



Prêmio Jovem Pesquisador

4º
LUGAR

Qualidade de vida de pacientes ortodônticos com fissura labial e/ou palatina

Quality of life of cleft lip and/or palate orthodontic patients

Vanessa de Couto Nascimento¹
 Caroline Pimenta dos Santos Monteiro²
 Mariana Martins e Martins³
 Beatriz de Souza Vilella³
 Oswaldo de Vasconcellos Vilella⁴

RESUMO

Esta pesquisa buscou avaliar a qualidade de vida (QV) de pacientes jovens com fissura labial e/ou palatina (FLP) atendidos no Cefil (Centro de Tratamento de Fissuras Labiopalatinas) do Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto, localizado na cidade do Rio de Janeiro (RJ). A amostra foi composta por 109 pacientes (49 meninas e 60 meninos) na faixa etária entre dez e 15 anos (média 12,60 ± 1,52). Para a avaliação da QV foi aplicada a versão em português do questionário de qualidade de vida para pacientes ortocirúrgicos (B-OQLQ), que é composto por quatro domínios: aspectos sociais, estética facial, função oral e consciência da deformidade. Para cada pergunta foi atribuída uma pontuação. Quanto maior o escore, pior a QV do participante. Os dados foram analisados por estatística descritiva e pelo teste de Mann-Whitney ($p < 0,05$). O impacto negativo na QV foi pequeno nesta amostra (mediana = 9; desvio interquartilico = 13). Em relação aos tipos de fissura, a QV foi mais afetada negativamente na presença de fenda labial. Foi observada também uma diferença significativa entre os sexos ($p = 0,043$). Os homens apresentaram maior impacto negativo do que as mulheres. Entretanto, ocorreu diferença significativa apenas no domínio estético ($p = 0,049$). A QV não foi muito afetada nesta população, possivelmente devido aos resultados positivos alcançados pelo tratamento multidisciplinar.

Unitermos – Criança; Adolescente; Fissura labial; Fissura palatina; Qualidade de vida.

ABSTRACT

This research aimed to evaluate the quality of life (QL) of young repaired cleft lip and/or palate patients (CLP), treated in the CEFIL (Treatment Center of Cleft Lip and Palate), in a section of the Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto, located at Rio de Janeiro City (RJ). The sample consisted of 109 patients (49 females and 60 males) with repaired CLP and age range 10-15 years (mean age 12,60 ± 1,52 years). To investigate the QL of the participants, a complete Portuguese version of the Quality of Life in Orthognatic Patients (B-OQLQ) was used. The questionnaire is divided into four domains: social aspects, facial esthetics, oral function and deformity awareness. To each question corresponds one score. The higher the score, the worse will be the participant's QL. Data were analyzed applying descriptive statistics and the Mann-Whitney test ($p < 0.05$). The negative impact in QL was small in this sample (median = 9; interquartile deviation = 13). Regarding the types of clefts, the QL was more negatively affected in cleft lip patients. Besides, a significant difference were observed between genders ($p = 0.043$). Males were more negatively impacted when compared with females, with significant difference only in facial esthetics domain ($p = 0.049$). QL was not significantly affected in this population, possibly due to the positive results achieved by the multidisciplinary treatment.

Key words – Children; Adolescent; Cleft lip; Cleft palate; Quality of life.

¹Doutoranda em Odontologia (Clínica Odontológica) – Universidade Federal Fluminense.

²Aluna de graduação em Odontologia – Universidade Federal Fluminense.

³Professores da Disciplina de Ortodontia – Universidade Federal Fluminense.

Recebido em nov/2018

Aprovado em jan/2019

Proposição

Este trabalho avaliou a qualidade de vida de jovens portadores de FLP que receberam tratamento multidisciplinar em centro especializado.

Introdução

As FLP são as anomalias de face mais comuns ao nascimento, acometendo cerca de 1: 500-700 indivíduos nascidos vivos¹. Mundialmente, estudos epidemiológicos apontam a prevalência de FLP em diversos países, sendo 1,07% no Japão e 4,3% em Taiwan. No Brasil, varia de 4,7 e 15,4 a cada 10.000 nascidos vivos². Em território nacional, a prevalência de FLP mostrou aumento em 2013 (5,46 a cada 10.000 nascimentos) quando comparada a dados do ano 2000 (3,94 a cada 10.000 nascimentos). Existem também diferenças entre as regiões, sendo as menos desenvolvidas as que apresentam o maior número de casos³.

As FLP acometem o terço médio da face e são ocasionadas pela não fusão dos ossos maxilares entre a sexta e a décima segunda semana de vida intrauterina. As fissuras palatais aparecem até a 12ª semana gestacional, enquanto as labiais surgem até a 8ª semana gestacional, devido à velocidade de formação da face e do palato. Apesar da possibilidade de diagnóstico precoce, através da ultrassonografia, há impossibilidade de tratá-la ainda na vida intrauterina e a prevenção é um grande desafio devido à sua etiologia multifatorial⁴.

A multifatorialidade está associada a fatores genéticos (sistema poligênico de herança) e/ou ambientais. Tais fissuras também podem estar associadas à síndromes, como: síndrome de Van der Woude, síndrome velocardiofacial, trissomia do cromossomo 18, e síndrome de Opitz- G, entre outras. Quando associadas à síndromes, tornam-se mais raras e frequentemente possuem etiologia genética, cromossômica ou exposição teratogênica particular⁵.

A apresentação clínica das fissuras se dá de diversas formas e gera distintas morbidades aos seus portadores. A fim de identificar as fissuras quanto à anatomia e priorizar

as abordagens terapêuticas, uma classificação fez-se necessária. A classificação mais utilizada pelos centros especializados no Brasil é a classificação de Spina et al^{2,4}, que baseia-se na origem e evolução do defeito durante a vida embrionária e toma como referência a extensão do defeito com relação ao forâmen incisivo. Nessa classificação, os defeitos são divididos em três grandes grupos: fissuras pré-forâmen, transforame e pós-forâmen. Normalmente, o sexo masculino é o mais acometido pelas FLP; porém, em fissuras específicas, como somente em palato, o sexo feminino é o mais acometido⁶.

O sucesso do tratamento médico está na melhora progressiva do paciente, preconizando também um processo de reabilitação⁷. Os centros especializados possuem um tratamento multidisciplinar para os portadores de FLP, no qual os pacientes devem ser acompanhados por médicos, fonoaudiólogos, nutricionistas, dentistas e psicólogos, a fim de receberem um processo de reabilitação completo, desde a primeira infância⁴. Porém, esses centros apresentam algumas divergências em seus protocolos de tratamento. O protocolo preconizado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, localizado na cidade de Bauru/SP, sugere a realização da queiloplastia (cirurgia plástica do lábio) a partir dos três meses de idade, e a palatoplastia (cirurgia plástica do palato) aos 12 meses⁴. No Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto (Rio de Janeiro/RJ), placas obturadoras são instaladas nos pacientes recém-nascidos, a fim de auxiliar o processo de alimentação. Essas placas são confeccionadas em resina acrílica mediante a moldagem prévia com material de moldagem elástico e são fixadas à boca com creme fixador⁸⁻⁹. A cirurgia de enxertia óssea é realizada ao final da dentição mista e antes da irrupção dos caninos permanentes superiores⁴.

A QV consiste na percepção que o indivíduo tem sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações¹⁰. Em outras palavras, é a sensação de bem-estar proveniente da satisfação ou insatisfação com áreas da vida consideradas importantes para si mesmo¹¹. Dessa maneira, as percepções estéticas,

sociais e funcionais podem ser um bom parâmetro para averiguar algumas dimensões da QV. Alguns estudos demonstram que os pacientes com FLP costumam apresentar baixa autoestima, o que interfere nas preocupações e motivações do indivíduo no presente e no futuro, além de prejudicar o convívio com as pessoas a sua volta¹²⁻¹⁵. Portanto, ainda existem poucas pesquisas sobre a QV desses pacientes, e a literatura aponta uma dificuldade em obter um instrumento de medida ideal, para avaliar de forma mais fidedigna a sua realidade, sobretudo a de crianças e adolescentes^{12,15-16}. Investigar acerca da QV no campo da saúde pode ser uma forma de medir o sucesso do processo reabilitador sobre uma nova ótica, ou seja, a do paciente, que geralmente é negligenciada nos estudos científicos¹¹.

Este trabalho busca avaliar a QV de crianças e adolescentes com FLP em tratamento ortodôntico no Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto (RJ). Esse hospital abriga o Centro de Tratamento de Fissuras Labiopalatinas (Cefil), único de referência no Estado do Rio de Janeiro credenciado pelo Ministério da Saúde para tratamento de fenda labial e/ou palatal no município. Além disso, pretendeu-se identificar os grupos com menor e maior comprometimento, de acordo com o sexo e tipo de fissura, comparando os dados obtidos com aqueles publicados na literatura científica.

Material e Métodos

Foi realizado um estudo observacional transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense (UFF) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob os números 2.225.254 e 2.284.595, respectivamente. Os pacientes foram informados e assinaram os termos de consentimento livre e esclarecido e de assentimento. Eles dispensaram, em média, 15 minutos para o preenchimento do questionário que foi realizado em um local reservado, enquanto aguardavam a consulta odontológica.

O questionário de qualidade de vida para pacientes ortocirúrgicos (B-OQLQ) foi eleito para a avaliação da percepção dos participantes em relação à sua QV. Este instrumento é geralmente utilizado em pacientes candidatos à cirurgia ortognática¹¹, que possuem deformidades de face com grande discrepância. O B-OQLQ foi selecionado para a avaliação da amostra porque os pacientes com FLP normalmente sofrem com uma deficiência maxilar e necessitam de protração ortodôntica e/ou cirurgia ortognática.

O questionário é composto por quatro domínios de abordagem distribuídos em 22 questões: domínio 1 (aspectos sociais da deformidade), domínio 2 (estética facial), domínio 3 (função oral) e domínio 4 (consciência

da deformidade facial), esquematizados na Figura 1. Para cada pergunta é atribuída uma pontuação; quanto maior o escore, pior a QV. Cada pergunta do questionário possui a opção N/A, que é sinalizada pelo paciente quando a situação expressa não se aplica a ele ou não o incomoda. A opção 1 é assinalada quando a situação incomoda pouco. Em contrapartida, a opção 4 é assinalada quando a situação o incomoda muito. As opções 2 e 3 são assinaladas quando o incômodo é moderado. Ao final do questionário, o escore de cada pergunta é somado, variando de zero a 88 pontos. Existe uma pontuação mínima e uma pontuação máxima para cada domínio (Tabela 1).

Os critérios de inclusão foram pacientes com FLP com faixa etária entre dez e 15 anos, que estavam em tratamento no setor de Ortodontia do Cefil, no Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto. Foram excluídos os pacientes síndrômicos e com distúrbios neurológicos. Os primeiros 112 pacientes que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa. Porém, três pacientes se negaram a participar do estudo. Portanto, foram coletados questionários de 109 pacientes.

O período de coleta de questionários foi de outubro de 2017 a julho de 2018. Os dados foram armazenados em banco de dados na planilha do Microsoft Excel 2010, codificados de forma numérica em substituição aos nomes dos pacientes. Os questionários, termos de assentimento e termos de consentimento foram armazenados em pasta catálogo e arquivados no setor de Ortodontia da UFF, em armário específico, ao qual somente os pesquisadores tiveram acesso.

Os resultados foram descritos de acordo com o sexo e os tipos de fissura. Os dados foram analisados por estatística descritiva e através do teste de Mann-Whitney, com nível de significância de 5% de probabilidade ($p < 0,05$).

Resultados

A média de idade dos pacientes com FLP incluídos na amostra foi de 12,60 anos com desvio padrão de 1,52. Dos 109 pacientes com FLP, 49 eram meninas e 60 meninos. O sexo masculino representou mais de 50% da amostra (Figura 2).

TABELA 1 - PONTUAÇÃO DE CADA DOMÍNIO DO QUESTIONÁRIO B-OQLQ.

Domínio	Perguntas	Pontos
1	15-22	0-32
2	1,7,10,11,14	0-20
3	2-6	0-20
4	8,9,12,13	0-16

Por favor, leia cuidadosamente as alternativas a seguir.

Para que saibamos o quanto cada uma das afirmativas é importante para você, por favor, circule 1, 2, 3, 4 ou N/A, onde:

Não se aplica a mim Não me incomoda	Me incomoda POUCO			Me incomoda MUITO
NA	1	2	3	4

1 – Significa que isso te incomoda um pouco.

4 – Significa que isso te incomoda muito.

2+3 – Ficam entre te incomodar um pouco e te incomodar muito.

N/A – Significa que a afirmativa não se aplica a você ou isso não te incomoda de forma alguma.

1. Eu fico inseguro com a aparência dos meus dentes.				
Não se aplica a mim Não me incomoda	Me incomoda POUCO			Me incomoda MUITO
NA	1	2	3	4
2. Eu tenho problemas para morder.				
Não se aplica a mim Não me incomoda	Me incomoda POUCO			Me incomoda MUITO
NA	1	2	3	4
3. Eu tenho problemas para mastigar.				
Não se aplica a mim Não me incomoda	Me incomoda POUCO			Me incomoda MUITO
NA	1	2	3	4
4. Há alguns alimentos que evito comer porque a maneira como os meus dentes se encaixam torna isso difícil.				
Não se aplica a mim Não me incomoda	Me incomoda POUCO			Me incomoda MUITO
NA	1	2	3	4
5. Eu não gosto de comer em lugares públicos.				
Não se aplica a mim Não me incomoda	Me incomoda POUCO			Me incomoda MUITO
NA	1	2	3	4
6. Eu tenho dores no meu rosto ou no maxilar.				
Não se aplica a mim Não me incomoda	Me incomoda POUCO			Me incomoda MUITO
NA	1	2	3	4
7. Eu não gosto de ver o meu rosto de lado (perfil).				
Não se aplica a mim Não me incomoda	Me incomoda POUCO			Me incomoda MUITO
NA	1	2	3	4
8. Eu passo muito tempo analisando o meu rosto no espelho.				
Não se aplica a mim Não me incomoda	Me incomoda POUCO			Me incomoda MUITO
NA	1	2	3	4
9. Eu passo muito tempo analisando os meus dentes no espelho.				
Não se aplica a mim Não me incomoda	Me incomoda POUCO			Me incomoda MUITO
NA	1	2	3	4
10. Eu não gosto que tirem fotografia de mim.				
Não se aplica a mim Não me incomoda	Me incomoda POUCO			Me incomoda MUITO
NA	1	2	3	4

11. Eu não gosto de ser visto em vídeo.				
Não se aplica a mim Não me incomoda	Me incomoda POUCO			Me incomoda MUITO
NA	1	2	3	4
12. Eu costumo olhar fixamente para os dentes das pessoas.				
Não se aplica a mim Não me incomoda	Me incomoda POUCO			Me incomoda MUITO
NA	1	2	3	4
13. Eu costumo olhar fixamente para os rostos de outras pessoas.				
Não se aplica a mim Não me incomoda	Me incomoda POUCO			Me incomoda MUITO
NA	1	2	3	4
14. Eu fico inseguro com a aparência do meu rosto.				
Não se aplica a mim Não me incomoda	Me incomoda POUCO			Me incomoda MUITO
NA	1	2	3	4
15. Eu tento cobrir minha boca quando encontro pessoas pela primeira vez.				
Não se aplica a mim Não me incomoda	Me incomoda POUCO			Me incomoda MUITO
NA	1	2	3	4
16. Eu me preocupo em encontrar pessoas pela primeira vez.				
Não se aplica a mim Não me incomoda	Me incomoda POUCO			Me incomoda MUITO
NA	1	2	3	4
17. Eu me preocupo que as pessoas irão fazer comentários que magoam sobre a minha aparência.				
Não se aplica a mim Não me incomoda	Me incomoda POUCO			Me incomoda MUITO
NA	1	2	3	4
18. Eu sinto falta de confiança quando saio socialmente.				
Não se aplica a mim Não me incomoda	Me incomoda POUCO			Me incomoda MUITO
NA	1	2	3	4
19. Eu não gosto de sorrir quando me encontro com pessoas.				
Não se aplica a mim Não me incomoda	Me incomoda POUCO			Me incomoda MUITO
NA	1	2	3	4
20. Eu, às vezes, fico deprimido por causa da minha aparência.				
Não se aplica a mim Não me incomoda	Me incomoda POUCO			Me incomoda MUITO
NA	1	2	3	4
21. Eu, às vezes, acho que as pessoas estão me encarando.				
Não se aplica a mim Não me incomoda	Me incomoda POUCO			Me incomoda MUITO
NA	1	2	3	4
22. Comentários sobre a minha aparência realmente me chateiam ou aborrecem, mesmo quando sei que as pessoas estão apenas brincando.				
Não se aplica a mim Não me incomoda	Me incomoda POUCO			Me incomoda MUITO
NA	1	2	3	4

Figura 1
Questionário de qualidade de vida para pacientes ortocirúrgicos

A pesquisa não demonstrou escores elevados do B-OQLQ, nem no valor total, nem nos domínios avaliados, caracterizando um impacto negativo pouco expressivo na QV dos pacientes ortodônticos com FLP (Tabela 2).

A média de idade das meninas foi de 12,64 anos com desvio padrão de 1,52 e dos meninos, a média de idade foi de 12,52 com desvio padrão de 1,60. Quando aplicado o *test t* independente, não foram encontradas diferenças significativas ($p= 0,711$) entre os sexos em relação à idade cronológica, tornando viável a comparação entre eles.

Ao se comparar o valor total do B-OQLQ entre os sexos, a diferença foi significativa ($p= 0,043$), com maior impacto negativo no sexo masculino. Ao se comparar os domínios em relação ao sexo, o único que apresentou diferença significativa ($p= 0,049$) foi o domínio 2 (estética facial), expressando o aspecto mais afetado (Tabela 3).

Em relação aos tipos de fissura, percebe-se que houve predomínio da fenda palato duro e mole unilateral (fissura transforame incisivo unilateral – 50 pacientes), e distribuição heterogênea dentre os demais tipos de fissura: fenda palato mole e duro (fissura pós-forâmen incisivo – 10 pacientes), fenda labial bilateral (fissura pré-forâmen incisivo bilateral – 5 pacientes), fenda labial unilateral (fissura pré-forâmen incisivo unilateral – 21 pacientes), e fenda palato duro e mole bilateral (fissura transforame incisivo bilateral – 23 pacientes), conforme dados contidos na Tabela 4.

Devido à segmentação da amostra em cinco tipos de fissuras, não foi possível aplicar um teste estatístico para

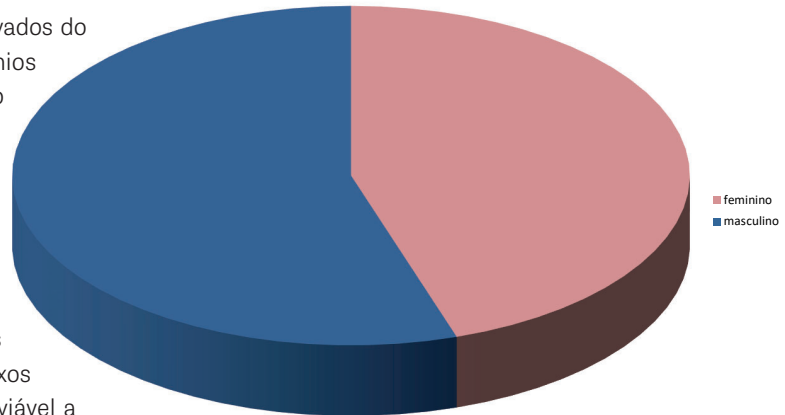


Figura 2
Porcentagem da distribuição da amostra de acordo com o sexo.

avaliar possíveis diferenças entre os subgrupos com relação à QV. Observamos descritivamente que a QV foi mais afetada negativamente quando havia envolvimento de lábio (Tabela 4).

Discussão

A definição de QV é heterogênea, sendo aplicada nos campos social, cultural, filosófico e médico¹⁰. Na esfera da saúde, avaliar a QV não somente traz ao profissional a percepção crítica do processo reabilitador, mas também o impulsiona a modificar sua terapêutica com relação aos domínios deficientes. O interesse por investigar a QV na saúde é crescente, pois trata-se de uma ferramenta útil à promoção de saúde¹⁶. Em nosso estudo, priorizou-se uma faixa etária em que a maior parte dos tratamentos

TABELA 2 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA QV E DOS DOMÍNIOS AVALIADOS.

	Domínio 1	Domínio 2	Domínio 3	Domínio 4	Total
Mediana	3	2	1	1	9
DI	7	5	2	4	13
Varição	0-32	0-20	0-20	0-16	0-80

TABELA 3 – ESTATÍSTICA COMPARATIVA DA QV E DOS DOMÍNIOS ENTRE OS SEXOS.

Domínio	Mediana (desvio interquartilico)		p valor
	Masculino	Feminino	
1	3,5 (7)	3(8)	0,203
2	2,5(4)	1(4)	0,049*
3	1(3)	1(2)	0,455
4	2(4)	1(4)	0,470
Total	11(12,25)	6(12)	0,043*

TABELA 4 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA ENTRE OS TIPOS DE FISSURA.

	Fenda de palato mole e duro	Fenda labial bilateral	Fenda labial unilateral	Fenda labial palato duro e mole bilateral	Fenda palato duro e mole unilateral
N	10	5	21	23	50
Mediana	0,5	4	9	11	9,5
Desvio interquartilico	1	6	13	10,5	12,75
Mínimo	0	4	0	1	0
Máximo	4	24	28	23	80

multidisciplinares já foi realizada e os pacientes já estão em tratamento ortodôntico. Optou-se por essa faixa etária para que houvesse uma avaliação mais completa do processo reabilitador.

Entretanto, ainda são escassos os instrumentos para a avaliação da QV em pacientes com FLP¹². Os questionários World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL-Bref) e Oral Health Impact Profile – 14 (OHIP-14) utilizados no Brasil, não são específicos para pacientes fissurados¹⁶. No presente estudo, o questionário B-OQLQ foi utilizado. Esta ferramenta foi considerada válida, segura e com propriedades psicométricas boas¹⁷. Porém, estatisticamente, a comparação interdomínios isolada não pôde ser realizada, pois cada domínio tem um número diferente de perguntas. Desta forma, realizou-se a comparação entre os domínios em relação ao sexo. O B-OQLQ é comumente utilizado para pacientes com deficiências dentofaciais graves, como as apresentadas pelos pacientes com FLP¹⁷.

A aplicabilidade do questionário B-OQLQ frente à amostra do presente estudo mostrou-se viável. Alguns pacientes relataram pequenas dificuldades iniciais; tais como: o significado da palavra inseguro, o entendimento dos escores e o local correto para realizar as marcações. Outros se mostraram envergonhados quanto à participação na pesquisa e temerosos com respeito à divulgação de suas identidades. Assim, a presença dos pesquisadores foi de fundamental importância para que as dúvidas fossem sanadas e a obtenção das respostas ocorresse de forma fidedigna. A grande vantagem da coleta do questionário de forma presencial assistida foi a possibilidade de explicar aos participantes cada detalhe da pesquisa, observar suas reações, conhecer suas ambições e tirar qualquer interrogação durante todo o preenchimento.

Foi encontrada uma QV mais baixa em pacientes que apresentavam fenda labial, provavelmente devido a um comprometimento estético e social maior quando comparado aos pacientes com fissura sem comprometimento labial. Segundo um estudo de 2011, o sexo masculino é o mais acometido pelas FLP, assim como foi encontrado

em nosso estudo⁶. Constatou-se, ainda, que a prevalência de fissuras no lado esquerdo da face é maior do que no lado direito, como também aconteceu em outros estudos^{6,18-19}.

Algumas pesquisas revelaram comprometimento na QV de pacientes com FLP. Há registro da presença da personalidade tipo D entre esses pacientes, que é definida pela tendência conjunta à afetividade negativa e à inibição social. Nesse tipo de personalidade, os indivíduos experimentam o aumento das emoções negativas e tendem a não compartilhar essas emoções com outras pessoas por causa do medo da rejeição ou desaprovação¹⁵. Outros estudos¹²⁻¹⁴ encontraram uma QV menor em pacientes com FLP. Dificuldades de fala podem gerar baixa autoestima, sintomas depressivos e ansiedade¹². Os domínios que mais são afetados nas crianças e adolescentes com FLP são saúde, bem-estar social e bem-estar funcional respectivamente¹⁴.

Por outro lado, existem registros acerca de pouca ou nenhuma alteração no bem-estar psicológico desses pacientes²⁰⁻²². Os nossos resultados parecem concordar com esses achados, pois a QV não foi muito afetada nas crianças e adolescentes com FLP em tratamento no hospital de referência. O fato de os pacientes já estarem em tratamento ortodôntico, o que geralmente proporciona melhora na função e na estética, pode ser uma explicação. Além disso, os pacientes estavam sendo tratados em um centro de referência, o que provavelmente facilitou a percepção da deformidade e a aceitação dos múltiplos tratamentos necessários. Pacientes com de FPL não tratados por equipes multidisciplinares apresentaram pior QV quando comparados aos que foram tratados de forma multidisciplinar¹². Portanto, é possível que o resultado do presente estudo esteja relacionado com o tratamento multidisciplinar recebido pelos pacientes.

Em relação às diferenças entre os sexos, o domínio que possuiu maior repercussão na QV foi a estética facial. Os indivíduos do sexo masculino apresentaram pontuação maior do que os do sexo feminino. Este resultado contradiz alguns achados^{15,22}. Esses autores observaram que as meninas podem ser mais afetadas por causa da importância

dada à atratividade física em nossa sociedade. Além disso, a insatisfação com a deformidade física deixa as mulheres mais inseguras sobre sua aparência facial quando comparadas aos homens, que parecem estar mais preocupados com o *status* social, a aquisição de dinheiro e poder, sendo capazes de esconder as cicatrizes com um bigode. O avanço da cosmética e a atual facilidade de acesso a produtos de beleza pode ser uma hipótese viável para explicar o resultado, de certa forma surpreendente, encontrado em nosso estudo.

Existe clara heterogeneidade entre os estudos referentes aos indivíduos com FLP em relação à mensuração, tipos de fissuras investigadas, faixas etárias e possíveis fatores associados à QV. Devido à grande discrepância na distribuição do número de pacientes nos diferentes tipos de fissuras na amostra do nosso estudo, não foi possível testar estatisticamente a QV intergrupos. A padronização de métodos em pesquisas futuras é importante para permitir comparações apropriadas entre seus resultados, embora as escolhas metodológicas dependam do objetivo de cada estudo²³. No presente estudo, notou-se uma preocupação maior de aceitação social advinda dos pais quando comparadas aos jovens com FLP. Dessa forma, novos estudos que busquem as informações extraídas de diferentes grupos (pais, profissionais e pacientes) serão benéficos para as pesquisas envolvendo a QV.

É válido ressaltar a ausência de um banco de dados padronizado no Cefil, fato este que dificultou a execução da pesquisa. A ausência de um prontuário eletrônico, a grande demanda de pacientes e o pequeno contingente de profissionais tornaram inviável a análise do índice de Goslon, por exemplo.

Referências

- World Health Organization. International Collaborative research on craniofacial anomalies. Human Genomics in Global Health 2018 [On-line]. Disponível em <<http://www.who.int/genomics/anomalies/en/>>. Acesso em 5-5-2018.
- M, Sales FCD, Teixeira FAA, Junior FAAT, Teixeira GSB, Filho JFC et al. Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissuras labiopalatinas atendidos em um hospital pediátrico do nordeste brasileiro. *Rev Bras Cir Plast* 2010;25(4):648-51.
- Abreu MHNG, Lee KH, Luqueti DV, Starr JR. Temporal trend in the reported birth prevalence of cleft lip and/or cleft palate in Brazil, 2000 to 2013. *Birth Defects Res. Part A Clin Mol Teratol* 2016;106(9):789-92.
- Trindade IEK, Filho OGS. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Editora Santos, 2007.
- Garib D, Filho OGS, Janson G, Pinto JHN. Etiologia das máis-oclusões: perspectiva clínica (parte III) – fissuras labiopalatinas. *Rev Clin Ortod Dental Press* 2010;9(4):30-6.
- Dixon MJ, Marazitta ML, Beaty TH, Murray JC. Cleft lip and palate: synthesizing genetic and environmental influences. *Nat Rev Genet* 2011;12(3):167-78.
- Herkraht APCQ, Herkraht FH, Rebelo MAB, Vettore MV. Measurement of health-related and oral health-related quality of life among individuals with nonsyndromic orofacial clefts: a systematic review and meta-analysis. *Cleft Palate Craniofac J*. 2015;52(2):157-72.
- Reid J. A review of feeding interventions for infants with cleft palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2004;41(3):268-78.
- Jindal MK, Khan SY. How to feed cleft patient? *Int J Clin Pediatr Dent* 2013;6(2):100-3.
- Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999;21(1):19-28.
- Feu D, Quintão CCA, Miguel JAM. Indicadores de qualidade de vida e sua importância na ortodontia. *Dental Press J Orthod* 2010;15(6):61-70.
- Piombino P, Ruggiero F, Orabona GDA, Scopelliti D, Bianchi A, Simone FD et al. Development and validation of the quality-of-life adolescent cleft questionnaire in patients with cleft lip and palate. *J Craniofac Surg* 2014;25(5):1757-61.

Esse índice permitiria traçar um paralelo entre a severidade da má-oclusão e a QV ainda na fase de coleta da amostra.

Conclusão

A QV de crianças e adolescentes tratadas em centro de referência foi pouco afetada, apesar da presença de FLP. Os resultados positivos do tratamento multidisciplinar podem ter contribuído para este efeito. A fenda labial foi o tipo de fissura que mais comprometeu a QV desses pacientes. Surpreendentemente, os pacientes do sexo masculino mostraram-se mais suscetíveis às implicações estéticas causadas pela FPL.

Agradecimento

A toda à equipe do Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto e, em especial, à equipe do setor de Ortodontia, muito bem representada pela Dra. Ana Cláudia Cruz.

Nota de esclarecimento

Nós, os autores deste trabalho, não recebemos apoio financeiro para pesquisa dado por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Nós, ou os membros de nossas famílias, não recebemos honorários de consultoria ou fomos pagos como avaliadores por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não possuímos ações ou investimentos em organizações que também possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Não recebemos honorários de apresentações vindos de organizações que com fins lucrativos possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não estamos empregados pela entidade comercial que patrocinou o estudo e também não possuímos patentes ou royalties, nem trabalhamos como testemunha especializada, ou realizamos atividades para uma entidade com interesse financeiro nesta área.

Endereço para correspondência

Vanessa de Couto Nascimento

Rua Mário Santos Braga, 30, 2o andar, sala 214 – Centro
24020-140 – Niterói – RJ
Tel.: (21) 2622-1621
vanessacouto3009@gmail.com

- Ward JA, Katherine WL, Firestone AR, Mercado A, Fonseca M, Johnston W. Oral health-related quality of life in children with orofacial clefts. *The Cleft Craniofac J* 2013;50(2):174-81.
- Herkraht APCQ, Herkraht FJ, Rebelo MB, Vettore MV. Measurement of health-related and oral health-related quality of life among individuals with nonsyndromic orofacial cleft: a systematic review and meta-analysis. *Cleft Palate Craniofac J*. 2015;52(2):157-72.
- Ajami S, Toraby F, Shavakhi M, Eslami N. The impact of f type-D personality on oral health-related quality of life in cleft lip and palate adolescents. *J Craniofac Surg* 2018;29:289-92.
- Beluci ML, Genaro KF. Qualidade de vida de indivíduos com fissura labiopalatina pré e pós-correção cirúrgica da deformidade dentofacial. *Rev Esc Enferm USP* 2016;50(2):216-21.
- Gava ECB, Miguel JAM, Araújo AM, Oliveira BH. Psychometric properties of the Brazilian version of the orthognathic quality of life questionnaire. *J Oral Maxillofac Surg* 2013;71(12):1762.e1-1762.e8.
- Souza J, Raskin S. Clinical and epidemiological study of orofacial clefts. *J Pediatr* 2013;89(2):137-44.
- Shapira Y, Kufinec MM, Borell G. The distribution of clefts of the primary and secondary palates by sex, type, and location. *Angle Orthod* 1999;69(6):523-8.
- Pisula E, Lukowska E, Fudalej PS. Self-esteem, coping styles, and quality of life in Polish adolescents and young adults with unilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2014;51(3):290-9.
- Stock NM, Feragen KB, Rumsey N. "It doesn't all just stop at 18": psychological adjustment and support needs of adults born with cleft lip and/or palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2015;52(5):543-54.
- Oliveira RLB, Santos TS, Teixeira JLA, Filho- Martins PRS, Silva LCF. Health-related quality of life patients with a cleft lip and/or palate. *J Craniofac Surg* 2015;26(8):2315-9.
- Hunt O, Burden D, Hepper P, Johnston C. The psychosocial effects of cleft lip and palate: a systematic review. *Eur J Orthod* 2005;27:274-85.