

Fatores associados à presença de fissura labial e/ou fenda palatina em recém-nascidos brasileiros

Bianca Machado Cruz Shibukawa ¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7739-7881>

Gabrieli Patricio Rissi ²

 <https://orcid.org/0000-0002-1702-4004>

Ieda Harumi Higarashi ³

 <https://orcid.org/0000-0002-4205-6841>

Rosana Rosseto de Oliveira ⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-3373-1654>

¹⁻⁴ Departamento de Enfermagem. Universidade de Maringá. Av. Colombo, 5790. Maringá, PR, Brasil. CEP: 87.020-900. E-mail: bih.cruuz@gmail.com

Resumo

Objetivos: analisar a tendência e os fatores associados à presença de fissura labial e/ou fenda palatina em recém-nascidos brasileiros, a fim de verificar possíveis associações da mesma com fatores maternos, assistenciais e do recém-nascido.

Métodos: estudo transversal, ecológico, envolvendo todos os nascimentos vivos do Brasil, registrados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos de 2005 a 2016. Foram avaliadas informações maternas e infantis, utilizando-se análise de tendência e razão de chances, com intervalo de confiança de 95%. As análises foram realizadas através do software SPSS.

Resultados: foram analisados 17.800 nascidos vivos com presença de fissura labial e/ou fenda palatina. A taxa de prevalência brasileira foi de 0,51/1000 nascidos vivos, sendo que as Regiões Sul e Sudeste registraram taxas maiores do que a nacional. Houve associação com idade materna superior a 35 anos, sem companheiro, menos de sete consultas de pré-natal, nascimento prematuro e cesariana. Sobre os fatores do recém-nascido, o sexo masculino, Apgar menor que sete no 1º e 5º minutos de vida, baixo peso ao nascer e raça/cor branca apresentaram associação.

Conclusões: o Brasil apresenta tendência crescente das taxas de fissura labial e/ou fenda palatina ($p=0,019$), reforçando a necessidade de fortalecimento das redes de atenção à saúde, prevendo o amparo adequado aos bebês com fissura labial e/ou fenda palatina e suas famílias.

Palavras-chave Fenda labial, Fissura palatina, Prevalência



Introdução

A fissura labial e/ou fenda palatina são malformações congênitas faciais mais comuns, e vêm apresentando tendência de aumento no Brasil¹ e no mundo.² No Canadá, a taxa de fissura labial e/ou fenda palatina foi de 1,4 para cada mil nascidos vivos no ano de 2015,³ enquanto nos Estados Unidos a taxa foi de 3,6 em 2016.⁴ No Brasil, foi encontrada uma proporção de 0,6 para cada mil nascidos vivos em 2017, com tendência crescente deste tipo de malformação, principalmente nas regiões menos desenvolvidas do país.⁵

A fissura labial e/ou fenda palatina é decorrente de problemas no processo de desenvolvimento durante o período embrionário ou fetal, provocando a deficiência ou falta de fusão entre os tecidos que compõem estas estruturas.⁶ A etiologia da anomalia de lábio e/ou palato ainda não se encontra bem definida; porém, estudos apontam que entre 25 e 30% dos casos são resultantes de fatores hereditários e, de 70 a 80% possuem etiologia multifatorial, envolvendo entre outros aspectos, hábitos de vida maternos durante a gestação (dieta, álcool, fumo e drogas).^{1,7}

Diversos problemas decorrentes da presença de fissura labial e/ou fenda palatina podem acometer seu portador desde o nascimento, tais como dificuldades no aleitamento materno devido a sucção, deglutição e respiração prejudicadas, distúrbios na audição e fonação, com prejuízos na comunicação, além da baixa aceitação social. A soma desses fatores pode implicar ainda em complicadores psicológicos, afetando tanto a criança quanto sua família.⁴

Além disso, um estudo retrospectivo realizado na Holanda, com análise de 5401 crianças com fissura labial e/ou fenda palatina, de 1997 a 2011, demonstrou que a chance de mortalidade em lactentes com presença de fissura labial e/ou fenda palatina isolada é 2,07 vezes maior do que naqueles sem nenhum tipo de anomalia congênita.⁸

Considerando-se, portanto, a importância da temática para a sociedade, a tendência crescente desta anomalia e a escassez de estudos nacionais recentes, é que se objetivou analisar a tendência e os fatores associados à presença de fissura labial e/ou fenda palatina em recém-nascidos brasileiros. Deste modo, pretende-se trazer à tona uma análise no Brasil e por Regiões, de associações da fissura labial e/ou fenda palatina com fatores assistenciais, maternos e pediátricos.

Métodos

Estudo transversal, de caráter ecológico, considerando todos os nascimentos vivos de residentes no Brasil, registrados na base de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), no período de 2005 a 2016.

A base de dados utilizada para coleta, o Sinasc, aloja-se na plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datapus) e objetiva coletar informações epidemiológicas sobre os nascimentos ocorridos no Brasil.⁸

A saber, o Brasil figura como o país com maior extensão da América Latina e o quinto maior do mundo. Conforme projeção populacional de 2019, possui população estimada em 210.147.125 habitantes, distribuídos em 26 Unidades Federativas e o Distrito Federal, formando cinco grandes regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.⁹

Para a coleta de dados foi consultada a base de dados do Sinasc para o Brasil e Regiões, selecionando-se, no campo “tipo de anomalia congênita”, a opção “fenda labial e fenda palatina”, os quais possuem o código Q-35 e Q-37, respectivamente, na Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10). Foram ainda levantadas informações maternas como idade (<19 anos, 20 a 34 anos, ≥35); escolaridade (<12 anos de estudos, ≥12 anos de estudo), estado civil (com companheiro e sem companheiro) e idade gestacional (<37 semanas, ≥37 semanas). Para análise do fator assistencial foi verificado o número de consultas de pré-natal (<7 consultas, ≥7 consultas) e as variáveis do recém-nascido coletadas foram via de parto (normal ou cesárea), sexo da criança (masculino e feminino), Apgar no 1º e 5º minutos de vida (<7, ≥7), raça/cor (branca e não-branca), e peso ao nascer (<2.500 gramas, ≥2.500gramas).

Para o cálculo das taxas de prevalência de recém-nascidos com fissura labial e/ou fenda palatina foi realizada a razão entre o número de nascidos vivos com fissura pelo total de nascimentos, no mesmo ano e local, multiplicado por 1000.

A análise de tendência utilizou o modelo de regressão polinomial, no qual as taxas de recém-nascidos com fissura labial e/ou fenda palatina foram consideradas como variáveis dependentes (y) e os anos de estudo como variável independente. A variável ‘ano’ foi transformada na variável ano-centralizada (x-2010) e as séries foram suavizadas por meio de média móvel de três pontos. Foram testados os modelos de regressão polinomial linear, quadrático e cúbico. Considerou-se tendência signi-

ficativa, aquela cujo modelo estimado obteve $p < 0,05$. Para a escolha do melhor modelo foi considerada ainda a análise do diagrama de dispersão, do valor do coeficiente de determinação (r^2) e análise dos resíduos (suposição de homocedasticidade verdadeira). Quando todos os critérios eram significativos para mais de um modelo e o coeficiente de determinação era semelhante, optou-se pelo modelo mais simples, o de regressão linear.

A análise dos fatores associados foi realizada por meio do cálculo da razão de chances (*odds ratio* - OR), com intervalo de confiança (IC) de 95%, com os dados agrupados por regiões e quadriênios (2005-2008, 2009-2012 e 2013-2016). As análises foram realizadas por meio do *software* SPSS, versão 20.1.

O estudo foi dispensado de apreciação ética pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos sob o ofício nº 08/2018, com base nas Resoluções 466/12 - CNS/MS¹⁰ e 510/2016 - CNS/MS,¹¹ por se tratar de banco de dados de domínio público e irrestrito.

Resultados

Foram analisados 17.800 nascimentos vivos de crianças com fissura labial e/ou fenda palatina, residentes no Brasil. A taxa média brasileira encontrada no estudo no período de 2005 a 2016 para fissura labial e/ou fenda palatina foi de 0,51/1000 nascidos vivos, sendo que as Regiões Sul e Sudeste apresentaram taxas médias maiores do que a média brasileira (0,72/1000 e 0,54/1000 nascidos vivos, respectivamente). As menores taxas médias foram observadas nas Regiões Nordeste (0,39/1000 nascidos vivos) e Norte (0,45/1000 nascidos vivos).

No que concerne às taxas de fissura labial e/ou fenda palatina no Brasil e Regiões, em 2005 a taxa nacional foi de 0,52/1000 nascidos vivos, aumentando para 0,56/1000 nascidos vivos em 2016, com maior participação da Região Sul, que passou de 0,73/1000 nascidos vivos em 2005 para 0,68/1000 nascidos vivos em 2013. Em relação ao período estudado, observaram-se oscilações nos valores das taxas de fissura labial e/ou fenda palatina, sendo 2006 o ano com menor taxa na Região Nordeste (0,31/1000 nascidos vivos), e a mais alta taxa encontrada em 2010 na Região Sul (0,79/1000 nascidos vivos) (Figura 1).

À análise da regressão polinomial, houve tendência crescente das taxas de fissura labial e/ou fenda palatina no Brasil (0,008; $r^2=0,59$), com o maior aumento anual médio na Região Nordeste (0,015; $r^2=0,90$) e tendência também crescente na Região Sudeste (0,008; $r^2=0,51$). Outro fator alar-

mante é que a Região Sul, detentora das maiores taxas de fissura labial e/ou fenda palatina, manteve-se constante. A Região Centro-Oeste apresentou taxas crescentes de fissura até o ano de 2011 com posterior decréscimo das taxas, mas com novo aumento no ano de 2016 (Tabela 1).

Em relação aos fatores maternos de recém-nascidos com fissura labial e/ou fenda palatina, observou-se que mulheres com 35 anos ou mais apresentaram mais chances de ter um filho com fissura labial e/ou fenda palatina do que aquelas que não se enquadravam nesta faixa etária (OR=1,30 no quadriênio de 2013-2016). Quanto à presença de companheiro, mulheres sem companheiro apresentaram fator de proteção (OR=0,90) no quadriênio de 2005-2008 e 2013-2016, sem significância estatística no período de 2009-2012. A variável escolaridade também não apresentou resultados estatísticos significativos (Tabela 2).

No tocante aos fatores assistenciais, o número insuficiente de consultas de pré-natal esteve presente com significância estatística apenas no quadriênio de 2005 a 2008 ($p=0,011$). Já a idade gestacional ao nascimento menor do que 37 semanas, demonstrou-se associada à fissura labial e/ou fenda palatina nos três quadriênios analisados ($p < 0,001$), sendo que bebês prematuros apresentaram, em média, duas vezes mais chances de nascerem com fissura labial e/ou fenda palatina. Para a via de parto, bebês com fissura labial e/ou fenda palatina apresentaram 1,2 vezes mais chances de nascerem de cesariana ($p < 0,001$) do que de parto normal (Tabela 2).

Também se faz necessário reconhecer o perfil dos bebês que nascem com fissura labial e/ou fenda palatina. Nos bebês com fissura labial e/ou fenda palatina, percebe-se que há duas vezes mais chances ($p < 0,001$) de alcançar menos de sete pontos na escala de Apgar no primeiro minuto e quatro vezes mais chances ($p < 0,001$) no quinto minuto de vida, em comparação às crianças que não possuem fissura labial e/ou fenda palatina. Além disso, bebês do sexo masculino apresentaram 1,3 vezes mais chances ($p < 0,001$) de desenvolver fissura, quando comparados aos do sexo feminino (Tabela 3).

Outro fator que se mostrou de extrema relevância foi o peso ao nascer, de modo que bebês que nasceram com baixo peso nos três quadriênios analisados, apresentaram aproximadamente 2,5 vezes mais chances ($p < 0,001$) de terem fissura do que as crianças que nasceram com peso maior que 2.500 gramas. No que diz respeito à raça/cor dos bebês, a cor não branca apresentou fator protetivo referente ao desenvolvimento de fissura labial e/ou fenda palatina, sendo que estes registraram aproxi-

Figura 1

Distribuição de taxas de fissura de lábio e/ou palato de recém-nascidos, segundo região brasileira. Brasil, 2005 a 2016.

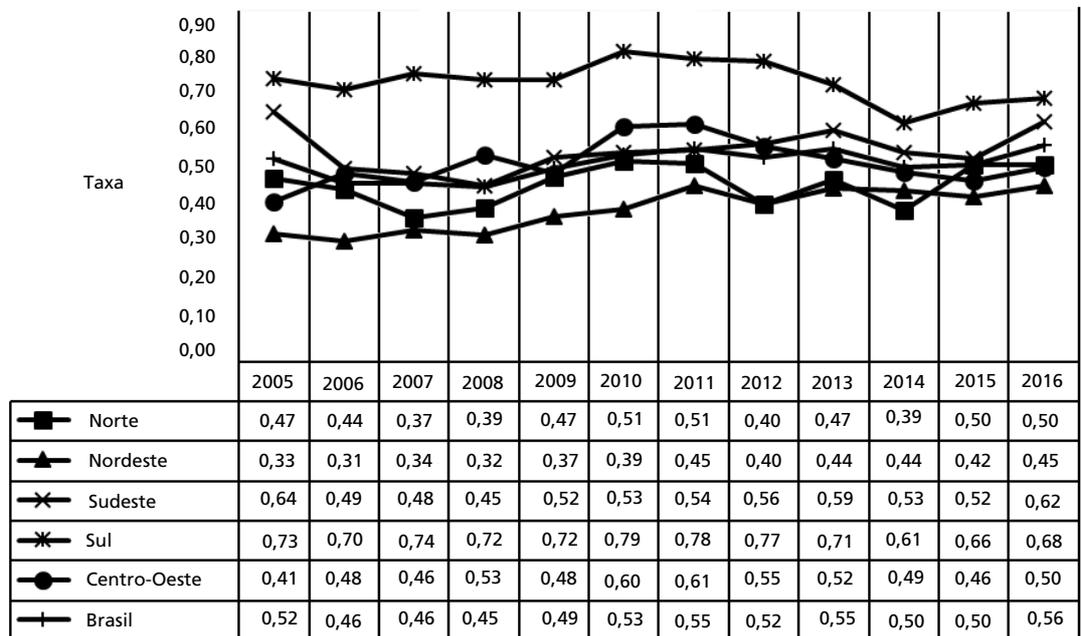


Tabela 1

Tendência das taxas de fissura de lábio e/ou palato em recém-nascidos, segundo região brasileira. Brasil, 2005 a 2016.

	Modelo	R ²	p	Tendência
Brasil	$y=0,50+0,008x$	0,59	0,009	Crescente
Norte	$y=0,44+0,004x$	0,19	0,213	Constante
Nordeste	$y=0,38+0,015x$	0,90	<0,001	Crescente
Sudeste	$y=0,53+0,008x$	0,51	0,019	Crescente
Sul	$y=0,72-0,007x$	0,25	0,143	Constante
Centro-Oeste	$y=0,55+0,008x-0,005x^2$	0,85	0,001	Crescente/Decrescente

madamente 0,80 vezes mais chances ($p<0,001$) de não apresentarem fissura do que os bebês brancos.

Tabela 2

Associação de fatores maternos e assistenciais de recém-nascidos com fissura de lábio e/ou palato. Brasil, 2005 a 2016.

	2005 - 2008				2009 - 2012				2013 - 2016			
	n	%	OR	IC95%	n	%	OR	IC95%	n	%	OR	IC95%
Idade materna (anos)												
≤19	1102	19,8	1,00	1,03-0,90	1136	18,8	1,00	1,07-0,94	1056	17,1	1,00	1,02-0,89
20 - 34	3727	67,0			4083	67,4			4127	66,7		
≥35	728	13,1	1,40	1,30-1,52	836	13,8	1,30	1,24-1,44	1003	16,2	1,30	1,25-1,43
Ignorado	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Escolaridade (anos de estudo)												
< 8	2398	43,1			2009	33,2	1,0	0,98-1,09	1529	24,7	1,1	1,03-1,15
≥ 8	3051	54,9	10,0	9,56-10,43	3974	65,6			4591	74,2		
Ignorado	110	2			72	1,2			66	1,1		
Estado civil												
Com companheiro	2194	39,4			2737	45,2			3603	58,2		
Sem companheiro	3269	58,8	0,90	0,97-0,87	3267	53,9	1,00	1,01-0,91	2525	40,8	0,90	0,99-0,89
Ignorado	96	1,7			51	0,8			58	0,9		
Nº consultas pré-natal												
< 7	2328	41,8	0,90	0,98-0,88	2334	38,5	1,00	1,05-0,95	2150	34,8	1,00	0,98-1,09
≥7	3150	56,6			3656	60,4			3988	64,5		
Ignorado	81	1,5			65	1,1			48	0,8		
Idade gestacional (semanas)												
< 37	734	13,2	2,10	1,99-2,32	978	16,2	1,90	1,82-2,08	1115	18,0	1,70	1,63-1,86
≥ 37	4758	85,6			4962	81,9			4946	79,9		
Ignorado	67	1,2			115	1,9			125	2,0		
Via de parto												
Normal	2724	49,0			2630	43,4			2473	39,9		
Cesárea	2829	50,9	1,20	1,16-1,29	3414	56,4	1,20	1,09-1,21	3695	59,7	1,20	1,11-1,23
Ignorado	6	0,1			11	0,2			18	0,3		

Tabela 3

Associação de fatores de recém-nascidos portadores de fissura de lábio e/ou palato. Brasil, 2005 a 2016.

	2005 - 2008				2009 - 2012				2013 - 2016			
	n	%	OR	IC95%	n	%	OR	IC95%	n	%	OR	IC95%
Apgar 1º minuto												
≤7	1412	25,4	1,80	1,71-1,93	1415	23,4	1,90	1,77-2,00	1438	23,2	2,10	2,01-2,26
> 8	3941	70,9			4516	74,9			4653	75,2		
Ignorado	206	3,7			124	2,1			95	1,5		
Apgar 5º minuto												
≤7	483	8,7	3,10	2,81-3,35	501	8,3	3,40	3,11-3,70	538	8,7	4,00	3,73-4,39
> 8	4868	87,6			5425	89,6			5557	89,8		
Ignorado	208	3,7			129	2,1			91	1,5		
Sexo												
Feminino	2344	42,2			2482	41,0			2529	40,9		
Masculino	3207	57,7	1,30	1,23-1,37	3556	58,7	1,40	1,30-1,44	3639	58,8	1,40	1,30-1,44
Ignorado	8	0,1			17	0,3			18	0,3		
Peso (g)												
< 2.500	995	17,9	2,40	2,29-2,62	1102	18,2	2,40	2,26-2,57	1154	18,6	2,50	2,34-2,64
> 2.500	4539	81,6			4950	81,7			5030	81,3		
Ignorado	25	0,5			3	-			2	-		
Raça												
Branca	3064	55,1			2970	49,1			2587	41,8		
Não Branca	2205	39,7	0,70	0,71-0,64	2861	47,2	0,80	0,08-0,72	3399	54,9	0,80	0,82-0,74
Ignorado	290	5,2			224	3,7			200	3,2		

Discussão

Os resultados apresentam dados condizentes aos encontrados na literatura, apontando para o aumento significativo do nascimento de recém-nascidos brasileiros com fissura labial e/ou fenda palatina. A presença de fissura esteve associada à prematuridade, raça/cor branca, filhos de mães com idade igual ou superior a 35 anos e piores condições de vitalidade ao nascimento.¹²⁻¹⁶

A taxa média brasileira de fissura labial e/ou fenda palatina foi de 0,51/1000 nascidos vivos, corroborando uma análise realizada no período de 2000 a 2013, que apontou uma média nacional de 0,48/1000 nascidos vivos.¹³ No que concerne às regiões brasileiras mais afetadas por esta anomalia, as Regiões Sul e Sudeste apresentaram maiores taxas, fato este que se coaduna com a literatura, na qual a maior prevalência da fissura labial e/ou fenda palatina no Brasil foi verificada na Região Sul, sendo a menor taxa correspondente à Região Nordeste.¹⁷ Entretanto, deve-se ressaltar que, assim como evidenciado nos resultados, a Região Nordeste apresenta tendência crescente para o desenvolvimento da anomalia, o que pode ser explicado pela melhoria nas notificações dos dados também nesta região.¹⁷

No período compreendido pelo estudo, as taxas brasileiras de fissura labial e/ou fenda palatina revelaram tendência crescente, como já apontado em estudos realizados com dados até 2013,¹³ e de maneira similar a outros países como a Holanda⁹ e Argentina.¹⁸ No Brasil, as Regiões Nordeste e Sudeste também apresentaram taxas ascendentes, enquanto a Região Centro-Oeste mostrou comportamento discordante ao das demais regiões, com taxas crescentes, seguidas de tendência decrescente.

Apesar da confiabilidade dos dados fornecidos pelo Sinasc,¹⁴ a discrepância das taxas encontradas nas regiões do país, bem como entre os anos de estudo, também pode ser atribuída à rotatividade dos profissionais de saúde,¹⁹ os quais muitas vezes não são orientados quanto ao correto preenchimento da declaração de nascido vivo, impactando assim, na qualidade do registro de dados. Portanto, salienta-se a importância da conscientização e da capacitação desses profissionais frente ao preenchimento adequado das informações que alimentam os bancos de dados disponíveis para a população.

No tocante à idade materna, a faixa etária maior ou igual a 35 anos também foi encontrada em um estudo de caso-controle realizado no Irã, com 187 crianças, como fator de risco para fissura,¹⁵ bem como em um estudo brasileiro.¹³ Ademais, cres-

centes evidências científicas indicam que a idade materna avançada é fator associado ao desenvolvimento de anomalias congênitas.^{16,20} Isso se deve ao envelhecimento dos óvulos, os quais podem apresentar defeitos estruturais devido à idade avançada.^{16,20} Outro fator influenciador são as doenças crônicas pré-existentes, que podem debilitar o correto funcionamento do organismo feminino, acarretando prejuízos para o feto.^{16,20}

Contudo, paradoxalmente, encontrou-se um estudo de caso-controle realizado com 340 bebês no Vietnã, que apontou como faixa etária mais afetada, a população com idade até 24 anos.²¹ Na Argentina, um estudo de caso-controle com 13.444 bebês também demonstrou que mulheres com idade inferior a 19 anos tiveram mais chances de apresentarem filhos com fissura labial e/ou fenda palatina.¹⁸ Portanto, entende-se que a associação entre idade materna e desenvolvimento de fissura possui controvérsias na literatura, muito embora os resultados deste estudo tenham apontado maior risco da anomalia em mães com idade avançada. Uma hipótese para tais discrepâncias no tocante à idade materna pode estar relacionada à possíveis diferenças metodológicas dos estudos realizados, ou ainda a fatores confundidores das populações em estudo, que podem não ter sido identificados e/ou adequadamente controlados na execução da análise dos dados.

Neste estudo, a variável baixa escolaridade apresentou-se como fator de proteção no quadriênio de 2005 a 2008, porém sabe-se que a falta de informação é fator agravante na saúde, sendo a baixa escolaridade uma característica brasileira predominante no perfil de óbitos neonatais.^{5,6,21} Ressalta-se ainda que, de 2009 a 2016, a baixa escolaridade demonstrou-se como risco para a fissura, corroborando a literatura.²² Na Argentina verificou-se que a baixa escolaridade materna e paterna também são considerados fatores de risco para a fissura,¹⁸ bem como no Vietnã, onde a baixa escolaridade está associada a maiores chances de fissura.²¹

Com relação à presença de companheiro, este estudo apontou que a ausência de companheiro está associada à fissura labial e/ou fenda palatina, ratificando assim, achados de outros estudos.⁷⁻²³

Outro fator assistencial associado às crianças com fissura labial e/ou fenda palatina é o número insuficiente de consultas de pré-natal, inferior ao mínimo recomendado de sete. A qualidade e quantidade de consultas de pré-natal são primordiais para a segurança materno-infantil, estando ligadas diretamente com as taxas de óbito neonatal.²² Nesta mesma direção, sabe-se que bebês com fissura labial e/ou fenda palatina apresentam mais chances de

nascerem prematuros, conforme apontam conclusões de um estudo de revisão sistemática brasileiro.²³ Este fato pode estar diretamente ligado ao tipo de parto escolhido para o nascimento, pois cesarianas por conveniência não respeitam a maturidade do bebê, fazendo com que a ocorrência de prematuros apresentem taxas ascendentes.²³

Os resultados aqui encontrados permitem argumentar que nem sempre o número de consultas de pré-natal encontra-se ligado à baixa adesão das gestantes, já que, considerando a fissura labial e/ou fenda palatina como fator de risco para a prematuridade, a gestação pode ser interrompida precocemente. Entretanto, isso não justifica a não realização do número mínimo recomendável, pois, desde que diagnosticado, o bebê com fissura labial e/ou fenda palatina demanda maior acompanhamento e atenção, assim como a família a qual também necessita de cuidado e orientação.

Em relação ao tipo de parto, foi possível verificar que as crianças com presença de fissura labial e/ou fenda palatina nascem predominantemente por cesariana. Diante desse cenário, observa-se que o parto cesáreo tem sido realizado sem indicação clínica, muitas vezes, sob o argumento de proporcionar maior segurança e conforto para a parturiente.²⁴ O Brasil é reconhecido internacionalmente como o país com as mais altas taxas de cesáreas do mundo, sendo cerca de 40% no setor público e de 80 a 95% no setor privado.²⁵

No que diz respeito ao Apgar no 1º e 5º minuto, não foram encontrados estudos que corroborassem os achados do presente estudo. Porém, sabe-se que os bebês que apresentaram avaliação pelo índice de Apgar menor que sete no 1º e 5º minutos revelaram muito mais chances de evoluírem para a óbito dos que os bebês com escore acima de oito,²² fortalecendo a necessidade da oferta de assistência de qualidade no momento do parto, visando à diminuição dos riscos de morte dos bebês com fissura labial e/ou fenda palatina.

O sexo masculino, como fator de risco para a fissura labial e/ou fenda palatina, contrariamente à raça/cor não branca, a qual apresenta fator de proteção para o desenvolvimento da anomalia, corroboram os achados nacionais e internacionais, os quais também apontam o sexo feminino como fator protetor e por outro lado as raças brancas, amarela e indígena como sendo aquelas com maior predomínio da anomalia.^{22,23}

Um estudo, realizado paralelamente com os dados do último censo, no Brasil, evidenciou que não há diferença significativa no número de nascimentos entre as raças branca e parda na população

brasileira, sendo representadas por 41% e 47%, respectivamente.²⁴ Portanto, torna-se importante investigar se o fator de proteção ligado à raça/cor não branca não se encontra associado às diferenças regionais e de etnias brasileiras, o que fortalece a possibilidade do fator protetor na raça/cor não-branca.

Ademais, a maior prevalência de nascimentos com fissura labial e/ou fenda palatina se encontra nos continentes asiático e americano, representando 1/500 nascidos vivos, enquanto que, em populações africanas, a prevalência da anomalia se configura em 1/2500 nascidos vivos,¹⁷ reforçando os resultados deste estudo que trazem a raça/cor não branca como fator de proteção para a ocorrência de fissura labial e/ou fenda palatina no Brasil.

O baixo peso ao nascer apontado como fator de risco também reforça achados da literatura, fato que pode ser explicado pela via de parto escolhida, pois a maioria dos bebês com fissura labial e/ou fenda palatina nascem de cesariana agendada, o que significa que nem sempre já estejam maduros para o nascimento, sendo retirados da vida intrauterina antes da fase de ganho de peso.^{25,26}

Finalmente, cabe destacar que o desenvolvimento da criança com fissura labial e/ou fenda palatina deve ser acompanhado por uma equipe multi e interdisciplinar, com vistas a garantir que ela possa gozar de todos os recursos de tratamento disponíveis. Isto é relevante, ao considerar que, uma vez iniciada a terapêutica, de forma adequada e precoce, ampliam-se as chances de que o bebê com fissura labial e/ou fenda palatina tenha um desenvolvimento com qualidade de vida.²⁵⁻²⁷

Algumas limitações relacionadas ao uso de dados secundários, podem derivar da incompletude em relação ao preenchimento ou subnotificações, principalmente, tratando-se de um estudo ecológico, que compara diferentes regiões no Brasil. Ressalta-se ainda a impossibilidade de acesso a dados adicionais, como divisão da doença em síndrome e não síndrome, e hábitos maternos, que poderiam contribuir para o estudo, mas não estão disponíveis para a totalidade do país. Entretanto, salienta-se que os sistemas de informação são fundamentais no desenvolvimento de pesquisas de maior abrangência, como àquelas que buscam traçar o delineamento de um fenômeno em nível nacional. Reforça-se ainda a necessidade de novos estudos regionais com diferentes abordagens na tentativa de maior compressão dos achados.

Conclui-se pela necessidade de fortalecimento e criação de novas redes de atenção à saúde para a pessoa com fissura labial e/ou fenda palatina, sobre-

tudo, nas regiões com tendência de crescimento da prevalência deste agravo. É preciso que os profissionais estejam preparados para promover o cuidado adequado ao bebê com fissura labial e/ou fenda palatina e sua família, visando prestar assistência e informação qualificada desde o pré-natal, parto e pós-parto, e na identificação e acompanhamento precoce do bebê com fissura labial e/ou fenda palatina, de modo que a família se sinta segura e tranquila com a nova situação que irá vivenciar. Sugere-se a realização de mais estudos sobre a temática, fortalecendo o conhecimento acerca desta problemática tão importante.

Contribuição dos autores

Shibukawa BMC participou de todas as etapas (Planejamento, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo). Rissi GP realizou coleta, análise e interpretação dos dados e redação. Higarashi IH participou do planejamento. Oliveira RR participou do planejamento, análise e interpretação dos dados. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

Referências

- Lima LS, Ribeiro GS, Aquino SN, Volpe FMM, Martelli DRB, Swerts MSO, Paranaíba LMR, Júnior Martinelli H. Prevalência de sintomas depressivos em pacientes com fissuras labiopalatinas. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2015; 81 (2): 177-83.
- World Health Organization. Oral health, Information sheet of WHO, Genebra, Abril de 2012. Genebra; 2012. (WHO, Information sheet).
- Matthews JLK, Oddone-Paolucci E, Harrop RA. The Epidemiology of Cleft Lip and Palate in Canada, 1998 to 2007. *Cleft Palate-Craniofacial J.* 2015; 52 (4): 417-24.
- Santos LB. As experiências com a fissura labiopalatal e os processos de estigmatização [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2016.
- Sousa GFT, Roncalli AG. Orofacial clefts in Brazil and surgical rehabilitation under the Brazilian National Health System. *Braz Oral Res.* 2017; 31: e23.
- Holzinger ER, Li Q, Parker MM, Hetmanski JB, Marazita ML, Mangold E, Ludwig KU, Taub MA, Begum F, Murray JC, Albach-Hejazi H, Alqosayer K, Al-Souki G, Albasha Hejazi A, Scott AF, Beaty TH, Bailey-Wilson JE. Analysis of sequence data to identify potential risk variants for oral clefts in multiplex families. *Mol Genet Genomic Med.* 2017; 5(5):570-9.
- Nunem DPF, Boogaard MJH, Griot JPWD, Ruttermann M, Veken LT, Breugem CC. Elevated Infant Mortality Rate among Dutch Oral Cleft Cases: A Retrospective Analysis from 1997 to 2011. *Front Surg.* 2014; 48 (1): 1-4.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informação de Nascidos Vivos [online]. Brasília, Brasil; 2019. [acesso 20 mai 2019]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>.
- Brasil. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população. Resolução nº 3, de 26 de agosto de 2019. Diário Oficial da União 28 ago 2019; Seção 1.
- Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução No 466, de 16 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União 12 jun 2013; Seção 1.
- Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução No 510, de 07 de abril de 2016. Diário Oficial da União 98 mai 2016; Seção 1.
- Abreu MHNG, Lee KH, Luquetti DV, Starr JR. Temporal trend in the reported birth prevalence of cleft lip and/or cleft palate in Brazil, 2000 to 2013. *Birth Defects Res Part A Clin Mol Teratol.* 2016; 106 (9): 789-92.
- Coutinho ALF, Lima MC, Kitamura MAP, Neto JF, Pereira RM. Epidemiological characteristics of patients with orofacial clefts attending a Referral Center in Northeast Brazil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2009; 9 (2): 149-56.
- Gabriel GP, Chiquetto L, Morcillo AM, Carmo Ferreira M do, Bazan IGM, Daolio LD, Lemos JJR, Carniel EF. Avaliação das informações das Declarações de Nascidos Vivos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) em Campinas, São Paulo. *Rev Paul Pediatr.* 2014; 32 (3): 183-8.
- Cosme HW, Lima LS, Barbosa LG, Cosme HW, Lima LS, Barbosa LG. Prevalência de anomalias congênitas e fatores associados em recém-nascidos do município de São Paulo no período de 2010 a 2014. *Rev Paul Pediatr.* 2017; 35 (1): 33-8.
- Alves NCC, Feitosa KMA, Mendes MES, Caminha MFC. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017; 38 (4): e2017-0042.
- Silva HPV, Arruda TTS, Souza KSC, Bezerra JF, Leite GCP, Brito MEF, Gualberto VM, Lima DM, Luchessi AD, Bortolin RH, Ururahi MAG, Rezende AA. Risk factors and comorbidities in Brazilian patients with orofacial clefts. *Braz. Oral Res.* 2018; 32: e24.
- Oliveira RM, Leitao IMT de A, Aguiar LL, Oliveira AC de S, Gazos DM, Silva LMS da, Barros AA, Sampaio RL. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2015; 49 (1): 104-13.
- Jamilian A, Sarkarat F, Jafari M, Neshandar M, Amini E, Khosravi S, Ghassemi A. Family history and risk factors for

- cleft lip and palate patients and their associated anomalies. *Stomatol Balt Dent Maxillofac J.* 2017; 19 (3): 78-83.
20. Dien VHA, McKinney CM, Pisek A, Pitiphat W. Maternal exposures and risk of oral clefts in South Vietnam. *Birth Defects Res.* 2018; 110 (6): 527-37.
21. Gaiva MAM, Fujimori E, Sato APS, Gaiva MAM, Fujimori E, Sato APS. Maternal and child risk factors associated with neonatal mortality. *Texto Context - Enferm* 2016; 25 (4): e2290015.
22. Farinhas GV. Os sentidos produzidos nos discursos de mães frente ao nascimento de filhos com malformação labiopalatal e os recursos da rede do SUS disponibilizados para o cuidado [dissertação]. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul; 2017.
23. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, Schilithz AOC, Leal MC. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30 (supl. 1): S101-16.
24. Caldas ADR, Santos RV, Borges GM, Valente JG, Portela MC, Marinho GL. Infant mortality according to color or race based on the 2010 Population Census and national health information systems in Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33 (7): e00046516.
25. Hemati Z, Abbasi S, Paki S, Kiani D. The Effect of Happiness Training Based on Fordyce Model on Perceived Stress in the Mothers of Children with Cleft Lip and Palate. *Tabriz Univ Med Sci.* 2017; 6 (2): 173-81.
26. Magne F, Puchi Silva A, Carvajal B and Gotteland M. The Elevated Rate of Cesarean Section and Its Contribution to Non-Communicable Chronic Diseases in Latin America: The Growing Involvement of the Microbiota. *Front. Pediatr.* 2017; 5: 192.
27. Silva TP, Silva MM, Silva LJ, Silva IR, Leite JL. Especificidades contextuais do cuidado de enfermagem a criança em condição crônica hospitalizada. *Ciênc Cuid Saúde.* 2015; 14 (2): 1082-90.

Recebido em 25 de Outubro de 2018

Versão final apresentada em 17 de Junho de 2019

Aprovado em 2 de Julho de 2019