

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS FLORIANÓPOLIS
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Samira Santana Silva

**Avaliação comparativa da prevalência de anomalias dentárias de número, em crianças
com fissura labiopalatina e crianças sem fissura**

Florianópolis

2020

Samira Santana Silva

Avaliação comparativa da prevalência de anomalias dentárias de número, em crianças com fissura labiopalatina e crianças sem fissura

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Cirurgiã Dentista
Orientador: Prof.º Dr. Roberto Rocha

Florianópolis

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Samira Santana

Avaliação comparativa da prevalência de anomalias
dentárias de número, em crianças com fissura labiopalatina
e crianças sem fissura / Samira Santana Silva ; orientador,
Roberto Rocha, 2020.

79 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Odontologia, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Odontologia. 2. Fissura labiopalatina. 3. Anomalia
dentária. 4. Hipodontia. 5. Supranumerários. I. Rocha,
Roberto. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Graduação em Odontologia. III. Título.

Samira Santana Silva

Avaliação comparativa da prevalência de anomalias dentárias de número, em crianças com fissura labiopalatina e crianças sem fissura

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de “Cirurgiã Dentista” e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 17 de julho de 2020.

Prof.^a Gláucia Santos Zimmermann, Dra.
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof. Roberto Rocha, Dr.
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Carla Miranda Santana, Dra.
Avaliadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Gerson Luiz Ulema Ribeiro, Dr.
Avaliador
Universidade Federal de Santa Catarina

Àqueles que sempre estiveram do meu lado torcendo pelo meu sucesso, que são o meu maior porto seguro, que nunca mediram esforços e que me apoiaram incondicionalmente: minha família!

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a quem sempre olhou por mim e incansavelmente, guiou meus passos e iluminou toda a minha caminhada. À **Deus**, agradeço pela vida, por todas as bênçãos concebidas, pelas oportunidades que desfrutei e todas as dificuldades em que me ajudou a enfrentar. Obrigada por abrir meus caminhos e mostrar-me qual direção a seguir. Por confortar-me e nunca me deixar só. Direcionar minhas escolhas pelo caminho do bem e da verdade. Pelas pessoas colocadas em meu caminho e todo o aprendizado. Sem Ele nada disso seria possível e tenho a plena certeza que foi o Senhor que me conduziu até aqui!

Meu agradecimento especial aos meus pais, **Sidnei Silva e Cátia Sirlene Santana Silva**. Vocês são meus exemplos de força e perseverança, agradeço pelo amor incondicional, pelo apoio e incentivo incessantes, aos quais jamais serei capaz de retribuir tamanho afeto e carinho demonstrados diariamente. Obrigada por me educarem e me incentivarem a correr atrás dos meus sonhos, por terem dedicado suas vidas e seu amor a mim e a minhas irmãs, sem medirem esforços. Tudo o que sou é reflexo de vocês! Agradeço muito por permitirem que eu cumprisse nesta Universidade o meu sonho. Pai e mãe, dedico a vocês esta, bem como todas às minhas demais conquistas. A vocês meu eterno amor e gratidão!

A minhas irmãs, **Camila Santana Silva e Ana Laura Santana Silva**, minhas grandes amigas e pilares da minha existência. Juntas, fazemos da nossa família e da nossa casa o lugar para onde sempre queremos voltar. Termos umas às outras é a melhor herança deixada pelos nossos pais. Obrigada pelo amor e carinho de vocês! Também, deixo aqui o meu agradecimento ao meu cunhado **Cleber Souza**, que hoje faz parte da nossa família e a quem tenho como um irmão.

Ao meu namorado, **Alesson Alexandre Cardozo**, que mesmo quando longe sempre se fez presente de alguma forma. Obrigada por ser meu companheiro de vida, por todo o amor depositado, paciência e carinho durante cada semestre. Agradeço imensamente por estar ao meu lado durante grande parte da minha trajetória na UFSC, pelo incentivo em todos os momentos e durante todas as partes da elaboração deste trabalho. Há 4 anos, sou muito mais feliz por ter alguém como você ao meu lado, fazendo dos meus dias os mais leves e agradáveis. Obrigada por dividir comigo sua família, seus amigos, seus sonhos e sua vida. Saiba que te admiro de todas as formas possíveis e que te amo muito! Junto, estendo meu agradecimento a minha segunda família: **Jair Francisco Cardozo, Lucinéia Alexandre Cardozo e Natália Alexandre Cardozo**. Vocês são pessoas admiráveis, de bom caráter e que

estão sempre dispostos a ajudar o próximo. Ter vocês como família é um privilégio e eu sou muito grata por isso.

A minha avó materna **Célia Nunes Santana** (*in memoriam*), que hoje vive em meu coração, guia o meu caminho e minhas escolhas junto a Deus. Queria que daí de cima você pudesse ver o quanto estou feliz com a concretização desse sonho. Obrigada por ser minha estrela guia! Amo você e sinto sua falta.

Ao meu trio do coração, **Maria Fernanda Silva da Luz** e **Sinioly Cristina Machado**. Não sei em que momento nos tornamos tão unidas, mas encontrei em vocês uma conexão incrível. Obrigada pela companhia de todos os dias, por partilharem alegrias e tristezas, pela troca de conhecimento e experiências vividas não só na faculdade, mas as fora dela também. Juntas nos fortalecemos, aprendemos, erramos, amadurecemos, evoluímos e nos tornamos melhores. Obrigada por dividirem comigo não só esses anos de graduação, mas também suas vidas, seus corações e suas histórias. Gratidão a minha dupla de clínica **Maria Fernanda** por dividir o box e pela oportunidade de crescermos juntas dentro desse universo da Odontologia. Levarei um pouco de cada uma de vocês em meu coração, vocês fazem parte das melhores memórias que guardarei. Contem sempre comigo!

Agradeço ao meu orientador **Prof.º Dr. Roberto Rocha**, por permitir a realização deste trabalho e pelos conhecimentos transmitidos. Obrigada por não poupar esforços em dividir seu conhecimento e acender-me, um carinho especial pela Ortodontia. Você é um grande incentivador na busca do meu crescimento intelectual!

Aos membros da banca **Prof.ª Dra. Carla Miranda Santana** e **Prof.º Dr. Gerson Luiz Ulema Ribeiro**, junto ao **Prof.º Dr. Daltro Enéas Ritter** (membro suplente), por aceitarem tão prontamente o meu convite para fazer parte desse momento. Vocês são exemplos de profissionais, pesquisadores e de dedicação. Obrigada por compartilharem suas sabedorias, tempo e experiências.

A todos os **professores de Odontologia da UFSC**, que contribuíram para a minha formação. Sou grata pela paciência e dedicação de todos. Vocês me ensinaram a amar essa profissão e ter orgulho dessa Universidade. Principalmente, sou grata aos que mostraram que a técnica e o conhecimento são fundamentais, mas que o essencial mesmo é tudo aquilo que é feito com o coração.

Agradeço imensamente a **Universidade Federal de Santa Catarina**, por ter se tornado minha casa durante esses anos. Que me proporcionou uma educação de qualidade e um ambiente acadêmico extremamente diversificado e democrático. Capaz de expandir

minhas limitadas visões de mundo e vida. E que, sem a menor dúvida, me tornou um ser humano, uma cidadã e uma cirurgiã dentista muito melhor. Tenho orgulho e sempre levarei comigo seu nome.

Aos **funcionários do Centro de Ciências da Saúde (CCS)**, que além de cumprirem suas funções sempre foram muito prestativos com tudo que precisei. Saibam que o trabalho de vocês é fundamental para o funcionamento do nosso curso.

Agradeço aos meus **pacientes**, que depositaram sua confiança ao longo desta caminhada. Que além de proporcionarem meu crescimento profissional, ensinaram-me muito sobre o ser humano, sobre empatia e sobre a vida. Serei eternamente grata à confiança de vocês!

A todos, que de alguma forma contribuíram na minha caminhada até aqui, meu eterno agradecimento!

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar
uma alma humana seja apenas outra alma humana.”*

(Carl G. Jung, 1961)

RESUMO

As fissuras labiopalatinas são anomalias congênitas decorrentes por falhas no fusionalamento dos processos faciais, durante o desenvolvimento embrionário. Dentre as deformidades craniofaciais é a mais frequente e no Brasil atinge a incidência de 1:650 nascimentos. Na maioria das vezes esse defeito resulta em deficiência funcional e distúrbios psicossociais, necessitando de uma reabilitação multiprofissional. Além disso, por se tratar de uma anomalia que afeta a região facial, podem apresentar fatores que contribuem para anomalias dentárias. Desta forma, o objetivo deste estudo foi realizar uma avaliação comparativa de anomalias dentárias de número entre crianças com fissura labiopalatina, acompanhados pelo Núcleo de Atendimento a Pacientes com Deformidades Faciais (NAPADF) e, crianças sem fissura atendidos pela Disciplina de Estágio Supervisionado da Criança e do Adolescente (ESCA). A amostra foi composta por radiografias panorâmicas, de pacientes com faixa etária de 08 a 12 anos de idade, no período dos anos de 1996 a 2019. Após a seleção amostral, composta por 179 participantes, os dados necessários para a pesquisa foram coletados, juntos com as radiografias, que passaram pelo processo de escaneamento. Em pacientes com fissura labiopalatina, utilizou-se a classificação de Spina (1972) para avaliar o tipo de fissura. Os dados obtidos foram tabulados e a verificação da concordância intra e interexaminador foi realizada por meio do teste Kappa. A partir disto, apurou-se que, dos pacientes sem a malformação que apresentavam anomalia dentária de número, destacou-se a hipodontia dos segundos pré-molares. Quanto as crianças com fissura labiopalatina, evidenciou-se a hipodontia dos incisivos laterais superiores na região de fenda e, dos segundo pré-molares, fora dela. Com base nos resultados, foi possível verificar que indivíduos com fissura labiopalatina apresentam anomalias dentária de número com maior frequência, comparados aos sem fissura, estatisticamente significante.

Palavras-chave: Fissura labiopalatina. Anomalia dentária. Hipodontia. Supranumerários.

ABSTRACT

Cleft lip and palate are congenital anomalies resulting from failures in the fusion of facial processes during embryonic development. Among craniofacial deformities it is the most frequent and in Brazil it reaches an incidence of 1:650 births. Most of the time this defect results in functional disability and psychosocial disorders, requiring multiprofessional rehabilitation. In addition, because it is an anomaly that affects the facial region, they may have factors that contribute to dental anomalies. Thus, the objective of this study was to carry out a comparative evaluation of number dental anomalies among children with cleft lip and palate, followed by the Center for Assistance to Patients with Facial Deformities (NAPADF) and, children without cleft attended by the Supervised Internship Discipline for Children and of Adolescents (ESCA). The sample consisted of panoramic radiographs, from patients aged 8 to 12 years old, from 1996 to 2019. After selecting the sample, consisting of 179 participants, the necessary data for the research were collected, together with the radiographs, which went through the scanning process. In patients with cleft lip and palate, the classification by Spina (1972) was used to assess the type of cleft. The data obtained were tabulated and the verification of intra and interexaminer agreement was performed using the Kappa test. From this, it was found that, of the patients without the malformation who had dental anomaly number, the hypodontia of the second premolars stood out. As for the children with cleft lip and palate, the hypodontia of the upper lateral incisors was evident in the cleft region and, of the second premolars, outside it. Based on the results, it was possible to verify that individuals with cleft lip and palate present dental anomalies in greater numbers, compared to those without cleft, statistically significant.

Keywords: Cleft lip and palate. Dental anomalies. Hypodontia. Supernumerary.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Desenvolvimento da face humana	19
Figura 2 – Classificação das fissuras labiopalatinas, segundo Spina	23
Figura 3 – Fissura pré-forame incisivo unilateral completa do lado direito (A-B) e bilateral completa (C-D).....	24
Figura 4 – Fissura transforame incisivo unilateral do lado esquerdo (A-B) e bilateral (C-D)..	25
Figura 5 – Fissura pós- forame incisivo incompleta (A-B) e completa (C)	26
Figura 6 – Fissuras raras da face	26
Figura 7 – Distribuição (%) dos pacientes com fissura labiopalatina acompanhados pela disciplina do NAPADF, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).....	39
Figura 8 – Percentual (%) de pacientes com anomalia dentária de número, de acordo com sexo, atendidos pelas disciplinas do ESCA e NAPADF, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).....	40
Figura 9 – Percentual (%) de indivíduos com anomalia dentária de número, de acordo com a dentição, atendidos pelas disciplinas do ESCA e NAPADF, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).....	41
Figura 10 – Distribuição (%) dos elementos dentais que apresentam hipodontia, nos grupos CF e SF, atendidos pelas disciplinas do ESCA e NAPADF, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).....	42
Figura 11 – Distribuição (%) de acordo com os elementos dentais que apresentam hiperdontia, em pacientes de acordo com os grupos, atendidos pelas disciplinas do ESCA e NAPADF, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).....	43

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Distribuição dos pacientes de acordo com o sexo e idade, atendidos pelas disciplinas do ESCA e NAPADF, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). 37
- Tabela 2 – Distribuição em grupos e subclassificação, dos pacientes avaliados pelas disciplinas do ESCA e NAPADF, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). 38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CF – Com Fissura Labiopalatina

ESCA - Estágio Supervisionado da Criança e do Adolescente

NAPADF - Núcleo de Atendimento a Pacientes com Deformidades Faciais

PréFI – Pré-forame incisivo

PósFI – Pós-forame incisivo

SF - Sem Fissura Labiopalatina

TALE - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFI – Transforame incisivo

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE SÍMBOLOS

® Marca Registrada

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3	OBJETIVOS	32
3.1	OBJETIVO GERAL.....	32
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
4	METODOLOGIA	33
4.1	Delineamento do estudo	33
4.2	Aspectos éticos	33
4.3	Local do estudo	33
4.4	Seleção da amostra	33
4.4.1	<i>Crítérios de inclusão</i>	<i>34</i>
4.5	Método.....	34
4.5.1	<i>Fase I: procedimentos realizados para a coleta de dados</i>	<i>34</i>
4.5.2	<i>Fase II: Digitalização das radiografias panorâmicas</i>	<i>34</i>
4.5.3	<i>Fase III: Interpretação das radiografias panorâmicas.....</i>	<i>35</i>
4.5.4	<i>Fase IV: Descrição e exploração dos dados</i>	<i>35</i>
5	RESULTADOS	37
6	DISCUSSÃO	44
7	CONCLUSÃO.....	51
	REFERÊNCIAS.....	52
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Adultos	63
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Responsáveis por menores de idade participantes	66
	APÊNDICE C – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)	79
	APÊNDICE D – Quadro para coleta da amostra das crianças com fissura labiopalatina	71

APÊNDICE E – Quadro para coleta da amostra das crianças sem fissura labiopalatina	72
APÊNDICE F – Ficha de pesquisa	73
APÊNDICE G – Planilha de interpretação das radiografias.....	75
ANEXO A – Ata de apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso.....	76
ANEXO B – Parecer de aprovação do CEPESH-UFSC.....	77

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento embrionário facial é de extrema complexidade, e devido a este fator, qualquer falha que interfira neste momento, pode influenciar no surgimento de anomalias congênitas que afetam a face (FRANÇA; LOCKS, 2003). Dentre essas, destacam-se as fissuras labiopalatinas, consideradas as mais frequentes entre as malformações congênitas (SILVA FILHO; FREITAS, 2007; SILVA *et al.*, 2008).

Essa anomalia surge entre a 4^a e 12^a semana de vida intrauterina, resultante de falhas na fusão dos processos faciais embrionários (NEVES *et al.*, 2002; BARONEZA *et al.*, 2005; CERQUEIRA *et al.*, 2005; FIGUEIREDO *et al.*, 2008; MOORE; PERSAUD, 2008). Sua etiologia é complexa e de origem multifatorial, envolvendo interações de fatores genéticos e fatores ambientais. Na maioria das vezes, apresentam-se como um fator isolado, mas podem estar associada a síndromes (VASCONCELOS *et al.*, 2002; CERQUEIRA *et al.*, 2005; VERONEZ; TAVANO, 2005; SILVA, *et al.*, 2008; SILVEIRA; WEISE, 2008; CARRARO; DORNELLES; COLLARES, 2011).

Além das alterações relacionadas à estética, esses pacientes geralmente expressam dificuldades funcionais importantes, como na respiração, fonação, audição, sucção, mastigação e deglutição (VERONEZ; TAVANO, 2005; FARAJ; ANDRÉ, 2007; FIGUEIREDO *et al.*, 2008). De acordo com a dimensão da deformidade, apresentam alterações psicológicas e barreiras que dificultam a inclusão social (DOMINGUES *et al.*, 2011).

As fissuras podem ser classificadas, resultando no melhor entendimento da anomalia e elaboração de um plano de tratamento. O sistema mais utilizado, por apresentar-se de uma maneira mais didática, foi o proposto por Spina (1972). Sua referência anatômica é o forame incisivo e divide as fissuras em quatro grupos: Grupo I – Fissuras pré-forame incisivo; Grupo II - Fissuras transforame incisivo; Grupo III - Fissuras pós-forame incisivo e; Grupo IV - Fissuras raras da face.

Estudos mostram que indivíduos com a malformação manifestam uma maior propensão a alterações no desenvolvimento dentário, quando comparados aos sem a fenda. Essas alterações são determinadas na fase embriológica, durante a odontogênese, podendo a anomalia ser de número, forma, tamanho, posição e/ou erupção (CARVALHO; MESQUITA; AFONSO, 2011; HAQUE; ALAM, 2015). Dentre essas, as anomalias de número são

encontradas comumente. São caracterizadas pela ausência (hipodontia) ou excesso de elementos dentais (hiperdontia) (RANTA, 1986; NEVES *et al.*, 2002; TORRES *et al.*, 2015).

Com relação ao tratamento dos pacientes fissurados, este é complexo e considerado desafiador. Deve ser iniciado o mais precoce possível, juntamente com o envolvimento de uma equipe multidisciplinar, a fim de determinar o diagnóstico correto e contribuir para uma melhor qualidade de vida ao paciente (FARAJ; ANDRÉ, 2007). Pois, a carência de uma adequada intervenção, pode resultar em sequelas irreversíveis, influenciando na função e na estética facial (RAPOSO-DO-AMARAL; KUCZYNSKI; ALONSO, 2011).

O acompanhamento de um Cirurgião Dentista é de grande relevância e deve ser iniciado logo nos primeiros meses de vida do infante, juntamente com a participação do Ortodontista. Um correto acompanhamento, visando uma melhor adequação das demandas funcionais e da cavidade oral, proporciona resultados mais satisfatórios (FIGUEIREDO *et al.*, 2008).

Segundo Monlleó e Lopes (2006), no Brasil encontram-se 29 centros de atendimento às anomalias craniofaciais. Em Santa Catarina, podemos citar como exemplo, o Núcleo de Atendimento a Pacientes com Deformidades Faciais (NAPADF), que oferece atendimento gratuito a crianças e adultos, especialmente aos que possuem fissuras labiopalatinas. Instituído no ano de 1996, é considerado um dos centros de referência no Estado.

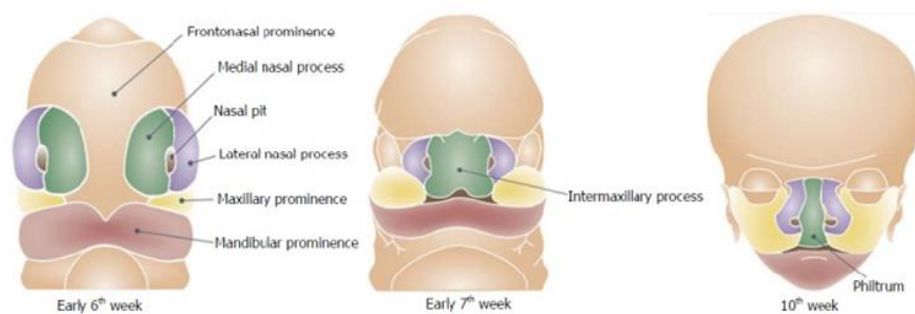
Diante disto, este estudo tem como objetivo verificar a prevalência de anomalias dentárias de número, a partir de análises radiográficas panorâmicas, em pacientes com faixa etária de 08 a 12 anos de idade, atendidos entre os anos de 1996 a 2019, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que apresentam fissura labiopalatina acompanhados pelo Núcleo de Atendimento a Pacientes com Deformidades Faciais (NAPADF) e, respectivamente, sem fissura atendidos pela Disciplina de Estágio Supervisionado da Criança e do Adolescente (ESCA).

2 REVISÃO DE LITERATURA

A formação da face primitiva inicia a partir da 4ª semana de vida intrauterina em volta do estomódeo ou cavidade bucal primitiva, depressão resultada do dobramento trilaminar do embrião. A face é formada por cinco primórdios, sendo eles: processo frontonasal, um par de processos maxilares e um par de processos mandibulares. O processo frontonasal origina dois placóides nasais, que dividem a porção inferior da proeminência em processos nasais mediais e laterais. A partir da 6ª semana de vida intrauterina, os processos nasais mediais se fundem e originam o segmento intermaxilar, porção média do lábio superior (*filtrum*) e septo nasal. Enquanto o processo nasal lateral, posteriormente formará a asa do nariz (Figura 1). Os processos maxilares e mandibulares, que são originados do primeiro par de arcos faríngeo, darão origem respectivamente à maxila e a mandíbula (MOORE; PERSAUD, 2008).

Já, o lábio inferior que é resultado da fusão das proeminências mandibulares é uma das primeiras partes da face a se formar. A porção lateral do lábio superior é oriunda dos processos maxilares, enquanto a porção mediana (*filtrum*) resulta da união dos processos nasais mediais (MOORE; PERSAUD, 2008).

Figura 1 - Desenvolvimento da face humana.



Fonte: Smarius et al. (2017)

A formação do palato ocorre em dois estágios, através do desenvolvimento do palato primário e palato secundário. O palato primário inicia seu desenvolvimento a partir da 6ª semana de vida intrauterina. É derivado da união dos processos nasais mediais, que ao se

unirem, formam o segmento intermaxilar, também chamado de pré-maxila. Na vida adulta, o palato primário representa uma pequena parte da porção do palato duro, que se localiza anterior ao forame incisivo (MOORE; PERSAUD, 2008).

Enquanto, a formação do palato secundário, irá iriginar o palato duro e mole, ocorre entre a 7ª e 8ª semana. Desenvolvem-se dos processos palatinos laterais, que são gerados a partir de faces internas dos processos maxilares. Os processos palatinos laterais, passam por um processo de alongamento e tomam a posição horizontal superior a língua, e que logo após ao acontecimento, aproximam-se gradualmente até fundirem-se na região de linha média formando a rafe palatina. Os processos se unem, até na 12ª semana de vida intrauterina, ao septo nasal e palato primário, dando finalização a palatogênese (MOORE; PERSAUD, 2008).

Neville *et al.* (2009) afirmam que: “A formação da face e da cavidade oral é de natureza complexa e envolve o desenvolvimento de múltiplos processos teciduais que devem se unir e fundir de modo muito ordenado”. Assim, qualquer perturbação que ocorra durante a fusão e no crescimento destes processos teciduais poderá acarretar em malformações craniofaciais. Coadunando com esta posição, os autores França e Locks (2003) afirmam que essa complexidade do desenvolvimento facial embrionário corrobora para o surgimento de anomalias congênitas que afetam a face.

Dentre as malformações congênitas craniofaciais mais constatadas no nascimento de um indivíduo, destacam-se as fissuras labiopalatinas (SILVA FILHO; FREITAS, 2007; SILVA *et al.*, 2008; DI NINNO *et al.*, 2011). A palavra fissura vem de origem latina, que significa fenda, abertura. Pode estar presente em qualquer região da face e do crânio, no tecido mole e/ou esqueleto (SILVA FILHO; FREITAS, 2007). Capelozza Filho *et al.* (1988) conceituam as fissuras labiopalatinas como: “Anomalias faciais congênitas, resultantes de qualquer alteração no decorrer do desenvolvimento embrionário, que podem variar desde pequenas assimetrias até defeitos com maiores comprometimentos estéticos e funcionais.”

Esta anomalia facial, desenvolve-se principalmente entre a 4ª e a 12ª semana de gestação. Portanto, denota-se que a fissura se constitui, precocemente na vida intrauterina (KATCHBURIAN; ARANA, 2004; SILVEIRA; WEISE, 2008; NEVILLE *et al.*, 2009; GARIB *et al.*, 2010; DI NINNO *et al.*, 2011).

Diante disto, compreende-se a grande importância do diagnóstico pré-natal, pois possibilita que os pais recebam um aconselhamento direcionado aos cuidados da criança e além disso, um contato precoce com uma equipe multidisciplinar, na qual irá intervir de uma

forma mais efetiva desde primeiros meses do infante (SMARIUS *et al.*, 2017). Este suporte é de suma importância para se alcançar um bem comum: um indivíduo integrado a sociedade e saudável (CARRARO; DORNELLES; COLLARES, 2011).

Hoje devido aos avanços tecnológicos, através do exame ultrassonográfico morfológico é possível antever esta alteração, assim possibilitando este aconselhamento precoce (BUNDUKI *et al.*, 2001). Entretanto, nesta fase do desenvolvimento da criança durante a gestação, não é possível intervir com um tratamento direto, mas deve-se trabalhar na aceitação dos pais. Pois, para estes, ainda há um grande impacto com o nascimento de uma criança que apresenta a malformação (AUGUSTO; BORDON; DUARTE, 2002).

Além disso, sabe-se que o desmame precoce é alto. Isso se dá pela dificuldade e insegurança da mãe ao lidar com as necessidades apresentadas pela criança. Assim, Silveira e Weise (2008) sugerem: “Maior divulgação das reais condições de desenvolvimento normal do portador de fissura labiopalatina, acolhimento da mãe pela família, profissionais e a sociedade em geral”. Essa dificuldade de alimentação pode causar um déficit de crescimento, influenciar no estado nutricional da criança, afetando na maioria dos casos à correção cirúrgica desta anomalia (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000; DALBEN *et al.*, 2002).

Sua etiologia é considerada complexa e de origem multifatorial, isto quer dizer, ocorrem através de interação de fatores genéticos e/ou fatores ambientais (FENHA; SANTOS; FIGUEIRA, 2000; SILVA FILHO; FREITAS, 2007; SILVEIRA; WEISE, 2008; CARRARO, DORNELLES; COLLARES, 2011; SOUZA; RASKIN, 2013; PRADO *et al.*, 2018). Segundo Capelozza Filho *et al.* (1988) a hereditariedade é um fator que constitui cerca de 30% dos casos de fissura labiopalatinas e, portanto, os outros 70%, decorrem dos fatores ambientais.

Para Bahia e Abujamra (2009) e outros estudiosos, as fissuras estão ligadas não apenas a um fator responsável, mas sim, por uma combinação destes. Pode-se citar como exemplo, o excesso de tabagismo, a idade avançada dos pais, alcoolismo, uso de produtos químicos nocivos, doenças ocorridas durante a gestação, exposição a radiação da mulher grávida nos primeiros meses, deficiência de ácido fólico, ingestão de drogas (MENEZES; VIEIRA, 2008; NEVILLE *et al.*, 2009). Ingestão de anti-inflamatório e a poluição também são citados na literatura (LOFFREDO *et al.*, 1994).

Na maioria das vezes, apresentam-se como um fenômeno isolado, mas podem estar associadas a síndromes. Para Neville *et al.* (2009), entre 3% a 8% dos casos de fissuras estão

associadas a síndromes, onde a mais frequente apontada na literatura é a Síndrome de Pierre Robin (VASCONCELOS *et al.*, 2002; CERQUEIRA *et al.*, 2005; VERONEZ; TAVANO, 2005; SILVA *et al.*, 2008; COSTA; TAKESHITA; FARAH, 2013).

Com relação a incidência dos pacientes com fenda, os estudos acentuam que o sexo masculino é o mais afetado por fissura pré-forame incisivo e transforame incisivo, enquanto o gênero feminino pela pós-forame incisivo (LOFFREDO *et al.*, 1994; SHAPIRA *et al.*, 2000; BARONEZA *et al.*, 2005; MARTELLI-JUNIOR *et al.*, 2007; NUNES; QUELUZ; PEREIRA, 2007; COUTINHO *et al.*, 2009; GARDENAL *et al.*, 2011). Quando se refere à etnia, os leocodermas são apontados como os mais afetados (SOUZA-FREITAS *et al.*, 2004; CARVALHO; TAVANO, 2008; MENEZES *et al.*, 2010; GARDENAL *et al.*, 2011). Coadunando, de acordo com Silva *et al.* (2008) e Costa, Takeshita e Farah (2013) verificaram que 92% e 81,84% de suas amostras eram pacientes leocodermas.

Quanto a classe social, estudos associam as fissuras com o baixo nível socioeconômico (BARONEZA *et al.*, 2005; CERQUEIRA *et al.*, 2005; POLETTA *et al.*, 2007). Confirmando, Souza-Freitas *et al.* (2004) demonstram que a maioria dos pacientes pertencem ao nível socioeconômico baixo, dentre esses 71,4%. Porém, Di Ninno *et al.* (2011) afirma que quanto ao padrão de gênero, etnia, classe social e/ou econômica, as fissuras labiopalatinas, podem acometer a todos, indistintamente.

Apesar de serem encontradas variações entre grupos étnicos e regiões geográficas, a ocorrência de crianças com esta malformação no Brasil é um número de relevância, pois, estima-se que a incidência de fissurados na população brasileira seja de 1 para cada 650 nascidos vivos (1:650) (NAGEM FILHO; MORAES; ROCHA, 1968; OLIVEIRA; CAPELOZZA; CARVALHO, 1996; FIGUEIREDO *et al.*, 2008; GARIB *et al.*, 2010). Para Loffredo, Freitas e Grigolli (2001) as regiões brasileiras com um maior número percentual de pacientes com fenda são o Centro-Oeste, Sudeste e a Região Sul.

Sabe-se que as consequências que as fendas são capazes de ocasionar aos indivíduos dependem de sua localização e extensão. As fissuras podem ser classificadas para um melhor entendimento e elaboração de um plano de tratamento. O sistema mais utilizado, por apresentar-se de uma maneira mais didática, foi proposto por Spina (1972). Sua referência anatômica é o forame incisivo e divide as fissuras em quatro grupos: Grupo I – Fissuras pré-forame incisivo; Grupo II - Fissuras transforame incisivo; Grupo III - Fissuras pós-forame incisivo e Grupo IV - Fissuras raras da face.

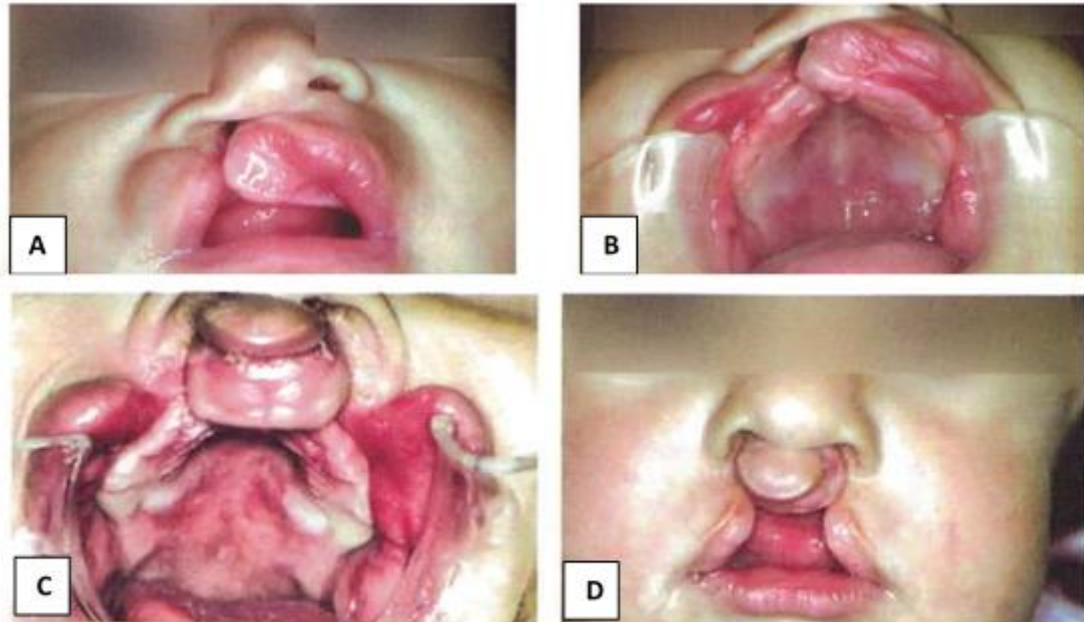
Figura 2 - Classificação das fissuras labiopalatinas, segundo Spina

<p>Grupo I – Fissuras pré-forame incisivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unilateral <ul style="list-style-type: none"> direita <ul style="list-style-type: none"> completa incompleta esquerda <ul style="list-style-type: none"> completa incompleta • Bilateral <ul style="list-style-type: none"> completa incompleta • Mediana <ul style="list-style-type: none"> completa incompleta
<p>Grupo II – Fissuras transforame incisivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unilateral <ul style="list-style-type: none"> direita esquerda • Bilateral • Mediana
<p>Grupo III – Fissuras pós-forame incisivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Completa • Incompleta
<p>Grupo IV – Fissuras raras da face</p>	

Fonte: Trindade e Silva Filho (2007)

Grupo I - fissuras pré-forame incisivo: ocorrem anterior ao forame incisivo, pela ausência de fusão da pré-maxila e os processos palatinos. Podem apresentar-se de forma unilateral, do lado direito ou esquerdo, ou ser bilateral localizando-se em ambos os lados. Ainda, são subdivididas em completas ou incompletas, apresentando-se como somente uma fibrose cicatricial no lábio ou chegar até o rompimento completo do lábio, rebordo alveolar e assoalho nasal. Em casos mais raros podem ocorrer a falha na fusão dos processos medianos entre si, ocasionando a fissura pré-forame incisivo mediana, de forma completa ou incompleta (TRINDADE; SILVA FILHO, 2007).

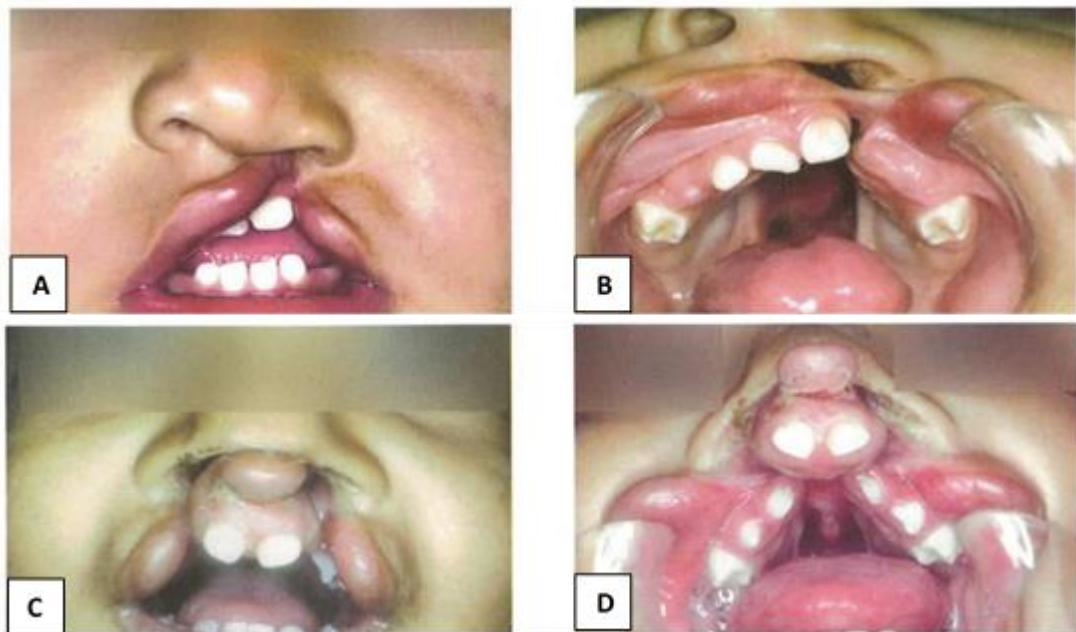
Figura 3 - Fissura pré-forame incisivo unilateral completa do lado direito (A-B) e bilateral completa (C-D)



Fonte: Trindade e Silva Filho (2007)

Grupo II - fissuras transforame incisivo: envolvem concomitantemente palato primário e secundário. É gerada pela falha na fusão dos processos maxilares, palatinos e nasais medianos. Podem ser unilaterais ou bilaterais, iniciando a ruptura total na região do lábio e percorrendo o rebordo alveolar, palato mole, palato duro e úvula. Elas acometem cerca de metade dos indivíduos com fissura e são consideradas desafiadoras, devido sua extensão e gravidade dos defeitos anatômicos impostos por ela (TRINDADE; SILVA FILHO, 2007).

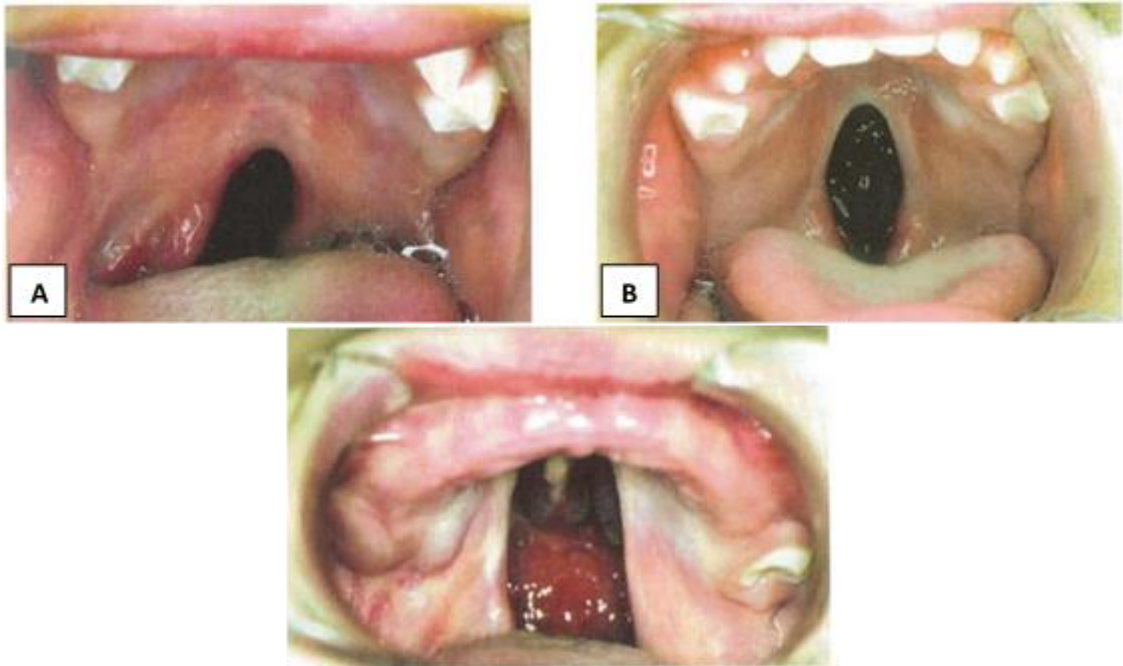
Figura 4 - Fissura transforame incisivo unilateral do lado esquerdo (A-B) e bilateral (C-D)



Fonte: Trindade e Silva Filho (2007)

Grupo III - fissuras pós-forame incisivo: são originadas da falha na fusão entre os processos palatinos. Também apresentam uma variedade clínica de acordo com a sua gravidade, podendo ser incompletas, atingindo parte do palato duro ou mole, ou são caracterizadas como completas, iniciando na região de forame incisivo atravessando até a úvula. Normalmente, neste tipo de fissura não se observa comprometimentos estéticos (TRINDADE; SILVA FILHO, 2007).

Figura 5 - Fissura pós- forame incisivo incompleta (A-B) e completa (C)



Fonte: Trindade e Silva Filho (2007)

Grupo IV - fissuras raras da face: podem ser oblíquas ou transversais e envolverem estruturas como nariz, pálpebras, bochechas, entre outros (TRINDADE; SILVA FILHO, 2007).

Figura 6 - Fissuras raras da face



Fonte: Trindade e Silva Filho (2007)

As fissuras podem ocasionar implicações de ordem estética e funcionais, bem como dificuldades na fonação, sucção, audição, mastigação e deglutição, influenciando no desenvolvimento físico, fisiológico, psicológico e na adaptação social do indivíduo (VERONEZ; TAVANO, 2005; FARAJ; ANDRÉ, 2007; SILVA *et al.*, 2008; BAHIA; ABUJAMRA, 2009; DUTRA *et al.*, 2012). Além dessas alterações, os pacientes enfrentam inúmeras dificuldades, como a vergonha, a insegurança, a baixa autoestima, o medo e assim, evitam o contato social, resultando no atraso do seu desenvolvimento (DOMINGUES *et al.*, 2011; ROSA; SERRA, 2011).

Estudos mostram que as crianças com fissuras labiopalatinas são apontadas como as mais propensas a apresentarem alterações no seu desenvolvimento dentário. Podendo a anomalia ser de número, forma, tamanho, posição e/ou erupção, bem como apresentar defeitos de desenvolvimento do esmalte (SHAPIRA, LUBIT, KUFTINEC, 2000; LETRA *et al.*, 2007; FIGUEIREDO *et al.*, 2008; MENEZES; VIEIRA, 2008; ACKAM *et al.*, 2010; MENEZES *et al.*, 2010; PEDRO *et al.*, 2010; HAQUE; ALAM, 2015).

Desta forma, as anomalias dentárias são variações da anormalidade, que acabam ocorrendo de forma isolada ou associadas a alguma síndrome. São determinadas na fase embriológica, durante a odontogênese e podem estar correlacionadas a hereditariedade, fatores ambientais ou apresentam-se de forma idiopática (NEVILLE *et al.*, 2009; SALGADO; MESQUITA; AFONSO, 2012). Para uma análise mais criteriosa e a realização de um planejamento de tratamento adequado Mastrantonio, Castilho e Carrara (2009) sugerem a associação de exame clínico e radiográfico como indispensáveis e essenciais para o diagnóstico. Dentre as anomalias dentárias, as de número são recorrentemente encontradas em pacientes fissurados (RANTA, 1986; NEVES *et al.*, 2002; TORRES *et al.*, 2015).

Uma das anomalias dentárias mais comumente encontradas na dentição humana, é a hipodontia (OLIVEIRA; CAPELOZZA; CARVALHO, 1996; POLDER *et al.*, 2004). É caracterizada pela ausência do germe dentário, estrutura embrionária em que se deriva o elemento dental e suas estruturas de suporte (OLIVEIRA; CAPELOZZA; CARVALHO, 1996). Sua identificação pode ser através da contagem de dentes presentes na boca do indivíduo, durante o exame clínico ou através do exame radiográfico (WHITE; PAROAH, 2007; GOMES *et al.*, 2010). Pode envolver dentadura decídua ou permanente, mas é considerada rara na decídua (NEVILEE *et al.*, 2009). O termo hipodontia é utilizado ao ser observada a ausência de um ou de até seis dentes, enquanto anodontia é considerada uma

condição rara e refere-se a falta completa dos elementos dentários, e a oligodontia, quando atinge um número maior do que seis (RANTA, 1986; NEVES *et al.*, 2002; TORRES *et al.*, 2015). Para Neville *et al.* (2009), os terceiros molares são comumente os mais afetados, seguido dos segundos pré-molares e incisivos laterais.

Geralmente essa anomalia pode estar associada a outras, como por exemplo, retenção dos dentes decíduos, erupção ectópica, taurodontismo e dentes conóides (GOMES *et al.*, 2010). De acordo com Polder *et al.* (2004), podem ser consideradas comuns quando acomete segundos pré-molares inferiores/superiores e os incisivos laterais superiores e raras, ao atingirem segundos molares superiores, caninos inferiores, primeiros molares inferiores e incisivos centrais superiores. Além disso, demonstram uma maior prevalência em leocodermas.

Em pacientes com fenda, a hipodontia geralmente ocorre no mesmo lado da fenda, acometendo tanto os dentes decíduos como os permanentes, sendo que sua incidência é constatada maior na dentição permanente. O dente comumente mais afetado é o incisivo lateral superior, ao lado da fissura. Em seguida, os segundos pré-molares superiores, ocorrendo fora da região atingida pela fenda (RANTA, 1986; SHAPIRA *et al.*, 2000; NEVES *et al.*, 2002; SALGADO; FIGUEIREDO *et al.*, 2008; MESQUITA; AFONSO, 2012). De acordo com Corrêa *et al.* (2015), a hipodontia do incisivo lateral superior é a anomalia constatada com maior frequência, em 77,8%.

Logo, a hiperdontia, também chamada de supranumerários ou extranumerários, é descrita como excesso de números de dentes, ou seja, quantidade fisiológica de dentes além das que constituem as arcadas dentárias. Podem estar presente tanto na dentição decídua quanto na permanente, erupcionados ou inclusos, único ou múltiplos (RANTA, 1986; NEVES *et al.*, 2002; WHITE; PAROAH, 2007; NUNES *et al.*, 2015; TORRES *et al.*, 2015; CONCEIÇÃO *et al.*, 2016), devido a hiperatividade da lâmina dental (FERNANDES; OLIVEIRA; CONCEIÇÃO *et al.*, 2016). Na grande maioria das vezes são assintomáticos e podem estar associados a problemas clínicos (SANTOS *et al.*, 2009).

A classificação pode se dar de acordo com sua localização e morfologia. Quanto a localização, são denominados mesiodens quando presente entre os incisivos centrais superiores, paramolares ao serem encontrados entre molares, parapremolares entre pré-molares e distomolares ao serem localizados distalmente ao terceiro molar. Enquanto a sua morfologia, são denominados suplementares quando o formato e tamanho são semelhantes de um dente normal ou rudimentares, ao serem encontrados de forma e tamanho diferenciado

(HATTAB, 2014). Os rudimentares, ainda podem ser classificados como conóides (ao apresentando-se pequenos e cônicos), tuberculados (em formato de barril e com mais de uma cúspide) e molariformes (com semelhança a pré-molares e molares) (NEVILLE *et al.*, 2009). A presença dos supranumerários é menos recorrente quando comparados às hipodontias e na maioria dos casos, na população o dente mais afetado é o incisivo lateral superior, em seguida os primeiros e segundos pré-molares inferiores (SLAYTON *et al.*, 2013). Para Neville *et al.* (2009): “O mesiodente conóide representa um dos dentes supranumerários mais comuns e pode irromper espontaneamente, enquanto que os tuberculados são menos frequentes e de erupção rara.”

É fundamental que o tratamento e reabilitação de indivíduos com fissura labiopalatina sejam realizados de uma forma multidisciplinar, integrada e especializada, devido as grandes alterações encontradas. Essa abordagem deve ser desempenhada por profissionais da área da Medicina, Odontologia, Fonoaudiologia, Psicologia, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Pedagogia e o Serviço Social (RODA; LOPES, 2008; SILVA *et al.*, 2008; COUTINHO *et al.*, 2009; ALONSO *et al.*, 2010; ANTUNES *et al.*, 2014). Em razão do seu impacto na estética, fala, audição, cognição, autoestima e influência na integração social, autores como Ribeiro e Moreira (2005) e Antunes *et al.* (2014) ressaltam a grande importância deste acompanhamento por especialistas e além disso, que seja iniciado o mais precocemente possível. Neste sentido, Faraj e André (2007) se posicionam afirmando a relevância do tratamento ser iniciado logo ao nascimento, visando uma melhor adequação das demandas funcionais e da cavidade oral.

Salienta-se que o tratamento das fissuras labiopalatinas é corretivo e ocorre de forma cirúrgica. Contudo, esses procedimentos dependerão da gravidade do comprometimento do lábio e/ou palato, pois, cada paciente apresenta um determinado quadro clínico, requerendo ou não, diferentes e múltiplas intervenções (CERQUEIRA *et al.*, 2005; ALONSO *et al.*, 2010; GARIB *et al.*, 2010; CUNHA *et al.*, 2017). Assim, expõem Garib *et al.* (2010) que: “O processo de reabilitação das fissuras inicia-se com as cirurgias plásticas primárias, queiloplastia e palatoplastia, realizadas nos primeiros meses e nos primeiros anos de vida, respectivamente.”

A reabilitação anatômica geralmente inicia com as cirurgias chamadas primárias, que tem por objetivo de fornecer o fechamento do lábio (queiloplastia) e/ou palato (palatoplastia). São realizadas na primeira infância, com a finalidade de reconstrução do defeito morfológico.

Junto com as demais abordagens terapêuticas, é considerada essencial para a reabilitação do indivíduo com fissura (TRINDADE; SILVA FILHO, 2007). A queiloplastia pode ser executada aos 03 meses de vida do indivíduo, e tem como objetivo o reestabelecimento estético e funcional muscular da região orbicular dos lábios. Enquanto a palatoplastia, geralmente é realizada entre os 12 e 18 meses de vida e apresenta como objetivo, a reconstrução anatômica que diferencia e separa a cavidade oral da nasal. É eficaz para o desenvolvimento da fala, além de corrigir as condições anatômicas e assim, gerar um favorecimento das funções velofaríngeas (PETERSON, 2005; DI NINNO *et al.*, 2011).

Entretanto, as cirurgias primárias podem exercer influências negativas no que se refere ao arco dentário superior. Conforme o seu desenvolvimento e crescimento ao longo do tempo, podem desenvolver as atresias, faces retrognáticas e perfil côncavo, principalmente quando se refere a pacientes com fissuras transforame incisivo (RIBEIRO; MOREIRA, 2005; SILVA FILHO; OZAWA; BORGES, 2007; FIGUEIREDO *et al.*, 2008).

Outra alternativa de tratamento para os casos com envolvimento do rebordo alveolar, é a cirurgia de enxerto ósseo, que geralmente são realizadas ao final da dentadura mista e antes da erupção dos caninos permanentes. A descontinuidade gerada pela fissura no rebordo alveolar é reparada através do seu preenchimento. Este procedimento proporciona o restabelecimento das funções estéticas e funcionais do rebordo alveolar, criando um suporte para que ocorra o movimento dentário espontâneo ou então que se realize a indução de forma ortodôntica (SILVA FILHO; OZAWA; BORGES, 2007; TRINDADE; SILVA FILHO, 2007; CARRARO; DORNELLES; COLLARES, 2011).

Todavia, a intervenção cirúrgica pode superar e muito ao que se refere o tempo correto do procedimento, pois segundo Neville *et al.* (2009) tudo dependerá da variação referente à filosofia trilhada pela equipe de profissionais, podendo esta adotar inúmeras condutas distintas.

Portanto, todo tratamento a que é submetido o paciente, exige-se o máximo de comprometimento da equipe multidisciplinar envolvida no caso, devendo essa intervenção ser metódica e muito bem elaborada, pois quando se há a abordagem correta, a condição de vida do paciente melhora, gerando uma evolução na sua interação social, além de ser um estímulo na continuidade de todo o acompanhamento. Resultando assim, em uma modificação da autoestima e das relações interpessoais, diante da terapêutica realizada (VERONEZ; TAVANO, 2005).

O acompanhamento de um Cirurgião Dentista é fundamental e deve ser iniciado logo nos primeiros meses de vida do infante. É de grande relevância o papel que o Ortodontista exerce no diagnóstico e no tratamento, afim de minimizar as alterações nos arcos dentários e no crescimento facial proporcionados pela malformação. Além disso, destaca-se também a suma importância da participação do Odontopediatra, enfatizando nas orientações, educação e prevenção de doenças bucais (TANNURE; MOLITERNO, 2007). Um correto acompanhamento, visa uma melhor adequação das demandas funcionais e da cavidade oral, proporcionando resultados mais satisfatórios (FIGUEIREDO *et al.*, 2008).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliação comparativa de anomalias dentárias de número entre crianças com fissura labiopalatina e crianças sem fissura.

3.2 Objetivos Específicos

- Analisar a prevalência de anomalias dentárias de número em crianças de 08 a 12 anos de idade;
- Verificar a prevalência de anomalias dentárias de número em crianças de 08 a 12 anos de idade, que apresentam fissura labiopalatina;
- Avaliar o tipo de fissura labiopalatina mais frequente com anomalia dentária de número.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de natureza básica, transversal e retrospectivo de uma amostra radiográfica composta por crianças com fissura labiopalatina e sem fissura. Os resultados foram avaliados de forma quantitativa e descritiva.

4.2 Aspectos éticos

Seguindo os critérios éticos, o projeto que deu origem a esta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), de acordo com o parecer número 3.590.072, expedido no dia 21 de setembro de 2019 (Anexo A).

Antes de iniciar o estudo, foi apresentado aos pacientes e responsáveis os objetivos da pesquisa a ser realizada e em seguida, foram convidados a participarem. Foi entregue e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), nos casos de pacientes menores de idade participantes, o responsável recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) (TCLE) e o menor recebeu o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndice C). Após a assinatura, foi esclarecido novamente o caráter voluntário da pesquisa e que a qualquer momento sua participação, caso fosse sua preferência, poderia ser interrompida. Também foi elucidado e reforçado que haverá sigilo quanto aos dados coletados e que a pesquisa não gera custos e/ou despesas para os participantes.

4.3 Local do estudo

O levantamento de dados utilizados para a pesquisa foi realizado pela própria pesquisadora na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), localizada na cidade de Florianópolis - SC e ocorreram entre os meses de outubro/dezembro, no ano de 2019.

4.4 Seleção da amostra

A amostra foi composta por crianças sem fissura, acompanhadas pelas Disciplinas do Estágio Supervisionado da Criança e do Adolescente (ESCA) e, crianças com fissura labiopalatina, atendidas no Núcleo de Atendimento a Pacientes com Deformidades Faciais (NAPADF), de ambos os sexos, entre os anos de 1996 a 2019.

4.4.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos na amostra pacientes que apresentavam prontuários com informações completas, radiografia panorâmica de boa qualidade e datada, cuja a criança apresentasse na época do exame a faixa etária de 08 a 12 anos de idade, entre os anos de 1996 a 2019 e que aceitaram participar da pesquisa, bem como seus responsáveis. Estes critérios foram seguidos até a obtenção de uma amostra de 179 indivíduos, sendo estes, 125 sem fissura e 54 com fissura labiopalatina.

4.5 Método

4.5.1 Fase I: procedimentos realizados para a coleta de dados

Inicialmente foram desenvolvidos dois quadros (Apêndice D e E), elaborado no programa Microsoft Office Excel 2010® (Microsoft, Redmond - EUA). Os dados coletados no quadro (Apêndice D) foram dos pacientes com fissura e as informações incluíam: nome completo, data de nascimento, sexo, tipo de fissura e radiografias compreendidas na idade estabelecida. Enquanto, no quadro (Apêndice E) foram colhidas informações dos pacientes sem fissura, como: nome completo, data de nascimento, sexo, número de prontuário e radiografia panorâmica.

4.5.2 Fase II: Digitalização das radiografias panorâmicas

Todas as radiografias foram digitalizadas através do scanner da marca HP (Hewlett-Packard Company, Palo Alto, CA, EUA), modelo Scanjet G4050, do próprio setor da Disciplina de Ortodontia da UFSC, utilizando programa Digitalização HP. Além disso, foram mantidos o contraste indicado pelo programa e os níveis padrão de brilho. As imagens foram salvas no formato JPEG (Joint Photographics Experts Group). Após realizado o processo de digitalização, as imagens foram recortadas a fim de excluir a região que identificava, de

alguma forma, o paciente participante da pesquisa. Ainda, foi criada uma legenda formada por números aleatórios para identificar os arquivos salvos das imagens.

4.5.3 Fase III: Interpretação das radiografias panorâmicas

As interpretações radiográficas foram realizadas por duas examinadoras, submetidas à análise de concordância intraexaminador (cálculo realizado sobre a concordância entre o mesmo examinador) e interexaminador (cálculo realizado sobre a concordância entre os examinadores) por meio do teste de Kappa, levando-se em conta os seguintes valores propostos por Landis e Koch (1977) para avaliar o nível concordância: <0 (pobre), 0-0,20 (leve), 0,21-0,40 (razoável), 0,41-0,60 (moderada), 0,61-0,80 (substancial), 0,81-1,0 (concordância quase perfeita). Os valores atingidos foram (Kappa>0,95) intra e interexaminador, respectivamente, indicando assim, uma concordância quase perfeita (Kappa=0,81-1,0).

As anotações de cada radiografia foram realizadas em uma ficha (Apêndice F), devidamente desenvolvida para esse estudo e elaborada no programa Microsoft Word 2010® (Microsoft, Redmond - EUA). Esta ficha contém: número de identificação para cada paciente, nome, data de nascimento, idade, sexo, onde realizou-se o atendimento, tipo de fissura, presença ou ausência de anomalia dentária de número na dentição decídua e/ou permanente e localização.

Quando avaliadas as anomalias dentárias de número, foram anotadas todas as ausências dentárias observadas nas radiografias como hipodontia, exceto os terceiros molares e dentes que apresentavam histórico de exodontia previamente apresentados no prontuário clínico. E, foram registrados como hiperdontia quando observado um número maior de dentes, tal seja, além do esperado. Quanto as outras radiografias que estavam disponíveis junto ao arquivo, como as periapicais, estas foram utilizadas para a confirmação do diagnóstico.

4.5.4 Fase IV: Descrição e exploração dos dados

Após a interpretação das radiografias, os dados coletados nas fichas (Apêndice F), foram organizados em uma planilha no programa Microsoft Office Excel 2010® (Microsoft, Redmond - EUA) (Apêndice G).

Os participantes foram divididos em grupos:

- Grupo CF: com fissura labiopalatina;
- Grupo SF: sem fissura labiopalatina.

Ainda no Grupo CF, os participantes foram subclassificados de acordo com o tipo de fissura, baseando-se na classificação proposta por Spina (1972):

- PréFI: pré-forame incisivo;
- TFI: transforame incisivo;
- PósFI: pós-forame incisivo.

Os dados foram apresentados por meio de figuras, tabelas e análise descritiva. Para a estatística analítica (avaliação de associação das variáveis), utilizou-se o teste Qui-quadrado, com margem de erro de 5% e adotando-se o intervalo de confiança (IC) de 95%.

5 RESULTADOS

Neste estudo foram avaliadas 179 radiografias panorâmicas, 69,8% (n=125) compreende-se a crianças atendidas pela disciplina do ESCA e, respectivamente, 30,2% (n=54) com fissura labiopalatina, acompanhadas pelo NAPADF. A distribuição da amostra, entre pacientes com e sem a fenda em relação ao sexo e idade referente ao exame radiográfico, é demonstrado na tabela 1. Na comparação entre os grupos CF e SF quanto ao sexo, estatisticamente não foi significativo ($p>0,05$).

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes de acordo com o sexo e idade, atendidos pelas disciplinas do ESCA e NAPADF, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Variáveis	Grupo SF	Grupo CF
	% (n)	% (n)
Sexo		
Masculino	34,1 (61)	18,4 (33)
Feminino	35,7 (64)	11,7 (21)
Idade		
8 anos	28,5 (51)	10,1 (18)
9 anos	20,7 (37)	6,7 (12)
10 anos	11,8 (21)	7,2 (13)
11 anos	5,5 (10)	3,3 (6)
12 anos	3,3 (6)	2,8 (5)

Fonte: Dados da pesquisa.

No grupo SF faziam parte 69,8% (n=125). Enquanto no grupo CF: 19% (n=34) dos pacientes apresentavam fissura TFI, 6,7% (n=12) a PréFI, 4,4% (n=8) manifestavam a PósFI e nenhum caso de fissuras raras da face foi encontrado. Além disso, as fissuras unilaterais demonstraram-se presente em 21,8% (n=39), enquanto as bilaterais em 3,9% (n=7). Ao verificar o lado da face afetado, 12,8% (n=23) acometeram o lado esquerdo e 8,9% (n=16), o direito. Também se denotou que 6,1% (n=11) das fissuras eram completas e 5% (n=9)

incompletas. Na tabela 2, como pode-se analisar, 9% (n=16) dos pacientes apresentavam fissura transforame incisivo unilateral esquerda, sequencialmente, 6,1% (n=11) transforame incisivo unilateral direita e 3,9% (n=7) transforame incisivo bilateral.

Tabela 2 - Distribuição em grupos e subclassificação, dos pacientes avaliados pelas disciplinas do ESCA e NAPADF, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

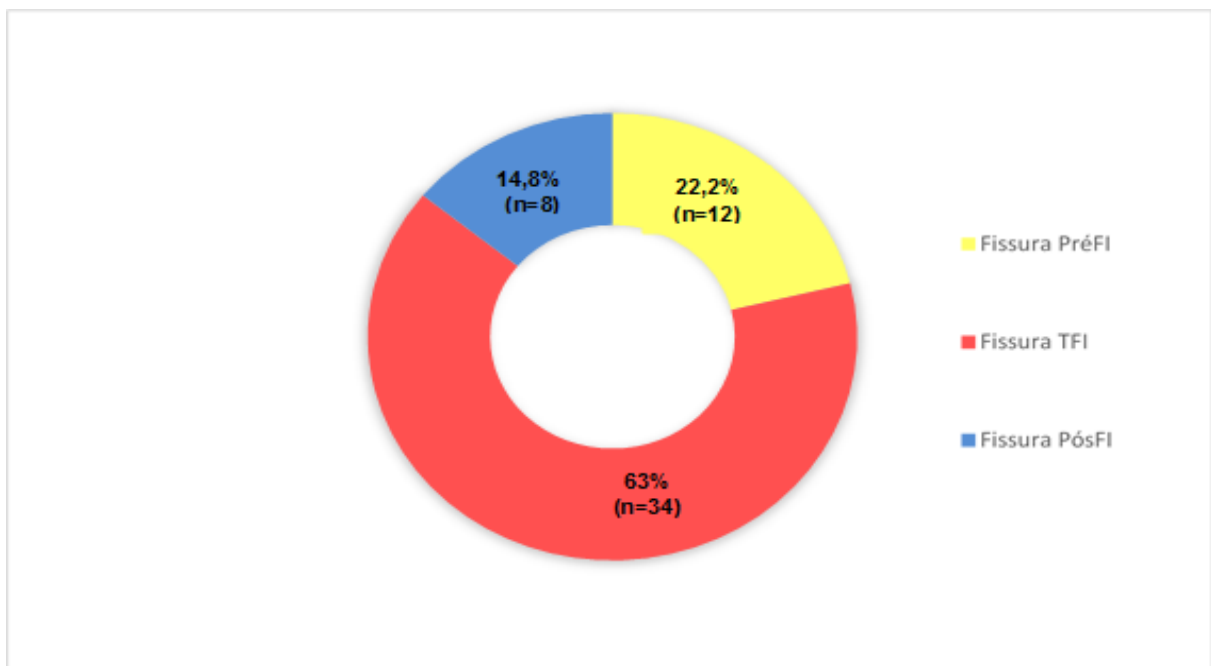
Tipo de Fissura	% (N)	Frequência no grupo % (N)
Grupo CF		30,2 (54)
PréFI		
Unilateral completa direita	0,6 (1)	
Unilateral incompleta direita	2,2 (4)	
Unilateral completa esquerda	2,8 (5)	
Unilateral incompleta esquerda	1,2 (2)	
TFI		
Unilateral direita	6,1 (11)	
Unilateral esquerda	9,0 (16)	
Bilateral	3,9 (7)	
PósFI		
Completa	2,8 (5)	
Incompleta	1,7 (3)	
Grupo SF		69,8 (125)
Total		100 (179)

Fonte: Dados da pesquisa.

No momento em que foram avaliados somente os pacientes com a malformação, pertencentes ao grupo CF, a TFI representou 63% (n=34) dos fissurados, a PréFI 22,2%

(n=12) e a PósFI, resultou em 14,8% (n=8). Assim, podemos analisar os resultados apurados através da figura 7.

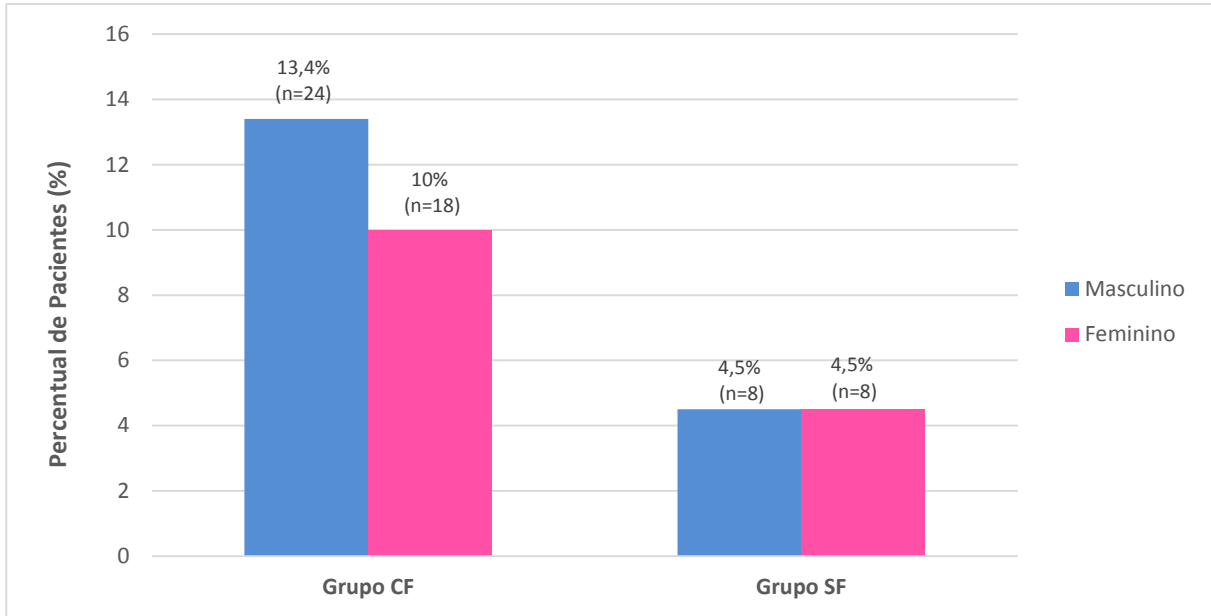
Figura 7 – Distribuição (%) dos pacientes com fissura labiopalatina, acompanhados pela disciplina do NAPADF, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).



Fonte: Dados da pesquisa

Durante a análise radiográfica, constatou-se que 67,6% (n=121) dos participantes não apresentavam anomalia dentária de número e que 32,4% (n=58), demonstravam pelo menos um elemento dental com a alteração. Dos que apresentavam a anomalia de número, 23,4% (n=42) pertenciam ao grupo CF e 9% (n=16), ao grupo SF. Ao comparar-se os grupos com a presença ou ausência de alteração dentária número, houve diferença estatística significativa ($p < 0,05$). Além disto, dos pacientes CF, 16,2% (n=29) apresentavam fissura TFI, 6,7% (n=12) a PréFI e 0,6% (n=1), PósFI. Quanto ao sexo quando associado aos grupos CF e SF (figura 8), não apresentou associação estatística ($p > 0,05$).

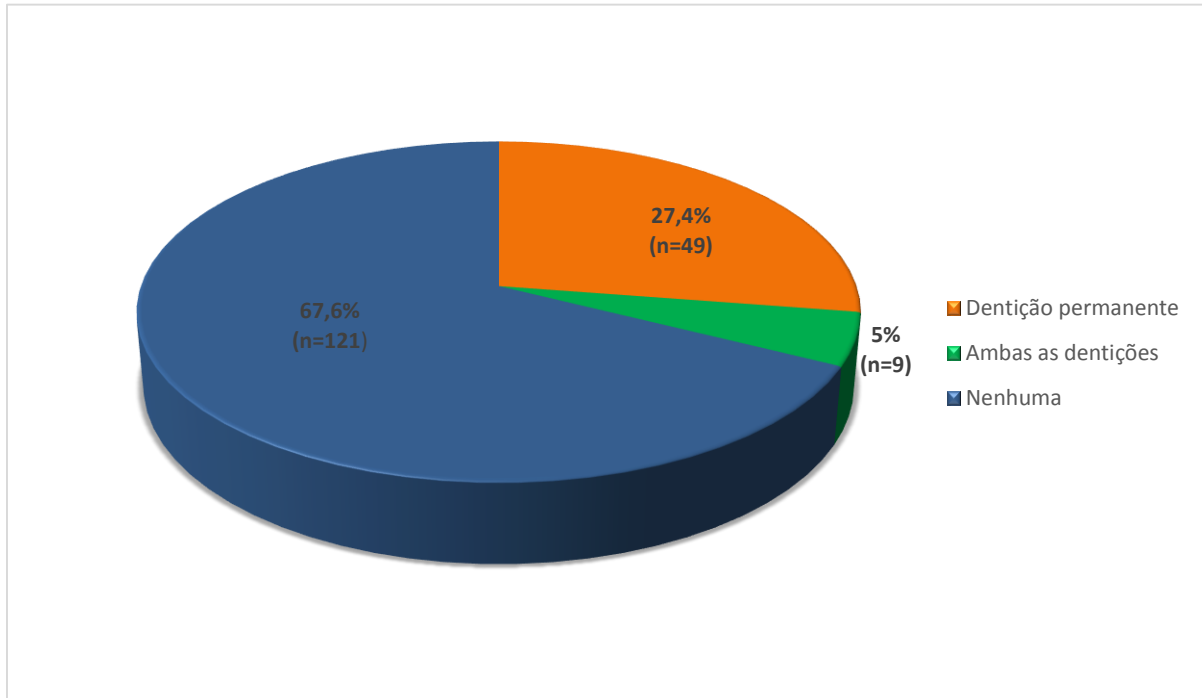
Figura 8 - Percentual (%) de pacientes com anomalia dentária de número, de acordo com sexo, atendidos pelas disciplinas do ESCA e NAPADF, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).



Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre os 32,4% (n=58) pacientes que apresentavam anomalia dentária de número, 27,4% (n=49) demonstravam a alteração somente na dentição permanente e 5% (n=9), em ambas, como podemos verificar na figura 9. A hipodontia foi observada em 27,4% (n=49) dos indivíduos, 20,1% (n=36) do grupo CF e 7,3% (n=13) do grupo SF, estatisticamente não significativo ($p > 0,05$). A hiperdontia demonstrou-se presente em 17,3% (n=31), no grupo CF em 15,6% (n=28) e 1,7% (n=3) no SF, onde também não houve diferenças estatísticas ($p > 0,05$). Quando associadas no mesmo paciente a presença de hipo/hiper concomitantemente, somente os que apresentavam a malformação apresentavam as alterações juntas.

Figura 9 - Percentual (%) de indivíduos com anomalia dentária de número, de acordo com a dentição, atendidos pelas disciplinas do ESCA e NAPADF, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).



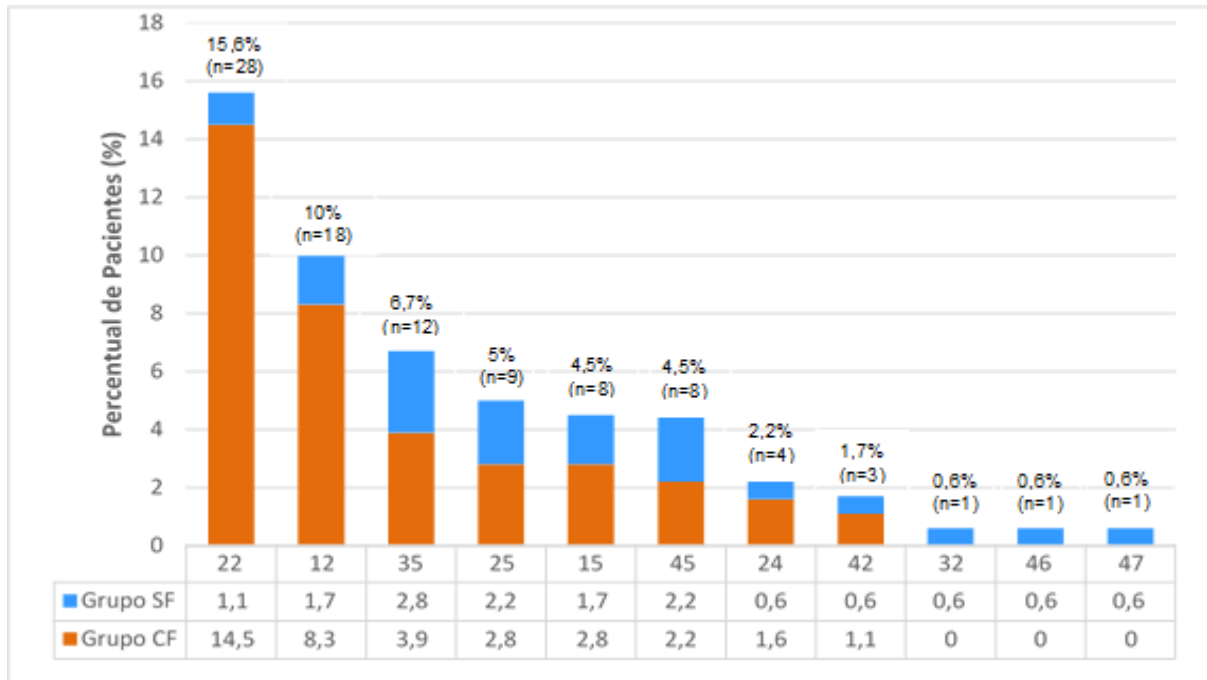
Fonte: Dados da pesquisa.

Nos pacientes do grupo CF, não foram encontrados nenhum caso de hipodontia na dentição decídua. Na permanente, 14,5% (n=26) dos indivíduos demonstravam a alteração no elemento 22, 8,3% (n=15) no 12 e 3,9% (n=7), no 35. Elementos como 15 e 25 foram encontrados na mesma proporção, em 2,8% (n=5). Foi constatado que 11,7% (n=21) pertenciam ao sexo masculino, enquanto seu oposto, 8,4% (n=15). Quando avaliado os subgrupos, 14,5% (n=26) expressavam fissura TFI, 5% (n=9) a PréFI e 0,6% (n=1) a PósFI.

Nas fissuras TFI, os incisivos laterais superiores foram os mais acometidos, o elemento 22 em 10,1% (n=18) e o 12 em 6,7% (n=13) dos pacientes. Assim também nos segundos pré-molares: o elemento 35 em 3,4% (n=6) e o 25, em 2,2% (n=4). Somente um único caso de PósFI apresentou hipodontia, envolvendo o 12 e o 22. Ao avaliar a ausência de incisivos laterais superiores nas fissuras TFI comparada aos outros subtipos, não demonstrou diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$).

No grupo SF, também não foram encontradas hipodontia na dentição decídua. Os elementos dentais permanentes que apresentaram a anomalia recorrentemente foram os segundos pré-molares, dentre esses: o 35 em 2,8% (n=5), 25 e 45 em 2,2% (n=4) e 15 com 1,7% (n=3). Também a alteração foi localizada nos elementos 12, 22, 24, 32, 42, 46 e 47. Além disso, 4,5% (n=8) eram do sexo masculino e 2,8% (n=5) feminino, porém sem significância estatística ($p>0,05$).

Figura 10 - Distribuição (%) dos elementos dentais que apresentam hipodontia, nos grupos CF e SF, atendidos pelas disciplinas do ESCA e NAPADF, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).



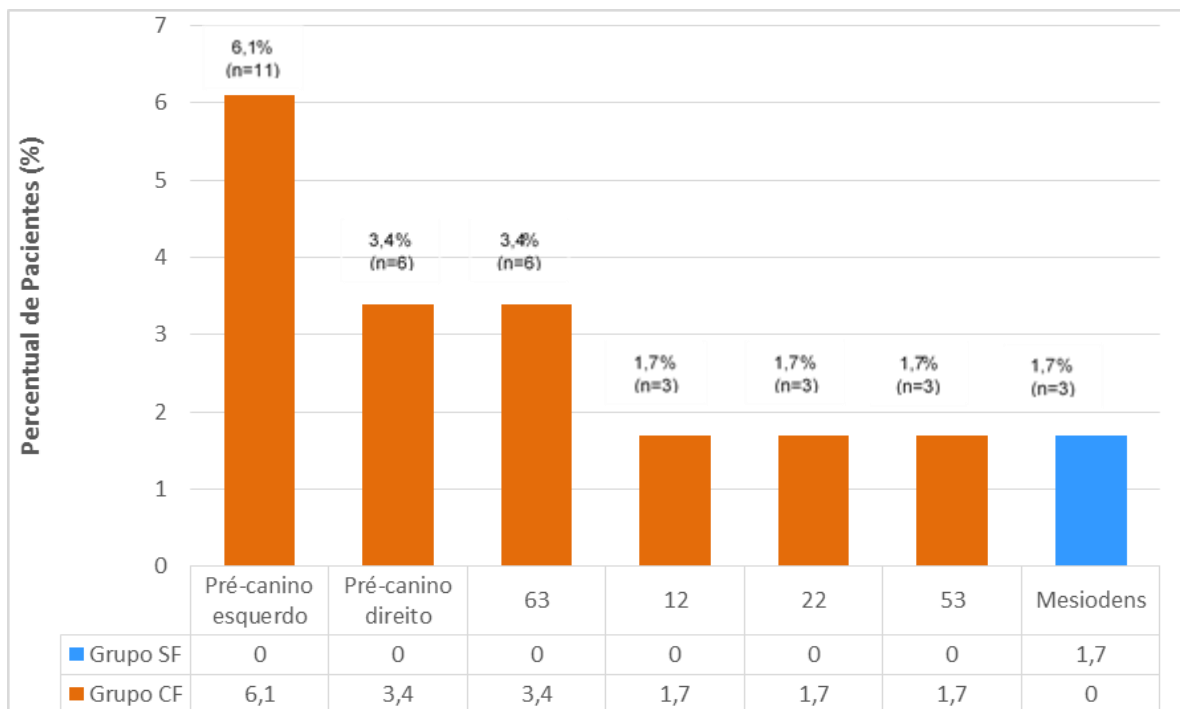
Fonte: Dados da pesquisa.

Ao ser avaliada a presença de hiperdontia em pacientes do grupo CF, constatou-se a presença em ambas as dentições, decídua e permanente. O pré-canino esquerdo, encontrava-se em 6,1% (n=11) dos pacientes. Além deste, supranumerários como o pré-canino direito e o 63 foram descobertos na mesma proporção, ambos em 3,4% (n=6). Elementos como 12 e 22, localizados mesialmente a fenda, junto ao 53 foram encontrados em uma proporção de 1,7%

(n=3), como podemos analisar na figura 11. Nos momentos em que foram avaliadas a presença de hiperdontia relacionada o sexo, 8,4% (n=15) eram do masculino e 7,3% (n=13) feminino, entretanto sem diferenças estatísticas. Ao verificar os subgrupos, 12,3% (n=22) apresentavam fissura TFI, principalmente envolvendo o lado esquerdo e 3,3% (n=6), expressavam a PréFI. Vale ressaltar que não foram encontrados nenhum caso de hiperdontia em fissuras PósFI.

Quanto ao grupo SF, em todos os casos foram encontrados o supranumerário na região entre 11 e 21 (mesiodens), 1,7% (n=3). Entre esses, todos estavam relacionados somente ao sexo feminino, 1,7% (n=3). Assim, pode-se avaliar na figura a seguir.

Figura 11. Distribuição (%) de acordo com os elementos dentais que apresentam hiperdontia, em pacientes de acordo com os grupos, atendidos pelas disciplinas do ESCA e NAPADF, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).



Fonte: Dados da pesquisa.

6 DISCUSSÃO

No estudo realizado, a amostra correspondeu a 179 participantes, dentre esses, 69,8% a crianças sem fissura labiopalatina e, 30,2% a crianças com fissura, malformação dentre as craniofaciais detectada como a mais frequente. Após a classificação estabelecida para a pesquisa, quando avaliado somente os pacientes do grupo CF, observou-se que a maior parte, 63%, apresentavam fissura TFI. Resultados próximos foram encontrados pelos autores Alarcón e Sá (2017), ao avaliarem o perfil de 477 pacientes com a malformação no estado do Amazonas, em que 60% dos avaliados demonstravam a TFI. Durante o processo da coleta dos dados, nenhum caso de fissura pré-forame mediana e fissuras raras da face foram detectadas.

Diante disto, verificou-se uma frequência elevada de fissura TFI, quando comparada aos pacientes com a presença da fenda. Conforme o exposto, os resultados apurados vão de encontro com a literatura, ao relatarem esse tipo de fissura como a mais prevalente na população (GRAZIOSI; SALGADO; CASTILHO, 2000; NEVES; MONTEIRO, 2002; BARONEZA *et al.*, 2005; FREITAS e SILVA *et al.*, 2008; CYMROT *et al.*, 2010; MENEZES *et al.*, 2010; GARDENAL *et al.*, 2011; COSTA; TAKESHITA; FARAH, 2013; SOUZA; RASKIN, 2013; ALARCÓN; SÁ, 2017; LAUX *et al.*, 2018). Resultados mais elevados de prevalência foram encontrados por Cymrot *et al.* (2010) em 72,6% e Rebouças *et al.* (2014) em 80%. Para os autores Trindade e Silva Filho (2007), devido a sua extensão, as fissuras transforame incisivo são vistas pelos profissionais como um grande desafio, por estarem relacionadas a tratamento reabilitadores longos e que na grande maioria das vezes, chegam até a fase adulta do indivíduo.

Em relação as fissuras pós-forame incisivo, Baroneza *et al.* (2005), Carvalho e Tavano (2008) e Gardenal *et al.* (2011) relatam ser o tipo de fissura menos encontrada na população, indo ao encontro dos resultados desta pesquisa. Porém, contrapondo os resultados e os expostos citados, foram encontrados autores que constatarem uma maior prevalência de fissuras pós-forame incisivo, de acordo com os seus casos avaliados (CERQUEIRA *et al.*, 2005; FRANÇA; LOCKS, 2003).

Quanto ao lado facial afetado, as fissuras pré-forame incisivo e transforame incisivo podem subdividir-se em unilateral, acometendo somente um dos lados da face, ou bilateral, no qual afeta os dois. No entanto, as pós-forame incisivo, por acometerem a linha média do palato, não fazem parte dessa subdivisão. Dentre a subdivisão descrita, as fissuras unilaterais

demonstraram predominância, de acordo com Shapyra *et al.* (1999), Coutinho *et al.* (2009), Cymrot *et al.* (2010), Gardenal *et al.* (2011) e Corrêa *et al.* (2015). Para Neville *et al.* (2009) cerca de 80% dos casos são fendas unilaterais e 20% correspondem as bilaterais. Ainda, 15,1% das fissuras unilaterais estavam associadas as TFI, fato que pode estar relacionado com a alta frequência de participantes desta pesquisa pertencentes a esta classificação. Achados de Costa, Takeshita e Farah (2013) coincidem ao relatarem predominantemente as fissuras TFI unilaterais do lado esquerdo, em 21,1%, dentre os demais tipos de fenda. Ainda, Bunduki *et al.* (2001), Cerqueira *et al.* (2005), Coutinho *et al.* (2009), Neville *et al.* (2009), Cymrot *et al.* (2010), Menezes *et al.* (2010), Gardenal *et al.* (2011) e Alarcón e Sá (2017) apresentaram o lado esquerdo como o mais acometido, igualmente no presente estudo.

Quanto a extensão da fissura, de acordo com a subclassificação proposta por Spina (1972), as fissuras pré-forame incisivo e pós-forame incisivo apresentam-se de forma completas ou incompletas. No caso das fissuras pré-forame incisivo podem ser observadas desde uma fibrose cicatricial no lábio ou até o rompimento completo do lábio, rebordo alveolar e assoalho nasal. Enquanto, nas pós-forame incisivo, podem atingir do forame incisivo até a úvula ou afetar parcialmente o palato duro ou mole (TRINDADE; SILVA FILHO, 2007). De acordo com os resultados apurados, as completas demonstraram-se mais frequentes, correspondendo com Coutinho *et al.* (2009) e Gardenal *et al.* (2009).

Verificou-se que entre pacientes com fissura labiopalatina, o sexo masculino destacou-se, como em alguns achados literários (GRAZIOSI; SALGADO; CASTILHO, 2000; NEVES; MONTEIRO, 2002; VASCONCELOS *et al.*, 2002; FRANÇA; LOCKS, 2003; BARONEZA *et al.*, 2005; SANDRINI *et al.*, 2005; FREITAS e SILVA *et al.*, 2008; COUTINHO *et al.*, 2009; MENEZES *et al.*, 2010; CARRARO; DORNELLES; COLLARES, 2013; COSTA; TAKESHITA; FARAH, 2013; SOUZA; RASKIN, 2013; ALARCÓN; SÁ, 2017; LAUX *et al.*, 2018). Além disso, pesquisas demonstram que as fissuras apresentam um dimorfismo sexual: são consideradas mais comuns no sexo masculino quando atinge lábio e/ou palato e mais prevalente no feminino no momento em que a fissuras acometem somente isoladamente o palato (MARTELLI- JUNIOR *et al.*, 2007; COUTINHO *et al.*, 2009; DI NINNO *et al.*, 2011). Em um estudo realizado por Bruner *et al.* (2012), quando avaliada a prevalência das fissuras labiopalatinas na cidade de Rio Claro – SP, nos anos de 2006 a 2009, verificou-se uma maior incidência do sexo masculino nas fendas labiais (71%) e do feminino nas fissuras envolvendo somente a região de palato (60%). Os resultados desta pesquisa

demonstram concordância com os relatos anteriores ao apresentar uma maior frequência do masculino nas fendas envolvendo lábio e/ou palato (PréFI e TFI). Entretanto nas fissuras isoladas de palato, as PósFI, apresentou divergência ao demonstrar o masculino também como o mais afetado.

Indo ao encontro dos objetivos deste estudo, ao avaliar as anomalias dentárias de número, verificou-se que 32,4% da população estudada apresentavam alteração dentária de número. Dentre esses, 23,4% pertencentes ao grupo CF. Diante disso, apurou-se que as crianças com fissura manifestaram, em uma maior proporção, a presença de alteração dentária de número, quando comparadas as sem a malformação, dados estatisticamente significante ($p < 0,05$), indo de encontro a achados pelos autores Letra *et al.* (2007), ao comparar indivíduos com fenda á um grupo controle. Nesta situação, ressalta-se a grande importância de uma detalhada avaliação da dentição, incluindo exame clínico e quando necessário exames complementares como o de imagem, para executar e oferecer um plano de tratamento odontológico eficaz, afim de prevenir problemas odontológicos que possam manifestar-se de forma tardia. Esta alta ocorrência verificada no grupo CF retrata a proporcionalidade das alterações referente a extensão da fissura, uma vez que a maior parte dos indivíduos apresentavam fissura TFI. Coadunando, Pereira *et al.* (2015) relatam que a gravidade em que ocorrem as alterações dentárias e sua frequência estão relacionadas com a severidade das fendas.

Quanto a presença de anomalia dentária de número e o sexo dos participantes de cada grupo, também não foram encontradas diferenças estatísticas significantes entre eles. De acordo com Slayton *et al.* (2003), o desenvolvimento dentário independe do sexo do indivíduo e podem ser influenciados por fatores etiológicos ligados a fissura. A maior parte dos pacientes com alteração dentária referida apresentavam somente na dentição permanente. Embora possa afetar ambas as dentições, é demonstrada com maior prevalência na permanente por Vataradis (2000) e Neville *et al.* (2009).

Caracterizada pela variação de número de elementos na arcada devido ausência do germe dental, a hipodontia pode ocorrer em ambas as dentições (OLIVEIRA; CAPELOZZA; CARVALHO, 1996) e é considerada dentro das anomalias dentárias humana, a mais comum (OLIVEIRA *et al.*, 2001; LETRA *et al.*, 2007). Para Carvalho e Tavano (2008), Akcam *et al.* (2010), Corrêa *et al.* (2015), Nicholls (2016) Ajami, Pakshir e Samady (2017) é considerada a mais prevalente em pacientes com fissura labiopalatina. Apesar dos indivíduos desta pesquisa

que apresentam malformação demonstrarem uma predileção pela anomalia, estatisticamente não foi significativo ($p > 0,05$).

Quando avaliado os elementos dentais com hipodontia em pacientes com a fenda, um número elevado foi observado para os incisivos laterais superiores, 12 e 22, na região de fissura. Estes, são considerados como os mais prevalentes por Akcam *et al.* (2010), Corrêa *et al.* (2015) e Konstantonis *et al.* (2017) e principalmente, são os mais acometidos quando estão envolvidos em casos de fissura TFI (NEVES *et al.*, 2002; CASSOLATO *et al.*, 2009; MENEZES *et al.*, 2010). Para Wu *et al.* (2011), a ausência dos incisivos laterais superiores aumenta ao decorrer do aumento da gravidade da fissura, sendo detectadas em seu estudos mais frequentes nas TFI bilaterais, seguida das unilaterais. Wei *et al.* (2000) ressaltam que os incisivos laterais são mais susceptíveis as anomalias dentárias, quando comparados aos demais dentes da arcada dentária. Isto está relacionado devido sua origem estar localizada na linha de união entre os processos nasais mediais e maxilares, e principalmente, são os mais acometidos em indivíduos com fissuras labiopalatinas que apresentam o envolvimento do rebordo alveolar.

Ao analisar a prevalência da anomalia fora da região fissurada, demonstrou maior ocorrência para os segundos pré-molares. A hipodontia dos segundos pré-molares e incisivos laterais superiores foram localizadas constantemente ao lado esquerdo, assim como em resultados encontrados por Shapira *et al.* (2000). De acordo com os autores Seo *et al.* (2013), a ocorrência de distúrbios genéticos dos genes MSX1 e PAX9 podem influenciar em casos de hipodontias, atingindo elementos associados a região fissurada ou não pertencentes a esta região.

Coadunando com os achados de Ranta (1986) e Oliveira, Capelozza e Carvalho (1996), em participantes com a fenda as hipodontias demonstraram-se mais prevalentes, do que os supranumerários. Além disso, mais frequentes na maxila, nas fissuras TFI e recorrentemente afetando o lado esquerdo da face, resultados que foram similares ao encontrados por Slayton *et al.* (2003). Segundo o autor, essa alta frequência da referida anomalia em pacientes com fissura TFI resulta-se não somente de fatores genéticos ligados diretamente ao desenvolvimento dentário, mas que fatores da própria fenda também possam apresentar contribuição. Ao associar-se a hipodontia de acordo com o sexo, o masculino desmotrou-se mais presente, coincidindo com Menezes *et al.* (2010), enquanto para Nicholls (2016) não apresentou diferenças.

Quanto a hipodontia em crianças do grupo SF, todos os elementos ausentes pertenciam a dentição permanente. Neville *et al.* (2009) destaca que hipodontia na dentição decídua é considerada incomum e quando presente, sua prevalência pode variar de 0,5% a 0,9%, geralmente associada também a ausência do seu sucessor permanente. De acordo com os resultados, os segundos pré-molares foram o mais afetados pela anomalia, indo de encontro com achados de Menini *et al.* (2012).

Apesar dos terceiros molares não serem inclusos nesta pesquisa, são apontados na literatura como os elementos dentais mais acometidos (NEVILLE *et al.*, 2009; TORRES *et al.*, 2015). Após o terceiro molar, as opiniões variam quando se trata do segundo elemento afetado com maior proporção, dividindo-se entre o incisivos laterais superiores (GOMES *et al.*, 2010; HEDAYATI *et al.*, 2013) e segundos pré-molares inferiores (POLDER *et al.*, 2004; CURY *et al.*, 2015). Para Polder *et al.* (2004), a ausência desses germes é considerada comuns na dentição humana.

Polder *et al.* (2004), Neville *et al.* (2009) e Cury *et al.* (2015) acreditam existir uma predileção da alteração dentária pela população feminino em indivíduos sem malformação. Entretanto, resultados desta pesquisa demonstraram ser o masculino o mais afetado, todavia não se encontrou significância estatística ($p > 0,05$). Correspondendo com os resultados encontrados, Borba *et al.* (2010) realizaram um estudo em que se avaliou a prevalência de agenesias dentais em pacientes com idade entre 07 e 16 anos. E, ao verificar a presença de hipodontia de acordo com o sexo dos participantes, demonstrou uma pequena predileção pelo sexo masculino, porém, também sem relevâncias estatísticas.

A hiperdontia, também chamada de supranumerário ou extranumerários, pode ser definida pelo excesso de elementos dentais, além do que normalmente é encontrado na arcada (CONCEIÇÃO *et al.*, 2016). Ao avaliar sua prevalência na população estudada, 17,3% demonstraram-se afetados, sendo as crianças com fissura labiopalatina as mais acometidas. No grupo CF, destacaram-se os incisivos laterais superiores como os elementos supranumerários mais recorrentes. Em um estudo realizado por Ajami, Pakshir e Samady (2017), em que avaliou a prevalência e características de anomalias dentárias no desenvolvimento em pacientes com fissura, detectaram dentre os elementos supranumerários mais frequentes, os que estavam localizados na região de incisivo lateral superior. Apesar de não ser avaliada o formato desses elementos nesta pesquisa, o padrão citado como o mais comum, é o cônico (RIBEIRO *et al.*, 2003).

O pré-canino esquerdo foi o elemento encontrado com maior frequência, em sequência, o pré-canino direito e o 63. Na literatura, relata-se que indivíduos que apresentam a fenda podem manifestar com frequência um dente supranumerário denominado pré-canino (TRINDADE; SILVA FILHO, 2007), que são incisivos laterais superiores localizados na região distal da fenda e mesial ao canino. A maior parte dos casos foram detectados nas fissuras TFI e nenhum nas PósFI, divergindo dos resultados encontrados por Schwartz *et al.* (2014). Além disso, o sexo masculino demonstrou-se ligeiramente mais presente, de acordo com Menezes *et al.* (2010) e Ajami, Pakshir e Samady (2017).

Ao se tratar do grupo SF e com hiperdontia, o valor obtido na pesquisa enquadra-se com valores de outros trabalhos, que variam de 0,99% a 3,2% (ALDHORAE *et al.*, 2019; SALCIDO-GARCÍA *et al.*, 2004). Apesar de ser encontrado com baixa frequência, um estudo realizado por Guttal *et al.* (2010), em que avaliou a frequência de anomalias dentárias do desenvolvimento na população indiana, demonstrou ser a hiperdontia uma alteração comumente encontrada na região.

No grupo SF, foi observada a presença de supranumerário envolvendo somente a região anterior da maxila e de incisivos centrais. Estes elementos, são classificados como mesiodens, extranumerário localizado na linha média da maxila, entre os incisivos centrais superiores (NEVILLE *et al.*, 2009). Além disso, os mesiodens são citados na literatura como os mais frequentes (MONTENEGRO *et al.*, 2006; COELHO *et al.*, 2011; SIMÕES *et al.*, 2011; Patil *et al.*, 2013). Para Neville *et al.* (2009), os supranumerários são encontrados comumente na região de incisivos superiores, seguido dos molares superiores e raramente, na região dos incisivos inferiores. Contradizendo, autores como Soares *et al.* (2009), Guttal *et al.* (2010), Moura *et al.* (2013) e Kashyap *et al.* (2015) apresentam resultados que demonstram ser os elementos localizados na região posterior da maxila, os mais acometidos.

Sabe-se que a referida alteração pode acometer os dois arcos dentários, no entanto, com maior frequência a maxila (CUNHA FILHO *et al.*, 2002; MONTENEGRO *et al.*, 2006; DAYUBE *et al.*, 2010; COELHO *et al.*, 2011; SIMÕES *et al.*, 2011). Além disso, todos os pacientes do grupo SF demonstravam somente a presença de um único supranumerário. Neville *et al.* (2009) afirmam que entre 76% a 86% dos pacientes não-sindrômicos, apresentam um único dente extranumerário, com predileção pela região anterior da maxila.

Com relação ao sexo, os resultados apresentados mostram uma predileção pelo feminino, de acordo com trabalhos de Segundo *et al.* (2006), Soares (2009) e Dayube (2010).

Resultados que diferem foram verificados por Cunha *et al.* (2002), Salcido-García *et al.* (2004), Montenegro *et al.* (2006), Guttal *et al.* (2010), Moura *et al.* (2013), Nunes *et al.* (2015) e Jung, Kim e Cho (2016), relatando maior prevalência de hiperdontia no sexo masculino, e por Coelho (2011), Menini *et al.* (2012) e Torres (2015), que não encontraram diferença significativa entre eles.

Vale ressaltar que de forma predominante os supranumerários são impactados, assintomáticos e diagnosticados por meio de exames radiográficos rotineiros e de maneira acidentalmente. Junto ao exame clínico, os exames de imagens, como por exemplo as radiografias panorâmicas, são consideradas um meio complementar e muitas vezes imprescindíveis para a realização do diagnóstico precoce (SIMÕES *et al.*, 2011), além de que, as radiografias panorâmicas oferecem uma visão global das estruturas maxilares e características patológicas não possibilitadas de identificação por outros meios.

Um olhar criterioso do Cirurgião Dentista é crucial para detectar precocemente os desvios da anormalidade e assim, estabelecer uma conduta clínica apropriada para cada caso. Intervenções em momentos oportunos podem evitar futuras consequências dento-alveolares como: retenção dos incisivos permanentes, comprometimento funcional e estético principalmente quando localizados na região anterior, perda de espaço, deslocamento dentário, maloclusão, reabsorções dentárias e desvio da linha média. (MONTENEGRO *et al.*, 2006; NUNES *et al.*, 2015). Independente da abordagem escolhida e realizada pelo profissional, afirma-se que o diagnóstico precoce é fundamental para proporcionar um tratamento adequado.

De modo geral, os resultados apresentados neste estudo demonstraram grandes semelhanças os achados literários, encontrando-se apenas pequenas divergências. Essas diferenças podem ser atribuídas a distintas faixas etárias, tamanho da amostra, dentes envolvidos, tipo de investigação utilizada para o diagnóstico, formas de classificação utilizada para as fissuras e características étnicas de cada região de estudo.

7 CONCLUSÃO

Com base nos resultados alcançados nesta pesquisa, foi possível concluir que:

- Quando realizada a comparação entre os 02 grupos, verificou-se que a prevalência de alterações dentárias de número foi maior em pacientes com fissura labiopalatina, quando comparada a pacientes sem fissura, estatisticamente significante;
- Em pacientes sem a malformação, os elementos dentais mais afetados pela hipodontia foram os segundos pré-molares. Ao se tratar de hiperdontia, os mesiodens foram os únicos encontrados;
- Nos indivíduos com fissura labiopalatina, a maior parte dos integrantes do grupo, apresentaram pelo menos um elemento dental com alteração dentária de número, ressaltando-se as hipodontias. Os incisivos laterais superiores, na região da fenda, foram recorrentemente encontrados da forma hipodôntica. Enquanto fora da região fissurada, os segundos pré-molares foram os mais evidenciados;
- O supranumerário denominado pré-canino esquerdo, foi encontrado com maior frequência nas crianças com fissura labiopalatina;
- O tipo de fissura mais constatada com anomalia dentária de número foi a fissura transforame incisivo unilateral esquerda.

REFERÊNCIAS

- ACKAM, M. O. et al. Dental anomalies in individuals with cleft lip and/or palate. **European Journal of Orthodontics**, v. 32, n. 2, p. 207-13, 2010.
- AJAMI, S.; PAKSHIR, H.; SAMADY, H. Prevalence and Characteristics of Developmental Dental Anomalies in Iranian Orofacial Cleft Patients. **Journal of Dentistry**, v. 3, n. 18, p. 193-200, 2017.
- ALARCÓN, K. M. G.; SÁ, A. J. A. Epidemiological profile of patients with orofacial cleft treated by a reference surgical team in the State of Amazonas, Brazil. **Brazilian Journal Of Plastic Sugery**, v. 32, n. 4, p.486-490, 2017.
- ALDHORAE, K. A. et al. Prevalence and Distribution of Dental Anomalies among a Sample of Orthodontic and Non-orthodontic Patients: A Retrospective Study. **Journal of International Oral Health**, v. 11, n. 5, p. 309-317, 2019.
- ALONSO, N. et al. Avaliação comparativa e evolutiva dos protocolos de atendimento dos pacientes fissurados. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 25, n. 3, p. 434-438, 2010.
- ANTUNES, C. L. et al. Planejamento Ortodôntico para Pacientes Portadores de Fissuras Labiopalatinas: Revisão. **UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 239-243, 2014.
- ARARUNA, R. C.; VENDRÚSCOLO, D. M. S. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato – um estudo bibliográfico. **Revista latino-americano de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 99-105, 2000.
- AUGUSTO, H. S.; BORDON, A. K. C. B.; DUARTE, D. A.. Estudo da fissura labiopalatal. Aspectos clínicos desta malformação e suas repercussões. Considerações relativas à terapêutica. **JBP - Jornal brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do bebê**, Curitiba, v. 5, n. 27, p. 432-436, 2002.
- BAHIA, C. J. A.; ABUJAMRA, A. C. P. Do direito à alimentação adequada da família e a pessoa com deficiência labiopalatal: realidade social. **Revista do Curso de Direito da FSG**, Caxias do Sul, v. 3, n. 5, p. 55-69, 2009.

BARONEZA, J. E. et al. Dados epidemiológicos de portadores de fissuras labiopalatinas de uma instituição especializada de Londrina, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum Health Science**, v. 7, n. 1, p. 31-35, 2005.

BORBA, G.V.C. et al. Levantamento da prevalência de agenesias dentais em pacientes entre 7 e 16 anos. **Revista Gaúcha de Odontologia, Porto Alegre**, v. 58, n. 1, p. 35-39, 2010.

BRUNER, G. et al. Prevalência das fissuras labiopalatinas na cidade de Rio Claro - SP dos anos de 2006 a 2009. **Odontologia Clínica-Científica**, v.11, n. 2, p. 117-119, 2012.

BUNDUKI, V. et al. Diagnóstico Pré-Natal de Fenda Labial e Palatina: Experiência de 40 Casos. **RBGO**, São Paulo, v. 23, n. 9, p. 561-566, 2001.

CAPELOZZA FILHO, L. et al. Conceitos vigentes na etiologia das fissuras labiopalatinas. **Revista Brasileira de Cirurgia**, v. 78, n. 4, p. 233-240, 1988.

CARRARO, D. F.; DORNELLES, C. T. L.; COLLARES, M. V. M. Fissuras labiopalatinas e nutrição. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 456-463, 2011.

CARVALHO, L. C. F.; TAVANO, O. Agenesias dentais em fissurados do Centro Pró-Sorriso – Universidade José do Rosário Vellano. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 56, n. 1, p. 38-45, 2008.

CARVALHO, S.; MESQUITA, M.; AFONSO, A. Prevalência das anomalias de número numa população portuguesa. Estudo radiográfico. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 52, n. 1, p. 7-12, 2011.

CERQUEIRA, M. N. et al. Ocorrência de fissuras labiopalatais na cidade de São José dos Campos-SP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 161-166, 2005.

CONCEIÇÃO; L. S. et al. Surgical therapy of supernumerary teeth. **Journal Of Oral Investigations**, v. 3, n. 1, p. 63-69, 2016.

CORRÊA, A. P. S. et al. Anomalias dentárias em pacientes portadores de fissura labiopalatal: um estudo radiográfico. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, v. 11, n. 1, p. 20-25, 2015.

COSTA, R. R.; TAKESHITA, W. M.; FARAH, G. J. Levantamento epidemiológico de fissuras labiopalatais no município de Maringá e região. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 67, n. 1, p. 40-44, 2013.

COUTINHO, A. L. F. et al. Perfil epidemiológico dos portadores de fissuras orofaciais atendidos em um Centro de Referência do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 9, n. 2, p. 149-156, 2009.

CUNHA, E. V. et al. Aspectos psicológicos relacionados ao indivíduo com fissura labiopalatal: uma revisão de literatura. **SALUSVITA**, Bauru, v. 36, n. 4, p. 1105-1127, 2017.

CUNHA FILHO, J. J. et al. Ocorrência de dentes supranumerários em pacientes do serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, faculdade de odontologia da UFRGS, no período de 1998 a 2001. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 43, n. 1, p. 27-34, 2002.

CURY, S. E. V. et al. Hipodontia de dentes permanentes: prevalência e distribuição numa População Brasileira. **Cadernos UniFOA**, n. 29, p. 137-147, 2015.

CYMROT, M. et al. Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissuras labiopalatinas atendidos em um Hospital Pediátrico do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 25, n. 4, p. 648-651, 2010.

DALBEN, G. S. et al. Amamentação em bebês portadores de fissuras lábio-palatais. **Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 3, n. 10, p. 76-79, 2002.

DAYUBE, A. C.; POMPERMAYER, L.; PENA, N. N. Levantamento das anomalias dentárias de número (supranumerários) em radiografias panorâmicas de um serviço de documentação odontológica da cidade do Salvador, Bahia. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 10, n. 1, p. 34-38, 2011.

DI NINNO, C. Q. M. S. et al. Levantamento epidemiológico dos pacientes portadores de fissura de lábio e/ou palato de um centro especializado de Belo Horizonte. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1002-1008, 2011.

DOMINGUES, A. B. C. et al. Desempenho escolar de alunos com fissura labiopalatina no julgamento de seus professores. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 310-316, 2011.

DOMINGUES, A. B. C. et al. Desempenho escolar de alunos com fissura labiopalatina no julgamento de seus professores. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 16, n. 3, p. 310-316, 2011.

DUTRA, D. M. et al. Influência da Comunicação Entre o Portador de Fissuras Labiopalatinas e o Cirurgião-Dentista no Atendimento Odontológico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 393-400, 2012.

FARAJ, J. D. O. R. A.; ANDRÉ, M. Alterações dimensionais transversas do arco dentário com fissura labiopalatina, no estágio de dentadura decídua. **Revista Dental Press Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 12, n. 5, p. 100-108, 2007.

FENHA, M.; SANTOS E. C.; FIGUEIRA, L. Avaliação das dimensões cognitivas e sócio-afectivas de crianças com fenda lábio-palatina. **Psicologia: Saúde e Doenças**, v.1, n. 1, p.113-120, 2000.

FERNANDES, P. R.; OLIVIEIRA, R. C. G.; COSTA, J. V. Retratamento ortodôntico em paciente com genesia de incisivo lateral superior. **Revista Uningá review**, v. 24, n. 2, p. 39-42, 2015.

FIGUEIREDO, M. C. et al. Fissura unilateral completa de lábio e palato: alterações dentárias e de má oclusão - relato de caso clínico. **Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde**, Ponta Grossa, v. 14, n. 1, p. 7-14, março 2008.

FRANÇA, C. M. C. D.; LOCKS, A. Incidência das Fissuras Lábio-palatinas de Crianças Nascidas na Cidade de Joinville (SC) no período de 1994 a 2000. **Jornal Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 8, n. 47, p. 429-436, 2003.

FREITAS e SILVA, D. S. et al. Estudo descritivo de fissuras lábio-palatinas relacionadas a fatores individuais, sistêmicos e sociais. **RGO**, v.56, n.4, p. 387-391, 2008.

GARDENAL, M. et al. Prevalência das fissuras orofaciais diagnosticadas em um serviço de referência em casos residentes no estado de Mato Grosso do Sul. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia** , v. 15, n. 2, p. 133-141, 2011.

GARIB, D. G. et al. Etiologia das más oclusões: perspectiva clínica (parte III) - fissuras labiopalatinas. **Revista Clínica de Ortodontia Dental Press**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 30-36, 2010.

GOMES, R. R. et al. Prevalence of hypodontia in orthodontic patients in Brasilia, Brazil. **The European Journal of Orthodontics**, v. 32, n. 3, p. 302-306, 2010.

GRAZIOSI, M. A. O. C.; SALGADO, M. A. C.; CASTILHO, J. C. M. Investigação epidemiológica em indivíduos portadores de fendas labiais e/ou palatinas. **Pós-Graduação em Revista. Faculdade de Odontologia de São José dos Campos**, v. 3, n.1, p. 81-87, 2000.

GUTTAL, K.S. et al. Frequency of developmental dental anomalies in the Indian population. **European Journal of Dentistry**, v. 3, n. 4, p. 263–269, 2010.

HAQUE, S.; ALAM, M. K. Common Dental Anomalies in Cleft Lip and Palate Patients. **Malaysian Journal of Medical Sciences** , v. 22, n. 2, p. 55-60, 2015.

HATTAB, F.N. Double talon cusps on supernumerary tooth fused to maxillary central incisor: Review of literature and report of case. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v. 6, n. 4, p. 400-407, 2014.

HEDAYATI, Z.; DASHLIBRUN, Y. N. The prevalence and distribution pattern of hypodontia among orthodontic patients in Southern Iran. **European Journal Of Dentistry**, v. 7, n. 1, p.78-82, 2013.

JUNG, Y.H.; KIM, J.Y.; CHO, B. H. The effects of impacted premaxillary supernumerary teeth on permanent incisors. **Imaging Science in Dentistry**, v. 46, n. 4, p. 251-258, 2016.

KASHYAP, R. R. et al. Prevalence of hyperdontia in non syndromic South Indian population: an institutional analysis. **Indian Journal of Dentistry**, v. 6, n. 3, p. 135-138, 2015.

KATCHBURIAN, E.; ARANA, V. **Histologia e embriologia oral**: texto - atlas - correlações clínicas. 2. ed. São Paulo: Panamericana, 2004.

KONSTANTONIS, D. et al. A cross-sectional analysis of the prevalence of dental agenesis and structural dental anomalies in association with the type of cleft in patients with non-syndromic oral cleft. *Progress in Orthodontics*, v. 18, n. 1, p. 18-10, 2017.

LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, n. 1, p. 159-174, 1977.

LAUX, Carolina Nunes et al. Fissura lábio-palatina: Aliando a extensão, o ensino e a pesquisa. **Revista Conexão UEPG**, v. 14, n. 2, p. 291-297, 2018.

LETRA, A. et al. Defining Subphenotypes for Oral Clefts Based on Dental Development. **Journal Of Dental Research**, v. 86, n. 10, p. 986-991, 2007.

LOFFREDO, L. C. M. et al. Fissuras lábio-palatais: estudo caso-controlado. **Revista de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 213-217, 1994.

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

MARTELLI-JUNIOR, H. et al. Prevalence of nonsyndromic oral clefts in a reference hospital in the state of Minas Gerais, Brazil, between 2000-2005. **Brazilian Oral Research**, v. 21, n. 4, p. 314-317, 2007.

MASTRANTONIO, S. S.; CASTILHO, A. R. F.; CARRARA, C. F. C. Anomalias dentárias em crianças com fissura de lábio e palato. **Revista de Odontologia Clínico-Científica**, v. 3, n. 8, p. 273-278, 2009.

MENEZES, L. M. et al. Characteristics and distribution of dental anomalies in a Brazilian cleft population. **Revista Odonto Ciência**, v. 25, n. 2, p.137-141, 2010.

MENEZES, R.; VIEIRA, A. R. Dental Anomalies as Part of the Cleft Spectrum. **The Cleft Palate-craniofacial Journal**, v. 45, n. 4, p. 414-419, 2008.

MENINI, A. A. S. et al. Estudo radiográfico da prevalência de anomalias dentárias por meio de radiografias panorâmicas em diferentes faixas etárias. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 3, n. 24, p. 170-177, 2012.

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

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. **Embriologia Clínica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

MONTENEGRO, P. F. et al. Retrospective study of 145 supernumeraryteeth. **Medicina Oral, Patologia Oral e Cirurgia Bucal**, v. 11, n.1, p. 339-344, 2006.

MOURA, W. L. de et al. Prevalência de dentes supranumerários em pacientes atendidos no Hospital Universitário da UFPI: um estudo retrospectivo de cinco anos. **Revista de Odontologia da Unesp**, v. 42, n. 3, p.167-171, 2013.

NAGEM FILHO, H.; MORAES, N.; ROCHA, R. G. F. Contribuição para o estudo da prevalencia das más formações congenitas lábio-palatais na população escolar de Bauru. **Revista da Faculdade de Odontologia de São Paulo**, v. 6, n. 2, p. 111-128, 1968.

NEVES, A. C. C. et al. Anomalias dentárias em pacientes portadores de fissuras lábiopalatinas: revisão de literatura. **Revista Biociência**, v. 8, n. 2, 2002.

NEVES, A. C. C.; MONTEIRO, A. M. Prevalência das fissuras labiopalatinas na Associação de Fissurados Labiopalatinos de São José dos Campos/S.P. **Revista Biociência**, v. 8, n. 2, p. 69-74, 2002.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

NICHOLLS, W. Dental anomalies in children with cleft lip and palate in Western Australia. **European Journal of Dentistry**, v. 10, n. 02, p. 254-258, 2016.

NUNES, L. M. N.; QUELUZ, D. P.; PEREIRA, A. C. Prevalência de fissuras labiopalatais no município de Campos dos Goytacazes-RJ, 1999-2004. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 109-116, 2007.

- NUNES, K. M. et al. Dente supranumerário: revisão bibliográfica e relato de caso clínico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 21, n.1, p. 72-81, 2015.
- OLIVEIRA, D. F. B.; CAPELOZZA, A. L. A.; CARVALHO, I. M. M. Alterações do desenvolvimento dentário em fissurados. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**, v. 5, n. 1, p. 83-86, 1996.
- PATIL, S. et al. Prevalence of dental anomalies in the Indian population. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v. 1, n. 5, p. 183-186, 2013.
- PEDRO, F. L. et al. Alterações do desenvolvimento dentário em pacientes portadores de fissuras de lábio e/ou palato: Revisão de literatura. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 65-69, 2010.
- PETERSON, L. J. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- POLETTA, F. et al. Regional analysis on the occurrence of oral clefts in South America. **American Journal Of Medical Genetics Part A**, v. 143, n. 24, p. 3216-3227, 2007.
- PRADO, J. P. et al. Desmistificando as Fissuras Labiopalatinas. **Revista de Psicologia**, v. 12, n. 42, p.229-241, 2018.
- POLDER, B.J. et al. A meta-analysis of the prevalence of dental agenesis of permanent teeth. **Community Dentistry And Oral Epidemiology**, v. 32, n. 3, p.217-226, 2004.
- RANTA, R. A review of tooth formation in children with cleft lip/palate. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 90, n. 1, p. 11-18, 1986.
- RAPOSO-DO-AMARAL, C. E.; KUCZYNSKI, E.; ALONSO, N. Qualidade de vida de crianças com fissura labiopalatina: análise crítica dos instrumentos de mensuração. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 26, n. 1, 2011.
- REBOUÇAS, P. D. et al. Prevalência de fissuras labiopalatinas em um hospital de referência do nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 71, n.1, p. 39-41, 2014.

RIBEIRO, E. M.; MOREIRA, A. S. C. G. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 31-40, 2005.

RIBEIRO, L. L. et al. Dental Anomalies of the Permanent Lateral Incisors and Prevalence of Hypodontia outside the Cleft Area in Complete Unilateral Cleft Lip and Palate. **The Cleft Palate-craniofacial Journal**, v. 40, n. 2, p. 172-175, 2003.

RODA, S. R.; LOPES, V. L. G. S. Aspectos odontológicos das fendas labiopalatinas e orientações para cuidados básicos. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 95-103, 2008.

ROSA, A. C.; SERRA, C. G. Fissuras orofaciais: revisão da literatura. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. 123-130, 2011.

SALGADO, H.; MESQUITA, P.; AFONSO, A. Agenesia do incisivo lateral superior - a propósito de um caso clínico. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 53, n. 3, p. 165-169, 2012.

SANDRINI, F. A. L. et al. Estudo familiar de pacientes com anomalias associadas às fissuras labiopalatinas no serviço de defeitos de face da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Facial**, v.6, n.2, p. 57-68, 2005.

SANTOS, A. P. P. et al. First report of bilateral supernumerary teeth associated with both primary and permanent maxillary canines. **Journal Of Oral Science**, v. 51, n. 1, p.145-150, 2009.

SEGUNDO, A. V. L. et al. Estudo epidemiológico de dentes supranumerários diagnosticados pela radiografia panorâmica. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Facial**, v. 6, n. 1, p. 53-56, 2006.

SEO, Y. et al. Associations between the risk of tooth agenesis and single-nucleotide polymorphisms of MSX1 and PAX9 genes in nonsyndromic cleft patients. **The Angle Orthodontist**, v. 83, n. 6, p.1036-1042, 2013.

- SHAPIRA, Y. et al. The distribution of clefts in primary and secondary palates by sex, type and location. **The Angle Orthodontist**, v. 69, n. 6, p. 523-528, 1999.
- SILVA, D. P. et al. Aspectos Patofisiológicos do Esfíncter Velofaríngeo nas Fissuras Palatinas. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 426-435, 2008.
- SILVA FILHO, O.G.; FREITAS J.A.S. Caracterização morfológica e origem embriológica In: TRINDADE I.E.K.; SILVA FILHO O.G. Fissuras Labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. **São Paulo: Editora Santos**; 2007. cap. 2, p.17-49.
- SILVA FILHO, O. G.; OZAWA, T. O.; BORGES, H. C. A influência da queiloplastia realizada em tempo único e em dois tempos cirúrgicos no padrão oclusal de crianças com fissura bilateral completa de lábio e palato. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 12, n. 2, p. 24-37, 2007.
- SILVEIRA, J. L. G. C.; WEISE, C. M. Representações Sociais das Mães de Crianças Portadoras de Fissuras Labiopalatinas sobre Aleitamento. **Pesquisa brasileira de odontopediatria clínica e integrada**, João Pessoa, v. 8, n. 2, p. 215-221, 2008.
- SIMÕES, F. X. P. C. et al. Prevalence of Supernumerary Teeth in Orthodontic Patients from Southwestern Brazil. **International Journal Of Odontostomatology**, v. 5, n. 2, p.199-202, 2011.
- SLAYTON , R. L. et al. Genetic Association Studies of Cleft Lip and/or Palate with Hypodontia outside the Cleft Region. **The Cleft Palate-craniofacial Journal**, v. 40, n. 3, p. 274-279, 2013.
- SMARIUS, B. et al. Accurate diagnosis of prenatal cleft lip/palate by understanding the embryology. **World Journal Of Methodology**, v. 7, n. 3, p. 93-100, 2017.
- SOARES, A. B. et al. Dentes supranumerários e suas posições no arco dental no município de Curitiba, Paraná, Brasil: prevalência em uma pesquisa de 3000 ortopantomografias. **Revista Eletrônica de Odontologia da Academia Tiradentes de Odontologia**, v. 9, n. 1, p. 37-52, 2009.

SOUZA, J.; RASKIN, S. Clinical and epidemiological study of orofacial clefts. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 2, p. 137-144, 2013.

SOUZA-FREITAS, J. A. et al. Tendência familiar das fissuras lábio-palatais. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 9, n. 5, p. 74-78, 2004.

SCHWARTZ, J. P. et al. Prevalence of dental anomalies of number in different subphenotypes of isolated cleft palate. **Dental Press Journal Of Orthodontics**, v. 19, n. 1, p. 55-59, 2014.

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

TORRES, P. F. et al. Anomalias dentárias de número em pacientes ortodônticos. **Revista de Odontologia UNESP**, v. 44, n. 5, p. 280-284, 2015.

TRINDADE, I. E. K.; SILVA FILHO, O. G. Fissuras Labiopalatinas: Uma abordagem Interdisciplinar. **São Paulo: Santos**, p. 17-49, 2007.

VASCONCELOS, et al. Incidências de malformações congênitas labiopalatais. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco - Maxilo-Facial**, v. 2, n. 2, p. 41-46, 2002.

VERONEZ, F. S.; TAVANO, L. D. Modificações psicossociais observadas pós-cirurgia ortognática em pacientes com e sem fissuras labiopalatinas. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 12, n. 3, p. 133-137, 2005.

WHITE, S. C.; PHAROAH, M. J. Radiologia Oral; Fundamentos e Interpretação. 5ª edição. **São Paulo; Elsevier Editora**; 2007, p 329.

WU, T.T. et al. The characteristics and distribution of dental anomalies in patients with cleft. **Chang Gung medical journal**, v. 34, n. 3, p. 306-314, 2011.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Adultos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Samira Santana Silva, graduanda do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob a orientação de meu professor Dr. Roberto Rocha, convido você para participar de uma pesquisa intitulada **“Avaliação comparativa da prevalência de anomalias dentárias de número, em crianças com fissura labiopalatina e crianças sem fissura”**.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a prevalência de anomalias dentárias de número em crianças com fissura labiopalatina atendidas pelos discentes no Núcleo de Atendimento a Pacientes com Deformidades Faciais (NAPADF) e crianças sem fissura acompanhadas pela Disciplina de Estágio Supervisionado da Criança e do Adolescente (ESCA). Não haverá benefício direto para você. No entanto esta pesquisa é necessária para obtenção de dados sobre alteração dentária de número, e com isso, oferecer benefícios para um melhor tratamento.

Para isso, precisamos coletar informações presentes no seu prontuário da UFSC, junto com as radiografias necessárias para o estudo. Essas radiografias serão escaneadas pela própria discente e posteriormente passarão por análises. Você não terá prejuízo nenhum com isso, pois as radiografias já foram adquiridas, cabendo a mim, Samira Santana Silva e ao orientador da pesquisa, apenas analisarmos os dados fundamentais.

Com relação aos riscos, mencionam-se os possíveis desconfortos e/ou constrangimentos que você possa ter, pois, tratam-se das suas informações pessoais, obtidas através dos seus prontuários. Entretanto, a pesquisadora se responsabiliza pelo manuseio

cuidadoso dos prontuários e de toda documentação que nele contiver, assim como empregará a máxima cautela e serão adotadas providencias necessárias para evitar e/ou reduzir os riscos.

A participação neste estudo é voluntária. Também é garantida a liberdade da retirada deste consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. Além disso, será garantido o sigilo, o respeito e a privacidade dos participantes, assim como a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Em qualquer momento você poderá entrar em contato comigo pelo telefone (48) 998478516 ou pelo e-mail: samirasantasilva@hotmail.com, no qual estarei disponível para fornecer todas as informações e dúvidas a respeito deste estudo, tendo o direito de retirar o seu consentimento de participação. O presente documento, que estará sendo assinado, é confidencial e você receberá uma cópia desse consentimento.

Neste ato, cumpre-me apresentar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, o CEPESH, que é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, **criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.** Quaisquer dúvidas você poderá entrar em contato através do seguinte endereço: Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis/SC. Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira – 10:00 às 12:00h e 16:00 às 18:00h. Telefone: (48) 3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Se não há qualquer dúvida em relação a esta pesquisa e se concorda em participe, solicitamos que assine este Termo de Consentimento. Agrademos desde já a sua atenção e sua colaboração, colocamo-nos a sua disposição para quaisquer esclarecimentos.

Eu, _____, certifico ter lido o exposto à cima, sendo o mesmo de total entendimento, e concordo participar da pesquisa, estando ciente que as informações serão publicadas para difusão científica, sendo que minha identidade será mantida em total sigilo.

Florianópolis, _____, de _____ de 2019.

Assinatura do Participante

Samira Santana Silva – Pesquisadora/ Discente de Odontologia

Roberto Rocha – Pesquisador/ Docente de Odontologia

**APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Responsáveis
por menores de idade participantes**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Samira Santana Silva, graduanda do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob a orientação de meu professor Dr. Roberto Rocha, convido seu (sua) filho (a) para participar de uma pesquisa intitulada **“Avaliação comparativa da prevalência de anomalias dentárias de número, em crianças com fissura labiopalatina e crianças sem fissura”**.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a prevalência de anomalias dentárias de número em crianças com fissura labiopalatina atendidas pelos discentes no Núcleo de Atendimento a Pacientes com Deformidades Faciais (NAPADF) e crianças sem fissura acompanhadas pela Disciplina de Estágio Supervisionado da Criança e do Adolescente (ESCA). Não haverá benefício direto para seu (sua) filho (a). No entanto esta pesquisa é necessária para obtenção de dados sobre alteração dentária de número, e com isso, oferecer benefícios para um melhor tratamento.

Para isso, precisamos coletar informações presentes no prontuário de seu (sua) filho (a) UFSC, junto com as radiografias necessárias para o estudo. Essas radiografias serão escaneadas pela própria discente e posteriormente passarão por análises. Ele (a) não terá prejuízo nenhum com isso, pois as radiografias já foram adquiridas, cabendo a mim, Samira Santana Silva e ao orientador da pesquisa, apenas analisarmos os dados fundamentais.

Com relação aos riscos, mencionam-se os possíveis desconfortos e/ou constrangimentos, pois, tratam-se das informações pessoais de seu (sua) filho (a), obtidas através do seu prontuário. Entretanto, a pesquisadora se responsabiliza pelo manuseio

cuidadoso dos prontuários e de toda documentação que nele contiver, assim como empregará a máxima cautela e serão adotadas providências necessárias para evitar e/ou reduzir os riscos.

A participação neste estudo é voluntária. Também é garantida a liberdade da retirada deste consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. Além disso, será garantido o sigilo, o respeito e a privacidade dos participantes, assim como a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Em qualquer momento você poderá entrar em contato comigo pelo telefone (48) 998478516 ou pelo e-mail: samirasantasilva@hotmail.com, no qual estarei disponível para fornecer todas as informações e dúvidas a respeito deste estudo, tendo o direito de retirar o seu consentimento de participação. O presente documento, que estará sendo assinado, é confidencial e você receberá uma cópia desse consentimento.

Neste ato, cumpre-me apresentar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, o CEPESH, que é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, **criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.** Quaisquer dúvidas você poderá entrar em contato através do seguinte endereço: Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis/SC. Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira – 10:00 às 12:00h e 16:00 às 18:00h. Telefone: (48) 3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Se não há qualquer dúvida em relação a esta pesquisa e se concorda que seu (sua) filho (a) participe, solicitamos que assine este Termo de Consentimento. Agrademos desde já a sua atenção e sua colaboração, colocamo-nos a sua disposição para quaisquer esclarecimentos.

Eu, _____, certifico ter lido o exposto à cima, sendo o mesmo de total entendimento, e concordo que meu (minha) filho (a) participe da pesquisa, estando ciente que as informações serão publicadas para difusão científica, sendo que a identidade dele (dela) será mantida em total sigilo.

Florianópolis, _____, de _____ de 2019.

Assinatura do Responsável Legal

Samira Santana Silva – Pesquisadora/ Discente de Odontologia

Roberto Rocha – Pesquisador/ Docente de Odontologia

APÊNDICE C – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“Avaliação comparativa da prevalência de anomalias dentárias de número, em crianças com fissura labiopalatina e crianças sem fissura”**. Neste estudo pretendemos analisar a prevalência de anomalias dentárias de número em crianças com fissura labiopalatina atendidas pelos alunos no Núcleo de Atendimento a Pacientes com Deformidades Faciais (NAPADF) e crianças sem fissura acompanhadas pela Disciplina de Estágio Supervisionado da Criança e do Adolescente (ESCA). Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: coleta das suas informações presentes no prontuário da UFSC, junto com as radiografias necessárias. Após essa coleta, essas radiografias serão escanadas e analisados os dados fundamentais pelos pesquisadores.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade.

Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta riscos, como por exemplo a quebra de sigilo, possíveis desconfortos e/ou constrangimentos, pois tratam-se de suas informações pessoais que estão contidas no seu prontuário. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável. Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____ aceito participar da pesquisa intitulada “Avaliação comparativa da prevalência de anomalias dentárias de número, em crianças com fissura labiopalatina e crianças sem fissura”. Declaro que a pesquisadora Samira Santana Silva me explicou todas as questões sobre o estudo que vai acontecer. Compreendi que não sou obrigado (a) a participar da pesquisa, eu decido se quero participar ou não. A pesquisadora me explicou também que o meu nome não aparecerá na pesquisa. Dessa forma, concordo livremente em participar do estudo, sabendo que posso desistir a qualquer momento, se assim desejar.

Assinatura da criança: _____

Florianópolis, _____, de _____ de 2019.

Samira Santana Silva – Pesquisadora/ Discente de Odontologia

Roberto Rocha – Pesquisador/ Docente de Odontologia

APÊNDICE F – Ficha de pesquisa

FICHA DE PESQUISA

Nome: _____
 Data de nascimento: ____/____/____
 Data da Radiografia: _____ Idade: _____
 Sexo: () Masculino () Feminino

Nº de identificação

Atendimento: () NAPADF () ESCA
 () CF: com fissura labiopalatina () SF: sem fissura labiopalatina

SUBCLASSIFICAÇÃO DAS FISSURAS:

Fissura pré-forame incisivo:

- () Pré-forame incisivo completa direita
- () Pré-forame incisivo completa esquerda
- () Pré-forame incisivo completa bilateral
- () Pré-forame incisivo incompleta direita
- () Pré-forame incisivo incompleta esquerda
- () Pré-forame incisivo incompleta bilateral

Fissura trasforame incisivo:

- () Trasnforame incisivo direita
- () Trasnforame incisivo esquerda
- () Trasnforame incisivo bilateral

Fissura pós-forame incisivo:

- () Pós-forame incisivo completa
- () Pós-forame incisivo incompleta

ANOMALIAS DENTÁRIAS DE NÚMERO:

- () Dentição decídua
- () Dentição permanente
- () Em ambas
- () Nenhum

DENTIÇÃO DECÍDUA E PERMANENTE

MAXILA													
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
MANDÍBULA													

Legenda: (*) Hiperdontia (□) Hipodontia

ANEXO A - Ata de apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ODONTOLOGIA

ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos 17 dias do mês de julho de 2020, às 08:00 horas, em sessão pública no (a) através do link <https://conferenciaweb.rnp.br/webconf/tcc-do-curso-de-graduacao-em-odontologia-ufsc> no ambiente virtual desta Universidade, na presença da Banca Examinadora presidida pelo Professor Roberto Rocha e pelos examinadores:

1 – Profa. Dra. Carla Miranda Santana

2 – Prof. Dr. Gerson Uliama Ribeiro

A aluna SAMIRA SANTANA SILVA

apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação intitulado:

"Avaliação comparativa da prevalência de anomalias dentárias de número, em crianças com fissura labiopalatina e crianças sem fissura"

Como requisito curricular indispensável à aprovação na Disciplina de Defesa do TCC e a integralização do Curso de Graduação em Odontologia. A Banca Examinadora, após reunião em sessão reservada, deliberou e decidiu pela APROVAÇÃO do referido Trabalho de Conclusão do Curso, divulgando o resultado formalmente ao aluno e aos demais presentes, e eu, na qualidade de presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais componentes da Banca Examinadora e pelo aluno orientando.



Documento assinado digitalmente
Roberto Rocha
Data: 22/07/2020 15:43:40 GMT
CPF: 022.098.425-04

Presidente da Banca Examinadora – Prof. Dr. Roberto Rocha



Documento assinado digitalmente
Carla Miranda Santana
Data: 24/07/2020 08:34:22 GMT
CPF: 022.582.139-52

Examinador 1 - Profa. Dra. Carla Miranda Santana

Examinador 2 – Prof. Dr. Gerson Uliama Ribeiro



Documento assinado digitalmente
Samira Santana Silva
Data: 24/07/2020 13:39:56 GMT
CPF: 044.612.359-20

Aluno – Samira Santana Silva

ANEXO B – Parecer de aprovação do CEP SH-UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação comparativa da prevalência de anomalias dentárias de número, em crianças com fissura labiopalatina e crianças sem fissura.

Pesquisador: Roberto Rocha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17119919.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.590.072

Apresentação do Projeto:

Trata-se de segunda versão de um projeto vinculado ao Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia da acadêmica Samira Santana Silva orientada pela prof. Dr Roberto Rocha que pretende desenvolver um estudo analisando a radiografia a fim de avaliar a prevalência de anomalias dentárias de número, em crianças que apresentam fissura labiopalatina atendidas pelos discentes no Núcleo de Atendimento a Pacientes com Deformidades Faciais (NAPADF) do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e pacientes sem fissura acompanhados pela Disciplina de Estágio Supervisionado da Criança e do Adolescente (ESCA) do Curso de Odontologia da Universidade em referência. A amostra será constituída por 179 pacientes, que apresentam radiografias panorâmica, na faixa etária de 08 (oito) a 12 (doze) anos de idade, de ambos os gêneros acompanhados entre os períodos de 1996 a 2019. Os pesquisadores informam que não haverá a necessidade de novos procedimentos radiográficos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliação comparativa de anomalias dentárias de número entre crianças com fissura labiopalatina e crianças sem fissura.

Objetivo Secundário:

- Analisar a prevalência de anomalias dentárias de número em crianças de 08 (oito) a 12 (doze)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.590.072

anos de idade;- Verificar a prevalência de anomalias dentárias de número em crianças de 08 (oito) a 12 (dose) anos de idade, que aprese (dois) grupos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios:

Acentua-se a importância da presente temática, afim de, proporcionar através de um estudo científico, a correlação em crianças com fissura labiopalatina e crianças que não possuem esta malformação, fazendo com que o campo científico e o campo social, possam ter acesso aos dados obtidos deste estudo. Ressalta-se que a presente pesquisa, não visa de nenhuma forma esgotar o tema, a finalidade da mesma, visa na contribuição para futuros apontamentos.

Riscos:

Houve inserção no nov TCLE acerca dos riscos da seguinte redação: "mencionam-se os possíveis desconfortos e/ou constrangimentos, pois, tratam-se das informações pessoais de seu (sua) filho (a), obtidas através do seu prontuário. Entretanto, a pesquisadora se responsabiliza pelo manuseio cuidadoso dos prontuários e de toda documentação que nele contiver, assim como empregará a máxima cautela e serão adotadas providencias necessárias para evitar e/ou reduzir os riscos"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os Pesquisadores fizeram os ajustes necessários no TCLE conforme a orientação da resolução 466/2012 e substituíram a folha de rosto anteriormente apresentada por outra com a assinatura do Coordenado do curso de graduação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Readequados conforme a Resolução 466/2012.

Recomendações:

não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclusão: aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	25/08/2019		Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.590.072

Básicas do Projeto	ETO_1384265.pdf	18:55:40		Aceito
Outros	cartaresposta.pdf	25/08/2019 18:54:41	Roberto Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODEASSENTIMENTO.docx	25/08/2019 18:51:04	Roberto Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	25/08/2019 18:50:53	Roberto Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEadulto.docx	25/08/2019 18:50:29	Roberto Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.docx	25/08/2019 18:49:58	Roberto Rocha	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	25/08/2019 18:47:55	Roberto Rocha	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	20190701_092554.jpg	01/07/2019 09:41:29	Roberto Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 21 de Setembro de 2019

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br