

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

ERGELLIS VICTOR CAVALCANTI DE LIMA

**Análise cognitiva e qualidade de vida em crianças portadoras de fissura
orofacial não sindrômica: estudo caso controle**

IMPERATRIZ

2019

ERGELLIS VICTOR CAVALCANTI DE LIMA

**Análise cognitiva e qualidade de vida em crianças portadoras de fissura
orofacial não sindrômica: estudo caso controle**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Medicina da
Universidade Federal do Maranhão,
Campus Imperatriz, como parte dos
requisitos para a obtenção do título de
Bacharel em Medicina

Orientador: Prof Dra. Rossana Vanessa
Dantas de Almeida-Marques

Co-orientador: Prof Dayse da Silva
Chaves.

IMPERATRIZ

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Cavalcanti de Lima, Ergellis Victor.

Análise cognitiva e qualidade de vida em crianças portadoras de fissura orofacial não sindrômica: estudo caso controle / Ergellis Victor Cavalcanti de Lima. - 2019.

26 f.

Coorientador(a): Dayse da Silva Chaves.

Orientador(a): Rossana Vanessa Dantas de Almeida-Marques.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz-MA, 2019.

1. Cognição. 2. Crianças. 3. Fissura labial. 4. Palato. 5. Qualidade de vida. I. Dantas de Almeida-Marques, Rossana Vanessa. II. da Silva Chaves, Dayse. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Ergellis Victor Cavalcanti de Lima

Título do TCC: Análise cognitiva e qualidade de vida em crianças portadoras de fissura orofacial não sindrômica: estudo caso controle.

Orientador: Rossana Vanessa Dantas de Almeida-Marques

Co-orientador: Dayse Da Silva Chaves

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a/...../....., considerou

() Aprovado

() Reprovado

Examinador (a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Examinador (a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Presidente: Assinatura:
Nome:
Instituição:

COMITÊ DE ÉTICA

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise cognitiva e sua relação com a qualidade de vida em crianças portadoras de fissura labiopalatina.

Pesquisador: ROSSANA VANESSA DANTAS DE ALMEIDA MARQUES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 96461418.1.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.051.909

Apresentação do Projeto:

INTRODUÇÃO: A fissura labiopalatina é a malformação craniofacial mais frequente e pode atingir lábios, nariz, região alveolar e palato. Os objetivos específicos do tratamento incluem o aspecto estético normalizado do lábio e do nariz; fechamento primário e secundário do palato; linguagem, fala e audição normalizadas; permeabilidade das vias aéreas; oclusão classe I e função mastigatória normal; dentes e periodonto saudáveis; desenvolvimento psicossocial normal. Os pacientes fissurados estão sujeitos a esforços individuais dinâmicos, cognitivos e comportamentais, os quais se modificam constantemente conforme as demandas internas e/ou externas e a adaptação ao contexto psicossocial no qual estão inseridos. **JUSTIFICATIVA:** Dessa forma, este projeto de pesquisa se justifica por verificar o fator de aprendizado das crianças com fissura lábio palatina, traçando um perfil individual e coletivo dos pacientes, que poderá subsidiar informações aos profissionais de saúde envolvidos, alertando as possíveis alterações nas competências comunicativas e de aprendizagem, potencializando uma melhor inserção social destes pacientes. **OBJETIVO:** Descrever a relação do fator de cognição nas crianças portadoras da fissura labiopalatal e sua relação com a qualidade de vida. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo do tipo descritivo com abordagem qualitativa. A amostra será composta pelos pacientes cadastrados e em tratamento ativo no Centrinho Imperatriz que possuam idade mínima de 05 anos e máxima de 11 anos, tendo realizado ou não procedimento cirúrgico corretivo, e irá compor o grupo caso (GCA). Para cada criança participante da amostra do GCA, será convidada a participar

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 3.051.909

Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.docx	15:31:40	CAVALCANTI DE LIMA	Aceito
----------------	---------------------	----------	--------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 03 de Dezembro de 2018

Assinado por:

**Flávia Castello Branco Vidal Cabral
(Coordenador(a))**

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

AGRADECIMENTOS

À minha amada mãe, a qual acordou cedo todos os dias para preparar o melhor café mesmo na escassez, dormiu tarde da noite aflita quando me viu debruçado estudando exaustivamente, chorou as minhas lágrimas, sorriu com as minhas conquistas, bem como previu cada pedra que eu iria pôr o pé; o meu humilde obrigado. Ao meu pai, gratidão pela magnificência, demonstrando um protótipo a ser seguido. Aos meus irmãos, gratulação por permitir que eu nunca cessasse dos meus objetivos, mesmo nos estorvos mais cruéis. A toda a minha família e amigos, gratidão pela união que se fez presente mesmo com distâncias quilométricas que separam um sonho de um abraço imensurável. À minha namorada, gratidão pelo apoio incondicional em todas as batalhas diárias. À minha orientadora, gratidão por ensinar o caminho a ser trilhado e por ter encabeçado em minhas condutas ideais sonhadores. À minha coorientadora e toda a equipe, gratidão pela dedicação, mesmo com rotinas tão cansativas. Aos companheiros que compartilham da mesma residência, gratidão pelas madrugadas com "café filosófico". Ao Centrinho, Imperatriz-MA, gratidão pela oportunidade de realizar a pesquisa, e minhas congratulações pelo exercício nobre durante todos esses anos. Dedico também ao meu sertão pernambucano localizado em Afrânio, que permitiu meus primeiros passos.

Nossas camas ficam vazias, nossas famílias se privam de nossa presença, e, em um combate feroz contra a dor, a morte e o sofrimento, em meio a gemidos, reclamos, desespero e agonia, agradeço ao nosso gigantesco Deus a oportunidade de exercitar o duro ofício de oferecer remédio, alívio e consolo, quando necessário. Isso porque, o choro pode durar uma noite, mas a alegria vem pela manhã.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS

G1	Crianças portadoras de fissuras orofaciais não sindrômicas;
G2	Crianças normorreativas vinculadas a escola de ensino privado;
G3	Crianças normorreativas vinculadas a escola de ensino público;
TCLE	Termo de consentimento Livre Esclarecido;
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido;
AUQEI	Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé;
OHIP 14	Oral Health Impact Profile;
ABEP	Associação Brasileira de empresas de pesquisa.

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a condição cognitiva e a qualidade de vida em crianças portadoras de fissura orofacial não sindrômica, comparativamente a crianças normorreativas em contextos socioeconômicos distintos. **MÉTODOS:** Realizou-se estudo transversal com 67 crianças, compreendidas na faixa etária entre 05 e 11 anos, agrupadas da seguinte forma: G1 (portadores de fissura labiopalatina; n = 21); G2 (crianças normorreativas vinculadas a escola privada; n = 23) e G3 (crianças normorreativas vinculadas a escola pública; n = 23), constituindo o G1 o grupo caso e grupos controles G2 e G3. Foram efetuadas anamnese, verificação de prontuários, avaliação cognitiva, análise da qualidade de vida e avaliação da qualidade de saúde oral. **RESULTADOS:** A distribuição da amostra conforme a idade, etnia, gênero, tipo de fissura e cirurgias reparadoras foi semelhante às observadas em estudos. O baixo nível socioeconômico de G1 (classe C-2 42,95%; classe D-E 28,6%) foi predominante, especialmente ao se comparar o alto nível do G2. O G1 foi o único grupo a apresentar crianças categorizadas como intelectualmente deficientes (n = 3; 14,28%), bem como não apresentou crianças com inteligência muito superior. Analisando a qualidade de vida, verificou-se valores estatísticos significativamente inferiores para G1 no domínio da autonomia, além de exibir qualidade de saúde oral inferior nos domínios da limitação funcional, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social. **CONCLUSÕES:** A criança portadora de fissura orofacial possui uma saúde bucal deficitária, manifesta discretas limitações na qualidade de vida e ausência de atraso cognitivo, tendo em vista a importância da equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: Fissura labial. Palato. Cognição. Qualidade de vida. Crianças.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze cognitive status and quality of life in children with non-syndromic orofacial cleft compared to a community of normoreactive in different socioeconomic contexts. **METHODS:** A cross-sectional study was carried out with 67 children, aged between 5 and 11 years old, grouped as follows: G1 (patients with cleft lip and palate; n = 21); G2 (normoreactive children linked to a private school, n = 23) and G3 (normoreactive children linked to a public school, n = 23), constituting the G1 or group of cases and groups of G2 and G3 controls. Anamnesis, chart verification, cognitive assessment, quality of life analysis and oral health quality assessment were used. **RESULTS:** The data distribution was conditioned by age, ethnicity, gender, type of fissure and repair surgeries to the actions observed in studies. The socioeconomic level of G1 (class C-2 42.95%, class D-E 28.6%) was predominant, especially when compared to the high level of G2. G1 was the only group presenting children categorized as intellectually deficient (n = 3; 14.28%); Analyzing the quality of life, the levels of oral autonomy, low autonomy, oral health quality, psychological incapacity, physical incapacity, social incapacity, psychological incapacity, social incapacity and social disadvantage were reduced. **CONCLUSIONS:** Children with orofacial cleft showed poor oral health, discrete limitations in the quality of life and absence of cognitive delay, considering the importance of the multidisciplinary team.

Keywords: Cleft lip. Palate. Cognition. Quality of life. Child.

SUMÁRIO

1. Introdução	12
2. Materiais e métodos	14
2.1 Caracterização e aspectos éticos da pesquisa.....	14
2.2 Seleção da amostra (critérios de inclusão e exclusão)	14
2.3 Coleta de dados.....	15
2.4 Análise estatística.....	16
3. Resultados.....	17
4. Discussão.....	20
6. Referências	24

Introdução

Depreende-se da fissura orofacial como uma malformação craniofacial frequentemente inserida nos âmbitos sociais¹, que pode se apresentar como fissura labial, associada a fissura palatina, ou tão somente a fissura palatina, resultando da falha na fusão dos processos faciais entre a 4^a e 12^a semana da gestação². No que tange a sua etiologia, as mutações e polimorfismos individuais, somados aos fatores ambientais, a carência nutricional, tabagismo e etilismo são evidentes³⁻⁴ e afeta um por mil nascidos vivos em escala mundial, variando de acordo com a população e raça⁵⁻⁶. Nesse sentido, tendo em vista a sua complexidade, pode ser classificada segundo a localização anatômica, a extensão ou a presença de uma síndrome concomitante⁷.

Destarte, o correto diagnóstico, somado ao tratamento integral ao paciente portador de fissura orofacial são cruciais, a fim de reabilitar os aspectos funcionais dentro de padrões de normalidade, englobando desde o aspecto estético facial; fechamento primário e secundário do palato; permeabilidade das vias aéreas; linguagem, fala e audição; oclusão e função mastigatória; dentes e periodonto saudáveis; bem como o desenvolvimento psicossocial⁸. Isso porque, na infância, os pacientes fissurados estão sujeitos a adversidades individuais dinâmicas, cognitivas e comportamentais, os quais se modificam constantemente conforme os esforços e demandas do contexto biopsicossocial⁹. Por conseguinte, analisar a cognição das crianças, ou seja, a relação entre o cérebro e seu corpo por meio da construção da imagem de si e do ambiente que o rodeia¹⁰⁻¹¹ é relevante na compreensão das divergências comparativamente entre crianças que possuem ou não fissuras orofaciais.

Na esteira desse raciocínio, corroborar os conceitos acerca da qualidade de vida são impreteríveis, já que possibilitam uma visão global do indivíduo frente as condições inerentes que envolvem suas limitações e imponderações¹²⁻¹³. Sua definição então passa a envolver uma percepção cultural, bem como do sistema de valores em que está inserido, na busca pela plenitude do bem-estar social¹⁴, em que constantemente é influenciado pela presença das fissuras orofaciais. Somado a isso, a qualidade de vida relacionada a saúde oral prediz os impactos que as alterações

faciais são capazes de envolver¹⁵, direcionando condutas adequadas em serviços especializados.

Apesar da ampla incidência da fissura orofacial, na literatura são escassos os estudos a respeito das funções cognitivas e da qualidade de vida em crianças com essa anomalia. Assim, estudos que enfatizam tais quesitos simbolizam uma contribuição relevante na elaboração de programas preventivos e de reabilitação, possibilitando maior inserção educacional e social, minimizando os impactos multidimensionais.

Dessa forma, se propôs analisar a condição cognitiva e a qualidade de vida em crianças portadoras de fissura labiopalatina não sindrômica, comparativamente a crianças normorreativas em contextos socioeconômicos distintos.

Materiais e métodos

Caracterização e aspectos éticos da pesquisa

Realizou-se estudo de caráter quantitativo, observacional e transversal, empregando os procedimentos éticos da pesquisa científica com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Maranhão (CAAE 96461418100005087), ressaltando-se os aspectos fundamentais, como a autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a equidade, contemplados rigorosamente desde o planejamento a execução das atividades. Posteriormente, obteve-se a concordância e formalização da participação das crianças, por meio de seus responsáveis, utilizando-se o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

Seleção da amostra (critérios de inclusão e exclusão)

A amostra foi composta por 67 crianças, de ambos os sexos, compreendidas na faixa etária entre 05 e 11 anos, agrupadas da seguinte forma: G1 (portadores de fissura labiopalatina; n = 21); G2 (crianças normorreativas vinculadas a escola privada; n = 23) e G3 (crianças normorreativas vinculadas a escola pública; n = 23), constituindo G1 o grupo caso e grupos controle G2 e G3.

As crianças acometidas por fissura eram assistidas pelo Centrinho Imperatriz (Maranhão, Brasil) instituição sem fins lucrativos que realiza assistência integral, com abrangência geográfica para as regiões do sul do Maranhão, norte do Tocantins e sul do Pará.

As crianças assistidas pelo Centrinho Imperatriz (G1) foram selecionadas por conveniência, independente da fase cirúrgica reparadora, e estavam agendadas para as diferentes especialidades relacionadas ao tratamento sequencial. Para compor G2 e G3 a seleção da amostra também ocorreu por conveniência, conforme o estabelecimento de ensino de vínculo da criança, com pareamento para faixa etária e sexo. Como critérios de exclusão, crianças com diagnóstico de alterações psiquiátricas, sensoriais, neurológicas ou sindrômicas não foram incluídas na amostra.

Coleta de dados

A execução da pesquisa foi consumada perante os seguintes procedimentos: análise de prontuários, anamnese, análise socioeconômica, análise cognitiva, avaliação da qualidade de vida e avaliação da qualidade de saúde oral.

A anamnese propiciou uma aproximação pesquisador-criança satisfatória, permitindo a aplicação de um questionário estruturado contendo informações como a idade, escolaridade, etnia, além de adentrar na aplicação dos demais questionários validados. Somado a isso, a análise de prontuários no Centrinho Imperatriz integralizou corretamente as informações relativas ao tipo de fissura labiopalatina, classificadas de acordo com Spina, bem como forneceu o histórico de realizações de cirurgias reparadoras nos portadores de fissura labiopalatina.

Na avaliação da condição socioeconômica empregou-se o critério de classificação econômico Brasil, idealizado pela Associação Brasileira de empresas de pesquisa (ABEP) levantando a presença de bens materiais no domicílio, nível de instrução escolar dos responsáveis e da presença de serviços públicos na comunidade, ranqueando nas seguintes denominações e pontuações: classe A (45 a 100 pontos); classe B1 (38 a 44); classe B2 (29 e 37); classe C1 (23 a 28); classe C2 (17 a 22) e, por último, classe D-E (16 a 0).

Para a quantificação do desenvolvimento e avaliação cognitiva, foram utilizados os testes padronizados da coleção R-2, o qual comporta a validação restrita a faixa etária de 05 a 11 anos, constituído por 30 questões, definindo 7 grandes níveis de inteligência a partir dos seus respectivos percentis: muito superior, superior, média superior, média inferior, limítrofe e intelectualmente deficiente. Assim, com a aplicação especializada por psicólogas, as análises foram realizadas em ambientes contemplativos, ausente de interferências externas.

A qualidade de vida dos indivíduos foi verificada pelo questionário validado denominado Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé (AUQEI) que abrange faixa etária de 04 a 12 anos, e atribui 4 níveis exequíveis de sentimentos por parte das crianças diante das 26 perguntas propostas: muito infeliz, infeliz, feliz e muito feliz. Por conseguinte, os resultados foram obtidos pontuando-se as respostas com a

variação de 0 a 3, tendo em consideração os domínios: autonomia, lazer, funções e família.

Com a finalidade de mensurar a qualidade de vida relacionada a saúde oral, o teste Oral Health Impact Profile (OHIP 14) foi operado, tendo em vista sua magnitude e reconhecimento internacional para análise do impacto adverso provocado por condições bucais no bem-estar dos indivíduos. Nesse seguimento, incumbe as suas 14 questões o papel de indagar a presença, nos últimos 12 meses, de algum incidente social devido a sua condição oral. Assim, apresenta para cada dois itens do seu questionário os seguintes domínios: dor física; limitação funcional; incapacidade física; desconforto psicológico; incapacidade psicológica; incapacidade social e desvantagem social.

Análise estatística

Por fim, os dados foram armazenados em planilhas do Microsoft Excel e analisados no programa Statistical Package For Social Sciences (SPSS 19.0 for Windows), com nível de confiança de 95%. Utilizaram-se detalhamento de frequências numéricas e percentuais, médias, desvio padrão, e adicionalmente, foram empregados estatística inferencial por meio do teste Qui-quadrado e Kruskal-Wallis, comparando as variáveis independentes.

Resultados

O estudo avaliou uma amostra de 67 crianças, segmentadas em crianças portadoras de fissura orofacial (G1; n= 21; 31,3%), crianças de escola privada (G2; n = 23; 34,3%) e crianças de escola pública (G3; n = 23; 34,3%). A idade média obtida conforme os grupos foi de 7,9 ($\pm 2,33$) para G1; 7,47 ($\pm 1,99$) para G2 e 8,6 ($\pm 2,56$) para G3.

A seguir, a tabela 1 descreve as informações relativas a condição sociodemográfica para cada grupo avaliado. Em relação aos grupos étnicos, houve predomínio da identificação parda no G1 e G3, enquanto que o G2 sobressaiu com a identificação branca. Para o sexo houve maior frequência do masculino para os grupos G1 e G2. Contudo, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas acerca do gênero, sexo e etnia entre os grupos.

Tabela 1. Distribuição sociodemográfica conforme os grupos G1 (fissura orofacial), G2 (escola privada) e G3 (escola pública).

VARIÁVEIS	G1		G2		G3		P-valor
	n	%	n	%	n	%	
SEXO							
Masculino	12	57,1	12	52,2	11	47,8	0,826 ^a
Feminino	9	42,9	11	47,8	12	52,2	
IDADE							
05 a 07 anos	13	61,9	12	52,2	8	34,8	0,238 ^a
08 a 11 anos	8	38,1	11	47,8	15	65,2	
ETNIA							
Branco	6	28,6	13	56,5	9	39,1	0,165 ^a
Negro	0	0,0	2	8,7	3	13,0	
Pardo	14	66,7	8	34,8	11	47,8	
Indígena	1	4,8	0	0,0	0	0,0	
ESCOLARIDADE							
Jardim de Infância	5	23,8	0	0,0	0	0,0	0,009 ^a
1º ao 3º ano	9	42,9	13	56,5	9	39,1	
4º ao 7º ano	7	33,3	10	43,5	14	60,9	
CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONOMICA							

Classe A	1	4,8	1	4,3	0	0,0	
Classe B1	1	4,8	8	34,8	0	0,0	
Classe B2	0	0,0	10	43,5	3	13,0	<0,001^a
Classe C1	4	19,0	4	17,4	5	21,7	
Classe C2	9	42,9	0	0,0	9	39,1	
Classe D-E	6	28,6	0	0,0	6	26,1	
RESIDE EM IMPERATRIZ?							
Sim	14	66,7	23	100	22	95,7	0,001^a
Não	7	33,3	0	0,0	1	4,3	

^a Teste Qui-quadrado de homogeneidade.

Contudo, tratando-se da escolaridade, condição socioeconômica e residência houveram diferenças estatística, com maior frequência em G1 para nível de escolaridade inicial definido pelo jardim de infância ($p=0,009$), classificação socioeconômica nas faixas C2 e D-E para G1 e G3 ($<0,001$) e residência fixa na cidade de Imperatriz mais comumente para G2 e G3 (0,001).

Das crianças portadoras de fissuras orofaciais, que compõem o G1, 19,05% ($n = 4$) são provenientes de escola privada e 80,95% ($n = 17$) advém de escola pública. Quanto a classificação do tipo de fissura, destaca-se a fissura transforame (47,63%), seguida da fissura pós-forame (33,33%) e, por fim, a fissura pré-forame (19,04%). Os procedimentos cirúrgicos cujas crianças já foram submetidas foram palatoplastia (80,95%), queiloplastia (61,90%) e enxertia óssea (19,04%).

A qualidade de vida, bem como a qualidade de saúde oral foram analisadas conforme a distribuição dos grupos e estão descritos na tabela 2. Ao confrontar a classificação da qualidade de vida (AUQEI) entre os grupos, nota-se ausência de valor estatístico significativo. Todavia, no tocante aos seus domínios, a autonomia se sobressaiu no G2, obtendo a menor pontuação de valor médio o G1 ($p=0,006$). Em detrimento, os domínios da função, família e lazer apresentaram valores próximos que não apresentaram um p-valor significativo.

No que concerne a qualidade de saúde oral mensurada pelo OHIP 14, os domínios da limitação funcional, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica e incapacidade social lograram significância estatística

($p < 0,001$), além da desvantagem social ($p = 0,004$), obtendo-se em todos estes domínios para o G1 os maiores valores médios quando comparado a G2 e a G3, remetendo a um maior impacto na qualidade da saúde oral entre crianças com fissura labiopalatina. Entretanto, o domínio da dor física não obteve significância estatística (0,168).

Tabela 2. Distribuição da qualidade de vida (QV) obtidas pelo AUQEI e OHIP 14 conforme os grupos G1 (fissura orofacial), G2 (escola privada) e G3 (escola pública).

VARIÁVEIS	G1		G2		G3		P-valor
	n	%	n	%	n	%	
QV (AUQEI)							
Boa QV	15	71,4	19	82,6	19	82,6	0,561 ^a
Baixa QV	6	28,6	4	17,4	4	17,4	
Domínios da QV	Média G1		Média G2		Média G3		
Domínio da função	9,66		10,56		10,21		0,183 ^b
Domínio da família	10,57		10,69		10,82		0,632 ^b
Domínio do lazer	7,23		8,08		7,73		0,104 ^b
Domínio da autonomia	7,28		9,39		7,60		0,006^c
Domínios da QV (OHIP 14)							
Limitação Funcional	2,8		0		0,3		<0,001^c
Dor Física	1,76		0,8		1,39		0,168 ^b
Desconforto Psicológico	2,90		0,1		0,21		<0,001^c
Incapacidade Física	1		0		0,13		<0,001^c
Incapacidade Psicológica	2,33		0,1		0,17		<0,001^c
Incapacidade Social	2,90		0,1		0,13		<0,001^c
Desvantagem Social	0,85		0		0,08		0,004^c

^a Teste Qui-quadrado de homogeneidade.

^b Teste Kruskal-Wallis

^c Teste Kruskal-Wallis seguido de teste *post-hoc* de Dunn. Domínio da autonomia: G2-G1 ($p = 0,010$) e G2-G3 ($p = 0,040$); Limitação funcional, Desconforto psicológico, Incapacidade psicológica e Incapacidade social: G1-G2 ($p < 0,001$) e G1-G3 ($p < 0,001$); Incapacidade Física: G1-G2 ($p < 0,001$) e G1-G3 ($p = 0,002$); Desvantagem social: G1-G2 ($p = 0,006$) e G1-G3 ($p = 0,027$).

A análise cognitiva da amostra abrangeu a sua categorização, a duração de aplicação do teste e o seu percentil, cujos resultados obtidos encontram-se descritos na tabela 3. Quanto a classificação cognitiva, o G1 não apresentou nenhuma criança na classificação muito superior e apresentou crianças (n = 3) no nível intelectualmente deficiente, em detrimento a G2 e G3. Todavia, não houveram diferenças estatísticas significantes na comparação entre os grupos. Cabe mencionar que nenhuma criança dos grupos G1, G2 e G3 não foram categorizadas nos níveis de classificação cognitiva do R-2 denominadas de limítrofe e superior.

Por outro lado, as crianças de G1 necessitaram de maior tempo na execução da avaliação cognitiva, obtendo-se p-valor significativo ($p=0,010$), da mesma forma que a distribuição do percentil (0,038).

Tabela 3. Distribuição da avaliação cognitiva obtida pela coleção R-2 conforme os grupos G1 (fissura orofacial), G2 (escola privada) e G3 (escola pública).

VARIÁVEIS	G1	G2	G3	p-valor
	Média	Média	Média	
Classificação cognitiva (R-2)				
Muito Superior	-	14,00	18,00	0,317 ^b
Média Superior	18,00	19,43	17,50	0,662 ^b
Média	14,30	12,23	15,30	0,423 ^b
Média Inferior	10,20	14,00	11,13	0,459 ^b
Intelectualmente deficiente	5,33	-	-	-
Tempo de aplicação				
Duração em segundos	418,23	293,39	304,95	0,010^c
Percentil da coleção R-2				
Score	38,23	56,47	42,78	0,038^c

^b Teste Kruskal-Wallis

Teste Kruskal-Wallis seguido de teste *post-hoc* de Dunn. Duração em segundos: G2-G1 ($p=0,049$); Score do Percentil: G1-G2 ($p=0,016$) e G1-G3 ($p=0,037$).

Discussão

Os resultados obtidos no presente estudo relativos a distribuição por etnia das crianças portadoras de fissuras orofaciais ocorreu, numericamente, em consonância com diversas análises epidemiológicas¹⁶⁻¹⁷. Tal fato, portanto, corrobora e aponta para menores taxas de acometimento em negros em detrimento aos brancos, fator ainda pouco esclarecido na literatura vigente.

No que tange a distribuição por gênero dos fissurados e do tipo de fissura apresentada, o predomínio do sexo masculino (57,1%) e da fissura transforame (47,63%) também são apontados por importantes estudos¹⁸⁻¹⁹, indicando que a presente amostra é típica da fissura labiopalatal não associada a síndromes genéticas. Tendo em vista a susceptibilidade do sexo masculino, teoriza-se o efeito da variação do gene MSX1, presente no cromossomo 4²⁰, no entanto com outros fatores ainda ocultos. Somado a isso, tem-se a maior frequência de fissura pós-forame no gênero feminino²¹. Assim, a amostra representa a caracterização regional dos pacientes assistidos pela instituição.

Ademais, tendo em vista a escolaridade da amostra estudada, nota-se que o grupo portador de fissura orofacial, G1, é o único representado por crianças em faixa etária pré-escolar (23,8%). Tal conjuntura caracteriza o perfil das crianças assistidas na instituição que realiza o atendimento precoce, sem contudo, refletir o desempenho inerente ao nível de ensino.

Alguns autores demonstraram a importância da estratificação socioeconômica nos indivíduos portadores de fissuras orofaciais, expondo a maior prevalência de classes mais baixas²². No presente estudo, esse pensamento é reiterado ao afirmar o predomínio das classes econômicas C-2 (42,95%) e D-E (28,6%), ao se comparar os grupos controle, especialmente as crianças provenientes de escola privada (G2), já que contam com suporte econômico maior.

Além disso, ao se observar o quantitativo de crianças que não residem em Imperatriz/Maranhão dentre as crianças com fissura (G1 – 33,3%) que constitui a cidade sede do local de assistência destes pacientes, infere-se que uma parte significativa de indivíduos precisam se deslocar distâncias consideráveis para realizar o tratamento adequado, demonstrando ainda mais empecilhos sociodemográficos nesse grupo.

Na esteira desse raciocínio, a precocidade do tratamento do fissurado minimiza danos estéticos, anatômicos, funcionais e psicológicos na idade adulta²³. Dessa forma, as crianças avaliadas já foram submetidas a procedimentos cirúrgicos reparadores representada pela palatoplastia (80,95%), seguida da queiloplastia (60,90%), os quais configuram as cirurgias primárias. A ausência de cirurgias em alguns indivíduos solidifica a ideia de que embora a instituição disponibilize o tratamento adequado, parcela significativa posterga o seu início.

Em estudo com adultos fissurados, o impacto da experiência biopsicossocial vivenciado durante a vida fora um preditor significativo de desajuste²⁴. Esse impacto demonstra a importância dos resultados de qualidade de vida entre as crianças dessa pesquisa, especialmente ao se comparar crianças que são educadas em instituições privadas (G2, n = 23) e públicas (G3, n = 21), em contextos sociais completamente divergentes, seja na análise cognitiva quanto na análise da qualidade de vida e qualidade de saúde oral.

Assim, estatisticamente, embora não tenha havido correlação entre a média da inteligência dos grupos, tem-se valores médios superiores nas crianças provenientes de escola privada, em detrimento a crianças portadoras de fissuras orofaciais, as quais não apresentaram nenhum paciente classificado como cognição muito superior e fora a única representante da classificação cognitiva intelectualmente deficiente (n = 3). Nota-se ainda a ausência de significância entre as crianças de escola pública e privada não fissurados, embora a pontuação média de inteligência maior da instituição privada conforme dados da literatura²⁵. Tais resultados exemplificam a importância do tratamento multidisciplinar na tentativa de reduzir implicações neuropsicológicas²⁶.

Ao se tratar do tempo da realização da aplicação do teste cognitivo, bem como do seu percentil total, a presença de valor estatístico foi evidente. Neste fim, analisando estudos aplicados somente aos fissurados, infere-se níveis intelectuais das crianças com 22,00% abaixo da média²⁷, enquanto que a presente pesquisa aponta para níveis intelectuais de 14,28% da amostra. Constata-se, portanto, que as crianças com fissura orofacial necessitam de maior intervalo de tempo para a realização do teste, com escores bem menores, constatando a necessidade de um olhar atento a esse público.

No tocante a qualidade de vida, a dificuldade reside no seu conceito, já que pode ser cambiante de acordo com o momento de aplicação do teste²⁸. No entanto, o

seu valor é eminente para análise da amostra e sua influência interdisciplinar. Nesse sentido, não se notou diferenças estatísticas entre os grupos apresentados, confirmando dados da literatura²⁹. Isso porque, o acompanhamento da instituição especializada potencializa a melhora da qualidade de vida das crianças portadoras de fissuras orofaciais, embora numericamente a baixa qualidade de vida seja mais frequente nesse grupo (G1). Em continuidade, os domínios da função, família e lazer também não foram afetados. Entretanto, ao se tratar do domínio de autonomia, quesito relacionado a independência, relação com companheiros e avaliações, distingue-se valor estatístico significativo. Tal consequência é resultante da influência da fissura orofacial frente a individualidade e emancipação do portador de fissura orofacial.

A pesquisa destrinchou a investigação acerca das questões relacionadas a cavidade oral, permitindo dimensionar a qualidade de vida comprometida pela condição oral (OHIP 14). Em pesquisas semelhantes, contudo sem grupo controle, identificam-se alterações no domínio da dor física, desconforto psicológico, incapacidade social e incapacidade psicológica³⁰. De forma análoga, e possibilitando uma análise mais completa, a presente análise obteve valores estatísticos importantes nos domínios da limitação funcional, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social, destacando o atraso nos portadores de fissura labiopalatina em detrimento a pequena interferência da saúde bucal na qualidade de vida dos grupos controles (G2 e G3). Entretanto, em contramão, o domínio da dor física não demonstrou tal padrão. Dessa forma, é nítido o impacto da malformação craniofacial na saúde bucal, o que ajuda a explicar a interferência biopsicossocial a qual o escolar está envolvido diante das alterações.

As maiores limitações ao desenvolvimento da investigação residiram justamente na captação das crianças fissuradas, devido à dificuldade de locomoção até o centro especializado para a realização das análises, somado a vulnerabilidade socioeconômica, abandono ao tratamento e ausência de meios de comunicação por parte de alguns pais responsáveis. Além disso, contemplar testes cognitivos simultâneos que englobam uma mesma faixa etária de igual importância foram dificuldades superadas.

Avaliar a qualidade de vida, a qualidade de saúde oral e a capacidade cognitiva possibilita à equipe multidisciplinar, atuante na reabilitação dos indivíduos com fissura

labiopalatina, uma reflexão quanto ao direcionamento do tratamento, pois identificar os domínios com maior deficiência permite rever as propostas de intervenção oferecidas, com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência e, conseqüentemente, a promoção da saúde.

Assim, a hipótese levantada foi confirmada, corroborando que a criança portadora de fissura orofacial possui uma saúde bucal deficitária, e adicionalmente manifesta discretas limitações na qualidade de vida e pode possuir atraso cognitivo, com exceção ao acompanhamento por parte da equipe multidisciplinar, constituindo importantes variáveis a serem analisadas corriqueiramente no acompanhamento longitudinal destes pacientes.

Referências

1. Mossey PA. Epidemiology underpinning research in the aetiology of orofacial clefts. *Orthod. Craniofac.* 2007; 10(3): 114-120.
2. Josiane S, Raskin S. Estudo clínico e epidemiológico de fissuras orofaciais. *J. Pediatr. (Rio J.)* 2013; 89(2): 137-144.
3. Venkatesh R. Syndromes and anomalies associated with cleft. *Indian J Plast Surg.* 2009;42(3), 51.
4. Wyszynski DF, Beaty TH. Review of the role of potential teratogens in the origin of human nonsyndromic oral clefts. *Teratology.* 1996; 53(5), 309-317.
5. Dixon MJ, Marazita ML, Beaty TH and Murray JC. Cleft lip and palate: understanding genetic and environmental influences. *Nat Rev Genet.* 2011; 12(3); 167–178.
6. Mossey PA, Little J, Munger RG, Dixon MJ, Shaw WC. Cleft lip and palate. *The Lancet.* 2009; 374(9703):1773–1785.
7. Rodrigues R, Fernandes MH, Monteiro AB, Furfuro R, Sequeira T, Silva CC., & Manso M C. SPINA classification of cleft lip and palate: A suggestion for a complement. *Archives de Pédiatrie.*2018;5(7);439-441.
8. Monlleó IL., Barros AGR, de Fontes MIB, Andrade AKM, de Brito GM., do Nascimento DLL, et al. Diagnostic implications of associated defects in patients with typical orofacial clefts. *J. Pediatr. (Rio J.)*. 2015; 91(5): 485-492.
9. Freitas JA de S, Neves LT, Almeida ALPF, Garib DG, Trindade-Suedam IK, Yaedú RYF, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC/USP) - Part 1: overall aspects. *Journal of Applied Oral Science.* 2012; 20(1), 9-15.
10. Costa DI, Azambuja LS, Portuguez MW, Costa JC. Avaliação neuropsicológica da criança. *J. Pediatr. (Rio J.)* 2004; 80(2): 111-116.
11. Pereira AH, Gonçalves AB, Holz M, Gonçalves HA, Kochhann R, Joannette Y, et al. Influence of age and education on the processing of clustering and switching in verbal fluency tasks. *Dement. Neuropsychol.* 2018; 12(4): 360-367.

12. Damiano PC, Tyler MC, Romitti PA, Momany ET, Jones MP, Canady JW. Health-related quality of life among preadolescent children with oral clefts: the mother's perspective. *Pediatrics*. 2007;120(2): e283-e290.
13. Zeraatkar M, Ajami S, Nadjmi N, Faghihi SA., & Golkari A. A qualitative study of children's quality of life in the context of living with cleft lip and palate *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*. 2019; 10: 13-20.
14. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the instrument for the assessment of quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública*. 1999; 33(2):198-205.
15. Silva FC, Oliveira TM, Almeida ALPF, Bastos RS, Neppelenbroek KH, & Soares S. Impact of Temporomandibular Disorders and Sleep Bruxism on Oral Health-Related Quality of Life of Individuals With Complete Cleft Lip and Palate. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2018; 29(6):1505-1508.
16. Nunes LM. Prevalence of cleft lip and palate and the notification in the information system [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005.
17. Grosen D, Chevrier C, Skytthe A, Bille C, Molsted K, Sivertsen A, et al. A cohort study of recurrence patterns among more than 54,000 relatives of oral cleft cases in Denmark: support for the multifactorial threshold model of inheritance. *J Med Genet*. 2010; 47:162-8.
18. Becker M, Svensson H, Kallen B. Birth weight, body length, and cranial circumference in newborns with cleft lip or palate. *Cleft Palate Craniofac J*. 1998; 35:255-61.
19. Wyszynski DF, Sarkozi A, Vargha P, Czeizel AE. Birth weight and gestational age of newborns with cleft lip with or without cleft palate and with isolated cleft palate. *J Clin Pediatr Dent*. 2003; 27:185-90.
20. Blanco R, Chakraborty R, Barton SA, Carreño H, Paredes M, Jara L, et al. Evidence of a sex-dependent association between the MSX1 locus and nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate in the Chilean population. *Hum Biol*. 2001; 73:81-9.

21. González BS, López ML, Rico MA, Garduño F. Oral clefts: a retrospective study of prevalence and predisposal factors in the State of México. *J Oral Sci.* 2008; 50(2):123-9.
22. Dvivedi J, Dvivedi S. A clinical and demographic profile of the cleft lip and palate in Sub-Himalayan India: A hospital-based study. *Indian Journal of Plastic Surgery.* 2012; 45(1), 115.
23. Melgaço CA, Di Ninno CQMS, Penna LM, Vale MPP. Aspectos ortodônticos/ortopédicos e fonoaudiológicos relacionados a pacientes portadores de fissuras labiopalatinas. *Jornal brasileiro de ortodontia e ortopedia facial.* 2002; 7(37): 23-32.
24. Hunt O, Burden D, Hepper P, Stevenson M, Johnston C. Self-reports of psychosocial functioning among children and young adults with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniof J.* 2006; 43(5):598-605.
25. DALVESCO A, Mattos D, Benincá C, Tarasconi C. Correlação entre WISC e rendimento escolar na escola pública e na escola particular. *Psicologia: Reflexão e Crític.* 1998; 11(3): 481-495.
26. Tolarová MM, Cervenka J. Classification and birth prevalence of orofacial clefts. *Am J Med Genet.* 1998; 75:126-37.
27. Tabaquim MLM, Vilela LO; Benati ER. Habilidades cognitivas e competências prévias para aprendizagem de leitura e escrita de pré-escolares com fissura labiopalatina. *Revista Psicopedagogia.* 2016; 33(100): 28-36.
28. Barbosa-Resende W, Rangel Vde O, Frontarolli AC, Araújo RR, da Silva CH, Pinto Rde M, et al. Psychometric properties of the Autoquestionnaire Qualite de Vie Infant Image (AUQEI) applied to children with cerebral palsy. *PloS one.* 2015;10(2): e0115643.
29. Tannure PN, Soares FM, Kùchler EC, Motta LG, Costa MC, Granjeiro JM. Measuring the impact of quality of life of children treated for orofacial clefts: a case-control study. *J Clin Pediatr Dent.* 2013; 37(4):381-4.

30. Beluci ML; Genaro KF. Qualidade de vida de indivíduos com fissura labiopalatina pré e pós-correção cirúrgica da deformidade dentofacial. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2016; 50(2); 217-223.