna (MOSSEY; LITTLE; MUNGER; DIXON; & SHAW, 2009).

O conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes portadores de fissura é muito importante para a comunidade acadêmica, por abrir caminho e subsidiar novas pesquisas para os profissionais e pacientes, por possibilitar uma melhor estruturação dos serviços, na qual os pais de crianças portadoras de fissuras podem ser orientados a conhecerem sobre essa condição e serem encaminhados para o devido tratamento.

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo apresentar a prevalência de nascidos vivos com FLP, FL e FP no Brasil, com ênfase nos achados para o estado da Paraíba, nos anos de 2008 a 2018.

No contexto das malformações presentes ao nascimento que acometem a região de cabeça e pescoço, as FLPs são as deformidades craniofaciais de maior prevalência e um importante defeito congênito que a criança pode apresentar. Afetam funções relevantes para a sobrevivência do ser humano como sucção, deglutição, mastigação e fala, podendo também prejudicar o desenvolvimento psicológico e fisiológico de seus portadores e interferindo na adaptação social dos afetados (ROCHA, 2016).

A prevalência irá variar consideravelmente de acordo com a região geográfica, grupo étnico, gênero, hábito materno de fumar até o 3º mês de gestação, história familiar de fissuras, classificação socioeconômica, e faixas etárias materna e paterna (QUEIROZ *et al* 2011).

As fissuras ocorrem por erros na fusão dos processos faciais embrionários por alterações no desenvolvimento normal do palato primário e/ou secundário entre a 6ª e a 8ª semana de desenvolvimento do embrião. Esta malformação apresenta herança multifatorial, ou seja, é causada por fatores genéticos e não genéticos, tais como: fatores relacionados à saúde materna, ao estresse, a infecções e medicamentos, às carências alimentares e às irradiações (ADEYEMO, JAMES, BUTALI, 2016).

As anomalias dentárias são alterações frequentes nos pacientes fissurados, sendo elas distinguidas por tamanho, forma, número, desenvolvimento e erupção. A agenesia é a anomalia dentária mais presente, afetando principalmente o incisivo lateral do lado acometido pela fissura, porém outras alterações bucais também se manifestam nestes pacientes, acarretando mudanças no plano de tratamento destes (DAL RI; TOMAZONI; BERTELLI, 2017).

A fusão defeituosa do processo nasal mediano com o processo maxilar resulta na fissura labial. Assim como, a falha na fusão das cristas palatinas resulta na fissura palatina. Frequentemente, a FL e a FP ocorrem juntas. A forma de apresentação das fissuras labiais e fissuras palatinas é bastante variável, sendo necessário classificá-las em grupos. (REBOUÇAS; MOREIRA; CHAGAS; DA CUNHA FILHO, 2014; NEVILLE, 2009).

Existem diversas formas de classificar as fissuras labiopalatinas, levando em consideração vários pontos como a embriologia, aparência, genética e anatomia. Existe uma classificação que é comumente utilizada nos grandes centros do Brasil, a classificação de Spina; Psillakis; Lapa; & Ferreira (1972) que consideram o forame incisivo como ponto anatômico de classificação, portanto existem quatro grupos de fissuras labiopalatinas: pré-forame incisivo, transforame incisivo, pós-forame incisivo e fissuras raras da face. As fissuras são diferenciadas também pela sua localização e envolvimento ou não de tecido ósseo. Assim, as fissuras pré-forame incisivo são ditas direita, esquerda, bilateral ou ainda mediana (quando envolve linha média) e completas ou incompletas (quando apenas em tecido mole). As fissuras transforame são unilaterais ou bilaterais, e as fissuras pós-forame incisivo classificam-se por uni ou bilaterais, e completas ou incompletas.

As fissuras pós-forame incisivo, decorrem da ausência de fusão das massas mesenquimais dos processos palatinos entre si e com o septo nasal. A fissura submucosa decorre da falha na fusão entre as estruturas ósseas e musculares do palato secundário, porém apresenta integridade do plano mucoso e, frequentemente, presença de úvula bífida (DUARTE, 2015).

O diagnóstico das fissuras orofaciais pode ser realizado durante o pré-natal quando a mãe realiza a ultrassonografia a partir da 26ª semana gestacional, o diagnóstico neste caso, parece existir uma relação com maior renda financeira da mãe e/ou família visto que a maioria dos casos são diagnosticados apenas após o parto, na maternidade (ROCHA, 2016).

Normalmente as mães não estão familiarizadas com a possibilidade de realizar a amamentação nas crianças que possuem fissuras. Contudo, a amamentação é possível apesar

dos diferentes graus de dificuldade. É importante ter conhecimento de que existe uma conexão entre a quantidade de pressão negativa intraoral desenvolvida durante a alimentação, tamanho e tipo de fissura. Normalmente, quando a fissura envolve o rebordo labial ou alveolar, os problemas com a amamentação são menores e a taxa de sucesso é maior, entretanto, a sucção é mais difícil na presença do palato fendido devido à dificuldade de criar pressão intraoral negativa (KUHNS *et al* 2016).

Gerar uma criança com malformação pode provocar na mãe uma crise emocional, porque o defeito por si só contraria a expectativa de ter uma criança saudável, podendo gerar atitudes que abalam a integridade familiar, precipitam o aparecimento de ansiedade ou manifestam sentimento de culpa estimulado pelo senso de responsabilidade pessoal por ter gerado tal criança (ROCHA, 2016).

Para o indivíduo com fissura, os problemas na maioria das vezes prolongam-se por toda sua existência. As crianças com fissura normalmente apresentam insatisfação com a aparência física significativamente maior que as que não apresentam a fissura, para as crianças com fissura do gênero feminino é significativamente maior a ansiedade, menor o sucesso escolar e são mais infelizes e insatisfeitas (ROCHA, 2016).

O cirurgião-dentista na abordagem do paciente com fissura labiopalatina não se deve ater apenas ao tratamento odontológico. De início, deve haver uma aproximação com o paciente e a família, com o objetivo de conhecer a saúde geral deste, para melhor tratá-lo. Também, o tratamento odontológico deve ser considerado como um programa permanente da saúde bucal, com a integração de medidas preventivas e reabilitação bucal. O sucesso do tratamento odontológico desses pacientes tem como base a tríade: paciente, cirurgião-dentista e cuidador (QUEIROZ *et al* 2011).

O cirurgião-dentista tem um papel fundamental na reabilitação da fissura labiopalatina, mas o completo estabelecimento da saúde bucal e geral do paciente só será possível com a efetiva participação de uma equipe multidisciplinar, com ênfase na relação de confiança desta com o paciente e com a sua família (QUEIROZ *et al* 2011).

O Departamento de informática do SUS (DATASUS) disponibiliza em sua plataforma várias informações que podem servir para o estudo das diversas situações sanitárias, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde. O Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS/SVS/MS) disponibiliza em um de seus tópicos o Painel de monitoramento de malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (D180 e Q00-Q99). Esse painel fornece informações que possibilitam várias análises das malformações e permite pesquisas epidemiológicas que podem ser enriquecedoras para o meio acadêmico e podem servir como indicadores para aos serviços de saúde.

Diante disso, o presente trabalho se propõe a traçar um perfil epidemiológico das fissuras orofaciais no Brasil nos anos de 2008 a 2018 dando ênfase aos números da região Nordeste e em especial ao Estado da Paraíba.

3 METODOLOGIA

Este estudo apresentou um método indutivo do tipo exploratório-descritivo, utilizando uma análise estatística comparativa, com uma base de dados secundários que foram encontrados no site do Departamento de Informação e Análise Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde dentro da aba de Painel de Monitoramento de Malformações Congênicas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas (D180 e Q00-Q99), as anomalias escolhidas para a pesquisa que se caracterizam como variáveis dependentes estão indicadas no Quadro 1 e as variáveis independentes estão apresentadas no Quadro 2 que estão respectivamente abaixo:

Quadro 1 - Variáveis dependentes

Q35	Fenda Palatina
Q36	Fenda Labial
Q37	Fenda Labial com Fenda Palatina

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019

Quadro 2 - Variáveis independentes

Sexo	Feminino	Masculino						
Peso ao nascer (gramas)	<1500	1500 a 2499	2500 a mais					
Semanas de gestação	<22 (prematurado extremo)	22 a 27	28 a 31	32 a 36	<37 (prematuro)	37 a 41	42 e mais	38 (a termo)
Idade da mãe	00 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a mais	
Escolaridade da mãe (anos)	Nenhuma	01 a 03	04 a 07	08 a 11				

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019

A pesquisa ocorreu entre os meses de Abril e Maio de 2019 e os anos escolhidos para análise foram de 2008 a 2018, sendo este último ano os dados mais recentes apresentados no site. Sobre os dados demográficos, os números do Brasil, da região Nordeste e do Estado da Paraíba foram estratificados, o Nordeste é uma das maiores regiões do Brasil e é de grande importância acadêmica se ter o estudo epidemiológico dessas anomalias nessa região. Os dados foram tabulados no programa *Microsoft® Office Excel* e analisados por meio de estatística descritiva não inferencial, no qual foi realizado a somatória dos dados dos anos pesquisados em todas as variáveis. Os dados foram analisados através de estatística descritiva e apresentados por meio de frequências absolutas e percentuais, cálculo de valores de tendência central e de dispersão.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

No período de 2008 a 2018 foram registrados no Brasil um total de 5.303 nascidos vivos diagnosticados com Fissura Labiopalatina (FLP), na região Nordeste foram registrados 1.167 (22%) casos e na Paraíba 66 (1,2%). Em relação ao Nordeste, a Paraíba apresentou 5,6% dos casos de FLP, como pode ser observado na Tabela 1. O sexo masculino representou mais da metade (65,1%) dos casos de FLP no Brasil, assim como no Nordeste e Paraíba conforme Tabela 2, esses dados de maior prevalência de FLP em homens corroboram os achados de De Freitas; Batista; Pereira; Brandão; Marianetti, De Almeida (2018).

A Fissura Labial (FL) apresenta características epidemiológicas parecidas com as FLP, tendo o Nordeste com 24,1% dos 6.069 casos registrados no Brasil nos anos de 2008 a 2018 conforme Tabela 1. A Paraíba apresentou 118 casos de FL e representa 8% dos casos no Nordeste, tendo maior porcentagem em relação aos casos de FLP e mais uma vez o sexo masculino apresenta os maiores números de casos em todas as regiões pesquisadas de acordo com a Tabela 2.

Quando analisada, a Fissura Palatina (FP) é a mais predominante em relação as outras fissuras estudadas. Seu número é maior no Brasil, Nordeste e Paraíba e apresenta respectivamente 8.511, 2.101 e 188 casos (Tabela 1). Observando o Gráfico 1 é possível concluir que o ano de 2013 teve o maior número de FP na Paraíba. As mulheres representam quase metade dos casos no Brasil (44,7%), Nordeste (44,6%) e Paraíba (42,5%), tendo uma maior discrepância em relação aos nascidos vivos do sexo masculino no estado da Paraíba, porém, não mostrando diferenças expressivas em relação aos números do sexo masculino (Tabela 2).

Hlongwa, Levin, Rispel (2019) realizaram uma pesquisa sobre o perfil epidemiológicos de pacientes fissurados na África do Sul e a distribuição das fissuras foram: 35,3% fissura palatina; 34,6% fissura labiopalatina; 19,0% de fissura labial. Quase metade dos casos de FLP (47,5%) eram do sexo masculino e 52,5% do sexo feminino, e essa diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

De acordo com Diógenes; de Araújo; de Castro; de Albuquerque; Martins; & Jardim (2017); Queiroz, *et al* (2011), os dados epidemiológicos relacionam as fissuras envolvendo ou não o palato mais frequente no sexo masculino e as fissuras apenas no palato no sexo feminino. Em contrapartida, na presente pesquisa, foi observado que os homens apresentam mais FP em relação as mulheres.

Em seu estudo, Sousa (2014) observou que no estado da Paraíba nos anos de 2002 a 2010 o sexo masculino foi o mais acometido por FP. Os dados da presente pesquisa não mostraram na prevalência de FP entre homens (79 casos) e mulheres (80 casos). Ainda sobre o seu estudo, o tipo de fissura mais encontrado na Paraíba foi a FP com 81 casos, a pesquisa atual revelou que a fissura mais prevalente foi a FP com 188 casos.

Em uma visão geral, quando analisados os tipos de fissuras e a sua prevalência com o sexo, um mesmo padrão é seguido do Brasil, Nordeste e Paraíba, no qual, a fissuras mais prevalentes em ordem crescente são FLP, FL e FP e o sexo mais prevalente é o masculino.

Tabela 1 - Total de casos de FLP, FL e FP entre 2008 e 2018. Araruna – PB, 2019.

	FLP	FL	FP
BRASIL	5303	6069	8511
NORDESTE	1167	1465	2101
PARAÍBA	66	118	188

Fonte: Curso de Odontologia - UEPB, Campus VIII, 2019.

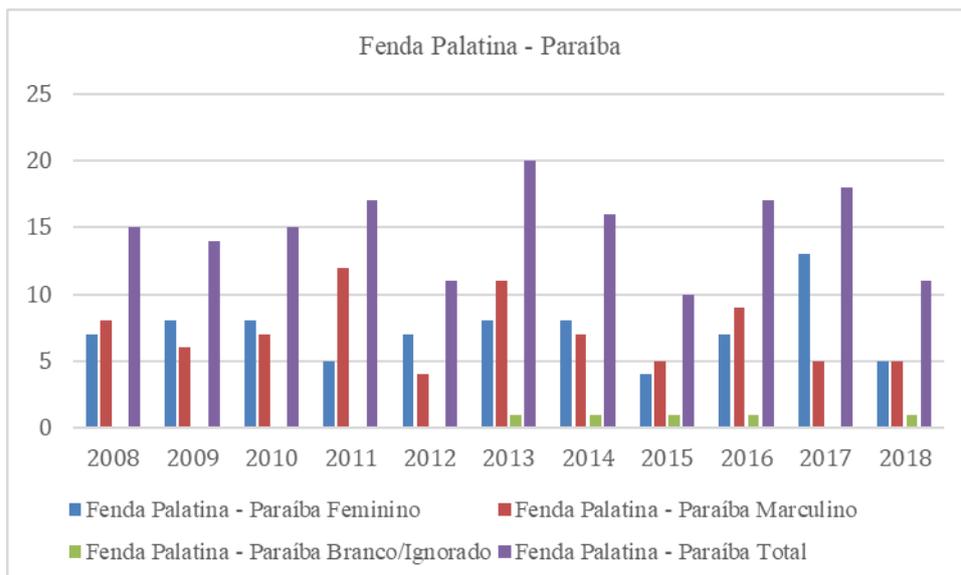


Figura 1 – Casos de FP na Paraíba em relação ao Sexo. Araruna – PB, 2019.

Fonte: Curso de Odontologia - UEPB, Campus VIII, 2019

Tabela 2 - Casos do sexo masculino de FLP, FL e FP entre 2008 e 2018. Araruna – PB, 2019.

MASCULINO	FLP	FL	FP	FEMININO	FLP	FL	FP
BRASIL	3455	3663	4619	2322	2358	3812	
NORDESTE	665	884	1139	493	562	939	
PARAÍBA	39	69	79	27	44	80	

Fonte: Curso de Odontologia - UEPB, Campus VIII, 2019

Analisando a distribuição de acordo com a escolaridade da mãe, foi observado que no Brasil a maioria das mães de bebês com FLP, FL e FP possuem 08 a 11 anos de estudo (Tabela 3), e esse mesmo padrão se repete no Nordeste e na Paraíba, ou seja, a maioria das mães não possuem o ensino médio e isso pode refletir na bagagem de conhecimento sobre os cuidados, etiologia e o tratamento das fissuras orofaciais e Moura (2014) traz em seu estudo que cada ano de estudo acrescentado na mãe, o risco de ter um filho com fissura orofacial diminuem 19%, pois, elas se tornam menos susceptíveis aos fatores não genéticos que podem provocar a ocorrência de fissuras, como por exemplo a desnutrição.

Tabela 3 - Escolaridade da mãe de bebês com FLP, FL ou FP. Araruna – PB, 2019.

ANOS	NENHUM	01 A 03	04 A 07	08 A 11	12 E MAIS	BRANCO	TOTAL	
BRASIL	FLP	52	236	1292	3198	983	60	5821
	FL	57	236	1372	3234	1124	48	6069
	FP	81	384	1913	4562	1482	87	8512
NORDESTE	FLP	21	86	324	601	118	17	1167
	FL	33	107	416	705	187	11	1465
	FP	42	161	562	1016	288	30	2081
PARAÍBA	FLP	1	6	15	37	6	1	66
	FL	1	8	32	62	14	1	118
	FP	1	17	39	81	23	1	165

Fonte: Curso de Odontologia - UEPB, Campus VIII, 2019.

Ainda sobre o perfil epidemiológico das mães, a idade média das mesmas no Brasil no momento do parto é de 20 a 29 anos caracterizando um perfil de mães adultas (Tabela 4). No Nordeste, a maioria das mães de bebês com FLP e FL possuem idade entre 20 a 24 anos e FL de 25 a 29 anos e na Paraíba, as mães de bebês com FLP e FP possuem de 25 a 29 anos e FL de 20 a 24 anos. Sousa (2014) mostrou que no período de 2002 a 2010 a média de idade das mães na Paraíba foi de 25,82, evidenciando que não se teve muitas mudanças em relação a idade das mães.

Tabela 4 - Idade da mãe de bebês com FLP, FL ou FP. Araruna – PB, 2019.

ANOS	00 A 14	15 A 19	20 A 24	25 A 29	30 A 34	35 A 39	40 A +	TODOS	
BRASIL	FLP	57	995	1443	1355	1051	690	263	5854
	FL	58	1029	1463	1392	1112	722	248	6113
	FP	69	1339	1956	2025	1669	1069	381	8511
NORDESTE	FLP	15	223	315	273	182	124	51	1183
	FL	19	283	366	331	260	161	63	1523
	FP	33	397	481	500	363	237	90	2101
PARAÍBA	FLP	0	7	18	19	10	13	2	69
	FL	1	18	35	28	21	11	5	118
	FP	2	30	39	42	23	22	6	164

Fonte: Curso de Odontologia - UEPB, Campus VIII, 2019.

No tempo de corte da pesquisa, observou-se que a maioria dos bebês com FLP e FP nasceram com mais de 38 semanas (parto a termo) e a maioria dos casos no Brasil e na Paraíba de FL nasceram entre 37 e 41 semanas (Tabela 5). No Nordeste e na Paraíba a maioria dos partos de bebês que possuem uma das três fissuras estudadas foram realizados com mais de 38 semanas. O número de bebês que nasceram com menos de 22 semanas é baixo em todas as fissuras, com isso, é possível analisar que o tempo de gestação de bebês fissurados pode ter pouca influência na sua ocorrência.

Tabela 5 - Semanas de gestação dos casos de FLP, FL e FP. Araruna – PB, 2019.

SEMANAS	< 22	22 a 27	28 a 31	32 a 36	<37	37 a 41	42 e +	>38 (A termo)	BRANCO	TODOS
BRASIL	FLP 5	79	157	965	1206	4407	118	4915	90	5821
	FL 3	71	153	923	1150	4714	120	4652	85	5799
	FP 6	133	302	1478	1919	6248	178	6426	167	8511
NORDESTE	FLP 0	12	47	182	241	866	39	895	31	1167
	FL 1	13	39	253	306	1072	51	1123	36	1465
	FP 2	27	76	386	491	1479	60	1539	71	2101
PARAÍBA	FLP 0	0	1	11	12	49	3	52	2	66
	FL 0	1	2	25	28	83	4	77		118
	FP 0	0	4	26	30	126	6	132	2	164

Fonte: Curso de Odontologia - UEPB, Campus VIII, 2019.

Em todos os anos estudados quando analisado o peso dos bebês ao nascimento, no Brasil 73.9% dos bebês que nasceram com FP pesaram 2.500g ou mais e esse padrão se repete no Nordeste (73.7%) e Paraíba (74.7%). Dos bebês que nasceram com menos de 1.500g os casos de FP estão em maior número no Brasil (6%) e no Nordeste (5%), enquanto que na Paraíba, bebês com menos desse peso foram aqueles predominantemente acometidos por FL (5,9%) (tabela 6). Uma das causas não genéticas de fissuras é a desnutrição materna, o número de bebês com menos de 1.500g pode estar relacionado a mães desnutridas que geraram filhos com baixo peso.

Tabela 6 - Peso ao nascer dos bebês com FLP, FP e FL. Araruna – PB, 2019.

GRAMAS	<1500	1500 A 2499	2500 A +	BRANCO	TOTAL
BRASIL	FLP 298	1056	4354	3	5821
	FP 514	1700	6293	4	8511
	FL 278	952	4567	2	6069
NORDESTE	FLP 57	240	869	1	1167
	FP 118	433	1549	1	2101
	FL 71	259	1135	0	1465
PARAÍBA	FLP 3	11	52	0	66
	FP 2	32	130	0	164
	FL 7	26	85	0	118

Fonte: Curso de Odontologia - UEPB, Campus VIII, 2019.

5 CONCLUSÕES

O perfil epidemiológico das fissuras orofaciais no Brasil, Nordeste e Paraíba de 2008 a 2018 se caracteriza com os casos de FP sendo os mais comuns nos anos analisados e o sexo masculino o mais predominante. A maioria das mães possuem de 8 a 11 anos de estudo e apresentam idade na faixa dos 20 a 30 anos, representando um perfil de mães adultas, a maioria dos bebês nasceram com mais de 38 semanas de gestação e pesavam 2.500g ou mais e são poucos os casos que nasceram com baixo peso. Os padrões de casos no Brasil, Nordeste e Paraíba na maioria dos casos estão dentro dos mesmos padrões de ocorrência.

REFERÊNCIAS

- ADEYEMO, W. L.; JAMES, O.; BUTALI, A. Cleft lip and palate: Parental experiences of stigma, discrimination, and social/structural inequalities. **Annals of maxillofacial surgery**, v. 6, n. 2, p. 195-203, 2016.
- BURIANOVA, I., KULIHOVA, K., VITKOVA, V., & JANOTA, J. Breastfeeding After Early Repair of Cleft Lip in Newborns With Cleft Lip or Cleft Lip and Palate in a Baby-Friendly Designated Hospital. **Journal of Human Lactation**, v. 33, n. 3, p. 504–508, 2017.
- DAL RI, I.; TOMAZONI, F.; BERTELLI, A. E. Prevalência de Anomalias Dentárias em Pacientes com Fissuras Labiais e Palatinas e Fatores Associados: Um Estudo Transversal. In: **Congresso de Pesquisa e Extensão da Faculdade da Serra Gaúcha**. v. 3, n.5 p. 165-167, 2017.
- DATA SUS. Painel de Monitoramento de Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas (D180 e Q00-Q99). Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/anomalias-congenitas/> acessado em Abril e Maio de 2019.
- DE FREITAS, M. D. C. A., BATISTA, T. S., PEREIRA, M. C. G., BRANDÃO, M. M., MARIANETTI, L. V. S., & DE ALMEIDA, P. P. Estudo epidemiológico das fissuras labiopalatinas na Bahia. **REVISTA UNINGÁ**, v.37, n.1, p.13-22, 2018.
- DIÓGENES, M. A. R. I., DE ARAÚJO, E. F., DE CASTRO, F. T. L., DE ALBUQUERQUE, F. E. F. F., MARTINS, M. N. B., & JARDIM, J. F. Um estudo sobre fissuras labiopalatinas. **Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica**, v.3, n.1, 2017.
- DUARTE, G. A. **Métodos de alimentação para crianças com fissura labiopalatina**. 2015. Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. 2015.
- HLONGWA, P., LEVIN, J., & RISPEL, L. C. Epidemiology and clinical profile of individuals with cleft lip and palate utilising specialised academic treatment centres in South Africa. **Public Library of Science**, v. 14, n.5, 2019.
- KUHN, V. D., MIRANDA, C., DALPIAN, D. M., DE MORAES, C. M. B., BACKES, D. S., MARTINS, J. S., & DOS SANTOS, B. Z. Fissuras labiopalatais: revisão da literatura. **Disciplinarum Scientia Saúde**, v. 13, n. 2, p. 237-245, 2016.
- MOSSEY, P. A., LITTLE, J., MUNGER, R. G., DIXON, M. J., & SHAW, W. C. Cleft lip and palate. **The Lancet**, v.374, n.9703, p.1773-1785, 2009.
- MOURA, J. R. **Perfil clínico-epidemiológico dos portadores de fissuras orofaciais em residentes do estado da Bahia: um estudo descritivo**. (2014) Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. (2014).
- NEVILLE, B. W., DAMM, D. D., ALLEN, C. M., BOUQUOT, J. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3 ed. p.2 Elsevier Brasil, 2009.

QUEIROZ DE M. S. DI N., C., et al. Levantamento epidemiológico dos pacientes portadores de fissura de lábio e/ou palato de um centro especializado de Belo Horizonte. **Revista CEFAC**, v. 13, n.6 p. 1002-1008, 2011.

REBOUÇAS, P. D., MOREIRA, M. M., CHAGAS, M. L. B., & CUNHA FILHO, J. F. D. Prevalência de fissuras labiopalatinas em um hospital de referência do nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 71, n. 1, p. 39-41, 2014.

ROCHA, S. L. D. **Perfil epidemiológico de pacientes portadores de fissuras de lábio e/ou palato atendidos em um centro especializado de Salvador-Ba no período de 2000 a 2013.** 2016. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Bahia. 2016.

SOUSA, A. L. B. **Incidência e caracterização de fendas orofaciais em nascidos vivos registrados em dados do SINASC (DATASUS) - Paraíba-de 2002 a 2010.** 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2014.

SPINA, V. P. J. M., PSILLAKIS, J. M., LAPA, F. S., & FERREIRA, M. C. Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação. **Revista do Hospital das Clínicas Universidade de São Paulo**, v.27, n.1, p.5-6. (1972).

AGRADECIMENTOS

À Deus, esse ser maravilhoso que está sempre nos meus pensamentos e que fortalece a minha fé a cada momento bom e difícil.

Agradeço à minha família por estarem comigo em todos os momentos, sempre me apoiando e me proporcionando tudo de melhor. Não poderia estar finalizando esse curso sem a contribuição de vocês: vovó Rosa, vovô Domingos, papai, mainha, Gabi, Bia, Titia Clemilda, Tio Cláudio. Prometo sempre dar o meu melhor para honrar tudo o que fazem por mim.

Agradeço ao professor Manuel Gordón por toda ajuda proporcionada para que esse trabalho fosse finalizado, a sua eficiência e inspiração eu levarei como exemplo para toda a vida. À professora Naiana Braga por ter sempre me incentivado e me ajudado como uma amiga em todos os momentos, nunca deixe de ter esse coração maravilhoso. À professora Amanda Lira por toda paciência e disponibilidade de se fazer presente nessa defesa.

Agradeço a minha dupla de clínica e amiga, Susana Martins, nós sofremos, rimos, choramos, brincamos e aprendemos juntas, você será uma excelente profissional e que nossa amizade esteja viva sempre. Aos demais amigos de universidade que são como irmãos, a minha segunda família: Maria Andreia, Sabrina Formiga, Rayane Cintia, Ramon Rodrigues. Todos os amigos que fiz em Araruna estarão sempre nas minhas lembranças e fizeram parte de um momento muito importante da minha vida.