

Análise do perfil de pacientes ingressantes em serviço de reabilitação de fissuras orofaciais: estudo observacional, Cuiabá, 2005-2023

Brunna Almeida Guerreiro^{1,2} , Lorrayne dos Santos Lara¹ , Ivan Onone Gialain¹ , Carolina Silvano Vilarinho da Silva^{1,2} , Luiz Evaristo Ricci Volpato^{1,3} 

¹Universidade de Cuiabá, Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas Integradas, Cuiabá, MT, Brasil

²Hospital Geral de Cuiabá, Departamento de Odontologia, Cuiabá, MT, Brasil

³Hospital de Câncer de Mato Grosso, Departamento de Odontologia, Cuiabá, MT, Brasil

Resumo

Objetivo: Analisar o perfil de indivíduos com fissuras orofaciais não síndromicas de um serviço de referência no Brasil. **Métodos:** Este estudo observacional retrospectivo com pacientes ingressantes no Serviço de Reabilitação de Fissuras Labiopalatinas do Hospital Geral de Cuiabá, Mato Grosso, entre 2005 e 2023, considerou faixa etária, sexo, tipo de fissura, município de residência, zona de procedência, histórico cirúrgico e ano de ingresso. Os dados foram obtidos a partir dos registros clínicos. Realizou-se análise descritiva das variáveis, com frequências absolutas e relativas, e regressão logística binomial, considerando faixa etária <3 anos ou ≥3 anos de idade e sexo, tipo de fissura, município de origem e zona de procedência, com intervalos de confiança de 95%. **Resultados:** Dos 1.417 pacientes analisados, 55,7% era do sexo masculino, 48,2% com fissura labiopalatina, 90,0% provenientes da zona urbana, 64,1% de municípios do interior mato-grossense e 57,5% sem histórico de cirurgia prévia. O perfil dos pacientes sofreu significativas mudanças no período estudado. Nos primeiros anos, prevaleceram indivíduos com ≥3 anos (68,5%), com cirurgias prévias (61,8%), enquanto nos últimos períodos prevaleceram os indivíduos menores de 3 anos (72,3%), sem cirurgias (73,2%). **Conclusão:** O perfil dos pacientes revela predomínio de indivíduos do sexo masculino, com fissura labiopalatina, provenientes de municípios do interior de Mato Grosso, residentes na zona urbana e sem histórico cirúrgico. Esse perfil mudou com o tempo, passando de um ingresso maior de pacientes mais velhos e com cirurgia prévia, nos primeiros anos, para pacientes mais jovens e sem cirurgia prévia nos últimos anos analisados.

Palavras-chave: Epidemiologia; Equipe de Assistência ao Paciente; Fenda Labial; Fissura Palatina; Odontologia em Saúde Pública.

Aspectos éticos

Esta pesquisa respeitou os princípios éticos, obtendo os seguintes dados de aprovação:

Comitê de ética em pesquisa	Universidade de Cuiabá
Número do parecer	3.610.573
Data de aprovação	30/9/2019
Certificado de apresentação de apreciação ética	21617419.9.0000.5165
Registro do consentimento livre e esclarecido	Obtido de todos os participantes antes da coleta.

Editor-chefe: Jorge Otávio Maia Barreto 

Editor científico: Everton Nunes da Silva 

Editora associada: Fernanda Campos de Almeida Carrer 

Gestora de pareceristas: Izabela Fulone 

Pareceristas: Mariana Martire Mori 

José Mauro de Oliveira Squarisi 

Correspondência: Lorrayne dos Santos Lara

 lorrayneslara@gmail.com

Recebido em: 30/12/2024 | **Aprovado em:** 28/5/2025

Pareceres:  doi • 10.1590/S2237-96222025v34e20240926.a;
10.1590/S2237-96222025v34e20240926.b;
10.1590/S2237-96222025v34e20240926.c

Introdução

As fissuras orofaciais são as anomalias congênitas mais comuns que acometem o ser humano, originadas de falhas durante a fusão dos processos embrionários (1-2), e ocorrem entre a 4ª e a 12ª semanas de desenvolvimento intrauterino (1-3). Elas compreendem a fissura labial, resultante da falha na fusão dos processos nasais com o processo maxilar; a fissura palatina, resultante da falha de fusão, na linha mediana, dos processos palatinos; e as fissuras labiopalatinas, decorrentes de problemas na fusão das proeminências nasais e processos maxilares (1,3). O termo “fissuras orofaciais” abrange todas as variações fenotípicas dessa condição, independentemente de sua classificação, incluindo fissuras labiopalatinas, labiais e palatinas isoladas (4). Elas podem ocorrer como um componente síndrômico ou como uma anomalia isolada, sem outra malformação presente (1); esta, nomeamos de fissura orofacial não síndrômica (5).

A etiologia das fissuras orofaciais não síndrômicas é multifatorial, envolvendo uma interação entre fatores genéticos e exposições ambientais (3,5). A prevalência é influenciada pela origem geográfica, grupos raciais e étnicos, fatores ambientais e status socioeconômico (3). Mundialmente, existe uma variação entre 3,8 e 5,7 milhões de casos (2). As maiores prevalências foram observadas nas populações asiáticas e ameríndias, em torno de 2/1 mil; com prevalência intermediária, vêm as populações europeias (1/1 mil), enquanto a menor frequência é observada nas populações africanas, com 0,4/1 mil (6).

No Brasil, estima-se uma prevalência de 0,51/1 mil nascidos vivos com fissuras orofaciais não síndrômicas, sendo a maior prevalência na região Sul (0,63/1 mil), seguida pelo Sudeste (0,42/1 mil), o Centro-Oeste (0,40/1 mil), o Norte (0,36/1 mil) e, por fim, a menor no Nordeste (0,35/1 mil) (7). No entanto, pode haver subnotificação (6), já que Acre, Amapá, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Rio Grande do Norte e Roraima reconhecidamente tiveram atraso no início da coleta de informações sobre malformações (7).

Os principais tratamentos para indivíduos com fissuras orofaciais não síndrômicas incluem a queiloplastia, indicada para o fechamento da fissura do lábio, que deve ser realizada por volta dos 3 a 6 meses de vida e com o paciente pesando no mínimo 5 kg; e a palatoplastia, cirurgia realizada para fechamento da fissura do palato, que deve ocorrer entre 12 e 18 meses de vida, com o paciente pesando no mínimo 10 kg (8-9). Quando as cirurgias não são realizadas no momento considerado ideal, as necessidades físicas, funcionais, estéticas e psicossociais do indivíduo não são plenamente atendidas (2,10,11). Nos países de baixa e média renda, há limitação ao acesso às cirurgias corretivas, por razões econômicas e problemas sociais, como deficiência dos serviços médicos, ignorância e influência cultural (2).

Embora diferentes estudos tenham avaliado pacientes com fissuras orofaciais não síndrômicas no Brasil, poucos avaliaram indivíduos da região Centro-Oeste (12). No entanto, pode haver dificuldade no pleno acompanhamento multiprofissional dos indivíduos dessa região, especialmente no estado de Mato Grosso, devido ao seu vasto território (10). Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar o perfil de indivíduos com fissuras orofaciais não síndrômicas de um serviço de referência no Brasil. Apresenta-se como hipótese de estudo que a criação do centro contribuiu para suprir uma demanda reprimida de pacientes que não tinham acesso ao atendimento adequado, e assim, com o passar dos anos, houve uma mudança no perfil dos pacientes ingressantes no serviço.

Métodos

Desenho do estudo

Este estudo adotou um desenho observacional retrospectivo, analisando dados coletados entre janeiro de 2005 e dezembro de 2023.

Contexto

O cenário deste estudo é o conduzido no Serviço de Reabilitação de Fissuras Labiopalatinas do Hospital Geral de Cuiabá, localizado em Cuiabá, Mato Grosso. Ele

é referência nacional no tratamento dos pacientes com fissuras orofaciais pela portaria nº 562, desde outubro de 2008 (13), sendo pioneiro no estado, com início do serviço em novembro de 2004. Conta com uma equipe multiprofissional de cirurgiões plásticos, cirurgiões bucomaxilofaciais, fonoaudiólogos, odontopediatras, ortodontistas, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos, entre outros profissionais que, juntamente com o auxílio da organização não governamental Smile Train, trabalham para melhorar a qualidade de vida de aproximadamente 1.460 pacientes com fissuras orofaciais não sindrômicas, cadastrados até dezembro de 2023.

A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2023 e janeiro de 2024, por uma única cirurgiã-dentista, B.A.G., no segundo ano de residência multiprofissional em saúde hospitalar de pacientes com necessidades especiais, e considerou dados de janeiro de 2005 a dezembro de 2023. Durante este período, foram avaliados os dados de pacientes atendidos no serviço, com foco nas informações extraídas dos prontuários médicos e fichas de avaliação das consultas de triagem. O processo de recrutamento incluiu pacientes diagnosticados com fissuras orofaciais não sindrômicas, cadastrados no sistema do hospital até dezembro de 2023, e os dados foram coletados de forma retrospectiva.

Participantes

Foram considerados como critérios de inclusão ser paciente cadastrado no hospital no período de estudo, e possuir fissura labial, fissura labiopalatina ou fissura palatina manifestadas de forma não sindrômica. Foram excluídos aqueles que estavam com fichas incompletas, pacientes com fissura submucosa, fissuras raras de face e indivíduos não oriundos de Mato Grosso.

Variáveis

As variáveis analisadas foram: faixa etária <3 ou ≥3, sexo, tipo de fissura orofacial (fissura labial isolada, fissura labiopalatina e fissura palatina isolada), período de ingresso no serviço, município de origem ao dar entrada no serviço (Cuiabá e Várzea Grande e outros

municípios), zona de procedência, e histórico cirúrgico prévio ao ingresso no programa (sem histórico cirúrgico prévio e com histórico de cirurgia prévia). Cuiabá e Várzea Grande foram agrupadas por constituírem uma conurbação urbana; dessa forma, os pacientes desses municípios foram considerados como pertencentes ao local do serviço e analisados de forma distinta dos pacientes de outros municípios do estado.

Com relação à idade dos pacientes ao ingressar no serviço, utilizaram-se como referências estudos anteriores que consideraram que, idealmente, os pacientes com fissuras orofaciais deveriam ter seu tratamento iniciado antes dos 3 anos de idade (9). Assim, os pacientes foram agrupados em menores de 3 anos e com 3 anos ou mais, ao ingressar no serviço.

Para análise, os anos de ingresso dos pacientes no serviço foram divididos em períodos, de 2005 a 2007, de 2008 a 2010, de 2011 a 2013, de 2014 a 2016, de 2017 a 2019 e de 2020 a 2023. O último período conta com duas particularidades: incluiu o período da pandemia da covid-19, com menor ingresso de pacientes para tratamento e, diferentemente dos demais períodos que foram de triênios, foi composto por quatro anos. Essa divisão respeita a ordem cronológica e facilita a comparação entre os anos, permitindo identificar padrões e tendências de forma mais clara e estruturada.

Fontes de dados e mensuração

Os dados foram coletados entre dezembro de 2023 e janeiro de 2024, a partir de prontuários médicos e fichas de avaliação de pacientes atendidos no Hospital Geral de Cuiabá. As variáveis de interesse foram mensuradas considerando-se os dados clínicos (tipo de fissura, histórico de cirurgias prévias e períodos de ingresso no serviço) e demográficos (faixa etária, município de origem, zona de procedência). A idade dos pacientes foi categorizada em duas faixas: menor que 3 anos e 3 anos ou mais. As variáveis foram registradas diretamente nos prontuários dos pacientes e analisadas retrospectivamente.

Controle de viés

Houve padronização dos formulários e o treinamento dos profissionais que preencheram os formulários.

Tamanho do estudo

Foi conduzido um estudo censitário, abrangendo todos os 1.460 indivíduos com fissuras orofaciais não síndrômicas que receberam atendimento no Serviço de Reabilitação de Fissuras Labiopalatinas do Hospital Geral de Cuiabá, entre janeiro de 2005 e dezembro de 2023.

Métodos estatísticos

Para verificar se a criação do centro contribuiu para suprir uma demanda reprimida de pacientes sem acesso ao atendimento adequado, foi realizada a análise descritiva das variáveis coletadas antes e depois da criação do centro. Também foram conduzidas análises contingenciais que exploraram a relação entre faixa etária e as variáveis município de origem, zona de procedência e histórico de cirurgias prévias, e a relação entre os períodos de ingresso no serviço e as variáveis faixa etária e histórico de cirurgias prévias. Para identificar se houve mudanças no perfil dos pacientes ao longo dos anos, foi realizada análise multivariada de regressão logística binomial. Ela avaliou a relação entre o ingresso no serviço com idade inferior a 3 anos ou com 3 anos de idade ou mais, e as variáveis sexo, tipo de fissura, município de origem e zona de procedência. O programa JAMOV (jamovi.org) foi utilizado para realizar todas as análises estatísticas, com o nível de significância definido como $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Resultados

Foram analisadas 1.460 fichas de indivíduos com fissuras orofaciais não síndrômicas que receberam atendimento no Serviço de Reabilitação de Fissuras Labiopalatinas do Hospital Geral de Cuiabá, entre janeiro de 2005 e dezembro de 2023. Dessas, 43 foram

excluídas porque estavam com dados incompletos; assim, 1.417 fichas atenderam aos critérios de inclusão e correspondem à população do presente estudo.

A distribuição dos indivíduos, considerando-se o município de origem, zona de procedência, sexo, tipo de fissura e histórico cirúrgico prévio, foi analisada de acordo com o período em que o seu tratamento foi iniciado. Quanto ao município de origem, 64,2% dos pacientes eram do interior de Mato Grosso, enquanto 35,8% eram de Cuiabá e Várzea Grande; 90,1% dos pacientes residiam na zona urbana e 9,9% na zona rural; 55,7% eram do sexo masculino e 44,3% do sexo feminino; 48,3% dos pacientes tinham fissura labiopalatina; 25,9%, fissura labial; e 25,8%, fissura palatina; 42,5% pacientes haviam realizado cirurgia prévia, e 57,5%, não (Tabela 1).

Analisou-se se a faixa etária em que o paciente ingressa no serviço está relacionada ao município de origem, zona de procedência, e histórico de cirurgias prévias. A maioria dos ingressantes veio do interior (64,2%), independentemente da faixa etária. Entre os oriundos do interior, uma proporção significativamente maior de indivíduos ingressou no serviço com idade inferior a 3 anos (56,8%), enquanto nos municípios de Cuiabá e Várzea Grande houve maior proporção de ingressantes no serviço com 3 anos de idade ou mais (56,5%) ($p\text{-valor} 0,001$). Na análise da relação entre a idade em que o paciente inicia no serviço e a zona de procedência, não foi encontrada diferença significativa entre os grupos. Independentemente da faixa etária de ingresso no serviço, houve predomínio de pacientes da zona urbana (90,1%). Entre os pacientes com idade inferior a 3 anos, houve um elevado número deles que não haviam sido submetidos a cirurgias previamente ao ingresso no serviço (83,4%), o contrário ocorrendo entre os pacientes ingressantes com 3 anos de idade ou mais (90,5%) ($p\text{-valor} 0,001$) (Tabela 2).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes de acordo com os períodos de início do tratamento, em frequências absoluta (n) e relativa (%), segundo variáveis demográficas. Cuiabá, 2024 (n=1.417)

Variável	1º período	2º período	3º período	4º período	5º período	6º período	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Município							
Cuiabá e Várzea Grande	174 (12,3)	93 (6,5)	54 (3,8)	55 (3,9)	63 (4,4)	69 (4,9)	508 (35,8)
Interior de Mato Grosso	243 (17,1)	189 (13,3)	110 (7,8)	106 (7,5)	117 (8,3)	114 (10,2)	909 (64,2)
Zona de procedência							
Urbana	383 (27,1)	260 (18,3)	139 (9,8)	147 (10,4)	164 (11,6)	183 (12,9)	1.276 (90,1)
Rural	34 (2,4)	22 (1,5)	25 (1,8)	14 (1,0)	16 (1,1)	30 (2,1)	141 (9,9)
Sexo							
Feminino	187 (13,2)	120 (8,5)	74 (5,2)	69 (4,9)	81 (5,7)	96 (6,8)	627 (44,3)
Masculino	230 (16,3)	162 (11,4)	90 (6,3)	92 (6,5)	99 (6,9)	117 (8,3)	790 (55,7)
Tipos de fissura							
Labial	98 (6,9)	67 (4,7)	56 (3,9)	46 (3,3)	45 (3,2)	56 (3,9)	368 (25,9)
Labiopalatina	211 (14,9)	153 (10,8)	72 (5,1)	78 (5,5)	70 (5,0)	99 (7,0)	683 (48,3)
Palatina	108 (7,6)	62 (4,4)	36 (2,5)	37 (2,6)	65 (4,6)	58 (4,1)	366 (25,8)
Histórico cirúrgico							
Não operado	159 (11,2)	150 (10,6)	116 (8,2)	105 (7,4)	129 (9,1)	156 (11,0)	815 (57,5)
Operado	258 (18,2)	132 (9,3)	48 (3,4)	56 (4,0)	51 (3,6)	57 (4,0)	602 (42,5)

Tabela 2. Relação dos pacientes de acordo com a faixa etária de ingresso no programa, segundo o município de origem, a zona de procedência e o histórico cirúrgico prévio, em frequências absoluta (n) e relativa (%). Cuiabá, 2024 (n=1.417)

Variável	Faixa etária <3	Faixa etária ≥3	Total	p-valor
Município				
Cuiabá e Várzea Grande	221 (43,5)	287 (56,5)	508 (100)	0,001
Interior de Mato Grosso	516 (56,8)	393 (43,2)	909 (100)	
Zona de Procedência				
Zona rural	83 (58,9)	58 (41,1)	141 (100)	0,086
Zona urbana	654 (51,2)	622 (48,8)	1.276 (100)	
Histórico cirúrgico				
Sim	57 (9,5)	545 (90,5)	602 (100)	0,001
Não	680 (83,4)	135 (16,6)	815 (100)	
Total	737 (52,0)	680 (48,0)	1.417 (100)	

Observou-se que, no primeiro período, houve maior ingresso de pacientes com 3 anos de idade ou mais e de pacientes com histórico de cirurgia prévia; no segundo período, houve um equilíbrio; e nos demais períodos, prevaleceu o ingresso de pacientes sem cirurgias prévias e com idade menor que 3 anos. Observa-se, assim, que ocorreu uma mudança no perfil dos pacientes ingressantes no serviço no período avaliado (p-valor 0,001) (Tabela 3).

A análise multivariada de regressão logística binomial demonstrou que as pacientes do sexo feminino têm mais chances de ingressar no serviço com 3 anos de idade

ou mais do que os pacientes do sexo masculino (p-valor 0,001). Quanto ao tipo de fissura, não foi encontrada diferença entre os pacientes com fissura labial e fissura labiopalatina. Já os pacientes com fissura palatina têm mais chances de ingressar no serviço com 3 anos de idade ou mais do que aqueles com fissura labiopalatina (p-valor 0,013). Moradores de Cuiabá e Várzea Grande têm mais chances de ingressar no serviço com idade igual ou superior a 3 anos do que aqueles do interior de Mato Grosso (p-valor<0,001). Não houve diferença significativa entre a idade de ingresso no serviço entre residentes da zona rural e da zona urbana (p-valor 0,471) (Tabela 4).

Tabela 3. Relação dos pacientes de acordo com o período de ingresso no serviço, segundo o histórico cirúrgico prévio e a faixa etária do paciente, em frequências absoluta (n) e relativa (%). Cuiabá, 2024 (n=1.417)

Variável	1º período	2º período	3º período	4º período	5º período	6º período	Total	p-valor
Histórico cirúrgico prévio								
Sim	258 (61,9)	132 (46,8)	48 (29,3)	56 (34,8)	51 (28,3)	57 (26,8)	602 (42,5)	<0,001
Não	159 (38,1)	150 (53,2)	116 (70,7)	105 (65,2)	129 (71,7)	156 (73,2)	815 (57,5)	
Total	417 (100)	282 (100)	164 (100)	161 (100)	180 (100)	213 (100)	1.417 (100)	
Faixa etária (anos)								
<3	131 (31,4)	144 (51,0)	98 (59,8)	98 (60,9)	112 (62,2)	154 (72,3)	737 (52,0)	<0,001
≥3	286 (68,6)	138 (49,0)	66 (40,2)	63 (39,1)	68 (37,8)	59 (27,7)	680 (48,0)	
Total	417 (100)	282 (100)	164 (100)	161 (100)	180 (100)	213 (100)	1.417 (100)	

Tabela 4. Regressão logística binomial, considerando-se pelas variáveis faixa etária menor que 3 anos ou com 3 anos de idade ou mais, sexo, tipo de fissura, município de origem e zona de procedência, com intervalos de confiança de 95% (IC95%). Cuiabá, 2024 (n=1.417)

Variável	Estimativa	Erro padrão	Valor Z	p-valor	Odds ratio (IC95%)
Sexo					
Feminino (faixa etária ≥3 anos) versus masculino (faixa etária ≥3 anos)	0,36	0,11	3,26	0,001	1,43 (1,15; 1,77)
Tipo de fissura					
Labial (faixa etária ≥3 anos) vs. labiopalatina (faixa etária ≥3 anos)	-0,21	0,13	-1,60	0,110	0,81 (0,62; 1,04)
Palatina (faixa etária ≥3 anos) vs. labiopalatina (faixa etária ≥3 anos)	-0,33	0,13	-2,48	0,013	0,71 (0,55; 0,93)
Município					
Cuiabá e Várzea Grande (faixa etária ≥3 anos) vs. Interior de Mato Grosso (faixa etária ≥3 anos)	0,51	0,12	4,46	<0,001	1,67 (1,33; 2,09)
Procedência					
Urbana (faixa etária ≥3 anos) vs. rural (faixa etária ≥3 anos)	0,13	0,19	0,72	0,471	1,14 (0,79; 1,64)

Discussão

O perfil dos pacientes ingressantes no serviço analisado é majoritariamente masculino, com fissura labiopalatina, provenientes da zona urbana de municípios do interior do estado e sem histórico de procedimento cirúrgico prévio. Entretanto, esse perfil sofreu significativas mudanças no período estudado. Nos primeiros anos de funcionamento do serviço, prevaleciam os indivíduos com 3 anos de idade ou mais e com histórico de cirurgias prévias, enquanto nos últimos períodos os ingressantes eram majoritariamente menores de 3 anos e sem histórico de cirurgias, confirmando a hipótese da pesquisa.

Esta pesquisa possui limitações inerentes ao desenho dos estudos observacionais retrospectivos (14). A coleta de dados foi realizada a partir de prontuários e fichas de avaliação preenchidos, ao longo do tempo, por diferentes profissionais, com intuito assistencial, não de pesquisa. No entanto, a padronização dos formulários e o treinamento dos profissionais minimizam distorções nos registros. Outra limitação é a amostra por conveniência, que pode ser influenciada por fatores externos, como o acesso ao serviço, hábitos culturais e fatores ambientais (15) específicos da região de origem dos pacientes. Além disso, a inclusão de dados de um único hospital, embora referência no estado, pode ser um fator de restrição. Entretanto, estudos semelhantes realizados em centros únicos têm se mostrado importantes fontes de informação (9,16).

A incidência de fissuras orofaciais varia entre diferentes grupos populacionais (5), com fissuras labiopalatinas e labiais isoladas sendo mais frequentes em homens, e fissura palatina isolada, em mulheres (17). Apesar de se tratar de uma amostra por conveniência, a maior prevalência de pacientes do sexo masculino e com fissura labiopalatina não sindrômica, encontrada neste estudo, está em consonância com outros levantamentos realizados no Brasil (5-7,17-18) e em outros países (16). Levantamentos brasileiros indicaram

prevalência de fissura labiopalatina no sexo masculino de 2,57 a 2,78 vezes superior ao feminino (17-18). Uma hipótese levantada para essa maior prevalência no sexo masculino seria devido a fatores de suscetibilidade específicos nos cromossomos X ou Y, que poderiam influenciar a ocorrência de fissura labiopalatina no sexo masculino – como a segunda cópia compensatória do cromossomo X, a falta de um cromossomo Y (19), ou ainda, a inativação do cromossomo X em mulheres (20). Todavia, essa teoria carece de confirmação (19-20). Um estudo com a população chilena encontrou evidências de associação entre a fissura labiopalatina não sindrômica e o sexo masculino devido a uma variação no gene MSX1 (21). Este estudo identificou que os pacientes masculinos ingressam no serviço em idade mais precoce do que as pacientes femininas, possivelmente devido à localização externa das fissuras labiais e labiopalatinas, mais comuns no sexo masculino (5-7,17-18), o que facilita sua identificação precoce (22), permitindo o início imediato do preparo para a cirurgia (11). Em contraste, as fissuras palatinas, mais prevalentes no sexo feminino (7), são mais difíceis de diagnosticar, devido à sua localização intraoral (22).

Em 2024, a estimativa da população de Mato Grosso era de 3.836.399 habitantes, sendo 682.932 em Cuiabá e 314.627 em Várzea Grande (23), refletindo a dispersão populacional no interior do estado, o que pode justificar a origem dos pacientes cadastrados. Além disso, 82% dos habitantes de Mato Grosso residem em áreas urbanas (24), o que pode esclarecer a predominância de indivíduos oriundos da zona urbana, como em outros estudos realizados no Brasil (25). A maior prevalência de pacientes com fissuras orofaciais nas áreas urbanas também pode estar relacionada à distância entre a população rural e os serviços de saúde, possivelmente dificultando seu acesso ao tratamento (12,25).

A maioria dos pacientes do interior de Mato Grosso ingressaram no serviço de reabilitação com menos de 3 anos de idade, enquanto os de Cuiabá e Várzea Grande, com 3 anos ou mais. Quando um indivíduo

nasce ou é diagnosticado com alguma alteração não tratável em seu município, os estabelecimentos de saúde encaminham os casos para o serviço mais próximo de sua residência via Sistema Nacional de Regulação (26); assim, os indivíduos com fissuras orofaciais não sindrômicas, no estado de Mato Grosso, são atendidos preferencialmente em Cuiabá (12). Isso pode explicar o ingresso de pacientes do interior do estado na idade adequada para o tratamento. No entanto, pacientes de Cuiabá e Várzea Grande que já estavam em acompanhamento em outros estados podem ter escolhido transferir-se para o Serviço de Reabilitação de Fissuras Labiopalatinas do Hospital Geral de Cuiabá após sua implementação, justificando o cadastro dos indivíduos com idade mais avançada e histórico de cirurgias prévias.

O fato de o paciente residir na zona urbana ou rural não interferiu na idade em que ele ingressa no serviço. Embora a escassez de infraestrutura rural possa atrasar o diagnóstico e o tratamento (27), isso não foi identificado neste estudo. Três possíveis razões para isso seriam a rápida identificação de malformações faciais, diferentemente de malformações em órgãos internos (28); a referência formal no sistema de saúde estadual para encaminhamento de pacientes com fissuras orofaciais (26); e o fato de o Hospital Geral de Cuiabá ser referência estadual para partos de alto risco (13), uma vez que há casos de diagnóstico intrauterino de fissura orofacial por meio de ultrassonografias (22). Assim, desde 2008, o hospital geral passou a receber, de forma sistematizada, os pacientes nascidos com a deformidade no estado (13).

Observou-se maior ingresso de indivíduos com 3 anos de idade ou mais e histórico de cirurgias nos primeiros períodos; e, nos últimos períodos, prevaleceu o ingresso de pacientes com menos de 3 anos e sem cirurgias prévias. Isso reflete a situação anterior à criação do serviço, quando os pacientes precisavam buscar atendimento em serviços espalhados pelo Brasil, devido à ausência de um serviço especializado em Mato

Grosso. Durante esse período, a distância e a falta de acompanhamento dificultavam o tratamento, e muitos pacientes recebiam somente o tratamento cirúrgico e ficavam desassistidos (12). Em 1999, a Operation Smile realizou a “Operação Sorriso Brasil” no Centro-Oeste, iniciando por Cuiabá (29), deixando vários pacientes sem acompanhamento multiprofissional após as cirurgias. Isso também ajuda a explicar por que os primeiros pacientes cadastrados no serviço de reabilitação já haviam sido submetidos a cirurgias, ao passo que, a partir do segundo período, os pacientes passaram a ingressar, em sua maioria, sem cirurgia prévia, para dar início ao tratamento.

A mudança no perfil dos ingressantes no Serviço de Reabilitação de Fissuras Labiopalatinas do Hospital Geral de Cuiabá, durante o período estudado, pode ser atribuída à implantação do próprio serviço, que facilitou o acesso ao tratamento e regularizou a demanda local represada. Como resultado, os pacientes começaram a buscar atendimento já nos primeiros anos de vida. A antecipação do início do tratamento também foi observada em Belém, Pará, onde o número de cirurgias realizadas no momento ideal aumentou em 12% entre os primeiros e os últimos quatro anos do serviço (8).

No entanto, um estudo que avaliou os 28 hospitais brasileiros credenciados para o tratamento de fissura orofacial revela disparidades regionais, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que ainda enfrentam uma disponibilidade limitada de serviços (30). No caso do estado de Mato Grosso, o tamanho do território e a distância dos municípios em relação à capital podem dificultar o pleno acompanhamento multiprofissional (10), já que o tratamento exige consultas frequentes, ao longo do tempo, para o completo restabelecimento desses indivíduos (11). Essa dificuldade no acesso pode comprometer a eficácia do tratamento e o prognóstico dos pacientes. Portanto, sugere-se a realização de novos estudos, a fim de se avaliar a necessidade de implementar outros serviços descentralizados para suprir essa possível demanda;

estudos que incluam diferentes centros, a fim de se analisar se o perfil dos pacientes está de acordo com o encontrado; e se os indivíduos do centro estudado com tratamento prévio receberam a intervenção na idade ideal, os locais onde os tratamentos foram realizados e os procedimentos cirúrgicos mais comuns. Sugere-se ainda a inclusão de informações sobre lateralidade (unilateral, bilateral) e os subtipos de fissura (completa, incompleta) nos estudos futuros.

A análise do perfil dos pacientes ingressantes no Serviço de Reabilitação de Fissuras Labiopalatinas do Hospital Geral de Cuiabá revela predomínio de indivíduos do sexo masculino, com fissura labiopalatina, originários da zona urbana do interior de Mato Grosso e sem histórico de procedimento cirúrgico prévio. O perfil mudou ao longo do tempo, com uma transição de maior ingresso de pacientes mais velhos e com histórico de cirurgia prévia para maior ingresso de pacientes mais jovens e sem cirurgia prévia.

Conflito de interesses

Nenhum declarado.

Disponibilidade dos dados do artigo

Os dados do artigo estão disponíveis mediante solicitação à autora correspondente.

Uso de inteligência artificial generativa

Não empregada.

Financiamento

Brunna Almeida Guerreiro, bolsista do Ministério da Saúde, matrícula número 082080. Lorrayne dos Santos Lara, bolsista do programa de suporte à pós-graduação IES particulares – Programa da CAPES, número 88887.946978/2024-00.

Créditos de autoria

BAG: Curadoria de dados, Investigação, Visualização, Escrita - rascunho original, Escrita - revisão e edição. LSL: Curadoria de dados. Validação, Visualização, Escrita - rascunho original, Escrita - revisão e edição. IOG: Conceituação, Curadoria de dados. Análise formal, Metodologia, Software, Validação, Visualização, Escrita - revisão e edição. CSVS: Conceituação, Validação, Visualização, Escrita - revisão e edição. LERV: Conceituação, Curadoria de dados, Análise formal, Metodologia (Igual) Administração de projeto, Supervisão, Validação, Visualização, Escrita - rascunho original, Escrita - revisão e edição

Referências

1. Hammond NL, Dixon MJ. Revisiting the embryogenesis of lip and palate development. *Oral Diseases*. 2022;28(5):1306-26.
2. Kantar RS, Hamdan US, Muller JN, Hemal K, Younan RA, Haddad M, et al. Global Prevalence and Burden of Orofacial Clefts: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *J Craniofac Surg*. 2023;34(7):2012-2015.
3. Dixon MJ, Marazita ML, Beaty TH, Murray JC. Cleft lip and palate: understanding genetic and environmental influences. *Nat Rev Genet*. 2011;1(3): 167-78.
4. McBride WA, McIntyre GT, Carroll K, Mossey PA. Subphenotyping and Classification of Orofacial Clefts: Need for Orofacial Cleft Subphenotyping Calls for Revised Classification. *Cleft Palate Craniofac J*. 2016;53(5):539-549.
5. Lara LS, Coletta RD, Machado RA, Oliveira LQR, Martelli-Júnior HR, Reis SRA, et al. Exploring the role of the WNT5A rs566926 polymorphism and its interactions in non-syndromic orofacial cleft: a multicenter study in Brazil. *J Appl Oral Sci*. 2024;32:e20230353.
6. Souza MRC, Souza RF, Gerk A, Lopes SS, Kim A, Telles L, et al. Underreporting, Prevalence, and Epidemiological Trends of Orofacial Clefts in the Brazilian Amazon Region. *J Craniofac Surg*. 2024. 36(3):928-932.
7. Silva AMD, Calumby RT, Freitas VS. Epidemiologic profile and prevalence of live births with orofacial cleft in Brazil: a descriptive study. *Rev Paul Pediatr*. 2023;42:e2022234.
8. De Araújo LL, Alonso N, Fukushima AP. Treatment of Cleft Lip and Palate in the Amazon Region in Brazil: Speech Results and Sociodemographic Aspects. *Cleft Palate Craniofac J*. 2022;59(5):595-602.
9. Rocha F, Lopes SS, Gerk A, Kim A, Telles L, Laus PLB, et al. Timely Access for Orofacial Cleft Repairs in a Brazilian Amazon Center. *J Craniofac Surg*. 2024;35(7):1913-1916.
10. Valente AMSL, Espinosa MM, Silva NA, Luccia G. Características dos pacientes submetidos a cirurgias corretivas primárias de fissuras labiopalatinas. *Clin Biomed Res*. 2013;33(1):32-9.
11. Macedo ELG, Delmiro CA. Importância da equipe multiprofissional no acompanhamento de pacientes com fissura labial e palatal. *Rev Cathedral*. 2021;3(1):57-64.
12. Cuozzo FDM, Espinos MM, Silva KTS, Barros YBAM, Bandeca MC, Aranha AMF, et al. Cleft lip and palate in a Brazilian subpopulation. *J Int Oral Health*. 2013;5(4):15-20.
13. Brasil. Portaria n.º 562, de 15 de outubro de 2008. Dispõe sobre a habilitação do Hospital Geral Cuiabá/ Mato Grosso para realizar procedimentos de Alta Complexidade em Lesões Lábio-Palatais [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2008 [cited 2025 Jun 05]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0562_06_10_2008.html.
14. Lobos E, Catanzariti A, McMillen R. Critical Analysis of Retrospective Study Designs: Cohort and Case Series. *Clin Podiatr Med Surg*. 2024;41(2):273-280.
15. Andrade C. The Inconvenient Truth About Convenience and Purposive Samples. *Indian J Psychol Med*. 2021;43(1):86-88.
16. James O, Adekunle AA, Adamson OO, Agbogidi OF, Adeyemo WL, Butali A, et al. Management of orofacial cleft in Nigeria - A Retrospective Study. *Ann Maxillofac Surg*. 2020;10(2):434-8.
17. Martelli DRB, Machado RA, Swerts MSO, Rodrigues LAM, Aquino SN, Martelli Júnior H. Fissuras lábio palatinas não sindrômicas: relação entre o sexo e a extensão clínica. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2012;78(5):116-20.
18. Martelli HJ, Porto LV, Martelli DR, Bonan PR, Freitas AB, Coletta RD. Prevalence of nonsyndromic oral clefts in a reference hospital in the state of Minas Gerais, Brazil, between 2000-2005. *Braz Oral Res*. 2007;21(4):314-7.
19. Carlson JC, Nidey NL, Butali A, Buxo CJ, Christensen K, Deleyiannis FW, et al. Genome-wide interaction

- studies identify sex-specific risk alleles for nonsyndromic orofacial clefts. *Genet Epidemiol.* 2018;42(7):664-672.
20. Kimani JW, Shi M, Daack-Hirsch S, Christensen K, Moretti-Ferreira D, Marazita ML, et al. X-chromosome inactivation patterns in monozygotic twins and sib pairs discordant for nonsyndromic cleft lip and/or palate. *Am J Med Genet A.* 2007;143A(24):3267-72.
 21. Blanco R, Chakraborty R, Barton SA, 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.* 2001;73(1):81-9.
 22. Minor K, Chueh J. Understanding the distinction between cleft lip and cleft palate: a critical step for successful prenatal detection. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2023;35(2):113-126.
 23. IBGE. Estimativas de população: estimativa da população dos municípios brasileiros para 2024 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2024 [cited 2025 Jun 05]. Available from: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2024/estimativa_dou_2024.pdf.
 24. IBGE. Censo Brasileiro de 2010 [Internet]. Mato Grosso: IBGE; 2010 [cited 2025 Jun 05]. Available from: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=29&uf=51>.
 25. Coutinho ALF, Lima MC, Kitamura MAP, Neto JF, Pereira RM. Perfil epidemiológico dos portadores de fissuras orofaciais atendidos em um Centro de Referência do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2009;9(2):149-156.
 26. Brasil. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2008 [cited 2025 Jun 05]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html.
 27. Shimizu H E, Trindade JDS, Mesquita MSD, Ramos MC. Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03316.
 28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Guia prático: diagnóstico de anomalias congênitas no pré-natal e ao nascimento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2025 Jun 05]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/anomalias-congenitas/guia-pratico-diagnostico-de-anomalias-congenitas-no-pre-natal-e-ao-nascimento.pdf/view>.
 29. Operação Sorriso. Relatório de atendimentos no Brasil. Dezembro de 2022 [Internet]. 2022 [citado em 2024 fev. 17]. Disponível em: <https://www.operacaosorriso.org.br/wp-content/uploads/2022/05/Relatorio-de-atendimentos-final.pdf>.
 30. Silva RS, Moura RNV, Leal DL, Macari S, Werneck MAF, Pinto RDS. Assessment of Brazilian hospital and healthcare service infrastructure for cleft lip and palate patients. *Braz Oral Res.* 2024;38:e103.