



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



### CONCORDÂNCIA DO ORIENTADOR

Declaro que a aluna **Renata Bertato RA:106925** esteve sob minha orientação para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: *Prevalência de malformações registradas na declaração de nascidos vivos com ênfase nas fissuras labiopalatais, nos municípios da região de Piracicaba, no período de 1998 a 2011, no ano de 2013.*

Concordo com a submissão do trabalho apresentado à Comissão de Graduação pelo aluno, como requisito para aprovação na disciplina DS833 – Trabalho de Conclusão de Curso.

Piracicaba, 16 de ~~setembro~~ de 2013.

(nome e assinatura do orientador)

**Profa. Dra. Dagmar de Paula Gueluz**  
Departamento de Odontologia Social  
Matr. 25.254-5  
FOF/UNICAMP



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

Prevalência de malformações registradas na declaração  
de nascidos vivos com ênfase nas fissuras labiopalatais,  
nos municípios da região de Piracicaba, no período de  
1998 a 2011

Renata Bertato

Piracicaba – 2013



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



Renata Bertato

Prevalência de malformações registradas na declaração  
de nascidos vivos com ênfase nas fissuras labiopalatais,  
nos municípios da região de Piracicaba, no período de  
1998 a 2011

**Orientadora:** Profa Dra Dagmar de Paula Queluz

Piracicaba – 2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR  
MARILENE GIRELLO – CRB8/6159 - BIBLIOTECA DA  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

B461p Bertato, Renata, 1991-  
Prevalência de malformações registradas na  
declaração de nascidos vivos com ênfase nas fissuras  
labiopalatais, nos municípios da região de Piracicaba,  
no período de 1998 a 2011 / Renata Bertato. --  
Piracicaba, SP: [s.n.], 2013.

Orientador: Dagmar de Paula Queluz.  
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) –  
Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de  
Odontologia de Piracicaba.

1. Anormalidades congênitas. 2. Fenda labial. 3.  
Vigilância epidemiológica. I. Queluz, Dagmar de Paula,  
1961- II. Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

## **Dedicatória**

Dedico esse trabalho aos meus pais Paulo e Cássia que sempre foram meus exemplos. Que são os responsáveis por quem eu sou hoje. Sem o apoio, o carinho e a dedicação de vocês eu não teria chegado onde cheguei nem conquistado o que conquistei. Essa vitória é mais de vocês do que minha. A vocês, a minha eterna gratidão.

## **Agradecimentos**

A Deus, por ter me guiado, me abençoando e iluminando todos os dias dessa minha trajetória.

Aos meus pais Paulo e Cássia, por toda confiança em mim depositada e que com todo amor e carinho não mediram esforços para que eu chegasse até aqui e vencesse mais essa etapa.

Ao meu irmão Fábio, por todo carinho, apoio e dedicação ao longo desses anos, fazendo tudo que esteve ao seu alcance para me ver feliz e realizada.

Ao meu namorado Carlos, pelo companheirismo, amor, incentivo e compreensão durante esse último ano.

A toda a minha família, avós, tios, primos e a minha cunhada Mariana, por sempre acreditarem em mim, torcendo e comemorando cada ciclo vencido.

A minha orientadora Profa Dra Dagmar de Paula Queluz, pela paciência e dedicação para a realização desse trabalho.

A todos os professores da FOP, por todo conhecimento transmitido e pela excelente formação de novos profissionais.

Aos funcionários, que sempre estiveram dispostos a ajudar e tornar nosso dia-a-dia mais fácil.

As minhas amigas, Kamila, Jade, Raquel, Mariana, Veridiana, às quais eu levarei pra toda a vida e que fizeram toda a diferença ao longo desses quatro anos, que foram os melhores da minha vida. E que apesar dos desentendimentos e dos maus momentos, fizeram cada momento de alegria valer a pena.

A minha amiga Mariane, que me acompanhou desde quando começamos a faculdade e que esteve ao meu lado ao longo dessa jornada me dando apoio e estando do meu lado em todos os momentos, fossem eles bons ou ruins. Uma amizade que eu levarei sempre comigo, uma irmã que Deus me presenteou e que fez com esses quatro anos se tornassem muito mais fáceis.

Ao PIBIC - CNPq, pela oportunidade de desenvolver essa pesquisa, apoiando financeiramente, visando desenvolvimento educacional dos alunos de graduação.

E por fim ao meu irmão Rodrigo, meu anjo, que foi a luz que iluminou todo esse meu caminho e que de onde quer que esteja tenho certeza que torceu, vibrou e comemorou junto comigo cada momento de felicidade e de conquista.

## **Resumo**

O objetivo deste estudo é caracterizar a prevalência de malformações registradas na declaração de nascidos vivos com ênfase nas fissuras labiopalatais, nos municípios da região de Piracicaba, no período de 1998 a 2011. O estudo foi realizado através da coleta de dados do banco de dados do Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) XX Piracicaba, através das fichas de Declaração de Nascido Vivo. Os resultados de 1998-2011 apresentaram um total de nascidos vivos de 268.429, sendo que desses, 176 apresentaram fissuras labiopalatais (0,0655%). Enfocando os portadores de fissuras labiopalatais, a maioria dos nascidos vivos é: do sexo masculino (58,5%, n=103), com peso ao nascer entre 3000-3999g (51,7%, n=91), apresentaram uma maior prevalência de fenda labial unilateral (30,7%, n=54), fenda do palato c/ fenda labial unilateral NE (27,8%, n=49) e fenda palatina NE (26,7%, n=47). A maioria das mães apresenta: entre 20-34 anos (71,6%, n=126), de raça branca (86,4%, n=152), duração de semanas de gestação de 37-41 semanas (83%, n=146), tipo de gravidez do tipo única (98,9%, n=174), tipo de parto de cesáreo (56,8%, n=100). Em relação ao número de consultas de pré-natal, a grande maioria realizou 7 ou mais vezes (69,3%, n=122). O número de consultas de pré-natal é uma maneira de diagnosticar a presença de fendas precocemente, influenciando assim, um tratamento adequado e possivelmente de ser planejado para o futuro da criança. Os resultados obtidos com o presente trabalho permitiram concluir que a prevalência de malformações de fissuras labiopalatais registradas é de 0,65/1000 nascidos vivos no período de 1998-2011.

## **Palavras-chave**

Anormalidades congênitas, fenda labial, vigilância epidemiológica.

## Abstract

The aim of this study was to characterize the prevalence of malformations recorded on the birth certificate with emphasis on oral clefts in the municipalities of Piracicaba, in the period 1998-2011. The study was conducted by collecting data from the database of the Epidemiological Surveillance (GVE) XX Piracicaba, through tokens on Birth Certificates. The results for 1998-2011 showed a total of 268 429 live births, and of these, 176 had cleft lip and palate (0.0655%). Focusing on patients with cleft lip and palate, most births are: male (58.5%, n = 103), with a birth weight of 3000-3999g (51.7%, n = 91) had a higher prevalence of unilateral cleft lip (30.7%, n = 54), cleft palate c / NE unilateral cleft lip (27.8%, n = 49) and cleft palate NE (26.7%, n = 47). Most moms presents: between 20-34 years (71.6%, n = 126), White (86.4%, n = 152) from weeks 37-41 weeks of gestation (83%, n = 146), type of pregnancy type single (98.9%, n = 174), type of cesarean delivery (56.8%, n = 100). Regarding the number of prenatal consultations, the majority held 7 or more times (69.3%, n = 122). The number of prenatal consultations is a way to diagnose the presence of cracks early, thus influencing appropriate treatment and possibly be planned for the future of the child .The results obtained from this study showed that the prevalence of malformations of oral cleft recorded is 0.65 / 1000 live births in the period 1998-2011.

## Keywords

Congenital abnormalities, cleft lip, epidemiological surveillance.

## Sumário

INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA .....	1
PROPOSIÇÃO .....	3
MATERIAL E MÉTODOS.....	3
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	5
CONCLUSÃO .....	12
REFERÊNCIAS.....	13
ANEXO 1. ....	17
ANEXO 2. ....	18

## INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

A interação do homem com o meio em que vive é complexa e dinâmica, envolvendo fatores conhecidos ou não, que podem sofrer alterações ao longo do tempo ou em um período determinado e, ainda se modificarem quando uma ação é desencadeada, nascimento e óbito fazem parte desses acontecimentos (Scliar, 2003).

As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas que ocorrem entre a 4ª e 9ª semana do período embrionário, devido à falta de fusão dos processos maxilar e médio-nasal (Moore, 1995; WHO, 2002; March of Dimes Birth Defects Foundation, 2006), cuja manifestação clínica se expressa pela ruptura do lábio e/ou palato e situam-se entre os defeitos mais triviais que hostilizam o ser humano e representam as mais comuns das malformações congênitas que envolvem a face e a cavidade bucal, acometendo cerca de um em cada 650 a mil recém-nascidos no mundo (Roda *et al*, 2008).

No Brasil, de acordo com o Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio-Palatal, apesar de não se ter muito investimento em pesquisas para atualização dos dados, pode-se afirmar que, para cada 1.000 nascimentos, duas crianças apresentam fissura labiopalatina, sendo a mortalidade, no primeiro ano de vida, em torno de 30% (Campillay *et al*, 2009).

Os primeiros relatos de casos de fissura labial remontam ao século I da Era Cristã. Ao longo dos tempos, houve várias tentativas de descrever a etiologia desse tipo de malformação, embora o real progresso do conhecimento das lesões, dos distúrbios e dos procedimentos terapêuticos somente tenha acontecido nos últimos 50 anos (Freitas e Silva *et al*, 2008).

Sua etiologia constitui um tópico literário de muita controvérsia, sem nenhuma conclusão concreta. De fato, não se conseguiu isolar um fator causal específico, mas sim enumerar alguns possíveis agentes agrupados em duas grandes categorias: fatores genéticos e fatores ambientais.

Tais fissuras acometem todos os grupos raciais e étnicos independente de sexo e classe econômica, embora fatores como tipo de fissura, raça, sexo e áreas geográficas interfiram nas estatísticas (Shapira *et al*, 1999; Fernandes, 2000; Nunes

et al., 2007; Nunes et al., 2010; Figueiredo et al, 2011; Rozendaal et al., 2012 Singh et al., 2012; Ooki, 2013; Bell et al., 2013).

Muito embora as fissuras labiopalatinas não possam ser prevenidas, suas inerências podem ser minoradas, senão evitadas, por meio de uma equipe interdisciplinar especializada que vise um tratamento na reabilitação morfológica, funcional e psicossocial destes pacientes sendo esse tratamento instituído logo após o nascimento (McDonald & Avery, 2001; Wysznski, 2002; Nunes et al., 2007).

Esta malformação origina alterações dentárias, como erupção ectópica, ausência de dentes ou a presença de supranumerários na região da fissura, levando a um relacionamento maxilomandibular desfavorável, causando diversas más oclusões. Sendo assim, a presença de uma equipe odontológica, em especial do ortodontista, no tratamento dos pacientes fissurados é de suma importância para o controle e tratamento durante crescimento da face e dos arcos dentários (Lofiego, 1992; Capelloza Filho & Silva Filho, 1992; Nunes et al., 2007; Figueiredo *et al*, 2008; Nunes et al., 2010; Figueiredo et al, 2011).

Segundo preconiza a Lei Orgânica da Saúde de 1990 (Nº. 8.080), entende-se por Vigilância Epidemiológica (V.E.) “*um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos*” (Centro Nacional de Epidemiologia, 1998). Essa definição amplia o conceito de Vigilância Epidemiológica que foi inicialmente instituído, ao colocar em relevo a importância dos condicionantes e dos determinantes.

Com a reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de 1985-86, a coordenação do Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE), em nível estadual, passou a ser realizada pelo Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), que assumiu as antigas atividades do Centro de Informações em Saúde (CIS) e do nível central da Coordenadoria de Saúde da Comunidade. O CVE está organizado estruturalmente por uma diretoria técnica, apoiada por uma equipe de assistentes e dez divisões. Outros órgãos e instituições da SES trabalham articulados com o CVE, como a Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN), o Instituto Adolpho Lutz, o Instituto Pasteur e o Centro de Vigilância Sanitária (CVS) (Secretaria de Estado da Saúde, 1994).

Atualmente o Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) XX Piracicaba está subordinado administrativamente à Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) e tecnicamente ao CVE. Está composto por 26 municípios (população de aproximadamente 1.620.000 habitantes – IBGE, 2012), dos quais 12 possuem hospital ou maternidade e concentram os nascimentos da região.

Diante da inexistência de estudos epidemiológicos para definir a prevalência de malformações mais especificamente as fissuras labiopalatais na região de Piracicaba e considerando o SINASC (Brasil, 2010) constitui-se num instrumento valioso para análise da situação do nascimento e parto, bem como das características das mães e dos bebês, ao nascimento, propõe-se o desenvolvimento deste estudo.

## **PROPOSIÇÃO**

O objetivo deste estudo é identificar a magnitude das malformações registradas nas declarações de nascidos vivos de residentes na região de saúde de Piracicaba, no período de 1998 a 2011.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de caráter epidemiológico, com base em arquivos. A amostra selecionada é do Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) XX Piracicaba, composto por 26 municípios, com população de aproximadamente 1.620.000 habitantes – IBGE, 2012.

O estudo foi realizado através da coleta de dados dos cadastros de fichas de declaração de nascidos vivos no período de 1998 a 2011.

O presente estudo teve seu início após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP. Foram coletados os dados da ficha 1 - Declaração de Nascido Vivo. Itens: 3, 6, 19, 22, 29, 30, 33, 34, 35 e 41.

# Ficha 1. Declaração de Nascido Vivo.



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde  
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

## Declaração de Nascido Vivo

---

**I Identificação do Recém-nascido**

1 Nome do Recém-nascido

2 Data e hora do nascimento

2 Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

3 Sexo:  M - Masculino  F - Feminino  I - Ignorado

4 Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ em gramas

5 Índice de Apgar: \_\_\_\_\_ 1º minuto \_\_\_\_\_ 5º minuto

6 Detectada alguma anomalia ou defeito congênito? Caso afirmativo, usar o bloco anamnéstico congênito para descrevê-las.

1  Sim 2  Não 3  Ignorado

**II Local da ocorrência**

7 Local da ocorrência:  Hospital  Outros estab. saúde  Domicílio  Outros

8 Estabelecimento: \_\_\_\_\_ Código CNES: \_\_\_\_\_

9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc): \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

11 Bairro/Distrito: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ 13 Município de ocorrência: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ 15 UF: \_\_\_\_\_

**III Mãe**

14 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ 16 Cartão SUS: \_\_\_\_\_

16 Escolaridade (última série concluída):

Nível:  Sem escolaridade  Fundamental I (1ª a 4ª série)  Fundamental II (5ª a 8ª série)  Médio (antigo 2º grau)  Superior incompleto  Superior completo  Ignorado

Série: \_\_\_\_\_

17 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada/desempregada): \_\_\_\_\_ Código CBO 2002: \_\_\_\_\_

18 Data nascimento da Mãe: \_\_\_\_\_ 19 Idade (anos): \_\_\_\_\_ 20 Naturalidade da Mãe: \_\_\_\_\_ Município / UF (se estrangeiro informar País): \_\_\_\_\_

21 Situação conjugal:  Solteira  Casada  Viúva  Separada judicialmente/divorciada  União estável  Ignorada

22 Raça / Cor da Mãe:  Branca  Preta  Amarela  Parda  Indígena

Residência da Mãe: \_\_\_\_\_ 23 Logradouro: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

24 Bairro/Distrito: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ 26 Município: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ 27 UF: \_\_\_\_\_

**IV Pai**

28 Nome do Pai: \_\_\_\_\_ 29 Idade do Pai: \_\_\_\_\_

**V Gestação e parto**

30 Histórico gestacional:

• Nº gestações anteriores: \_\_\_\_\_ • Nº de partos vaginais: \_\_\_\_\_ • Nº de cesáreas: \_\_\_\_\_ • Nº de nascidos vivos: \_\_\_\_\_ • Nº de perdas fetais / abortos: \_\_\_\_\_

Gestação atual: Idade Gestacional: \_\_\_\_\_

31 Data da Última Menstruação (DUM): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

32 Nº de semanas de gestação, se DUM ignorada: \_\_\_\_\_

Método utilizado para estimar:  Exame Físico  Outro método  Ignorado

33 Número de consultas de pré-natal: \_\_\_\_\_ 34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal: \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ 35 Tipo de gravidez:  Única  Dupla  Tripla ou mais  Ignorado

36 Apresentação:  Cefálica  Pélvica ou Podálica  Transversal  Ignorado

37 O trabalho de parto foi induzido?:  Sim  Não  Ignorado

38 Tipo de parto:  Vaginal  Cesáreo  Ignorado

39 Cesáreo ocorreu antes do trabalho de parto iniciar?:  Sim  Não  Não se aplica  Ignorado

40 Nascimento assistido por:  Médico  Sistema Quilésiz  Parteira  Outros  Ignorado

**VI Anamnéstico congênito**

41 Descrever todas as anomalias ou defeitos congênitos observados:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VII Preenchimento**

42 Data do preenchimento: \_\_\_\_\_ 43 Nome do responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_

44 Função:  Médico  Enfermeiro  Parteira  Func. Cartório  Outros (descrever): \_\_\_\_\_

45 Tipo documento:  CNES  CRM  COREN  RG  CPF

46 Nº do documento: \_\_\_\_\_ 47 Órgão emissor: \_\_\_\_\_

**VIII Cartório**

48 Cartório: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ 49 Registro: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

50 Município: \_\_\_\_\_ 51 UF: \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.

Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

Versão 01/10 - 1ª Impressão 01/2010

Através da análise do banco de dados do SINASC, utilizando a ferramenta TABWIN, foi verificado o número de crianças nascidas na região de Piracicaba com malformações declaradas na DNV e em particular as que apresentaram fissuras labiopalatais além de recorrer às referências especializadas que confirmem ou descartem as informações levantadas no banco de dados, atestando a qualidade das informações prestadas nas Declarações de Nascidos Vivos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram levantados os dados de arquivo dos anos 1998-2011, apresentando um total de nascidos vivos de 268.429 , sendo que desses, 176 apresentaram fissuras labiopalatais, o que corresponde a 0,65:1000 nascidos vivos. O estudo de base populacional indica que a ocorrência de fissura labiopalatal no Brasil é de 1: 673 nascimentos de acordo com D'agostinho et al (1997). Segundo Roda *et al* , (2008), atinge cerca de 1 em cada 650 a mil recém nascidos no mundo e Campillay *et al* (2009) afirma que para cada 1.000 nascimentos, duas crianças apresentam fissura labiopalatal. Assim sendo, a prevalência encontrada no presente estudo se encontra abaixo do esperado, tanto no Brasil quanto no mundo. As características, tanto das crianças quanto das mães, encontradas nos 176 nascidos vivos que apresentaram fissuras labiopalatais estão descritas na tabela e nos gráficos a seguir:

Tabela 1. Frequência absoluta (n) e frequência percentual (%) das variáveis de crianças nascidas na região de Piracicaba com malformações declaradas na DNV e em particular as que apresentam fissuras labiopalatais no período de 1998-2011.

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência absoluta (n)</b>	<b>Frequência percentual (%)</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	103	58,5%
Feminino	60	34,1%
Ignorados	4	2,3%
Não classificados	9	5,1%
<b>Peso ao nascer</b>		
500-999g	2	1,1%
1000-1499g	5	2,8%
1500-2499g	18	10,2%
2500-2999g	54	30,7%
3000-3999g	91	51,7%
4000-4999g	4	2,3%
ignorado	2	1,1%
<b>Idade da mãe</b>		
<15 anos	1	0,6%
15-19 anos	35	19,9%
20-34 anos	126	71,6%
35-39 anos	13	7,4%
40-44 anos	1	0,6%

---

**Raça/Cor da mãe**

Branca	152	86,4%
Preta	3	1,7%
Amarela	0	0%
Parda	18	10,2%
Indígena	0	0%
Não informada	3	1,7%

**Nº de semanas de gestação**

22-27	1	0,6%
28-31	3	1,7%
32-36	19	10,8%
37-41	146	83%
42 e +	6	3,4%
Ignorado	1	0,6%

**Nº de consultas de pré-natal**

1-3 vezes	4	2,3%
4-6 vezes	43	24,4%
7 e + vezes	122	69,3%
Ignorado	7	4%

**Tipo de gravidez**

Única	174	98,9%
Dupla	2	1,1%
Tripla ou +	0	0%
Ignorado	0	0%

**Tipo de parto**

Vaginal	76	43,2%
Cesáreo	100	56,8%
Ignorado	0	0%

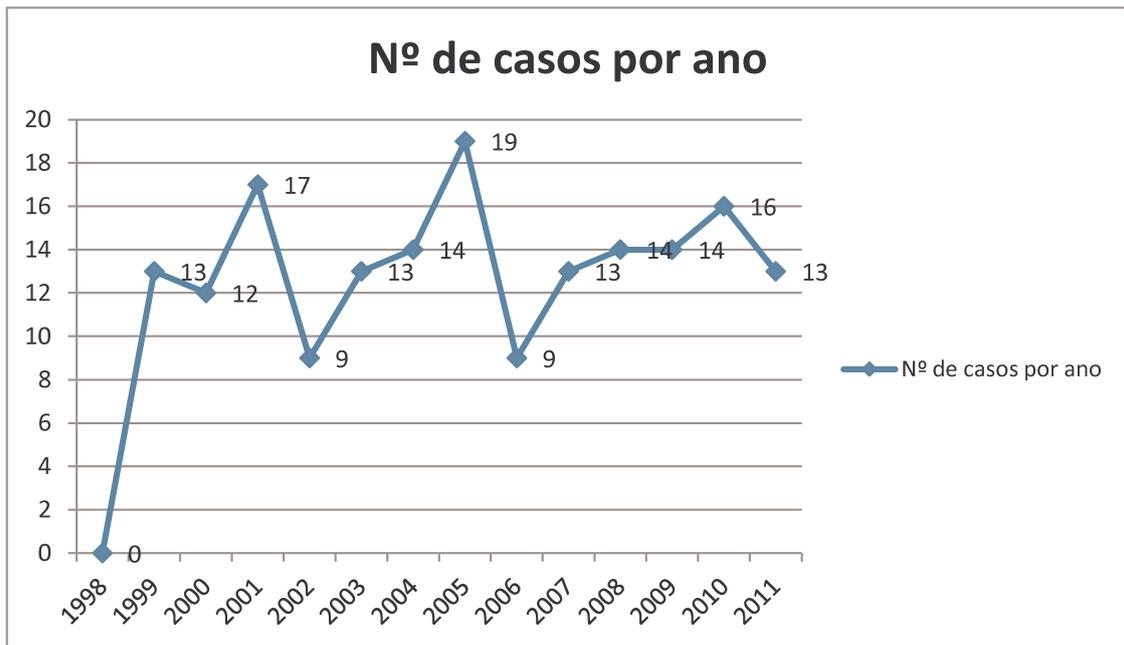
---

---

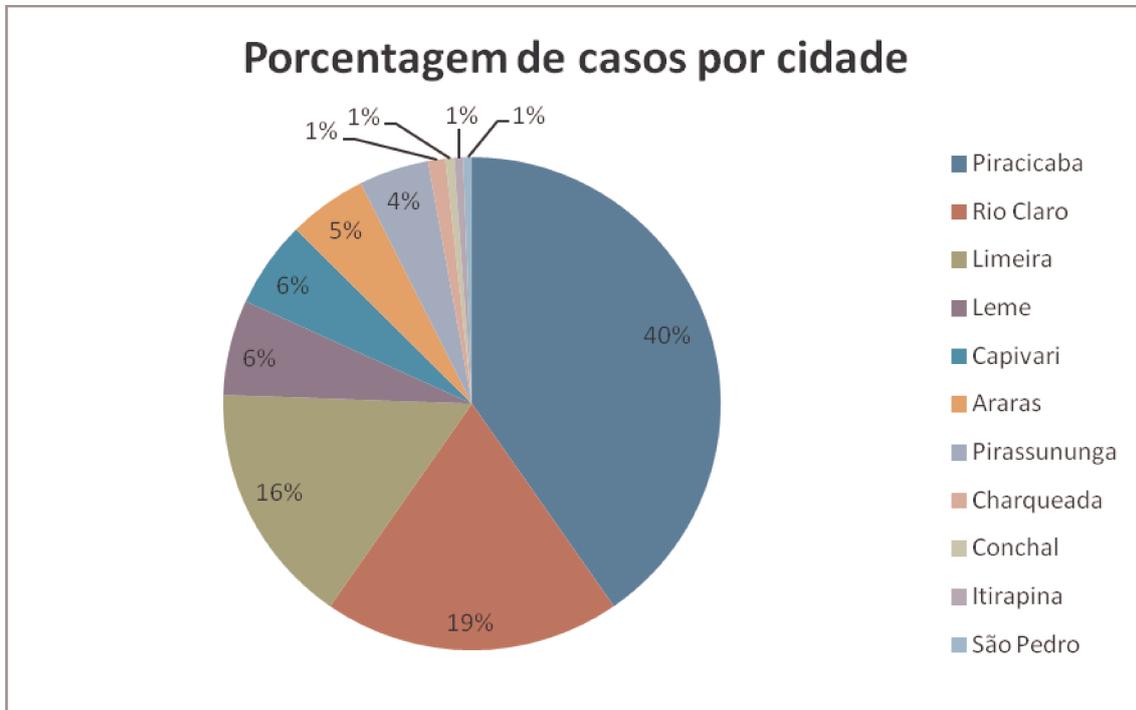
**Anomalia**

Fenda do palato duro	0	0%
Fenda do palato mole	3	1,7%
Fenda do palato duro c/ fenda do palato mole	1	0,6%
Fenda da úvula	0	0%
Fenda palatina NE	47	26,7%
Fenda labial bilateral	3	1,7%
Fenda labial mediana	2	1,1%
Fenda labial unilateral	54	30,7%
Fenda palato duro c/ fenda labial bilateral	1	0,6%
Fenda palato duro c/ fenda labial unilateral	1	0,6%
Fenda palato mole c/ fenda labial bilateral	0	0%
Fenda palato mole c/ fenda labial unilateral	0	0%
Fenda palatos duro mole c/ fenda labial bilateral	3	1,7%
Fenda palato duro mole c/ fenda labial unilateral	6	3,4%
Fenda do palato c/ fenda labial bilateral NE	4	2,3%
Fenda do palato c/ fenda labial unilateral NE	49	27,8%
Malformações congênitas dos lábios NCOP	2	1,1%

---



**Gráfico 1.** Casos de crianças nascidas na região de Piracicaba com malformações declaradas na DNV e em particular as que apresentam fissuras labiopalatais no período de 1998-2011 segundo o ano.



**Gráfico 2.** Porcentagem de casos de crianças nascidas na região de Piracicaba com malformações declaradas na DNV e em particular as que apresentam fissuras labiopalatais no período de 1998-2011 segundo a cidade.

**Tabela 2.** Frequência absoluta(n) das mães de nascidos na região de Piracicaba com malformações declaradas na DNV e em particular as que apresentam fissuras labiopalatais no período de 1998-2011 segundo raça/cor e idade.

<i>Raça/Cor da mãe</i>	<i>Idade da mãe</i>				
	<15 anos	15-19 anos	20-34 anos	35-39 anos	40-44 anos
Branca	1	30	108	11	1
Preta	0	5	9	0	0
Parda	0	0	7	0	0
Não informada	0	0	4	0	0

Analisando-se a variável **sexo** desses nascidos vivos, a maioria deles é do sexo masculino (58,5%, n=103), como também visto por Freitas e Silva et al (2008), que encontrou uma prevalência de 61%, por Cymrot et al (2010), que encontrou 53% e também por Martelli Júnior et al (2006) que encontrou 60%, resultado estes que diferem dos encontrados por Cerqueira et al (2005), no qual não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois sexos. Em relação ao **peso da criança ao nascer**, a maior prevalência foi entre 3000 e 3999 g (51,7%, n=91), porém em estudo realizado por Cunha et al (2004) não foi encontrada correlação entre peso dos neonatos e fendas faciais.

Em relação a **idade da mãe**, a maioria delas se encontra na faixa etária entre 20-34 anos (71,6%, n=126), resultado também comprovado por Freitas e Silva et al (2008) que apresentou 71% com idade entre 20 e 34 anos sendo a idade média de 25 anos e que difere em parte do encontrado no estudo realizado por Baroneza et al (2005) que mostrou 41% das mães com idade entre 17 e 24 anos. Na visão de Cunha et al (2004) a variável “idade materna” não foi considerada como fator de risco para a ocorrência de fissura labial e/ou palatal.

Ao analisar a **raça/cor**, foi encontrada uma maior prevalência na raça branca (86,4%, n=152), constatado também por Freitas e Silva et al (2008), que mostraram que os leucodermas foram predominantes (92%) e também por Martelli Júnior et al

(2006) que entre os 22 indivíduos da sua pesquisa, 19 eram leucodermas. Já Cunha et al (2004) afirma que não foram observadas diferenças significativas em relação a etnia dos antepassados entre casos e controles.

Analisando a variável **número de semanas de gestação** esta durou na maioria dos casos de 37-41 semanas (83%, n=146), o tipo de gravidez prevaleceu a tipo única (98,9%, n=174) e a maior prevalência de **tipo de parto** foi cesáreo (56,8%, n=100).

Em relação ao número **de consultas de pré-natal**, a grande maioria realizou 7 ou mais vezes (69,3%, n=122). De acordo com Vaccari-Mazzetti et al (2009), o diagnóstico pré-natal de fissura lábiopalatina pode influir no futuro do feto, de maneira favorável ou não. A informação quanto à extensão do defeito e a ausência de anomalias deve ser realizada para que se possa traçar uma estratégia de orientação e aconselhamento aos pais baseado na experiência de programas de tratamento e sua equipe multidisciplinar.

Entre as **anomalias** registradas, três delas foram as de maiores prevalências, sendo elas a fenda labial unilateral (30,7%, n=54), fenda do palato c/ fenda labial unilateral NE (27,8%, n=49) e fenda palatina NE (26,7%, n=47). Em concordância com este estudo, se encontra os resultados obtidos por Martelli Júnior et al (2006) que dentre as 22 fissuras, 10 foram fissuras labiais, 8 fissuras labiopalatais e 4 fissuras palatais. No estudo realizado por Cymrot et al (2010) comprova também uma maior prevalência em fissuras unilaterais, encontradas em 67,1% dos casos.

Em relação as **idades** que foram analisadas, Piracicaba apresenta o maior número de casos (40%, n=71) se comparada as demais cidades da região.

Analisando-se o **número de casos por ano**, o ano de 2005 apresentou o maior número de casos registrados durante o período de 1998 a 2011 e no ano de 1998 não houve registro de nenhuma ocorrência nessa região.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados obtidos com o presente trabalho permitiram concluir que a prevalência de malformações de fissuras labiopalatais registradas nas declarações de nascidos vivos de residentes na região de saúde de Piracicaba é de 0,65/1000 nascidos vivos no período de 1998-2011.

## REFERÊNCIAS

Alonso N, Tanikawa DYS, Lima Junior JE, Rocha DL, Sterman S, Ferreira MC. Fissuras labiopalatinas: protocolo de atendimento multidisciplinar e seguimento longitudinal em 91 pacientes consecutivos. Rev. Bras. Cir. Plást. 176 2009; 24(2): 176-81.

Baroneza JE, Faria MJSS, Kuasne H, Carneiro JLV, Oliveira JC. 16. Dados epidemiológicos de portadores de fissuras labiopalatinas de uma instituição especializada de Londrina, Estado do Paraná. Acta Sci Health Sci. 2005; 27(1): 31-5.

Bell JC, Raynes-Greenow C, Bower C, Turner RM, Roberts CL, Nassar N. Descriptive epidemiology of cleft lip and cleft palate in Western Australia. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol; 2013; 97(2):101-108.

Brasil, Ministério da Saúde – Sistemas de Informação em Saúde e a Vigilância Epidemiológica. In: Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília: FUNASA, 2010.

Campillay PL, Delgado SE, Brescovici SM. Avaliação da alimentação em crianças com fissura de lábio e/ou palato atendidas em um hospital de Porto Alegre. Rev. CEFAC, São Paulo, 2009.

Capelloza Filho L, Silva Filho OG. Fissuras Labiopalatais. In: Petrelli, E. – Ortodontia para fonoaudiologia. Curitiba: Lovise, p195-239, 1992.

Cerqueira MN, Teixeira SC, Naressi SCM, Ferreira APP. Ocorrência de fissuras labiopalatais na cidade de São José dos Campos-SP. Rev. bras. epidemiol. 2005; 8(2):161-166.

Cunha ECM, Fontana R, Fontana T, Silva WR, Moreira QVP, Garcias GL, Roth MGM. Antropometria e fatores de risco em recém-nascidos com fendas faciais. Rev. Bras. Epidemiol. 2004;7(4):417-22.

Cymrot M, Sales FCD, Teixeira FAA, Teixeira Junior FAA, Teixeira GSB, Cunha Filho JF, Oliveira NH. Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissuras labiopalatinas atendidos em um Hospital Pediátrico do Nordeste brasileiro. Rev. Bras. Cir. Plást. 2010; 25(4): 648-51.

D'agostinho L, Machado LP, Lima RA. Fissuras Labiopalatinas e Insuficiência Velofaríngea. In: Lopes Filho OC, editor. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 1997. p. 829-60.

Fernandes Mugayar, LR. Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral. São Paulo: Pancast, 2000. 111-123 p.

Figueiredo MC, Pinto NF, Faustino-Silva DD, Oliveira M. Fissura unilateral completa de lábio e palato: alterações dentárias e de má oclusão – relato de caso clínico. RFO, 2008; 13(3):73-77.

Figueirêdo CJ, Vasconcelos WKS, Maciel SSS, Maciel WV, Gondim LAM, Tassitano RM. Prevalência de fissuras orais no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, entre 2000 e 2005. Rev. paul. pediatr. 2011; 29(1): 29-34.

Freitas e Silva DS, Mauro LDL, Oliveira LB, Ardenghi TM, Bönecker M. Estudo descritivo de fissuras lábio-palatinas relacionadas a fatores individuais, sistêmicos e sociais. RGO. 2008; 56(4):387-391.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília: IBGE. [acesso 2012 Abril 13]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

Lofiego JL. Fissura lábio-palatina: avaliação, diagnóstico e tratamento fonoaudiológico. Rio de Janeiro: Revinter; 1992.

March of Dimes Birth Defects Foundation. Global Report on Birth Defects. The hidden toll of dying and disabled children. New York: March of Dimes Birth Defects Foundation; 2006.

Martelli Júnior H, Orsi Júnior J, Chaves MR, Barros LM, Bonan PRF, Freitas JAS. Estudo epidemiológico das fissuras labiais e palatais em Alfenas - Minas Gerais - de 1986 a 1998. RPG rev. pos-grad. 2006; 13(1):31-35.

Mcdonald, ER, Avery RD. Odontopediatria. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 540 p.

Moore KL. Embriologia clínica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. 360 p.

Nunes LMN, Queluz DP, Pereira AC. Prevalência de fissuras labiopalatais no município de Campos dos Goytacazes-RJ. Rev Bras Epidemiol. 2007; 10(1): 109-201.

Nunes LMN, Pereira AC, Queluz DP. 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. Ciênc. saúde coletiva. 2010; 15(2):345-352.

Ooki S. Concordance rates of birth defects after assisted reproductive technology among 17 258 Japanese twin pregnancies: a nationwide survey, 2004-2009. J Epidemiol; 2013; 23(1):63-69.

Roda SR, Gil da Silva Lopes VL. Aspectos odontológicos das fendas labiopalatinas e orientações para cuidados básicos. Rev. Ciênc. Méd. 2008; 17(2):95-103.

Rozendaal AM, Mohangoo AD, Ongkosuwito EM, Buitendijk SE, Bakker MK, Vermeij-Keers C. Regional variation in prevalence of oral cleft live births in the Netherlands 1997-2007: time-trend analysis of data from three Dutch registries. Am J Med Genet A; 2012; 158A(1):66-74.

Scliar M. Um olhar sobre a saúde pública – Coleção Palavra de gente, v.1. Ensaio. 1. Ed. São Paulo: Scipione: 2003

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Orientações sobre a Municipalização das ações de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Controle de Vetores e Saúde do Trabalhador. São Paulo 1994; (5) 1 – 45.

Shapira Y, Lubit E, Kuftinec MM, Borell G. The distribution of clefts of the primary and secondary palates by sex, type, and location. *Angle Orthod.* 1999; 69(6):523-8.

Singh VP, Sharma JN, Roy DK, Roy RK. A study of orofacial clefts seen in a tertiary referral hospital in Nepal. *Ceylon Med J*; 2012; 57(2):84-85.

Vaccari-Mazzetti MP, Kobata CT, Brock RS. Diagnóstico ultrassonográfico pré-natal da fissura lábio-palatal. *Arquivos Catarinenses de Medicina - Volume 38 - Suplemento 01 – 2009.*

World Health Organization. Global strategies to reduce the health-care burden of craniofacial anomalies. Geneva: WHO; 2002.

Wyszynski DF. Cleft Lip and palate from origin to treatment. Oxford: University press; 2002.

## ANEXO 1.



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



### CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "**Prevalência de malformações registradas na declaração de nascidos vivos com ênfase nas fissuras labiopalatais, nos municípios da região de Piracicaba, no período de 1998 a 2011**", protocolo nº 152/2012, dos pesquisadores Dagmar de Paula Queluz, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 06/02/2013.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "**Prevalence of malformations recorded on the birth certificate with emphasis on oral clefts in the cities of Piracicaba area, the period 1998 to 2011**", register number 152/2012, of Dagmar de Paula Queluz, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 02/06/2013.

**Profa. Dra. Livia Maria Andaló Tenuta**

Secretária  
CEP/FOP/UNICAMP

**Prof. Dr. Jacks Jorge Junior**

Coordenador  
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.  
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

## ANEXO 2.

### PROGRAMA DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA – QUOTA INSTITUCIONAL UNICAMP

(quota de agosto de 2012 a julho de 2013)

#### PARECER SOBRE RELATÓRIO FINAL DE ATIVIDADES

**Bolsista:** RENATA BERTATO – RA 108925

**Orientador(a):** Prof.(a) Dr.(a) DAGMAR DE PAULA QUELUZ

**Projeto:** Prevalência de malformações registradas na declaração de nascidos vivos com ênfase nas fissuras labiopalatais, nos municípios da região de Piracicaba, no período de 1998 a 2011

#### PARECER

O relatório está bastante bem elaborado e já se tem a informação sobre a produção de um artigo científico.

**Conclusão do Parecer:**

APROVAR (SIM)  
REFORMULAR (NÃO)  
REJEITAR (NÃO)

**Pró-Reitoria de Pesquisa, 16 de setembro de 2013.**

  
Mirian Cristina Marcanoia  
PRP / PIBIC - Unicamp  
Matr. 299062