



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROCESSOS INTERATIVOS DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS



SANYRA LOPES DIAS ROCHA

**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**

Salvador, Bahia

2015

SANYRA LOPES DIAS ROCHA

**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**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação
Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, do
Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal
da Bahia, como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Processos Interativos dos Órgãos e
Sistemas.

Orientador: Prof. Dr. Adelmir Souza-Machado

Co-orientador: Prof. Dr. Roberto Almeida de Azevedo

Salvador, Bahia

2015

DEDICATÓRIA

A minha família, meu marido Davi Rocha e minha filha Sophia Rocha, pelo amor incondicional e paciência nos momentos de ausência. Amo vocês!!!

Aos meus amados pais, Vilma Lopes e Arlindo Dias, que me proporcionaram a base educacional e de ser humano digno, responsável e íntegro, com todo amor e dedicação.

À minha madrinha, Vanilda Lopes, meu exemplo de vida e de coragem, que nunca deixou de acreditar no meu potencial e sempre me incentiva a alçar voos cada vez mais altos.

AGRADECIMENTOS

Depois de uma longa caminhada, que por vezes pareceu infindável, há muito a agradecer...

À Deus, pela força suprema que sempre me guiou, até mesmo quando não mais achei que seria possível.

Aos meus irmãos, Michele e Danillo, aos meus tios e especial a minhas tias Vera Lopes e Graça Lopes, que sempre se orgulharam da “mestranda da família” e aos meus primos e amigos do coração, que souberam entender os meus momentos de ausência.

A minha sogra Helena Rocha por cuidar da minha filha com muito amor, e a minha cunhada Jaqueline Rocha pelo carinho e palavras de incentivo.

A meu orientador Adelmir Machado, pela confiança e ajuda, muito obrigada!!!

A meu co-orientador, Roberto Azevedo, que com toda a gentileza me abriu as portas do Centro de Anomalias Craniofaciais (CENTRINHO), possibilitando a realização da minha pesquisa e que sempre esteve ao meu lado acreditando no meu potencial.

Ao programa de Pós-graduação de Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas da UFBA e aos demais professores em especial professor Roberto Paulo pela ajuda e luta particular ao meu lado, me ajudando na realização desse trabalho.

Às minhas queridas “Amigas PIOS”, estudantes do PPGPIOS, Ana Carla Filgueira, Karina Pitta, Kariny Maria e Bianca Bastos e os demais colegas pelos momentos compartilhados durante essa pós-graduação. Sem vocês seria impossível chegar até aqui com um pouco mais de leveza.

Aos funcionários do CENTRINHO e alunos da graduação da UFBA que muito me ajudaram na coleta de dados desse trabalho.

E a todos que de alguma forma fizeram parte dessa conquista, o meu muito obrigada!

“O único lugar onde o sucesso vem antes do trabalho é no dicionário...”.

Albert Einstein

RESUMO

Introdução: As fissuras labiopalatais FLP, estão entre as malformações mais frequentes e são decorrentes de falhas no desenvolvimento ou na maturação dos processos embrionários, atingindo a face média pela ruptura do lábio e/ou palato. As fissuras labiais resultam da deficiência de fusão dos processos frontonasal e maxilar que ocorre por volta da 6ª semana de vida intrauterina. As fissuras palatinas são decorrentes da ausência de fusão das placas palatinas do processo maxilar, fusão esta que ocorre por volta da 9ª semana. As Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), através do CENTRINHO (Centro de Anomalias Craniofaciais), é credenciada ao Ministério da Saúde como serviço SUS de alta complexidade e referência em anomalias craniofaciais na Bahia, Brasil. **Objetivo:** Caracterizar o perfil epidemiológico e clínico-cirúrgico dos pacientes do setor de fissurados do Hospital Santo Antônio (HSA), o CENTRINHO. **Método:** Estudo de corte transversal que avaliou 537 prontuários (ou fichas clínicas) de pacientes com diagnóstico de fissuras labiais e/ou palatinas, atendidos no CENTRINHO, no período de 2000 a 2013. **Resultados:** A amostra estudada foi composta por uma maioria de pacientes do sexo masculino 55,3 %, com mediana de idade de 26,92 meses e cor da pele parda. A maioria dos pacientes atendidos no CENTRINHO tiveram acesso as cirurgias primárias de correção da fenda labial e/ou palatina sendo 96,6% de pacientes com acesso a queiloplastia e 77,5% com acesso e realização da palatoplastia. A fissura transforame incisivo teve o maior número (40,0%), sendo a localização mais afetada a unilateral (55,3%). O nível de escolaridade mais frequente dos pais foi o ensino fundamental com uma maior taxa residente no interior da Bahia (55,2%). **Conclusão:** Estes resultados fornecem instrumentos epidemiológicos para que os gestores direcionem ações de prevenção de saúde e tratamento interdisciplinar para anomalias craniofaciais e contribua como base de informações para novos estudos.

Palavras-chave: Epidemiologia; Fenda Labial; Fissura Palatina.

ABSTRACT

Introduction: The CLP cleft lip and palate are among the most frequently reported defects and are due to failures in the development or maturation of embryonic processes, reaching an average face by the rupture of the lip and / or palate. The cleft lip result of disability fusion of frontonasal and maxillary processes that occurs around the 6th week of intrauterine life. The palate are due to the lack of fusion of the palatine plates of the maxillary process, this fusion that occurs around the 9th week. The Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) through Centrinho (Center for Craniofacial Anomalies) is accredited to the Ministry of Health as highly complex SUS service and reference craniofacial anomalies in Bahia, Brazil. **Objective:** To characterize the clinical and epidemiological profile of cleft-surgical sector patients in the Hospital Santo Antonio (HSA), Centrinho. **Methods:** Cross-sectional study that evaluated 537 records (or medical records) of patients with cleft lip and / or palate, seen at Centrinho, from 2000 to 2013. **Results:** The sample was composed of a majority of patients the 55.3% male, median age of 26.92 months and mixed skin. Most patients treated at Centrinho had access to primary surgeries of cleft lip correction and / or palate and 96.6% of patients with access to lip repair and 77.5% with access and perform palatoplasty. The fissure trans incisor had the most (40.0%), being the most affected unilateral location (55.3%). The most common level of parental education was elementary school with a higher rate residents in Bahia (55.2%). **Conclusion:** These findings provide epidemiological tools for managers to direct health prevention actions and interdisciplinary treatment for craniofacial anomalies and contribute as baseline information for further studies.

Keywords: Epidemiology; Cleft Lip; Cleft Palate.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Esquema da Classificação de Spina, modificada por Silva Filho et al 1992

Gráfico 1 – Distribuição dos pais dos pacientes de acordo com a escolaridade

Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes de acordo com o acompanhamento multidisciplinar.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sócio-demográficas e clínicas de 527 dos pacientes atendidos no CENTRINHO 2000/2013

Tabela 2 – Tipos de Fissuras dos pacientes atendidos no CENTRINHO 2000/2013

Tabela 3 – Localização das Fissuras dos pacientes atendidos no CENTRINHO 2000/2013

Tabela 4 – Associação entre gênero e tipo de fissura dos pacientes atendidos no CENTRINHO 2000/2013

Tabela 5 – Associação entre Residência e tipo de fissura dos pacientes atendidos no CENTRINHO 2000/2013

Tabela 6 – Associação entre Raça e tipo de fissura dos pacientes atendidos no CENTRINHO 2000/2013

Tabela 7 – Distribuição dos casos de FLPs baseada no tipo de lesão e a realização da correção cirúrgica do lábio (queiloplastia) dos pacientes atendidos no CENTRINHO 2000/2013

Tabela 8 – Distribuição dos casos de FLPs baseada no tipo de lesão e a realização da correção cirúrgica do lábio (palatoplastia) dos pacientes atendidos no CENTRINHO 2000/2013

Tabela 9 – Distribuição dos casos de FLPs baseada no tipo de lesão e a realização de procedimentos cirúrgicos secundários (enxerto alveolar, implante, cirurgia ortognática) dos pacientes atendidos no CENTRINHO 2000/2013

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CADEFI - Centro de Atenção aos Defeitos da Face

CENTRINHO- Centro de Anomalias Craniofaciais

COMEPE- Comitê de Ética em Pesquisa

DATASUS- Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde

EVF- esfíncter velofaríngeo

FLPs- Fissuras labiopalatinas

FLP-NS- Fissuras labiopalatinas em pacientes não sindrômicos

FC- Fatores de crescimento

FL- Fissura labial

FPOF- Fissura pós-forame

FPRF- Fissura pré-forame

FPs- Fissuras palatinas

HRAC- Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais

USP- Universidade de São Paulo

HIAS- Hospital Infantil Albert Sabin

HIF- Hospital Infantil de Fortaleza

HSA- Hospital Santo Antônio

IU- Intrauterina

IVF- Insuficiência velofaríngea

IMIP- Instituto Materno-Infantil de Pernambuco

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

NAIF- Núcleo de Atendimento Integrado ao Fissurado

OSID- Obras Sociais Irmã Dulce

POI- Pós-forame incompleta

PRUIE- Pré-forame unilateral incompleta esquerda

POC- Pós-forame completa

PRUID- Pré-forame unilateral incompleta direita

PRUCE- Pré-forame unilateral completa esquerda

PRUCD- Pré-forame unilateral completa direita

PRBI- Pré-forame bilateral incompleta

PRM- Pré-forame mediana

SAME- Sistema de Arquivo Médico Estatístico

TUE- Transforame unilateral esquerda

TB- Transforame bilateral

TUD- Transforame unilateral direita

TM- Transforame mediana

TGFá- Fator transformador do crescimento alfa

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1	Conceito	15
2.2	A fissura labiopalatina	15
2.1.2	O indivíduo com fissura labiopalatina	15
2.3	Etiologia das Fissuras Labiopalatinas	16
2.4	Fatores de risco	19
2.5	Classificação da fissura labiopalatina	19
2.6	Alterações e seqüelas do indivíduo com fissura labiopalatina	20
2.7	Reabilitação do indivíduo com fissura labiopalatina	21
2.8	Situação Epidemiológica	24
2.9	As fissuras labiopalatinas no Brasil	24
2.10	As fissuras labiopalatinas na Bahia	26
3	OBJETIVOS	29
3.1	Geral	29
3.2	Específicos	29
4	MÉTODO	31
4.1	Tipologia do estudo	31

4.2	População-alvo e amostra	31
4.3	Critérios de inclusão	31
4.4	Critérios de exclusão	31
4.5	Variáveis	32
4.6	Materiais	32
4.7	Procedimentos	33
4.8	Análise de dados	33
4.9	Aspectos éticos	33
5	RESULTADOS	35
5.1	Perfil epidemiológico e clínico-cirúrgico	35
5.1.1	Características Sócio-demográficas	35
5.1.2	Escolaridade do Pai e da mãe	36
5.2	Tipos de Fissuras	37
5.3	Localização da fissura	37
5.4	Associação entre gênero e tipo de fissura	38
5.5	Associação entre procedência e tipo de fissura	38
5.6	Associação entre cor da pele e tipo de fissura	39
5.7	Atenção Fonoaudióloga, Ortodôntica, Psicológica e Cirúrgica	40
5.8	Associação tipo de fissura com queiloplastia	40
5.9	Associação tipo de fissura com palatoplastia	41
5.10	Associação tipo de fissura com Cirurgias secundarias	42

6	DISCUSSÃO	44
7	CONCLUSÕES	51
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
	ANEXOS	55
	REFERÊNCIAS	60

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas são as malformações congênitas craniofaciais mais comuns, ocorrendo em 1 a cada 757,5 nascimentos e em 1 a cada 923,53 nascido-vivos (COLARES et al.,1995). Fazem parte das anomalias faciais congênitas decorrentes da ausência de processos faciais embrionários. Ocorre uma alteração da velocidade migratória das células da crista neural, encarregadas de comandar o fenômeno de fusão das proeminências faciais entre a 6ª e 9ª semana de vida embrionária.

As fissuras labiais resultam deficiência de fusão dos processos frontonasal e maxilar que ocorre por volta da 6ª semana. As fissuras palatinas são decorrentes da ausência de fusão das placas palatinas do processo maxilar, fusão esta que ocorre por volta da 9ª semana. As estruturas faciais de um fissurado contêm potenciais de crescimento naturais, tendo apenas a deformidade da falta de continuidade do complexo maxilar. As fissuras labiopalatinas são as deformidades faciais mais comuns em todas as raças e grupos étnicos. Frequentemente se manifestam isoladamente, podendo estar associadas a síndromes ou outras anomalias tais como Síndrome de Pierry Robin entre outras. (MOORE,1990; ALONSO et al., 2009).

Elas afetam funções relevantes para a sobrevivência do ser humano (sucção, deglutição, mastigação e fala), prejudicando o desenvolvimento psicológico e fisiológico de seus portadores e interferindo na adaptação social dos afetados.(ALTMANN; RAMOS; KHOURY, 1997; MELGAÇO et al., 2002; SILVA, et al., 2008a; ALONSO et al., 2009).

Spina et al. (1972) sugeriram uma classificação das fissuras, tendo como referência o forame incisivo. Esta terminologia, por ser simples e objetiva, mostrou-se prática o suficiente para ser dirigida aos clínicos de uma equipe multidisciplinar. Segundo esta classificação, no grupo das fissuras pré-forame incisivo incluem-se todas as fissuras localizadas à frente do forame incisivo, podendo abranger lábio e rebordo alveolar. Assim, podem ser completas, quando passam pelo assoalho nasal e atingem o forame incisivo, e incompletas quando só atingem o lábio. De acordo com o lado afetado podem ser unilaterais (direita ou esquerda), bilaterais ou medianas. As fissuras trans-forame incisivas incluem todas as fissuras totais, que rompem a maxila em toda a sua extensão, desde o lábio até a úvula. Podem ser unilaterais (direita ou esquerda), bilaterais ou medianas. Esta última incluída neste grupo de acordo com a modificação de Silva Filho et al. (1992).

São diversas as alterações estéticas e funcionais encontradas nas fissuras labiopalatinas. O tratamento multidisciplinar é condição indispensável para o sucesso da reabilitação destes pacientes (COLLARES et. al.1995; SILVA FILHO, 1992; ALONSO et al., 2009)

A Epidemiologia é a área do conhecimento que possibilita descrever, analisar, planejar e intervir nos problemas de saúde das coletividades humanas (ARAKAWA et al., 2011). Os levantamentos epidemiológicos são importantes para o monitoramento das mudanças nos padrões das doenças ao longo do tempo e na avaliação das ações coletivas e individuais, preventivas e assistenciais desenvolvidas.

As fissuras labiopalatinas são uma realidade em termos de saúde pública (WHO, 2002). Englobam uma ampla variedade de malformações que determinam protocolos e prognósticos de tratamentos distintos de uma equipe interdisciplinar. No mundo, nasce uma criança com fissura a cada dois minutos e meio. No Brasil, a ocorrência em torno de 1: 650 concorda com as estatísticas mundiais que acusam uma prevalência média entre 1 e 2 indivíduos com fissura de lábio e/ou palato para cada 1.000 nascimentos (GARIB et al., 2011). Não há dados específicos divulgados sobre essa deficiência no estado da Bahia ou na cidade de Salvador. O conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes portadores de fissura de um centro especializado é muito importante para a comunidade acadêmica, por abrir caminho e subsidiar novas pesquisas; e para os profissionais e pacientes do centro, por possibilitar uma melhor estruturação dos serviços.

As Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) é credenciada ao Ministério da Saúde como serviço SUS de alta complexidade e referência em anomalias craniofaciais na Bahia, Brasil. Desta forma, devido à ausência de um estudo desta natureza na Bahia e no município de Salvador, foi realizado um estudo transversal dos registros dos prontuários do Centro de Anomalias Craniofaciais da OSID (CENTRINHO) no período de 2000 a 2013.

REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Conceito

Entre as malformações presentes ao nascimento que acometem o segmento cefálico e o pescoço, as fissuras labiopalatinas (FLPs) são as deformidades craniofaciais de maior prevalência e um importante defeito congênito que a criança pode apresentar. Elas afetam funções relevantes para a sobrevivência do ser humano (sucção, deglutição, mastigação e fala), prejudicando o desenvolvimento psicológico e fisiológico de seus portadores e interferindo na adaptação social dos afetados. Essas malformações surgem no primeiro trimestre de gestação, e são observadas pela falta de fusão do lábio e/ou palato (MELGAÇO et al., 2002; SILVA, et al., 2008a; ALONSO et al., 2009).

2.2 A fissura labiopalatina

2.2.1 O indivíduo com fissura labiopalatina

Desde o início do século XX, os estudiosos observaram que a falta de fusão entre os processos faciais embrionários e entre os processos palatinos (fissuras labiopalatinas), ainda no primeiro trimestre de vida intra-uterina, resulta num dos defeitos congênitos mais comum no ser Humano. As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas que rompem a integridade do lábio e/ou palato e, entre as deformidades craniofaciais são as mais frequentes. Estas malformações, frequentemente, produzem alterações na face, no rebordo alveolar, no arco dentário e na oclusão (CAPELOZZA FILHO & SILVA FILHO, 1992). Funções básicas como, respiração, amamentação, fonação e audição são dificultadas, além das complicações sistêmicas que podem ocorrer, em presença de síndromes.

A dificuldade e a extensa duração do tratamento destas malformações, para a recuperação morfológica e funcional, é inquestionável, sendo que a localização e a extensão anatômica da fissura estabelecem o protocolo de atendimento, o tempo e o prognóstico do tratamento. MELO et al (2008) afirmam que não há nada mais frustrante do que algo que interfere constantemente em nosso relacionamento interpessoal e poucas coisas atuam mais do que fala e estética imperfeita, sendo que indivíduos com essas deficiências apresentam relação social prejudicada e dificuldade de comunicação.

Para GARRID (2011), os pacientes com fissura labiopalatina possuem um atraso no desenvolvimento da linguagem, confirmado por meio da alteração do timbre da voz e da dificuldade da desenvoltura escolar. Estas deficiências podem resultar em níveis maiores de tensão postural e rigidez muscular quando comparadas a crianças fisicamente normais (ALONSO et al., 2009). Alguns autores têm se preocupado com o impacto e a reação dos pais ao nascimento da criança com fissura labiopalatina, considerando as diversas implicações estéticas, funcionais e psicológicas que este tipo de malformação acarreta.

DROTAR et al. (1975) apresentaram um modelo da sucessão de reações esperadas dos pais, devido ao nascimento de uma criança com malformação congênita. A primeira reação é o choque, seguido de um sentimento de negação com relação à criança, de tristeza e ira e, posteriormente, um período de reorganização, afirmando que apesar de ser variável o tempo necessário para superar as questões de cada etapa, a sequência destas reflete a evolução natural das reações.

Gerar uma criança com anomalias 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 aparecimento de ansiedade ou manifestam sentimento de culpa estimulado pelo senso de responsabilidade pessoal por ter gerado tal criança.

Para o indivíduo com fissura, os problemas na maioria das vezes prolongam-se por toda sua existência. KAPP (1979) analisou 34 crianças com fissura de lábio e/ou palato e 34 sem a fissura. As crianças com fissura mostraram que têm insatisfação com a aparência física significativamente maior que as que não apresentam a fissura. As crianças com fissura do gênero feminino também mostraram que é significativamente maior a ansiedade, menor o sucesso escolar e são mais infelizes e insatisfeitas.

2.3 Etiologia das Fissuras Labiopalatinas

A etiologia das fissuras labiopalatinas (FLPs) ainda não está totalmente esclarecida, porém muitos pesquisadores ressaltam que o fator hereditário pode ser um dos mais importantes. De fato, há um consenso na literatura de que o fator hereditário é responsável por boa parte dos casos da deformidade, enquanto outros casos são associados à ação de fatores ambientais (WYSZYNSKI; BEATY, 1996; WYSZYNSKI; BEATY; MAESTRI, 1996; LIDRAL et al.,

1997; VIEIRA; ORIOLI, 2001; RODRIGUES et al., 2005; HOMRICH, 2006; BRITO et al., 2008, 2009).

GRASIOSI et al., (2000) citam alguns desses fatores: idade e consanguinidade dos pais; doenças sistêmicas, infecções e/ou uso de medicamentos pela mãe; radiações, deficiência nutricional (ausência do ácido fólico) durante a gestação; hábitos e vícios dos pais (fumo, álcool, drogas). Outra teoria muito aceita é a Teoria Multifatorial, que se resume na interação de fatores genéticos, ambientais e hereditários. Os diferentes níveis de agressividade das malformações labiais e/ou palatais podem ser associados à susceptibilidade de um grupo etário ou de um ser humano isoladamente. Essa susceptibilidade pode ser maior ou menor, em resposta à interação desses fatores, que podem atuar isoladamente ou em associação, agindo em um embrião geneticamente predisposto (MODOLIN; CERQUEIRA, 1997; GRAZIOSI; BOTTINO; SALGADAO, 1998; GRAZIOSI; SALGADO; CASTILHO, 2000; ALVES, et al., 2004; MARTELLI-JUNIOR et al., 2005; SILVA et al., 2008a).

Alguns fatores ambientais envolvidos na etiologia da FLP como vírus ou hipertermia, pesticidas, desnutrição, fumo, álcool, drogas como antagonistas do ácido fólico, valproato, difenil-hidantoína, fenobarbital, trimetadiona, corticóides, ácido retinóico e hipoxia têm sido identificados, porém para alguns agentes ainda há a necessidade de estudos mais detalhados para comprovação da sua influência na susceptibilidade para FLP (PACHI, 1997; RIBEIRO; MOREIRA, 2004).

Os estudos revisados por Murray (2002) demonstraram que vários fatores do ambiente estão envolvidos na etiologia das FLPs. Entre eles: a deficiência nutricional, exposição à fenitoína, ácido valproíco, talidomida, o uso do álcool, do cigarro, bem como o uso de pesticidas e herbicidas, como a dioxina. Para Wyszynski e Beaty (1996), os fatores de risco mais bem documentados para FLP são: exposição a drogas antiepilépticas, fumo materno e antagonistas do ácido fólico no primeiro trimestre da gravidez. Christensen et al. (1999) assevera que exposições maternas a fatores ambientais tais como, como álcool, fumo, deficiência vitamínica e intoxicação vitamínica (vitamina A) são fatores de risco para fissura labial e/ou palatina.

Silva Filho e Freitas (2007) explanam que as FLPs surgem antes da 12ª semana de gestação. Isso ocorre porque a face e o palato formam-se rapidamente, ou seja, os processos faciais embrionários, compostos pelos processos frontais, mandibulares, nasais mediais, nasais laterais e maxilares, diferenciam-se na 4ª semana gestacional e, no final da 8ª semana

encontram-se fusionados, conferindo à face suas feições humanas (BORGES-OSÓRIO; ROBINSON, 2001; SANDRINI et al., 2005). Ao final da 12ª semana gestacional, é a vez dos processos palatinos completarem a divisão anatômica entre as cavidades bucal e nasal. Sendo assim, as fissuras faciais se formam até a 8ª semana gestacional, enquanto as fissuras de palato formam-se até a 12ª semana gestacional. Estas se caracterizam pela falta de separação entre as cavidades oral e nasal durante o desenvolvimento embrionário. Elas podem ser de origem sindrômica, quando associada à anomalia congênita ou não sindrômica (MELO; HAGUETTE; RIBEIRO, 2008).

Segundo Sandrini et al. (2006), embriologicamente devem ser distinguidas as fissuras labiopalatinas das fissuras palatinas, uma vez que o desenvolvimento e o mecanismo fisiopatológico de ambas são distintos. Assim, o palato primário se desenvolve pela quarta semana e meia, com base em cinco processos que limitam o estomódio: um nasofrontal, dois maxilares e dois mandibulares. Entre a quinta e a sétima semana, os processos maxilares desenvolvem-se em direção central, empurrando o processo nasal interno para a linha mediana. Assim, o lábio superior é formado pela união dos processos maxilares e nasais internos. Quando as proeminências nasais internas se fundem, formam o segmento intermaxilar, constituído por três partes, dando origem aos componentes: labial (o filtro), maxilar ou gengival (área dos quatro incisivos) e palatino (palato primário).

Modolin e Cerqueira (1997) citam uma importante pesquisa realizada por Bhatia (1972), que, colhendo dados de pesquisas realizadas em diferentes países, concluiu que 1/3 dos casos de fissuras labiopalatinas tinham uma história familiar positiva, ou seja, possuíam membros de família afetados. O número de parentes afetados parece diminuir à medida que o grau de parentesco se distancia.

Borges-Osório e Robinson (2001) e Sandrini et al. (2005) apontaram em seus estudos a proposição que atribui a ocorrência das FLPs à herança multifatorial com efeito limiar. De acordo com esse modelo, a malformação é condicionada por muitos genes com efeitos fenotípicos variáveis, bem como fatores ambientais diversos, os para a manifestação da doença). Essa teoria separa os indivíduos em dois grupos, os normais e os afetados, estes últimos apresentam variabilidade na expressão fenotípica da anomalia de suave a mais grave. Ardinger et al. (1989) falam do papel do fator transformador do crescimento alfa (TGF α) no desenvolvimento da FLP. Em vários estudos, são mencionados outros genes e fatores de crescimento relacionados ao desenvolvimento dessas anomalias, como os genes: MSX1,

TGF β 3 (fator de crescimento)s, RARA e MTHFR (5,10-metilenotetrahidrofolato redutase) (MURRAY, 2002). Para Lima et al. (2009), as alterações cromossômicas podem envolver mutações no número de cromossomos ou na sua estrutura.

2.4 Fatores de risco

As anomalias congênitas podem ser induzidas por fatores genéticos ou fatores ambientais, uma vez que estes causam perturbações durante o desenvolvimento pré-natal. Acrescentando ainda que a herança multifatorial (combinações de fatores genéticos e ambientais) é a principal causa das anomalias mais comuns. (ALONSO et al., 2009).

2.5 Classificação da fissura labiopalatina

Um bom sistema de classificação das fissuras labiopalatinas deve encerrar simplicidade, objetividade e clareza em descrever sucintamente as formas de fissuras labiopalatais sem subjetividade pessoal, facilitando a comunicação entre os profissionais de diferentes especialidades que lidam com este tipo de malformação. A comunidade científica ainda carece de um sistema de classificação de fissuras padronizado e acatado universalmente, muito embora várias tentativas tenham sido feitas desde a primeira metade deste século (CAPELOZZA FILHO & SILVA FILHO, 1992).

As primeiras classificações referidas na literatura baseavam-se exclusivamente no aspecto morfológico da fissura (DAVIS & RITCHIE, 1922; VEAU, 1931 apud BERLIN, 1971). Somente a partir do final da primeira metade do séc. XX as classificações passaram a ter coerência anatômica baseada nos padrões embriológicos de fusão dos processos faciais embrionários (HARKINS, 1962; KERNAHAN, 1971 apud CAPELOZZA FILHO & SILVA FILHO, 1992).

Spina et al. (1972) sugeriram uma classificação das fissuras, tendo como referência o forame incisivo. Esta terminologia, por ser simples e objetiva, mostrou-se prática o suficiente para ser dirigida aos clínicos de uma equipe multidisciplinar (CAPELOZZA FILHO & SILVA FILHO, 1992). Este é o sistema adotado no atendimento ao indivíduo com fissura labiopalatina da FO - UFMG. Segundo esta classificação (FIG. 1), no grupo das fissuras pré-forame incisivo incluem-se todas as fissuras localizadas à frente do forame incisivo, podendo abranger lábio e rebordo alveolar. Assim, podem ser completas, quando passam pelo assoalho nasal e atingem o forame incisivo, e incompletas quando só atingem o lábio. De acordo com o

lado afetado podem ser unilaterais (direita ou esquerda), bilaterais ou medianas.

As fissuras trans-forame incisivas incluem todas as fissuras totais, que rompem a maxila em toda a sua extensão, desde o lábio até a úvula. Podem ser unilaterais (direita ou esquerda), bilaterais ou medianas. Esta última incluída neste grupo de acordo com a modificação de Silva Filho et al. (1992).

Quadro 1 - Esquema da Classificação de Spina, modificado por Silva Filho et al. (1992).

Grupo I	Pré-forame incisivo	Unilateral	Incompleta	
			Completa	
		Bilateral	Incompleta	
			Completa	
		Mediana	Incompleta	
			Completa	
Grupo II	Transforame incisivo	Unilateral	Incompleta	
			Completa	
		Bilateral	Incompleta	
			Completa	
		Mediana		
Grupo III	Pós-forame incisivo	Incompleta		
		Completa		
Grupo IV	Fissuras raras da face			

Fonte: Silva Filho et al. (1992).

No grupo das fissuras pós-forame incisivo inclui-se as fissuras isoladas de palato que podem ser completas (palato duro e mole) ou incompletas, quando somente o palato duro ou mole é atingido. No grupo de fissuras raras da face inclui-se qualquer tipo que não se encaixe nos três grupos anteriores e/ou apresentem desvinculação anatômica da área do forame incisivo.

Este sistema de classificação é usado no Brasil por diferentes especialidades e instituições que atendem a estes indivíduos, no entanto, não é utilizado na literatura internacional, na qual não se encontrou um sistema universalmente aceito. Nas publicações internacionais especializadas no tema fissura labiopalatal utiliza-se uma classificação simplesmente anatômica em relação à localização da fissura. Diz-se fissura de lábio, fissura de palato, fissura de lábio e palato, especificando-se o lado da ocorrência.

2.6. Alterações e sequelas do indivíduo com fissura labiopalatina

A modificação da anatomia intrabucal decorrente da presença da fissura de palato, com comunicação da cavidade nasal e bucal, leva a dificuldades relacionadas à habilidade de

sucção efetiva por parte do bebê. A sucção ineficaz acarreta fadiga, irritabilidade, fome, baixo peso, aspiração do leite durante a amamentação, deglutição excessiva de ar, tosse, engasgos, vômito e regurgitação nasal do alimento (PASHAYAN & MCNAB, 1979 apud CAPELOZZA FILHO & SILVA FILHO, 1992).

Devido ao envolvimento anatômico das vias aéreas superiores, a respiração nasal encontra-se comprometida em dar vazão ao seu desempenho total, transformando o paciente com fissura labiopalatal em um respirador bucal em potencial (CAPELOZZA FILHO & SILVA FILHO, 1992; WARREN & DRAKE, 1993).

Segundo Capelozza Filho & Silva Filho (1992) os poucos trabalhos existentes acerca do fluxo aéreo nasal denunciam uma resistência respiratória nasal aumentada na população com fissura, sendo significativamente maior no lado da fissura, independentemente do tipo de fissura. Esta redução da ventilação nasal guarda uma relação causa-efeito com a redução no tamanho da cavidade nasal, a qual encontra argumentações na configuração

2.7. Reabilitação do indivíduo com fissura labiopalatina

A reabilitação de indivíduos com fissura labiopalatina inicia-se logo após o nascimento por meio de orientações e informações relevantes. Styer & Freeh (1981) afirmam que o aleitamento materno em crianças que apresentam fissura de lábio e/ou palato é possível e que a técnica dependerá da extensão e do tipo da fissura. Alimentar um bebê com fissura pode requerer mais tempo e paciência, mas existem os benefícios da amamentação. O leite materno, com o seu valor nutritivo e qualidades antibacterianas, auxilia no ganho de peso necessário para a realização das cirurgias primárias e no combate das infecções do ouvido médio e infecções respiratórias, que são comuns nos indivíduos com este tipo de malformação congênita.

No aleitamento materno a ação da sucção ajuda a desenvolver os músculos da face, levando a um crescimento e desenvolvimento faciais mais adequados, além de criar menor pressão no ouvido médio. Os autores ainda sugerem que caso o aleitamento materno não seja possível, o leite materno deve ser ordenhado e oferecido ao recém-nascido com o uso de mamadeira pelo menos nas primeiras semanas de vida.

Embora os resultados da queiloplastia (cirurgia do lábio) e da palatoplastia (cirurgia do palato) normalmente sejam animadores em curto prazo, os efeitos secundários indesejáveis em longo prazo são inevitáveis (SILVA FILHO et al., 1990), pois as cirurgias primárias

interferem com o crescimento da face e do arco dentário superior, ajudando a esculpir faces retrognáticas e arcos dentários atrésicos.

A queiloplastia é convencionalmente realizada por volta dos três meses de vida e deve ser bastante atraumática, com manipulação mínima de tecido mole (CAPELOZZA FILHO et al., 1995).

Segundo Silva Filho & Almeida (1992) a partir dos 3 meses de vida a criança apresenta melhores condições para ser submetida ao procedimento cirúrgico, como peso de aproximadamente 4,5 quilos, maior quantidade de tecido muscular para o retalho, taxa de hemoglobina de 10g e uma contagem de leucócitos mais constante do que a encontrada em um recém-nascido.

Para Capelozza Filho et al. (1995) a palatoplastia deve ser feita dos 12 aos 18 meses de vida e de preferência em um único tempo cirúrgico, tendo como proposição à reparação estrutural antes do desenvolvimento da fala. Os procedimentos odontológicos preventivos e restauradores nos indivíduos com fissura de lábio e/ou palato são similares aos realizados em indivíduos que não apresentam tal malformação. Medidas preventivas devem ser instituídas desde a primeira infância. O dentista deve orientar os pacientes a respeito de uma correta escovação, o uso de fio dental e a necessidade de uso de fluoreto de sódio na forma de bochecho ou gel. Cuidados são essenciais para prevenir a doença cárie e para manter a saúde bucal destes pacientes, pois os mesmos frequentemente apresentam mal posicionamento dos dentes, principalmente os próximos à fissura (FREITAS, 1998). A indicação básica de tratamento ortodôntico nas fases de dentadura decídua, mista e permanente, relatada por Capelozza Filho & Silva Filho (1992), consistem na correções das anomalias oclusais que interferem com a função e não necessitam de longa contenção. A decisão sobre a época da intervenção ortodôntica nos pacientes com fissura exige bom senso e a magnitude da má oclusão deve ser considerada. Na presença de mordida cruzada que leve a desvio funcional da mandíbula, por exemplo, estaria indicada a correção precoce. Já nos pacientes com deficiência vertical e sem contato oclusal a indicação da terapia deve ser muito bem analisada já que o movimento obtido seria potencialmente recidivante devido à ausência de travamento oclusal, necessitando de longos períodos de contenção. Outro risco do tratamento é o controle e motivação da higiene bucal, geralmente difícil nesta fase do desenvolvimento, somado ao perfil social desagradável da maioria dos pacientes com fissura (SILVA FILHO et al., 1992).

Pôr volta dos 11-12 anos, antes da erupção dos caninos permanentes, é realizado o enxerto ósseo alveolar. Algumas das vantagens da cirurgia de enxerto ósseo consistem na melhora do contorno ósseo da maxila e, conseqüentemente, da aparência facial, além da possibilidade de movimentação de dentes na área enxertada e do fechamento de fístula buco-nasal (BOYNE & SANDS, 1972; SANDRINI et al., 2005).

O enxerto ósseo alveolar promove a estabilização dos segmentos maxilares, unindo a maxila, propiciando melhor resistência às forças mastigatórias e prevenindo colapso futuro. Além disso, proporciona melhora da higiene bucal devido ao fechamento de fístulas buco-nasal, evitando que secreções nasais drenem para a cavidade bucal. Fornece, ainda, base óssea para a irrupção dos dentes, favorecendo o tratamento ortodôntico. Os dentes irrompidos próximos à fissura são suportados pelo enxerto, prevenindo o deslocamento destes dentes em direção à fenda e sua subsequente perda prematura (BOYNE & SANDS, 1976). Outras vantagens decorrentes do enxerto são a melhora do achatamento da cartilagem alar, da assimetria nasal e da estética, proporcionando ao paciente um sentimento de normalidade e autoconfiança (SILVA FILHO et al., 1995).

Não restam dúvidas de que o tratamento ortodôntico no paciente com fissura é muito complexo, por isso o melhor momento de iniciar a intervenção deve ser bem determinado. Nos casos que acompanham grave discrepância esquelética entre os maxilares, o tratamento ortodôntico corretivo deve ser adiado para a fase final de crescimento, quando poderá ser realizada a cirurgia ortognática que busca reposicionar as bases ósseas. O objetivo desta cirurgia é devolver ao paciente a função oclusal e mastigatória, restabelecendo a saúde bucal e tendo, como consequência, uma melhora estética (SILVA FILHO et al, 1998).

Na fase adulta quase sempre são necessários reparos cirúrgicos nas cicatrizes de lábio e palato, fechamento de fístulas remanescentes, cirurgias plásticas adicionais para correção do nariz e faringoplastia. Faz-se importante enfatizar que para uma reabilitação integral a este grupo de indivíduos, são imprescindíveis as participações de profissionais das áreas de fonoaudiologia, psicologia, assistência social, enfermagem, pedagogia, além da odontologia e medicina, durante todo o processo de tratamento.

2.8 Situação Epidemiológica

Nos Estados Unidos da América (EUA), a incidência de fissuras de labiopalatinas (FLPs) varia de acordo com a raça e grupo étnico. Para os nativos brancos, é de aproximadamente 1/278 nascidos vivos, enquanto para os afro-americanos é referido um caso para cada 3.300 nascimentos (MAZZOTINI et al., 1999; SANDRINI et al., 2005; SILVA FILHO; FREITAS, 2007). Modolin, Kamakura e Cerqueira (1996) citam alguns estudos referindo que a fissura labial (FL) associada ou não à fissura palatina (FP) varia de incidência entre as raças, pois os asiáticos (chineses-1,7/1000; japoneses-2,1/1000; coreanos e filipinos) apresentam uma incidência de 1/500 a 1/1000 nascimentos, sendo a relação homem/mulher de 3:2, e que 75% dos pacientes afetados apresentam fissuras unilaterais e 25% bilaterais (CARLINI et al., 2000).

Milerad et al. (1997) reportam-se a um estudo realizado na Suécia, onde foram pesquisadas 616 crianças com fissuras labiopalatinas (FLPs), tendo sido determinado que 127 (21%) dessas crianças tinham outras malformações associadas às FLPs. Os autores informam que a fissura palatina (FP) tem incidência de aproximadamente 1/1400 recém-nascidos, e é mais frequente no sexo feminino, variando pouco entre as raças.

Shprintzen et al. (1985), em seu estudo no Centro para Desordens Craniofaciais da cidade de Nova York, investigaram 1000 casos de fissuras labiopalatinas. Este estudo revelou que 5,6% dos casos eram de fissuras labiais; 36,4% de fissuras labiais concomitante com fissura palatina; 58% de fissuras palatinas; 33% de fissuras labiopalatinas e 25% de fissuras submucosas.

2.9. As fissuras labiopalatinas no Brasil

Graziosi, Salgado e Castilho (2000) exprimem que, a fissura palatina (FP) é mais frequente no sexo feminino, enquanto a FLP ocorre em maior número no sexo masculino. Os mesmos autores corroboraram esses achados, realizando uma investigação epidemiológica em 53 pacientes portadores de fissuras labiopalatinas (FLPs) que frequentaram o Centro de Tratamento das Deformidades Labiopalatais da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, da Universidade Estadual Apesar de, no Brasil, os dados não serem totalmente precisos, a maioria dos autores refere que a incidência ocorre na proporção de 1/650 nascimentos, havendo uma estimativa superficial que sugere a existência de 225.000 dessas lesões no Brasil (CARLINI et al., 2000; SILVA et al., 2008a).

Em trabalho desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pesquisadores encontraram mais casos da fissura palatina isolada no gênero feminino. De acordo com esses autores, o fechamento do palato em período mais tardio do desenvolvimento embrionário, no gênero feminino, poderia explicar tal achado (COLLARES et al., 1995).

Baroneza et al. (2005) citam um estudo realizado no Brasil, que revelou a incidência de que a cada 700 recém-nascidos um seja portador de fissura. O mesmo autor investigou 377 prontuários clínicos de pacientes atendidos no Centro de Apoio e Reabilitação dos Portadores de Fissura Labiopalatal de Londrina e Região (CEFIL) no Estado do Paraná. Nesse estudo, o autor detectou uma predominância da fissura transforame (FT) sendo 59,9% no sexo masculino e 38% no sexo feminino; seguindo-se a fissura labial (FL), com 19,8% dos casos nos meninos e 22,7% nas meninas e depois a fissura palatina (FP), com 20,3% dos casos no sexo masculino e 39,3% no sexo feminino.

Em sua pesquisa Melgaço et al. (2002) falam que, no Brasil, a fissura labial tem uma incidência de um para 650 nascimentos. Segundo informações do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP/Bauru), a hereditariedade é responsável por 30% dos casos de fissura, podendo ocorrer outros fatores. Estudos realizados nesse Centro revelaram uma prevalência de fissuras orais de 0,20 por 1000 nascimentos e uma predominância de fissuras labiopalatinas em meninas. De acordo com importante estudo epidemiológico realizado, em 1998, pela Fundação Nair Villela Rabello (FUNAR), instituição não governamental que cuida de pacientes com fissuras orais do tipo labiopalatal, a incidência de crianças nascidas no Brasil com essa anomalia congênita é de um para cada 700 nascidos vivos, o que se assemelha aos dados encontrados nos Estados Unidos. Loffredo, Freitas e Grigolli (2001) realizaram um estudo no qual foram utilizados como fonte de pesquisa dos dados os registros de casos de fissura oral ocorridos no período de primeiro de janeiro de 1975 a 31 de dezembro de 1994. Esses registros foram coletados em um hospital de reabilitação de anomalias craniofaciais, localizado em Bauru-SP, e também no Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde. Os autores analisaram os dados e encontraram os seguintes resultados: foram registrados 13.777 casos novos no hospital consultado no período de 1975 a 1991; 3.076 casos novos de 1992 a 1994, totalizando 16.853 novos casos de FLP. Destes, 61% foram provenientes da região Sudeste (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo), com uma prevalência estimada em 0,19 por 1000 nascidos vivos, apresentando tendência ascendente, de 0,11, 0,17, 0,23 e 0,28,

respectivamente aos quinquênios de 1975 a 1980, 1980 a 1985, 1985 a 1990 e 1990 a 1995. Do total de casos de FLPs registrados no período do estudo, 4.413 (26%) se referiram à FP; os outros 12.440 (74%) eram de FLP. Assim, de acordo com essa pesquisa, nos últimos 20 anos, a prevalência no Brasil aumentou em 2,6 vezes. Conjectura-se se tal tendência é decorrente de melhoria contínua na obtenção da informação com o aumento das notificações, ou se decorre do aumento real do número de casos.

Silva Filho e Freitas (2007) realizaram outro estudo do acervo de 28.745 pacientes cadastrados no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP (HRAC/USP), onde foram detectados 43,53% casos de fissura transforame (FT); 22,75% de fissura pós-forame (FPOF); 19,89% de fissura pré-forame (FPRF); e mais 7,6% pré-forame associadas a outros tipos de fissuras. Em relação ao sexo, 41% das fissuras palatinas (FPs) isoladas atingem o gênero masculino, enquanto 59% atingem o gênero feminino. Martelli-Júnior et al. (2007) investigaram 126 pacientes no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas, MG. O predomínio das fissuras foi observado em caucasianos e a relação entre homens e mulheres foi de 1:3. Os homens 2,57 vezes mais atingidos por fissuras labiopalatinas do que as mulheres. A prevalência de fissuras labiopalatinas foi de 39,68% e fissuras labiais isoladas de 38,09%, seguidas por fissuras palatinas isoladas (22,23%). As fissuras labiopalatinas completas e unilaterais tiveram prevalência de 26,19%, seguidas das fissuras labiais incompletas e unilaterais com prevalência de 23,81%.

2.10. As fissuras labiopalatinas na Bahia

Existem poucos levantamentos epidemiológicos sobre fissuras orofaciais nas regiões Norte e Nordeste do Brasil (COUTINHO et al., 2009). Faltam estudos que demonstrem quantos portadores de FLP existem no estado da Bahia. De acordo com Freitas et. al. (2013), no entanto, estima-se que o Estado apresente elevada incidência, o que pode ser demonstrado pelo grande número de pacientes cadastrados (ultrapassando 3.000) no Hospital Santo Antonio (HSA), de janeiro de 2000 a outubro de 2014 (Sistema de Cadastro de Pacientes do HSA).

O conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes portadores de fissura de um centro especializado é muito importante para a comunidade acadêmica, por abrir caminho e subsidiar novas pesquisas; e para os profissionais e pacientes do centro, por possibilitar uma melhor

estruturação dos serviços. Dessa forma, devido à ausência de um estudo desta natureza no município de Salvador, viu-se a necessidade de realizá-lo, visto que existe um centro de referência especializado em pacientes fissurados no Estado da Bahia, localizado na cidade de Salvador, e que não há dados epidemiológicos para descrever as características desses pacientes.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de fissura de lábio e /ou palato atendidos no período de 2000 a 2013 no Centro de Referência em pacientes fissurados de Salvador/Bahia (CENTRINHO) do Hospital Santo Antônio (HSA), das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID).

3.2 Específicos

3.2.1. Verificar a associação entre gênero, cidade e raça com o tipo de fissura (pré-forame, transforame, pós-forame e fissuras parciais raras.)

3.2.2. Verificar a associação entre o tipo de fissuras e acompanhamentos multiprofissionais (fonoaudiologia, ortodontia, psicologia e cirurgia plástica)

3.2.3. Estudar a associação entre o tipo de fissuras e técnicas empregadas (queiloplastia, palatoplastia, enxerto ósseo alveolar, implante e cirurgia ortognática)

MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 Tipologia do estudo

Estudo de corte transversal.

4.2 Amostra e local do estudo

Esta pesquisa foi realizada a partir de dados secundários, dos prontuários dos pacientes portadores de más formações craniofaciais atendidos entre 2000 a 2013 no Centro de Tratamento e Reabilitação de Fissuras Labiopalatais e Deformidades Craniofaciais, do Hospital Santo Antônio das Obras Sociais Irmã Dulce (CENTRINHO/ HSA-OSID). Foram colhidas informações de 537 prontuários (ficha de anamnese e evolução multiprofissional). O CENTRINHO é uma parceria entre o Hospital Santo Antônio e a Prefeitura de Salvador, credenciado pelo Ministério da Saúde como alta complexidade no tratamento de pacientes com FL/P. Esse centro atende pacientes diagnosticados com fissuras labiopalatinas, oriundos de toda Bahia.

4.3 Critérios de inclusão

Foram avaliados prontuários de pacientes de ambos os gêneros no período estabelecido

4.4 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo prontuários cuja ficha de anamnese não foi preenchida de forma satisfatória e os prontuários de pacientes com síndromes genéticas associadas a fenda labial e /ou palatina.

4.5 Variáveis

Foram coletadas informações relacionadas a:

Sexo

Idade

Raça

Procedência (Capital, interior e zona rural)

Acompanhamento pela fonoaudiologia

Acompanhamento pela Ortodontia

Acompanhamento pela Psicologia

Acompanhamento pelo Cirurgião Plástico

Técnica cirúrgica (queiloplastia, palatoplastia, enxerto alveolar, implante e cirurgia ortognática)

Tipo de fissura (Classificação de Spina)

Localização da fissura (Classificação de Spina)

4.6 Materiais

Ficha de anamnese clínica, contendo informações relativas as características sócio-demográficas do paciente, como gênero, idade, nível de escolaridade pai e mãe, local de residência, além da evolução multiprofissional contendo as informações de acompanhamentos interdisciplinar, técnicas cirúrgicas empregadas e tipo e localização das fissuras.

4.7 Procedimentos

Após a assinatura do termo de autorização institucional pela chefe do CENTRINHO, para a realização da pesquisa no centro referido, e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foi feita a coleta de dados dos prontuários dos pacientes atendidos nesse local no período estipulado. Foi criado um banco de dados para posterior utilização pelo CENTRINHO, utilizando o software de domínio público EpiData, versão 3.1. A fase de coleta de dados teve duração de quatro meses.

4.8 Análise dos dados

O plano amostral foi não probabilístico do tipo por conveniência e foram calculadas estatísticas inferenciais. O banco de dados foi criado no Excel 2003 e analisado no software R (versão 3.2.0), onde feita uma análise descritiva (frequência absoluta e relativa, mediana e quartis) com a finalidade de identificar as características gerais e específicas da amostra estudada. Para identificar diferenças significativas entre as variáveis de interesse usamos o

teste Qui-Quadrado ou teste Exato de Fisher. O nível de significância estabelecido para este trabalho é de 5%.

4.9 Aspectos éticos

Este trabalho foi executado de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Não houve assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo fato dos pacientes atendidos no CENTRINHO já terem assinado um termo de consentimento antes da realização dos procedimentos, autorizando a posterior utilização dos exames e dados de anamnese para pesquisa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFBA – FOUFBA, sob o parecer n° 680.622 e número CAAE 24375813.9.0000.5024 (anexo C).

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1.1 Características Sócio-demográficas

A amostra constituiu-se de 537 prontuários, desses 297 (55,3%) eram do sexo masculino, com mediana de idade de 26,92 meses. A maior parte residia no interior (52,5%), e a raça declarada mais predominante foi de pardo com (48,2%). As principais características sócio-demográficas e clínicas são observadas na tabela 1.

As características gerais desses pacientes estão descritas na tabela 1:

Tabela 1 – Características sócio-demográficas e clínicas de 527 dos pacientes atendidos no CENTRINHO 2000/2013

Variáveis	N	n (%)	Md
Sexo	537		
Masculino	297	55,3	
Feminino	240	44,7	
Idade (meses)	537		26,92
Residência	537		
Capital	204	38,0	
Interior	282	52,5	
Zona Rural	51	9,5	

Raça

Branco	138	25,5
Pardo	259	48,2
Preto	132	24,6
Amarelo	4	7,0
Indígena	4	7,0

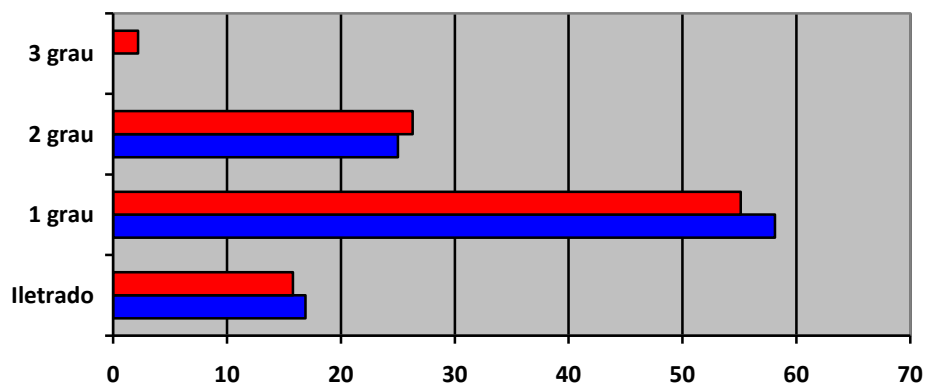
N = número de pacientes que responderam ao questionamento

Md = mediana

5.1.2 Escolaridade do Pai e da mãe

Analisando a distribuição de acordo com a escolaridade dos pais, foi observado que a maior parte deles tinha apenas o ensino fundamental, pai (58,1%) e mãe (55,1%), conforme pode ser visto no gráfico 1:

Gráfico 1 – Distribuição dos pais dos pacientes de acordo com a escolaridade dos pacientes atendidos no CENTRINHO 2000/2013



5.2 Tipos de Fissuras

Dos tipos de fissuras encontradas entre os 537 prontuários pesquisados, a mais predominante foi a transforame unilateral, afetando 34,5% dos pacientes, seguida da fissura transforame bilateral com 21,8 % dos afetados (Tabela 2). Outro tipo de fissura bastante encontrada foi a pós-forame incompleta, estando presente em 14,5% dos pacientes. A lesão submucosa, considerada bastante rara, não foi encontrada

Tabela 2 – Tipos de Fissuras dos pacientes atendidos no CENTRINHO 2000/2013

Tipo de fissura	Número de pacientes	(%)
Transforame	215	40,0
Pré-forame	129	24,0
Pós-forame	193	35,9
Fissuras parciais raras	0	0

N total: 537

Fonte: Dados da pesquisa

5.3 Localização da Fissura

A análise da lateralidade das lesões, que diz respeito a posição onde se encontra a fissura revelou que a maior parte das fissuras foram unilaterais (55,3%), seguidas pelas bilaterais (40%) e as fissuras medianas foram representadas por um total de (4,7%).

Tabela 3 – Localização das Fissuras dos pacientes atendidos no CENTRINHO 2000/2013

Localização das fissuras	Número de pacientes	(%)
Unilateral	297	55,3
Bilateral	215	40,0
Mediana	25	4,7

Fonte: Dados da pesquisa

5.4 Associação entre gênero e tipo de fissura

A distribuição dos diversos tipos de lesões apresentou proporções bastante similares para o sexo masculino e feminino (Tabela 4), com exceção das lesões transforame que esteve presente em 45,5% dos casos no sexo masculino, e em 33,3% no feminino ($P < 0,009$).

Tabela 4 – Associação entre gênero e tipo de fissura dos pacientes atendidos no CENTRINHO 2000/2013

Tipo de Fissura	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pré-Forame	69	28,8	60	20,2	129	24,0
Transforame	80	33,3	135	45,5	215	40,0
Pós-forame	91	37,9	102	34,3	193	35,9
Fissuras parciais raras	0	0	0	0	0	0
Total	240	100	297	100	537	100

$\chi^2 = 12,79$ 5 g.l. $p < 0,009$

5.5 Associação entre local de procedência e tipo de fissura

Da Associação de tipos de lesões por procedência (residência do paciente) (Tabela 5) , revelou que houve diferenças significativas entre as proporções dos vários tipos de FLPs quando a Capital e o restante do Estado (Interior e Zona rural) quando foram comparados ($P < 0,001$). Dos pacientes que possuíam fissuras transforame a maioria deles se encontravam no interior do estado (48,9%)

Tabela 5 – Associação entre Local de procedência e tipo de fissura dos pacientes atendidos no CENTRINHO 2000/2013

Tipo de Fissura	Capital		Interior		Zona Rural		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pré-Forame	54	26,5	52	18,4	23	45,1	129	24,0
Transforame	75	36,8	138	48,9	2	3,9	215	40,0
Pós-forame	92	32,6	75	36,8	26	51,0	193	35,9
Fissuras parciais raras	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	204	100	282	100	51	100	537	100

p<0,001

5.6 Associação entre cor da pele e tipo de fissura

Dos prontuários pesquisados a maioria eram declarados pardos (259), dentre eles o tipo de fissura mais encontrado foi de fissuras pós-forame com (41,7%), sendo esse dado estatisticamente significativo ($p < 0,009$).

Tabela 6 – Associação entre cor da pele e tipo de fissura dos pacientes atendidos no CENTRINHO 2000/2013

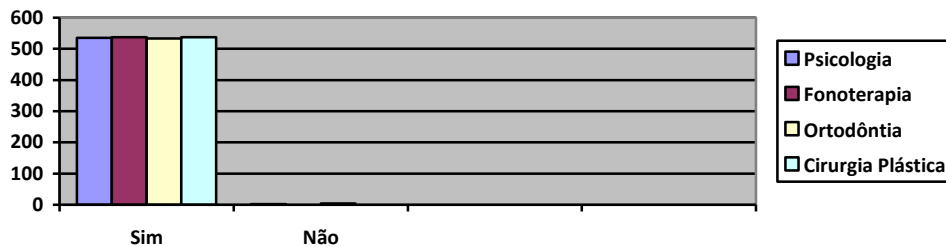
Tipo de Fissura	Branco		Pardo		Preto		Amarelo		Indígena		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pré-Forame	36	26,3	58	22,4	27	20,5	4	100	4	100	129	24,0
Transforame	85	62,0	93	35,9	37	28,0	0	0	0	0	215	40,0
Pós-forame	16	11,7	108	41,7	68	51,5	0	0	0	0	193	35,9
Fissuras raras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	137	100	259	100	132	100	4	100	4	100	537	100

P< 0,009

5.7 Atenção Fonoaudióloga, Ortodôntica, Psicológica e Cirúrgica

O estudo mostrou que dos pacientes atendidos no CENTRINHO, a maioria passava pelos atendimentos multidisciplinares de fonoaudiologia (100%) , psicologia (96%) , ortodontia (84%) e cirurgia plástica (100%). Todos os pacientes pesquisados tiveram a intervenção da cirurgia plástica ou na queiloplastia ou na palatoplastia, técnicas cirúrgicas para fechamento de lábio e palato (100%), 14 (16%) pacientes não tinham passado pelo acompanhamento da ortodontia e 2 (4%), não faziam consultas com psicólogos.

Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes de acordo com o acompanhamento multidisciplinar.



5.8 Associação tipo de fissura com queiloplastia

Em relação à queiloplastia, 99,5% dos portadores de lesão transforame a realizaram, isto decorrendo, provavelmente, de uma maior extensão daquela lesão (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos casos de FLPs baseada no tipo de lesão e a realização da correção cirúrgica do lábio (queiloplastia) dos pacientes atendidos no CENTRINHO 2000/2013

Tipo de Fissura	Sim		Não		Queiloplastia	
	N	%	N	%	N	%
Pré-Forame	128	99,2	1	8,0	129	100,0
Transforame	214	99,5	1	5,0	215	100,0
Pós-forame	177	91,7	16	8,3	193	100,0
Fissuras parciais raras	0	0	0	0	0	0
Total	519	98,6	18	3,4	537	100

P < 0,001

5.9 Associação tipo de fissura com palatoplastia

No que diz respeito à realização da palatoplastia (Tabela 8), esta foi mais frequentemente realizada (88,8%) nos pacientes com lesão transforame ($P < 0,001$).

Tabela 8 – Distribuição dos casos de FLPs baseada no tipo de lesão e a realização da correção cirúrgica do palato (palatoplastia) dos pacientes atendidos no CENTRINHO 2000/2013

Tipo de Fissura	Sim		Não		Palatoplastia	
	N	%	N	%	Total N	%
Pré-Forame	35	27,1	94	72,9	129	100
Transforame	191	88,8	24	11,2	215	100
Pós-forame	190	98,4	3	1,6	193	100
Fissuras parciais raras	0	0	0	0	0	0
Total	416	77,5	121	22,5	537	100

$P < 0,001$

5.10 Associação tipo de fissura com enxerto alveolar, implante dentário e cirurgia ortognática

Em relação a realização de cirurgias secundarias o enxerto alveolar foi realizado em 18,6 % dos pacientes com fissuras pré-forame e 16,3 % em pacientes com fissura transforame, já a realização da técnica de implantes dentários foram realizadas em apenas 8,0% dos pacientes com fissuras pré-forame e 7,9% dos pacientes transforame. A cirurgia ortognática foi feita em apenas 10 pacientes com fissura transforame (4,7%), (Tabela 7).

Tabela 9 -- Distribuição dos casos de FLPs baseada no tipo de lesão e a realização de procedimentos cirúrgicos secundários (enxerto alveolar, implante, cirurgia ortognática) dos pacientes atendidos no CENTRINHO 2000/2013

Tipo de Fissura	Enxerto alveolar				Implante				Cirurgia Ortog.						
	Sim	N	%	Não	N	%	Não	N	%	Sim	N	%	Não	N	%
Pré-Forame	24	18,6	105	81,4	1	8,0	128	99,2	0	0	129	100			
Transforame	35	16,3	180	83,7	17	7,9	198	92,1	10	4,7	205	95,3			
Pós-forame	4	2,1	189	97,9	1	5,0	192	99,5	0	0	193	100			
Fissuras parciais raras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	63		474		19		518		10		527				

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

No presente estudo observou-se que predominaram pacientes do sexo masculino, com média de idade de 26,92 meses, pardos, procedentes do interior do estado, que realizaram os acompanhamentos com as especialidades de fonoaudiologia, cirurgia plástica, odontologia e psicologia. As fissuras mais predominantes foram de transforame com localização unilateral.

Pode detectar-se que 55,3% dos pacientes com FLP eram do sexo masculino e 44,7% do sexo feminino, ou seja, dados que corroboram outros estudos encontrados na literatura pesquisada sobre o mesmo assunto. Em outro ensaio do tipo transversal, realizado no Recife (PE) com 2.511 fichas clínicas de portadores de anomalias craniofaciais atendidos no Centro de Atenção aos Defeitos da Face (CADEFI) do IMIP, observou-se que 53,4% dos pacientes eram do sexo masculino e 46,6% do sexo feminino (TAKANO; MENDONÇA JÚNIOR; LIMA, 2008). No Rio Grande do Sul, estudo retrospectivo, pesquisou 1.174 prontuários de portadores de FLPs, onde foram encontradas 56% pertencentes ao sexo masculino e 44% ao feminino (FRIGHETTO; RUMPEL; OLIVEIRA, 2009). Hagberg, Larson e Milerad (1997), em estudo descritivo, pesquisaram 251 crianças com FLP na Suécia

Em relação à procedência (local de residência dos pacientes), neste estudo observou-se que 38,0% dos casos de FLPs foram provenientes da Capital, enquanto que 52,5% vieram do interior da Bahia e 9,5% da Zona Rural. Outro estudo descritivo realizado na região metropolitana do Recife demonstrou que 43,8% eram provenientes da Capital, 48,1% do restante do Estado de Pernambuco e 8% de outros estados (TAKANO; MENDONÇA JÚNIOR; LIMA, 2008). Isto sugere que o CENTRINHO atende uma clientela com FLP mais abrangente em relação ao Estado, em comparação ao estudo de Recife, pois captou mais pacientes provenientes de fora da Capital. Em outro estudo do tipo seccional realizado em uma amostra de 132 pacientes de Minas Gerais (MG), foram encontrados 53,8% de pacientes provenientes da Capital, 36,7% proveniente do restante do Estado e 2,4% de outros estados; os 7,1% restantes não definiram a procedência (GALLBACH, 2004).

O tipo de lesão mais prevalente no estudo sob exame foi a transforame com 40,0% dos casos, seguidas das do tipo pós-forame incisivo, com 24,0%, as pré-forame, com 35,9%, e as submucosas não foram encontradas nesse estudo por serem raras. No estudo realizado em Recife (PE), verificaram-se resultados bastante semelhantes, nos quais o tipo mais prevalente

foi também a fissura transforame incisivo encontrada em 48,6% (TAKANO; MENDONÇA JÚNIOR; LIMA, 2008). As lesões transforames são as do tipo mais grave, sendo que estas geralmente estão associadas ao estado nutricional deficientes da mãe. A desnutrição da mãe, em especial nos três primeiros meses da gestação, causa a ausência do ácido fólico, participante no metabolismo e na síntese de ácidos nucleicos que são importantes na formação e malformação fetal (ALTMANN et al., 1997; MODOLIN; KAMAKURA; CERQUEIRA, 1997; WATSON, 2005; PINTO et al., 2007). Para Cunha Filho (2007), a elevada prevalência de lesões transforame no Nordeste se explica pelo baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), apresentado pelas cidades dos Estados. Shprintzen et al. (1985) realizando um estudo descritivo, pesquisaram os tipos de fissuras em 1000 pacientes do em Nova York, onde 36,4% das lesões foram transforame.

Quanto à localização das lesões pré-forame e transforame, neste estudo, as lesões predominaram as unilaterais, com 55,3%, seguidas pelas bilaterais, com 40,0 %, e medianas, com 4,7 % dos casos. O tipo mais prevalente de lesão (transforame) é também o mais grave, em virtude da extensão anatômica da malformação. Os pacientes que apresentam esta malformação necessitam de um tratamento mais longo, complexo e de maior quantidade de correções cirúrgicas para uma adequada reabilitação estética anátomo funcional e psicossocial. Em estudo descritivo feito no Rio Grande do Sul, foram encontrados 40,1% das fissuras do tipo unilaterais à esquerda, 39,9% bilaterais e 20% do tipo unilateral à direita (FRIGHETTO; RUMPEL; OLIVEIRA, 2009). Em estudo realizado numa amostra de somente 72 pacientes em Joinville (SC), também predominou o tipo unilateral à esquerda, com 75,6%, seguido pelo tipo bilateral, com 14,6%, e unilaterais à direita, com 9,7% (FRANÇA, 2002). Por estes estudos verifica-se concordância com a literatura recente, pois se observa sempre a prevalência das fissuras transforame unilaterais à esquerda, seguidas das bilaterais.

Ao relacionar as lesões separadamente, verificou-se que a fissura do tipo transforame incisivo ocorreu mais no sexo masculino (45,5%), do que no feminino (33,3%). Já a fissura pós-forame incompleta foi mais frequente no sexo feminino, 37,9%, contra 34,3% no sexo masculino, enquanto a pré-forame sucedeu em proporções praticamente iguais em ambos os sexos, em torno de 25%. Em um estudo do tipo caso-controle, realizado em Bauru (SP), numa amostra de 450 pacientes portadores de FLPs, verificou-se que na fissura pré-forame o risco é

maior no sexo masculino e a fissura pós-forame é maior no sexo feminino, achados que são semelhantes à essa pesquisa (LOFFREDO et al., 1994).

Dos pacientes pesquisados a maioria eram declarados pardos (259), dentre eles o tipo de fissura mais encontrado foi de fissuras pós-forame com (41,7%), sendo esse dado estatisticamente significativo ($p < 0,009$). Sendo esses dados equivalente a pesquisa de Campos et al. (2008) que encontrou também em seu estudo a cor parda como predominante, porem outros estudos apresentaram a raça branca como a mais expressiva com 81,84% da amostra acompanhada por pardos (12,74%), negros (3,30%) e amarelos (2,12%). (NUNES et al. 2005, COSTA et al. 2013).

Em se tratando da realização da queiloplastia, esta pesquisa revelou que 98,6 % dos pacientes atendidos no CENTRINHO tiveram acesso a essa modalidade cirúrgica. A cirurgia da queiloplastia deve ser feita antes da idade escolar, o que é recomendável para uma melhor inclusão psicossocial da criança na escola. É importante ressaltar a importância da realização da queiloplastia do paciente antes de seu ingresso na escola, visando a minimizar as dificuldades de aceitação dos pacientes por seus pares. Da mesma forma, é de fundamental importância que a cirurgia de correção do palato seja realizada antes da aquisição da fala, pois só assim o paciente terá extinguido suas dificuldades de comunicação com outros colegas e até mesmo com os professores.

A reabilitação correta e no tempo oportuno, também, privará o pequeno paciente de maiores problemas de aceitação por parte dos seus pares, ambos causados pela presença da FLP. Isso mostra o quanto há despreparo no traquejo com esses pacientes, não apenas dos profissionais da área da saúde, mas também dos profissionais da educação. Tudo se deve ao fato da falta de informação e familiaridade deles com o problema em foco, levando esses profissionais, muitas vezes, a associar o defeito estético a uma limitação cognitiva e/ou intelectual do indivíduo portador da FLP. Em estudo realizado por Duarte (2005), observou-se que 89,7% dos pacientes realizaram a queiloplastia, antes do ingresso escolar. A indicação para a cirurgia reparadora do lábio (queiloplastia) depende de protocolos específicos de cada equipe multidisciplinar, mas sempre deve ser realizada na idade pré-escolar (TANNURE; MOLITERNO, 2007). As razões por que a maioria dos pacientes não haviam realizado a queiloplastia ainda na idade pré-escolar nesse estudo incluem: procura tardia pelo serviço, com a criança já em idade avançada; carência de recursos técnicos e de profissionais do

serviço para assistir no momento adequado a demanda por este tipo de cirurgia; e crianças com enfermidades crônicas que não as habilitam a se submeterem à cirurgia no tempo indicado.

A palatoplastia, correção cirúrgica de fissura palatal, é realizada por volta dos 18 meses de idade, preferivelmente antes da aquisição da fala. No CENTRINHO, existe um protocolo de sequência cirúrgica, qual seja, a partir dos três meses de idade faz-se a queiloplastia e a partir dos seis meses a palatoplastia (CUNHA FILHO, 2007). Nesta presente pesquisa, a correção cirúrgica do palato foi realizada em 77,5% das crianças. A grande importância da palatoplastia reside no seu poder de restaurar a integridade anatômica e funcional, devolvendo um palato mole móvel, suficientemente longo e com boa competência velofaríngea, capaz de possibilitar uma boa fala, com articulação correta dos sons (ALTMANN et al., 1997; HANAYAMA; PINHO; TSUJI, 2001; CUNHA FILHO, 2007).

Outros tipos de correções cirúrgicas, indicadas em cerca da metade dos pacientes (enxerto ósseo alveolar, implantes dentários e cirurgias ortognáticas), foram realizados em poucos dos portadores de FLP. Este dado mostra uma das lacunas da atenção aos pacientes com FLP atendidos no serviço OSID, com os serviços não oferecendo recursos suficientes para as demandas estéticas específicas destas outras malformações. Em estudo realizado em Belo Horizonte com 132 pacientes, 41,6% destes tiveram acesso à realização do enxerto ósseo alveolar e 27,6% a realização da rinoplastia (GALLBACH, 2004). Novamente, há um condicionamento na realização destas cirurgias corretivas à realização das duas outras anteriores. Deste modo, se há um baixo índice de realização destas cirurgias consideradas primárias (queilo e palatoplastia), conseqüentemente, haverá um índice ainda menor das cirurgias corretivas.

O tratamento fonoaudiológico deve se iniciar precocemente, na própria maternidade, prevenindo ou minimizando os problemas precoces causados pela FLP, frequentemente encontrados nos bebês fissurados, que apresentam severas alterações das funções vitais, tais como a respiração, a sucção e a deglutição (SILVA; FÚRIA; DI NINNO; 2005; PINTO et al., 2007). A Fonoaudiologia é também indispensável na reabilitação da comunicação humana, tanto no aspecto fonatório, que diz respeito à articulação dos sons da fala, como no aspecto auditivo. Na pesquisa detectou-se que a totalidade dos pacientes com FLP tiveram acesso ao tratamento fonoaudiológico, com proporções bastante similares entre a Capital e o restante do

estado. Em estudo realizado em Minas Gerais, o tratamento fonoaudiológico foi menos acessível, sendo observado em 53% dos pacientes (GALLBACH, 2004). As razões para a alta cobertura dos pacientes com ações de Fonoaudiologia são a dependência da realização prévia de todas as cirurgias corretivas necessárias, bem como a demanda de profissionais fonoaudiólogos qualificados para o atendimento de pacientes portadores de FLP, especialmente na capital.

Estudos apontam que os tratamentos odontológicos são da maior importância para os portadores de FLP, devendo estes se submeter a avaliações periódicas pelo ortodontista para acompanhamento do desenvolvimento craniofacial (PINTO et al., 2007; FIGUEIREDO et al., 2008a, 2008b; MASSOTTI et al., 2008). Mostrou-se neste estudo que 84% dos pacientes portadores de FLP tiveram acesso ao tratamento ortodôntico, sendo que nos pacientes da Capital (60%) a proporção foi quase o dobro da encontrada no resto do Estado (22,8%). Em estudo realizado em Minas Gerais, verificou-se um percentual menor, de 32,5%, que estavam em tratamento ortodôntico (GALLBACH, 2004).

No estudo apenas 2% dos prontuários pesquisados realizaram a cirurgia ortognática, 3,5% a cirurgia de implantes dentários e 11,7% a técnica de enxerto alveolar. A reduzida proporção de portadores de FLPs com acesso aos tratamentos clínico-cirúrgicos (realização das correções cirúrgicas secundária como implantes dentários, enxerto alveolar e cirurgias ortognáticas), indicam a existência de uma carência importante de centros e equipes multiprofissionais especializadas na reabilitação destes pacientes. Fato esse que, mostra uma fragilidade do sistema público de saúde, sugerindo a redução de investimentos necessários em equipes e profissionais qualificados no atendimento a esses pacientes, especialmente nas cidades do interior do Estado. Isso enseja uma demanda reprimida que não tem acesso ao tratamento adequado, na cronologia indicada.

A elevada incidência de fissuras labiopalatinas sugere a necessidade de centros de referência com equipe multiprofissional especializada, pois a reabilitação e os tratamentos que estas deformidades requerem são complexos, demorados, ou seja, se estendendo na maioria das vezes até a idade adulta. Essas lesões comprometem as funções estomatognáticas do recém-nascido como sucção, deglutição e futuramente a mastigação e comprometem severamente a estética, a fonação e a adaptação social. Os portadores de FLPs constituem, enfim, um grupo de pacientes que desafiam a equipe multiprofissional no que se refere a sua adesão ao

acompanhamento, que necessariamente é prolongado, e deve cumprir uma cronologia adequada, com relação aos tratamentos cirúrgicos, ortodônticos e fonoaudiológicos (VACCARI-MAZZETI et al., 2009). Além dos fatores genético-hereditários, diversos outros podem estar associados à etiologia das FLPs, tais como uso de drogas, carência de ácido fólico, sífilis, toxoplasmose, radiações ionizantes, tabagismo e alcoolismo nos primeiros meses da gestação (WYSZYNSKI; BEATY, 1996; LIDRAL et al., 1997; VIEIRA; ORIOLI, 2001; RODRIGUES et al., 2005; HOMRICH, 2006; BRITO et al., 2008, 2009).

CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

A população atendida no CENTRINHO, no período de 2000 a 2013, foi composta por uma maioria de pacientes do sexo masculino, com mediana de idade de 26,92 meses. O nível de escolaridade mais frequente dos pais foi o ensino fundamental. A grande maioria residia no interior da Bahia e em sua maioria eram constituídos por pacientes declarados pardos.

A maioria dos pacientes atendidos no CENTRINHO teve acesso as cirurgias primárias de correção da fenda labial e/ou palatina sendo 96,6% de pacientes com acesso a queiloplastia e 77,5% com acesso e realização da palatoplastia. As lesões labiopalatinas mais extensas, as transforames unilaterais à esquerda e as bilaterais foram encontradas como as mais frequentes, isto implicando na necessidade de uma atenção mais complexa e demorada, que inclui maior número de etapas cirúrgicas e maior tempo de tratamento fonoaudiológico e ortodôntico, com um elevado risco de os resultados finais ficarem comprometidos, em decorrência da descontinuidade do tratamento. Estes pacientes certamente terão dificuldades em ter adequada inserção na escola e na sociedade, ocasionando problemas psicológicos refletidos na discriminação e na sua exclusão social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Mesmo com as dificuldades de deslocamento entre local de residência e lugar do tratamento, 52,5% dos pacientes com FLPs atendidos no CENTRINHO eram provenientes de fora de Salvador, o que sugere uma grande carência, ali, deste tipo de atenção. Essa lacuna existe não só no contexto de investimentos na área da saúde, mas também no Setor Educacional, pois, assim como a maioria dos profissionais da saúde não está capacitada nem treinada a tratar esses pacientes, com os profissionais da educação, a realidade não é diferente, mostrando que estes não estão familiarizados em educar essas crianças de forma correta.

Existem algumas limitações neste estudo, como o fato da pesquisa ser realizada em prontuários que algumas vezes faltavam informações, e ter viés de informação, pela forma como a ficha de anamnese foi preenchida por cada profissional, com diferentes formas de questionar as informações dos pacientes. No entanto, os dados obtidos podem auxiliar os responsáveis pelo CENTRINHO, no sentido de padronizar a aplicação da anamnese clínica, no que diz respeito à maneira de questionar os pacientes que serão avaliados, e auxiliar os supervisores e profissionais de saúde no preenchimento mais satisfatório (caso não seja possível o preenchimento total) dessas fichas, a fim de possibilitar futuras pesquisas.

Essa pesquisa também possui o papel de apontar para a necessidade de se dar continuidade ao aprofundamento de estudos sobre o tema focalizado, objetivando maior divulgação da situação médica, psicossocial e educacional destes pacientes.

Espera-se que esse estudo traga informações sobre o perfil de paciente que é atendido num serviço público de diagnóstico e referência em Salvador, auxiliando no melhor atendimento a esses pacientes e também no diagnóstico das diferentes fissuras labiopalatinas, através da análise da efetividade do protocolo de atendimento utilizado no serviço.

ANEXOS

ANEXOS

Anexo A: Questionário aplicado ao prontuário

QUESTIONÁRIO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO – PROJETO PESQUISA CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DO PACIENTE

1. Data do atendimento: ____ / ____ / ____
2. Número do questionário: _____
3. Nome completo do participante: _____
4. Gênero: 1. Masculino () 2. Feminino ()
5. Idade ()
6. Cidade: 1. Capital () 2. Interior () 3. Zona Rural ()
7. Contato: _____
8. Raça/Cor: 1. Branco () 2. Pardo () 3. Preto () 4. Amarelo () 5. Indígena () 6. Sem declarar ()
9. Escolaridade: 1. Frequenta escola () 2. Não frequenta escola ()

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DA FAMÍLIA

10. Profissão Pai: 1. Analfabeto () 2. 1 grau () 3. 2 grau () 4. 3 grau ()
11. Profissão Mãe: 1. Analfabeto () 2. 1 grau () 3. 2 grau () 4. 3 grau ()

ACOMPANHAMENTO INTERDISCIPLINAR

12. Acompanhamento com Fonoaudiólogo (1)S(2) N
13. Dentista (1)S(2) N
14. Acompanhamento com Psicólogo (1)S(2) N
15. Acompanhamento Cirurgião Plástico (1)S(2) N

TÉCNICA CIRÚRGICA

16. TÉCNICA CIRÚRGICA
- (1) Queiloplastia (1)S(2) N (2) Palatoplastia (1)S(2) N (3) Enxerto Alveolar (1)S(2) N
- (4) Implante (1)S(2) N (5) Cirurgia Ortognática (1)S(2) N

CLASSIFICAÇÃO DA MÁ FORMAÇÃO (SPINA)

17. Tipo de Fissura
1. Pré-forame ()
2. Transforame ()
3. Pós-forame ()
4. Fissuras Parciais raras ()
18. Localização ()
1. A-Unilateral (D ou E) 2. B-Bilateral (D e E) 3. C-Mediana 4. Não se aplica

Data da coleta:

Visto do Pesquisador:

Anexo B: Termo de consentimento assinado pelo paciente ou responsável antes do atendimento no CENTRINHO

RG Nº

MATRÍCULA DO PACIENTE
TERMO DE CONCORDÂNCIA

1º) Eu, portador do RG/CIC nº domiciliado à rua nº na cidade de Estado de responsável por concordo com a sua minha matrícula nesta instituição e comprometo-me a cumprir e respeitar os regulamentos que tem como principal objetivo o êxito do tratamento em todos os seus níveis estético-funcional-psico e social.

2º) AUTORIZO o corpo clínico do HOSPITAL SANTO ANTÔNIO DAS OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE (HSA - OSID), a praticar qualquer tratamento, médico, odontológico e cirúrgico (operação, anestesia, transfusão e exames complementares).

3º) AUTORIZO os demais profissionais da equipe deste Hospital, a praticar tratamentos complementares necessários à reabilitação global.

4º) AUTORIZO este Hospital a divulgar cientificamente as fotografias, em especial as de face, quer anteriores ou posteriores à data desta autorização, sem identificação nominal.

SSA 04 de junho de 2000

✕

PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL (ASSINATURA):
Por não ter idade maior de 17 anos

1º TESTEMUNHA / ASSINATURA: _____
Nome: _____
Endereço: _____
Estado Civil: _____ RG nº: _____

2º TESTEMUNHA / ASSINATURA: _____
Nome: _____
Endereço: _____
Estado Civil: _____ RG nº: _____

Anexo C: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

<p>FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA</p>	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa: LEVANTAMENTO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE FISSURA DE LÁBIO E/OU PALATO DE UM CENTRO ESPECIALIZADO DE SALVADOR NO PERÍODO DE 2000-2013.	
Pesquisador: roberto almeida de azevedo	
Área Temática:	
Versão: 3	
CAAE: 24375813.9.0000.5024	
Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia	
Patrocinador Principal: Universidade Federal da Bahia - UFBA	
DADOS DO PARECER	
Número do Parecer: 680.622	
Data da Relatoria: 10/06/2014	
Apresentação do Projeto: Descrito no parecer consubstanciado Número do Parecer:521.099	
Objetivo da Pesquisa: Descrito no parecer consubstanciado Número do Parecer:521.099	
Avaliação dos Riscos e Benefícios: Descrito no parecer consubstanciado Número do Parecer:521.099	
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Descrito no parecer consubstanciado Número do Parecer:521.099	
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: O pesquisador atendeu às solicitações descritas no parecer consubstanciado Número do Parecer:521.099	
Recomendações: Apresentar relatório final após o término da pesquisa	
<p>Endereço: Av. Araújo Pinho nº 62 - Sala do Comitê de Ética - 4º andar Bairro: Canela CEP: 40.110-150 UF: BA Município: SALVADOR Telefone: (71)3283-8969 Fax: (71)3283-8962 E-mail: cepodobahia@ufba.br</p>	

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 660.622

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A presente plenária acompanha parecer do relator.

SALVADOR, 09 de Junho de 2014



Assinado por **Sandra de Cássia Santana Sardinha**
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa em Humano
Sandra de Cássia Santana Sardinha
(Coordenador)

Endereço: Av. Araújo Pinho nº 62 - Sala do Comitê de Ética - 4º andar
Bairro: Canela CEP: 40.110-150
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-8969 Fax: (71)3283-8962 E-mail: cepodobahia@ufba.br

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, H. Situações especiais no lactente. In: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- ALONSO, N. et al. Fissuras labiopalatinas: protocolo de atendimento multidisciplinar e seguimento longitudinal em 91 pacientes consecutivos. *Rev. Bras. Cir. Plást.*, v. 24, n. 2, p. 176-181, 2009.
- ALVES, L.M.L.H. et al. Prevalência de cárie em portadores de fissura lábio-palatais atendidos no Instituto Materno Infantil de Pernambuco. *Odontologia. Clín.-Científ.*, Recife, v. 3, n. 1, p. 57-60, jan./abr. 2004.
- ARARUNA, R.C.; VENDRÚSCOLO, D.M.S. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato: um estudo bibliográfico. *Rev Latinoam. Enferm.*, v. 8, n. 2, p. 99- 105, abr. 2000.
- ARAÚJO, S.O.A. A língua e a deglutição. 2001. 36 p. Monografia (Especialização) - Centro de Estudos Fonaudiológicos, Fortaleza, 2001.
- BARONEZA, J.E. et al. Dados epidemiológicos de portadores de fissuras labiopalatinas de uma instituição especializada de Londrina, Estado do Paraná. *Acta Sci. Health Sci.*, v. 27, n. 1, p. 31-35, 2005.
- BERK, N.W., MARAZITA, M.L. Costs of cleft lip and palate: personal and societal implications. In: Wyszynski, D.F., editor. *Cleft lip and palate from origin to treatment*. New York: Oxford University Press; 2002.
- BERTOJA, A.E. Estudo de alelos do locus tgfa envolvidos na etiologia das fissuras labiopalatinas em amostra de pacientes não-sindrômicos do Rio Grande do Sul. 2006. 90 p. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- BHASKAR IV, Murthy J, Venkatesh Babu G. Polimorphisms in genes involved in folate metabolism and orofacial clefts. *Ramachandra v.56: p. 723-737,2011*.
- BORGES, J.C.S. Cuidando de vidas: resgate histórico do Hospital Infantil Albert Sabin. Fortaleza: HIAS, 112 p. 2006.
- BORGES-OSÓRIO, M.R.; ROBINSON, W.M. *Genética humana*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, cap. p. 152-191. 2001.
- BRITO, L. A. et al. Fatores genéticos têm maior contribuição na etiologia das fissuras lábio-palatinas no interior do Ceará (Região Metropolitana do Cariri), Brasil. *Rev. Bras. Cir. Craniomaxilofac.*, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 151-154, 2009.
- BRITO, L. et al. A contribuição de fatores genéticos e ambientais para a ocorrência das fissuras lábio-palatinas não-sindrômicas é a mesma em diferentes regiões do país? *Rev. Bras. Cir. Craniomaxilofac.*, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 85-88, 2008.

- BUSATO, L. S.; FREITAS, R. S. Abordagem nasolabial primária nas fissuras lábio- palatinas unilaterais. *Rev. Bras. Cir. Craniomaxilofac.*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 1-4, 2009.
- CARDOSO, M.S.O. A importância do Tratamento integrado na reabilitação das lesões lábio palatais, para os profissionais da cidade do Recife. 1999. 23 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia do Recife, 1999.
- CAPELOZZA FILHO, L., SILVA FILHO, O.G. Fissuras lábio-palatais. In: PETRELLI, E. *Ortodontia para fonoaudiologia*. Curitiba: Editora Lovise, p.19-239.1992.
- CARLINI, J. L. et al. Enxerto autógeno de crista ilíaca na reconstrução do processo alveolar em portadores de fissura labiopalatina ± estudo de 30 casos. *Rev. Col. Bras. Cirurg.*, v.27, n.6, p. 389-393, nov./dez. 2000.
- CARVALHAL, L.H.S. et al. Otolologic findings in patients with cleft lip and palate or 435 isoled cleft palate. *Otolaryngol. Head Neck Surg.*, v. 131, n. 2, p. 269-270, 2004.
- CERQUEIRA, M.N. et al. Ocorrência de fissuras labiopalatais na cidade de São José dos Campos-SP. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 8, n. 2, p. 161-166, 2005.
- CHITTY, L. S.; GRIFFIN, D. R., Anormalidades do Lábio e do Palato Fetal: Diagnóstico Ultra-sonográfico. In: WATSON, A.C.H.; SELL, D. A.; GRUNWELL, P. *Tratamento de Fissura Labial e Fenda Palatina*. Tradução: OPPIDO, T. São Paulo: Editora Santos,. cap. 7, p. 107-122. 2005.
- CLAPA: The Cleft Lip & Palate Association. Disponível em: <<http://www.Cleft.ie/related/>>. Acesso em: 29 jun. 2009.
- COLLARES, M.V.M. et al. Fissuras lábio-palatinas: incidência e prevalência da patologia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Um estudo de 10 anos. *Rev. AMRIGS*, v.39, n.3, p. 183-188, 1995.
- COSTA, R. R. et al. Levantamento epidemiológico de fissuras labiopalatais no município de Maringá e região, *Rev assoc paul cir dent* ;67(1):40-4 2013.
- CROEN, L. A. et al. Racial and ethnic variations in the prevalence of orofacial clefts in California, 1983-1992. *Am. J. Med Genet.*, Salt Lake City, v. 79, n. 1, p. 42-47, Aug. 1998.
- CUNHA FILHO, J.F. L-alanil-glutamina e seus efeitos sobre o estresse oxidativo, o controle glicêmico e a resposta inflamatória em crianças submetidas à palatoplastia. 2007. 123 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.
- Ministério da Saúde. DATASUS - Base de Dados do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acessado em 27 fev. 2014.
- DALBEN, G. S. et al. Breast-feeding and sugar intake in babies with cleft lip and palate. *Cleft Palate Cranifac. J.*, v. 40. n. 1, p. 84-87, Jan. 2003.

DOUGLAS, C. R. Patofisiologia oral: fisiologia normal e patológica aplicada à odontologia e fonoaudiologia. São Paulo: Pancast, 1998.

DROTAR, D. et al. The adaptation of parents to the birth of an infant with congenital malformation: a hypothetical model. *Pediatrics*, v.56, n.5, p.710-717, Nov 1975

DUARTE, L. M. S. Desempenho escolar de crianças com fissura labiopalatina na visão dos pais. 2005. 120 p. Dissertação (Mestrado) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2005.

DWORKIN, J. P. et al. Velopharyngeal Dysfunction: Speech Characteristics, Variable Etiologies, Evaluation Techniques, and Differential Treatments. *Lang. Speech Hear. Serv. Sch.*, v. 35, n. 4, p. 333-352, 2004.

FARAJ, J.O.R.A.; ANDRÉ, M. Alterações dimensionais transversas do arco dentário com fissura labiopalatina, no estágio de dentadura decídua. *R. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial*, Maringá, v. 12, n. 5, p. 100-108, set./out. 2007.

FIGUEIREDO, I. M. B. et al. Tratamento Cirúrgico de Fissuras Palatinas Completas. *RBPS Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 17, n. 3, p. 154- 160, 2004.

FIGUEIREDO, M.C. et al. Fissura bilateral completa de lábio e palato: alterações dentárias e de má oclusão-relato de caso clínico. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde*, Ponta Grossa, v. 14, n. 1, p. 7-14, mar. 2008a.

FIGUEIREDO, M.C. et. al. Fissura unilateral completa de lábio e palato: alterações dentárias e de má oclusão-relato de caso clínico. *RFO*, v. 13, n. 3, p. 73-77, set./dez. 2008b.

FRANÇA, C.M.C. Incidência das Fissuras Lábio-Palatinas de Crianças Nascidas na Cidade de Joinville/SC no período de 1994 a 2000. 2002. 67 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

FRIGHETTO, A.S., RUMPEL, L.C., OLIVEIRA, H.W. Estudo epidemiológico retrospectivo de 20 anos de existência do Centro de Reabilitação aos portadores de fissura labiopalatina (CERLAP). In: mostra de pesquisa da pós- graduação-pucrs, 4., 2009, Porto Alegre. p. 912-914. 2009.

FURLANETO, E. C.; ROBINSON, W. M.; BORGESOSÓRIO, 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.*, Porto Alegre, n. 39, p. 39-50, 2003.

GALERA MF, Serafini C, Matos TC, Camacho P, Araújo C, Duarte EC, Galera BB. Vigilância epidemiológica de anomalias congênitas em um Hospital Universitário de Mato Grosso, Brasil. *Pediatria (São Paulo)*. v. 32 p.28-36. 2010

- GALLBACH, J.R. Paciente com fissura labiopalatina: potencial de resolutividade do atendimento na Faculdade de Odontologia da UFMG. 2004. 113 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.
- GARIB, D.G. et al. Etiologia das más oclusões: perspectiva clínica (parte III)- Fissuras labiopalatinas. *Rev Clin Ortod Dental Press*. v. 09, n. 4, p. 30-6, 2011.
- GASPAR, D.A. et al. Role of the C677T polymorphism at the MTHFR gene on risk to nonsyndromic cleft lip with/without cleft palate: Results from a case-control study in Brazil. *Am. J. Med. Genet.*, Salt Lake City, v. 87, p. 197-199, 1999.
- GENARO, K.F. et al. Avaliação e tratamento dos distúrbios da fala. In: TRINDADE, I.E.K.; SILVA FILHO, O.G (Coord.). Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Editora Santos, 2007. cap. 6, p. 122.
- GOMIDE, M. R.; ABDO, R. C. C. Análise do crescimento do arco maxilar superior em portadores de fissura pré-forame incisivo incompleta. Estudo longitudinal (3 meses - 6 anos). *Rev. Fac. Odont. Univ. S. Paulo, Bauru*, v. 4, n. 1/2, p. 41-45, jan. 1996.
- GRACIANO, M.I.G. et al. Aspectos psicossociais da reabilitação. In: TRINDADE, I.E.K.; SILVA FILHO, O.G. (Coord.). Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Editora Santos, cap. 16, p. 311-333. 2007.
- GRAZIOSI, M.A.O.C.; BOTTINO, M.A.; SALGADO, M.A.C. Prevalência das anomalias labiais e/ou palatais, entre pacientes que freqüentaram o centro de tratamento das deformidades labiopalatais da faculdade de odontologia, Campus de São José dos Campos - UNESP 1991/1992. Pós-Grad. *Rev. Fac. Odontol. São José dos Campos*, v.1, n.1, p. 47-53, jul./dez. 1998.
- GRAZIOSI, M.A.O.C.; SALGADO, M.A.C.; CASTILHO, J.C.M. Investigação epidemiológica em indivíduos portadores de fendas labiais e/ou palatinas. Pós- Grad. *Rev. Fac. Odontol. São José dos Campos*, v.3, n.1, jan./jun. 2000.
- HANAYAMA, E.M.; PINHO, S.M.R.; TSUJI, D.H. Ressonância nasal. In: PINHO, S.M.R. (Coord.). *Tópicos em Voz*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 4, p. 53-64. 2001.
- HOMRICH, L.B. Genes de enzimas de biotransformação e fissuras labio- palatinas em humanos: um estudo da interação genético-ambiental. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Genética e Biologia Molecular, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- JOHNS, D. F. et al. Velopharyngeal incompetence: a guide for clinical evaluation. *Plast. Reconst. Surg.*, v. 112, n. 7, p. 1890-1897, 2003.
- JUGESSUR, A. et al. Variants of developmental genes (TGFA, TGFB3 and MSX1) and their associations with orofacial clefts: a case-parent triad analysis. *Genet. Epidemiol.*, v. 24, n. 3, p. 230-239, 2003.
- KAPP, K. Self concept of the cleft lip and palate child. *Cleft Palate J.* , v.16, p.171- 76, 1979.

KURINCZUK JJ, Hollowell J, Brocklehurst P, Gray R. Inequalities in infant mortality project briefing paper 4. The contribution of congenital anomalies to infant mortality. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit; 2010.

LIDRAL, A.C. et al. Studies of the candidate genes TGFB2, MSX1, TGFA, and TGFB3 in the etiology of cleft lip and palate in the philippines. *Cleft Palate Craniofac. J.*, Pittsburgh, v. 34, n. 1, p. 1-6, Jan. 1997.

LIMA, R.C. et al. Síndromes Associadas às Fissuras Labiopalatinas: Atuação Fonoaudiológica. In: JESUS, M.S.V.; DI NINNO, C.Q.M.S. *Fissura Labiopalatina: Fundamentos para a Prática Fonoaudiológica*. São Paulo: Roca, cap. 3, p. 29-47. 2009.

LOFFREDO, L.C.M.; FREITAS, J.A.S.; GRIGOLLI, A.A.G. Prevalência de fissuras orais de 1975 a 1994. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.35, n.6, p.571-575, 2001.

LOPES, L.D. et al. Tratamento ortopédico-ortodôntico. In: ALTMANN, E.B.C. (Org.). *Fissuras labiopalatinas*. 4. ed. Carapicuíba: Pró-Fono. cap. 15, p. 213-236. 1997.

MARAZITA, M.L. et al. Non-syndromic Cleft Lip with or without Cleft Palate in China: Assessment of Candidate Regions. *Cleft Palate-Craniofac. J.*, v. 39, n. 2, p. 149-156, 2001.

MARCHEZAN, I.Q. Deglutição - Normalidade. In: FURKIN, A.M., SANTINI, C.S. (Org.). *Disfagias Orofaríngeas*. Carapicuíba: Pró-Fono. cap. 1, p.3-18. 1999.

MARQUES, I.L.; THOMÉ, S.; PERES, S.P.B.A. Aspectos pediátricos. In: TRINDADE, I.E.K.; SILVA FILHO, O.G. (Coord.). *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Editora Santos, cap. 3, p. 51-71. 2007

MARQUES, D. Estudo genético-clínico de pacientes com fissuras labiopalatais do Núcleo de pesquisa e reabilitação de lesões lábio-palatais, de Joinville/SC. 2000. Dissertação (Mestrado em Genética) - Faculdade de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba

MARTELLI-JUNIOR, H. et al. Hereditary gingival fibromatosis: report of a case five-generation family with cellular proliferation analysis. *J. Periodontol.*, v. 76, n. 12, p.1511-1520, 2005.

MARTELLI-JUNIOR, H. et al. Prevalence of nonsyndromic oral clefts in a reference hospital in the state of Minas Gerais, Brazil, between 2000-2005. *Brazil Oral Res.*, v. 21, n. 4, p. 214-317, 2007.

MASSOTTI, F. P. et al. Análise cefalométrica de Bimler como recurso complementar na avaliação de fissuras labiopalatinas. *Stomatos*, Canoas: v. 14, n. 26, p. 19-26, Jan./June 2008.

MAZAHERI, M. et al. Evaluation of maxillary dental arch form in unilateral clefts of lip, alveolus, and palate from one month to four years. *Cleft Palate Craniofac. J.*, Lewiston, v. 30, n. 1, p. 90-93, 1993.

MAZZOTTINI, R. et al. A cirurgia ortognática no protocolo de tratamento das fissuras lábio-palatais. In: ARAÚJO, A. Cirurgia ortognática. 4. ed. São Paulo: Ed. Santos, 1999.

McCONNEL, F.N. Analysis of pressure generation and bolus transit during pharyngeal swallowing. *Laryngoscope*, v.98, n.1, p.71-78, Jan.1988.

MELGAÇO, C.A. et al. Aspectos ortodônticos/ortopédicos e fonoaudiológicos relacionados a pacientes portadores de fissuras labiopalatinas. *J. Bras. Ortodon. Ortop. Facial*, v.7, n.37, p.23-32, jan./fev. 2002.

MELO, L.F.P.; HAGUETTE, R.C.B.; RIBEIRO, E.M.R. Avaliação da memória de curta duração em indivíduos com fissura labiopalatina. *Pró-fono Rev. Atual Cient.*, v. 20, supl., p. 23-25, 2008.

MILERAD, J. et al. Associated malformations in infants with cleft lip and palate: A prospective, populationbased study. *J. Pediatr.*, St. Louis, v. 100, n. 2, p. 180-186, Aug. 1997.

MODOLIN, M.L.A.; CERQUEIRA, E.M.M. Etiopatogenia. In: ALTMANN, E.B.C. (Org.). *Fissuras Labiopalatinas*. 4. ed. São Paulo: Pró-Fono. cap. 2, p. 25- 38. 1997.

MODOLIN, M.L.A.; KAMAKURA, L.; CERQUEIRA, E.M. Classificação, etiologia, patogenia e incidência das fissuras labiopalatinas. In: CARREIRÃO, S.; LESSA, S.; ZANINI, S.A. (Ed.) *Tratamento das fissuras labiopalatinas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. cap. 2, p.13-18.

MOLINA, O.F. *Fisiologia Craniomandibular: oclusão e ATM*. São Paulo: Pancast, 1989.

MONLLEÓ, I.L.; LOPES, V.L.G.S. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.22, n.5, p. 913-922, maio 2006.

MOORE, K.L. *Embriologia Clínica*. Guanabara, 1990.

MOSSEY PA, LITTLE J. Epidemiology of oral clefts: an international perspective. In: Wyszynski DF, editor. *Cleft lip and palate from origin to tratament*. New York: Oxford University Press. p. 127-58.2002.

MURRAY, J.C. Gene/environment causes of cleft lip and/or palate. *Clin. Genet.*, Copenhagen, v. 61, p. 248-256, 2002.

NAZER J , HUBNER ME, CATALÁN M. Incidencia de labio leporino y paladar hendido en la Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile y en las maternidades chilenas participantes en el Estudio Colaborativo Latino Americano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC) período 1991-1999. *Rev méd Chile*. 129: 285-93. 2001.

NEVES, A.C.C.; MONTEIRO, A.M.; NG, H.G. Prevalência das fissuras labiopalatinas na associação de fissurados labiopalatinos de São José dos Campos/S.P. *Rev. Biociênc.*, Taubaté, v.8, n.2, p.69-74, jul./dez. 2002.

- NICOLA PDR, Cernach MCSP, Perez ABA, Brunoni D. A utilização da Internet na notificação dos defeitos congênitos na Declaração de Nascido Vivo em quatro maternidades públicas do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. v.26(7) p. 1383-90.2010.
- NUNES, L.M.N., QUELUZ, D.P., PEREIRA, A.C. Prevalência de fissuras labiopalatinas no município de Campo dos Goytacazes-RJ, 1994-2004. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v.10, n.1, Mar. 2007.
- NUNES MLT, Maggi A, Levandowski DC. Considerações acerca das experiências de pais e mães de crianças portadoras de fissura labiopalatina. *Rev Odonto Cienc.*; 13(26): 7-26. 1998
- PEGORARO- KROOK, M. I. et al. Intervenção Fonoaudiológica na fissura palatina. In: FERREIRA, L.P.; BEFI-LOPES, D.M.; LIMONGI, S.C.O. (Org.). *Tratado de Fonoaudiologia*. 1. ed. São Paulo: Roca, 2004. cap. 35, p. 439-455.
- PIAZENTIN-PENNA, S.H.A.; JORGE, J.C. Avaliação e tratamento dos distúrbios da audição. In: TRINDADE, I.E.K.; SILVA FILHO, O.G. (Coord.). *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Editora Santos, 2007. cap. 9, p.165-172.
- RAJABIAN, M. H.; SHERKAT, M. An epidemiologic study of oral clefts in Iran: analysis of 1669 cases. *Cleft Palate Craniofac. J.*, Lewiston, v.37, n.2, p.191-196, Mar. 2000.
- REDFORD-BADWAL, D.A. et al. Impact of cleft lip and/or palate on nutritional health and oral-motor development. *Dent. Clin. N. Am.*, v. 47, n. 2, p.305-317, 2003.
- REZENDE, J.R.V. *Fundamentos da prótese buco-maxilo-facial*. São Paulo: Sarvier, 1997.
- REZENDE, K.M.P.C.; ZÖLLNER, M.S.A.C. Ocorrência de fissuras labiopalatais no município de Taubaté nos anos de 2002 a 2006. *Pediatria*, v. 30, n. 4, p. 203-207, 2008.
- RIBEIRO, A.A.; LEAL, L.; THUIN, R. Análise morfológica dos fissurados de lábio e palato do Centro de Tratamento de Anomalias Craniofaciais do Estado do Rio de Janeiro. *R. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial*, Maringá, v. 12, n. 5, p. 109-118, set./out. 2007.
- RIBEIRO, E.M.; MOREIRA, A.S.C.G. Atualização sobre tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. *RBPS*. v.18, n.1, p.31-41, 2004.
- RODRIGUES, M.R. et al. Fissura completa bilateral: características morfológicas. *Rev. Odontologia da UNIFESP*, v. 34, n. 2, p. 67-72, 2005.
- RODRIGUES FE, Tatto RB, Vauchinski L, Leães LM, Rodrigues MM, Rodrigues VB, Catharino A, Cainelli M, Prates GP, Cerqueira TM, Zhang L. Mortalidade por pneumonia em crianças brasileiras até quatro anos de idade. *J Pediatr (Rio J)*. v. 87(2) p.111-4. 2011.
- SANDRINI, F.A.L. et al. Estudo familiar de pacientes com anomalias associadas às fissuras labiopalatinas no Serviço de Defeitos de Face da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, Camaragibe, v.6, n.2, p. 57-68, abr./jun. 2006.

SANDRINI, F.A.L. et al. Fissuras labiopalatinas em gêmeos: relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, Camaragibe v.5, n.4, p. 43 - 48, out./dez. 2005.

SÁRKÖZI, A., WYSZYNSKI, D.F., CZEIZEL, A. Oral clefts with associated anomalies: findings in the Hungarian Congenital Abnormality Registry. *BMC Oral Health*, v. 5, n. 4, June . doi:10.1186/1472-6831-5-4. 2005.

SCHERER, N.J. The Speech and Language status of toddlers with cleft lip and/or palate following early vocabulary intervention. *Am. J. Speech-Language Pathol.*, v.8, p.81-93, Feb. 1999.

SHAW, G. M. et al. Infant TGF-alpha genotype, orofacial clefts, and maternal periconcepcional multivitamin use. *Cleft Palate Craniofac. J.*, Pittsburgh, v. 35, n. 4, p. 366-370, July 1998.

SHAPIRA, Y. et al. The distribution of clefts of the primary and secondary palates by sex, type, and location. *Angle Orthod.*, Appleton, v.69, n.6, p.523-528, 1999.

SILVA, D.P. et al. Aspectos Patofisiológicos do Esfíncter Velofaríngeo nas Fissuras Palatinas. *Arq. Int. Otorrinolaringol.*, São Paulo, v.12, n.3, p. 426-435, 2008b.

SILVA, D.S.F. 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, out./dez. 2008a.

SILVA, E.B.; FÚRIA, C.L.B.; DI NINNO; C.Q.M.S. Aleitamento materno em recém nascidos portadores de fissura labiopalatina: dificuldades e métodos utilizados. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v.7, n.1, p. 21-28, jan./mar. 2005.

SILVA FILHO, O.G. et al. A cirurgia ortognática na reabilitação do paciente portador de fissura unilateral completa de lábio e palato. *R. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial*, Maringá, v. 3, n. 4, p. 51-70, jul./ago. 1998.

SILVA FILHO, O.G. et al. Enxerto ósseo em pacientes fissurados: realidade e perspectiva. *Ortodontia*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 34-45, jan./abr. 1995.

SILVA FILHO, O.G.; FREITAS, J.A.S. Caracterização morfológica e origem embriológica. In: TRINDADE, I.E.K.; SILVA FILHO, O.G. (Coord.). *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Santos Editora. cap. 2, p. 17-49. 2007.

SILVA FILHO, O.G.; RAMOS, A.L.; ABDO, R.C.C. Morfologia dos arcos dentários em pacientes portadores de fissura de lábio e palato não operados. *Ortodontia*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 9-17, 1991.

SILVA, R.N.; SANTOS, E.M.N.G. Ocorrência de alterações da motricidade oral e fala em indivíduos portadores de fissuras labiopalatinas. *RBPS*, v.17, n.1, p.27-30, 2004.

SÖZEN, M. A. et al. Mutation of PVRL1 is associated with sporadic, non-syndromic cleft lip/palate in northern Venezuela. *Nat. Genet.*, New York, v. 29, p. 141-142, Oct. 2001.

SPINA, V. et al. Classificação das fissuras lábio-palatais: sugestão de modificação. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. USP*, v. 27, n. 1, p. 5-6, 1972.

SUZUKI, K. et al. Mutations of PVRL1, encoding a cell-cell adhesion molecule/herpesvirus receptor, in cleft lip/palate-ectodermal dysplasia. *Nat. Genet., New York*, v. 25, p. 427-430, Aug. 2000.

TAKANO, J.T.; MENDONÇA JUNIOR, M.T.; LIMA, N.S. Anomalias craniofaciais em pacientes atendidos no Centro de Atenção aos Defeitos da Face do IMIP-CADEFI. *Int. J. Dent., Recife*, v. 7, n. 1, p. 15-21, jan./mar. 2008.

TANNURE, P.N.; MOLITERNO, L.F.M. Fissura palatina: apresentação de um caso clínico. *Rev. Odontologia da UNIFESP, São Paulo*, v. 36, n. 4, p. 341-345, 2007.

TRINDADE, I.K. et al. Long-term radiographic assessment of secondary alveolar bone grafting outcomes in patients with alveolar clefts. *Oral Surg. Oral. Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod., St. Louis*, v. 100, n. 3, p. 271- 277, Sept. 2005.

VACCARI-MAZZETI, M.P. et al. Diagnóstico ultrassonográfico pré-natal da fissura lábio-palatal. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 38, supl. 1, p. 130-132, 2009.

VALE, D.M.V. et al. O comportamento da mandíbula frente ao crescimento e ao tratamento cirúrgico nas fissuras trans-forame incisivo bilateral. *Ortodontia, São Paulo*, v. 27, n. 1, p. 4-12, jan./abr. 1994.

VARANDAS, E.T. et al. Malformações congênicas associadas às fissuras lábio palatinas: análise de 22 casos. *Rev. Odontol. Univ. Santo Amaro*, v.2, n.3, p.15-18, jan./jun.1997.

VIEIRA, A.R.; ORIOLI, I.M. Candidate genes for nonsyndromic cleft lip and palate. *ASDC J. Dent. Children*, v. 68, n. 4, p. 272-279, 2001.

WATSON, A.C.H. Embriologia, Etiologia e Incidência. In: WATSON, A.C. H.; SELL, D.A.; GRUNWELL, P. *Fissura Labial e Fenda Palatina*. São Paulo: Editora Santos. cap. 1, p. 3-15. 2005.

WHITEHILL, T.L.; CHAU, C.H.F. Singleword intelligibility in speakers with repaired cleft palate. *Clin. Phon. Linguist.*, v. 18, n. 4/5, p. 341-355, 2004.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategies to reduce the healthcare burden of craniofacial anomalies. Collaborative Research on Craniofacial Anomalies: WHO Human Genetics Programme; Geneva, Switzerland, 2002.