

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

Cognitive analysis and quality of life in children with non-syndromic orofacial cleft: a case control study

Análisis cognitivo y calidad de vida en niños con hendidura orofacial no sindrómica: un estudio de caso control

Ergellis Victor Cavalcanti de Lima^{1*}, Ândrea Gomes Salles¹, Bruna Balesteros Antunes Marinho², Roberta Castro Campos Borba², Dayse da Silva Chaves², Rossana Vanessa Dantas de Almeida Marques¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar a cognição e a qualidade de vida em crianças portadoras de fissura orofacial não sindrômica. **Métodos:** Realizou-se estudo com 67 crianças, entre 05 e 11 anos, agrupado 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. Efetuaram-se anamnese, verificação de prontuários, avaliação cognitiva, análise da qualidade de vida e avaliação da qualidade de saúde oral. **Resultados:** A distribuição da amostra foi semelhante àquelas observadas em estudos. O baixo nível socioeconômico de G1 (classe C-2 42,95%; classe D-E 28,6%) predominou, especialmente ao se comparar o alto nível do G2. O G1 foi o único grupo a apresentar crianças intelectualmentemente deficientes (n = 3; 14,28%), bem como não apresentou crianças com inteligência muito superior. Analisando a qualidade de vida, verificaram-se valores estatísticos significativamente inferiores para G1 no domínio da autonomia, além de exibir qualidade de saúde oral inferior em outros domínios. **Conclusão:** A criança portadora de fissura orofacial possui uma saúde bucal deficitária, manifesta discretas limitações na qualidade de vida e ausência de atraso cognitivo.

Palavras-chave: Fenda labial, Cognição, Qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective: Analyze the cognition and quality of life in children with non-syndromic orofacial cleft. **Methods:** Realized a study with 67 children, between 05 and 11 years old, grouped as follows: G1 (patients with cleft lip and palate; n = 21); G2 (normoreactive children linked to private school; n = 23) and G3 (normoreactive children linked to public school; n = 23), being G1 the case group and control groups G2 and G3. Anamnesis, medical records verification, cognitive assessment, quality of life analysis and oral health quality assessment were performed. **Results:** The sample distribution was similar to those observed in studies. The low socioeconomic level of G1 (class C-2 42.95%; class D-E 28.6%) predominated, especially when comparing the high level of G2. The G1 was the only group to have intellectually disabled children (n = 3; 14.28%), well as not presented children with much higher intelligence. Analyzing the quality of life, significantly lower statistical values were found for G1 in the autonomy domain, besides showing lower oral

¹ Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Imperatriz-MA. *E-mail: ergellsvictortencel@hotmail.com

² Universidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão (UNISULMA), Imperatriz-MA.

health quality in other domains. **Conclusion:** The child with orofacial cleft has poor oral health, manifests slight limitations in quality of life and no cognitive impairment.

Keywords: Clef lip, Cognition, Quality of life.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la cognición y la calidad de vida en niños con hendidura orofacial no sindrómica. **Métodos:** Se realizó un estudio con 67 niños, entre 05 y 11 años, agrupados como sigue: G1 (pacientes con labio leporino y paladar hendido; n = 21); G2 (niños normoreactivos vinculados a la escuela privada; n = 23) y G3 (niños normoreactivos vinculados a la escuela pública; n = 23), siendo G1 el grupo de casos y los grupos de control G2 y G3. Se realizó anamnesis, verificación de registros médicos, evaluación cognitiva, análisis de calidad de vida y evaluación de la calidad de la salud oral. **Resultados:** La distribución de la muestra fue similar a la observada en los estudios. Predominó el bajo nivel socioeconómico de G1 (clase C-2 42.95%; clase D-E 28.6%), especialmente al comparar el alto nivel de G2. G1 fue el único grupo que tuvo niños con discapacidad intelectual (n = 3; 14.28%), así como tampoco niños con inteligencia mucho mayor. Analizando la calidad de vida, se encontraron valores estadísticos significativamente más bajos para G1 en el dominio de autonomía, además de mostrar una calidad de salud bucal más baja en otros dominios. **Conclusión:** El niño con hendidura orofacial tiene mala salud bucal, manifiesta ligeras limitaciones en la calidad de vida y ningún deterioro cognitivo.

Palabras clave: Labio leporino, Cognición, Calidad de vida.

INTRODUÇÃO

Depreende-se da fissura orofacial como uma malformação craniofacial frequentemente inserida nos âmbitos sociais, que pode se apresentar como fissura labial, associada à 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 gestação. (MOSSEY P, 2007; SOUZA J e RASKIN S, 2013).

No que tange a sua etiologia, as mutações e polimorfismos individuais, somados aos fatores ambientais, a carência nutricional, tabagismo e etilismo são evidentes e afeta um por mil nascidos vivos em escala mundial, variando de acordo com a população e raça (VENKATESH R, 2009; WYSZYNSKI DF e BEATY TH, 1996; DIXON MJ, et al., 2011; MOSSEY PA, et al., 2009).

Nesse sentido, tendo em vista a sua complexidade, pode ser classificada segundo a localização anatômica, a extensão ou a presença de uma síndrome concomitante conforme estabelece Rodrigues R (2018).

Destarte, o correto diagnóstico, somado ao tratamento integral ao paciente portador de fissura orofacial é crucial, 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 psicossocial (MONLLEÓ IL, 2015), 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 biopsicossocial (FREITAS JAS, et al., 2012).

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 rodeia é relevante na compreensão das divergências comparativamente entre crianças que possuem ou não fissuras orofaciais (COSTA DI, et al., 2004; PEREIRA AH, et al., 2018). Na esteira desse raciocínio, corroborar os conceitos acerca da qualidade de vida é impreterível, já que possibilitam uma visão global do indivíduo frente às condições inerentes que envolvem suas limitações e imponderações (DAMIANO PC, et al., 2007; ZERAATKAR M, et al., 2019).

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 social, em que constantemente é influenciado pela presença das fissuras orofaciais (FLECK MP, et al., 1999).

Somado a isso, a qualidade de vida relacionada à saúde oral prediz os impactos que as alterações faciais são capazes de envolver, direcionando condutas adequadas em serviços especializados (SILVA FC, et al., 2018).

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 síndrômica, comparativamente a crianças normorreativas em contextos socioeconômicos distintos.

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, contempladas 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 síndrômicas 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 sete 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 *AutoquestionnaireQualité 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, incumbam as suas 14 questões o papel de indagar a presença, nos últimos 12 meses, de algum incidente social devido a sua condição oral. Assim, apresentam 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 *StatisticalPackage 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 o grupo 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 à 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 socioeconômica							
Classe A	1	4,8	1	4,3	0	0,0	<0,001 ^a
Classe B1	1	4,8	8	34,8	0	0,0	
Classe B2	0	0,0	10	43,5	3	13,0	
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	

Legenda: ^aTeste Qui-quadrado de homogeneidade. **Fonte:** Lima EVC, et al., 2019.

Contudo, tratando-se da escolaridade, condição socioeconômica e residência houve diferenças estatísticas, 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% ($n = 17$) advêm 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 foi analisada 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 à 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 média 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) obtida 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

Legenda: ^aTeste Qui-quadrado de homogeneidade. ^bTeste Kruskal-Wallis. ^cTeste 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 ($p = 0,027$). **Fonte:** Lima EVC, et al., 2019.

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 houve 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

Legenda: ^bTeste 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).

Fonte: Lima EVC, et al., 2019.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo relativos à distribuição por etnia das crianças portadoras de fissuras orofaciais ocorreram, numericamente, em consonância com diversas análises epidemiológicas (GROSEND, et al., 2010). 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 estudos, indicando que a presente amostra é típica da fissura labiopalatal não associada a síndromes genéticas (BECKER M, et al., 1998; WYSZYNSKI DF, et al., 2003).

Tendo em vista a susceptibilidade do sexo masculino, teoriza-se o efeito da variação do gene MSX1, presente no cromossomo 4, no entanto com outros fatores ainda ocultos (BLANCO R, et al., 2001). Somado a isso, tem-se a maior frequência de fissura pós-forame no gênero feminino (GONZÁLEZ BS, et al., 2008). 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 baixas (DVIVEDI J e DVIVEDI S, 2012). Neste estudo, esse pensamento é reiterado ao roborar o predomínio das classes econômicas C-2 (42,95%) e D-E (28,6%), ao se comparar os grupos controle, especialmente às 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 adulta (MELGAÇO CA, et al., 2002). Dessa forma, as crianças avaliadas já foram submetidas a procedimentos cirúrgicas reparadoras representadas 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 início do seguimento. Em estudo com adultos fissurados, o impacto da experiência biopsicossocial vivenciado durante a vida fora um preditor significativo de desajuste (Hunt O, et al., 2006).

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 literatura (DALVESCO A, et al., 1998). Tais resultados exemplificam a importância do tratamento multidisciplinar na tentativa de reduzir implicações neuropsicológicas (TOLAROVÁ MM e CERVENKA J, 1998).

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, inferem-se níveis intelectuais das crianças com 22,00% abaixo da média, enquanto que a atual pesquisa aponta para níveis intelectuais de 14,28% da amostra (TABQUIM MLM, et al., 2016). Constatou-se, portanto, que as crianças com fissura orofacial necessitem 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 teste (BARBOSA-RESENDE W, et al., 2015). 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 literatura (TANNURE PN, et al., 2013). 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 à 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 psicológica (BELUCI ML e GENARO KF, 2016).

De forma análoga, e possibilitando uma análise mais completa, o estudo 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 foi 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.

CONCLUSÃO

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. BARBOSA-RESENDE W, et al. Psychometric properties of the AutoquestionnaireQualite de Vie Infant Image (AUQEI) applied to children with cerebral palsy. *Plos one*, 2015;10(2): e0115643.
2. BECKER M, et al. Birth weight, body length, and cranial circumference in newborns with cleft lip or palate. *The CleftPalate-Craniofacial Journal*, 1998; 35:255-61.
3. BELUCI ML, GENARO KF. Qualidade de vida de indivíduos com fissura labiopalatinapré e pós-correção cirúrgica da deformidade dentofacial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2016; 50(2); 217-223.
4. BIANCO R, 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. *HumanBiology*, 2001; 73:81-9.
5. COSTA DI, et al. Avaliação neuropsicológica da criança. *Jornal de Pediatria*, 2004; 80(2): 111-116.
6. DALVESCO A, et al. Correlação entre WISC e rendimento escolar na escola pública e na escola particular. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 1998; 11(3): 481-495.
7. DAMIANO PC, et al. Health-related quality of life among preadolescent children with oral clefts: the mother's perspective. *Pediatrics*, 2007; 120(2): e283-e290.
8. DIXON MJ, et al. Cleft lip and palate: understanding genetic and environmental influences. *Nature Reviews Genetics*, 2011; 12(3); 167-178.
9. 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.
10. FLECK MP, et al. Application of the Portuguese version of the instrument for the assessment of quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100). *Revistade SaúdePública*, 1999; 33(2):198-205.
11. FREITAS JAS, 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.
12. GONZÁLEZ BS, et al. Oral clefts: a retrospective study of prevalence and predisposal factors in the State of México. *Journal of Oral Science*, 2008; 50(2):123-9.
13. GROSEN D, 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. *Journal of Medical Genetics*, 2010; 47:162-8.
14. Hunt O, et al. Self-reports of psychosocial functioning among children and young adults with cleft lip and palate. *The CleftPalate Craniofacial Journal*, 2006; 43(5): 598-605.
15. MELGAÇO CA, et al. Aspectos ortodônticos/ortopédicos e fonoaudiológicos relacionados a pacientes portadores de fissuras labiopalatinas. *Jornal brasileiro de ortodontia e ortopedia facial*, 2002; 7(37): 23-32.
16. MONLLÉO IL, et al. Diagnosticimplicationsofassociateddefects in patientswithtypical orofacial clefts. *Jornal de Pediatria*, 2015; 91(5): 485-492.
17. MOSSEY PA, et al. Cleft lip and palate. *The Lancet*, 2009; 374(9703):1773-1785.
18. MOSSEY P. Epidemiology underpinning research in the aetiology of orofacial clefts. *Orthodontics and Craniofacial*, 2007; 10(3): 114-120.
19. PEREIRA AH, et al. Influence of age and education on the processing of clustering and switching in verbal fluency tasks. *Dementia and Neuropsychologia*, 2018; 12(4): 360-367.

20. RODRIGUES R, et al. SPINA classification of cleft lip and palate: A suggestion for a complement. *Archives de Pédiatrie*, 2018; 5(7); 439-441.
21. SOUZA J, RASKIN S. Estudo clínico e epidemiológico de fissuras orofaciais. *Jornal de Pediatria*, 2013; 89(2): 137-144.
22. SILVA FC, et al. 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.
23. TABAQUIM MLM, et al. Habilidades cognitivas e competências prévias para aprendizagem de leitura e escrita de pré-escolares com fissura labiopalatina. *Revista Psicopedagogia*, 2016; 33(100): 28-36.
24. TANNURE PN, et al. Measuring the impact of quality of life of children treated for orofacial clefts: a case-control study. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 2013; 37(4):381-4.
25. TOLAROVÁ MM, CERVENKA J. Classification and birth prevalence of orofacial clefts. *American Journal Medical Genetics*, 1998; 75:126-37.
26. VENKATES R. Syndromes and anomalies associated with cleft. *Indian Journal Plastic Surgery*, 2009; 42(3), 51.
27. ZERAATKAR M, et al. 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.
28. 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.
29. WYSZYNSKI DF, et al. Birth weight and gestational age of newborns with cleft lip with or without cleft palate and with isolated cleft palate. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 2003; 27:185-90.