



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JAMILLE RIOS MOURA

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE
FISSURAS OROFACIAIS EM RESIDENTES DO ESTADO DA BAHIA:
UM ESTUDO DESCRITIVO.**

Feira de Santana - BA

2014

JAMILLE RIOS MOURA

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE
FISSURAS OROFACIAIS EM RESIDENTES DO ESTADO DA BAHIA:
UM ESTUDO DESCRITIVO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia das doenças bucais

Orientadora: Profa. Dra. Valéria Souza Freitas

Feira de Santana - BA

2014

Ficha catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

Moura, Jamille Rios
M887p Perfil clínico-epidemiológico dos portadores de fissuras orofaciais em residentes do estado da Bahia : um estudo descritivo / Jamille Rios Moura. – Feira de Santana, 2014.
90 f. : il.

Orientadora: Valéria Souza Freitas.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

1. Fissuras orofaciais – Perfil clínico-epidemiológico – Bahia. 2. Fenda labial. 3. Fissura palatina. I. Freitas, Valéria Souza, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 616.315-007.254

Jamille Rios Moura

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE FISSURAS OROFACIAIS EM RESIDENTES DO ESTADO DA BAHIA: UM ESTUDO DESCRITIVO.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 20/11/2014

Banca Examinadora

NOME ORIENTADORA: Prof^a. Dra. Valéria Souza Freitas
Doutora em Patologia Oral pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.
Universidade Estadual de Feira de Santana

NOME MEMBRO 01: Prof. Dr. Carlos Alberto Lima da Silva
Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil
Universidade Federal da Bahia

NOME MEMBRO 02: Prof. Dr. Pedro Paulo de Andrade Santos
Doutor em Patologia Oral pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

SUPLENTE 01: Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho
Doutor em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil.
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

SUPLENTE 02: Profa. Dra. Gabriela Botelho Martins
Doutora em Odontologia (Estomatologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

À **DEUS** pela vida e pelo dom da docência que sinto correr em minhas veias.
À minha mãe, **Marivanda**, por lutar junto comigo em busca dos meus sonhos.
Ao meu esposo **Yuri**, pelo amor incondicional que me dar forças para prosseguir.
Às minhas irmãs, **Jac** e **Claudia**, por sempre me apoiarem e acreditarem em mim.
À minha orientadora, **Valéria Freitas**, pela confiança, paciência, incentivo e amizade.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida, por me dar forças nas horas difíceis e por me fazer acreditar que não existem sonhos impossíveis, para isso, basta ter fé.

Agradeço à minha família, em especial a minha mãe, por sempre me incentivar a lutar em busca dos meus ideais. Tudo que faço é por ti e para ti. Assim, te dedico essa vitória.

Ao meu esposo, por me apoiar em todos os momentos e entender os vários instantes de ausência.

À minha orientadora, Valéria Freitas, meu exemplo de garra e perseverança. Agradeço-te por acreditar na minha capacidade e ter abraçado a proposta deste projeto. O meu mais profundo reconhecimento.

Aos professores e colegas do Núcleo de Câncer Oral (NUCAO) pela ajuda no desenvolvimento desta pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UEFS, pela bagagem intelectual adquirida durante esses dois anos. Foi um imenso prazer participar dos debates de construção do pensar a Saúde Coletiva com os senhores.

Aos colegas do mestrado pela forma carinhosa e respeitosa com que me trataram durante esses anos. Em especial, a Ana Paula Eufrásio, pela ajuda oferecida na construção deste trabalho, principalmente, na fase de coleta de dados.

Aos professores participantes da banca examinadora, pela disponibilidade e aceitação e por suas valiosas experiências e críticas construtivas, enriquecendo cada vez mais este trabalho. Meus agradecimentos, em especial, ao professor Carlito Sobrinho, por sempre estar disponível a me ajudar e por ter me incentivado a ingressar no mestrado acadêmico.

Ao Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, pelo apoio institucional e pela confiança depositada nesse projeto de dissertação.

A CAPES por permitir o andamento e a conclusão desse mestrado, através da ajuda financeira.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente ajudaram a desenvolver este trabalho.

“O sucesso é uma jornada, não um ponto final. Metade do prazer está em percorrer o caminho.”

Gita Bellin

MOURA, Jamille Rios. **Perfil Epidemiológico dos Portadores de Fissuras Orofaciais em Residentes do Estado da Bahia: um Estudo Descritivo**. 2014. 89 p. Projeto de Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2014.

RESUMO

OBJETIVO: Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos portadores de fissuras orofaciais congênitas, residentes no estado da Bahia, atendidos no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, no período de 2008 a 2013. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo epidemiológico observacional e descritivo. Participaram do estudo portadores de fissuras orofaciais, não sindrômicos, de ambos os sexos e sem limitação de faixa etária. A amostra aleatória simples foi composta de 319 prontuários. Foram obtidas informações sobre o perfil sociodemográfico do portador e da mãe, uso de medicamentos durante a gestação, aspectos clínicos e cirúrgicos relacionados as fissuras, histórico familiar da malformação e consanguinidade dos pais. Os dados foram analisados descritivamente com o uso do *Statistical Package for te Social Sciences* na versão 17.0, onde foram obtidas medidas de frequência, média e desvio padrão. **RESULTADOS:** Observou-se que 51,1% dos portadores de fissuras orofaciais eram do sexo feminino, 46,2% encontravam-se na faixa etária menor de um ano e 54,4% eram procedentes na zona urbana. A maioria das mães encontrava-se na faixa etária entre 16 a 25 anos durante o período gestacional e relataram uso de medicação em 59,2% dos casos, especialmente vitaminas e antibióticos. A fissura transforame incisivo foi a mais diagnosticada (34,4%). No momento de cadastro ao serviço, observou-se que 90,5% dos indivíduos ainda não haviam realizado tratamento cirúrgico. A história familiar de fissura foi observada em 29,8% dos casos estudados e em apenas 7,1% dos casos foi reportado consanguinidade entre os pais. **CONCLUSÕES:** Uma leve predominância de fissuras orofaciais foi observada em indivíduos do sexo feminino, menores de um ano e residentes em área urbana. As mães encontravam-se fora da faixa etária considerada de risco durante o período gestacional e faziam uso de medicação como vitaminas e antibióticos nessa fase. A maior parcela dos portadores apresentava fissura do tipo transforame incisivo e não foram submetidos a tratamento cirúrgico prévio. Foi encontrado histórico familiar de fissuras orofaciais e relações de consanguinidade em alguns dos casos estudados.

Palavras-chave: Fenda labial; Fissura palatina; Perfil de saúde.

MOURA, Jamille Rios. **Epidemiological Profile of Patients with Orofacial clefts in Residents of the State of Bahia: a Descriptive Study**. 2014. 89 p. Project Dissertation (Masters in Collective Health) - Department of Health, State University of Feira de Santana, Bahia, 2014.

ABSTRACT

PURPOSE: Describe the clinical and epidemiological profile of patients with congenital orofacial clefts, residents in the state of Bahia, seen at Anomalies Rehabilitation Center Craniofacial Hospital Santo Antonio in the 2008-2013 period. **METHOD:** This is an observational and descriptive epidemiological study. The study included patients with orofacial clefts, nonsyndromic, of both sexes and without limitation of age. A simple random sample consisted of 319 records. Information was obtained on sociodemographic profile of the carrier and mother, medication use during pregnancy, clinical and surgical aspects cracks, family history of malformations and consanguinity of the parents. Data were analyzed descriptively using the Statistical Package for Social Sciences version 17.0 on you, where frequency measurements were obtained, mean and standard deviation. **RESULTS:** It was observed that 51.1% of patients with orofacial clefts were female, 46.2% were in the age group of one year and 54.4% were from the urban area. Most mothers was in the age group between 16 to 25 years during pregnancy and reported medication use in 59.2% of cases, especially vitamins and antibiotic. The cleft transforamen was the most diagnosed (34.4%). At the time of the service registration, it was observed that 90.5% of the subjects had not yet performed the surgical treatment. Family history of cleft was observed in 29.8% of cases and only 7.1% of cases were reported consanguinity between parents. **CONCLUSIONS:** A slight prevalence of oral clefts was observed in females, less than a year and living in an urban area. Mothers found themselves outside the age range considered risk during pregnancy and were using medication as vitamins and antibiotics that stage. Greater proportion of patients had cleft incisive trans type and have not undergone previous surgical treatment. Family history of orofacial clefts and relations of consanguinity in some of the cases studied was found.

Keywords: Cleft lip; Cleft palate; Health profile.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

FIGURA 1.	Classificação das fissuras, segundo Spina (1972).....	19
QUADRO 1.	Categorização das variáveis descritoras	26

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Condições sociodemográficas dos portadores de fissuras orofaciais atendidos no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, Salvador, Bahia, 2008 – 2013.....	55
TABELA 2. Distribuição dos casos de fissuras orofaciais, segundo o tipo e a extensão, em indivíduos atendidos no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, Salvador, Bahia, 2008 - 2013.....	58
TABELA 3. Distribuição dos casos de fissuras orofaciais, segundo o tipo e extensão, por sexo, diagnosticadas em indivíduos atendidos no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, Salvador, Bahia, 2008 - 2013.....	59
TABELA 4. Características maternas dos portadores de fissuras orofaciais atendidos no Centro de Referência de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, Salvador, Bahia, 2008 - 2013	60
TABELA 5. Distribuição dos casos de fissuras orofaciais, segundo o histórico familiar de malformações congênitas e o grau de consanguinidade entre os pais, em indivíduos atendidos no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, Salvador, Bahia, 2008 – 2013	61

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Distribuição dos casos de fissuras orofaciais atendidos no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, segundo as mesorregiões do estado da Bahia. Salvador, Bahia, 2008 - 2013.....	56
GRÁFICO 2. Distribuição dos casos de fissuras orofaciais atendidos no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, segundo o ano de cadastramento ao serviço. Salvador, Bahia, 2008 - 2013.....	57
GRÁFICO 3. Distribuição dos casos de fissuras orofaciais atendidos no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, segundo a condição de chegada ao serviço. Salvador, Bahia. 2008 - 2013.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Associação Nacional de Vigilância Sanitária
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CSDH	Commission on Social Determinants of Health
ECLAMC	Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas
FL	Fissura Labial
FP	Fissura Palatal
FL/P	Fissura Labiopalatal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NUCAO	Núcleo de Câncer Oral
OMS	Organização Mundial da Saúde
SAN	Síndrome de Abstinência Neonatal
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1 Aspectos embriológicos do desenvolvimento da face e do palato	10
2.2 Epidemiologia das fissuras orofaciais	12
2.3 Etiologia das fissuras orofaciais	13
2.3.1 Fatores genéticos	14
2.3.2 Fatores ambientais	15
2.4 Classificação das fissuras orofaciais	21
3. OBJETIVOS	23
3.1 Geral.....	24
3.2 Específicos	24
4. ASPECTOS METODOLÓGICOS	25
4.1 Tipo de estudo.....	26
4.2 População do estudo.....	27
4.2.1 Critérios de inclusão	27
4.2.2 Critérios de exclusão	27
4.3 Campo de estudo	28
4.4 Amostragem	29
4.5 Coleta de dados	29
4.6 Análise dos dados	30
4.7 Variáveis de estudo e categorização.....	30
4.8 Aspectos éticos da pesquisa	35
4.8.1 Riscos para os sujeitos da pesquisa	36
4.8.2 Benefícios para os sujeitos da pesquisa	37
5. RESULTADOS	38
5.1 Artigo	39
6. CONCLUSÕES	70
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICE	84

APÊNDICE A: Ficha de coleta de dados	84
ANEXO	88
ANEXO A: Parecer consubstanciado do CEP.....	88

Introdução

1 INTRODUÇÃO

As anomalias craniofaciais constituem um grupo altamente diverso e complexo que afeta uma proporção significativa de pessoas em todo o mundo (BASTOS, BOGO, 2008). Entre as malformações, não sindrômicas, da região craniofacial as mais comuns são as fissuras orofaciais, que podem afetar a cavidade oral e, ocasionalmente, algumas regiões da face, comprometendo, individualmente ou em conjunto, o lábio superior, o arco dentário e o palato (ZAPATA et al., 2010).

As malformações congênitas atingem cerca de 5% dos nascidos vivos em todo o mundo (COUTINHO et al., 2009). O grupo das fissuras orofaciais representa aproximadamente 65% de todas as anomalias da região de cabeça e pescoço, podendo ser encontradas como um achado isolado ou em associação com outras características, como as síndromes (GORLIN et al., 2001).

As fissuras orofaciais representam um problema de saúde pública, podendo ocasionar alterações estéticas, funcionais e emocionais (JUGESSUR et al., 2009; RAPOSO-DO-AMARAL et al., 2011). Sua etiologia é considerada complexa e multifatorial, envolvendo tanto fatores genéticos quanto ambientais. Uma série de genes candidatos estão relacionados ao desenvolvimento das fissuras orofaciais (RIBEIRO, MOREIRA, 2005; BOEHRINGER et al., 2011). Os fatores ambientais incluem o hábito de fumar, uso de bebidas alcoólicas e características maternas como doenças e condições nutricionais, além do uso de drogas (FREITAS et al., 2011).

Estudos que avaliem as condições socioeconômicas, culturais e ambientais dos portadores de fissuras orofaciais têm sido negligenciados, sobretudo, na América Latina, tanto pelas políticas de saúde quanto pelas políticas de desenvolvimento da maioria dos países (CLARK et al., 2003; RODRIGUES et al., 2009). Alguns autores apontam que poucos estudos sobre os fatores de risco e a prevalência dessas alterações têm sido realizados no Brasil devido especialmente as irregularidades na notificação dos casos, quando as fissuras não são registradas imediatamente após o nascimento (RODRIGUES et al., 2009).

Informações sobre os fatores de risco e a prevalência de defeitos congênitos na população é fundamental para o reconhecimento do problema e, conseqüentemente, para o planejamento de políticas de assistência e prevenção

(GUERRA et al., 2008). Apesar da relevância do tema, estudos epidemiológicos envolvendo fissuras orofaciais são escassos, especialmente aqueles envolvendo a região Nordeste do Brasil (CASTILLA et al. 1995; RIBEIRO, MOREIRA, 2005; MONLLEO, GIL-DA-SILVA-LOPES, 2006).

Considerando que as fissuras orofaciais representam um problema de saúde pública pouco estudado na região Nordeste e a importância de estudos epidemiológicos para o estabelecimento de políticas públicas para o setor, o objetivo deste estudo é descrever o perfil clínico-epidemiológico dos portadores de fissuras orofaciais residentes no estado da Bahia, atendidos no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, no período de 2008 a 2013.

Revisão de Literatura

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Aspectos embriológicos do desenvolvimento da face e do palato

O desenvolvimento da face do embrião ocorre entre a quinta e oitava semana de vida uterina, a partir de quatro primórdios ou proeminências que circundam uma depressão central, chamada de boca primitiva. Os primórdios faciais são: um processo frontonasal, dois processos maxilares e o arco da proeminência mandibular (AVERY, CHIEGO JUNIOR, 2007; MOORE, PERSAUD, TORCHIA, 2013). Esses primórdios surgem a partir de uma proliferação de células mesenquimais localizadas na crista neural (RAJION, ALVIN, 2007).

As células da crista neural desempenham um papel fundamental no desenvolvimento craniofacial, já que são responsáveis pela formação de todos os tecidos esqueléticos e conjuntivos da face. Estas células migram em direção ao mesênquima e se proliferam dando origem às proeminências ou primórdios faciais (KOUSKOURA et al., 2011).

Inicialmente, o processo mandibular aparece como uma estrutura dividida que logo se funde na linha média para formar uma estrutura única, a mandíbula. A face superior surge a partir do processo frontal e os processos maxilares, que posteriormente formarão as bochechas e a maior parte do lábio superior (AVERY, CHIEGO JUNIOR, 2007).

No final da quarta semana originam-se os placóides nasais, que se desenvolvem rapidamente e se transformam em depressões, denominadas fissuras nasais. A área na qual se localizam as fissuras nasais é nomeada processo frontonasal, estrutura responsável pela formação da testa e o dorso e ápice do nariz (FRANÇA, 2002; MOORE, AVERY, CHIEGO JUNIOR, 2007)

De acordo com Avery e Chiego Junior (2007), ainda na quarta semana, os processos nasais mediais e laterais entram em contato com a fenda bucal. Essa área de contato recoberta por epitélio torna-se o sítio de fusão do lábio superior, e neste momento, qualquer falha que ocorra durante esse processo de junção resultará na fissura labial (FL).

Ao final da quinta semana os primórdios maxilares crescem em direção um ao outro deslocando as proeminências nasais em direção à linha média. Entre a sétima e a décima semana, as proeminências nasais mediais fundem-se entre si e com as proeminências maxilares (FRANÇA, 2002). A partir da referida junção forma-se o segmento intermaxilar que resultará no filtro do lábio ou sulco vertical, palato primário e pré-maxila (MOORE, PERSAUD, TORCHIA, 2013).

Neste período, o palato forma-se a partir do palato primário, secundário e essa formação completa-se na décima segunda semana de vida uterina (FRANÇA, 2002). O palato primário desenvolve-se a partir do segmento intermaxilar, assumindo a forma de cunha (AVERY, CHIEGO JUNIOR, 2007). Essa estrutura corresponde à pequena parte do palato duro, localizada anteriormente ao forame incisivo, onde se localizam os incisivos superiores (FRANÇA, 2002; MOORE, PERSAUD, TORCHIA, 2013).

Na sexta semana inicia-se a formação do palato secundário, estrutura que separa a passagem nasal da cavidade oral, a partir de projeções mesenquimais internas, denominadas de processos palatinos laterais (FRANÇA, 2002; RAJION, ALWI, 2007).

Entre a sétima e oitava semanas, os processos palatinos laterais se movem para uma posição horizontal superior à língua (MOORE, PERSAUD, TORCHIA, 2013). De forma gradual, esses processos se fundem no plano médio com o septo nasal e parte posterior do palato primário, prosseguindo em direção à úvula, promovendo o fechamento gradual dos palatos duro e mole (FRANÇA, 2002; MOORE, PERSAUD, TORCHIA, 2013).

Qualquer alteração durante esse processo de desenvolvimento da face do embrião poderá resultar em uma anomalia facial que pode variar desde pequenas deformidades até comprometimentos faciais maiores, como as fissuras orofaciais (FRANÇA, 2002).

2.2 Epidemiologia das fissuras orofaciais

O Brasil é um país continental com mais de 180 milhões de habitantes com diversos antecedentes genéticos e perfil multifatorial (MONLLEÓ et al., 2013). Em geral, no país existe um déficit de dados epidemiológicos sobre malformações congênitas em virtude do preenchimento inadequado do campo 41 da declaração de nascidos vivos, que especifica o nascimento de uma criança com anomalia (RIBEIRO, MOREIRA, 2004; MONLLEÓ et al., 2013).

As fissuras orofaciais são estimadas para ocorrer em um a cada 600 a 700 nascimentos (LOREZZONI, CARCERERI, LOCKS, 2010). Sua prevalência varia de acordo com a região geográfica e o grupo étnico considerado (COUTINHO et al., 2009). No Brasil, estas alterações apresentam uma prevalência que varia entre 3,09 a 11,89 casos por 10.000 nascimentos (MONLLÈO, GIL-DA-SILVA-LOPES, 2006).

Dados sobre anomalias craniofaciais na população brasileira provêm principalmente do Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas (ECLAMC), que realiza vigilância epidemiológica dessas condições em maternidades voluntárias (BASTOS, GARDENAL, BOGO, 2008). O ECLAMC é um registro de base hospitalar que cobre 2% de todos os nascimentos no Brasil (LUQUETTI, KOIFMAN, 2009). Para Monlléo et al. (2013), apesar deste registro abranger apenas uma pequena parcela da população, a alta qualidade dos seus dados e o fato de que as fissuras orofaciais estão entre os defeitos congênitos melhores registrados, provavelmente fazem estes dados representar a prevalência do Brasil.

De acordo com o ECLAMC, a prevalência das fissuras labiopalatais (FL/P) no Nordeste e Sul do Brasil foi de respectivamente, entre 9,72 e 11,89 por 10 mil nascimentos, enquanto no Sudeste, esta variação foi de 5,39 a 9,71 por 10 mil nascimentos. A fissura palatal (FP) varia de 2,41-3,08/10 mil nascimentos no Nordeste e Sul, e de 3,09-5,01/10 mil nascimentos no Sudeste (CASTILLA et al., 1995).

Entre os sistemas de informação em saúde existentes no Brasil, ressalta-se o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), implantado em 1990 pelo Governo Federal. Esse sistema disponibiliza dados referentes aos nascimentos em todo território nacional, incluindo informações sobre a frequência de anomalias

congênitas em todo o país, inclusive o estado da Bahia. No entanto, não existe nenhuma informação sobre fissuras orofaciais, o que indica a existência de subnotificação dos dados relacionados a essa anomalia.

Para Ribeiro e Moreira (2004), não existe uma estimativa confiável da incidência ou prevalência das fissuras orofaciais, já que a maioria dos estudos não abrange as regiões Norte e Nordeste. Alguns autores indicam que existe uma escassez de dados na região Nordeste sobre a prevalência, fatores de risco e o perfil epidemiológico dos portadores dessas malformações (VARANDAS; SILVA, 1995 *apud* COUTINHO et al., 2009).

A maior parte dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde diz respeito apenas ao número de cirurgias realizadas para fissuras orofaciais de acordo com o sexo, a faixa etária e os estados onde mais frequentemente se realizaram tais procedimentos para a reabilitação dos portadores dessas anomalias (FRANCO et al., 2000; NUNES et al., 2010).

As fissuras orofaciais apresentam diferentes distribuições entre as raças (SILVA et al., 2008). A incidência da FL/P é mais frequente na raça branca (SANDRINI et al., 2006). Para Vieira (2008) a população asiática, os ancestrais dos nativos americanos e os europeus do norte apresentam uma maior incidência de FL/P, diferentemente dos africanos e descendentes que apresentam maior incidência de FL isolada.

Quanto ao gênero, estudos apontam uma maior incidência de FL/P no sexo masculino (SILVA et al., 2008; MONLLEÓ et al., 2013). A FL com ou sem envolvimento do palato é mais frequente nos homens, já a FP é predominante nas mulheres (MARTELLI et al., 2012).

2.3 Etiologia das fissuras orofaciais

A embriogênese normal pode ser alterada pela ação deletéria de fatores químicos, físicos ou biológicos (MODOLIN, CERQUEIRA, 1994). A combinação destes agentes ou qualquer intensificação de um deles, mesmo isoladamente, acarreta alterações estruturais irreversíveis de uma parte ou de todo o organismo durante o desenvolvimento. Existe ainda uma considerável constatação da

ocorrência do padrão hereditário multifatorial nos erros de desenvolvimento embrionário (FRANÇA, 2002).

O primeiro período da gestação é considerado o mais susceptível a ocorrência de fissuras orofaciais, visto que, nesta fase inicial, a interação com teratógenos pode levar a alterações na embriogênese (MOLINA-SOLANA et al., 2013). Os processos celulares de proliferação, diferenciação e apoptose, essenciais para a morfogênese adequada do lábio e palato, são regulados por vias complexas de sinalização molecular (BRITO et al., 2012). Portanto, fatores genéticos e ambientais que promovem alterações nesses caminhos são objetos de investigação, visto que são responsáveis pela ocorrência de defeitos do desenvolvimento.

As fissuras orofaciais apresentam etiologia complexa e multifatorial, envolvendo tanto fatores genéticos quanto ambientais, que podem atuar isolados ou em associação. Alguns autores têm avaliado a associação entre estas fissuras e os aspectos relacionados à sazonalidade, classe social, origem étnica, idade dos pais, peso ao nascer, tabagismo, ingestão de medicamentos, residência de origem, poluição, ocupação, consumo de bebidas alcoólicas, uso de drogas, doenças da mãe, hereditariedade, exposições a herbicidas/pesticidas e à radiação ionizante (LOFFREDO, FREITAS, GRIGOLLI, 2001; ESCOFFIÉ-RAMIREZ et al., 2010).

2.3.1 Fatores genéticos

Cerca de 20 a 30% dos indivíduos portadores de fissuras orofaciais, não síndromicas, apresentam histórico familiar dessa anomalia, indicando relação do componente genético na etiologia desta malformação (CARINCI et al., 2007; BRITO et al., 2009). Estudos de gêmeos com concordância para monozigóticos comprovam que o fator genético apresenta significativa importância na etiologia das fissuras orofaciais não síndromicas (RIBEIRO, MOREIRA, 2004).

Alguns autores têm relatado uma série de genes candidatos às fissuras orofaciais (BOEHRINGER et al., 2011). Um gene candidato é aquele localizado em uma região de interesse no genoma e cujo produto tem propriedades bioquímicas ou outras, as quais sugerem que ele possa ser o gene relacionado a algum evento de interesse (RAVION; ALWI, 2007).

Estudos recentes têm identificado genes que podem ter um importante papel na etiologia das fissuras, dentre eles pode-se destacar: MSX1 (*Mshhomeobox1*), FGFs (*Fibroblast growth factor*), PVRL1 (*Poliovirus receptor related-1*), FOXE1 (*Forkhead box E1*), IRF6 (*Interferon regulatory factor 6*), TBX22 (*T-box 22*), TGF- β 3 (*Transforming growth factor beta 3*) e WNT (*Wingless-Type MMTV Integration Site Family*) (RILEY, MURRAY, 2007; SUPHAPEETIPORN et al., 2007; PEGELOW et al., 2008; SOZEN, HECHT, SPRITZ, 2009; JUGESSUR et al., 2009; MENEZES et al., 2010; KOHLI, KOHLI, 2012; SHAIK et al., 2012).

Lorenzoni e Locks (2010) sugeriram que a prevalência das fissuras orofaciais aumenta quando existe história familiar desta anomalia. Para esses autores, pais normais têm 0,1% de chance de ter um filho portador dessa deformidade. A chance aumenta para 4,5% quando os pais tem um filho portador de fissuras orofaciais. Além disso, quando um dos pais e um filho têm fissura a chance de desenvolver outros filhos com essa deformidade pode chegar a 15%.

A relação das fissuras orofaciais com possíveis problemas nos sistemas estomatognático, respiratório e cardiovascular, indica a necessidade de um diagnóstico completo dessa anomalia de modo a propor ao portador um tratamento adequado, bem como, aconselhamento e orientação reprodutiva do portador e sua família (SANDRINI et al., 2006). Para Souza-Freitas et al. (2004), a prevenção das fissuras orofaciais é necessária durante o acompanhamento pré-natal e o aconselhamento genético também se faz indispensável no caso de famílias com histórico desta malformação.

2.3.2 Fatores ambientais

Os fatores ambientais, por modificar o desenvolvimento embriológico produzindo deformações, são chamados de teratógenos (GONZÁLES-OSORIO et al., 2011). Um teratógeno é qualquer agente capaz de aumentar o risco de uma mãe desenvolver filhos com malformações, a exemplo das fissuras orofaciais, quando exposta nos primeiros meses da gravidez a este agente (BARONEZA et al., 2005).

O hábito de fumar, a ingestão de bebidas alcoólicas e a exposição a substâncias, tais como o ácido retinóico e os antagonistas do folato, como o ácido

valpróico, tem demonstrado efeitos teratogênicos, representando fatores de risco para os embriões durante o primeiro trimestre da gravidez (BRITO et al., 2012).

Componentes tóxicos do tabaco, tais como a nicotina, diminuem o fluxo sanguíneo na artéria útero-placentária, impedindo o desenvolvimento normal do embrião (BARONEZA et al., 2005). Alguns estudos afirmam que pais fumantes aumentam a exposição materna ao fumo passivo, o que expõe o feto a níveis elevados de teratógenos, interferindo no desenvolvimento craniofacial normal (MARIA-JOSÉ et al., 2008; JIANYAN et al., 2010). Da mesma forma, mães que fumam entre dez a dezenove cigarros por dia, apresentam risco aumentado de terem filhos portadores de fissuras orofaciais (WANG et al., 2009).

Famílias de baixa renda que cozinham em fogões à lenha também se tornaram objetos de investigação científica, pois se passou a observar que os pais, que não eram fumantes ou etilistas, possuíam filhos com fissuras orofaciais. Estudos foram realizados com estes indivíduos e concluiu-se que a fumaça dos fogões à lenha pode ser comparada à fumaça do tabaco, produzindo no desenvolvimento craniofacial os mesmos efeitos do hábito de fumar (WANG et al., 2009; OMO-AGHOJA et al., 2010).

No que se refere à ingestão de bebidas alcoólicas, alguns autores sugerem que a quantidade e o tipo de bebida ingerida estão relacionados com o tipo de fissura orofacial. Para Romitti et al. (2007), o desenvolvimento da FL e da FP quando apresentadas de forma isolada estavam associadas com o maior consumo de bebida destilada pela mãe (uma a quatro bebidas por mês, nos casos de FP). Para esses autores, o vinho foi associado à FP (trinta ou mais bebidas por mês). Além disso, quando o indivíduo apresentava a FL e FP em conjunto não foi evidenciada nenhuma associação destas anomalias com a ingestão de bebidas alcoólicas.

Associações entre uso de medicamentos durante a gravidez e o desenvolvimento de fissuras orofaciais já foram relatadas na literatura (PUHÓ et al., 2007; MOLGAARD-NIELSEN, HVIID, 2012; VADJA et al., 2013).

Um dos importantes reguladores da embriogênese é a vitamina A, mais precisamente seu derivado, o ácido retinóico. Essa substância regula a proliferação, diferenciação e apoptose durante a morfogênese das estruturas embrionárias. O excesso de ácido retinóico, principalmente entre a quarta e a décima segunda semana de vida intrauterina, pode interromper estágios importantes da

palatogênese, tais como: o crescimento, a elevação e a fusão dos processos palatinos, causando as fissuras orofaciais (FINNELL et al., 2004; MAMMADOVA et al., 2014).

O ácido valpróico é considerado uma das drogas anticonvulsivantes mais utilizadas por mulheres epiléticas. Apesar de terapêutico, possui efeito teratogênico capaz de causar defeitos do tubo neural, anomalias craniofaciais (como as FL/P), malformações cardiovasculares e outras anormalidades. Essas alterações são observadas quando da exposição materna, no primeiro trimestre da gestação, a combinação de lamotrigina e ácido valpróico (NAU, RAUCK, EHLERS, 1991; ARTEAGA-VÁZQUEZ, LUNA-MUÑOZ, MUTCHINICK, 2012).

Um risco aumentado para FL e/ou FP foi observado entre os casos de recém-nascidos de mães tratadas com amoxicilina, fenitoína, oxprenolol e tietilperazina durante o segundo e terceiro mês de gestação, período crítico para o desenvolvimento das malformações faciais. Um maior risco para o desenvolvimento da FP foi observado em mães submetidas a tratamento com oxitetraciclina e carbamazepina durante o terceiro e quarto mês da gestação (PUHÓ et al., 2007).

Um estudo realizado por Molgaard-Nielsen e Anders Hviid (2012), apontam que o uso de antibióticos pela mãe, no início do período gestacional, não está associado com o desenvolvimento das fissuras orofaciais. No entanto, o uso de classes específicas dessas drogas, tais como doxiciclina/tetraciclina e sulfametizol, durante o segundo mês de gestação, aumentou o risco para a FL/P. O uso de trimetoprim e pivmecillinam, no primeiro trimestre da gestação, foi associado a um maior risco para FP (MOLGAARD-NIELSEN, HVIID, 2012).

Outros fatores ambientais que têm sido associados às fissuras orofaciais incluem causas sazonais (como exposição a pesticidas), poluição, dieta materna (pouca ingestão de ácido fólico), epilepsia na mãe, deficiência de vitaminas, ingestão de antiinflamatórios durante a gestação, uso de drogas ilícitas (cocaína, crack e heroína), idade materna, diabetes na gravidez, radiação ionizante, agentes infecciosos (sífilis e rubéola) e estresse (LOFFREDO, FREITAS, GRIGOLLI, 2001; MARIA-JOSÉ et al., 2008; JIANYAN et al., 2010; AGBENORKU et al., 2011; GONZÁLEZ-OSORIO et al., 2011).

O risco para as fissuras orofaciais aumenta com a idade dos pais (BILLE et al., 2005; MATERNA-KIRYLUK et al., 2009). Para Herkrath et al. (2012), mães com 40 anos ou mais de idade possuem de 28% a 58% de chances de terem filhos

com fissura de palato. Neste estudo, ressalta-se que o planejamento familiar deve incluir informações sobre a possível ocorrência de fissuras orofaciais quando os pais superam os 35 anos de idade.

As consequências do uso de drogas ilícitas durante a gravidez ainda é pouco estudada. Entretanto, sabe-se que o uso dessas substâncias durante o período gestacional é responsável por ocasionar efeitos deletérios sobre os neonatos. Estes efeitos diferem quanto à substância utilizada e incluem a Síndrome de Abstinência Neonatal (SAN), caracterizada pelo baixo peso ao nascer, morte fetal intrauterina, anormalidades estruturais e malformações congênitas incluindo as fissuras orofaciais (STITELY et al., 2010).

Nos últimos anos têm-se aumentado a preocupação com as propriedades tóxicas e teratogênicas da cocaína durante a gravidez. Sabe-se que a exposição materna a cocaína está associada ao risco de interrupções no desenvolvimento embrionário. No entanto, ainda é desconhecido o grau desse risco e os fatores que contribuem para a toxicidade sinérgica da cocaína (GRINGAS et al., 1992). O consumo de cocaína, heroína e anfetamina provocam consequências diversas como trabalho de parto prematuro, nascimento de recém-nascidos de baixo peso e o desenvolvimento de malformações (FISCHER et al., 1999).

A deficiência de ácido fólico também pode alterar o desenvolvimento embrionário. Na América Latina alguns países têm adotado uma política de fortificação dos alimentos com ácido fólico, a fim de prevenir e reduzir a incidência de anomalias craniofaciais (SOUZA, RASKIN, 2013). No Brasil, o Ministério da Saúde, em 1º de julho de 2004, tornou obrigatória a fortificação de farinha de trigo com 1,5 mg/kg de ácido fólico (ANVISA-RDC nº 344 de 13/12/2002). Um estudo realizado com pacientes atendidos no Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio Palatal, no estado do Paraná, observou que houve uma redução do número de casos de fissuras orofaciais, não-sindrômicas, após a implantação dessa lei (SOUZA, RASKIN, 2013).

A suplementação de ácido fólico de 400 mg ou mais por dia reduz o risco de FL com ou sem FP em um terço. Uma dieta rica em vegetais e frutas, também, pode ser um fator protetor para esta malformação (WILCOX et al., 2007). Alguns autores afirmam que o folato regula a expressão de genes responsáveis pela multiplicação e diferenciação celular durante o desenvolvimento embrionário, por isso o uso de multivitaminas durante o período pré-natal é uma das medidas de

saúde pública mais eficaz para a prevenção das fissuras orofaciais (ACUNÃ-GONZÁLEZ et al., 2011).

Alguns estudos apontam que os fatores socioeconômicos estão relacionados a problemas de saúde e se apresentam como fatores contribuintes para o aparecimento de anomalias congênitas, tais como as fissuras orofaciais (DONKOR, PLANGE-RHULER, AMPONSAH, 2007; POLETTA, et al., 2007; RODRIGUES et al., 2009).

Um trabalho realizado no Hospital Universitário de São Paulo descreveu o perfil sociodemográfico dos portadores de fissuras orofaciais. Foi observado que 70% dos casos atendidos viviam sob condições socioeconômicas desfavoráveis, o que indica que os fatores sociais e econômicos estão relacionados com essa deformidade (FREITAS et al., 2004). Um baixo nível socioeconômico pode estar associado a um déficit nutricional e a maior tensão emocional no período gestacional, o que justifica a ocorrência dessa anomalia, já que tais fatores podem causar malformações congênitas (DRESSLER, SANTOS, 2000; HANSEN et al., 2001).

No que se refere à educação, um estudo de corte transversal realizado em Mato Grosso do Sul, observou que mães de 271 portadores de FL e/ou FP possuíam uma média de nove a onze anos completos de escolaridade (GARDENAL et al., 2011). Para Escoffié-Ramirez et al. (2010) a cada ano que se aumenta a escolaridade da mãe e do pai o risco de terem filhos portadores de fissuras orofaciais diminui, respectivamente, 19% e 16%.

Um estudo realizado na Escócia associou a prevalência dos nascimentos de portadores de fissuras orofaciais com as características da habitação e do emprego. Os resultados indicaram que as maiores taxas de portadores de FL e/ou FP encontravam-se em áreas com maior número de desemprego e municípios habitados por famílias jovens. Taxas mais baixa desta anomalia foram registradas em áreas com altas proporções de profissionais qualificados e habitações de alta qualidade (CLARK et al., 2003).

Rodrigues et al. (2009) avaliou as desigualdades sociais no Brasil que podiam predispor a população ao desenvolvimento de fissuras orofaciais. Foi observado que não existia uma correlação entre os fatores econômicos e a prevalência dessa anomalia. Alguns autores indicam que uma possível associação pode ser explicada pelo fato dos fatores teratogênicos serem mais prevalentes em

áreas com maior carência socioeconômica, onde condições ambientais insalubres aumentam a susceptibilidade a um teratôgeno específico, possivelmente causando as fissuras orofaciais (WOMERSLEY, STONE, 1987 apud RODRIGUES et al., 2009).

Alguns autores associam o risco de desenvolver fissuras orofaciais ao local de residência do portador, ou seja, zona rural ou urbana. A dificuldade de deslocamento dos indivíduos residentes na zona rural para os grandes centros urbanos, onde, geralmente, localizam-se os principais centros de referência para o tratamento das fissuras labiais e/ou palatais, favorece a alta prevalência dessa anomalia na área urbana. Além disso, observa-se uma maior exposição dessa população a poluentes ambientais, expondo a mãe a teratôgenos específicos (COUTINHO et al., 2009).

Em relação aos contaminantes ambientais, alguns autores têm investigado a poluição e a exposição à radiação ionizante como possíveis fatores de risco para o desenvolvimento das fissuras orofaciais. Alguns estudos têm associado à poluição do ar com o desenvolvimento de malformações, baixo peso ao nascer, retardo do desenvolvimento intrauterino, parto prematuro e mortalidade fetal (BOBAK, 2000; RITZ et al., 2002). Além disso, exposição materna a contaminantes ambientais pode resultar em sérias consequências que incluem defeitos do tubo neural, anomalias cardiovasculares e fissuras orofaciais (RICE, BARONE JÚNIOR, 2000; RITZ et al., 2002).

A exposição materna a pesticidas tem sido muito estudada por representar um dos fatores ambientais associados ao desenvolvimento das fissuras orofaciais (MIMURA et al., 1997; ABBOTT et al., 2005; ROMITTI et al., 2007). Mulheres que trabalham em contato direto com estes produtos químicos possuem um maior risco de gerarem filhos com essa malformação (ROMITTI et al., 2007). Alterações genéticas em enzimas responsáveis pela desintoxicação dos produtos liberados por pesticidas também podem influenciar no aumento do risco de desenvolvimento de fissuras orofaciais (MIMURA et al., 1997; ABBOTT et al., 2005).

No que se refere à radiação ionizante, o período mais crítico à exposição materna diz respeito ao período de concepção, a subsequente proliferação celular e organogênese, período que abrange os dois primeiros trimestres da gravidez. No entanto, ainda se faz necessário o desenvolvimento de novos estudos que possam

determinar mais precisamente o efeito da radiação ionizante no desenvolvimento embrionário (KOYA et al., 2012).

2.4 Classificação das fissuras orofaciais

Clinicamente as fissuras orofaciais apresentam graus variados de gravidade de acordo com sua extensão, podendo ser uni ou bilaterais, completas ou incompletas (NEVES, MONTEIRO, 2002). Há várias classificações para essas anomalias que podem ser baseadas em aspectos clínicos, anatômicos ou etiológicos (RIBEIRO, MOREIRA, 2004). A mais utilizada no Brasil é a proposta por Spina et al., em 1972, conforme descrito abaixo, que tem como ponto de referência o forame incisivo (junção do palato primário com o palato secundário), separando a fissura em quatro grupos:

1- Fissura pré-forame incisivo ou FL: localizada anteriormente ao forame incisivo, poderá alcançar lábio e rebordo alveolar. Sua extensão varia desde um pequeno entalhe no vermelhão do lábio até o rompimento total do lábio e rebordo alveolar, alcançando o forame incisivo (SPINA et al., 1972). Os indivíduos portadores desse tipo de fissura apresentam menores dificuldades alimentares quando comparados àqueles com fissura pós-forame (MENDES, LOPES, 2006).

2- Fissura trans-forame incisivo ou FL/P: se caracterizam por comprometerem o palato primário e o secundário. Clinicamente apresentam uma ruptura total da maxila, desde o lábio até a úvula, podendo ser de forma completa, uni ou bilateral (SPINA et al., 1972). Reconhecida como o tipo mais complexo das fissuras, causam problemas alimentares, respiratórios, de sucção, fonação, deglutição e alterações oclusais, devido à ampla área anatômica acometida pela malformação (FIGUEIREDO et al., 2008).

3- Fissura pós-forame incisivo ou FP: envolve o palato duro e/ou mole, sendo considerada completa quando acometem o palato duro e mole ou incompleta quando não rompem todo o palato (SPINA et al., 1972). Apresenta alto grau de complexidade devido à comunicação buco nasal, o que impede que ocorra, durante a amamentação, a pressão negativa intra-oral levando, assim, a regurgitação nasal (MENDES, LOPES, 2006).

4- Fissuras raras da face: envolvem estruturas além do lábio e/ou palato. Incluem as fendas medianas do lábio superior e do lábio inferior, fendas oblíquas (orbitofaciais), transversais (buco-auriculares), horizontais (macrostomia), fendas de lábio inferior, mandíbula e nariz (MENDES, LOPES, 2006).

A classificação de Spina (1972) permite a identificação de formas mistas como no caso da fissura pré e pós-forame no mesmo portador, ressaltando que as mesmas ocorrem em períodos diferentes do desenvolvimento embriológico (LOFFREDO; FREITAS; GRIGOLLI, 2001). As áreas mais afetadas pela fissura são o lábio superior, o rebordo alveolar, o palato duro e o palato mole (GONZÁLES-OSORIO et al., 2011).

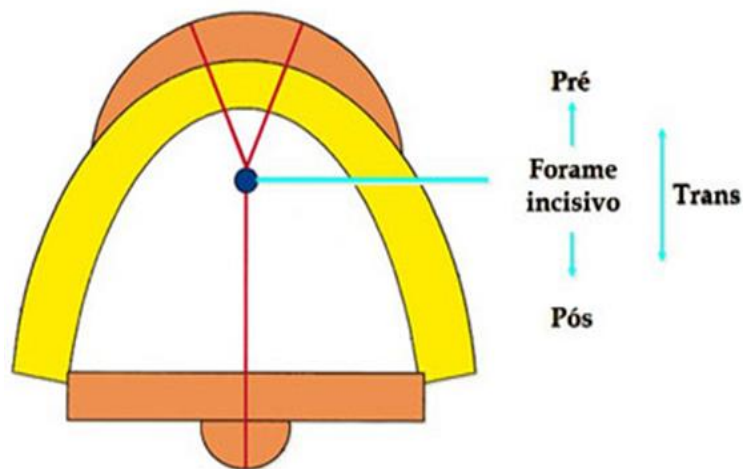


Figura 1. Classificação das fissuras, segundo Spina (1972)

Fonte. SPINA, 1972; SILVA FILHO et al., 1992

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos portadores de fissuras orofaciais, atendidos no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio (Salvador, BA), residentes no estado da Bahia, no período de 2008 a 2013.

3.2 Específicos

- Classificar os tipos de fissuras orofaciais;
- Caracterizar a distribuição dos casos de fissuras orofaciais, segundo o local de residência dos pacientes atendidos no referido Centro;
- Descrever o perfil sociodemográfico dos portadores de fissuras orofaciais;
- Identificar aspectos relacionados ao tratamento cirúrgico, histórico familiar de malformações congênitas e relações de consanguinidade dos casos de fissuras;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico familiar e das mães dos portadores de fissuras orofaciais.

Aspectos metodológicos

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional do tipo descritivo, retrospectivo, baseado em dados secundários dos registros de prontuários do Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, que visa descrever o perfil epidemiológico dos portadores de fissuras orofaciais, residentes do estado da Bahia, atendidos no referido Centro, no período de 2008 a 2013.

Estudos descritivos têm como objetivo determinar a distribuição dos problemas de saúde na população, sendo de grande utilidade para os serviços de saúde e para o conhecimento geral da magnitude das doenças e agravos (ALMEIDA FILHO, BARRETO, 2012).

A epidemiologia descritiva pode fazer uso de dados primários e secundários. Sua principal característica é descrever um evento ou uma amostra, em relação ao tempo, lugar e espaço, sem se preocupar em estabelecer associações entre as variáveis estudadas e o desfecho de interesse (HOCHMAN et al., 2005; ALMEIDA FILHO, BARRETO, 2012).

Apesar do presente modelo de estudo apresentar algumas limitações, pelo fato de não permitir verificar associação entre variáveis, esse modelo pode ser considerado uma ferramenta relevante entre os sistemas de saúde. Os resultados dos estudos descritivos podem contribuir para a elaboração de programas e ações de prevenção e controle de diversas enfermidades (ARAGÃO, 2011).

4.2 População do estudo

A população do estudo correspondeu a todos os casos de portadores de fissuras orofaciais, residentes do estado da Bahia, não sindrômicos, cadastrados no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, Salvador, Bahia, no período de 2008 a 2013.

4.2.1 Critérios de inclusão

Participaram do estudo todos os portadores de fissuras orofaciais, não sindrômicos, de ambos os sexos, residentes no estado da Bahia, sem limitação da faixa etária, atendidos no período de 2008 a 2013 no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, Salvador, Bahia.

4.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos desta pesquisa, os prontuários de portadores de fissuras orofaciais associadas às síndromes genéticas, portadores de fissura adquirida (acidentes perfurantes), pacientes provenientes dos demais estados da Federação e por questões éticas, portadores de doença mental e indígenas.

4.3 Campo de estudo

O Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, inaugurado em 1998, é a segunda maior unidade do país na recuperação de portadores de anomalias orofaciais e referência para o Ministério da Saúde no atendimento a esses pacientes dos estados do Norte e Nordeste.

O referido centro dispõe de equipe multidisciplinar para o tratamento dos portadores de fissuras orofaciais. A equipe é composta por otorrinolaringologistas, cirurgiões dentistas, fonoaudiólogos, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos, anestesistas e cirurgiões plásticos.

A Bahia é o estado mais populoso da região Nordeste. Situa-se ao sul dessa região e faz divisa com oito estados: Alagoas, Sergipe, Pernambuco e Piauí ao norte, Minas Gerais e Espírito Santo ao sul, Goiás e Tocantins a oeste. Ao leste, faz divisa com o Oceano Atlântico. Possui uma área total de 564.733,177 km². Sua população estimada em 2013 pelo IBGE foi de 15.044.127 habitantes e está dividido em 417 municípios, o que torna a Bahia o quarto maior estado segundo a quantidade de municípios. Dentre os estados nordestinos, a Bahia representa a maior extensão territorial, a maior população e o maior produto interno bruto.

O estado da Bahia está dividido em sete mesorregiões. Essa divisão foi proposta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), levando em consideração as semelhanças sociais e naturais dessas regiões. Dessa forma, as mesorregiões geográficas do estado da Bahia foram agrupadas da seguinte maneira: Extremo Oeste Baiano, Vale do São Francisco da Bahia, Centro Norte Baiano, Nordeste Baiano, Metropolitana de Salvador, Centro Sul Baiano e o Sul Baiano.

4.4 Amostragem

Para a determinação do tamanho amostral decidiu-se por uma amostra aleatória ou probabilística. Considerando-se a população finita, foram adotados os seguintes critérios: nível de confiança de 95%, margem de erro de 5% e porcentagem de perda de 20%.

A primeira etapa do processo de amostragem baseou-se no levantamento preliminar de todos os prontuários do Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, a fim de identificar aqueles que obedeciam aos critérios de elegibilidade do estudo. Após os prontuários elegíveis serem numerados e separados, por ano, realizou-se a segunda etapa da amostragem. Por meio do suporte do programa *Excel*, os casos foram selecionados de forma aleatória. Do universo de 856 prontuários, que obedeciam aos critérios de inclusão do estudo, a amostra final restringiu-se a 319 prontuários.

4.5 Coleta de dados

Os dados foram obtidos por meio de um estudo documental realizado nos registros dos prontuários do Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, na cidade de Salvador, Bahia, no período de 2008 a 2013. Foi realizado um estudo piloto com 5% dos prontuários para a adequação do instrumento de pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no período entre maio a julho de 2014, por dois pesquisadores previamente treinados para essa finalidade. O treinamento consistiu em elaboração de oficina de trabalho onde foi desenvolvido um “Manual de Coleta de Dados”, o qual fornecia orientações quanto ao preenchimento do instrumento de pesquisa.

Para a coleta de dados utilizou-se uma ficha (Apêndice A) contendo informações sobre dados sociodemográficos do portador, da mãe e da família; o tipo de fissura; tratamento cirúrgico; histórico familiar de malformações congênitas;

consanguinidade entre os pais e o uso de medicação pela mãe durante o período gestacional.

O controle de qualidade da coleta de dados consistiu na verificação de todas as fichas coletadas, no que se refere às omissões ou falhas de preenchimento. Em se tratando de alguma incorreção ou incompletude dos dados, o prontuário original foi checado.

4.6 Análise de dados

Para a elaboração do banco, tabulação de dados e para análise descritiva foi utilizado o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

As informações das fichas de coleta foram, inicialmente, digitadas no programa estatístico SPSS. Os dados coletados foram submetidos à análise descritiva, a fim de apresentar a distribuição de cada variável na população examinada. A partir desta análise foi traçado o perfil epidemiológico dos portadores de fissuras orofaciais, residentes do estado da Bahia. Para as variáveis qualitativas os pesquisadores utilizaram de tabelas de frequência, com suas respectivas porcentagens. No que se refere às variáveis quantitativas, foram adotadas medidas descritivas, tais como média e desvio padrão.

A apresentação gráfica dos resultados foi realizada com o suporte do programa Excel. Com o auxílio do programa *Tab para Windows – TabWin* foi possível desenvolver um mapa apresentando a distribuição dos casos de fissuras orofaciais, segundo as mesorregiões do estado da Bahia.

4.7 Variáveis de estudo e categorização

As variáveis descritoras estudadas incluíram: variáveis relacionadas ao portador da malformação (tipo e extensão das fissuras orofaciais, de acordo com a classificação de Spina; sexo; idade; naturalidade; procedência; ano de entrada no

hospital e tratamento cirúrgico), variáveis sociodemográficas relacionadas à família (renda familiar, condições e infraestrutura da moradia), presença e história familiar de malformações congênitas e consanguinidade dos pais. No que se refere às variáveis maternas foram coletadas informações referentes à idade, nível de escolaridade e o uso de medicação durante o período gestacional. A variável idade materna foi categorizada em faixa etária de acordo com o critério de risco para gestação do Ministério da Saúde (idade menor que 15 anos e maior que 35 anos) (BRASIL, 2010). O grau de escolaridade materna foi agrupado de acordo com o nível de escolaridade registrado no prontuário. O uso de medicamentos, durante o período gestacional, foi agrupado em categorias, respeitando a classificação de medicamentos proposta pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

As variáveis descritoras estão discriminadas no Quadro 1.

Quadro 1. Categorização das variáveis descritoras

	VARIÁVEIS DESCRITORAS	ESCALA	CATEGORIZAÇÃO	RECATEGORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES
VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PORTADOR	Tipo de fissura	Categórica nominal	Fissura pré-forame incisivo, transforame incisivo e pós-forame incisivo.	-	-
	Extensão da fissura	Categórica nominal	Pré-forame incisivo unilateral incompleta, pré-forame incisivo unilateral completa, pré-forame incisivo bilateral completa, pré-forame incisivo bilateral incompleta, transforame incisivo unilateral, transforame incisivo bilateral, pós-forame incisivo incompleta, pós-forame incisivo completa.	-	-

VARIÁVEIS DESCRITORAS	ESCALA	CATEGORIZAÇÃO	RECATEGORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Idade	Quantitativa contínua	-	Menor de cinco anos; entre um a cinco anos e maior de cinco anos.	Avaliada em anos de vida no momento de admissão do paciente ao hospital.
Sexo	Categórica dicotômica	Masculino e feminino.	-	-
Naturalidade	Categórica nominal	-	Metropolitana de Salvador, Centro Norte Baiano, Nordeste Baiano, Centro Sul Baiano, Sul Baiano, Vale do São Francisco da Bahia, Extremo Oeste Baiano.	Baseada nas mesorregiões do estado da Bahia.
Procedência	Categórica nominal	Rural, urbana, suburbana e não informado.	-	Baseada no local de residência no período de admissão ao hospital.
Condição de chegada ao serviço	Categórica nominal	Operado, não operado e não informado.	-	-
Tratamento cirúrgico	Categórica nominal	Sim, não, não informado e não se aplica.	-	Situação cirúrgica do paciente no momento da coleta dos dados.
Tipo de cirurgia realizada	Categórica nominal	-	Queiloplastia, palatoplastia, rinoplastia e septoplastia.	-
Histórico familiar de malformações congênitas	Categórica nominal	Sim, não e não informado.	-	Casos diagnosticados de malformações congênitas na família. Se há ou houve algum parente próximo (tio, pais, irmãos, primos, avós) portador de fissura labial e/ou palatina.

VARIÁVEIS DESCRITORAS		ESCALA	CATEGORIZAÇÃO	RECATEGORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Grau de parentesco na família.		Categórica nominal	Pai, mãe, tios, primos, outros e não informado.	Parentes próximos (pai, mãe, irmãos, filhos, tios e primos). Parentes distantes (avós, bisavós, sobrinhos, primos de terceiro grau, entre outros)	-
Consanguinidade dos pais.		Categórica nominal	Sim, não e não informado.	-	Se os pais do paciente possuem algum grau de parentesco próximo (até o segundo grau).
Grau de consanguinidade entre os pais.		Categórica nominal	Irmão, tio, primo, sobrinho, outro e não informado.	-	-
VARIÁVEIS DESCRITORAS		ESCALA	CATEGORIZAÇÃO	RECATEGORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES
VARIÁVEIS RELACIONADAS À FAMÍLIA	Renda familiar	Categórica ordinal	Menos de um salário mínimo, entre um e três salários mínimos, mais de três salários mínimos, não possui renda e não informado.	-	Para análise os dados registrados nos prontuários serão categorizados de acordo com o número de salários mínimos recebidos pela família.
	Condições de moradia	Categórica nominal	Própria, alugada, financiada, cedida, outra e não informado.	-	-
	Condições de infraestrutura da moradia				
	Água encanada	Categórica nominal	Sim, não e não informado.	-	-
	Mina	Categórica nominal	Sim, não e não informado.	-	-
	Esgoto	Categórica nominal	Sim, não e não informado.	-	-
	Fossa	Categórica	Sim, não e não	-	-

		nominal	informado.		
	Luz elétrica	Categórica nominal	Sim, não e não informado.	-	-
	Lamparina	Categórica nominal	Sim, não e não informado.	-	-

VARIÁVEIS RELACIONADAS À FAMÍLIA	VARIÁVEIS DESCRITORAS				
	Idade	Quantitativa contínua	-	≤ 15 anos, 16 a 25 anos, 26 a 34 anos e ≥ 35 anos.	Valores absolutos categorizados em faixa etária de acordo com o critério de risco para gestação do Ministério da Saúde.
	Nível de Escolaridade	Categórica ordinal	Analfabeto, nível fundamental, nível médio, nível superior, não informado.	-	Para análise o grau de escolaridade materna será agrupado de acordo com os anos completos de escolaridade registrados no prontuário.
	Uso de medicação durante a gravidez	Categórica nominal	Sim, não e não informado.	-	-
	Medicação utilizada durante a gravidez.	Categórica nominal	-	Vitaminas, anticoncepcionais, antibiótico, analgésico, anti-inflamatório, antidepressivo, anti-hipertensivo, anti-emético, hormônios, antiespasmódico, anticonvulsivantes.	-

4.8 Aspectos éticos da pesquisa

O presente projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos, atendendo as normas da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, publicada em 13 de junho de 2013, no Diário Oficial da União, que revoga a Resolução nº 196/96, de 10 de outubro de 1996. O projeto foi aprovado pelo CEP do Hospital Santo Antônio, segundo parecer de nº 565.687 e CAEE 23276113.9.0000.0047 (Anexo A).

Considerando que foram utilizadas informações contidas em prontuários médicos, a utilização de tais dados seguiram além das normas da Resolução 466/12, as recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (CONEP, 2011) para o uso de dados de prontuários para fins de pesquisa. Dessa forma, no que se refere ao uso e acesso aos prontuários, os pesquisadores obedeceram às disposições éticas e legais brasileiras apresentadas a seguir:

- Constituição Federal Brasileira (1988) – art.5º, incisos X e XIV;
- Novo Código Civil – artigos 20 e 21;
- Código Penal – artigos 153 e 154;
- Código de Processo Civil – artigos 347, 363, 406;
- Código de Defesa do Consumidor – artigos 43 e 44;
- Código de Ética Médica – CFM. Artigos. 11, 70, 102, 103, 105, 106, 108;
- Medida Provisória – 2.200 – 2, de 24 agosto de 2001;
- Normas da Instituição quanto ao acesso prontuário;
- Parecer CFM nº 08/2005;
- Parecer CFM nº 06/2010;

Padrões de credenciações hospitalares do Consórcio Brasileiro de Acreditação, em particular Gl. 2 – Gl 1.12;

- Resoluções da ANS. (Lei nº 9.961 de 28/01/2000), em particular a RN nº 21;
- Resoluções do CFM. – nº. 1605/2000 – 1638/2002 – 1639/2002 – 1642/2002.

4.8.1 Riscos para os sujeitos da pesquisa

Considerando que a coleta de dados é exclusivamente documental, sem necessidade de contato direto com os sujeitos da pesquisa, possíveis riscos presumidos e subjetivos que possam ocorrer durante o acesso e utilização dos dados prontuários foram minimizados. Para tal, os pesquisadores assumiram o compromisso de garantir o sigilo e a confidencialidade dos dados coletados, de modo a assegurar a dignidade dos sujeitos da pesquisa, respeitando-os em sua autonomia e defendendo-os em sua vulnerabilidade, conforme Resolução CNS 196/96, itens III.1."a" e IV.1."g".

Desta forma, alguns fatores foram observados para garantir o cumprimento dos aspectos éticos da pesquisa pelos pesquisadores, a saber:

- a) Todos os pesquisadores envolvidos na pesquisa tiveram compromisso com o sigilo, privacidade e a confidencialidade dos dados coletados e utilizados, preservando integralmente o anonimato dos sujeitos da pesquisa;
- b) Os dados coletados foram utilizados exclusivamente para atender os objetivos determinados neste projeto, aprovados previamente pelo CEP;
- c) O acesso aos dados registrados nos prontuários, para fins exclusivos de pesquisa, foi autorizado apenas aos pesquisadores do projeto de pesquisa;
- d) O banco de dados do referido projeto foi manipulado apenas pelos pesquisadores envolvidos com senha de acesso.

Os resultados da pesquisa serão utilizados em congressos, seminários e publicados em periódicos científicos sem permitir a identificação dos sujeitos da pesquisa, garantindo o anonimato. Os dados do estudo ficarão sob a guarda do Núcleo de Câncer Oral (NUCAO), durante cinco anos, sendo destruídos após este período.

4.8.2 Benefícios para os sujeitos da pesquisa

Os resultados desta pesquisa poderão ser utilizados para o planejamento e a programação de ações de saúde, a fim de promover a prevenção, controle e o tratamento das fissuras orofaciais. Desta forma, os resultados do estudo após a sua conclusão serão apresentados para o Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, serviços de atenção à saúde e a portadores e familiares destas anomalias.

Resultados



5. RESULTADOS

5.1 Artigo

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE FISSURAS OROFACIAIS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA, SALVADOR, BAHIA.

Jamille Rios Moura¹, Valéria Souza Freitas²

1. Cirurgiã-Dentista, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil.
2. Cirurgiã-Dentista, Doutora em Patologia Oral e Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Endereço para contato: Valéria Souza Freitas

Núcleo de Câncer Oral

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva- Universidade Estadual de Feira de Santana. Av. Transnordestina, s/n, Bairro Novo Horizonte. Universidade Estadual de Feira de Santana, Módulo VI, Centro de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Feira de Santana, Bahia, Brasil. CEP: 44036-900.

E-mail: valeria.souza.freitas@gmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos portadores de fissuras orofaciais congênitas, residentes no estado da Bahia, atendidos no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio no período de 2008 a 2013. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo epidemiológico observacional e descritivo. Participaram do estudo portadores de fissuras orofaciais, não sindrômicos, de ambos os sexos e sem limitação da faixa etária. Para o cálculo do tamanho amostral, decidiu-se por uma amostra aleatória simples, composta de 319 prontuários. Foram obtidas informações dos prontuários médicos sobre o perfil sociodemográfico do portador e da mãe, uso de medicamentos durante a gestação, aspectos clínicos e cirúrgicos relacionados às fissuras, histórico familiar da malformação e consanguinidade dos pais. Os dados foram analisados descritivamente, com o uso do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 17.0, onde foram obtidas medidas de frequência, média e desvio padrão. **RESULTADOS:** Observou-se que 51,1% dos portadores de fissuras orofaciais eram do sexo feminino, 46,2% encontravam-se na faixa etária menor de um ano e 54,4% eram procedentes na zona urbana. A maioria das mães encontrava-se na faixa etária entre 16 a 25 anos durante o período gestacional e relatou uso de medicação em 59,2% dos casos, especialmente, vitaminas e antibióticos. A fissura transforame incisivo foi a mais diagnosticada (34,4%). No momento de cadastro ao serviço, observou-se que 90,5% dos indivíduos ainda não haviam realizado tratamento cirúrgico. A história familiar de fissura foi observada em 29,8% dos casos estudados e em apenas 7,1% dos casos foi reportado consanguinidade entre os pais. **CONCLUSÕES:** A maioria dos casos de fissuras orofaciais foi observada em indivíduos do sexo feminino, menores de um ano e residentes em área urbana. As mães encontravam-se fora da faixa etária considerada de risco durante o período gestacional, porém, faziam uso de medicação, como vitaminas e antibióticos. Maior parcela dos portadores apresentava fissura do tipo transforame incisivo e não foram submetidos a tratamento cirúrgico prévio para o tratamento completo das fissuras orofaciais. Foi encontrado histórico familiar de fissuras orofaciais e relações de consanguinidade em alguns dos casos estudados.

Palavras-chave: Fissuras orofaciais; Fenda labial; Fissura palatina; Perfil epidemiológico.

ABSTRACT

PURPOSE: Describe the clinical and epidemiological profile of patients with congenital, residents orofacial clefts in Bahia state, met at the Center for Craniofacial Anomalies Rehabilitation Hospital Santo Antonio in the period 2008-2013. **METHOD:** This is an observational, descriptive epidemiological study. Holders participated in the study of orofacial clefts, nonsyndromic, of both sexes and without limitation of age. To calculate sample size, we decided on a simple random sample, comprising 319 records. Information from medical records about the demographic profile of the carrier and the mother's drug use during pregnancy, clinical and surgical aspects of the fissures, family history of malformations and consanguinity of the parents was obtained. Data were analyzed descriptively, obtained measures of frequency, mean and standard deviation, using the SPSS (Statistical Package for Social Sciences te) in version 17.0. **RESULTS:** It was observed that 51.1% of patients with orofacial clefts were female, 46.2% were in the age group of one year and 54.4% were from the urban area. Most mothers were aged between 16 to 25 years during pregnancy and reported medication use in 59.2% of cases, especially vitamins and antibiotics. The cleft transforamen was the most diagnosed (34.4%). At the time of the service registration, it was observed that 90.5% of the subjects had not yet performed the surgical treatment. Family history of cleft was observed in 29.8% of cases and only 7.1% of cases were reported consanguinity between parents. **CONCLUSIONS:** Most cases of oral clefts was observed in females, less than a year and living in an urban area. Mothers were outside the age range considered risk during pregnancy, however, were using medication such as vitamins and antibiotics. Greater proportion of patients had cleft incisive trans type and have not undergone previous surgical treatment for complete treatment of orofacial clefts. Family history of orofacial clefts and relations of consanguinity in some of the cases studied was found.

Descriptors: Orofacial clefts; Cleft lip; Cleft palate; Epidemiological profile.

INTRODUÇÃO

Dentre as malformações congênitas presentes ao nascimento, que afetam a área craniofacial, encontram-se as fissuras orofaciais (MOORE, PERSUAD, 2000). Essas anomalias podem afetar a cavidade oral e, ocasionalmente, algumas regiões da face, comprometendo, individualmente ou em conjunto, o lábio superior, o palato duro, o assoalho da cavidade nasal e outras regiões da face (ZAPATA et al., 2010).

As malformações congênitas constituem um grupo diverso e complexo de anomalias que atingem cerca de 5% dos nascidos vivos em todo o mundo (COUTINHO et al., 2009). Dentre as malformações craniofaciais, não sindrômicas, as fissuras orofaciais representam aproximadamente 65% de todas as anomalias da região de cabeça e pescoço (GORLIN et al., 2001).

As fissuras orofaciais representam um problema de saúde pública, podendo ocasionar ao seu portador alterações estéticas, funcionais e emocionais (FIGUEIREDO et al., 2010; GONZÁLEZ-OSORIO et al., 2011). Embora ocorram com relativa frequência, a sua etiologia ainda não se encontra totalmente elucidada. Alguns estudos indicam que estas anomalias são de origem multifatorial envolvendo alterações genéticas e exposição materna a fatores ambientais no primeiro trimestre da gestação (RIBEIRO, MOREIRA, 2004; SOUZA-FREITAS et al., 2004; FREITAS et al., 2011).

Estudos que avaliaram as condições socioeconômicas, culturais e ambientais dos portadores de fissuras orofaciais são escassos na literatura (CLARK et al., 2003; RODRIGUES et al., 2009). No que se refere a associação dos determinantes sociais e essas anomalias pode-se observar que o tema tem sido negligenciado, sobretudo na América Latina, tanto pelas políticas de saúde quanto pelas políticas de desenvolvimento da maioria dos países (VILLAR, 2007). Esses estudos são importantes na medida em que a etiologia dessa anomalia poderia ser melhor investigada e, conseqüentemente, a população orientada quanto à sua prevenção (CLARK et al., 2003; RODRIGUES et al., 2009).

Apesar da relevância do tema, poucos estudos epidemiológicos envolvendo fissuras orofaciais foram realizados, especialmente aqueles envolvendo a região Nordeste do Brasil (CASTILLA et al., 1995; RIBEIRO, MOREIRA, 2004; MONLLEO, GIL-DA-SILVA-LOPES, 2006).

Considerando que as fissuras orofaciais representam um problema de saúde pública pouco estudado na região Nordeste e a importância de estudos epidemiológicos para o estabelecimento de políticas públicas para o setor, este estudo tem por finalidade traçar o perfil clínico-epidemiológico dos portadores de fissuras orofaciais, residentes no estado da Bahia, atendidos no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, no período de 2008 a 2013.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, descritivo, conduzido por meio da revisão de prontuários clínicos dos indivíduos atendidos no período de 2008 a 2013, no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, Salvador, Bahia.

O referido centro é a segunda maior unidade do país para o tratamento de portadores de anomalias orofaciais e referência para o Ministério da Saúde no atendimento a esses indivíduos, provenientes dos estados do Norte e Nordeste. Anualmente, são cadastrados, em média, 200 novos casos de portadores de fissuras orofaciais. O atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional composta por otorrinolaringologistas, cirurgiões dentistas, fonoaudiólogos, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos, anestesistas e cirurgiões plásticos.

Uma amostra aleatória foi selecionada, sendo para a determinação do tamanho amostral considerada uma população finita, adotando o nível de confiança de 95%, margem de erro de 5% e porcentagem de perda de 20%. Do total de 856 prontuários identificados no período especificado, 319 foram selecionados para compor a amostra final.

Participaram do estudo todos os portadores de fissuras orofaciais, não sindrômicos, de ambos os sexos, residentes no estado da Bahia e sem limitação da faixa etária. Os prontuários de portadores de fissuras orofaciais associadas às síndromes genéticas, portadores de fissura adquirida (acidentes perfurantes), indivíduos provenientes dos demais estados da Federação e por questões éticas, portadores de doença mental e indígenas, foram excluídos do estudo.

Para a coleta de dados utilizou-se de uma ficha contendo informações sobre dados sociodemográficos do portador, da mãe e família, o uso de medicação durante o período gestacional; o tipo de fissura; tratamento cirúrgico; histórico familiar de malformações congênitas e consanguinidade dos pais.

O local de residência dos indivíduos estudados foi organizado segundo as mesorregiões do estado da Bahia, ou seja, mesorregião Metropolitana de Salvador, Centro Norte Baiano, Nordeste Baiano, Centro Sul Baiano, Sul Baiano, Vale do São Francisco da Bahia e Extremo Oeste Baiano. A idade dos portadores de fissuras orofaciais foi categorizada em menor de um ano, entre um a cinco anos e maior de um ano. No que se refere à idade materna, a mesma foi agrupada como ≤ 15 anos, 16 a 25 anos, 26 a 34 anos e ≥ 35 anos, segundo o critério de risco para gestação adotado pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2010). O nível de escolaridade materna foi categorizado de acordo com os anos completos de escolaridade registrados no prontuário, ou seja, analfabeto, nível fundamental, nível médio e nível superior. O uso de medicamentos durante o período gestacional foi agrupado em categorias, respeitando a classificação de medicamentos proposta pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Para a classificação do tipo de fissura orofacial foi adotada a classificação de Spina (1972) que tem como ponto de referência o forame incisivo, separando a fissura em quatro grupos: pré-forame incisivo, transforame incisivo, pós-forame incisivo e fissuras raras da face. Em relação à extensão das fissuras, estas foram agrupadas como unilateral, bilateral, completa ou incompleta.

Os dados obtidos foram analisados, descritivamente, com o uso do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Para as variáveis qualitativas foram utilizadas tabelas de frequência, com suas respectivas porcentagens. No que se refere às variáveis quantitativas, foram adotadas medidas descritivas, tais como média e desvio-padrão.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santo Antônio, sob o parecer de número 565.687, CAAE 23276113.9.0000.0047.

RESULTADOS

Dos 319 casos de indivíduos portadores de fissuras orofaciais selecionados para o estudo, 156 destes (48,9%) pertenciam ao sexo masculino e 163 (51,1%) ao feminino. A média de idade dos indivíduos no momento do cadastramento foi de oito anos, variando entre zero a 79 anos, sendo que 46,2% dos portadores encontravam-se na faixa etária menor de um ano, considerada predominante na amostra estudada (Tabela 1). O desvio padrão encontrado para a variável idade foi de 13,0 anos.

Os dados da Tabela 1 e Gráfico 1 demonstram, respectivamente, que a maior parcela dos indivíduos (54,4%) era proveniente da zona urbana e residiam na região metropolitana de Salvador (34,3% dos casos). A mesorregião do extremo oeste baiano apresentou um menor percentual de casos (4,1%) dessa malformação (Gráfico 1). Quanto à renda familiar, observou-se que 38,9% dos casos estudados apresentavam renda inferior a um salário mínimo e apenas 10% das famílias possuíam renda superior a três salários mínimos (Tabela 1).

Ao analisar as condições de moradia, a Tabela 1 indica que a maioria dos portadores de fissuras orofaciais vivia em casa própria (75,8%), possuía água encanada (79,4%), rede de esgoto (54,5%) e energia elétrica (95,6%) nas suas residências.

A distribuição dos indivíduos segundo o ano de cadastramento no centro de referência pode ser evidenciada no Gráfico 2. Considerando-se a amostra estudada, foi possível observar que a maioria dos indivíduos cadastrou-se neste serviço no ano de 2012. Em relação à população, houve um aumento no número de cadastramento nos anos 2010 e 2011.

No que se refere à condição de chegada a este Centro, 90,5% dos indivíduos ainda não haviam realizado procedimento cirúrgico de correção completa da fissura orofacial antes do cadastramento no serviço (Gráfico 3). Observou-se que dos 176 casos que haviam sido submetidos a tratamento cirúrgico nesse serviço, 69,9% haviam realizado apenas cirurgias primárias de correção (queiloplastia e palatoplastia) e 28,5% foram submetidos, além das intervenções primárias, a procedimentos cirúrgicos secundários, tais como rinoplastia e septoplastia. Três

indivíduos, o correspondente a 1,7% dos portadores das fissuras orofaciais estudados, realizaram exclusivamente correções cirúrgicas secundárias.

Do total de prontuários analisados, 318 apresentavam a classificação dos casos das fissuras orofaciais de acordo com o recomendado por Spina (1972). Com relação ao tipo de fissura, observou-se que 34,3% correspondiam à fissura transforame, 33,7% à fissura pós-forame e 31,4% pré-forame incisivo. A fissura rara de face foi diagnosticada em apenas dois indivíduos (0,6% dos casos) e em quatro casos foi observado mais de um tipo de fissura associada (Tabela 2).

Em relação à extensão das fissuras orofaciais, os casos mais frequentes correspondiam à fissura transforame incisivo unilateral e a fissura pós-forame incisivo incompleta, afetando, respectivamente, 26,6% e 20,5% dos indivíduos. A fissura pré-forame incisivo bilateral incompleta foi evidenciada em quatro indivíduos (Tabela 2).

A tabela 3 demonstra a distribuição dos tipos de fissura de acordo com o sexo dos indivíduos. Verificou-se um maior número de fissuras pós-forame incisivo em indivíduos do sexo feminino (40,1%). As fissuras dos tipos pré e transforame incisivo apresentaram proporções similares entre os homens, 34,0% e 38,4%, respectivamente. O grupo fissuras raras da face apresentou distribuição similar entre os sexos (0,6%).

A Tabela 4 mostra a distribuição das variáveis maternas relacionadas às características sociodemográficas e ao estilo de vida. No que se refere à idade materna durante o período gestacional, observou-se que 48,6% das mães apresentavam entre 16 a 25 anos. A média de idade materna foi de 26 anos e o desvio padrão de 6,9. No momento do cadastramento dos portadores de fissuras orofaciais ao serviço, 48,9% das mães possuíam nível fundamental e 5,6% eram analfabetas. Observou-se ainda que, dos 168 casos válidos, a maioria das mães (59,5%) fez uso de medicação durante a gravidez. Os grupos de medicamentos mais utilizados foram as vitaminas (79,4%), seguido dos antibióticos (9,1%), anticoncepcionais (2,5%) e anti-hipertensivos (2,5%).

Em relação à hereditariedade, observou-se que 32,6% dos casos estudados possuíam histórico familiar de fissura orofacial. Destes 29,3% eram parentes próximos de até segundo grau, tais como pai, mãe, irmãos, filhos e avós. Os outros 70,7% restantes correspondiam a parentes distantes tais como tios, primos, bisavós e sobrinho. A Tabela 5 demonstra que apenas 7,1% dos prontuários

relatavam algum grau de consanguinidade entre os pais, sendo a maioria destes primos de até segundo grau (83,3%).

DISCUSSÃO

No presente estudo, foi investigado o perfil clínico-epidemiológico dos portadores de fissuras orofaciais, residentes do estado da Bahia, atendidos no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, em Salvador, Bahia, no período de 2008 a 2013.

Estudos como este buscam compreender o comportamento de um agravo à saúde numa população e auxiliam no planejamento de ações preventivas (SILVA et al., 2008; RODRIGUES et al., 2009). Apesar da sua reconhecida importância, existem poucos estudos envolvendo as fissuras orofaciais no Brasil, especialmente envolvendo a região Nordeste (RIBEIRO, MOREIRA, 2004; MONLLEO, GIL-DA-SILVA-LOPES, 2006; COUTINHO et al., 2009).

Nossos resultados indicam que na amostra estudada, ocorreu pouca variabilidade na distribuição dos casos dessa malformação entre os sexos, considerando que dos 319 portadores de fissuras orofaciais estudados, 48,9% pertenciam ao sexo masculino e 51,1% ao feminino. Esses resultados corroboram com o estudo desenvolvido por Omo-Aghoja et al. (2010), na Nigéria, que avaliou 68 indivíduos atendidos em centros odontológicos especializados no tratamento de fissuras orofaciais na cidade de Ilu Benin. Esses autores observaram uma ligeira predominância dessa deformidade em indivíduos do sexo feminino quando comparado ao masculino, porém, não estatisticamente significativa. Outros estudos anteriores, realizados em diferentes regiões do Brasil e no mundo observaram que as fissuras orofaciais são mais prevalentes em homens (CERQUEIRA et al., 2005; COUTINHO et al., 2009; GARDENAL et al., 2011; MARTELLI et al., 2012; TAGHAVI et al., 2012; VICO et al., 2012; MONLLEÓ et al., 2013; LIN, SHU, TANG, 2014).

Quanto à idade do portador durante a admissão no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, a faixa etária menor de um ano foi considerada predominante. Além disso, ao serem admitidos nesse serviço, 90,5% dos indivíduos não haviam sido submetidos a procedimentos

primários para correção das fissuras orofaciais. Para Gardenal et al. (2011), os primeiros meses até o primeiro ano de vida correspondente ao período adequado para a realização das cirurgias primárias de lábio e palato. A Associação Americana de Fenda Palatina estabeleceu as diretrizes para o tratamento dessa malformação, nas quais se preconizou que a cirurgia para fissura labial deve ser realizada entre os seis primeiros meses de vida, enquanto a fissura palatina deve ser reparada até o prazo de dezoito meses, o que corresponde à faixa etária encontrada nesse estudo (ACPA, 2009). Foi observado, também, o cadastramento no Centro de Reabilitação do Hospital Santo Antônio de indivíduos com idade superior a cinquenta anos para o tratamento de fissuras orofaciais. Segundo Ercocen, Ylmaz e Saydam (2003), a fissura orofacial em adultos é mais ampla e o deslocamento dos tecidos moles no local da fissura é mais proeminente do que o esqueleto, o que dificulta o procedimento cirúrgico, podendo resultar em pequenas fístulas palatais, as quais podem ser reparadas em cirurgias secundárias.

A procura pelo serviço de tratamento ofertado pelo Centro de Reabilitação foi maior no ano de 2012. Desde o ano de 1998 até os dias atuais, o referido centro já atendeu milhares de pessoas, sendo recebidos, em média, 200 novos casos por ano. O tempo de funcionamento e a disponibilidade de uma equipe multiprofissional para o atendimento aos portadores de fissuras orofaciais, em nível de Norte e Nordeste, pode explicar a grande procura pelo serviço durante os anos investigados.

No que se refere à região de procedência, foi observado um predomínio das fissuras orofaciais entre indivíduos provenientes da zona urbana. Diferenças na prevalência de defeitos congênitos em áreas urbanas quando comparadas as rurais, podem sugerir possíveis fatores de risco relacionados ao ambiente físico, social e acesso aos serviços de saúde (HALL et al., 2005). Coutinho et al. (2009) reporta que a distância entre a população rural e os serviços de saúde, nos grandes centros, favorece a alta prevalência dessa anomalia na área urbana. Além disso, para esses autores uma maior exposição da população a poluentes ambientais, nas áreas urbanas, expondo a mãe a teratógenos específicos, pode favorecer ao desenvolvimento das fissuras orofaciais.

A maior parte dos casos estudados desta malformação ocorreu em residentes da mesorregião metropolitana de Salvador, o que justifica a procura pelo serviço pela proximidade desta região com o centro de referência de tratamento. Um estudo realizado na Colômbia observou que a maioria dos casos de fissuras

orofaciais concentrava-se no estado de Antioquia o que, segundo os autores, poderia ser explicado pela facilidade do acesso ao serviço, uma vez que este estava localizado na principal cidade do estado, sendo reconhecido pelas instituições de saúde da região como referência para o tratamento dessa malformação (ZAPATA et al., 2010).

Os dados do nosso estudo também revelaram que apesar da maioria dos indivíduos cadastrados no serviço possuírem casa própria, com benefícios de rede elétrica, água encanada e rede esgoto, ainda existiam alguns casos nos quais as famílias não usufruíam destes serviços básicos de infraestrutura. Segundo Messer et al. (2010), condições ambientais insalubres aumentam a susceptibilidade a teratógenos específicos e o risco para o desenvolvimento das fissuras orofaciais. Estas evidências podem ser apoiadas em um estudo realizado na Escócia onde foi observada que taxas mais baixas dessas anomalias foram registradas em áreas com habitações de alta qualidade e altas proporções de profissionais qualificados (CLARK et al., 2003).

A renda familiar predominante entre as famílias dos portadores de fissuras orofaciais avaliados no presente estudo foi menor que um salário mínimo. Os achados corroboram com o estudo de Taghavi et al. (2012), desenvolvido no Irã, no qual foi possível observar um predomínio de casos de fissura labial com ou sem fissura palatal entre indivíduos de baixa condição econômica. Dressler e Santos (2000) apontam que um baixo nível socioeconômico pode estar associado a déficit nutricional e a uma maior tensão emocional no período gestacional, o que justifica a ocorrência dessa anomalia, já que tais fatores podem causar malformações congênitas. Segundo Jia et al (2011) o risco de ocorrência dessa deformidade é maior entre mães com status socioeconômico mais baixo e que não tem emprego regular, do que entre aquelas com emprego e renda regulares. Da mesma forma, um aumento da condição socioeconômica pode estar relacionado ao aumento da frequência de exposições a agentes nocivos, como o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas, considerados um dos principais fatores de risco para as fissuras orofaciais.

A maioria das mães dos indivíduos estudados possuía nível fundamental. De acordo Lin, Shu e Tang (2014) o baixo nível de escolaridade também pode estar relacionado com a elevada ocorrência dessa malformação. Corroborando com esse estudo, outros autores sugerem que indivíduos com baixo nível educacional, quando

comparadas aqueles com nível superior, tendem a fumar mais, a consumir alimentos menos saudáveis e a usar menos frequentemente suplementação vitamínica durante o período gestacional (DE WALLEs et al., 2002; WARDLE, STEPTOE, 2003; KRAPLESET et al., 2006; DVIVEDI et al., 2012). Além disso, segundo Escoffié-Ramirez et al. (2010) a cada ano que se aumenta a escolaridade da mãe e do pai o risco de terem filhos portadores dessa malformação diminui, respectivamente, 19% e 16%.

Na amostra estudada, houve um predomínio da faixa etária materna entre 16 a 25 anos, sendo esse achado similar ao encontrado por Baroneza et al. (2005). Esses autores observaram que 41,1% das mães de portadores de fissuras orofaciais pertenciam à faixa etária entre 17 a 24 anos de idade durante o período gestacional. Contrapondo os nossos achados, um estudo conduzido em Guangdong, com 479 crianças portadoras de fissuras orofaciais, observou que mães com idade superior a 35 anos eram mais propensas a terem filhos com essa malformação (LIN, SHU, TANG, 2014). Brender et al. (2006) sugeriram que mães com idade superior a 35 anos apresentavam uma maior tendência para o nascimento de filhos com fissuras orofaciais apenas quando suas residências ficavam próximas a instalações industriais, especialmente fundições, porém, tal situação, não foi observada entre mães mais jovens. Em seu estudo, Jagomagi, Soots e Saag (2010) revelaram que mães com idade menor que trinta anos, que tiveram filhos com fissuras orofaciais, apresentaram altas taxas de estresse psicológico, trauma físico (provenientes de acidentes com animais ou violência doméstica), um ou mais abortos médicos e exposição a substâncias teratogênicas, o que poderia explicar a ocorrência dessa malformação entre mães jovens.

Os resultados do nosso estudo também demonstraram que dos 319 prontuários estudados, a frequência de fissura trans e pós-forame incisivo foi bastante semelhante, 34,4 e 33,7%, respectivamente. A maioria dos estudos realizados no Brasil e em outros países encontrou uma maior prevalência de indivíduos com fissuras labiopalatais, conhecidas como fissura transforame incisivo, quando comparada à fissura labial ou palatal (MARTELLI-JUNIOR, et al., 2007; TAGHAVI, et al., 2012; LIN, SHU, TANG, 2014). Quanto à extensão da fissura, os indivíduos investigados apresentaram uma maior predominância para o grupo das fissuras transforame incisivo unilateral. Estes achados estão de acordo com os encontrados por Vico et al. (2012), em um hospital de referência na Espanha. Um

estudo realizado no Brasil também apontou uma maior frequência de fissura transforame unilateral entre os casos residentes no estado de Mato Grosso do Sul (GARDENAL et al., 2011).

Ao avaliarmos a distribuição do tipo de fissura em relação ao sexo dos indivíduos, foi observada uma maior tendência de fissuras do tipo pós-forame incisivo no sexo feminino. Uma provável explicação para esse fato consiste na origem embriológica, pois a fusão do palato secundário ocorre mais cedo nos homens do que nas mulheres (SOUZA, RASKIN, 2013). Dessa forma, a maior frequência de mulheres com fissura pós-forame pode estar relacionada ao fato da mãe permanecer um período de tempo maior exposta aos teratógenos ambientais, durante o período de palatogênese do feto (LARY, PAULOZZI, 2001). Por outro lado, as fissuras transforame foram mais frequentes em indivíduos do sexo masculino. Segundo Blanco et al. (2001), uma variação no gene MSX1, localizado no cromossomo 4, pode estar relacionado à ocorrência deste tipo de fissura entre os homens.

Exposição a medicamentos durante o período gestacional parece interferir no desenvolvimento embrionário, resultando em uma falha parcial na junção dos processos nasais médios, característica das fissuras orofaciais (LEITE, PAUMGARTTEN, KOIFMAN, 2005). Neste estudo, foi possível observar que a maioria das mães fez uso de medicamentos durante o período gestacional. Os mais utilizados foram vitaminas, antibióticos, anticoncepcionais e anti-hipertensivos. Um estudo realizado por Lin, Shu e Tang (2014) observou que o uso de ácido fólico ajuda a reduzir a ocorrência de fissuras orofaciais sendo, portanto, um fator protetor. No entanto, um estudo realizado por Puhó et al. (2007) observou um risco aumentado para fissura labial e/ou palatal entre os casos de recém-nascidos de mães tratadas com amoxicilina, fenitoína, oxprenolol e tietilperazina durante o segundo e terceiro mês de gestação, período crítico para o desenvolvimento das malformações faciais. Um maior risco para o desenvolvimento da fissura palatal foi observado em mães submetidas a tratamento com oxitetraciclina e carbamazepina durante o terceiro e quarto mês da gestação. Em contrapartida, um estudo realizado por Molgaard-Nielsen e Anders Hviid (2012), indica que o uso de antibióticos pela mãe no início da gravidez não está associado com as fissuras labiopalatais ou palatais. No entanto, esses autores ao analisar classes específicas destas drogas, observaram um aumento do risco de fissura labiopalatal associado com o uso de

doxiciclina/tetraciclina e sulfametizol, durante o segundo mês de gestação. Da mesma forma, foi observado um maior risco para fissura palatal quando utilizado, respectivamente, trimetoprim e pivmecillinam no primeiro trimestre e terceiro mês de gestação.

No presente estudo, 32,6% dos portadores de fissuras orofaciais apresentaram história familiar de fissuras orofaciais. Segundo Lorenzoni e Locks (2010) pais normais têm 0,1% de chance de ter um filho portador dessa deformidade; pais normais com um filho portador de fissuras orofaciais tem uma chance de 4,5% de ter outra criança com fissura e famílias em que um dos pais e um filho têm essa anomalia possuem 15% de chance de terem outros filhos com fissuras orofaciais. Um estudo realizado na Espanha encontrou uma alta frequência de fissuras orofaciais em membros da família o que, segundo os autores, pode indicar que a característica hereditária dessa anomalia é herdada, principalmente, através do pai (VICO et al., 2012).

Os achados principais do nosso estudo sugerem uma variedade de fatores ambientais na amostra investigada, aos quais as mães podem ser expostas durante o período gestacional que podem contribuir para o surgimento das fissuras orofaciais. Entretanto, as limitações próprias do modelo de estudo observacional descritivo não permite estabelecer associações ou inferências causais entre as variáveis estudadas de modo a entender a sua participação na etiologia dessas malformações.

A alta prevalência de mulheres jovens, consideradas fora da faixa etária de risco para gestação, segundo o Ministério da Saúde, e o elevado consumo de medicamentos durante o período gestacional indicam a necessidade de estudos adicionais que possam ampliar o nível de evidências científicas sobre a associação entre estas variáveis e a ocorrência de fissuras orofaciais.

Adicionalmente, cabe ainda salientar, devido a falta de informações em alguns dos prontuários médicos consultados no estudo, a necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde para o preenchimento adequado dos prontuários não apenas para fins de pesquisa, mas, especialmente, para permitir o melhor entendimento da história médica dos portadores de fissuras orofaciais.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados neste estudo é possível concluir que a distribuição das fissuras orofaciais foi equilibrada entre os sexos, sendo a fissura transforame a mais prevalente. No que se refere à extensão, a fissura pós-forame incisivo foi mais frequente nas mulheres e os tipos pré e transforame incisivo apresentaram distribuição semelhante entre os homens. No momento de cadastramento ao serviço, a maioria dos casos investigados encontrava-se na faixa etária menor de um ano e não haviam sido submetidos a tratamento cirúrgico de correção da fissura. Os resultados indicaram uma concentração dos casos na zona urbana, sendo a maioria destes provenientes da mesorregião metropolitana de Salvador. Observou-se uma maior ocorrência dessa malformação entre as mães que possuíam apenas o nível fundamental, faziam uso de medicamentos e encontravam-se fora da faixa etária considerada de risco, durante o período gestacional. História familiar de fissura e consanguinidade entre os pais foi encontrada em alguns dos casos investigados. Os resultados apresentados apontam para a necessidade de estudos adicionais utilizando uma metodologia analítica de modo a avaliar uma possível associação entre fatores ambientais e o surgimento de fissuras orofaciais.

REFERÊNCIAS

ACPA. American Cleft Palate-Craniofacial Association. **Parameters for evaluation and treatment of patients with cleft lip /palate or other craniofacial anomalies.**

American Cleft Palate-Craniofacial Association. November, 34 p., 2009.

BARONEZA, J. E.; FARIA, M. J. S. S.; KUASNE, H.; CARNEIRO, J. L. V.;

OLIVEIRA, J. C. 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. 31-5, 2005.

BLANCO, R.; CHAKRABORTY, R.; BARTON, S. A.; CARREÑO, H.; PAREDES, M.; JARA, L.; et al. Evidence of a sex-dependent association between the MSX1 locus and nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate in the Chilean population. **Hum Biol.** v. 73, p. 81-9. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 302 p., 2010.

CASTILLA, E. E.; LOPEZ-CAMELO, J. S.; PAZ, J. E. **Atlas geográfico de las malformaciones congénitas en Sudamérica.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 144 p., 1995.

CERQUEIRA, M. N.; TEIXEIRA, S. C.; NARESSI, S. C. M.; FERREIRA, A. P. P. Ocorrência de fissuras labiopalatais na cidade de São José dos Campos-SP. **Rev Bras Epidemiol,** v. 8, n. 2, p. 161-6, 2005.

CHEN, B. Y.; HWANG, B. F.; GUO, Y. L. Epidemiology of congenital anomalies in a population-based birth registry in Taiwan, 2002. **J Formos Med Assoc**, v. 108, p. 460-8, 2009.

CLARK, J. D.; MOSSEY, P. A.; SHARP, L.; LITTLE, J. Socioeconomic status and orofacial clefts in Scotland, 1989 to 1998. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 40, n. 5, p. 481-5, 2003.

COUTINHO, A. L.; LIMA, M. C.; KITAMURA, M. A. P.; NETO, J. F.; PEREIRA, R. M. Perfil epidemiológico dos portadores de fissuras orofaciais atendidos em um Centro de Referência do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 9, n. 2, p. 149-56, 2009.

DE WALLE, H. E.; CORNEL, M. C.; DE JONG-VAN DEN BERG, L. T. W. Three years after the Dutch folic acid campaign: growing socioeconomic differences. **Prev Med**, v. 35, p. 65-9, 2002.

DVIVEDI, J.; DVIVEDI, S. A. Clinical and demographic profile of the cleft lip and palate in Sub-Himalayan India: A hospital-based study, **Indian J Plast Surg**. v. 45, n. 1, p. 115-20, 2012.

DRESSLER, W. W.; SANTOS, J. E. Social and cultural dimensions of hypertension in Brazil: a review. **Cad Saude Publica**. Rio de Janeiro. v. 16, n. 2, p. 303-15, 2000.

ERCOCEN, A. R.; YLMAZ, S.; SAYDAM, M. Bilateral Superiorly Based Full-Thickness Nasolabial Island Flaps for Closure of Residual Anterior Palatal Fistulas in an Unoperated Elderly Patient. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 40, n. 1, p. 91-9, 2003.

ESCOFFIÉ-RAMIREZ, M.; MEDINA-SÓLIS, C. E.; PONTIGO-LOYOLA, A. P.; ACUÑA-GONZÁLEZ, G.; CASANOVA-ROSADO, J. F.; COLOME-RUIZ, G. E. Asociación de labio y/o paladar hendido com variables de posición socioeconómica: un estudio de casos y controles. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 10, n. 3, p. 323-29, 2010.

FIGUEIREDO, M. C.; PINTO, N. F.; FABRÍCIO, F. K.; BOAZ, C. M. S.; FAUSTINO-SILVA, D. D. Pacientes com fissura labiopalatina – acompanhamento de casos clínicos. **ConScientiae Saúde (Online)**, v. 9, n. 2, p. 300-8, 2010.

FREITAS, J. A. S.; NEVES, L. T.; ALMEIDA, A. L. P. F.; GARIB, D. G.; TRINDADE-SUEDAM, I. K.; YAEDÚ, R. Y. F.; LAURIS, R. C. M. C.; SOARES, S.; OLIVEIRA, T. M.; PINTO, J. H. N. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC/USP) – Part 1: overall aspects. **J Appl Oral Sci (Online)**, v. 20, n. 1, p. 9-15, 2011.

GARDENAL, M.; BASTOS, P. R. H. O.; PONTES, E. R. J. C.; BOGO, D. Prevalência das fissuras orofaciais diagnosticadas em um serviço de referência em casos residentes no estado de Mato Grosso do Sul. **Arquivos Int. Otorrinolaringol.**, v. 15, n. 2, p. 133-41, 2011.

GORLIN, R.; COHEN, M.; HANNEKAM, R. **Syndromes of the head and neck**. 4th ed. New York: Oxford University Press, p. 1344, 2001.

GONZÁLES-OSORIO, C. A.; MEDINA-SÓLIS, C. E.; PONTIGO-LOYOLA, A. P.; CASANOVA-ROSADO, J. F.; ESCOFFIÉ-RAMIREZ, M.; CORONA-TABARES, M. G.; MAUPOMÉ, G. Estudio ecológico en México (2003-2009) sobre labio y/o paladar hendido y factores sociodemográficos, socioeconómicos y de contaminación asociados. **An Pediatr (Barc)**, v. 74, n. 6, p. 377-87, 2011.

HALL, S.; RICKETTS, T.; KAUFMAN, J. Measuring urban and rural areas in epidemiologic studies. **J Urban Health**, v. 83, p.162-75, 2005.

JAGOMAGI, T.; SOOTS, M.; SAAG, M. Epidemiologic Factors Causing Cleft Lip and Palate and Their Regularities of Occurrence in Estonia. **Stomatologija**, v. 12, n. 4, p. 105-8, 2010.

JIA, Z. L.; SHI, B.; CHEN, C. H.; SHI, J. Y.; WU, J.; XU, X. Maternal malnutrition, environmental exposure during pregnancy and the risk of non-syndromic orofacial clefts. **Oral Diseases**, v. 17, v. 6, p. 584-9, 2011.

KRAPELS, I. P.; ZIELHUIS, G. A.; VROOM, F.; JONG-VAN DEN BERG, L. T.; KUIJPERS-JAGTMAN, A. M.; VAN DER MOLEN, A. B.; et al., Periconceptional health and lifestyle factors of both parents affect the risk of live-born children with orofacial clefts, **Birth Defects Res. A. Clin. Mol. Teratol.**, v. 76, n. 8, p. 613–20, 2006.

LARY, J. M.; PAULOZZI, L. J. Sex differences in the prevalence of human birth defects: a population-based study. **Teratology**, v. 64, n. 5, p. 237-51, 2001.

LEI, R. H.; CHEN, H. S.; HUANG, B. Y.; CHEN, Y. C.; CHEN, P. K.; LEE, H. Y.; CHANG, C. W.; WU, C. L. Population-based study of birth prevalence and factors associated with cleft lip and/or palate in Taiwan 2002-2009. **PLoS One**. v. 8, n. 3, p. 1-5, 2013.

LEITE, I. C. G.; PAUMGARTTEN, F. J. R.; KOIFMAN, S. Fendas orofaciais no recém-nascido e o uso de medicamentos e condições de saúde materna: estudo

caso-controle na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v.5, n.1, p. 35-43, 2005.

LIN, Y.; SHU, S.; TANG, S. A case-control study of environmental exposures for nonsyndromic cleft of the lip and/or palate in eastern Guangdong, China. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol**, v. 78, n. 3, p. 545-51, 2014.

LUIZA, A.; GÓIS, D. N.; SANTOS, J. A. S. S.; OLIVEIRA, R. L. B.; SILVA, L. C. F. A Descriptive Epidemiology Study of Oral Cleft in Sergipe, Brazil. **Int Arch Otorhinolaryngol**, v. 17, n. 4, p. 390-4, 2013.

MARTELLI, D. R.; MACHADO, R. A.; SWERTS, M. S.; RODRIGUES, L. A.; AQUINO, S. N.; MARTELLI JÚNIOR, H. Non syndromic cleft lip and palate: relationship between sex and clinical extension. **Braz J Otorhinolaryngol**. v. 78, n. 5, p. 116-20, 2012.

MARTELLI, D. R. B.; CRUZ, K. W.; BARROS, L. M.; SILVEIRA, M. F.; SERTS, M. S. O.; MARTELLI JÚNIOR, H. Avaliação da idade materna, paterna, ordem de paridade e intervalo interpartal para fissura lábio-palatina. **Braz. J. Otorhinolaryngol**, v. 76, n. 1, p. 107-12, 2010.

MARTELLI-JÚNIOR, H.; PORTO, L. V.; MARTELLI, D. R. B.; BONAN, P. R. F.; FREITAS, A. B.; COLETTA, R. D. Prevalence of nonsyndromic oral clefts in a reference hospital in the state of Minas Gerais, Brazil, between 2000-2005. **Braz Oral Res**. v. 21, n. 4, p. 314-7, 2007.

MESSER, L. C.; LUBEN, T. J.; MENDOLA, P.; CAROZZA, S. E.; HOREL, S. A.; LANGLOIS, P. H. Urban-Rural Residence and the Occurrence of Cleft Lip and Cleft Palate in Texas, 1999-2003. **AEP**, v. 20, n. 1, p. 32-9, 2010.

MOLGAARD-NIELSEN, D.; HVIID, A. Maternal use of antibiotics and the risk of orofacial clefts: a nationwide cohort study. **Pharmacoepidemiol Drug Saf**, v. 21, n. 3, p. 246-53, 2012.

MONLLÉO, I. L.; GIL-DA-SILVA-LOPES, V. L. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. **Cad Saude Publica**, v. 22, n.5, p. 913-22, 2006.

MONLLÉO, I. L.; FONTES, M. I. B.; RIBEIRO, E. M.; SOUZA, J.; LEAL, G. F.; FÉLIX, T. M.; FETT-CONTE, A. C.; BUENO, B. H.; MAGNA, L. A.; MOSSEY, P. A.; GIL-DA-SILVA-LOPES, V. Implementing the Brazilian Database on Orofacial Clefts. *Plast Surg Intp*, v. 2013, 10 p., 2013.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N.; TORCHIA, M. G. **Embriologia clínica**. 9ª edição, Elsevier, 560 p. 2013.

OMO-AGHOJA, V. W.; OMO-AGHOJA, L. O.; UGBOKO, V. I.; OBUEKWE, O. N.; SAHEEB, B. D. O.; FEYI-WABOSO, P.; ONOWHAKPOR, A. Antenatal determinants of orofacial clefts in Southern Nigeria. **Afr Health Sci**, v. 10, n. 1, p. 31-9, 2010.

PUHÓ, E. H.; SZUNYOGH, M.; MÉTNEKI, J.; CZEIZEL, A. E. Drug treatment during pregnancy and isolated orofacial clefts in hungary. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 44, n. 2, p. 194-202, 2007.

RIBEIRO, E. M.; MOREIRA, A. S. C. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. **RBPS**, v. 18, n. 1, p. 31-40, 2004.

RODRIGUES, K., SENA, M. F.; RONCALLI, A. G.; FERREIRA, M. A. Prevalence of orofacial clefts and social factors in Brazil. **Braz Oral Res**, v. 2, n. 1, p. 38-42, 2009.

RODRIGUES, A. V. P.; TERRENGUI, L. C. S. Uso de medicamentos durante a gravidez. **Rev Enferm UNISA**, v. 7, p. 9-14, 2006.

SILVA, D. A. F., MAURO, L. D. L.; OLIVEIRA, L. B.; ARDENGHI, T. M.; BONECKER, M. Estudo descritivo de fissuras lábio-palatinas relacionadas a fatores individuais, sistêmicos e sociais. **RGO**, v. 56, n.4, p. 387-91, 2008.

SOUZA-FREITAS, J. A., DALBEN, G. S.; FREITAS, P. Z.; SANTAMARIA JUNIOR, M. Tendência familiar das fissuras lábio-palatais. **R. Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v. 9, n. 4, p. 74-8, 2004.

SOUZA, J. RASKIN, S. Clinical and epidemiological study of orofacial clefts. **J Pediatr (Rio J)**, v. 89, n. 2, p. 137-44, 2013.

TAGHAVI, N.; MOLLAIAN, M.; ALIZADEH, P.; MOSHREF, M.; MODABERNIA, S.; AKBARZADEH, A. R. Orofacial Clefts and Risk Factors in Tehran, Iran: A Case Control Study. **Iran Red Crescent Med**, v. 14, n. 1, p. 25-30, 2012.

VILLAR, E. Los determinantes sociales de salud y la lucha por la equidad em salud: desafios para el Estado y la sociedad civil. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 7-13, 2007.

WOMERSLEY, J.; STONE, D. H. Epidemiology of facial clefts. **Arch Dis Child**, v. 62, n. 7, p. 717-20, 1987.

VICO, R. M. Y.; LINARES, A. I.; MENDO, I. G.; LAGARES, D. T.; MOLES, M. A. G.; PÉREZ, J. L. G.; REINA, E. S. A descriptive epidemiologic study of cleft lip and palate in Spain. **Oral Maxillofac Surg**, v. 114, n. 5, p. S1-4, 2012.

WARDLE, J.; STEPTOE, A. Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. **J Epidemiol Community Health**, v. 57, n. 6, p. 440-3, 2003.

ZAPATA, A. M. C. et al. A retrospective characterizationa study on patients with oral clefts in Medellín, Colombia, South America. **Rev Fac Odontol Univ Antioq**, v. 22, n. 1, p. 81-7, 2010.

Tabela 1. Condições sociodemográficas dos portadores de fissuras orofaciais atendidos no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, Salvador, Bahia, 2008 – 2013.

VARIÁVEIS	Casos	
	n	%
Gênero (n=319)		
Masculino	156	48,9
Feminino	163	51,1
Idade ^a (n=318)		
Menor que um ano	147	46,2
Entre um e cinco anos	58	18,3
Maior que cinco anos	113	35,5
Procedência ^b (n=263)		
Urbana	143	54,4
Rural	60	22,8
Suburbana	60	22,8
Renda familiar ^c (n=270)		
< 1 salário mínimo	105	38,9
1 a 3 salários mínimos	98	36,3
Maior que 3 salários mínimos	27	10,0
Não possui renda	40	14,8
Moradia ^d (n=273)		
Própria	207	75,8
Alugada	43	15,8
Cedida	18	6,6
Outra	5	1,8
Infraestrutura da moradia		
Água encanada ^e (n=238)	189	79,4
Poço artesiano ^e (n=238)	49	20,6
Esgoto ^f (n=211)	115	54,5
Fossa ^f (n=211)	96	45,5
Luz elétrica ^g (n=230)	220	95,6
Lamparina ^g (n=230)	10	4,3

a = 1 caso perdido, b = 56 casos perdidos, c = 49 casos perdidos, d = 46 casos perdidos, e = 81 casos perdidos, f = 108 casos perdidos, g = 89 casos perdidos

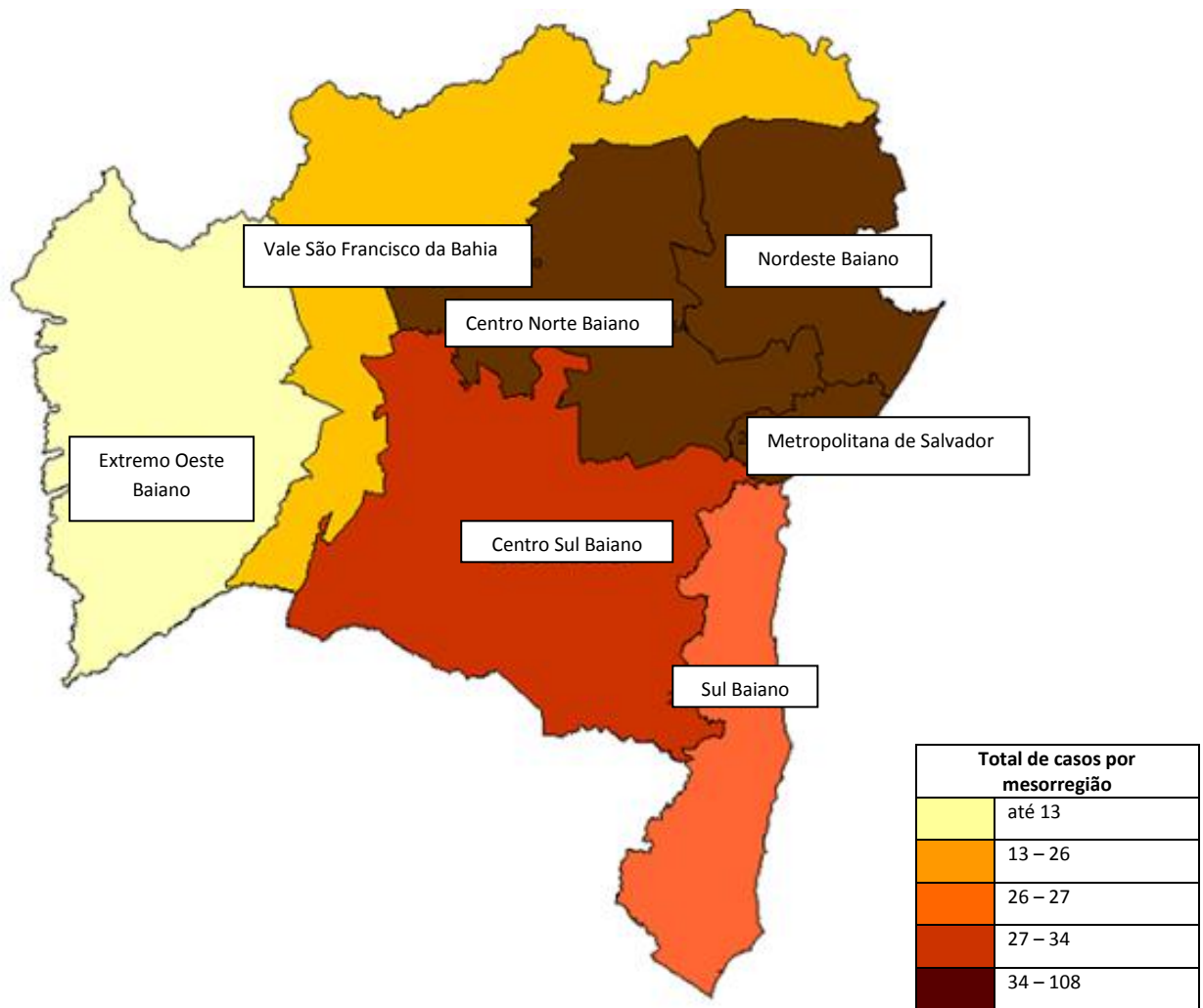


Gráfico 1. Distribuição dos casos de fissuras orofaciais atendidos no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, segundo as mesorregiões do estado da Bahia. Salvador, Bahia, 2008 - 2013.

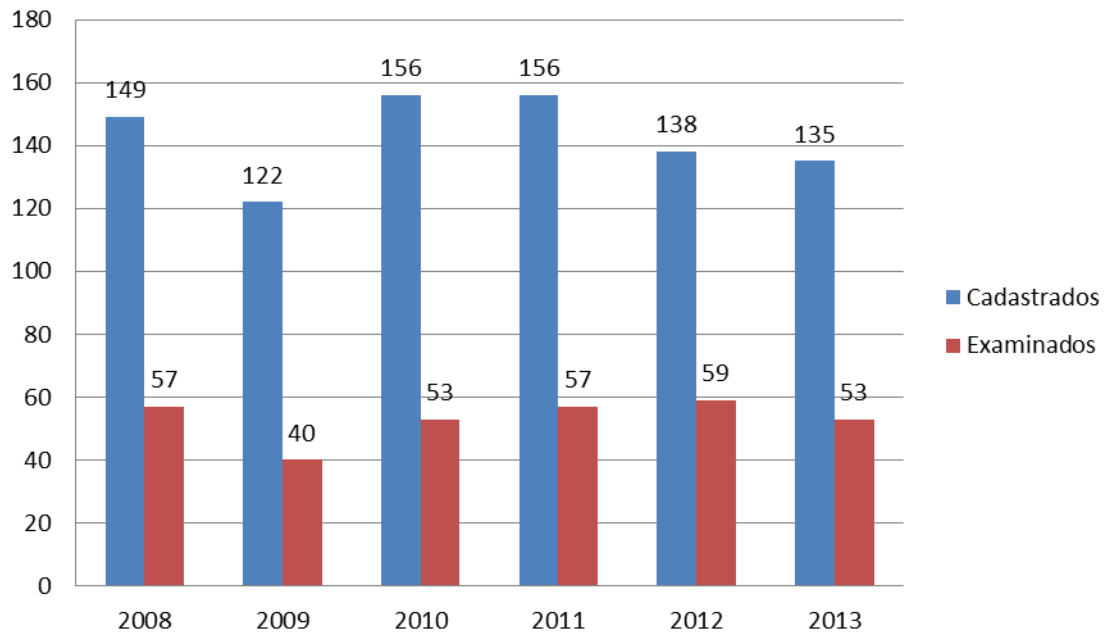


Gráfico 2. Distribuição dos casos de fissuras orofaciais atendidos no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, segundo o ano de cadastramento ao serviço. Salvador, Bahia, 2008-2013.

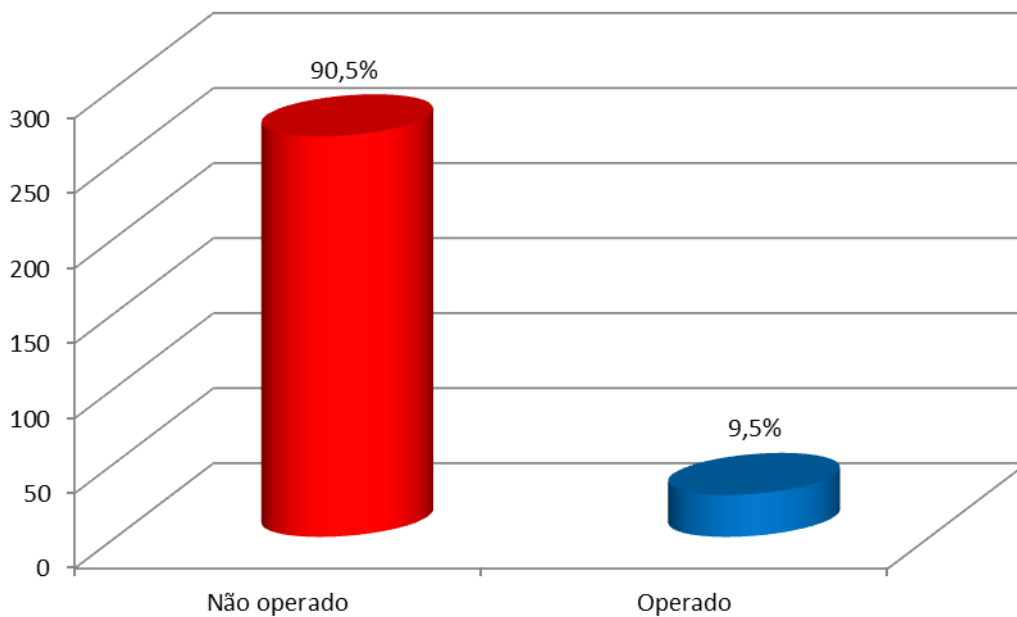


Gráfico 3. Distribuição dos casos de fissuras orofaciais atendidos no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, segundo a condição de chegada ao serviço. Salvador, Bahia, 2008-2013.

Tabela 2. Distribuição dos casos de fissuras orofaciais, segundo o tipo e a extensão, em indivíduos atendidos no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, Salvador, Bahia, 2008 - 2013.

FISSURAS OROFACIAIS*	Casos	
	n	%
Tipo de fissura ^a (n=318)		
Pré-forame	100	31,4
Transforame	109	34,3
Pós-forame	107	33,7
Fissura rara da face	2	0,6
Extensão da fissura ^b		
Pré-forame incisivo unilateral incompleta	42	13,5
Pré-forame incisivo unilateral completa	47	15,1
Pré-forame incisivo bilateral completa	5	1,6
Pré-forame incisivo bilateral incompleta	4	1,3
Transforame incisivo unilateral	83	26,6
Transforame incisivo bilateral	25	8,0
Pós-forame incisivo incompleta	64	20,5
Pós-forame incisivo completa	42	13,4

* Cada portador poderia apresentar um ou mais tipos de fissuras orofaciais

a = 1 casos perdidos, b = 7 casos perdidos

Tabela 3. Distribuição dos casos de fissuras orofaciais, segundo o tipo e extensão, por sexo, diagnosticadas em indivíduos atendidos no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, Salvador, Bahia, 2008 - 2013.

VARIÁVEIS	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
Tipo de fissura (n=318)				
Pré-forame	47	29,0	53	34,0
Transforame	49	30,3	60	38,4
Pós-forame	68	40,1	42	27,0
Fissura rara da face	1	0,6	1	0,6
Extensão da fissura (n=308)				
Pré-forame incisivo unilateral incompleta	20	12,6	21	14,0
Pré-forame incisivo unilateral completa	20	12,6	27	18,0
Pré-forame incisivo bilateral completa	3	1,9	2	1,3
Pré-forame incisivo bilateral incompleta	2	1,3	2	1,3
Transforame incisivo unilateral	38	24,0	45	30,0
Transforame incisivo bilateral	11	7,0	14	9,4
Pós-forame incisivo incompleta	37	23,4	24	16,0
Pós-forame incisivo completa	27	17,0	15	10,0

* Cada portador poderia apresentar um ou mais tipos e extensões das fissuras orofaciais
a = 1 caso perdido, b = 11 casos perdidos

Tabela 4. Características maternas dos portadores de fissuras orofaciais atendidos no Centro de Referência de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, Salvador, Bahia, 2008 - 2013.

VARIÁVEIS	Casos	
	n	%
Idade ^a (n=218)		
≤ 15 anos	3	1,4
16 - 25 anos	106	48,6
26 - 34 anos	80	36,7
≥ 35 anos	29	13,3
Nível de escolaridade ^b (n=233)		
Nível superior	20	8,6
Nível médio	86	36,9
Nível fundamental	114	48,9
Analfabeto	13	5,6
Uso de medicação ^c (n=168)		
Sim	100	59,5
Não	68	40,5
Medicamentos utilizados* ^d (n=121)		
Vitaminas	96	79,4
Anticoncepcionais	3	2,5
Antibiótico	11	9,1
Analgésico	1	0,8
Anti-inflamatório	1	0,8
Antidepressivo	1	0,8
Anti-hipertensivo	3	2,5
Anti-emético	1	0,8
Hormônios	2	1,7
Antiespasmódico	1	0,8
Anticonvulsivante	1	0,8

* Cada mãe poderia utilizar mais de um tipo de medicamento

a = 101 casos perdidos, b = 86 casos perdidos, c = 151 casos perdidos, d = 198 casos perdidos

Tabela 5. Distribuição dos casos de fissuras orofaciais, segundo o histórico familiar de malformações congênicas e o grau de consanguinidade entre os pais, em indivíduos atendidos no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, Salvador, Bahia, 2008 - 2013

VARIÁVEIS	Casos	
	n	%
Histórico familiar de malformações congênicas ^a (n=291)		
Não	196	67,4
Sim	95	32,6
Grau de parentesco na família * (n=99)		
Parentes próximos	29	29,3
Parentes distantes	70	70,7
Consanguinidade entre os pais ^b (n=253)		
Sim	18	7,1
Não	235	92,9
Grau de consanguinidade (n=18)		
Primos de até segundo grau	15	83,3
Não informado	3	16,7

* Cada portador poderia apresentar mais de um parente afetado pela fissura
a = 28 casos perdidos, b = 66 casos perdidos

Conclusões



6. CONCLUSÕES

De acordo com os resultados encontrados nesse estudo é possível concluir que:

- O sexo feminino apresentou um leve predomínio de fissuras orofaciais quando comparado ao masculino;
- Os portadores, na sua maioria, encontravam-se na faixa etária menor de um ano e residiam na zona urbana;
- A renda familiar predominante foi menor que um salário mínimo;
- A maioria dos casos estudados residia em casa própria com infraestrutura básica (água encanada, rede de esgoto e luz elétrica);
- A fissura transforame incisivo foi mais frequente na amostra estudada;
- As mulheres foram mais acometidas pela fissura pós-forame incisivo e os homens pela fissura transforame;
- Na ocasião de cadastramento ao serviço de referência, a maioria dos indivíduos cadastrados não havia sido submetida a tratamento cirúrgico prévio;
- A maioria das mães apresentava entre 16 a 25 anos durante o período gestacional e faziam uso de medicação nessa fase;
- No momento de cadastramento ao serviço as mães encontravam-se, na sua maioria, no nível fundamental de ensino;
- História familiar de fissuras orofaciais e consanguinidade entre os pais foram encontrados em alguns dos casos estudados.

Referências

REFERÊNCIAS

ABBOTT, B. D.; BUCKALEW, A. R.; LEFFLER, K. E. Effects of epidermal growth factor (EGF), transforming growth factor-(TGF), and 2,3,7,8-tetrachlorodibenzo-p-dioxin on fusion of embryonic palates in serum-free organ culture using wild-type, EGF knockout, and TGF-knockout mouse strains. **Birth Defects Res A Clin Mol Teratol**, v. 73, n. 6, p. 447-54, 2005.

ACUNÃ-GONZÁLEZ, G. et al. Family history and socioeconomic risk factors for non-syndromic cleft lip and palate: A matched case-control study in a less developed country. **Biomédica**, v. 31, n. 3, p. 381-91, 2011.

AGBENORKU, P. et al. A study of cleft lip/palate in a community in the South East of Ghana. **Eur J Plast Surg**, v. 34, n. 4, p. 267-72, 2011.

ALAN DEVER, G. E. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: Livraria Pioneira e Editora; 1988.

ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 699 p., 2012.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**, ano 3, n. 6, 2011.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC**, nº 344, de 13 de dezembro de 2002.

ARTEAGA-VÁZQUEZ, J.; LUNA-MUÑOZ, L.; MUTCHINICK, O. M. Malformaciones congénitas en hijos de madres epilépticas con y sin tratamiento con anticonvulsivantes. **Salud Publica Mex**, v. 54, n. 6, p. 79-586, 2012.

AVERY, J. K.; CHIEGO JUNIOR, D. J. **Principios de Histología y Embriología Bucal con Orientación Clínica**. 3. Ed. Espanha: Mosby, 242 p., 2007.

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.**, Maringá, v. 27, n. 1, p. 31-5, 2005.

BILLE, C. et al. Parents age and the risk of oral clefts. **Epidemiology**, v. 16, n. 3, p. 311-6, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. **Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: Resultados Principais**. [Série C. Projetos, Programas e Relatórios], 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 302 p., 2010.

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**, v. 12, n. 4, p. 151-4, 2009.

BRITO, L. A. et al. Genetics and Management of the Patient with Orofacial Cleft. **Plast Surg Int**, v. 2012, 11 p., 2012.

BOBAK, M. Outdoor air pollution, low birth weight, and prematurity. **Environ Health Perspect**, v. 108, n. 2, p. 173-6, 2000.

BOEHRINGER, S. et al. Genetic determination of human facial morphology: links between cleft-lips and normal variation. **Eur J Med Genet**, v. 19, n. 11, p. 1192-7, 2011.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Determinantes sociais da saúde. **Cad Saude Publica**, v. 22, n.9, p. 1772-3, 2006.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 9, p. 2005-8, 2006.

CAMPOS, J. A. D. B.; LOFFREDO, L. C. M.; ALMEIDA, J. C. Razão de prevalências: alcoolismo nas diferentes regiões geográficas do Brasil segundo o sexo. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, v. 28, n. 3, p. 347-50, 2007.

CARINCI, F. et al. Human genetic factors in nonsyndromic cleft lip and palate: an update. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol**, v. 71, n. 10, p. 1509-19, 2007.

CASTILLA, E. E.; LOPEZ-CAMELO, J. S.; PAZ, J. E. **Atlas geográfico de las malformaciones congénitas en Sudamérica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 144 p., 1995.

CLARK, J. D. et al. Socioeconomic status and orofacial clefts in Scotland, 1989 to 1998. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 40, n. 5, p. 481-5, 2003.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 216 p, 2008. Disponível em: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>. Acesso em: 10/05/2013.

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Uso de dados de prontuários para fins de pesquisa**. Carta Circular nº 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS, 30 de setembro de 2011, Brasília. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/carta_circular/Uso_de_dados_de_prontuarios_para_fins_de_Pesquisa.pdf. Acesso em: 20/02/2014.

CORTE, L. M. D. et al. **Análise da concordância interobservadores em exames de papanicolau** (online), 2007. Disponível em: <http://www.newslab.com.br/newslab/pdf/artigos80/art03/art03.pdf>. Acesso em 30/03/2014.

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

DONKOR, P.; PLANGE-RHULE, G.; AMPONSAH, E. K. A prospective survey of patients with cleft lip and palate in Kumasi. **West Afr J Med**, v. 26, n 1, p. 14-6, 2007.

DRESSLER, W. W.; SANTOS, J. E. Social and cultural dimensions of hypertension in Brazil: a review. **Cad Saude Publica**, v. 16, n. 2, p. 305-18, 2000.

ESCOFFIÉ-RAMIREZ, M. et al. Asociación de labio y/o paladar hendido com variables de posición socioeconómica: un estudio de casos y controles. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v.10, n.3, p. 323-9, 2010.

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. 73-7, 2008.

FIGUEIREDO, M. C. et al. Pacientes com fissura labiopalatina – acompanhamento de casos clínicos. **ConScientiae Saúde**, v. 9, n. 2, p. 300-8, 2010.

FINNELL, R. H. et al. Gene-nutrient interactions: importance of folates and retinoids during early embryogenesis. **Toxicol Appl Pharmacol**, v. 198, n. 2, p. 75-85, 2004.

FISCHER, M. G. et al. Pregnancy and substance abuse. **Arch Womens Ment Health**, v. 2, p. 57-65, 1999.

FONSECA, L. S. **Determinação social da saúde bucal**. Uberaba, MG: 2012. Originalmente apresentada como trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

FRANÇA, C. M. C. **Incidência das fissuras lábio-palatinas de crianças nascidas na cidade de Joinville/SC no período de 1994 a 2000**. Florianópolis, 2002. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santana Catarina, 2002.

FRANCO, D.; FRANCO, T.; GONÇALVES, L. F. Perfil de tratamento de fissurados no Brasil. **Rev Soc Bras Cir Plast**, v. 15, n. 3, p. 21-32, 2000.

FREITAS, C. M.; PORTO, M. F. **Saúde, ambiente e sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 124 p., 2006.

FREITAS, J. A. et al. Current data on the characterization of oral clefts in Brazil. **Braz Oral Res**, v. 18, n. 2, p. 128-33, 2004.

FREITAS, J. A. S. et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC/USP) – Part 1: overall aspects. **J Appl Oral Sci**, v. 8, n. 1, p. 9-15, 2011.

GARDENAL, M. et al. Prevalência das fissuras orofaciais diagnosticadas em um serviço de referência em casos residentes no estado de Mato Grosso do Sul. **Arquivos Int Otorrinolaringol**, v. 15, n. 2, p. 133-41, 2011.

GONZÁLES-OSORIO, C. A. et al. Estudio ecológico en México (2003-2009) sobre labio y/o paladar hendido y factores sociodemográficos, socioeconómicos y de contaminación asociados. **An Pediatr (Barc)**, v. 74, n. 6, p. 377-87, 2011.

GORLIN, R.; COHEN, M.; HANNEKAM, R. **Syndromes of the head and neck**. 4th ed. New York: Oxford University Press, 1344 p., 2001.

GRINGAS, J. L. et al. Cocaine and development: mechanisms of fetal toxicity and neonatal consequences of prenatal cocaine exposure. **Early Human Development**, v. 31, n. 1, p. 1-24, 1992.

HANSEN, D. et al. Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow-up. **The Lancet**, London, v. 163, n. 8, p. 1051-7, 2001.

HERKRATH, A. P. C. Q. et al. Parental age as a risk factor for non-syndromic oral clefts: A meta-analysis. **Journal of dentistry**, v. 40, n. 1, p. 3-14, 2012.

HOCHMAN, B.; NAHAS, F. X.; OLIVEIRA FILHO, R. S.; FERREIRA, L. M. Desenhos de pesquisa. **Acta Cir. Bras. [online]**, 1 v.20, suppl.2, p. 2-9. 2005.

JIANYAN, L. et al. Analysis of interactions between genetic variants of BMP4 and environmental factors with nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate susceptibility. **Int J Oral Maxillofac Surg**, v. 39, n. 1, p. 50-6, 2010.

JUGESSUR, A.; FARLIE, P. G.; KILPATRICK, N. The genetics of isolated orofacial clefts: from genotypes to subphenotypes. **Oral Diseases**, v. 15, n. 7, p. 437-53, 2009.

KOHLI, S. S.; KOHLI, V. S. A comprehensive review of the genetic basis of cleft lip and palate. **J Oral Maxillofac Pathol**, v. 16, n. 1, p. 64-72, 2012.

KOUSKOURA, T. et al. The genetic basis of craniofacial and dental abnormalities. **Schweiz Monatsschr Zahnmed**, v. 121, n. 7-8, p. 636-46, 2011.

KOYA, P. K. M. et al. Effect of Low and Chronic Radiation Exposure: A Case-Control Study of Mental Retardation and Cleft Lip/Palate in the Monazite-Bearing Coastal Areas of Southern Kerala. **Radiation Research**, v. 177, n. 1, p. 109-16, 2012.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, n. 1, p. 159-74, 1977.

LOFFREDO, L. C. M.; FREITAS, J. A. S.; GRIGOLLI, A. A. G. Prevalência de fissuras orais de 1975 a 1994. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 571-5, 2001.

LORENZZONI, D.; CARCERERI, D. L.; LOCKS, A. The importance of multi-professional, interdisciplinary care in rehabilitation and health promotion directed at patients with cleft lip/palate. **Rev Odonto Ciênc**, v. 25, n. 2, p.198-203, 2010.

LUQUETTI, D. V.; KOIFMAN, R. J. Quality of reporting on birth defects in birth certificates: case study from a Brazilian reference hospital. **Cad Saude Publica**, v. 25, n. 8, p. 1772-31, 2009.

MAMMADOVA, A. et al. Effects of retinoic acid on proliferation and gene expression of cleft and non-cleft palatal keratinocytes. **Eur J Orthod**, v. 36, n. 2, p. 727-34, 2014.

MATERNA-KIRYLUK, A. et al Parental age as a risk factor for isolated congenital malformations in a Polish population. **Paediatr Perinat Epidemiol**, v. 23, n. 1, p. 29-40, 2009.

MARIE-JOSÉ, H. et al. The MSX1 allele 4 homozygous child exposed to smoking at periconception is most sensitive in developing nonsyndromic orofacial clefts. **Hum Genet**, v. 124, n. 5, p. 525-34, 2008.

MARTELLI, D. R. B. et al. Avaliação da idade materna, paterna, ordem de paridade e intervalo interpartal para fissura lábio-palatina. **Braz. J. Otorhinolaryngol**, v. 76, n. 1, p. 107-12, 2010.

MARTELLI, D. R. B. et al. Non sindromic cleft lip and palate: relationship between sex and clinical extension. **Braz J Otorhinolaryngol**, v. 78, n. 5, p. 116-20, 2012.

MENDES, L. G. A.; LOPES, V. L. G. S. Fenda de lábio e ou palato: recursos para alimentação antes da correção cirúrgica. **Rev Ciênc Méd**, Campinas, v. 15, n. 5, p. 437-48, 2006.

MENEZES, R. et al. Studies with WNT Genes and Nonsyndromic Cleft Lip and Palate. **Birth Defects Res A Clin Mol Teratol**, v. 88, n. 11, p. 995-1000, 2010.

MIMURA, J. et al. Loss of teratogenic response to 2, 3, 7, 8-tetrachlorodibenzo-p-dioxin (TCDD) in mice lacking the Ah (dioxin) receptor. **Genes Cells**, v. 2, n. 10, p. 645-54, 1997.

MODOLIN, M.; CERQUEIRA, E.M. Etiopatogenia. In: ALTMANN, E. B. C. **Fissuras labiopalatinas**. 3. ed., Carapicuíba: Pró-Fono Departamento Editorial, cap. 2, p. 25-30, 1994.

MOLGAARD-NIELSEN, D.; HVIID, A. Maternal use of antibiotics and the risk of orofacial clefts: a nationwide cohort study. **Pharmaco epidemiol Drug Saf.**, v. 21, n. 3, p. 246-53, 2012.

MONLLÉO, I. L. et al. Implementing the Brazilian Database on Orofacial Clefts. **Plast Surg Int**, v. 2013, 10 p., 2013.

MONLLEO, I. L.; GIL-DA-SILVA-LOPES, V. L. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. **Cad Saude Publica**, vol. 22, n.5, p. 913-22, 2006.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. **Embriologia Clínica. Defeitos Congênitos Humanos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N.; TORCHIA, M. G. **Embriologia Clínica**. 9ª edição, Elsevier, 560 p. 2013.

NAU, H.; HAUCK, R. S.; EHLERS, K. Valproic acid induced neural tube defects in mouse and human: aspects of chirality, alternative drug development, pharmacokinetics and possible mechanisms. **Pharmacol Toxicol**, v. 69, n. 5, p. 310-21, 1991.

NEVES, A. 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**, v.8, n. 2, p. 69-74, 2002.

NUNES, L. M. N.; PEREIRA, A. C.; QUELUZ, D. P. Fissuras orais e sua notificação no sistema de informação: análise da Declaração de Nascido Vivo (DNV) em

Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, 1999-2004. **Cien Saude Colet**, v. 15, n. 2, p. 345-52, 2010.

OMO-AGHOJA, V. W. et al. Antenatal determinants of oro-facial clefts in Southern Nigeria. **Afr Health Sci**, v. 10, n. 1, p. 31-9, 2010.

OMS – Organización Mundial de la Salud. **Ecosistemas y bienestar humano: síntesis sobre la salud**. Geneva, 80 p., 2005.

PAIM, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, R. B. **Condições de vida e situação em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 7-30, 1997.

PEGELOW, M. et al. Familial non-syndromic cleft lip and palate — analysis of the IRF6 gene and clinical phenotypes. **European Journal of Orthodontics**, v. 30, n. 2, p. 169-75, 2008.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSK, R. R. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes - coeficiente Kappa*. **Rev Esc Enferm USP**, v. 37, n. 1, p. 72-80, 2003.

POLETTA, F. A. et al. Regional analysis on the occurrence of oral clefts in South America. **Am J Med Genet A.**, v. 143, n. 24, p. 3216-27, 2007.

PUHÓ, E. H. et al. Drug treatment during pregnancy and isolated orofacial clefts in hungary. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 44, n. 2, p. 194-202, 2007.

RAJION, Z. A.; ALWI, Z. Genetics of cleft lip and palate: a review. Malaysian. **J Med Sci**, v. 14, n. 1, p. 4-9, 2007.

RIBEIRO, E. M.; MOREIRA, A. S. C. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. **RBPS**, v. 18, n. 1, p. 31-40, 2004.

RIBEIRO-RODA, S.; GIL-DA-SILVA-LOPES, V. L. Aspectos odontológicos das fendas labiopalatinas e orientações para cuidados básicos. **Rev Ciênc Méd Campinas**, v. 17, n. 2, p. 95-103, 2008.

RICE, D.; BARONE JÚNIOR, S. Critical periods of vulnerability for the developing nervous system: evidence from humans and animal models. **Environ Health Perspect**, v. 108, (suppl 3), p. 511-33, 2000.

RILEY, B. M.; MURRAY, J. C. Sequence Evaluation of FGF and FGFR Gene Conserved Non- Coding Elements in Non-Syndromic Cleft Lip and Palate Cases. **Am J Med Genet A.**, v. 143A, n. 24, p. 3228-34, 2007.

RITZ, B. et al. Ambient Air Pollution and Risk of Birth Defects in Southern California. **American Journal of Epidemiology**, v. 155, n. 1, p. 17-25, 2002.

RODRIGUES, K. et al. Prevalence of orofacial clefts and social factors in Brazil. **Braz Oral Res**, v. 2, n. 1, p. 38-42, 2009.

ROMITTI, P. A. et al. National Birth Defects Prevention Study. Maternal Periconceptional Alcohol Consumption and Risk of Orofacial Clefts. **Am J Epidemiol.**, v. 166, n. 7, p. 775-85, 2007.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994.

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**, v. 6, n. 2, p. 57-68, 2006.

SHAIKH, S. et al. Evidence for transforming growth factor- β 3 gene polymorphism in non-syndromic cleft lip and palate patients from indian sub-continent. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 17, n. 2, p. 197-200, 2012.

SHI, M.; WEHBY, G. L.; MURRAY, J. C. Review on Genetic Variants and Maternal Smoking in the Etiology of Oral Clefts and Other Birth Defects. **Birth Defects Res C Embryo Today**, v. 84, n. 1, p. 16-29, 2008.

SILVA, D. A. F. et al. Estudo descritivo de fissuras lábio-palatinas relacionadas a fatores individuais, sistêmicos e sociais. **RGO**, Porto Alegre, v. 56, n.4, p. 387-91, 2008.

SILVA FILHO, O.G. et al. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico,

considerações clínicas e sugestão de modificação. **Rev Bras Cir.** Rio de Janeiro, v.82, n.2, p.59-65, 1992.

SOBRAL, A.; FREITAS, C. M. Modelo de Organização de Indicadores para Operacionalização dos Determinantes Socioambientais da Saúde. **Saúde Soc**, v.19, n.1, p.35-47, 2010.

SOUZA-FREITAS, J. A. et al. Tendência familiar das fissuras lábio-palatais. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v. 9, n. 4, p. 74-8, 2004.

SOUZA, J. RASKIN, S. Clinical and epidemiological study of orofacial clefts. **J Pediatr (Rio J)**, v. 89, n. 2, p. 137-44, 2013.

SOZEN, M. A.; HECHT, J. T.; SPRITZ, R. A. Mutation and association analysis of the PVR and PVRL2 genes in patients with non-syndromic cleft lip and palate. **Genet Mol Biol**, v. 32, n. 3, p. 466-9, 2009.

SPINA, V. et al. Classificação das fissuras lábio-palatinas. **Rev Hosp Clin Fac Med**, v. 27, n. 2, p. 5-6, 1972.

STITELY, M. L. et al. Prevalence of drug use in pregnant West Virginia patients. **W V Med J**. v. 106, n. 4 Spec, p. 48-52, 2010.

SUPHAPEETIPORN, K. et al. TBX22 mutations are a frequent cause of nonsyndromic cleft palate in the Thai population. **Clin Genet**, v. 72, n. 5, p. 478-83, 2007.

TOLAROVA, M. M.; CERVENKA, J. Classification and birth prevalence of orofacial clefts. **Am J Med Genet.**, v. 75, n. 2, p. 126-37, 1998.

VADJA, F. J. E. et al. Associations between particular types of fetal malformation and antiepileptic drug exposure in utero. **Acta Neurol Scand**, Mar. 2013.

VARANDAS, E. T.; SILVA, E. C. Fissuras lábio-palatinas: análise epidemiológica no hospital universitário Lauro Wanderley. **Ciência, Cultura, Saúde**, v. 14, n. 4, p. 94-103, 1995.

VIEIRA, A. R. Unraveling human cleft lip and palate research. **J Dent Res.**, v. 87, n. 2, p.119-25, 2008.

- VILLAR, E. Los determinantes sociales de salud y la lucha por la equidad em salud: desafios para el Estado y la sociedad civil. **Saude Soc**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 7-13, 2007.
- WANG, W. et al. Risk factors for oral clefts: a population-based case-control study in Shenyang, China. **Paediatr Perinat Epidemiol**, v. 23, n. 4, p. 310-20, 2009.
- WILCOX, A. J. et al. Folic acid supplements and risk of facial clefts: National population based case-control study. **BMJ**, v. 334, p. 464-7, 2007.
- WOMERSLEY, J.; STONE, D. H. Epidemiology of facial clefts. **Arch Dis Child.**, v. 62, n. 7, p.717-20, 1987.
- ZAPATA, A. M. C. et al. A retrospective characterizationa study on patients with oral clefts in Medellín, Colombia, South America. **Rev Fac Odont Univ Ant.** v. 22, n. 1, p. 81-7, 2010.

APÊNDICE

Apêndice A – Ficha de coleta de dados

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
NÚCLEO DE CÂNCER ORAL
PROJETO DE PESQUISA: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE
FISSURAS OROFACIAIS EM RESIDENTES DO ESTADO DA BAHIA: UM ESTUDO DESCRITIVO**

FICHA DE COLETA DE DADOS

N° _____

DATA DA COLETA ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO

Nome do paciente: _____

N° do prontuário: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Sexo: 1. Masculino 2. Feminino

Cor da pele: 0. negra 1. parda 2. branca 3. amarela 4. não informado

Naturalidade: _____

Procedência: 1. urbana 2. rural 3. não informado

Endereço: _____

Data de entrada no hospital: ___/___/___

Escolaridade

1. Analfabeto
2. Nível fundamental
3. Nível médio
4. Nível superior
5. Não informado
6. Não se aplica

TIPO DE FISSURA (CLASSIFICAÇÃO DE SPINA):

TIPO DE FISSURA	EXTENSÃO DA FISSURA
1. <input type="checkbox"/> FISSURA PRÉ-FORAME INCISIVO 2. <input type="checkbox"/> FISSURA TRANSFORAME INCISIVO 3. <input type="checkbox"/> FISSURA PÓS-FORAME INCISIVO 4. <input type="checkbox"/> FISSURA RARA DA FACE	1. <input type="checkbox"/> Pré-forame incisivo unilateral incompleta 2. <input type="checkbox"/> Pré-forame incisivo unilateral completa 3. <input type="checkbox"/> Pré-forame incisivo bilateral completa 4. <input type="checkbox"/> Pré-forame incisivo bilateral incompleta 5. <input type="checkbox"/> Transforame incisivo unilateral 6. <input type="checkbox"/> Transforame incisivo bilateral 7. <input type="checkbox"/> Pós-forame incisivo incompleta 8. <input type="checkbox"/> Pós-forame incisivo completa

PRESENÇA DE MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS

1. Sim 2. Não 3. Não informado

Se SIM, qual? _____

HISTÓRICO FAMILIAR DE MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS

1. Sim 2. Não 3. Não informado

Se SIM, qual o grau de parentesco?

1. Pai
 2. Mãe
 3. Tios
 4. Primos
 5. Outros
 6. Não informado

CONSANGUINIDADE DOS PAIS

1. Sim 2. Não 3. Não informado

Se SIM, qual o parentesco?

1. Irmão
2. Tio
3. Primo
4. Sobrinho
5. Outro Qual: _____
6. Não informado

TRATAMENTO CIRÚRGICO

1. Sim
2. Não
3. Não informado

Se sim, qual o tipo de cirurgia? _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS À MÃE

1. Renda familiar

1. < 1 salário mínimo
2. 1 a 3 salários mínimos
3. > 3 salários mínimos
4. Não possui renda
5. Não informado

2. Condições de moradia

1. Própria
2. Financiada
3. Alugada
4. Cedida
5. Outras
6. Não informado

3. Infra-estrutura

3.1 Água encanada

1. Sim
2. Não

3.2 Poço artesiano

1. Sim
2. Não

3.3 Esgoto

1. Sim 2. Não

3.4 Fossa

1. Sim 2. Não

3.5 Luz elétrica

1. Sim 2. Não

3.6 Lamparina

1. Sim 2. Não

4. Idade: _____

5. Nível de escolaridade

1. Analfabeta
 2. Nível fundamental
 3. Nível médio
 4. Nível superior
 5. Não informado

USO DE MEDICAÇÃO DURANTE A GRAVIDEZ:

1. Sim 2. Não 3. Não informado

Se SIM, qual? _____

PREENCHIDO POR _____

ANEXO

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO/
OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE FISSURAS OROFACIAIS EM RESIDENTES DO ESTADO DA BAHIA, NO PERÍODO DE 2002 A 2012

Pesquisador: Jamille Rios Moura

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 23276113.9.0000.0047

Instituição Proponente: Hospital Santo Antônio/ Obras Sociais Irmã Dulce

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 565.567

Data da Relatoria: 12/03/2014

Apresentação do Projeto:

As fissuras labiopalatais são um dos defeitos congênitos mais comuns em humanos. Dentro do grupo das anomalias craniofaciais ocupam lugar de destaque, pois representam uma das deformidades craniofaciais de maior prevalência. Sua etiologia é complexa e multifatorial, envolvendo fatores genéticos e ambientais que podem atuar isolados ou em associação. As fissuras orofaciais ocasionam sequelas físicas e psicológicas que podem acompanhar o indivíduo por toda a vida, envolvendo especialmente problemas psicológicos, de audição, fonação e dificuldade na alimentação.

OBJETIVO: Descrever o perfil epidemiológico das mães e dos portadores de fissuras orofaciais atendidos no Centro de Reabilitação de Anomalias

Craniofaciais do Hospital Santo Antônio, residentes do estado da Bahia, no período de 2002 a 2012.

METODOLOGIA: Será realizado um estudo

descritivo e retrospectivo. A população a ser avaliada será constituída de todos os casos de fissuras labiais, palatais ou labiopalatais atendidos no

referido centro, no período 2002 a 2012. Para a coleta de dados serão observados os registros dos prontuários médicos utilizando uma ficha de

Endereço: Av. Bomfim 161

Bairro: Largo da Roma

CEP: 40.400-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3310-1335

Fax: (71)3310-1335

E-mail: cep@imedulce.org.br

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO/
OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE



Continuação do Parecer: 568.667

coleta contendo informações sociodemográficas do portador e da mãe, relacionadas ao estilo de vida materno e histórico de exposição a contaminantes ambientais e à radiação durante a gravidez. Para a elaboração do banco, tabulação dos dados e a análise descritiva será utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0. RESULTADOS: Ao final do estudo, espera-se que os resultados obtidos possam contribuir para estimular a produção e o planejamento de ações voltadas para o controle e a prevenção das fissuras labiais, palatais ou labiopalatais.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever o perfil epidemiológico das mães e portadores de fissuras orofaciais congênitas, atendidos no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio (Salvador, BA), residentes do estado da Bahia, no período de 2002 a 2012.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Evidenciados em resposta anexa à plataforma conforme solicitados no item de recomendações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Já emitidos em pareceres anteriores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atende as exigências éticas para pesquisa. Entretanto verificar que não há necessidade de fazer referência aos mais variados dispositivos enunciados como: códigos, medidas, normas e pareceres, vez que um dispositivo de Lei como a Constituição, por exemplo, valida todos os demais. Desse modo, o texto que justifica os riscos na questão 2, atende a contento as recomendações solicitadas.

Recomendações:

Todas as recomendações foram respondidas de modo correspondente à cada item solicitado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem recomendações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Bomfim 161
Bairro: Largo de Roma CEP: 40.420-000
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3310-1335 Fax: (71)3310-1335 E-mail: cep@meduloc.org.br

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO/
OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE



Continuação do Parecer: 566.667

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião ocorrida no dia 12 de março de 2014, o colegiado definiu que a pesquisadora recorreu às solicitações recomendadas no parecer anterior, buscando conformá-las ao projeto e foram atendidas.

SALVADOR, 24 de Março de 2014

Assinado por:
Lella Santos de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Bomfim 161
Bairro: Largo de Roma CEP: 40.420-000
UF: BA Município: SALVADOR
Telefones: (71)3310-1335 Fax: (71)3310-1335 E-mail: cep@irmadulce.org.br