

Psicologia em Pesquisa

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa>

Autoconceito e qualidade de vida de jovens com história de fissura

labiopalatina

**Self-concept and quality of life of young people with a history of cleft lip
and palate**

**Autoconcepto y calidad de vida de jóvenes con antecedentes de fisura
labiopalatina**

Fabiana Ribas Ferreira¹, Nicolly Dias da Motta², Maria de Lourdes Merighi Tabaquim³ &
Jeniffer de Cássia Rillo Dutka⁴

¹ Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo - HRAC/USP. *E-mail:* fabiana.ribasf@gmail.com *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0002-5149-7366>

² Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo - HRAC/USP. *E-mail:* nicollydm@outlook.com *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0001-7269-2542>

³ Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo - HRAC/USP. *E-mail:* ptabaqui@uol.com.br *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0002-2748-6296>

⁴ Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo - HRAC/USP. *E-mail:* jdutka@usp.br *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0001-9676-0052>



RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever e comparar autoconceito, qualidade de vida e capacidade intelectual de indivíduos com história de fissura labiopalatina. Participaram 103 indivíduos, entre 18 e 25 anos, com fissura labiopalatina reparada, divididos em seis grupos, considerando ausência ou presença de hipernasalidade e Índice Dento-Oclusal (IDO). Utilizou-se: Matrizes Progressivas de Raven, Escala de Auto Apreciação Pessoal e Versão Brasileira do Questionário de Qualidade Vida. Os dados foram submetidos à estatística comparativa com significância $p < 0,05$. Caracterizou-se descritivamente as subcategorias dos instrumentos de autoconceito e qualidade de vida. Os resultados sugeriram relação negativa entre aspectos emocionais, sociais e intelectuais, influenciando no autoconceito.

PALAVRAS-CHAVE:

Fenda labial; Fissura palatina; Autoimagem; Qualidade de vida.

ABSTRACT

The aim of this study was to describe and compare the self-concept, quality of life, and intellectual capacity of individuals with a history of cleft lip and palate. The participants were 103 individuals, aged between 18 and 25 years, with repaired cleft lip and palate, divided into 6 groups, considering the absence or presence of hypernasality and Dento Occlusal Index (DOI). The following instruments were used: Raven's Progressive Matrices, the Personal Self-Appreciation Scale, and the Brazilian Version of the Quality of Life Questionnaire. Data were submitted to comparative statistics with a significance level of $p < 0,05$. The subcategories of self-concept and quality of life instruments were descriptively characterized. The results suggested a negative relationship between emotional, social, and intellectual aspects, therefore influencing self-concept.

KEYWORDS:

Cleft lip; Cleft palate; Self-image; Quality of life.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue describir y comparar el autoconcepto, la calidad de vida y la capacidad intelectual de individuos con antecedentes de fisura labiopalatina. Participaron 103 individuos, de entre 18 y 25 años, con fisura labiopalatina reparada, divididos en 6 grupos, considerando la ausencia o presencia de hipernasalidad y el Índice Dento-Oclusal (IDO). Se utilizaron las Matrices Progresivas de Raven, la Escala de Autoapreciación Personal y la Versión Brasileña del Cuestionario de Calidad de Vida. Se sometieron los datos a análisis estadístico comparativo con un nivel de significancia $p < 0,05$. Se caracterizaron descriptivamente las subcategorías de los instrumentos de autoconcepto y calidad de vida. Los resultados sugirieron una relación negativa entre aspectos emocionales, sociales e intelectuales, lo que influyó en el autoconcepto.

PALABRAS CLAVE:

Fisura labial; Fisura palatina; Autoimagen; Calidad de vida.

Informações do Artigo:

Fabiana Ribas Ferreira

fabiana.ribasf@gmail.com

Recebido em: 17/10/2022

Aceito em: 05/07/2023

Nos casos de fissura labiopalatina (FLP), é necessário que o indivíduo tenha tratamento especializado e extenso, englobando, na maioria das vezes, cuidados desde o nascimento até a idade adulta. O trabalho multi e interdisciplinar, além de aumentar a chance de sucesso na reabilitação do paciente, “possibilita que haja uma melhor qualidade dos serviços prestados e, consequentemente, na vida da pessoa atendida por essa equipe” (Delmiro et al., 2021, p.57).

O período e as técnicas das cirurgias primárias, assim como a habilidade do cirurgião e as estruturas anatômicas do bebê, podem influenciar no padrão de crescimento facial e os resultados de fala, porém, não apenas isto, outros fatores, como genéticos e ambientais também são influentes (Enemark et al., 1990; Ozawa, 2001). As cirurgias primárias, neste sentido, são as mais importantes para os resultados do tratamento e definem a complexidade do mesmo. O resultado da correção primária da FLP, por sua vez, afeta tanto o crescimento facial quanto a fala.

O crescimento facial tem impacto direto na relação dento-oclusal e na estética da face e pode ser mensurado usando-se ferramentas como o índice dento-oclusal (IDO). O IDO é um recurso importante na ortodontia para avaliar a severidade e a complexidade da má oclusão, sendo valioso para o diagnóstico e planejamento do tratamento mais adequado das alterações dento-oclusais na população com FLP (Dogan et al., 2014; Mars et al., 1987; Ozawa et al., 2005; Ozawa et al., 2011). O IDO frequentemente usado na FLP unilateral (*Goslon Yardstick*) e o Índice Bilateral (Bilateral Yardstick/Bauru Yardstick) possibilitam cinco agrupamentos: Grupo 1 - oclusão excelente; Grupo 2 - oclusão boa; Grupo 3 - oclusão regular; Grupo 4 - oclusão pobre; Grupo 5 - oclusão muito pobre (Mars et al., 1987). Quanto pior o IDO, pior a estética facial.

Algumas alterações de fala, como a hipernasalidade, comprometem a inteligibilidade da fala e chamam a atenção do ouvinte (Abreu et al., 2007; Goiato et al., 2010; Pegoraro-Krook et al., 2004). Desse modo, a presença da hipernasalidade na fala, pode dificultar a interação familiar e social.

A estética facial e a comunicação, hoje em dia, podem ser grandes influenciadores no autoconceito, e, consequentemente, na qualidade de vida das pessoas. O autoconceito envolve a percepção que o indivíduo possui sobre si, e esta é formada a partir da observação de suas experiências vividas e de avaliações de pessoas significativas, considerando-se aspectos comportamentais, cognitivos, sociais e/ou físicos (Capelatto et al., 2014). A qualidade de vida (QV), de acordo com Fleck et al. (2003), por sua vez, refere-se a elementos do sentir-se bem, podendo ser entendida como a harmonização de diferentes modos de viver e diversas dimensões: física, mental, social, cultural, ambiental e espiritual. Ou seja, pode ser definida como sendo a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da sua cultura e sistema de valores nos quais ele vive, assim como, sua percepção em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Fleck, 2000).

Deste modo, os objetivos deste estudo foram descrever e comparar os padrões de comportamento relacionados ao autoconceito, qualidade de vida e capacidade intelectual de indivíduos com história de fissura labiopalatina unilateral, com e sem hipernasalidade na fala e com diferentes graus de IDO.

Método

Foram adotados os procedimentos éticos da pesquisa, conforme resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, possuindo autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 3.364.181. A amostra foi composta por 103 indivíduos com história de fissura labiopalatina unilateral, não sindrômicos, com idades entre 18 e 25 anos, de ambos os sexos, em tratamento no Hospital Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo.

Os participantes foram divididos em seis grupos de acordo com a presença da hipernasalidade (estabelecida em avaliação fonoaudiológica) e o grau o IDO, sugestivo do grau de comprometimento do crescimento craniofacial:

- G1 – formado por participantes sem hipernasalidade e IDO nos graus 1 e 2 ($n=16$).
- G2 – formado por participantes sem hipernasalidade e IDO no grau 3 ($n=24$).
- G3 – formado por participantes sem hipernasalidade e IDO os graus 4 e 5 ($n=21$).
- G4 – formado por participantes com hipernasalidade e IDO nos graus 1 e 2 ($n=16$).
- G5 – formado por participantes com hipernasalidade e IDO no grau 3 ($n=15$).
- G6 – formado por participantes com hipernasalidade e IDO nos graus 4 e 5 ($n=11$).

Para compor os grupos, foi realizada consulta em acervo de dados do HRAC-USP obtendo-se informações referentes à caracterização da hipernasalidade (identificada no protocolo de avaliação da fonoaudiologia) e ao IDO (identificado no protocolo de avaliação da ortodontia). A hipernasalidade foi aferida por fonoaudiólogas durante avaliação perceptiva-auditiva presencial, e os dados do prontuário foram interpretados de maneira dicótoma: hipernasalidade ausente e hipernasalidade presente. Neste estudo os participantes sem hipernasalidade (ausente) constituíram o grupo 1 (G1), grupo 2 (G2) e grupo 3 (G3). Aqueles com hipernasalidade (presente) constituíram o grupo 4 (G4), grupo 5 (G5) e grupo 6 (G6). O IDO foi aferido por ortodontistas que indicaram a classificação de má oclusão de acordo com os índices de Goslon (Dogan et al., 2014; Mars et al., 1987; Ozawa et al., 2005; Ozawa et al., 2011). Neste estudo, os participantes com IDO 1 (oclusão excelente) e IDO 2 (oclusão boa) constituíram os grupo 1 (G1) e grupo 4 (G4); os com IDO 3 (oclusão regular), constituíram os grupo 2 (G2) e grupo 5 (G5); e aqueles com IDO 4 (oclusão pobre) e IDO 5 (oclusão muito pobre) constituíram os grupo 3 (G3) e grupo 6 (G6).

Para caracterizar os padrões de comportamento relacionados ao autoconceito, qualidade de vida e capacidade intelectual, foram aplicadas as seguintes ferramentas: o Matrizes Progressivas de Raven - Escala Geral (Raven, 2008), visando avaliar a capacidade intelectual dos participantes; a Escala de Auto Apreciação Pessoal (Pais-Ribeiro, 2003), para identificar o sentimento geral que o indivíduo tem sobre si mesmo por comparação com as outras pessoas, ou seja, seu autoconceito; e, a Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida – SF-36 (Ciconelli, 1997), a fim de avaliar a qualidade de vida, englobando capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

Os dados obtidos foram descritos, classificados e interpretados conforme suas normativas e submetidos ao estudo estatístico comparativo da relação entre grupos, sendo utilizado na análise estatística o teste *Kruskal-Wallis*. Na comparação dos aspectos delineados, foi adotado o nível de significância de 5% ($p<0,05$), para verificar as diferenças significantes entre os grupos quanto aos comportamentos de autoconceito, qualidade de vida e capacidade intelectual. As subcategorias (dimensões) dos instrumentos do autoconceito e da qualidade de vida foram caracterizadas descritivamente.

Resultados

A seguir, serão apresentados os resultados dos instrumentos utilizados, a partir de análise estatística, para comparar os grupos quanto à capacidade intelectual, autoconceito e qualidade de vida. Serão demonstrados descritivamente os resultados das dimensões dos instrumentos de autoconceito e qualidade de vida.

Capacidade Intelectual

Analisando as relações entre os achados para os grupos no teste Matrizes Progressivas de Raven – Escala Geral (Tabela 1), verificou-se que quanto à capacidade intelectual houve maior concentração dos participantes do G2 (7,8%) e G3 (5,8%) na classificação III (média inferior); no G1 (5,8%), G5 (3,9%) e G6 (3,9%) houve maior concentração na classificação IV (inferior à média); enquanto no G4 (6,8%) houve maior concentração na classificação V (índicio de deficiência intelectual). Apesar da variabilidade dos resultados, quando analisados estatisticamente, não houve diferença estatística significante ($p=0,505$) entre os grupos quanto à capacidade intelectual.

Tabela 1

Classificação no teste Matrizes Progressivas de Raven – Escala Geral dos Grupos Estudados

%	G1 (n=16)	G2 (n=24)	G3 (n=21)	G4 (n=16)	G5 (n=15)	G6 (n=11)	Total
I (n=2)	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	2,0
II+ (n=2)	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	2,0
II (n=5)	0,0	0,0	2,9	0,0	1,0	1,0	4,9
III+ (n=6)	1,0	1,9	1,0	1,0	0,0	1,0	5,9
III- (n=25)	3,9	7,8	5,8	1,9	1,9	2,9	24,2
IV (n=25)	5,8	5,8	2,9	1,9	3,9	3,9	24,2
IV- (n=16)	1,9	4,9	2,9	2,9	2,9	0,0	15,5
V (n=22)	1,9	2,9	4,9	6,8	2,9	1,9	21,3
	15,5	23,3	20,4	15,5	14,6	10,7	

Nota. G= Grupo; n= parte da amostra; I= Inteligência superior; II+= Inteligência definidamente superior à média; II= Inteligência superior à média; III+= Inteligência média superior; III-= Inteligência média inferior; IV= Inteligência inferior à média; IV-= Inteligência definidamente inferior à média; V= Índicio de deficiência intelectual

Autoconceito

Referente às relações entre os achados para os grupos na Escala de Auto Apreciação Pessoal (Tabela 2), observou-se que, quanto ao autoconceito, houve maior concentração dos participantes do G2 (10,7%), G4 (9,7%), G3 (8,7%), G1 (5,8%) e G6 (4,9%) na classificação superior; enquanto no G5 (6,8%) houve maior concentração na classificação média superior.

Quando analisados estatisticamente, as diferenças quanto ao autoconceito entre os grupos não foram estatisticamente significantes ($p=0,623$).

Tabela 2*Classificação na Escala de Auto Apreciação Pessoal dos Grupos Estudados*

%	G1 (n=16)	G2 (n=24)	G3 (n=21)	G4 (n=16)	G5 (n=15)	G6 (n=11)	Total
Inferior (n=0)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Média Inferior (n=8)	0,0	2,9	1,0	1,9	1,9	0,0	7,7
Média (n=22)	4,9	3,9	5,8	1,9	2,9	1,9	21,3
Média Superior (n=29)	4,9	5,8	4,9	1,9	6,8	3,9	28,2
Superior (n=44)	5,8	10,7	8,7	9,7	2,9	4,9	42,7
	15,5	23,3	20,4	15,5	14,6	10,7	

Nota. G= Grupo; n= parte da amostra

Tabela 3*Classificações nas Dimensões da Escala de Auto Apreciação Pessoal dos Grupos Estudados*

%	G1 (n=16)	G2 (n=24)	G3 (n=21)	G4 (n=16)	G5 (n=15)	G6 (n=11)	Total
Percepção da Impressão que Causa nos Outros (PIO)							
Inferior (n=4)	0,0	0,0	3,9	0,0	0,0	0,0	3,9
Média Inferior (n=57)	9,7	12,6	10,7	6,8	10,7	4,9	55,4
Média (n=42)	5,8	10,7	5,8	8,7	3,9	5,8	40,7
Média Superior (n=0)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Superior (n=0)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Percepção de Aparência Física (PAF)							
Inferior (n=1)	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
Média Inferior (n=23)	3,9	5,8	2,9	2,9	2,9	3,9	22,3
Média (n=53)	8,7	10,7	10,7	9,7	7,8	3,9	51,5
Média Superior (n=23)	1,9	4,9	5,8	2,9	3,9	2,9	22,3
Superior (n=3)	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	3,0
Percepção de Funcionalidade (PF)							
Inferior (n=1)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
Média Inferior (n=15)	2,9	4,9	1,9	3,9	0,0	1,0	14,6
Média (n=40)	4,9	7,8	9,7	5,8	5,8	4,9	38,9
Média Superior (n=40)	5,9	7,8	7,8	5,8	6,8	4,9	39,0
Superior (n=7)	1,0	2,9	1,0	0,0	1,9	0,0	6,8
	15,5	23,3	20,4	15,5	14,6	10,7	

Nota. G= Grupo; n= parte da amostra

A caracterização descritiva dos achados quanto ao autoconceito em cada dimensão é apresentada na Tabela 3. Na dimensão “percepção da impressão que causa nos outros” (PIO) houve maior concentração dos participantes no G2 (12,6%), G3 (10,7%), G5 (10,7%) e G1 (9,7%), na classificação média inferior; enquanto que no G4 (8,7%) e G6 (5,8%) houve maior concentração dos participantes na classificação média. Na dimensão “percepção de aparência física” (PAF), houve maior concentração de participantes no G2 (10,7%), G3 (10,7%), G4 (9,7%), G1 (8,7%), G5 (7,8%) e G6 (3,9%) na classificação média; sendo que os participantes no G6 (3,9%) também tiveram concentração na classificação média inferior. Na dimensão “percepção de funcionalidade” (PF), houve maior concentração dos participantes no G3 (9,7%), G2 (7,8%), G4 (5,8%) e G6 (4,9%) na classificação média; e dos participantes no G2 (7,8%), G5 (6,8%), G1 (5,9%), G4 (5,8%) e G6 (4,9%) na classificação média superior.

Qualidade de Vida

Ao verificar as relações entre os achados para os grupos na Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36), observou-se (Tabela 4) que houve maior concentração dos participantes no G2 (10,7%) e G6 (3,9%) na classificação média; para os participantes no G3 (10,7%), G1 (8,7%), G5 (6,8%) e G4 (5,8%), houve maior concentração na classificação média superior; sendo que para os participantes do G6 (3,9%) também houve concentração na classificação superior. E, quando analisados estatisticamente, não houve diferença estatística significante ($p=0,726$) entre os grupos quanto à qualidade de vida.

Tabela 4

Classificação na Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) dos Grupos Estudados

%	G1 (n=16)	G2 (n=24)	G3 (n=21)	G4 (n=16)	G5 (n=15)	G6 (n=11)	Total
Inferior (n=1)	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0
Média Inferior (n=4)	1,9	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	3,8
Média (n=24)	1,0	6,8	3,9	2,9	4,9	3,9	23,4
Média Superior (n=42)	8,7	5,8	10,7	5,8	6,8	2,9	40,7
Superior (n=32)	3,9	10,7	5,8	3,9	2,9	3,9	31,1
	15,5	23,3	20,4	15,5	14,6	10,7	

Nota. G= Grupo; n= parte da amostra

A caracterização descritiva dos achados nas distintas dimensões da Qualidade de Vida é apresentada no Apêndice A. Na dimensão “capacidade funcional” (CF) houve maior concentração dos participantes no G2 (20,4%), G3 (19,4%), G1 (15,5%), G4 (11,7%), G5 (11,7%) e G6 (10,7%) na classificação superior. Na dimensão “limitações por aspectos físicos (LAF), houve maior concentração dos participantes no G3 (13,6%), G2 (10,7%), G1 (7,8%), G6 (7,8%), G4 (5,8%) e G5 (5,8%) na classificação superior. Na dimensão “dor” (DOR), houve maior concentração dos participantes no G3 (11,7%), G2 (10,7%), G5 (8,7%) e G4 (6,8%) na classificação superior; e no G1 (7,8%) e G6 (5,8%) a maior concentração foi na classificação média superior. Na dimensão “estado geral de saúde” (EGS), houve maior concentração dos participantes no G2 (9,7%) e G1 (5,8%) na classificação superior, e, no G3 (8,7%), G5 (7,8%), G6 (7,8%) e G4 (5,8%) na classificação média superior. Na dimensão “vitalidade” (VIT), houve maior concentração dos participantes no G2 (7,8%), G3 (7,8%), G4 (5,8%) e G5 (5,8%) na classificação média, e, no G1 (6,8%) e G6 (5,8%) na classificação média superior. Na dimensão “aspectos sociais” (AS), houve maior concentração dos participantes no G2 (13,6%) e G6 (3,9%) na classificação superior; no G3 (9,7%), G4 (7,8%), G5 (6,8%) e G1 (6,8%) na classificação média superior, e, no G6 (3,9%) também houve

concentração na classificação média inferior. Na dimensão “limitações por aspectos emocionais” (LAE), houve maior concentração dos participantes no G2 (9,7%), G3 (8,7%) e G1 (4,9%) na classificação superior, no G1 (4,9%) e G4 (4,9%) na classificação média superior, e ainda, no G5 (5,8%) e G6 (4,9%) na classificação inferior. E, por fim, na dimensão “saúde mental” (SM), houve maior concentração de participantes no G2 (7,8%), G3 (7,8%) e G4 (4,9%) na classificação superior, no G1 (6,8%) e G6 (4,9%) na classificação média superior, e ainda, no G5 (4,9%) na classificação média.

Discussão

Os achados deste estudo favorecem um melhor entendimento da relação entre autoconceito, qualidade de vida, capacidade intelectual, comunicação e estética facial. Ao analisar, particularmente, os achados em cada dimensão da Escala de Auto Apreciação Pessoal, que investigou o autoconceito, observou-se que maioria dos participantes do G1, G2, G3 e G5 apresentaram classificação média inferior na dimensão PIO, sugerindo certo prejuízo no autoconceito dos participantes ao que se refere ao julgamento das outras pessoas, corroborando com as investigações de Pedersen et al. (2020).

Os participantes no G4, particularmente, apresentaram classificação média (melhor do que a maioria dos participantes) na dimensão PIO. Tal achado pode ser compreendido como reflexo da maior concentração de participantes do G4 na classificação de Indício de Deficiência Intelectual. Ao considerarmos intelectualidade como a capacidade do indivíduo em pensar, identificar e resolver problemas, sendo necessário um conjunto de habilidades cognitivas para que estes processos mentais sejam realizados, a performance dos participantes no G4 pode refletir, em parte, a dificuldade dos mesmos em perceber e interpretar a impressão que causam nas pessoas. Sendo assim, pessoas com classificação intelectual nos estratos mais baixos (como no G4), teriam maiores prejuízos para

planejamento e pensamento abstrato, o que pode afetar a aprendizagem, tanto escolar quanto pessoal. As pessoas nesse estrato, portanto, podem apresentar dificuldade significativa para exercer funções de juízo e raciocínio lógico (Dalgalarondo, 2019). Dessa forma, quando relacionado à deficiência intelectual, o autoconceito parece associar-se à resultados mais positivos, influenciando uma tendência de noção desajustada da realidade, podendo haver, como observado no G4, uma sobrevalorização quanto às habilidades e aparência física (Santos & Morato, 2012), assim como, quanto à sua popularidade (Reid et al., 2011).

Quanto à investigação da qualidade de vida (na Versão Brasileira do Questionário de Qualidade Vida / SF-36), encontrou-se que uma parcela do G6 apresentou classificação média inferior na dimensão AS, assim como, G6 e G5 obtiveram desempenho inferior na dimensão LAE. Deve-se evidenciar que tanto o G5 quanto o G6 são formados por participantes com hipernasalidade e IDO de regular (IDO3) à pobre (IDO4 + IDO5), sugerindo que comprometimento fala e estética facial tende a causar impacto nos relacionamentos sociais resultando em maiores limitações emocionais do que nos membros dos outros grupos (sem alterações de fala e com melhor IDO). Quanto maior o comprometimento da estética facial, mais prejudicada a interação social. Ambos os fatores (aspectos emocionais e sociais) tendem a interferir negativamente na qualidade de vida dos indivíduos com história de FLP. Os achados corroboram com os estudos de Pedersen et al. (2020), em que mencionam que a dificuldade na fala em indivíduos com FLP impacta de forma negativa na interação social e no aspecto emocional. A literatura (Crepaldi et al., 2019) também sugere que indivíduos com fissura de lábio (com maior impacto na estética) e com fissura de palato (com impacto na fala), apresentam menores limitações nos aspectos emocionais quando comparados com aqueles com fissura labiopalatina (com impacto na estética e na fala). Ou seja, um tratamento reabilitador mais complexo (visando, ao mesmo

tempo, fala e face) justifica, em parte, maiores limitações emocionais como observado neste estudo (onde todos os participantes apresentaram fissura de lábio e palato).

Os achados deste estudo, além de preliminares, estratificaram os 103 participantes em 6 grupos que incluíram de 11 a 24 indivíduos. A interpretação dos achados, portanto, deve ser feita cautelosamente sugerindo-se importância da continuidade da pesquisa para o estabelecimento de uma amostra mais representativa nas distintas categorias estudadas (com e sem hipernasalidade nos diferentes graus de IDO). Salienta-se também que a limitação quanto ao número de participantes nos distintos grupos não possibilitou estratificar os participantes quanto ao grau da hipernasalidade (leve, moderado e grave). Em futuros estudos, com amostras mais amplas, sugere-se a importância de controlar o grau de hipernasalidade de forma a entender-se melhor o impacto desse aspecto no autoconceito e na qualidade vida de indivíduos com história de fissura labiopalatina unilateral.

Conclusão

Os objetivos deste trabalho foram descrever e comparar os padrões de comportamento relacionados ao autoconceito, qualidade de vida e capacidade intelectual de indivíduos com história de fissura labiopalatina unilateral, com e sem hipernasalidade na fala e com diferentes graus de IDO. Os achados descritivos apontam a importância de considerar-se a capacidade intelectual ao aplicar-se ferramentas que exigem interpretação do participante. Os dados, apesar de não refletirem uma diferença significante, sugerem para uma relação negativa entre a qualidade de vida, alterações de fala (presença de hipernasalidade) e comprometimento do crescimento facial (estabelecido por meio do IDO), principalmente quanto aos aspectos emocionais e sociais, que indicam influenciar no autoconceito.

Referências

- Abreu, A., Levi, D., Rodrigues, H., & Rivera, I. (2007). Oral rehabilitation of a patient with complete unilateral cleft lip and palate using an implant-retained speech-aid prosthesis: clinical report. The *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 44(6), 673-677. <https://doi.org/10.1597/06-169.1>
- Capelatto, I. V., Lima, R. F., Ciasca, S. M., & Salgado-Azoni, C. A. (2014). Cognitive Functions, Self-Esteem and Self-Concept of children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(2), 331-340. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427214>
- Ciconelli, R. M. (1997). *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)”*. [Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo].
Repositório institucional UNIFESP.
<http://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/15360/Tese-3099.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Crepaldi, T. A., Vitor, L. L. R., Rios, C. F. C. C., Rios, D., Cruvinel, T., Almeida, A. L. P. F., Soares, S., Machado, M. A. A. M., & Oliveira, T. M. (2019). Do Cleft Lip and Palate Types affect health-related quality of life of adolescents? *The Journal of Craniofacial Surgery*, 30(3), 829-833. <https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000005175>
- Dalgalarondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. (3^a ed). Artmed.
- Delmiro, C. A., Macedo, E. L. G., Kussaba, S. T., & Leal, M. O. C. D. (2021). Importância da equipe multiprofissional no acompanhamento de pacientes com fissura labial e

palatal. *Revista Cathedral*, 3(1), 57-64.

<http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/268/90>

Dogan, S., Semb, G., Erbay, E., Alcan, T., Uzel, A., Kocadereli, I., & Shaw, C. (2014).

Dental arch relationships in Turkish patients with complete unilateral cleft lip and palate born between 1976 and 1990: A comparison with Eurocleft. *The Cleft Palate Craniofacial Journal*, 51(1), 70-75. <https://doi.org/10.1597/11-304R1>

Enemark, H., Bolund, S., & Jørgensen, I. (1990). Evaluation of unilateral cleft lip and palate treatment: long term results. *The Cleft Palate Craniofacial Journal*, 27(4), 354-361.

https://doi.org/10.1597/1545-1569_1990_027_0354_eoucla_2.3.co_2

Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): Características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>

Fleck, M. P. A., Borges, Z. N., Bolognesi, G., & Rocha, N. S. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 446-455. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000400009>

Goiato, M. C., Santos, D. M., & Villa, L. M. R. (2010). Obturator for rehabilitation of cleft palate with implant-supported retention system. *Journal of Craniofacial Surgery*, 21(1), 151-154. <https://doi.org/10.1097/SCS.0b013e3181c50de1>

Mars, M., Plint, D. A., Houston, W. J., Bergland, O., & Semb, G. (1987). The Goslon Yardstick: A new system of assessing dental arch relationships in children with unilateral clefts of the lip and palate. *The Cleft Palate Craniofacial Journal*, 24(4), 314-322. <https://cleftpalatejournal.pitt.edu/ojs/cleftpalate/article/view/1169/1169>

Ozawa, T. O., Santos, A. C., Costa, G. C., Silva, O. G., Fo., Semb, G., & Sanchez, J. F. (2005). Bauru yardstick. A method to assess the dental arches relationship of children

and adolescents with complete bilateral cleft lip and palate. *Revista Española de Ortodoncia*, 35, 209-216. http://ortoface.com/wp-content/uploads/2022/05/4_Indice-Bauru..pdf

Ozawa, T. O., Shaw, W. C., Katsaros, C., Kuijpers-Jagtman, A. M., Hagberg, C., Rønning, E., & Semb, G. (2011). A new yardstick for rating dental arch relationship in patients with complete bilateral cleft lip and palate. *The Cleft Palate Craniofacial Journal*, 48(2), 167-172. <https://doi.org/10.1597/09-122>

Ozawa, T. O. (2001). *Avaliação dos efeitos da queiloplastia e palatoplastia primária sobre o crescimento dos arcos dentários de crianças com fissura transforame incisivo unilateral aos 5-6 anos de idade*. [Tese de Doutorado, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”]. Repositório institucional UNESP. https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/104533/ozawa_to_dr_arao.pdf?sequence=1

Pais Ribeiro, J. (2004). Desenvolvimento de uma escala de auto-apreciação pessoal ou auto estima para utilização em contexto de saúde. *Psicologia e Educação*, 3(2), 49-56. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56939/2/82353.pdf>

Pedersen, H. M., Goodie, P. A., Braden, M. N., & Thibeault, S. L. (2020). Comparing quality of life and perceptual speech ratings in children with cleft palate. *The Cleft Palate Craniofacial Journal*, 2(58), 139-145. <https://doi.org/10.1177/1055665620949435>

Pegoraro-Krook, M. I., Dutka-Souza, J. C. R., Magalhães, L. C. T., & Feniman, M. R. (2004). Intervenção fonoaudiológica na fissura palatina. In L. P. Ferreira, D. M. Befi-Lopes, & S. C. O. Limongi (Eds). *Tratado de Fonoaudiologia* (1^a ed, pp. 439-455). Roca.

- Raven, J. C. (2008). *Teste das matrizes progressivas escala geral – manual*. Centro Editor de Psicologia Aplicada.
- Reid, K., Smiley, E., & Cooper, S. (2011). Prevalence and associations of anxiety disorders in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(2), 172-181. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01360.x>
- Santos, S., & Morato, P. (2012). *Comportamento adaptativo: Dez anos depois*. Edições FMH.

Apêndice A

Classificações nas dimensões do Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) dos Grupos Estudados

%	G1 (n=16)	G2 (n=24)	G3 (n=21)	G4 (n=16)	G5 (n=15)	G6 (n=11)	Total
Capacidade Funcional (CF)							
Inferior (n=0)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Média Inferior (n=0)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Média (n=2)	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	2,0
Média Superior (n=9)	0,0	1,9	1,0	2,9	2,9	0,0	8,7
Superior (n=92)	15,5	20,4	19,4	11,7	11,7	10,7	89,4
Limitações por Aspectos Físicos (LAF)							
Inferior (n=2)	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	2,0
Média Inferior (n=13)	1,9	0,0	3,9	1,9	4,9	0,0	12,6
Média (n=16)	1,9	5,8	1,0	4,9	1,9	0,0	15,5
Média Superior (n=19)	2,9	6,8	1,9	1,9	1,9	2,9	18,3
Superior (n=53)	7,8	10,7	13,6	5,8	5,8	7,8	51,5
Dor (DOR)							
Inferior (n=3)	1,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	2,9
Média Inferior (n=3)	0,0	1,9	0,0	1,0	0,0	0,0	2,9
Média (n=13)	1,0	3,9	1,9	2,9	1,9	1,0	12,6
Média Superior (n=35)	7,8	6,8	6,8	2,9	3,9	5,8	34,0
Superior (n=49)	5,8	10,7	11,7	6,8	8,7	3,9	47,6
Estado Geral de Saúde (EGS)							
Inferior (n=3)	1,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	3,0
Média Inferior (n=3)	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	3,0
Média (n=23)	3,9	7,8	4,9	3,9	1,0	1,0	22,5
Média Superior (n=40)	3,9	4,9	8,7	5,8	7,8	7,8	38,9
Superior (n=34)	5,8	9,7	6,8	3,9	5,8	1,0	33,0
Vitalidade (VIT)							
Inferior (n=5)	0,0	1,0	1,0	1,9	0,0	1,0	4,9
Média Inferior (n=11)	1,9	2,9	1,9	1,0	2,9	0,0	10,6
Média (n=37)	5,8	7,8	7,8	5,8	5,8	2,9	35,9
Média Superior (n=33)	6,8	6,8	5,8	2,9	3,9	5,8	32,0
Superior (n=17)	1,0	4,9	3,9	3,9	1,9	1,0	16,6
Aspectos Sociais (AS)							
Inferior (n=6)	1,9	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0	5,7
Média Inferior (n=15)	1,9	1,9	3,9	0,0	2,9	3,9	14,5
Média (n=8)	0,0	2,9	1,0	1,0	1,9	1,0	7,8
Média Superior (n=39)	6,8	4,9	9,7	7,8	6,8	1,9	37,9
Superior (n=35)	4,9	13,6	5,8	2,9	2,9	3,9	34,0

	Limitações por Aspectos Emocionais (LAE)						
Inferior (<i>n</i> =24)	2,9	2,9	3,9	2,9	5,8	4,9	23,3
Média Inferior (<i>n</i> =22)	2,9	5,8	4,9	3,9	1,9	1,9	21,3
Média (<i>n</i> =0)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Média Superior (<i>n</i> =21)	4,9	4,9	2,9	4,9	2,9	0,0	20,5
Superior (<i>n</i> =36)	4,9	9,7	8,7	3,9	3,9	3,9	35,0
	Saúde Mental (SM)						
Inferior (<i>n</i> =3)	0,0	0,0	0,0	1,0	1,9	0,0	2,9
Média Inferior (<i>n</i> =12)	1,9	1,9	1,9	2,9	1,9	1,0	11,5
Média (<i>n</i> =27)	2,9	6,8	4,9	2,9	4,9	3,9	26,3
Média Superior (<i>n</i> =33)	6,8	6,8	5,8	3,9	3,9	4,9	32,1
Superior (<i>n</i> =28)	3,9	7,8	7,8	4,9	1,9	1,0	27,3
	15,5	23,3	20,4	15,5	14,6	10,7	

Nota. G= Grupo; *n*= parte da amostra