

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA CIÊNCIAS CIRÚRGICAS**

**AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA EM PACIENTES
PORTADORES DE FISSURA LABIOPALATINA**

ALESANDRA GLAESER

**Porto Alegre
2011**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA CIÊNCIAS CIRÚRGICAS

**AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA EM PACIENTES
PORTADORES DE FISSURA LABIOPALATINA**

ALESANDRA GLAESER

Orientador: Prof Dr Marcus Vinicius Martins Collares

Dissertação apresentada como requisito para
obtenção do título de Mestre no Programa de
Pós-Graduação em Medicina: Ciências
Cirúrgicas, Faculdade de Medicina,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre
2011

CIP - Catalogação na Publicação

Glaeser, Alesandra

Avaliação da autoestima em pacientes portadores de fissura labiopalatina / Alesandra Glaeser. -- 2011. 53 f.

Orientador: Marcus Vinicius Martins Collares.

Coorientador: Sady Selaimen da Costa.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Cirúrgicas, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. Malformação Congenita. 2. Autoestima. 3. Fenda Labial. 4. Saúde Mental. 5. Aparência Física. I. Martins Collares, Marcus Vinicius, orient. II. Selaimen da Costa, Sady, coorient. III. Título.

Dedico este trabalho aos meus pais, Canísio e Noeli, a meu marido Rogério e a meu filho Arthur, por me proporcionarem os melhores sentimentos que o ser humano pode experimentar: amor, felicidade e orgulho.

AGRADECIMENTOS

Ao programa de Pós-Graduação em Ciências Cirúrgicas da UFRGS, por oportunizar o aprimoramento à minha formação.

Ao Prof. Marcus Vinicius Martins Collares, pelo incentivo à minha carreira profissional e pela confiança depositada na execução desta pesquisa. Minha profunda admiração e agradecimento pela dedicação e sabedoria com que sempre me orientou.

Ao Prof. Sady Selaimen da Costa, pelo apoio na realização das atividades envolvidas neste trabalho.

Aos residentes do Serviço de Cirurgia Plástica e a todos os colaboradores da zona 15 do HCPA que, direta ou indiretamente, colaboraram com o estudo.

À equipe de atendimento aos portadores de fissura labiopalatina do Serviço de Cirurgia Craniomaxilofacial do HCPA, pelo aprendizado proporcionado.

Aos meus irmãos, Rodrigo e Roberto, que sempre me apoiaram.

Aos meus sogros, Gisela e Avelino, pela disposição sempre que foram solicitados.

Aos pacientes e voluntários, pela preciosa colaboração e disponibilidade.

Aos amigos e aos colegas do HCPA, por participarem de seus anseios, com incentivo, carinho e palavras de conforto.

Muito obrigada!

RESUMO

Introdução: A fissura labiopalatina é a malformação mais frequente da região da cabeça e afeta mais de 10 milhões de pessoas no mundo. O objetivo do estudo foi avaliar a autoestima em pacientes portadores de fissura labiopalatina em acompanhamento no Serviço de Cirurgia Plástica Craniomaxilofacial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, comparando-os com indivíduos não fissurados. **Método:** Estudo transversal contemporâneo, com 160 participantes, sendo 80 pacientes com fissura labiopalatina já submetidos a procedimentos cirúrgicos relacionados a patologia e, como grupo controle, 80 alunos e funcionários da rede pública de ensino. Um questionário para caracterizar o grupo e a escala de autoestima de Rosenberg foi utilizada para a coleta de dados. **Resultados:** Houve diferença significativa entre os grupos quanto ao estado civil, escolaridade e repetência escolar. Os pacientes com fissura labiopalatina apresentam níveis de autoestima menores em relação a indivíduos não afetados. Dentre eles, os subgrupos dos indivíduos com fissura bilateral, fissura completa, do gênero feminino, classe econômica D/E, baixa escolaridade, situação familiar reconstituída na infância e com resultados não satisfatórios em relação a comunicação, dentição e cicatriz de lábio também mostraram níveis de autoestima menores. **Conclusão:** Houve relação significativa entre fissura labiopalatina e baixa autoestima.

Descritores: Malformações Congênitas; Autoestima; Fenda Labial; Saúde Mental; aparência física.

ABSTRACT

Introduction: Cleft lip and palate is the most common malformation in the head and affects more than 10 million people worldwide. This study aimed to assess the self-esteem of patients with cleft lip and palate being followed at the Craniomaxillofacial and Plastic Surgery Department of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, comparing them to participants without this condition. **Methods:** This was a contemporary, cross-sectional study with 160 participants – 80 patients with cleft lip and palate who had already undergone surgical procedures and, as controls, 80 students and employees from public schools. A questionnaire was used to characterize the groups and the Rosenberg Self-Esteem Scale was applied. **Results:** A significant difference was found between the groups in terms of marital status, level of education and school failure. Patients with cleft lip and palate showed lower overall self-esteem scores compared to controls. The following subgroups also showed lower self-esteem scores: bilateral cleft, complete cleft, female gender, low socioeconomic status, low level of education, reconstituted family during childhood and unsatisfactory results in communication, dentition and lip scar. **Conclusion:** A significant association was found between cleft lip and palate and low self-esteem.

Keywords: Congenital Malformations; Self Esteem Cleft Lip; Mental Health; Physical Appearance.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra.....	33
Figura 1 – Associação entre autoestima e FLP.....	34
Tabela 2 – Análise de Regressão Logística Multinomial para avaliar fatores independentemente associados com a autoestima moderada e baixa.....	35
Tabela 3 – Caracterização do grupo FLP.....	36
Tabela 4 – Associação das variáveis do grupo com FLP e com a autoestima.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E SIGLAS

3D – Três dimensões

DP – Desvio-padrão

FL – Fissura labial

FLP – Fissura labiopalatina

FP – Fissura palatina

G1 – Grupo 1

G2 – Grupo 2

GPPG – Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HRAC – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - São Paulo

IC – Intervalo de confiança

N – Número de pacientes

OR – *Odds ratio*

P – Valor P (significância estatística)

RS – Rio Grande do Sul

RSES – Escala de Autoestima de Rosenberg

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

X² – Qui-quadrado

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	13
2.1	Fissuras labiopalatinas.....	13
2.1.1	<i>Epidemiologia da fissura labiopalatina.....</i>	13
2.1.2	<i>Etiologia da fissura labiopalatina.....</i>	13
2.1.3	<i>Embriologia da fissura labiopalatina.....</i>	15
2.1.4	<i>Classificação da fissura labiopalatina.....</i>	16
2.2	Autoestima.....	17
2.3	Fissura labiopalatina e autoestima.....	19
3	REFERÊNCIAS DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	23
4	OBJETIVOS.....	29
4.1	Objetivo geral.....	29
4.2	Objetivos específicos.....	29
5	ARTIGO.....	30
6	REFERENCIAS DO ARTIGO.....	43
7	ANEXOS.....	45

1 INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas ocasionadas pelo erro de fusão dos processos faciais embrionários, podendo acometer o lábio, o palato ou ambos. É a malformação mais frequente da região da cabeça⁽¹⁻²⁾ e representa um problema de proporção internacional, afetando mais de 10 milhões de pessoas no mundo⁽³⁾.

Os problemas encontrados nos indivíduos com fissuras labiopalatinas são complexos, pois envolvem a estética facial e a dentição, além de alterações na fonação. Esses indivíduos muitas vezes apresentam problemas de fala, que, por sua vez, torna difícil a compreensão por parte dos ouvintes⁽⁴⁾.

Os sujeitos acometidos por essas malformações podem vivenciar inibição e desconforto devido às cicatrizes e à dificuldade de uma comunicação eficiente, repercutindo negativamente sobre a autoimagem e, conseqüentemente, sobre a autoestima⁽⁵⁾.

Alguns estudos⁽⁶⁻¹⁰⁾ apontam sobre a importância da boa autoimagem e o quanto isso faz a pessoa sentir-se mais confiante e capaz de enfrentar seus desafios.

Os indivíduos portadores de fissura labiopalatina apresentam maiores riscos para problemas relacionados a interações sociais como, amizades, progresso escolar e participação em organizações, acarretando efeito negativo no desenvolvimento psicossocial⁽¹¹⁾.

A temática de autoestima tem sido amplamente discutida, mas pouco abordada cientificamente, sendo raras as pesquisas relacionadas à autoestima e a indivíduos portadores de fissura labiopalatina.

A enfermagem exerce um importante papel na assistência a pacientes com fissura labiopalatina, pois esse profissional é um agente que, durante as ações de cuidado, consegue, muitas vezes, informações sobre os medos, as expectativas, os desejos e as frustrações desses pacientes⁽¹²⁾. No entanto é incomum a enfermagem pesquisar sobre anomalias congênitas craniomaxilofaciais, ficando a cargo de médicos, psicólogos e fonoaudiólogos.

Assim, percebe-se a importância de investigar os fatores que interferem na autoestima de pacientes portadores de uma patologia que afeta a face e cuja reabilitação se estende por todo o período de infância e adolescência.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Fissuras labiopalatinas

2.1.1 *Epidemiologia da fissura labiopalatina*

As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas que variam entre as diversas áreas geográficas e afetam um a cada 500 nascidos vivos nos países asiáticos, um a cada 1.000 nos países europeus e um para cada 2.500 nos países africanos⁽¹³⁻¹⁴⁾.

O primeiro pesquisador a se preocupar com a prevalência das fissuras foi Frobelius, o qual encontrou 118 casos entre 180 mil crianças (0,7/1.000 crianças) em São Petersburgo, no período de 1833 a 1864⁽¹⁵⁾.

No Brasil, existem poucos estudos sobre a real incidência ou mesmo prevalência dessa malformação⁽¹⁶⁾. Há uma prevalência de 1,54/1.000 escolares em Bauru-SP, 0,88/1.000 nascidos vivos em Porto Alegre e 0,47/1.000 nascidos vivos nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Santa Catarina⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Os nascimentos ocorridos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre do Rio Grande do Sul foram monitorados no período entre 1983 e 1993. A prevalência de fissuras labiopalatinas foi de 1/758 nascimentos. As fissuras palatinas foram responsáveis por 26,8% dos casos, fissuras labiais por 34,1% e fissuras labiopalatinas por 39,1%⁽¹⁸⁾.

As fissuras de lábio são mais frequentes no gênero masculino, numa razão de dois para um. É mais comum no lado esquerdo que no lado direito da face, sendo de 6:3:1 a razão entre fissura labial unilateral esquerda, unilateral direita e bilateral. A fissura labial isolada envolve 21%, 46% são de fissura labial associada à fissura palatina e 33% são de fissura palatina isolada⁽¹⁹⁻²¹⁾.

2.1.2 *Etiologia da fissura labiopalatina*

Fendas faciais e palatinas geralmente ocorrem devido a uma combinação de fatores genéticos e ambientais^(3,22-23).

A genética, mediante a herança e as alterações cromossômicas, corresponde a apenas 30% dos casos, enquanto os outros 70% restantes atribuem-se a todo e qualquer fator adverso ao meio uterino durante o período embrionário^(2-3,17,22).

A hereditariedade é relatada como o mais importante fator, sendo considerada um consenso na literatura^(1,17,22,24). O risco de que uma criança, com um dos genitores com fissura labial e/ou palatina, tenha esse tipo de deformidade é cerca de 40 vezes maior do que na população em geral⁽²⁵⁾.

A etiologia das fissuras não está ainda totalmente esclarecida, principalmente as de origem não sindrômicas, em parte pela complexidade e pela diversidade dos mecanismos moleculares envolvidos durante o processo de embriogênese, além da influência dos fatores ambientais. Os fatores genéticos são considerados de grande importância, devido ao risco de recorrência de tais malformações em descendentes dos afetados⁽²⁶⁻²⁷⁾.

O conhecimento de fatores genéticos e ambientais pode contribuir para o entendimento dessas malformações, assim como ajudar no aconselhamento genético das famílias dos indivíduos portadores de fissura labiopalatina⁽²⁸⁾.

Dentre os fatores ambientais mais comumente relacionados às fissuras labiopalatinas estão: fumo, alcoolismo, drogas anticonvulsivantes e benzodiazepínicos, diabetes, deficiência nutricional e uso de pesticidas e herbicidas^(23,29-30).

Os efeitos do tabagismo materno têm sido os fatores mais estudados⁽³¹⁾. O cigarro contém um grande número de toxinas químicas, e seu uso durante a gestação é um fator de risco para fissuras orais^(30,32).

A relação entre os usos de tabaco e de álcool durante a gravidez também parece aumentar o risco de surgimento de fissura labial com ou sem fissura palatina associada, principalmente se utilizada durante o primeiro trimestre de gestação⁽³³⁾.

A carência de nutrientes, principalmente o ácido fólico, parece estar igualmente envolvida no surgimento dessa anomalia^(1,23,34). O uso de algumas drogas, tais como anticonvulsivantes, quando utilizados durante a fase de morfogênese (até a décima semana de gestação), podem levar ao aparecimento de fissura labiopalatina^(2,25,32).

2.1.3 Embriologia da fissura labiopalatina

Embriologicamente, as fissuras labioalveolares são distintas das fissuras palatinas, com relação ao tempo de surgimento e a origem da malformação⁽¹⁷⁾.

O palato primário é formado a partir da quarta semana do desenvolvimento embriológico pela união das proeminências nasais com a proeminência maxilar. Uma falha nessa fusão levará à fissura labial, com ou sem envolvimento alveolar. Durante a sexta semana é iniciada a formação do palato secundário. Os processos palatinos, que inicialmente aparecem como duas lâminas orientadas verticalmente para baixo, como extensão da proeminência maxilar de cada lado da língua, sofrem uma rotação horizontal e, por volta da nona semana, fundem-se na linha média entre si e com o septo nasal⁽¹⁾.

A formação do lábio superior é mais complexa que a do lábio inferior, pois envolve os processos maxilares e os processos nasais mediais. Como os processos maxilares não se fundem entre si na região anterior, tendo entre eles os processos nasais mediais nos casos de malformações do tipo fendas labiais, esta pode ser uni ou bilateral. Pode ainda ocorrer uma fenda central, porém essa condição é rara⁽³⁵⁾.

A área de fusão entre os diferentes processos faciais e palatinos constitui a área crítica para a formação de um tipo de fissura labiopalatina. A época de surgimento dessas malformações corresponde ao período embrionário para as fissuras de face e palato primário, e ao período fetal, para as fissuras de palato secundário⁽³⁶⁾.

A falha no fusionamento dos processos faciais e maxilares pode ser decorrente de um desenvolvimento insuficiente de um ou mais processos embrionários ou de uma desintegração epitelial inadequada, após o contato desses processos entre si, ocorrendo uma mesodermização deficiente entre os mesmos. Ainda com relação aos processos palatinos, a falta de horizontalização de tais processos, num estágio que precede sua aproximação e o fusionamento ao longo da linha média, pode ser um dos fatores que originaria uma fenda palatina^(35,37).

No mecanismo de formação de fissuras provavelmente acontece uma alteração de velocidade migratória das células da crista neural, encarregadas de comandar o fenômeno de fusão das proeminências faciais, entre a sexta e a oitava semanas de vida embrionária⁽³⁸⁾. Nesses casos, há um atraso de migração das células do neuroectoderma em uma área específica de fusão. Não existem perdas celulares, nem mutações enzimáticas, mas uma falta de continuidade do crescimento do complexo maxilar, que irá somar-se ao desequilíbrio de forças musculares aplicadas às estruturas ósseas descontínuas.

2.1.4 Classificação da fissura labiopalatina

Clinicamente é possível classificar as fissuras labiopalatinas de acordo com as estruturas envolvidas no defeito⁽³⁹⁾. As classificações facilitam a comunicação entre os diversos profissionais que tratam esses pacientes, bem como ajudam nos registros médicos e nas citações científicas a respeito do tema. Existem várias classificações descritas na literatura, dentre as quais foram selecionadas duas principais para categorizar as fissuras labiopalatinas: a de Spina, Psillakis, Lapa e Ferrari⁽⁴⁰⁾ e a de Kriens⁽⁴¹⁾.

A classificação de Spina, Psillakis, Lapa e Ferrari⁽⁴⁰⁾ segue o raciocínio da embriologia do palato e da pré-maxila. Sabe-se que o forame incisivo divide a origem embrionária das estruturas do palato em si daquelas da pré-maxila. Assim, as fissuras que envolvem o lábio e o alvéolo dentário, bem como a porção anterior do palato duro, são classificadas em fissuras pré-forame, e podem ser uni ou bilaterais. As fissuras pós-forame incisivo envolvem o restante do palato duro e o palato mole. Aquelas fissuras que envolvem ambas as regiões pré e pós-forame incisivo são chamadas de transforame. Essa é a classificação mais frequentemente encontrada nas publicações científicas sobre fissuras labiopalatinas.

A classificação de Kriens⁽⁴¹⁾, conhecida como LAHSHAL, é um sistema composto por sete dígitos que permite descrever a forma da fissura, inclusive as microformas, utilizando letras maiúsculas para as formas completas e minúsculas para as incompletas. Dessa forma, tem-se *L ou l* correspondendo ao lábio, *A ou a* para alvéolo, *H ou h* representando o palato duro (do inglês, *hard*)

e *S ou s* para o palato mole (do inglês, *soft*). A leitura é feita da direita para a esquerda do paciente, por exemplo, LAHS, correspondendo à fissura labiopalatina completa no lado direito do paciente. As microformas são descritas com asteriscos substituindo a letra correspondente. Essa é a classificação utilizada pelo Serviço de Cirurgia Plástica Craniomaxilofacial do HCPA.

2.2 Autoestima

Por autoestima entende-se a avaliação que o indivíduo faz de si mesmo. Expressa uma atitude de aprovação ou de repulsa de si e engloba o autojulgamento em relação à competência e ao valor. É o juízo pessoal de valor revelado através das atitudes que um indivíduo tem consigo mesmo, sendo uma experiência subjetiva acessível às pessoas através de relatos verbais e comportamentos observáveis⁽⁴²⁾.

A autoestima pode ser definida como o sentimento, o apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria, ou seja, o quanto ela gosta de si, como ela se vê e o que pensa sobre si⁽⁴³⁾. A autoimagem é o centro da vida subjetiva do indivíduo, determinando seus pensamentos, seus sentimentos e seu comportamento.

Um dos primeiros autores que iniciou o estudo da autoestima foi Stanley Coopersmith, com o trabalho intitulado *The antecedents of self-esteem*⁽⁴²⁾. Esse trabalho tem sido tradicionalmente o mais citado por pesquisadores. Coopersmith estudou as condições ou as experiências que debilitam a autoestima, empregando tradicionais métodos psicológicos, principalmente a observação controlada⁽⁴⁴⁾.

O nível da autoestima é classificado em baixo, médio e alto⁽⁴³⁾. A baixa autoestima se expressa pelo sentimento de incompetência, inadequação e incapacidade de enfrentar os desafios; a média é caracterizada pela oscilação do indivíduo entre o sentimento de aprovação e rejeição de si; e a alta consiste no autoajustamento de valor, confiança e competência.

A autoestima é considerada um dos principais preditores de resultados favoráveis na adolescência e na vida adulta, tendo implicações nos relacionamentos interpessoais e no desempenho acadêmico⁽⁴⁵⁾. Por outro lado,

a influência dessa característica também tem sido observada em problemas adversos, como agressão e comportamento antissocial⁽⁴⁶⁾.

A autoestima talvez seja a variável mais crítica, que afeta a participação exitosa de um indivíduo adolescente com outros em um projeto⁽⁴⁷⁾. Os adolescentes com baixa autoestima desenvolvem mecanismos que provavelmente distorcem a comunicação de seus pensamentos e sentimentos e dificultam a integração grupal.

Na adolescência, a noção do autovalor torna-se um aspecto central porque os indivíduos desenvolvem capacidades cognitivas que lhes permitem realizar abstrações a respeito do *self*⁽⁴⁸⁾. Nesse período, o jovem também passa a atribuir maior importância à percepção que os outros têm sobre ele, o que parece levar a uma redução nos níveis de autoestima na adolescência⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾.

Um enfoque científico é fundamental, pois a autoestima é um fenômeno muito mais complexo do que parece, pois está fortemente associado a outros construtos da personalidade e está implicada na vida cotidiana, já que se relaciona ao bem-estar psicológico⁽⁵¹⁾. A autoestima pode ser um valor depreciativo na vida cotidiana, pois relaciona com graves fenômenos mentais como depressão, suicídio, sentimentos de inadequação e ansiedade, além de ter se tornado um conceito indispensável às ciências sociais e que nunca alcançou o significado social como o obtido no momento atual.

Durante anos, a autoestima vem sendo o tópico de muitos debates entre pesquisadores, desde como se desenvolve até os efeitos sobre a personalidade, sendo um dos construtos mais importantes da psicologia⁽⁵²⁾.

No Brasil e em vários outros países, a temática da autoestima é pouco abordada cientificamente⁽⁵³⁻⁵⁴⁾. Palavra fácil na psicologização das relações humanas, o tema da autoestima tornou-se popularizado por livros de autoajuda e pelo senso comum, o que acarreta dificuldades conceituais e metodológicas. Se por um lado a propagação *superficial* desse conceito traz dificuldades – requerendo esforço na consolidação científica de algo já escrito no senso comum – por outro, traz vantagens, uma vez que é uma temática já inscrita no imaginário social⁽⁴⁴⁾.

Estudos em diversas áreas que avaliam a autoestima⁽⁵⁵⁻⁶¹⁾ proliferam em países em desenvolvimento, destacando-se entre os indicadores de saúde mental e nas análises sociais de crescimento e progresso⁽⁵¹⁾.

2.3 Fissura labiopalatina e autoestima

As fissuras labiais causam um importante impacto sobre a fala, a audição, a aparência e a cognição, influenciando de maneira prolongada a saúde e a integração social do seu portador, não só pela morbidade, mas, principalmente, por distúrbios emocionais, estigmatização e exclusão social, pois interferem no desenvolvimento da autoestima⁽⁶²⁾.

A pressão da sociedade para corresponder a uma aparência idealizada é a raiz da angústia dos pacientes com fissuras labiais. A obsessão pela aparência desvaloriza aqueles que não preenchem o ideal concebido e estigmatiza aqueles com deformidades visíveis⁽⁶³⁾.

Crianças com fissura labiopalatina apresentam significativas dificuldades cognitivas, comportamentais e emocionais⁽⁶⁴⁾. Foram apontados altos índices de depressão e ansiedade entre pessoas com anomalias craniofaciais⁽⁶⁵⁾. Isolamento social, dificuldades de fala e aprendizagem e baixa autoestima foram identificados nesses indivíduos⁽⁶⁶⁾.

Indivíduos com deformidades físicas são mais propensos a serem evitados por outros e que tais experiências têm sido associadas à inibição no comportamento social⁽⁶⁷⁾.

Adolescentes com fissura labiopalatina podem ter distúrbios psicológicos se, ao se olharem, não formarem um *eu adequado* e tiverem vergonha da face que têm⁽⁶⁸⁾. Tais pacientes podem apresentar problemas psicológicos como depressão, frustração, redução da autoestima. Contudo, dependendo da personalidade do afetado e da aceitação da família, podem não apresentar distúrbios psicológicos.

Foi realizado um estudo para avaliar depressão, ansiedade e autoestima em indivíduos com fissura labial, selecionando-se 43 crianças com 10 anos de idade operadas por fissura unilateral e 51 crianças da mesma idade para o grupo controle. Os resultados mostraram que a qualidade da cicatriz e a assimetria

facial foram associadas com sintomas subclínicos de ansiedade, depressão e baixa autoestima⁽⁶⁹⁾.

Avaliou-se a influência da assimetria facial com a autopercepção de 30 adultos com fissura labiopalatina. O grau de assimetria foi calculado em 3D para toda a face. Os resultados do estudo mostraram que o maior grau de assimetria foi encontrado no terço médio da face, e a maioria dos pacientes estava insatisfeita com a aparência facial⁽⁷⁰⁾.

Um estudo examinou a autoestima dos indivíduos com fissura labiopalatina⁽⁷¹⁾. Somente indivíduos do gênero feminino apresentaram baixa autoestima (20,8%). Grande parte dos pacientes apresentou média autoestima (78,5% no gênero masculino e 58,4% no gênero feminino) e a autoestima alta foi observada em 21,5% dos homens e 20,8% das mulheres. As mulheres mostraram maior insatisfação com a aparência que os homens, provavelmente porque estas sofrem maior pressão social para ter uma aparência atraente.

A percepção de adultos com fissuras faciais tratadas acerca da qualidade de vida foi verificada, considerando-se comunicação, educação, emprego, família, relacionamentos afetivos, vida social e aspectos emocionais⁽⁷²⁾. Vinte adultos participaram de uma entrevista semiestruturada. Os participantes mostraram-se satisfeitos com suas habilidades, porém relataram experiências de tensão em sua infância, declararam que foram muito afetados negativamente no convívio social e sempre foram tratados de maneira diferente pela família.

Um estudo buscou conhecer o nível de satisfação do tratamento, as expectativas e o impacto do problema nos pacientes com fissuras orais⁽⁷³⁾. A amostra constituiu-se de 124 pacientes com fissuras em tratamento no HRAC. Observou-se que os pacientes têm conhecimentos dos problemas resultantes da fissura, mas 96,77% estão parcialmente satisfeitos com os resultados do tratamento e 58% relatam dificuldades na escola devido a constrangimentos.

Estudou-se o estado psicológico de pais e pacientes com fissura de lábio e palato e o grau de satisfação com a reabilitação da fissura⁽⁷⁴⁾. Foram entrevistados 130 pais e 112 pacientes, com idade variável de nove a 21 anos, que tiveram retorno para tratamento ou revisão no hospital. Os autores concluíram que ocorreu um alto nível de satisfação dos pais (88%) e dos pacientes (87%), com os resultados clínicos da reabilitação facial. Entretanto

perceberam que 73% dos pacientes tiveram a autoconfiança muito afetada. Esse estudo mostrou a necessidade de se avaliar o quadro psicológico do paciente como rotina, incorporada aos programas da equipe de reabilitação, para identificar e aconselhar e/ou treinar habilidades sociais para o próprio benefício do paciente.

Investigaram-se os aspectos do ajustamento social e psicológico numa amostra de indivíduos operados por fissura labiopalatina, assistidos de maneira padronizada pela equipe do Centro de Tratamento de Pacientes com Fissura Labiopalatal de Oslo, na Noruega⁽⁷⁵⁾. Ansiedade e depressão foram relatadas aproximadamente duas vezes mais constantes nos pacientes com fissura em comparação a indivíduos não acometidos por esse tipo de malformação, estando tais problemas psicológicos fortemente associados a preocupações com a aparência, a dentição e a fala.

Avaliando adolescentes com fissura labiopalatina, os quais apresentavam ou não problemas de ajuste, foram entrevistados 30 indivíduos com idade variável de 15 a 18 anos⁽⁷⁶⁾. O autor observou que a introversão social dos pacientes com fissura labiopalatina parece ocorrer mais devido à aparência facial do que ao problema da fala.

Elaborou-se um levantamento das atitudes e das preocupações de 32 pacientes com fissura, com idade entre 16 e 25 anos, atendidos em hospitais de Londres, e de seus pais⁽⁷⁷⁾. Os resultados sugeriram que os pacientes ficaram satisfeitos com a aparência facial e com a fala, apesar de relatarem insatisfação com os aspectos diretamente afetados pela fissura: nariz, lábios, perfil, sorriso e dentes. A maioria não teve problemas emocionais e sociais, mesmo relatando que tiveram aborrecimentos e que relacionamentos com o gênero oposto foram mais difíceis. Consideram como sucesso o tratamento integrado realizado por cirurgião plástico, ortodontista e fonoaudiólogo, sendo que o tratamento ortodôntico-cirúrgico superou as expectativas. Os pais também ficaram satisfeitos com todos os aspectos do tratamento de seus filhos, especialmente quanto à aparência facial e à fala, mas consideram que as crianças foram afetadas emocional e socialmente, assim como nos resultados escolares, devido à presença da fissura.

Adultos jovens nascidos com fissura de lábio e/ou palato foram acompanhados para determinar os ajustes psicossociais e avaliar os serviços a eles oferecidos⁽⁷⁸⁾. As entrevistas realizadas foram focadas em realização profissional, estabilidade no trabalho e integração social. Os resultados mostraram que 33% têm desajuste social decorrente da alta insatisfação com aparência, audição, fala, dentes e vida social.

Para o indivíduo com fissura, os problemas se prolongam pela vida, na maioria das vezes. Foram analisados 34 indivíduos com fissura de lábio e/ou palato e 34 sem a fissura⁽⁷⁹⁾. Os indivíduos com fissura mostraram que têm insatisfação com a aparência física significativamente maior do que as que não apresentam a fissura. As mulheres com fissura também mostraram que é significativamente maior a ansiedade, menor o sucesso escolar e são mais infelizes e insatisfeitas.

3 REFERÊNCIAS DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. Wong FK, Haqq U. An update on the aetiology of orofacial clefts. *Hong Kong Med J*. 2004;10(5):331-336.
2. Thornton JB, Nimer S, Howard OS. The incidence, classification, etiology and embryology of oral clefts. *Semin Orthod*. 1996;2(3):162-168.
3. Elahi MM, Jackson IT, Elahi O, Khan AH, Mubarak F, Tariq GB, et al. Epidemiology of cleft lip and cleft palate in Pakistan. *Plast Reconstr Surg*. 2004;113(6):1548-1555.
4. Hardin-Jones MA, Jones DL. Speech production patterns of preschoolers with cleft palate. *Cleft Palate Craniofac J*. 2005;42(1):7-13.
5. Omote S. Aparência e competência em educação especial. *Temas em educação especial*. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 1990. p. 11-25.
6. Inchley J, Kirby J, Currie C. Longitudinal changes in physical self-perceptions and associations with physical activity during adolescence. *Pediatr Exerc Sci*. 2011;23(2):237-249.
7. Järholm K, Olbers T, Marcus C, Marild S, Gronowitz E, Friberg P, et al. Short-Term Psychological Outcomes in Severely Obese Adolescents After Bariatric Surgery. *Obesity (Silver Spring)*. 2011 Oct 13 [capturado 2011 Oct 28]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21996668>
8. Moore JB, Mitchell NG, Bibeau WS, Bartholomew JB. Effects of a 12-week resistance exercise program on physical self-perceptions in college students. *Res Q Exerc Sport*. 2011;82(2):291-301.
9. Packer DJ, Chasteen AL, Kang SK. Facing social identity change: interactive effects of current and projected collective identification on expectations regarding future self-esteem and psychological well-being. *Br J Soc Psychol*. 2011;50(3):414-430.
10. Bode C, van der Heij A, Taal E, van de Laar MA. Body-self unity and self-esteem in patients with rheumatic diseases. *Psychol Health Med*. 2010;15(6):672-684.
11. Tobiansen JM, Hiebert JM. Clefting and psychosocial adjustment: influence of facial aesthetics. *Clin Plast Surg*. 1993;20(4):623-631.
12. Price B. A model for body image care. *Adv Nurs J*. 1990;15:585-593.
13. Beaty TH, Murray JC, Marazita ML et al. A genomewide association study of cleft lip with and without cleft palate identifies risk variants near MAFB and ABCA4. *Nat Genet*. 2010;42(6):525-529.

14. Mossey P, Little J, Munger RG, Dixon MJ, Shaw WC. Cleft lip and palate. *Lancet*. 2009;374(9703):1773-1785.
15. Fogh-Andersen P. Genetic and non-genetic factors in the etiology of facial clefts. *Scand J Plast Reconstr Surg*. 1967;1(1):22-29.
16. Loffredo LCM, Freitas JAS, Grigolli AAG. Prevalência de fissuras orais de 1975 a 1994. *Rev Saúde Públ*. 2001;35(6):571-575.
17. Loffredo LCM, Souza JMP, Yunes J, Freitas JAS, Spiri WC. Fissuras labiais: estudo caso-controle. *Rev Saúde Públ*. 1994;28(3):213-217.
18. Collares MVM, Westephalen ACA, Costa TCD, Goldim JR. Fissuras lábio-palatinas: incidência e prevalência da patologia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Um estudo de 10 anos. *Rev AMRIGS*. 1995;39(3):183-188.
19. Manyama M, Rolian C, Gilyoma J, Magori CC, Mjema K, Mazyala E, et al. An assessment of orofacial clefts in Tanzania. *BMC oral Health*. 2011;11:5.
20. Gorlin RJ, Cohen MM, Hennekam RCM. Syndromes of the head and neck. *Oxford Monographs on Medical Genetics*. New York: Oxford University Press; 2001.
21. Rodríguez MTC, Torres MEM. Labio y paladar fisurados, aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de salud. *Rev Cub Med Gen Integr*. 2001;17(4):379-385.
22. Shaw GM, Carmichael SL, Yang W, Harris JA, Lammer EJ. Congenital malformation in births with orofacial clefts among 3.6 million California births, 1983-1997. *Am J Med Genet A*. 2004;125(3):250-256.
23. Wyszynski DF, Wu T. Use of US birth certificate data to estimate the risk of maternal cigarette smoking for oral clefting. *Cleft Palate Craniofac J*. 2002;39(2):188-192.
24. Jugessur A, Farlie PG, Kilpatrick N. The genetics of isolated orofacial cleft: from genotypes to subphenotypes. *Oral Diseases*. 2009;15(7):437-453.
25. Baroudi R. Embriologia da face. In: Carreirão S, Lessa S, Zanini AS. *Tratamento das fissuras labiopalatinas*. Rio de Janeiro: Revinter; 1996. p. 1-11.
26. Martelli-Junior H, Porto LCVP, Barbosa DRB, Bonan PRF, Freitas AB, Coletta RD. Prevalence of nonsyndromic oral clefts in a reference hospital in Minas Gerais State, between 2000-2005. *Braz Oral Res*. 2007;21(4):314-317.
27. Sandrini FAL, Junior ACC, Beltrão RG, Panarello AF, Robinson WM. Fissuras labiopalatinas em gêmeos: Relato de caso. *Rev Cir Traumatol Bucomaxilofac*. 2005;5(4):43-48.

28. Souza LT. Estudo da associação do polimorfismo TGFA/TAQ I e fatores ambientais nas fissuras orais não sindrômicas [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
29. Lie RT, Wilcox AJ, Taylor J, Gjessing HK, Saugstad OD, Aabyholm F, et al. Maternal smoking and oral cleft: The role of detoxification pathway genes. *Epidemiology*. 2008;19(4):606-615.
30. Murray JC. Gene/environmental causes of cleft lip and/or palate. *Clin Genet*. 2002;61:248-256.
31. Shi M, Christensen K, Weinberg CR, Romiti P, Bathum L, Lozada A, et al. Oral cleft risk is increased with maternal smoking and specific detoxication-gene variants. *Amer J Hum Genet*. 2007;80:76-90.
32. Little J, Cardy A, Munger R. Tobacco smoking and oral cleft: a meta-analyse. *Bull World Health Organ*. 2004;82(3):213-218.
33. Lorente C, Cordier S, Goujard J, Aymé S, Bianchi F, Calzolari E, et al. Tobacco and alcohol use during pregnancy and risk of oral cleft. *Am J Public Health*. 2000;9:415-419.
34. Czeizel AE, Tóth M, Rockenbauer M. Population-based case control study of folic acid supplementation during pregnancy. *Teratology*. 1996;53(6):345-351.
35. Katchburian E, Arana V. *Histologia e embriologia oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
36. Aiello CA, Silva Filho OG, Freitas JAS. Fissuras labiopalatinas: uma visão contemporânea do processo reabilitador. In: Mugayar LRF. *Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral*. São Paulo: Pancast; 2000. p. 111-139.
37. Moore KL. *Embriologia clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994.
38. Cardim VL. Crescimento craniofacial. In: Altman EBC. *Fissuras labiopalatinas*. Carapicuíba: Pró-Fono; 1997. p. 313-347.
39. Silva DP. Repercussão da disfunção velofaríngea na orelha média de pacientes com fissura palatina corrigida [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
40. Spina V, Psillakis JM, Lapa FS, Ferrari MC. Classificação das fissuras lábio-palatinas. Sugestão de modificação. *Rev Clin Fac Med São Paulo*. 1972;27(1):5-6.
41. Kriens O. Documentation of the cleft lip, alveolus and palate. In: Barbach J, Morris H, ed. *Multidisciplinary management of the cleft lip and palate*. Philadelphia: Saunders; 1990. p. 127-133.

42. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem. San Francisco: Freeman; 1967.
43. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton (NJ): Princeton University Press; 1965.
44. Gobitta M, Guzzo R. Estudo inicial do Inventário de auto-estima (SEI) - Forma A. *Psicol Refl Crít.* 2002;16:288-296.
45. Trzesniewski K, Donnellan M, Robins R. Stability of self-esteem across the life span. *J of Pers and Social Psychol.* 2003;84:205-220.
46. Donnellan M, Trzesniewski K, Robins R, Moffitt T, Caspi A. Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior and delinquency. *Psychological Science.* 2005;16(4):328-335.
47. Costa ACG, Vieira MA. Protagonismo juvenil: adolescência, educação e participação democrática. Salvador: Fundação Odebrecht; 2000.
48. Harter S, Whitesell NR. Beyond the debate: why some adolescents report stable self-worth over time and situation, whereas others report changes in self-worth. *Personality J.* 2003;71(6):1027-1058.
49. Heaven P, Ciarrochi J. Parental styles, gender and the development of hope and self-esteem. *European J of Personality.* 2008;22(8):707-724.
50. Clay D, Vignoles VL, Dittmar H. Body image and self-esteem among adolescents girls: testing the influence of sociocultural factors. *J Research on Adoles.* 2005;15(4):451-477.
51. Mruk CJ. Self-esteem: research, theory and practice. New York: Springer; 1995.
52. Durbin DM. Multimodal group sessions to enhance self-concept. *Elem School Guid Couseling.* 1982;16(4):288-296.
53. Bandeira DR, Arteche AX, Reppold CT. Escala de autopercepção de Harter para adolescentes: um estudo de validação. *Psic Teoria e Pesq.* 2008;24(3):341-345.
54. Avanci JQ, Assis SG, Santos NC, Oliveira RVC. Adaptação transcultural da escala de auto-estima para adolescentes. *Psicol Reflexão e Crítica.* 2007;20(3):397-405.
55. Alghamdi S, Manassis K, Wilansky-Traynor P. Self-perceptions in relations to self reported depressive symptoms in boys and girls. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011;20(3):203-207.
56. Bolat N, Doğanqün B, Yavuz M, Demir T, Kayaalp L. Depression and anxiety levels and self-concept characteristics of adolescents with congenital complete visual impairment. *Turk Psikiyatri Derg.* 2011;22(2):77-82.

57. Dunn LK, O'Neill JL, Feldman SR. Acne in adolescents: quality of life, self-esteem, mood, and psychological disorders. *Dermatol OnLine J.* 2011;17(1):1.
58. Robles-Piña RA. Depression and self-concept: personality traits or coping styles in relation to school retention of Hispanic adolescents. *Depress Res Treat.* 2011 Apr 28 [capturado 2011 Set 23]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21738867>
59. Romm KL, Rossberg JI, Hansen CF, Haug E, Andreassen OA, Melle I. Self-esteem is associated with premorbid adjustment and positive psychotic symptoms in early psychosis. *BMC Psychiatry.* 2011;11:136.
60. Sasai K, Tanara K, Hishimoto A. Alexithymia and its relationships with eating behavior, self esteem, and body esteem in college women. *Kobe J Med Sci.* 2011;56(6):231-238.
61. Versnel SL, Plomp RG, Passchier J, Duivenvoorden HJ, Mathijssen IM. Long-term psychological functioning of adults with severe congenital facial disfigurement. *Plast Reconstr Surg.* 2011 Oct 24 [capturado 2011 Nov 4]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21915983>
62. Chan RK, McPherson B, Whitehill TL. Chinese attitudes toward cleft lip and palate: effects on personal contact. *Cleft Palate Craniofac J.* 2006;43(6):731-739.
63. McGrouther DA. Facial disfigurement: the last bastion of discrimination. *British Medical J.* 1997;314(7086):991.
64. Kapp-Simon KA. A brief overview of psychological issues in cleft lip and palate. *Cleft Lip and Palate J.* 2006;2:257-261.
65. Thompson A, Kent G. Adjusting to disfigurement: processes involved in dealing with being visibly different. *Clinical Psych Rev.* 2001;21:663-682.
66. Lockhart E. The mental health needs of children and adolescents with cleft lip and/or palate. *Clin Child Psych and Psychiatry.* 2003;8:7-12.
67. Buss AH. *Self-Consciousness and Social Anxiety.* San Francisco: WH Freeman; 1980.
68. Ribeiro EM, Moreira ASCG. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. *Rev Bras Prom Saude.* 2005;18(1):31-40.
69. Millar K, Bell A, Bowman A, Brown D, Lo TW, Siebert P, et al. Psychological status as a function of residual scarring and facial asymmetry after surgical repair of cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2011 Aug 16 [capturado 2011 Oct 11]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21846256>
70. Meyer-Marcotty P, Gerdes ABM, Reuther T, Stellzig-Eisenhauer A, Alpers GW. Persons with cleft lip and palate are looked at differently. *J Dent Research.* 2010;89(4):400-404.

71. Gallbach JR, Ferreira EF. A auto-estima dos portadores de fissura labiopalatina atendidos na FO-UFMG. Pesquisa Odontológica Brasileira. Anais da 19ª Reunião da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica; 2002 Ago 30-Set 4; Águas de Lindóia, Brasil. São Paulo (SP): SBPqO; 2002.
72. Ross E, Patel Z. Reflections on the cleft experience by South African adults: use of qualitative methodology. Cleft Palate Craniofac J. 2003;40(5):471-480.
73. Freitas PZ. Conhecimento, satisfação e expectativas de pacientes portadores de fissura de lábio e palato quanto ao tratamento reabilitador em um hospital especializado [dissertação]. Araraquara (SP): Universidade Estadual Paulista; 1998.
74. Turner SR, Thomas PW, Dowell T, Rumsey N, Sandy JR. Psychological outcomes amongst cleft patients and their families. Br Plast Surg. 1997;50(1):1-9.
75. Ramstad T, Ottem E, Shaw WC. Psychosocial adjustment in Norwegian adults who had undergone standardized treatment of complete cleft lip and palate. Part II. Self-report problems and concerns with appearance. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg. 1995;29(4):329-336.
76. Richman LC. Self-report social, speech, and facial concerns and personality adjustment of adolescents with cleft lip and palate. Cleft Palate Craniofac J. 1993;20:108-112.
77. Noar JH. Questionnaire survey of attitudes and concerns of patients with cleft and palate and their parents. Cleft Palate Craniofac J. 1991;28:279-284.
78. Heller A, Tidmarsh W, Pless IB. The psychological functioning of young adults born with cleft lip or palate: a follow up study. Clin Pediatric. 1981;20(7):459-465.
79. Kapp K. Self concept of the cleft lip and palate child. Cleft Palate Craniofac J. 1979;16(2):171-176.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Avaliar a autoestima de indivíduos portadores de fissura labiopalatina.

4.2 Objetivos específicos

- Comparar a autoestima de indivíduos com fissura labiopalatina e sem fissura labiopalatina.
- Avaliar os fatores que influenciam a autoestima de indivíduos portadores de fissura labiopalatina.
- Identificar subgrupos de indivíduos com fissura labiopalatina mais afetados na sua autoestima.

5 ARTIGO

INTRODUÇÃO

A fissuras labiopalatina (FLP) é uma anomalia congênita que afeta aproximadamente um para cada 700 nascidos vivos¹. Essas deformidades podem produzir problemas funcionais na arcada dentária, mastigação, respiração e audição². A dificuldade de comunicação eficiente e o comprometimento da aparência física tornam o indivíduo com fissura labiopalatina possível alvo de adjetivos depreciativos num grupo social. A partir dessas alterações físicas e funcionais podem surgir outros danos potenciais na vida de seu portador: os psicossociais³.

A aparência facial tem profunda influência nos ambientes sociais, no desenvolvimento da personalidade e no progresso educacional. Pessoas com FLP podem apresentar níveis desfavoráveis de ansiedade, depressão, fobia social, autoestima e qualidade de vida⁴.

A mensuração da autoestima tem sido mundialmente realizada por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), capaz de classificar o nível de autoestima em adolescentes, adultos e idosos⁵.

A importância do tema e o limitado número de trabalhos utilizando instrumentos de avaliação confiáveis, justificam o interesse pelo assunto.

OBJETIVOS

Avaliar a autoestima de indivíduos portadores de FLP comparando com indivíduos não afetados pela patologia, levantar possíveis fatores que influenciam na autoestima desses pacientes e identificar subgrupos mais afetados.

MÉTODOS

Estudo transversal contemporâneo, composto por 160 indivíduos, de ambos os gêneros, entre 12 e 50 anos de idade, distribuídos em dois grupos: G1 ou grupo exposto, formado por pacientes com FLP, que já realizaram cirurgias relacionadas à patologia, acompanhadas pelo Serviço de Cirurgia Plástica Craniomaxilofacial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e G2 ou grupo controle, formado por indivíduos sem FLP, estudantes e funcionários da rede pública de ensino da mesma cidade.

A idade dos indivíduos foi determinada a partir dos 12 anos pela capacidade de compreender as questões da escala de avaliação de autoestima.

Os critérios de exclusão de ambos os grupos foram a presença de qualquer tipo de síndrome ou de disfunção auditiva de origem central. Foram excluídos da pesquisa os indivíduos ou responsáveis legais que não consentiram sua inclusão através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou que não preencheram adequadamente o questionário.

O grupo G1 foi composto por pacientes que compareceram à consulta no Ambulatório de Fissura Labiopalatina. Os pacientes e/ou familiares foram orientados sobre o estudo e submetidos ao TCLE. Após, foi aplicada a RSES e um questionário estruturado, formulado especificamente para este estudo. Dados também foram compilados no prontuário. Os indivíduos do G2 foram selecionados em uma escola da rede pública pela Secretaria da Educação do município. Todos os alunos e funcionários da escola receberam envelopes lacrados com a carta de apresentação do estudo, o questionário estruturado e o TCLE. Para inclusão dos alunos menores de 18 anos, foi enviada a documentação para pais ou responsáveis. Após o retorno das documentações,

foi realizado o sorteio de 50 alunos menores de 18 anos e 30 indivíduos maiores de 18 anos. Na escola, em sala reservada, individualmente, foi aplicada a RSES.

Para o levantamento de dados, foi elaborado um questionário para cada grupo da pesquisa. Para o G2 havia questões sobre dados pessoais e perguntas relacionadas a escolaridade, repetência escolar, classe econômica e situação familiar. Para o G1, além das questões citadas acima, foram indagados itens relacionados à classificação da FLP, procedimentos cirúrgicos e instituições de saúde onde foram realizadas. Realizado a avaliação dos resultados em relação à comunicação, dentição, funcionalidade e estética de lábio e nariz com a equipe assistente: fonoaudióloga, odontólogo, otorrinolaringologista e cirurgião plástico, respectivamente. Os pacientes foram questionados em relação a opinião pessoal quanto aos resultados.

A RSES, utilizada neste estudo, é um instrumento desenvolvido para a avaliação da autoestima global. A RSES é constituída por 10 itens, com questões relativas aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo. Foi adaptado para o português, com bons índices psicométricos. A soma dos 10 itens proporciona a cotação da escala, cuja pontuação total oscila entre 10 e 40. Os resultados foram categorizados, configurando autoestima alta, normal e baixa⁶.

Este estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram aprovados no Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e seu Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo de número 11-0021. Para realizar a pesquisa na escola, foi solicitada autorização à Secretaria da Educação de Porto Alegre. Para o uso da RSES não há necessidade de uma permissão.

RESULTADOS

Inicialmente, buscou-se caracterizar a amostra, conforme se visualiza na Tabela 1. É possível observar que se trata de uma amostra majoritariamente homogênea, com grupos não pareados. Houve diferença significativa entre os grupos apenas quanto a estado civil, repetência escolar e escolaridade.

Tabela 1. Caracterização da amostra.

Variáveis	Amostra total (n = 160)	Grupo Fissura Labiopalatina (n = 80)	Grupo Controle (n = 80)	Valor-p*
Faixa etária				0,741
12-18	103 (64,4)	53 (66,3)	50 (62,5)	
≥ 19	57 (35,6)	27 (33,8)	30 (37,5)	
Sexo				0,205
Masculino	75 (46,9)	42 (52,5)	33 (41,3)	
Feminino	85 (53,1)	38 (47,5)	47 (58,8)	
Estado civil				0,015
Solteiro	128 (80,0)	71 (88,8) †	57 (71,3)	
Casado	25 (15,6)	8 (10,0)	17 (21,3) †	
Divorciado/Viúvo	7 (4,4)	1 (1,3)	6 (7,5)	
Escolaridade				<0,001
Fundamental incompleto	71 (44,4)	50 (62,5) †	21 (26,3)	
Fundamental completo	32 (20,0)	10 (12,5)	22 (27,5) †	
Ensino médio/superior	57 (35,6)	20 (25,0)	37 (46,3) †	
Repetência escolar				<0,001
Sim	59 (36,9)	41 (51,3)	18 (22,5)	
Não	101 (63,1)	39 (48,8)	62 (77,5)	
Classe econômica				0,730
E	36 (22,5)	17 (21,3)	19 (23,8)	
D	48 (30,0)	22 (27,5)	26 (32,5)	
C	69 (43,1)	38 (47,5)	31 (38,8)	
B	7 (4,4)	3 (3,8)	4 (5,0)	
Situação familiar na infância				0,133
Nuclear	106 (66,3)	59 (73,8)	47 (58,8)	
Reconstituída	44 (27,5)	17 (21,3)	27 (33,8)	
Outros	10 (6,3)	4 (5,0)	6 (7,5)	
Situação familiar atual				0,203
Nuclear	88 (55,0)	48 (60,0)	40 (50,0)	
Reconstituída	53 (33,1)	25 (31,3)	28 (35,0)	
Outros	10 (6,3)	2 (2,5)	8 (10,0)	
Mora sozinho	9 (5,6)	5 (6,3)	4 (5,0)	

* Teste qui-quadrado de Pearson.

† Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

Analisando-se a relação entre a fissura labiopalatina e a autoestima, houve associação significativa ($p = 0,046$). O grupo com FLP teve uma proporção significativamente maior de autoestima normal e baixa, como pode ser visto na Figura 1.

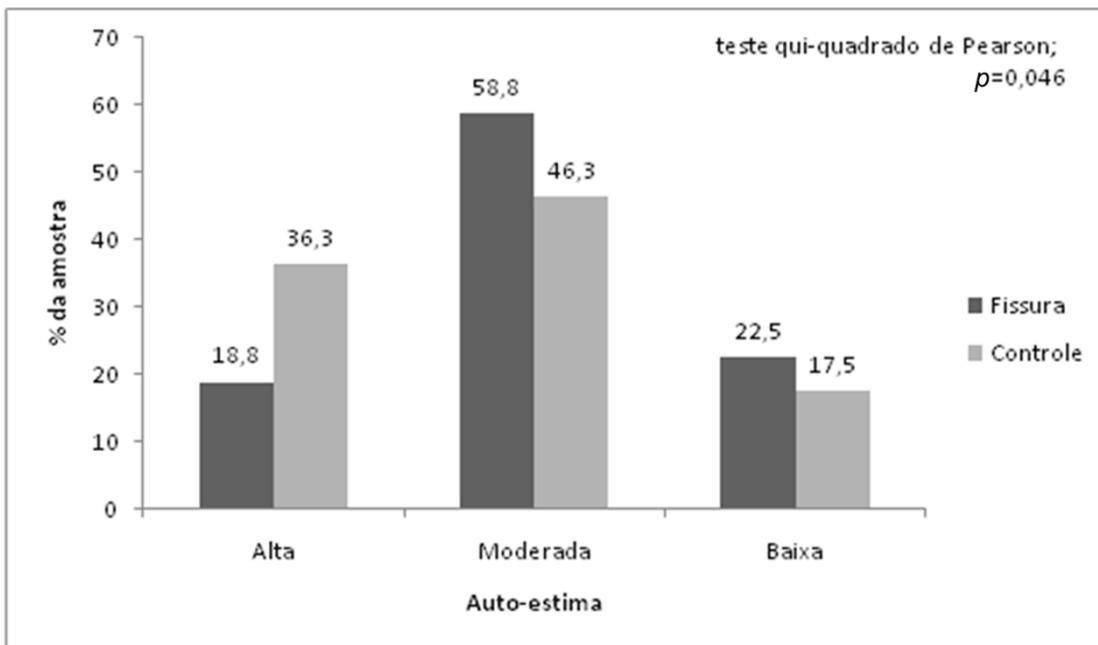


Figura 1. Associação entre autoestima e FLP.

Na análise do grupo com FLP mostrada na Tabela 2, quando avaliada a autoestima baixa, as variáveis que permaneceram associadas foram o grupo de indivíduos com FLP do sexo feminino, com ensino fundamental incompleto ou ensino fundamental completo, de classes D/E e com família reconstituída na infância.

Tabela 2. Análise de Regressão Logística Multinomial para avaliar fatores independentemente associados com a autoestima normal e baixa.

Variáveis	Autoestima normal		Autoestima baixa	
	OR ajustado (IC 95%)	Valor-p	OR ajustado (IC 95%)	Valor-p
Grupo FLP	2,20 (0,90-5,40)	0,085	3,86 (1,15-12,9)	0,028
Sexo feminino	1,82 (0,80-4,13)	0,153	3,18 (1,07-9,50)	0,038
Nível de escolaridade				
Fundamental incompleto	1,70 (0,63-4,55)	0,293	4,74 (1,11-20,2)	0,035
Fundamental completo	1,01 (0,33-3,13)	0,989	5,29 (1,16-24,1)	0,032
Com repetência escolar	1,53 (0,56-4,16)	0,405	0,64 (0,18-2,27)	0,491
Classe D/E	1,35 (0,59-3,08)	0,483	4,44 (1,40-14,1)	0,012
Situação familiar infância				
Nuclear	1,0		1,0	
Reconstituída	1,63 (0,58-4,56)	0,353	4,19 (1,16-15,1)	0,029
Outra	0,38 (0,07-1,97)	0,250	1,08 (0,18-6,63)	0,934

A Tabela 3 caracteriza o grupo em estudo. Em relação à classificação da fissura, 64 (80,0%) são fissuras de lábio e palato, 56 (70,0%) são unilaterais e 65 (81,2%) são completas. Dos procedimentos cirúrgicos relacionados à FLP, 47 indivíduos (58,8%) foram operados somente pelo Serviço de Cirurgia Plástica do HCPA, enquanto que quatorze (17,5%) realizaram todas as cirurgias em outra (s) instituição(ões), mas foram encaminhados e estão em acompanhamento no Ambulatório de Fissura Labiopalatina; dezenove (23,8%) pacientes realizaram procedimentos cirúrgicos em outra(s) instituição(ões) e no Serviço de Cirurgia Plástica.

Tabela 3. Caracterização do grupo FLP.

Variáveis	Amostra total (n = 80)
Classificação da fissura	
Lábio e palato	64 (80,0)
Lábio	12 (15,0)
Palato	4 (5,0)
Unilateral	56 (70,0)
Bilateral	24 (30,0)
Completa	65 (81,2)
Incompleta	15 (18,8)
Cirurgia reparadora	
Somente cirurgia lábio	12 (15,0)
Somente cirurgia palato	4 (5,0)
Cirurgia lábio + palato	64 (80,0)
Tratamento	
Somente no HCPA	47 (58,8)
Outra(s) instituição(ões) e no HCPA	33 (41,2)
Avaliação dos resultados pela equipe assistencial quanto a:	
Comunicação	
Bom	31 (38,8)
Regular	19 (23,8)
Ruim	30 (37,5)
Dentição	
Bom	36 (45,0)
Regular	12 (15,0)
Ruim	32 (40,0)
Lábio	
Bom	39 (48,8)
Regular	21 (26,3)
Ruim	20 (25,0)
Nariz	
Bom	53 (66,3)
Regular	13 (16,3)
Ruim	14 (17,5)
Resultado do paciente	
Satisfeito	20 (25,0)
Insatisfeito	60 (75,0)
O que quer mudar	
Comunicação	21 (26,3)
Dentes	35 (43,8)
Lábio	31 (38,8)
Nariz	17 (21,3)

De acordo com a equipe assistencial dos pacientes com FLP, a qualidade da comunicação de 31 (38,8%) pacientes é considerada boa e 30 (37,5%) são avaliadas como ruim. Em relação à dentição dos afetados, 36 (45,0%) são avaliadas como boas e 32 (40,0%) ruins. A cicatriz do lábio, ainda segundo a equipe, de 39 (48,8%) indivíduos é considerada boa, enquanto que a estética do nariz é considerada boa em 53 (66,3%) dos afetados.

Dos pacientes com FLP, 60 (75,0%) estão insatisfeitos com um ou mais itens avaliados, sendo que a dentição aparece com os maiores índices de insatisfação – 35 (43,8%) –, seguida pela cicatriz do lábio, que é 31 (38,8%). Queixas em relação à comunicação e à estética do nariz aparecem em menores escores, como mostra a Tabela 3.

A Tabela 4 descreve a associação entre a autoestima baixa e a classificação da fissura ($p = 0,026$). Os pacientes que fizeram somente cirurgia de lábio (FL) estão associados a uma autoestima mais alta em relação aos demais ($p = 0,047$). Também se pode observar que houve associação entre as variáveis *qualidade da comunicação* e *dentição* em relação à autoestima ($p < 0,001$ e $p = 0,031$, respectivamente).

Indivíduos que querem melhorar os resultados da comunicação e a cicatriz do lábio apresentam maior probabilidade de autoestima baixa ($p < 0,001$ e $p = 0,006$, respectivamente). Todos os afetados com baixa autoestima querem melhorar seus resultados ($p < 0,001$).

Tabela 4. Associação das variáveis do grupo com fissura lábiopalatina com a autoestima.

Variáveis	Autoestima alta (n=15)	Autoestima normal (n=47)	Autoestima baixa (n=18)	Valor-p
Classificação da fissura				
Lábio e palato	10 (66,7)	39(83,0)	15 (83,3)	0,241
Lábio	5 (33,3)	5 (10,6)	2 (11,1)	
Palato	0 (0,0)	3 (6,4)	1 (5,6)	
Unilateral	12 (80,0)	36 (76,6)	8 (44,4)	0,026
Bilateral	3 (20,0)	11 (23,4)	10 (55,6)	
Completa	11 (73,3)	38 (80,9)	16 (88,9)	0,519
Incompleta	4 (26,7)	9 (19,1)	2 (11,1)	
Cirurgia reparadora				
Lábio	6 (40,0)	4 (8,5)	2 (11,1)	0,047
Palato	0 (0,0)	3 (6,4)	1 (5,6)	
Lábio + Palato	9 (60,0)	40 (85,1)	15 (83,3)	
Avaliação dos resultados pela equipe assistencial quanto a:				
Comunicação				
Bom	11 (73,3)	18 (38,3)	2 (11,1)	< 0,001
Regular	3 (20,0)	14 (29,8)	2 (11,1)	
Ruim	1 (6,7)	15 (31,9)	14 (77,8)	
Dentição				
Bom	11 (73,3)	18 (38,3)	7 (38,9)	0,031
Regular	0 (0,0)	11 (23,4)	1 (5,6)	
Ruim	4 (26,7)	18 (38,3)	10 (55,6)	
Lábio				
Bom	12 (80,0)	22 (46,8)	5 (27,8)	0,052
Regular	2 (13,3)	12 (25,5)	7 (38,9)	
Ruim	1 (6,7)	13 (27,7)	6 (33,3)	
Nariz				
Bom	13 (86,7)	31 (66,0)	9 (50,0)	0,112
Regular	1 (6,7)	6 (12,8)	6 (33,3)	
Ruim	1 (6,7)	10 (21,3)	3 (16,7)	
Resultado do paciente				
Satisfeito	10 (66,7)	10 (21,3)	0 (0,0)	< 0,001
Insatisfeito	5 (33,3)	37 (78,7)	18 (100)	
O que quer mudar				
Comunicação	0 (0,0)	9 (19,1)	12 (66,7)	< 0,001
Dentes	3 (20,0)	21 (44,7)	11 (61,1)	0,059
Lábio	1 (6,7)	19 (40,4)	11 (61,1)	0,006
Nariz	2 (13,3)	10 (21,3)	5 (27,8)	0,600

DISCUSSÃO

A percepção do portador de fissura labiopalatina, em relação ao impacto causado pela patologia na sua vida, é reconhecida como importante indicador de saúde. Há um notável consenso no relato dos portadores de FLP quanto às dificuldades enfrentadas e ao conjunto de emoções negativas envolvidas, como ansiedade, medo da avaliação social, baixa autoestima, imagem corporal desfavorável e fobia social⁷⁻⁸.

A autoestima é considerada como um importante indicador de saúde mental⁹ e um dos fatores que mais interferem nas relações humanas, no progresso escolar e no desenvolvimento psicossocial. A RSES é atualmente o instrumento para avaliação da autoestima mais amplamente utilizado em nível mundial⁶, sendo amplamente aceita na comunidade científica.

Os resultados desse estudo apontam que pacientes com fissura labiopalatina, quando comparados a indivíduos não afetados, possuem maior proporção a serem solteiros, com baixa escolaridade e apresentam maior incidência de repetência escolar.

Alguns estudos^{10,11} apontam a interferência da fissura labiopalatina no rendimento escolar dos afetados e, conseqüentemente, tais indivíduos também apresentam maiores índices de repetência escolar. Os aspectos emocionais das crianças com FLP interferem na aprendizagem nos primeiros anos letivos. Não há indícios que relacionem a deformidade facial ao déficit intelectual; ao contrário, as crianças com fissura labiopalatina têm condições intelectuais idênticas às de crianças consideradas normais para bom desempenho escolar.

A escola é o primeiro contato extrafamiliar de convivência social das crianças, e a estética facial é a primeira análise que se faz de um indivíduo. As

crianças com FLP não são poupadas de críticas pelos seus colegas, influenciando negativamente a sua vida acadêmica, social e afetiva. O fracasso escolar também pode estar relacionado a alterações na função auditiva e/ou na comunicação, essenciais para o processo de aprendizagem.

Indo ao encontro desses resultados, percebeu-se que o adulto jovem portador de FLP sente maior dificuldade para um relacionamento interpessoal e afetivo¹². Este fato evidencia-se na adolescência, pois é nessa fase que surge maior preocupação com a aparência física. Se o indivíduo não se sente satisfeito com a aparência, ele produz um sentimento de inferioridade e torna-se inseguro.

Na análise da autoestima, observou-se os índices significativos de baixa autoestima em relação ao sexo feminino. Estudos apontam que o gênero feminino expressa maior insatisfação com a aparência e esse sentimento é justificado pois há uma pressão da sociedade para ter uma aparência atraente^{13,14}. Com isso, mulheres com FLP sentem-se inferiorizadas, favorecendo a dificuldade nas interações sociais e afetivas.

Na análise em relação à estrutura familiar, observou-se a associação de baixa autoestima em pacientes com fissura labiopalatina cuja família não estava constituída pelo pai e pela mãe durante a infância. A experiência da separação dos pais ou a não convivência com uma das partes causa danos psicoemocionais em todas as crianças, com diferentes graus de intensidade. É provável que, para o indivíduo com FLP, vivenciar essa situação tem uma repercussão ainda mais negativa, pois, além de conviver com as dificuldades relacionadas à patologia, a falta da estrutura familiar provoca sentimentos de insegurança. A estrutura familiar na infância, para os pacientes fissurados,

representa um ponto significativo, pois os pais assumem importante papel no tratamento.

Já na fase adulta, as fissuras labiais interferem na inserção no meio socioeconômico do afetado¹⁵. Os resultados deste estudo demonstram que as classes econômicas mais desfavorecidas (classes D/E) apresentam maior índice de baixa autoestima.

Pode-se afirmar que indivíduos com FLP que vivenciam a exclusão social, juntamente com os problemas já mencionados, terão dificuldades em relação ao sucesso profissional, pois o mercado de trabalho, além de exigir competência técnica e emocional, busca pessoas com capacidade de liderança e facilidade de comunicação.

Na avaliação dos fatores relacionados à patologia, houve associação entre as fissuras de lábio e/ou palato bilaterais com a autoestima baixa. As fissuras bilaterais causam maiores danos estéticos, sendo mais difícil proporcionar resultados satisfatórios aos pacientes. Ainda em relação à classificação da fissura, a maioria dos indivíduos que realizaram cirurgia labial, sem comprometimento do palato, apresenta alta autoestima.

Os pacientes que manifestaram insatisfação em relação à estética do lábio e à fonação apresentam maior probabilidade de autoestima baixa. Todos os pacientes com baixa autoestima querem melhorar os resultados relacionados à estética – do lábio, do nariz ou da dentição – ou, ainda, aspectos funcionais relacionados à comunicação.

Esses resultados estão em conformidade com outras pesquisas relacionadas ao tema, pois toda a problemática do paciente com FLP,

relacionada à comunicação, à cicatriz do lábio e à dentição, demonstra que está diretamente relacionada com a autoestima desses indivíduos.

CONCLUSÃO

Os indivíduos com FLP apresentam níveis baixos de autoestima, quando comparados a indivíduos não afetados.

Dentre os pacientes com FLP, o subgrupo dos indivíduos com fissura bilateral, fissura completa, do gênero feminino, classe econômica D/E, baixa escolaridade, situação familiar reconstituída na infância e com resultados não satisfatórios em relação à comunicação, à dentição e à cicatriz de lábio também apresentam índices menores de autoestima.

Os indivíduos com fissura labiopalatina apresentam uma significativa fragilidade psicoemocional que deve ser incluída no seu tratamento. Além da assistência médica, fonoaudiológica, odontológica, de enfermeiros e geneticistas, necessitam de apoio psicológico ao longo do crescimento, desenvolvimento e reabilitação da patologia.

6 REFERÊNCIAS DO ARTIGO

1. Dixon MJ, Marazita ML, Beaty TH, Murray JC. Cleft lip and palate: understanding genetic and environmental influences. *Nat Rev Genet.* 2011;12(3):167-78.
2. Tannure PN, Oliveira CA, Maia LC, Vieira AR, Granjeiro JM, Costa Mde C. Prevalence of dental anomalies in nonsyndromic individuals with cleft lip and palate: a systematic review and meta-analysis. *Cleft Palate Craniofac J.* 2012;49(2):194-200.
3. Chuo CB, Searle Y, Jeremy A, Richard BM, Sharp I, Slator R. The continuing multidisciplinary needs of adult patients with cleft lip and/or palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2008;45(6):633-8.
4. Coutinho ALF, Lima MC, Kitamura MAP, Ferreira Neto J, Pereira RM. Perfil epidemiológico dos portadores de fissura orofaciais atendidos em um Centro de Referência do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2009;9(2):149-56.
5. Santos P, Maia J. Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática.* 2003;2:253-68.
6. Sbicigo JB, Bandeira DR, Dell'Aglio DD. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSS): factorial validity and internal consistency. *Psico-USF.* 2010;15(3):395-403.
7. Bastos PRHO, Gardenal M, Bogo D. The social adjustment of bearers of craniofacial abnormalities and the humanist praxis. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2008;12(2):280-8.

8. Noor SN, Musa S. Assessment of patients' level of satisfaction with cleft treatment using the Cleft Evaluation Profile. *Cleft Palate Craniofac J.* 2007;44(3):292-303.
9. Roberts RM, Mathias JL. Psychosocial functioning in adults with congenital craniofacial conditions. *Cleft Palate Craniofac J.* 2012;49(3):276-85.
10. Broder HL, Richman LC, Matheson PB. Learning disability, school achievement, and grade retention among children with cleft: a two-center study. *Cleft Palate Craniofac J.* 1998;35(2):127-31.
11. Domingues ABC, Picolini MM, Lauris JRP, Maximino LP. Desempenho escolar de alunos com fissura labiopalatina no julgamento de seus professores. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2011;16(3):310-6.
12. Ribeiro EM, Moreira ASCG. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2005;18(1):31-40.
13. Andrade D, Angerami ELS. A auto-estima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou de palato. *Rev Latinoam Enfermagem.* 2001;9(6):37-41.
14. Singh VP, Moss TP. Psychological impact of visible differences in patients with congenital craniofacial anomalies. *Prog Orthod.* 2015;16:5.
15. Chan RK, McPherson B, Whitehill TL. Chinese attitudes toward cleft lip and palate: effects of personal contact. *Cleft Palate Craniofac J.* 2006;43(6):731-9.

7 ANEXOS**ANEXO A – Levantamento de dados do paciente com fissura labiopalatina**

PRONTUÁRIO: _____

NOME PACIENTE: _____

NOME FAMILIAR: _____

TELEFONE: _____

SEXO: () FEMININO () MASCULINO

IDADE: () 12 A 18 ANOS () 19 A 50 ANOS

ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO () CASADO

() DIVORCIADO/SEPARADO

() VIÚVO

OCUPAÇÃO: _____

ESCOLARIDADE: () ANALFABETO

() FUNDAMENTAL INCOMPLETO

() FUNDAMENTAL COMPLETO

() ENSINO MÉDIO INCOMPLETO

() ENSINO MÉDIO COMPLETO

() SUPERIOR INCOMPLETO OU MAIS

JÁ TEVE REPETÊNCIA ESCOLAR: () SIM () NÃO

CLASSE ECONÔMICA:

A. Qual é o grau de instrução do chefe da família?

() analfabeto/fundamental incompleto

() fundamental completo

() ensino médio completo

() superior incompleto

() superior completo

B. Marque quais itens de conforto familiar você tem em sua casa (e em que quantidade)?

Itens de posse no lar	não tem	Quantidade possuída					
		1	2	3	4	5	6 ou mais
Televisor em cores	<input type="radio"/>						
Videocassete e/ou DVD	<input type="radio"/>						
Rádio (excluir o do carro)	<input type="radio"/>						
Banheiro	<input type="radio"/>						
Automóvel	<input type="radio"/>						
Empregada mensalista	<input type="radio"/>						
Aspirador de pó	<input type="radio"/>						
Máquina de lavar	<input type="radio"/>						
Geladeira	<input type="radio"/>						
Freezer (da geladeira ou independente)	<input type="radio"/>						

CLASSIFICAÇÃO: _____

SITUAÇÃO FAMILIAR NA INFÂNCIA:

- () FAMÍLIA NUCLEAR(MOROU COM PAI E MÃE, COM OU SEM IRMÃO(S))
- () FAMÍLIA RECONSTITUIDA (PAIS SEPARADOS/MOROU COM PAI OU MÃE/COM OU SEM PADRASTO/MADRASTA)
- () OUTROS (MOROU COM AVÓS, TIOS, ADOTADO)

SITUAÇÃO FAMILIAR ATUAL:

- () FAMÍLIA NUCLEAR(MORA COM PAI E MÃE, COM OU SEM IRMÃO(S))
- () FAMÍLIA RECONSTITUIDA (PAIS SEPARADOS/MORA COM PAI OU MÃE/COM OU SEM PADRASTO/MADRASTA)
- () OUTROS (MORA COM AVÓS, TIOS, ADOTADO)
- () MORA SOZINHO

CLASSIFICAÇÃO DA FISSURA:

FL FP FLP

UNILATERAL BILATERAL

COMPLETA INCOMPLETA

TIPO CIRURGIA REPARADORA:

CIRURGIA DE LÁBIO: SIM NÃO

QUANTIDADE: UMA DUAS TRÊS QUATRO CINCO OU MAIS

RELIZOU ALGUMA CIRURGIA LÁBIO EM OUTRA INSTITUIÇÃO: SIM NÃO

QUANTIDADE CIRURGIA LÁBIO OUTRA INSTITUIÇÃO: UMA DUAS TRÊS QUATRO CINCO OU MAIS

DATA(S): _____

QUANTIDADE CIRURGIA LÁBIO NO HCPA: UMA DUAS TRÊS QUATRO CINCO OU MAIS

DATA(S): _____

CIRURGIA DE PALATO: SIM NÃO

QUANTIDADE: UMA DUAS TRÊS QUATRO CINCO OU MAIS

RELIZOU ALGUMA CIRURGIA PALATO EM OUTRA INSTITUIÇÃO: SIM NÃO

QUANTIDADE CIRURGIA PALATO OUTRA INSTITUIÇÃO: UMA DUAS TRÊS QUATRO CINCO OU MAIS

DATA(S): _____

QUANTIDADE CIRURGIA PALATO NO HCPA: UMA DUAS TRÊS QUATRO CINCO OU MAIS

DATA(S): _____

ONDE REALIZOU A 1ª CIRURGIA:

HCPA OUTRA INSTITUIÇÃO

ONDE REALIZOU A ULTIMA CIRURGIA:

HCPA OUTRA INSTITUIÇÃO

ANEXO B – Questionário de levantamento dados indivíduo grupo escolar

NOME _____

TELEFONE: _____

SEXO: () FEMININO () MASCULINO

IDADE: _____

ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO () CASADO

() DIVORCIADO/SEPARADO

() VIÚVO

OCUPAÇÃO: _____

ESCOLARIDADE: () ANALFABETO

() FUNDAMENTAL INCOMPLETO

() FUNDAMENTAL COMPLETO

() ENSINO MÉDIO INCOMPLETO

() ENSINO MÉDIO COMPLETO

() SUPERIOR INCOMPLETO OU MAIS

JÁ TEVE REPETÊNCIA ESCOLAR: () SIM () NÃO

CLASSE ECONÔMICA:

A. Qual é o grau de instrução do chefe da família?

() analfabeto/fundamental incompleto

() fundamental completo

() ensino médio completo

() superior incompleto

() superior completo

B. Quais itens de conforto familiar você tem em sua casa (e em que quantidade)?

Itens de posse no lar	não tem	Quantidade possuída					6ou mais
		1	2	3	4	5	
Televisor em cores	<input type="radio"/>						
Videocassete e/ou DVD	<input type="radio"/>						
Rádio (excluir o do carro)	<input type="radio"/>						
Banheiro	<input type="radio"/>						
Automóvel	<input type="radio"/>						
Empregada mensalista	<input type="radio"/>						
Aspirador de pó	<input type="radio"/>						
Máquina de lavar	<input type="radio"/>						
Geladeira	<input type="radio"/>						
Freezer (da geladeira ou independente)	<input type="radio"/>						

*CLASSIFICAÇÃO: _____

SITUAÇÃO FAMILIAR NA INFÂNCIA:

- () FAMÍLIA NUCLEAR(MOROU COM PAI E MÃE, COM OU SEM IRMÃO(S))
- () FAMÍLIA RECONSTITUIDA (PAIS SEPARADOS/MOROU COM PAI OU MÃE/COM OU SEM PADRASTO/MADRASTA)
- () OUTROS(MOROU COM AVÓS, TIOS, ADOTADO)

SITUAÇÃO FAMILIAR ATUAL

- () FAMÍLIA NUCLEAR(MORA COM PAI E MÃE, COM OU SEM IRMÃO(S))
- () FAMÍLIA RECONSTITUIDA (PAIS SEPARADOS/MORA COM PAI OU MÃE/COM OU SEM PADRASTO/MADRASTA)
- () OUTROS(MORA COM AVÓS, TIOS, ADOTADO)
- () MORA SOZINHO

- *PONTUAÇÃO ESCALA AUTOESTIMA: () BAIXA(10 A 24 PONTOS)
- () MODERADA(25 A 35 PONTOS)
- () ALTA(36 A 40 PONTOS)

*ITENS QUE A PESQUISADORA IRÁ PREENCHER

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome do Estudo: “AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA EM PACIENTES PORTADORES DE FISSURA LABIOPALATINA”

Número do Protocolo: 110021

Pesquisadores Responsáveis: Dr. Marcus Vinicius Martins Collares, Dr. Sady Selaimen da Costa e Enfª Alesandra Glaeser

Instituição: PPG Ciências Cirúrgicas Telefone: 3308 5607

Telefone pesquisador responsável: 999862023

Telefone Comitê em Ética HCPA: 3359 8304

O presente estudo tem como objetivo principal “Avaliação da Autoestima em Pacientes Portadores de Fissura Labiopalatina”, que será realizado no Ambulatório de Serviço de Cirurgia Plástica do HCPA e dará origem a dissertação de mestrado da Enfª Alesandra Glaeser, orientada pelo Dr. Marcus Vinicius Martins Collares e Dr. Sady Selaimen da Costa.

Os benefícios esperados desta pesquisa são: poder melhorar os resultados estéticos e de fonação dos pacientes com fissura labiopalatina, a fim de melhorar a autoestima dos mesmos, nos casos que houver necessidade.

Ao participar deste estudo, o participante será submetido a uma avaliação de autoestima através de um questionário. A participação neste estudo não terá nenhum custo. Para fins de comparação dos resultados de avaliação de autoestima, serão avaliados indivíduos não fissurados.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é elaborado em 2 vias, ficando uma com o participante. Ao assinar o termo, o participante autoriza o pesquisador responsável à utilização de dados, mantendo o anonimato do participante, incluindo a divulgação dos mesmos. Fica a garantia da não identificação do participante, como também a possibilidade de interrupção no momento em que desejar devido a possíveis desconfortos que possam ocorrer durante a aplicação do instrumento, pois será questionado o sobre grau de escolaridade, situação socioeconômica, situação familiar entre outros.

Potenciais desconfortos poderão surgir durante a pesquisa para os participantes, pois cada indivíduo fará uma avaliação de si mesmo, devido a uma condição que envolve a estética facial e comunicação oral.

Cada participante será informado que poderá preencher o questionário no tempo que for necessário. Estima-se que o tempo será em torno de 10 a 15 minutos e que não causará transtornos aos pacientes.

Declaro ter lido as informações acima antes de assinar este formulário. Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo plenamente minhas dúvidas. Assinando esse documento, tomo parte voluntariamente no presente estudo.

Caso o participante seja menor de 18 anos, o TCLE deve ser assinado pelo familiar e/ou responsável legal.

Nome completo paciente:.....

Assinatura do paciente:.....

Nome completo:.....

(responsável legal se paciente menor de idade)

Assinatura:.....

(responsável legal se paciente menor de idade)

Nome do pesquisador que aplica TCLE:.....

Assinatura do pesquisador:.....

Porto Alegre,.....de.....de 2011

ANEXO D – Escala de Autoestima de Rosenberg

Questão:

Resposta

Pontos

<p>A) De uma forma geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo(a):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. concordo plenamente 2. concordo 3. discordo 4. discordo plenamente 		
<p>B) Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. concordo plenamente 2. concordo 3. discordo 4. discordo plenamente 		
<p>C) Eu sinto que eu tenho um tanto de boas qualidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. concordo plenamente 2. concordo 3. discordo 4. discordo plenamente 		
<p>D) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. concordo plenamente 2. concordo 3. discordo 4. discordo plenamente 		
<p>E) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. concordo plenamente 2. concordo 3. discordo 4. discordo plenamente 		
<p>F) Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. concordo plenamente 2. concordo 3. discordo 4. discordo plenamente 		
<p>G) Eu sinto que sou uma pessoa de valor pelo menos num plano igual às outras pessoas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. concordo plenamente 2. concordo 3. discordo 4. discordo plenamente 		
<p>H) Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. concordo plenamente 2. concordo 3. discordo 4. discordo plenamente 		
<p>I) Quase sempre eu sou inclinado(a) a achar que sou um(a) fracassado(a):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. concordo plenamente 2. concordo 3. discordo 4. discordo plenamente 		
<p>J) Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo(a):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. concordo plenamente 2. concordo 3. discordo 4. discordo plenamente 		

