

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

*DESEMPENHO ESCOLAR DE CRIANÇAS COM
FISSURA LABIOPALATINA NA VISÃO DOS PAIS.*

LÍGIA MARIA DA SILVA DUARTE

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris

Dissertação apresentada ao Hospital
de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da
Universidade de São Paulo para obtenção de Título
de MESTRE em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Distúrbios da Comunicação
Humana.

Bauru / 2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

R. Sílvio Marchione, 3-20
Caixa Postal 1501
17043-900 - Bauru - SP - Brasil
Telefone: (14) 3235-8000

Profa. Dra. Suely Vilela Sampaio- Reitora da Usp
Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas - Superintendente do HRAC/USP

Autorizo, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial deste trabalho.

Lígia Maria da Silva Duarte

Bauru, 16 de dezembro de 2005.

D85d Duarte, Lígia Maria da Silva
Desempenho escolar de crianças com fissuras na visão dos pais. / Lígia Maria da Silva Duarte. Bauru, 2005.

121f.: il.; 30cm.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação - Área de Concentração Distúrbios da Comunicação Humana) - HRAC-USP.

Cópia revisada em ____/____/____

Orientador: José Roberto Pereira Lauris

Descritores: 1.Fissura labial 2.Fissura Palatina 3.Educação
4.Aprendizagem.

LÍGIA MARIA DA SILVA DUARTE

03 de dezembro de 1963

Nascimento

Natal - RN

Filiação

Lourival Lúcio da Silva e

Liege Carrilho da Silva

1989 - 1992

Graduação em Pedagogia - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Natal/RN).

2000 - 2002

Curso de especialização em Psicopedagogia na Universidade Potiguar - Natal / RN.

2004 - 2005

Curso de Especialização em Educação Especial no Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão - IBPEX - Bauru / SP.

2004 - 2005

Curso de Aperfeiçoamento em Educação Especial - FOB / USP.

Dedicatórias

A Deus

que sempre me acompanhou ao longo dessa caminhada, que nos mostra todos os dias que podemos vencer as algemas do medo e as amarras de nossas dificuldades e que nenhum deserto é tão árido e tão longo que não passa ser transposto.

A minha mãe,

Pelo exemplo de vida, otimismo e alegria sentimentos deixados como herança para toda a minha vida.

Ao meu pai,

razão da minha existência.

A Ricardo meu companheiro,

pela paciência, compreensão e incentivo na realização dos meus sonhos.

Aos meus filhos, Gabriella e Gabriel,

Razão do meu viver.

Agradecimentos

Ao meu orientador Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris, pela orientação e ensinamentos recebidos, e pela confiança depositada em mim.

À Prof. Dra. Luciana de Vitto, pelo tempo, empenho e esforço dedicado neste trabalho. Por sua ajuda desinteressada em todo momento e a confiança em mim depositada.

À Prof. Dra. Marisa Feniman, pelas valiosas sugestões no exame de qualificação e disponibilidade

À Prof. Dra. Patrícia, pelo importante auxílio na parte inicial deste trabalho.

À Prof. Dra. Dionísia pela contribuição e aconselhamento diante dos desafios enfrentados.

À Dra. Inge que ao nosso primeiro contato admitiu-me como estagiária voluntária neste ambiente educacional hospitalar e por sua dedicação na presidência neste programa de Pós-Graduação do HRAC-USP.

Ao Prof. Dr. José Alberto, “carinhosamente” Tio Gastão, pelos aconselhamentos e direcionamento para execução deste trabalho de pesquisa e pelo brilhantismo na condução administrativa deste H&RAC.

*A toda a **minha família** que sempre me dispensou um grande carinho e respeito.*

*À minha grande amiga **Fulvia**, pelos momentos de apoio, carinho e atenção oferecida nos momentos difíceis, que acreditando em mim fez com que eu acreditasse na realização deste estudo.*

*As minhas colegas do curso de mestrado: **Cris, Luciane, Mônica, Giani, Roberta, Janete, Melissa, Giselda e Carol** pelos momentos vividos, pela experiência compartilhada e por tudo que realizamos juntas, principalmente pela amizade.*

*À **Maria José Buffa**, carinhosamente **Zeze**, pela sua amizade e por sempre me tratar com muito carinho.*

*Aos amigos do Departamento de Educação e Recreação: **Edenilson, Janaina, Márcia, Regina, Takleme, Maria, Viviane**, pelo companheirismo, apoio e compreensão.*

*Aos funcionários da Secretaria de Pós-Graduação: **Andréa, Zeze, Rogério e Saulo**, pela disponibilidade, apoio e amizade com que me ajudaram durante todo o curso.*

*Às funcionárias da **UEP**, em especial **Rose, Denise e Jane** pela amizade, atendimento e exímia prestação de serviços.*

Aos funcionários do setor de Recepção e Registro, Mônica, Alessandra e Karen, pela disponibilidade e ajuda

Aos funcionários do Departamento de Análise de prontuário, Mirian e Bia, pela disponibilidade, prontidão e auxílio em todas as horas.

A todos os funcionários do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Bauru que direta ou indiretamente, ajudaram na realização deste trabalho.

Aos pacientes do Centrinho e suas famílias, agradeço por serem exemplo e lição de vida.

A todos que, de uma forma ou de outra, compartilharam as alegrias e tristezas ocorridas no período da realização deste trabalho, e que foram constantes incentivadores para sua concretização.

Meus eternos agradecimentos

FACE

*As faces dos “deficientes” são
endurecidas,
inseguras,
nervosas,
e, às vezes, até
agressivas
escondidas.*

*Faces marcadas pela violência do trauma,
da discriminação,
do abandono,
do medo,
faces embrutecidas pelos olhares,
pelas palavras,
pelos sorrisos,
pela desconfiança,
faces com cicatrizes,
com sulcos de dor,
mas que sempre se emocionam
com um simples toque de ternura.*

Apolônio Abadio do Carmo

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	ix
LISTA DE FIGURAS.....	x
LISTA DE TABELAS.....	xi
RESUMO.....	xiv
ABSTRACT.....	xvi
1. Introdução.....	1
2. Revisão de Literatura.....	5
2.1 Considerações gerais sobre as fissuras.....	5
2.2 O tratamento das fissuras labiopalatinas.....	16
2.3 Distúrbios da comunicação associados à fissura labiopalatina.....	18
2.4 a criança com fissura e suas implicações no ambiente social.....	23
2.4.1 A família.....	23
2.4.2 Relações interpessoais: amizades.....	26
2.4.3 Escola.....	31
3. Objetivos.....	46
4. Material e Método.....	47
4.1 Casuística.....	47
4.2 Procedimento.....	48
4.3 Análise dos dados.....	50
5. Resultados e Discussão.....	51
6. Conclusão.....	84
Referências Bibliográficas.....	85
ANEXOS.....	95

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HRAC = Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais

USP = Universidade de São Paulo

p = Probabilidade

ns = Estatisticamente não significante

* = Estatisticamente significante

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Desenhos esquemáticos representativos do palato durante e após a sua formação.	10
Figura 2	Desenhos esquemáticos ilustrando a formação dos palatos primário e secundário, no período embrionário, nos quais se observa o forame incisivo como referência anatômica para o sistema de classificação das fissuras labiopalatinas.	10
Figura 3	Ilustrações esquemáticas reúnem os três principais tipos de fissura, que acometem os palatos primário e/ou secundário, tomando-se como referência o forame incisivo.	12
Figura 4	Fissuras de palato primário: pré-forame incisivo.	13
Figura 5	Fissuras do palato primário e secundário - transforame incisivo.	14
Figura 6	Fissuras do palato secundário: pós-forame incisivo.	14
Figura 7	Fissuras desvinculadas do palato primário e secundário: fissuras raras.	15

LISTA DE TABELAS

Nº	TÍTULO	PÁGINA
1	Crianças da amostra segundo à faixa etária.	51
2	Crianças da amostra segundo o gênero.	51
3	Crianças da amostra segundo a procedência.	52
4	Sujeitos da amostra segundo a estratificação sócio-econômica.	53
5	Crianças da amostra quanto ao número de irmãos.	54
6	Crianças da amostra quanto à classificação da fissura labiopalatina.	54
7	Crianças da amostra quanto à recorrência familiar da fissura labiopalatina.	55
8	Crianças da amostra quanto ao tempo de tratamento.	56
9	Crianças da amostra que fizeram cirurgia de lábio antes do ingresso escolar.	56
10	Crianças da amostra que fizeram cirurgia de palato antes do ingresso escolar.	57
11	Crianças da amostra quanto à alteração estética na percepção dos pais.	58
12	Crianças da amostra quanto à alteração auditiva na percepção dos pais.	59
13	Crianças da amostra quanto à alteração da fala na percepção dos pais.	60

14	Crianças da amostra quanto à idade de ingresso escolar.	62
15	Crianças da amostra quanto à escolaridade.	62
16	Crianças da amostra quanto ao tipo de escola que freqüentam.	63
17	Crianças da amostra quanto à freqüência escolar.	63
18	Crianças da amostra quanto ao desempenho escolar segundo à visão dos pais.	64
19	Crianças da amostra quanto ao gostar da escola.	64
20	Crianças da amostra quanto à aceitação na comunidade escolar.	65
21	Crianças da amostra quanto aos sentimentos vivenciados na comunidade escolar.	66
22	Crianças da amostra quanto à queixa do professor em relação à dificuldade de aprender.	67
23	Crianças da amostra quanto à interferência da fissura labiopalatina no desempenho escolar.	68
24	Crianças da amostra quanto à repetência escolar.	68
25	Crianças da amostra quanto à repetência escolar dos irmãos.	69
26	Crianças da amostra de acordo com a necessidade de atenção especial na escola.	70
27	Sujeitos da amostra com relação à expectativa de melhora nos relacionamentos escolares e sociais com o término do tratamento.	70
28	Distribuição das crianças da amostra em categorias quanto ao tipo de fissura e o desempenho escolar.	72

29	Repetência da criança com fissura em relação à repetência dos irmãos.	74
30	Distribuição das crianças da amostra em categorias quanto ao tipo de fissura e alteração estética.	75
31	Distribuição das crianças da amostra em categorias quanto ao tipo de fissura e alteração auditiva.	76
32	Distribuição das crianças da amostra em categorias quanto ao tipo de fissura e alteração na fala.	76
33	Distribuição das crianças da amostra em categorias quanto à série em curso e sua idade atual.	78
34	Distribuição das crianças da amostra em categorias quanto à aceitação no ambiente escolar e o desempenho.	78
35	Distribuição dos sujeitos da amostra em categorias quanto ao tipo de fissura e aceitação na escola.	80
36	Distribuição das crianças da amostra em categorias quanto à alteração estética e o desempenho escolar.	81
37	Distribuição das crianças da amostra em categorias quanto à alteração auditiva e desempenho escolar.	82
38	Distribuição das crianças da amostra em categorias quanto à alteração da fala e desempenho escolar.	83

Duarte LMS. *Desempenho escolar de crianças com fissura labiopalatina na visão dos pais* [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2005.

Objetivo: Investigar, por meio da avaliação da opinião dos pais dos pacientes, com fissura labiopalatina, o desempenho escolar de seus filhos, identificando a que fatores se devem a dificuldade escolar observada.

Local de Execução: Ambulatório do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo - HRAC/USP/Bauru.

Participantes: 300 sujeitos, pais de crianças com fissuras labiopalatinas, na faixa etária de 6 a 12 anos, de ambos os sexos, matriculados em Escola de Ensino Regular, do Ensino Fundamental I.

Avaliação: Protocolo de entrevista abordando dados referentes à identificação pessoal, à procedência, à escolaridade, ao desempenho escolar, ao relacionamento na escola e outros.

Resultados: Quanto ao desempenho escolar dos sujeitos da amostra de acordo com a percepção dos pais, os dados revelaram que 3,0% apresentavam desempenho deficiente; 18,0% regular; 37,7% ótimo; e, 41,3% apresentaram bom desempenho. Pode-se depreender que o desempenho escolar de seus

filhos com fissura labiopalatina é satisfatório em sua maioria (79%), ou seja, ótimo e bom. Quanto aos possíveis fatores interferentes no desempenho escolar destes indivíduos, a aceitação na escola, as alterações de fala, estética e auditiva foram os achados estatisticamente significativos.

Conclusão: O desempenho escolar de crianças com fissuras labiopalatinas, segundo a visão dos pais, foi referido em sua maioria como bom e ótimo (79%) e os possíveis fatores interferentes no desempenho escolar foram aceitação da criança na escola, alteração de fala, alteração estética e alteração auditiva.

Descritores: fissura labial, fissura palatina educação, aprendizagem.

Duarte LMS. *School performance of children with cleft lip and palate according to the standpoint of parents* [dissertation]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2005.

Objective: to investigate, by evaluation of the opinion of parents of patients with cleft lip and palate, the school performance of their children, identifying the factors related to the school difficulties observed.

Setting: Outpatient clinic of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies of University of São Paulo - HRAC/USP/Bauru.

Participants: 300 subjects, parents of children with cleft lip and palate aged 6 to 12 years, of both genders, attending regular elementary schools.

Evaluation: Interview addressing data on personal identification, origin, educational level, school performance, relationship in the school and others.

Results: Concerning the school performance of study subjects according to the parental perception, data reveal that 3.0% presented poor performance; 18.0% regular performance; 37.7% optimal performance; and 41.3% presented good performance. The school performance of children with cleft lip and palate was mostly satisfactory (79%), i.e. optimal and good. Concerning the

possible factors influencing the school performance of these individuals, the acceptance in school, speech, esthetic and hearing disturbances and type of cleft were statistically significant findings.

Conclusion: The school performance of children with cleft lip and palate, according to their parents' perception, was mostly referred as good and optimal (79%) and the possible factors influencing the school performance were acceptance of the child in the school, speech, esthetic and hearing disturbances.

Descriptors: cleft lip, cleft palate, education, learning.

1. INTRODUÇÃO.

Ao se pensar sobre educação e dificuldades escolares, entendemos que as relações entre ambas percorrem uma construção histórica, social e cultural. Tempos atrás as crianças que apresentavam problemas quanto ao desempenho escolar eram punidas fisicamente, e eram tidas como crianças intelectualmente incapazes de aprender.

Neste contexto quando a criança trazia um comprometimento físico, este fator agravava ainda mais a situação, rotulando-a como inadequada à aprendizagem e ao convívio no meio escolar. Atualmente, apesar de amplas discussões sobre a necessidade de se evidenciar as potencialidades do indivíduo no ambiente escolar, ainda observa-se problemas relevantes relacionados à criança com dificuldades. Problemas encontrados no seu próprio meio ambiente, na família e na comunidade.

Na vida escolar, algumas crianças têm excelente interação e aproveitamento, enquanto outras apresentam dificuldade de socialização e aprendizagem que podem estar relacionadas à forma de como a criança foi aceita e tratada no ambiente familiar e escolar em relação a sua condição.

A questão do desempenho escolar tem sido amplamente discutida na literatura como sendo função de um número grande de variáveis co-responsáveis. Estudos científicos que relatam sobre a aprendizagem e o

desempenho escolar de crianças com fissura labiopalatina são escassos com falta de dados e informações adequadas sobre o assunto. Muito do que se tem são teorizações sobre os comportamentos atípicos que as crianças com fissura labiopalatina apresentam como características que podem influenciar na percepção do professor, podendo afetar o seu desempenho em sala de aula. Muitas delas podem vivenciar, na escola, inibição e desconforto devido às cicatrizes e a dificuldade de uma comunicação eficiente, sendo possível que sejam considerados como intelectualmente inferiores, quer pelos colegas, quer pelos professores. E ainda podem ser colocadas no ostracismo pelos seus companheiros como também receberem apelidos tornando-as vítimas de estereótipos e preconceitos sociais (Cariola 1985, Amaral 1986 e Tavano 1994).

A fissura labiopalatina pode ocasionar problemas relacionados à competência social, devido a barreiras e limitações, determinadas muitas vezes pelas perturbações emocionais, visto que, o indivíduo, com fissura labiopalatina, pode ser reconhecido com um aluno deficiente pela atratividade física facial (Omote 1990).

Convêm lembrar que a escola é a primeira e a mais importante experiência fora do ambiente familiar para muitas crianças que apresentam qualquer deformidade. Será no ambiente escolar, que esta terá que enfrentar novos relacionamentos determinantes para integração e relação interpessoal,

podendo sofrer discriminações e dificuldades de leitura e escrita geradas pela sua aparência e pelos limites impostos da comunicação oral. Portanto, a Educação, não deve ficar em segundo plano com relação ao extenso tratamento ao qual os indivíduos com fissura labiopalatina são submetidos, pois o mesmo implica objetivos que vão além da correção da patologia, possibilitando assim um desenvolvimento psicossocial e educacional positivo (Amaral 1986).

No espaço escolar deve predominar o diálogo, o afeto, o respeito, a valorização dos sentimentos alheios. Todos devem aprender a ver-se como diferentes e singulares e não somente ver o outro como diferente, pois o reconhecimento do outro na sua diferença, na sua alteridade são chaves fundamentais para uma vida em sociedade.

Os princípios teóricos anteriores tinham como foco de atenção a deficiência, quando a criança deveria ser capacitada para enfrentar as demandas do meio, enquanto que, hoje o movimento de inclusão defende que o problema de passa a ser situado no ensino e na escola e não mais na deficiência. A nova visão passou a exigir dos professores outros conhecimentos, além daqueles que receberam nos seus cursos de formação, o que os determina a desenvolver novas posturas e a capacidade de conviver com a deficiência superando os preconceitos em relação às minorias.

O interesse pela realização deste estudo quanto à visão dos pais em relação ao desempenho escolar de seus filhos com fissura labiopalatina foi

despertado a partir do contato com os mesmos experimentado no Setor de Educação e Recreação do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo (HRAC/USP) Bauru, quando nos foi relatado as tensões e dificuldades experienciadas por seus filhos no ambiente escolar.

Considerando que a fissura, na maioria das vezes, não está associada a uma disfunção do Sistema Nervoso Central e que o indivíduo com fissura labiopalatina apresenta alterações físicas, estéticas e funcionais que podem comprometê-lo no contexto de sua constituição pessoal, mas também, nas suas relações interpessoais e inclusão social. e, muitas vezes o desempenho escolar. Esse estudo teve como objetivo investigar, por meio da avaliação da opinião dos pais dos pacientes, com fissura, o desempenho escolar de seus filhos, identificando a que fatores se devem a dificuldade escolar observada.

2. REVISÃO DE LITERATURA.

2.1-Considerações gerais sobre as fissuras

De acordo com Capelozza Filho e Silva Filho (1992) as fissuras labiopalatinas representam as mais comuns, entre as malformações congênitas que acometem o homem, sendo apresentadas fenotipicamente pela ruptura do lábio e ou palato. Surgem na vida pré-natal, durante a formação da face e sua alta prevalência é explicada pela complexidade do desenvolvimento embrionário humano, atribuída a fatores filogenéticos e ontogenéticos.

Para Styer e Freeh (1981) as fissuras labiopalatinas na espécie humana aparecem com elevada incidência, constituindo-se numa das malformações mais estudadas por especialistas de todo o mundo. De acordo com Murray (2002), a fissura labiopalatina ocorre com uma frequência mundial de 1:700 nascimentos.

No Brasil, existem poucos trabalhos epidemiológicos sobre o assunto. Arce et al (1968) evidenciaram em seus estudos a ocorrência de 1:1000 nascidos vivos; Nagem Filho et al (1968) verificaram a ocorrência em Bauru / São Paulo, de 1:650 crianças nascidas vivas, sendo esta compatível com os dados mundiais.

Segundo dados do Estúdio Colaborativo Latino Americano de Malformaciones Congênicas (ECLAMAC) na região sudeste do Brasil a incidência é de 1:1000 e 1:2000 nascimentos (Castilla et al 1995).

Em um estudo realizado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC-USP-Bauru) por Freitas et al (2004), o tipo mais freqüente de fissura é a completa de lábio e palato, unilateral ou bilateral (37,1%), seguido da fissura de palato isolada (31,7%) e fissura de lábio isolada (28,4%). Foi observada uma relação discreta entre a fissura de palato e o gênero feminino (53%), sendo mais afetado pelos outros tipos de fissura o gênero masculino (cerca de 60%). Os achados revelaram uma predominância de fissuras completas do palato primário e secundário e uma maior ocorrência no gênero masculino.

Quanto à etiologia das fissuras, existem controvérsias na literatura, no entanto, acredita-se que a fissura decorra de uma falha no desenvolvimento embrionário, precisamente entre a quarta e oitava semana de gestação, período este em que ocorre a diferenciação da face humana. Ainda não se conseguiu identificar um único fator causal específico e sim, possíveis determinantes genéticos e ambientais. Entre os ambientais estão relatados os nutricionais, infecciosos, psíquicos (estresse emocional), anatômicos (radiações), idade de concepção, uso de drogas e de outros agentes químicos.

A genética responde aproximadamente, por 30% dos casos, mediante a herança e alterações cromossômicas (Capellozza-Filho et al 1988).

Segundo Souza-Freitas (1974), considerando o aspecto hereditário, a fissura labiopalatina pode ocorrer, quando os pais são normais com 0,1%, quando um dos pais for portador de fissura com 2% de probabilidade, quando os pais são normais e tem um filho com fissura labiopalatina, este apresenta 4,5% de probabilidade de ter outro filho com fissura labiopalatina e quando um dos pais e um filho têm fissura labiopalatina apresenta 15% para outro filho. Em seus estudos Motoyama et al (2000) consideraram a fissura labiopalatina uma patologia de etiologia multifatorial, com fatores genéticos e ambientais atuando em conjunto ou isoladamente.

Concernente a epidemiologia, Capellozza et al (1987) realizaram revisão de literatura em que concluíram existir uma evidente diferença na ocorrência desta patologia entre as raças branca, amarela e negra. A maior incidência ocorre na raça amarela, e a menor, na negra, ao passo que a branca apresentou incidência intermediária. As fissuras de palato têm maior prevalência no sexo feminino e as fissuras de lábio no sexo masculino, associadas ou não às fissuras de palato e acometem independentemente da classe econômica, todos os grupos raciais e étnicos, conquanto desigualmente. Já Freitas et al (2004) encontraram cerca de 80% dos pacientes caucasianos ou caucasianos não brancos, incluindo a miscigenação de brancos com outras

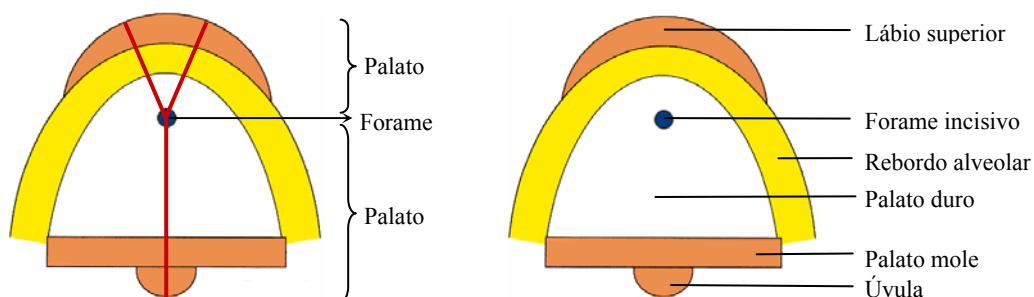
raças; a comparação entre tipo de fissura e raça foi excluída devido ao pequeno número de pacientes descendentes de asiáticos ou africanos.

Dentre a diversidade de sistemas de classificação das fissuras labiopalatinas existentes em estudos compatíveis, o modelo adotado pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - USP, Bauru - São Paulo é o proposto por Spina et al (1972), modificado por Silva Filho et al (1992), (Quadro 1). Segundo os autores este modelo prima pela objetividade e toma como ponto de referência anatômica o forame incisivo (Figura 1 e 2), vestígio pós-natal da junção do palato primário com o palato secundário. A mesma é subdivida em três grupos principais, conforme esquematizado na figura 3.

Quadro 1- Classificação das fissuras labiopalatinas adotada no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais

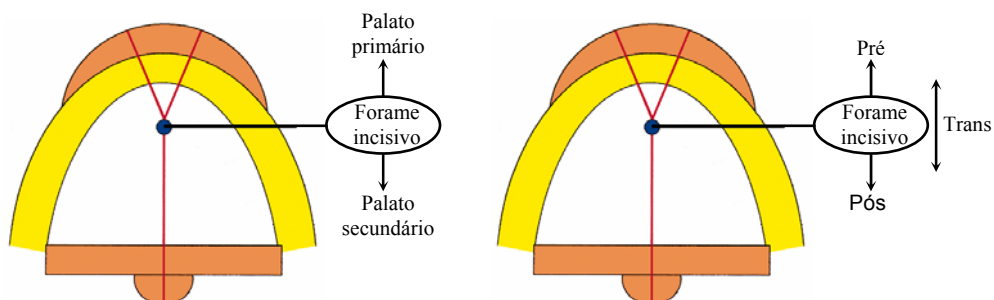
Grupo I Pré-forame incisivo	Unilateral	Incompleta
		Completa
	Bilateral	Incompleta
		Completa
	Mediana	Incompleta
		Completa
Grupo II Transforame incisivo	Unilateral	
	Bilateral	
	Mediana	
Grupo III Pós-forame incisivo	Incompleta	
	Completa	
Grupo IV Fisuras raras da face	Fissuras desvinculadas do palato	
	primário e secundário	

Fonte: Silva Filho OG, Freitas JAS, Okada T. Classificação das fissuras lábio-palatais: diagnóstico e uma filosofia interdisciplinar de tratamento. In: Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo:Santos; 2000. p. 481-515



Fonte: Silva Filho OG, Souza Freitas JA, Okada T. Fissuras lábio-palatais: diagnóstico e uma filosofia interdisciplinar de tratamento. In: Pinto VG. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Santos; 1999. p.480-527.

Figura 1 - Desenhos esquemáticos representativos do palato durante e após a sua formação



Fonte: Aiello CA, Silva Filho OG, Freitas JAS. Fissuras labiopalatais: uma visão contemporânea do processo reabilitador. In: Mugayar L.R.F. *Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral*. São Paulo: Pancast; 2000. p.111-39.

Figura 2 -Desenhos esquemáticos ilustrando a formação dos palatos primário e secundário, no período embrionário, nos quais se observa o forame incisivo como referência anatômica para o sistema de classificação das fissuras labiopalatinas.

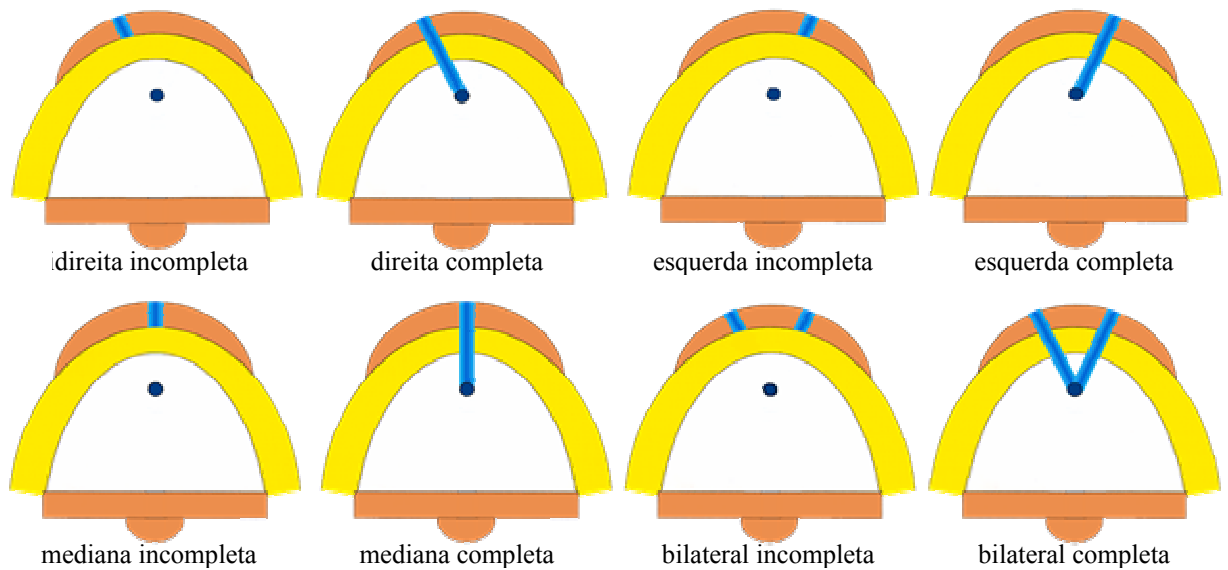
As fissuras do grupo I compreendem as fissuras do palato primário. São denominadas fissuras pré-forame incisivo por localizarem-se à frente do forame incisivo. De acordo com o lado podem ser subdivididas em: unilateral, bilateral e mediana e, ainda, de acordo com a extensão, em completa e incompleta, segundo atinja ou não o rebordo alveolar (figuras 3 e 4).

As fissuras do grupo II, referem-se às fissuras que atingem simultaneamente palato primário e palato secundário. São denominadas fissuras transforame incisivo. Envolvem sempre lábio e palato, podendo ser unilateral, bilateral ou mediana (Figuras 3 e 5).

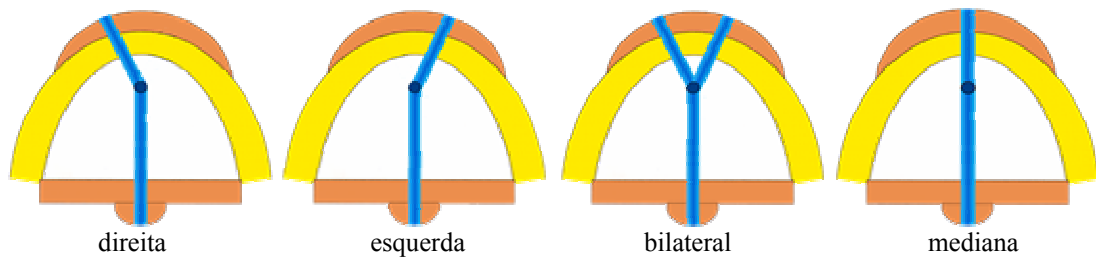
As fissuras do grupo III correspondem às fissuras do palato secundário. São denominadas fissuras pós-forame incisivo por localizarem-se atrás do forame incisivo. De acordo com sua extensão, podem ser subdivididas em completa e incompleta, quando alcançam ou não o forame incisivo (Figuras 3 e 6).

O grupo IV, diz respeito às fissuras raras da face, do qual fazem parte as fissuras que envolvem outras estruturas faciais, além do lábio e palato. Não envolvem, portanto, o palato primário e ou secundário (Figura 7).

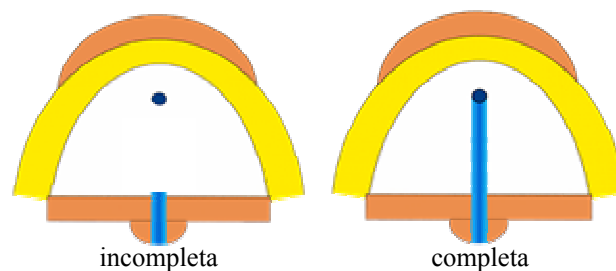
Grupo I: pré-forame incisivo



Grupo II: transforame incisivo



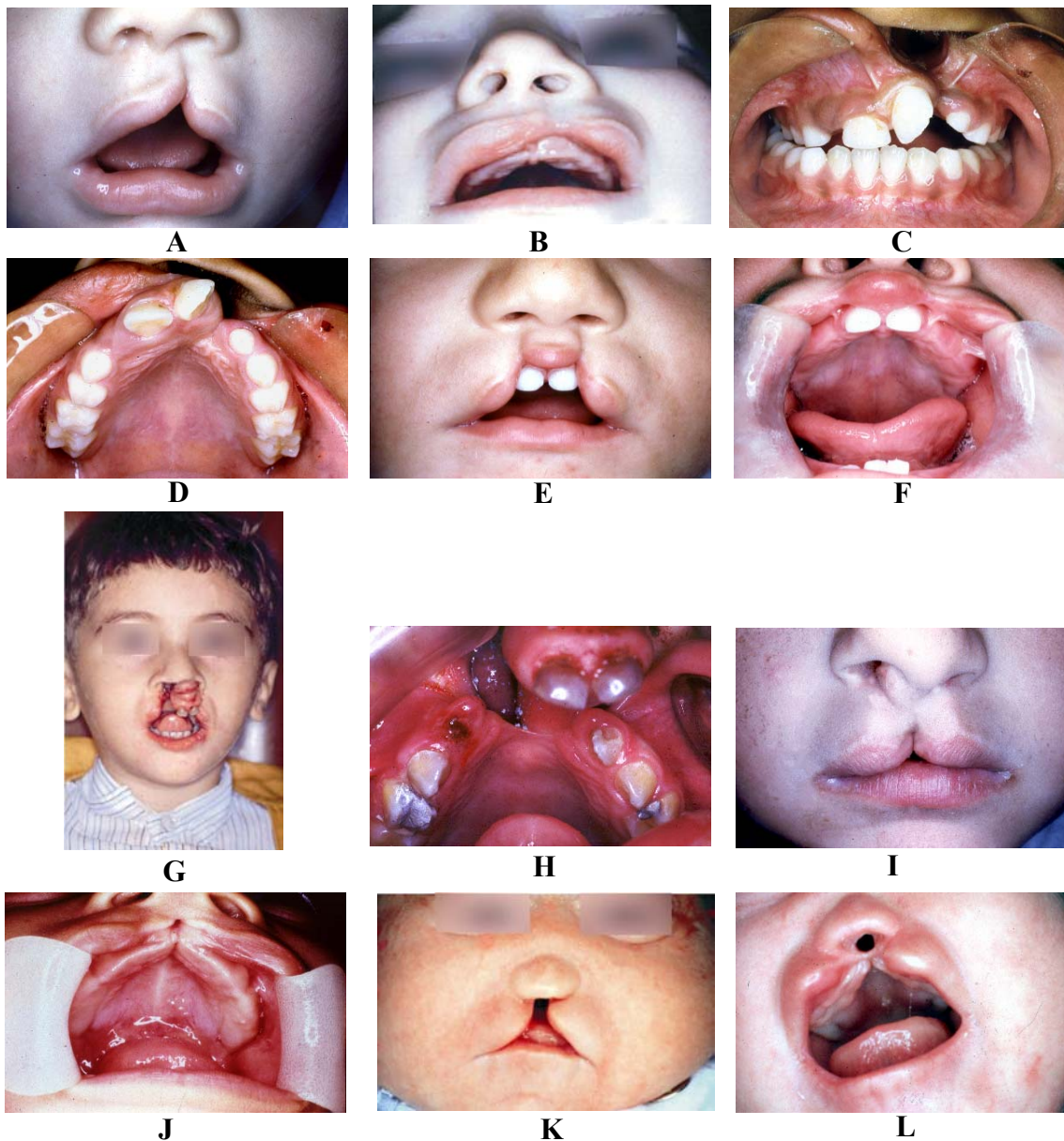
Grupo III: pós-forame incisivo



Fonte: Aiello CA, Silva Filho OG, Freitas JAS. Fissuras labiopalatais: uma visão contemporânea do processo reabilitador . In: Mugayar L.R.F. *Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral*. São Paulo: Pancast; 2000. p.111-39.

Figura 3- Ilustrações esquemáticas reúnem os três principais tipos de fissura, que acometem os palatos primário e/ou secundário, tomando-se como referência o forame incisivo

Grupo I: pré-forame incisivo

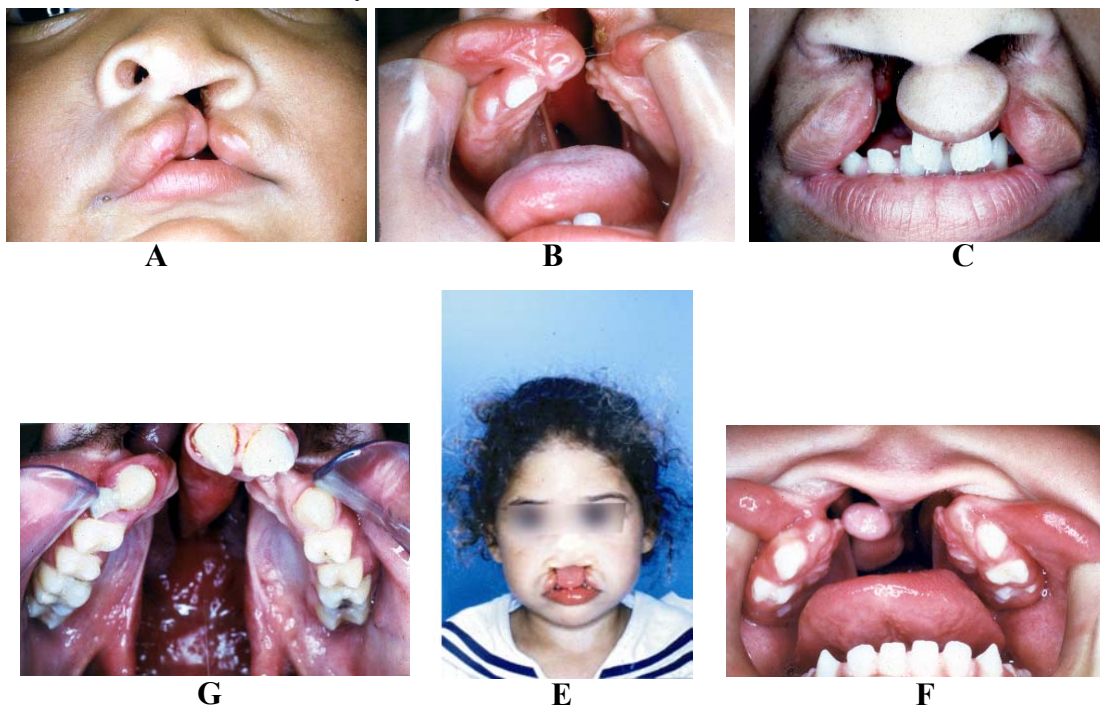


Legenda: A-B unilateral incompleta do lado esquerdo
 C-D unilateral completa do lado esquerdo
 E-F bilateral incompleta
 G-H bilateral completa
 I-J mediana incompleta
 K-L mediana completa (agenesia do palato primário)

Fonte: Aiello CA, Silva Filho OG, Freitas JAS. Fissuras labiopalatais: uma visão contemporânea do processo reabilitador. In: Mugayar L.R.F. *Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral*. São Paulo: Pancast; 2000. p.111-39.

Figura 4 - Fissuras de palato primário: pré-forame incisivo

Grupo II: transforame incisivo



Legenda: A-B: unilateral do lado esquerdo
C-D: bilateral
E-F: mediana (agenesia do palato primário)

Fonte: Aiello CA, Silva Filho OG, Freitas JAS. Fissuras labiopalatais: uma visão contemporânea do processo reabilitador. In: Mugayar L.R.F. *Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral*. São Paulo: Pancast; 2000. p.111-39.

Figura 5 -Fissuras do palato primário e secundário - transforame incisivo

Grupo III: pós-forame incisivo



Legenda: A: completa
B: incompleta

Fonte: Aiello CA, Silva Filho OG, Freitas JAS. Fissuras labiopalatais: uma visão contemporânea do processo reabilitador. In: Mugayar L.R.F. *Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral*. São Paulo: Pancast; 2000. p.111-39.

Figura 6- Fissuras do palato secundário: pós-forame incisivo

Grupo IV: fissuras raras da face



Legenda: A: buco-ocular
B: macrostomia bilateral
C: oblíqua

Fonte: Aiello CA, Silva Filho OG, Freitas JAS. Fissuras labiopalatais: uma visão contemporânea do processo reabilitador. In: Mugayar L.R.F. *Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral*. São Paulo: Pancast; 2000.p.111-39.

Figura 7-Fissuras desvinculadas do palato primário e secundário: fissuras raras

2.2- O tratamento das fissuras labiopalatinas.

O tratamento oferecido pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), é multidisciplinar e baseia-se na odontologia, tendo como ponto de equilíbrio a atuação da medicina e fonoaudiologia, todos integrados com as demais especialidades. O objetivo principal é atender o paciente em todas as suas necessidades físico-estético-funcionais. O tratamento é totalmente custeado com recursos advindos da Universidade de São Paulo (USP), do Sistema Único de Saúde (SUS) e de eventuais convênios (Centrinho 2004).

Os procedimentos utilizados para o tratamento e reabilitação precoce dos indivíduos fissurados não só ajudam a minimizar a porcentagem de óbitos no primeiro ano de vida, como também na prevenção de deformidades na dentição, inibição do crescimento da face, distúrbios da fala e inadaptação social (Nelli et al 1990). A equipe multidisciplinar une esforços com uma filosofia de tratamento global objetivando uma reabilitação morfológica, funcional e psicossocial do paciente com fissura (Capelloza Filho 1992).

Pachi (1997) relatou que o tratamento global visando os aspectos evolutivos dos pacientes com fissura labiopalatina tem como princípio garantir nutrição, estimulação neurosensorial e harmonia no meio familiar. O apoio e a orientação aos pais em relação às particularidades de seus filhos, aceitação da

situação e efetivação de medidas indicadas pela equipe multidisciplinar são medidas necessárias, quando se pretende alcançar as melhores condições de vida possíveis para o indivíduo, promovendo o seu bem-estar.

Segundo Genaro et al (2004), as áreas envolvidas na reabilitação dos indivíduos fissurados incluem especialidades médicas e odontológicas, psicologia, enfermagem, nutrição, fisioterapia, serviço social e fonoaudiologia. Três especialidades se destacam, a cirurgia plástica, a ortodontia e a fonoaudiologia, pois juntas planejam as etapas terapêuticas que serão aplicadas nestes pacientes. A cirurgia plástica é a área responsável pela realização das cirurgias reparadoras primárias e secundárias; a ortodontia a que acompanha o crescimento craniofacial, realizando intervenções apropriadas e alinhamento dentário necessário. A fonoaudiologia realiza prevenção, avaliação e reabilitação dos distúrbios da comunicação presente nestes pacientes e das funções orais. Para a realização e sucesso de cada etapa do tratamento destes pacientes é necessária colaboração do paciente e da família, requerendo tempo e paciência, tanto dos pais como da equipe.

Dalben (2004), enfatizou que, a desmistificação dos preconceitos, dos indivíduos com anomalias craniofaciais tem propiciado maior integração, levando à necessidade do acompanhamento por equipes interdisciplinares, proporcionando assim a reabilitação global e completa do paciente.

2.3- Distúrbios da comunicação associados à fissura labiopalatina.

Observações realizadas por Brown et al (1972) mostraram que dificuldades de fala apresentadas pelos indivíduos com fissura labiopalatina interferem no entrosamento psicossocial destes, uma vez que compreendem a importância da aparência e da fala no relacionamento interpessoal. Defendeu também a idéia de tratamento precoce, restaurando o palato o mais breve possível, antes mesmo da aquisição da fala, reduzindo assim as possíveis alterações de comunicação oral.

Genaro et al (2004) relataram que entre as alterações presentes nos indivíduos com fissura, as da estética facial e da comunicação oral são as mais marcantes na vida destes e requerem atenção especial. Em relação à comunicação oral, enfatizaram que a fala pode ser afetada, pois a disfunção velofaríngea aparece em fissuras que envolvem o palato, sendo relevante o diagnóstico precoce uma vez que os procedimentos pertinentes serão aplicados em épocas apropriadas, evitando que estes pacientes sejam expostos a fatores negativos, como a exclusão social em razão da hipernasalidade, estigma marcante na vida desses pacientes.

Pegoraro-Krook et al (2004) descreveram que a fissura pré-forame não acarreta graves comprometimentos na comunicação oral e se presentes, raramente afetam a inteligibilidade da fala, sendo mais comum

neste tipo de anomalia a presença de distorções de fonemas decorrentes de retração labial como consequência da correção cirúrgica da fissura. Já a fissura transforme ou pós-forame compromete a comunicação oral de modo significativo.

A fissura labiopalatina, por ser uma malformação que acomete diretamente a estética e a fala dos indivíduos que a possuem, representa um grande fator causal dos problemas de comunicação, afetando, conseqüentemente a interação social desses indivíduos. Pesquisas nesta área, portanto devem ser realizadas com o objetivo de proporcionar aos indivíduos com fissura labiopalatina condições funcionais e estéticas para uma melhor interação social (Vicente e Buchala 1991).

Kummer (2001), atribuiu os distúrbios da comunicação oral nos fissurados devido a fatores como fissura aberta (não operada), disfunção velofaríngea congênita ou disfunção velofaríngea em consequência do insucesso da correção cirúrgica, alterações dento-oclusais e perdas crônicas ou flutuantes da audição.

Trost-Cardamone (1997) sugeriu dividir os distúrbios de fala apresentados pelo fissurado labiopalatino em obrigatórios e compensatórios. Os distúrbios obrigatórios são aqueles diretamente decorrentes dos defeitos anatômicos, dependente da correção deste, para que possam ser eliminados, sendo a fraca pressão intra-oral, o escape nasal durante a produção de

fonemas orais e hipernasalidade durante a produção de fonemas vozeados. Os distúrbios compensatórios são aqueles que estão associados aos defeitos anatômicos, mas não são diretamente decorrentes destes e incluem as adaptações compensatórias.

A importância central da fala na vida individual e coletiva do homem é amplamente reconhecida pelos estudiosos do comportamento humano. A angústia de não se fazer entender, de não conseguir se expressar, reprime a criatividade e a capacidade de aprender, além de gerar uma auto-visão negativa, potencialmente capaz de conduzir ao desajuste psicossocial (Pegoraro-Krook 1995).

Os problemas de fala podem contribuir para a manutenção do desajuste social. Por este motivo, os fissurados labiopalatinos são levados a se afastar socialmente, ficando silenciosos e mostrando frieza, assumindo assim uma maneira desdenhosa para cobrir seus temores de serem zombados. Algumas vezes podendo até disfarçar o fato simulando uma surdez inexistente. Conseqüentemente este comportamento leva a criança a se tornar tímida e retraída, insegura e dependente e provavelmente terá uma imagem distorcida de si mesmo (Cariola 1985).

Hardin Jones e Jones (2005) num trabalho sobre a produção da fala de crianças na fase pré-escolar, com fissura labiopalatina, realizaram acompanhamento fonoaudiológico num grupo de crianças e concluíram que,

embora seja necessária a intervenção desde os 13 meses de idade, não foi possível corrigir os problemas de hipernasalidade e articulação nas crianças fissuradas labiopalatinas. Isso mostra que a criança apresenta dificuldades antes da idade escolar que refletirão em todo o processo de reabilitação e que coincidirá muito com o período de alfabetização. Mesmo que os problemas de face estiverem aliviados pela intervenção plástica, muito ainda há de se fazer pelas crianças no tocante da fala e articulação.

Sendo assim, Tavano (2000) descreveu acerca das preocupações na realização de terapia de fala para fissurados labiopalatinos, prevalecendo não somente a árdua tarefa de eliminar os vícios anormais do modo de falar e no estabelecimento de uma adequada habilidade de articulação na fala controlada, como também na continuidade de um estágio terapêutico, não individual, que lhe proporcione a oportunidade de, em contatos interpessoais, certificar-se dos limites de sua capacidade conversacional e adquirir técnicas para expandi-los, utilizar e manter a estabilidade da conversação em um ambiente natural, adquirindo autoconfiança e habilitando-se para falar em público. Para ocorrer tal contexto, necessitará vencer entraves psicológicos apresentados como a introversão, a inibição, a incerteza, o temor, a humilhação, os sentimentos de impotência entre outros que interferem nos relacionamentos interpessoais.

A maioria dos fissurados labiopalatinos, apresentam acentuada disfunção da tuba auditiva, tendo como consequência uma tendência a processos inflamatórios crônicos, otite média crônica e comprometimento auditivo, devendo ser acompanhado durante o seu crescimento, evitando ou minimizando a privação sensorial que acarreta danos para o desenvolvimento da linguagem e da fala (Costa-Filho e Piazzentin 1997).

Pegoraro-Krook et al (2004) relataram que grande parte das crianças com fissura de palato apresentam alterações da orelha média, ocasionadas pelo mau funcionamento da tuba auditiva, decorrente da incompetência do músculo tensor do véu palatino, sendo prevalentes as perdas auditivas do tipo condutiva (otite média com efusão), com consequente privação sensorial, sendo um fator de risco para alterações no desenvolvimento do processamento auditivo, da linguagem, da fala, da aprendizagem e do potencial cognitivo, da criança com fissura labiopalatina.

Minardi et al (2004) realizaram um trabalho sobre as habilidades auditivas de fissurados labiopalatinos, com o objetivo de verificar se estes possuem comportamentos auditivos similares aos indivíduos que possuem transtornos no processamento auditivo. Como resultado, encontraram na amostra estudada 100% dos fissurados labiopalatinos com comportamentos indicativos de transtornos no processamento auditivo.

2. 4 - A criança com fissura e suas implicações no ambiente social.

2.4.1- A família

O sistema familiar constitui-se não apenas por um grupo de pessoas unidas por laços consaguíneos, mas por uma história em comum, marcadas pelas representações e significações que vão sendo construídas, a partir das interações que vão se estruturando. A Família é o primeiro núcleo socializador da criança, onde se define as primeiras relações e interações sociais. Como sistema de inter-relações a família busca continuamente o equilíbrio entre a vida interna de cada membro e a estrutura familiar. Portanto para cada indivíduo, cabe um lugar nesta estrutura chamada família, construindo sua identidade enquanto membro de um grupo. É na família onde se dão os primeiros contatos sociais da criança, cujas relações se definem por laços de afetividade muito intensos (Kamlot 1997).

Segundo Amaral (1986), durante toda da gestação os pais esperam um filho perfeito, porém o medo de dar a luz a uma criança defeituosa sempre estará presente. O nascimento de uma criança com um defeito facial faz com que a família vivencie uma crise, onde lidarão de acordo com suas forças e fraquezas, experiências prévias, mecanismos de defesa do estresse e filosofia pessoal de vida. Sentimentos de choque, ansiedade, perda

e culpa são responsáveis pela temporária inabilidade da mãe em lidar com seus filhos. A autora conclui que as pesquisas sobre a reação dos pais frente à deformidade de seus filhos evidenciam diversas mudanças no decorrer do desenvolvimento da criança, as práticas educacionais, relação pais e filhos e a influência das avaliações nas auto-avaliações de seus filhos é bastante deficitária, sugerindo necessidade de futuras pesquisas neste âmbito.

Muito cedo no desenvolvimento da criança as atitudes e sentimentos dos pais com relação à deformidade de seus filhos terá influência na habilidade da criança em lidar com o seu defeito(Belfer et al 1982).

A forma como pais avaliaram as relações entre seus filhos com fissuras, seus pares normais e o progresso escolar, foi investigada por Jones (1984). Em geral, em ambos os grupos os pais apontaram níveis positivos nas interações sociais de seus filhos. Entretanto, pais de crianças com fissura labiopalatina, indicaram mais respostas negativas do que os pais das crianças normais, no que se refere à "caçoadas" que a criança era alvo por causa de sua aparência facial, e ao efeito da aparência facial da criança no progresso escolar.

As reações humanas diante da deficiência descritas por Amaral (1994) são muito variadas, nunca passando despercebida do ponto de vista psicológico. Constata que a deficiência desorganiza, mobiliza toda a dinâmica das relações familiares, interpessoais e afetivas do indivíduo, pois, ela

representa aquilo que foge ao esperado, ao simétrico, ao belo, ao eficiente e ao perfeito. As emoções mobilizadas pelo confronto com a deficiência/diferença sejam elas conscientes, inconscientes, admitidas ou inconfessadas, perpassam intensamente as relações estabelecidas entre as pessoas não deficientes e com deficiência. Sentimentos como raiva, medo, revolta, pena, repulsa e comportamentos como de rejeição, de superproteção, abandono entre outros, juntos ou isolados, são possibilidades reais e frequentes.

A harmonia no meio familiar decorre do apoio e orientação aos pais com relação às particularidades de seus filhos e, com este conhecimento, aceitem a situação apresentada e possam efetivar medidas indicadas pela equipe de reabilitação necessária à satisfatória abordagem terapêutica requerida nos primeiros anos de vida, que quando atrasadas podem desencadear situações irreversíveis quanto ao pleno bem-estar do indivíduo. O autor deixou evidente a complexidade contextual visto que o recém-nascido com fissura labiopalatina exige de todos, da própria família e dos profissionais envolvidos no processo reabilitador, objetivando alcançar o fim comum que é obter um indivíduo feliz e integrado a uma sociedade cada vez mais exigente (Pachi 1997).

Tavano (2000) descreveu que a superação destes estados psicológicos não é uma tarefa fácil e não ocorre imediatamente, é um processo

lento e contínuo, o qual requer persistência. A partir do momento que os pais puderem compreender as necessidades de seus filhos e de suas disponibilidades para o curso das correções e reabilitações, nas quais precisam acreditar e lutar, poderão admitir terem aceitado o filho com fissura e realmente ajudá-lo na própria inserção familiar e no meio social.

Avaliando por 10 anos, 100 pacientes com deformidades craniofaciais e os efeitos da correção cirúrgica, nestes indivíduos Murray et al (1975) concluíram que a influência da deformidade facial no desenvolvimento psicológico e no ajustamento social depende da inteligência e da estabilidade emocional do indivíduo deformado, da compreensão da família e de outros fatores. Resumindo, não é a deformidade apenas que conta, mas como a pessoa reage com ela. A forma com que a criança se acomoda a uma auto-imagem transformada pela cirurgia é determinada por vários fatores, incluindo a própria habilidade anterior da criança em lidar com problemas, a habilidade dos pais de ajustamento, o trauma da cirurgia, as experiências de hospitalização e as expectativas em torno do resultado da cirurgia.

2.4.2- Relações interpessoais: amizades.

A literatura descreveu dificuldades na relação interpessoal de indivíduos com fissura labiopalatina, especialmente com os amigos durante a

infância, aspectos estes sendo denotados como responsável por problemas futuros de relacionamentos na fase adulta e, que as crianças atípicas (portadoras de deficiência mental, problemas emocionais, comportamentais e dificuldades de aprendizagem) são pouco aceitas por seus pares normais (Amaral 1997).

Em estudo realizado por Schneiderman e Harding (1984), sobre a avaliação social que crianças faziam dos seus colegas com fissuras labiopalatinas, foi constatado que a mesma, ao ser observada por seus companheiros, obtinha uma avaliação negativa. Mais negativa ainda era quando a fissura era bilateral. Os autores demonstraram que quanto mais grave for o comprometimento da aparência facial da criança maior será a recusa dos seus companheiros.

O indivíduo com deficiência, ainda, é objeto de discriminação e preconceito na nossa sociedade, pois ser diferente, significa ser inferior. Desviar-se da média, sobressair de forma negativa no meio da multidão, criando tensões, tornam-no alvo de preconceitos(Bachega, 2002).

Em seus estudos Goffman (1988) relatou que muitos indivíduos que possuem uma deformidade são estigmatizados pela sociedade que preconiza o modelo do ser ideal. Estigmatizado, fica receoso em sair às ruas para o lazer, para o trabalho, pois se sente agredido com o olhar de curiosidade das pessoas, ou mesmo sendo especulado sobre sua vida.

A análise realizada por Asher (1983) referiu três dimensões da competência social, sendo a primeira competência denominada "relevância", que diz respeito a habilidade de crianças, que possuem boa competência social para verificar a situação social e adaptar seu comportamento ao mecanismo de interação em andamento; a segunda dimensão relaciona-se a "responsividade", significando que, crianças são especialmente efetivas com seus pares, não só iniciam relacionamentos positivos, mas respondem da mesma forma à aproximação dos outros; e a terceira diz respeito à compreensão de que relacionamentos se desenvolvem e problemas de relacionamento se resolvem com o tempo. Esta última dimensão relaciona-se ao fato de que crianças com maior competência social têm maior habilidade para discriminar "indícios" sociais relevantes e serem mais assertivas em seus relacionamentos iniciais.

Observações realizadas por Berstein e Kapp (1981) representaram um melhor entendimento dos problemas apresentados pelo indivíduo com fissura labiopalatina, desde o ostracismo no qual são freqüentemente colocados pelos companheiros, a ansiedade, medo, vergonha e aborrecimentos causados por encontros sociais casuais, até os resultados emergentes, representados pelos problemas de ajustamento, particularmente durante a adolescência. Constataram que a presença de um defeito visível onera a educação de uma criança e aumenta o "stress" que ela experimenta. Fatores adicionais influenciam o desenvolvimento emocional e social

acompanhando o desenrolar de suas idades. Entre eles a freqüência assídua a uma clínica de anomalias faciais, o impacto causado pela aparência e conseqüentes manifestações expressivas desagradáveis, quando não de zombaria, e o sentimento de culpa dos pais exigem muita energia emocional para serem superados. Além disso, os múltiplos procedimentos cirúrgicos proporcionam inúmeros desafios emocionais, tão capazes de suscitar esperanças e fantasias, como decepções e desesperanças. A perda da audição flutuante e a diminuição da capacidade da fala, embora tratáveis, contribuem para problemas sociais, por levá-los ao afastamento, tornando-os socialmente silenciosos. O desenvolvimento do adolescente rumo à independência pode ser retardado por causa dos efeitos crônicos que tendem a aumentar a dependência. Concluem ressaltando a importância dos cuidados médicos continuados na forma de cirurgia corretiva posterior, exames regulares de audição, terapia da fala e psicoterapia (para os pacientes e membros da família), no sentido de que sejam ajudados a enfrentar os problemas que a condição de fissurado impõe.

Complementou Amaral (1986), que nas relações interpessoais o critério de funcionalidade estética continua a ser quase um preconceito no sentido em que pessoas tendem a avaliar o mais belo como também o mais inteligente, o melhor, o mais bondoso, enquanto a feiúra fica relegada aos portadores de qualidades humanas não tão nobres.

Kapp-Simon (1986) realizou um estudo onde comparou o auto-conceito de crianças em idade escolar (5 anos a 9 anos) com fissura labiopalatina a um grupo controle de pares não afetados. As crianças com fissuras labiopalatinas relataram um auto-conceito global significativamente mais baixo, percebendo-se como menos habilitado socialmente e, mais freqüentemente, triste e irritado do que seus pares. O pobre auto-conceito de crianças com fissuras na primeira idade escolar relacionou-se aos interesses com fala, aparência, expectativas diferenciais dos pais ou uma combinação destas variáveis.

O senso estético está relacionado a vários aspectos, tais como condições sócio-econômicas, fatores geográficos e conceitos culturais, entretanto, via de regra é na face que a estética é analisada inicialmente, e é pela face que um indivíduo se apresenta à sociedade e é reconhecido por seus semelhantes. Portanto, é inegável que a estética assume grande importância na construção da auto-estima e na inter-relação pessoal (Farkas e Kolar 1987).

De acordo com Amaral (1997), os indivíduos com fissura labiopalatina pareceram não se diferenciar basicamente em termos de desenvolvimento de seus pares normais a ponto de categorizar um grupo típico por apresentarem uma deformidade facial. Na verdade, este tipo de deformidade facial manifesta-se de múltiplas formas, dificultando a formação de grupos homogêneos para estudos sistemáticos, uma vez que a fissura

labiopalatina trás para o indivíduo uma série de contingências físicas, psicológicas, afetivas e pessoais, produzindo conseqüências comumente encontradas no grupo como redução do auto-conceito, maior dependência dos pais, isolamento e esquiva de contatos sociais onde necessita-se de comunicação oral.

Quanto aos efeitos psicossociais, Hunt et al (2005), realizaram uma revisão sistemática sobre os efeitos psicossociais da fissura labiopalatina. Com o estudo pôde ser constatado que a maioria das crianças e adultos com fissura não apresentam problemas psicossociais graves, embora alguns sinais comportamentais sejam evidentes, como as dificuldades interpessoais, insatisfação com a aparência facial, depressão e ansiedade. Os autores concluíram que embora haja algumas evidências limitadas para sugerir que sujeitos podem encontrar problemas psicossociais como resultado de terem fissura, vários ajustamentos e funcionamento psicossocial parecem razoavelmente bons. Entretanto, isso não pode ser colocado como algo certo até decisões estarem baseadas numa evidência de alta qualidade com base nesta presente avaliação.

2.4.3- Escola.

A fase correspondente ao ingresso da criança com fissura labiopalatina na escola segundo Tavano (1994), merece atenção especial, pois

se percebe grande ansiedade, de seus pais em torno de suas capacidades intelectuais. Os pais manifestam essa ansiedade através de queixas quanto às dificuldades enfrentadas por seus filhos no ambiente escolar, abrangendo o aspecto acadêmico e social. Afirmam ainda que o setor de Psicologia do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC-USP) tem procurado dar uma atenção ao problema escolar, comunicando-se por meio de cartas explicativas direcionadas aos professores, orientadores e diretores da escola, sensibilizando-os e despertando-lhes interesse pelas reais condições e capacidades dos alunos fissurados, como também, pelos problemas por eles enfrentados podendo favorecer o processo de integração dessas crianças na escola.

Pesquisas indicaram que professores têm poucas informações sobre as deformidades faciais e suas implicações anatômico-funcionais, assim como têm treino educacional limitado para lidar com estas populações (Finnegan 1988).

Nelli et al (1990) levaram em consideração que boa parte da vida, a criança passa na escola, sendo relevante salientar a importância dos educadores para a sua reabilitação e integração social, devendo estes receberem informações adequadas tanto da área médica como da família, propiciando assim um ambiente receptivo. O professor deverá ser informado das implicações relacionadas à fissura labiopalatina e que o processo de

tratamento poderá ocasionar superação das dificuldades desde que esta não seja marginalizada. Deve ser esclarecido também aos professores que, via de regra, estas crianças podem apresentar dificuldades de leitura e escrita, justificadas não somente pelos comportamentos característicos, mas como também pelos limites apresentados ao nível da comunicação oral. O educador e a família, orientados contribuem para a superação das dificuldades de adaptação escolar, integrando-se com sucesso à vida escolar.

Segundo relatos de Passeri e Oliveira (2001), importantes estudos vêm sendo realizados sobre aprendizagem, relacionando os conceitos de psicologia e pedagogia, integrando vários campos de conhecimento para a compreensão do processo de aprendizagem do indivíduo, incluindo fatores que podem influenciar neste processo, sejam internos ou externos, sendo grande o número de crianças com queixas de dificuldades de aprendizagem que procuraram o atendimento no Ambulatório de Neurologia/Distúrbios de Aprendizagem, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas/SãoPaulo. As autoras relataram que diante das queixas apresentadas, classificou-se num total de sete as dificuldades de aprendizagem das crianças pertencentes a essa amostra: dificuldades na linguagem oral (fala); dificuldade na linguagem escrita; dificuldade na leitura; dificuldade no raciocínio matemático; dificuldade na habilidade motora; déficit de atenção, distúrbios de memória e comportamento social inadequado.

Verificou-se então, com este estudo, que a dificuldade de fala é significativa para o processo de aprendizagem, fato relevante e encontrado nos indivíduos com fissura labiopalatina.

As tendências à sociabilidade são inatas ao ser humano e que toda criança sente satisfação em participar de jogos infantis, sendo natural a ela, e muitas vezes irresistível. Entretanto, no meio social de convívio a criança com fissura labiopalatina, passa a ser alvo de curiosidade e de indagação, podendo receber inclusive apelidos indesejáveis, proporcionando-lhe uma situação bastante desagradável. É principalmente no ambiente escolar que tudo isto ocorre, fazendo com que ela vença esse constrangimento através de mecanismos de defesa. Geralmente foge da situação com sentimentos de revolta, alheamento e indiferença ao meio que a cerca, isolando-se de seus companheiros e procura sempre ocultar a parte afetada do rosto. Diante desse contexto os encontros sociais podem ocasionar na criança sentimentos de ansiedade, medo, vergonha, rejeição e aborrecimento (Cariola 1985).

Estudos realizado por Omote (1993/1994), situou a impressão inicial, logo no primeiro dia de aula, como orientadora da percepção que o professor tem do aluno e da interação que ele mantém com o mesmo. Cada aluno, por sua vez percebe seu professor, bem como a maneira como é, por ele, percebido. O professor como ser humano que é, direciona espontaneamente sua empatia a cada criança que, por sua vez, percebe ser objeto de afeição,

indiferença, antipatia, ou mesmo de hostilidade. Advém daí o fato da variabilidade da função do professor como força reforçadora ou não; da mesma forma que ele também é estimulado ou não pela reação e desempenho do aluno. Concluiu que a atratividade física facial de alunos pode influenciar o julgamento que os professores fazem de sua competência acadêmica e social, como também a interação que ele mantém com o aluno.

Investigando sobre a relação entre a aparência facial da criança com fissura labiopalatina e a avaliação dos professores quanto à sua capacidade intelectual, Richman (1978), concluiu que os professores classificam a capacidade intelectual das crianças com fissura labiopalatina que apresentam desfiguramento mais perceptível, com menos cuidado, do que as crianças com fissura labiopalatina que apresentam aparência facial relativamente normal. No entanto os professores subestimaram a capacidade das crianças com fissura que apresentam desfiguramento facial mais perceptível e inteligência acima da média, enquanto que as crianças com fissura, que apresentam desfiguramento facial menos perceptível, e inteligência abaixo da média foram superestimadas nas classificações dos professores.

O estereótipo da atratividade física está presente nas impressões formadas por professores a respeito dos seus alunos. Crianças consideradas atraentes tendem a ser vistas como socialmente mais

competentes, mais inteligentes e com maior potencial educacional em comparação com as julgadas poucos atraentes. Entretanto, não apenas os professores parecem interagir menos (e de maneira menos positiva) com a criança julgada sem atrativos na escola, mas também seus companheiros reagem a ela de forma desfavorável (Knapp e Hall 1999).

Em estudos comparativos realizados com crianças com fissura labiopalatina entre 11 e treze anos de idade Kapp (1979) encontrou maior índice de insatisfação com a aparência física do que o manifestado pelo grupo normal. O gênero feminino apresentou maior ansiedade, menos sucesso escolar, mais infelicidade e maior insatisfação. Estes dados sugerem, que possivelmente as meninas são mais afetadas pelo estigma da deformidade, por causa da importância da beleza física para a mulher na sociedade ocidental.

No meio escolar, crianças com cicatrizes são freqüentemente encaradas como defeituosas e podem ser consideradas intelectualmente inferiores por seus companheiros e até por professores, além de possivelmente serem alvos de sarcasmos e zombarias de seus colegas, gerando sentimentos de insegurança e de hostilidade para com o meio que o cerca. Portanto essas perturbações emocionais criam barreiras e limitações, para a criança com fissura labiopalatina, determinando um aprendizado deficiente e conseqüentemente ela tende a realizar-se abaixo das expectativas de seu nível

intelectual, dificultando também sua participação em atividades sociais e o seu relacionamento com pessoas estranhas ao seu meio (Cariola 1985).

Em seus estudos, Amaral (1986) concluiu não existir indícios que mostrem haver relação entre deformidade facial e déficit intelectual, optando-se a princípio, pela hipótese de que crianças com fissura labiopalatina enquanto grupo, medianamente inteligentes, apresentam condições intelectuais idênticas às crianças normais para se saírem bem na escola, ainda ressaltou que o rendimento escolar não é uma função unicamente associada a fatores intelectuais, mas de como seu comportamento é manejado em sala de aula. Faz referência a dois tipos de desempenho escolar: o desempenho acadêmico propriamente dito e aquele influenciado pelas expectativas do professor em suas avaliações.

Para Stoubäus e Mosquera (2000), indivíduos com faces diferentes devem ser incluídos em turmas regulares e esforços devem ser feitos para que o desenvolvimento acadêmico seja alcançado, objetivando maximizar o potencial não apenas desta criança-aluno, mas da criança como um todo e chamam a atenção sobre como a saúde está próxima ao fenômeno educativo, já que está intimamente ligada à própria pessoa, ao seu corpo, na maneira como cuida dele e ao estilo de vida.

Tobiansen e Hiebert (1993) descreveram que crianças com fissura labiopalatina não apresentam riscos maiores para alterações

psicopedagógicas do que os sem fissuras, todavia apresentam riscos significativos para problemas de competência social, relacionado às amizades, progresso escolar e participação em organizações, acarretando efeito negativo no desenvolvimento psicossocial.

Situações vivenciadas pela criança com fissura labiopalatina, como internamentos para realização dos procedimentos cirúrgicos, ausências freqüentes do contexto familiar, escolar e social, interferem no seu desenvolvimento em geral e conseqüentemente no seu desempenho em vários níveis (Fenha et al 2000).

Num estudo sobre as condições emocionais e cognitivas de crianças com fissura labiopalatina, Cariola (1985) constatou que as crianças apresentavam maior índice de dificuldades emocionais do que dificuldades relacionadas à aprendizagem, o que comprova que as dificuldades escolares das crianças com fissura não estão relacionadas com problemas cognitivos ou mentais.

Percebendo a dificuldade dos pais que se sentem vítimas de preconceitos juntamente com seus filhos com fissura labiopalatina, no tocante ao ambiente acadêmico e social, Tavano (1994) considerou válida a tentativa de chegar às escolas, procurando sensibilizar seus dirigentes e professores, no sentido de que venham a se interessar pelas reais condições e capacidades dos alunos com fissura labiopalatina, bem como pelos problemas que enfrentam.

Uma vez conhecedores dessa problemática, poderão ser receptivos às orientações emanadas de um setor especializado e possam nortear um favorecimento ao processo de integração dessas crianças ao ambiente escolar. Observou-se que, à medida que, a criança cresce, mais intransigente se torna às deformidades encontradas na alteração da fala do colega, sentindo-se mais inclinada a atormentar, provocar, ridicularizar ou imitar.

De acordo com Amaral (1986), ao lado da família, o conjunto de variáveis que terá maior influência sobre a vida da criança será a escola. Para a criança que apresenta qualquer deformidade facial, então será a primeira e mais importante experiência sistemática fora do seio familiar. Será no ambiente escolar, que terá que enfrentar novos relacionamentos, onde será olhada, julgada, avaliada; e uma variável muito importante considerada nestes julgamentos será sua aparência física.

Brophy e Good (1974) consideraram em seus estudos as diferenças individuais dos alunos, e as características pessoais do professor estabelecem o teor das expectativas do professor. Alguns alunos são mais ativos, participantes e salientes em sala de aula do que outros tendo maiores possibilidades de serem percebidos mais apuradamente por seus professores, do que os mais quietos e menos salientes, embora, isto não signifique que sejam percebidos mais positivamente. Já os alunos mais quietos, mais retraídos dão aos seus professores menos indícios sobre o que são e o que

querem, aumentando assim, a possibilidade dos professores sustentarem expectativas inapropriadas sobre eles.

O indivíduo que nasce com uma anomalia, é discriminado, seu mundo é limitado e dificultado e se ele demonstra insucesso no desempenho escolar, comumente é inferido que ele tenha um atraso mental. Em acréscimo, a impressão do professor ao receber um aluno, até então desconhecido, é baseada na sua aparência física. Em se tratando de uma criança com fissura labiopalatina, a primeira impressão pode ser desfavorável e suficiente para nele desenvolver uma expectativa negativa em torno da competência acadêmica desta criança. O ambiente escolar pode ocasionar a criança com fissura labiopalatina, situações de timidez, recolhimento indiferente ou agressividade, percebendo a hostilidade e discriminação velada devido à própria alteração. Tendo consciência disto, a criança pode apresentar interferências no desenvolvimento acadêmico e emocional (Tavano 2000).

Após pesquisas realizadas por Richman (1973, 1976) com professores sobre o rendimento acadêmico da criança com fissura labiopalatina, foi constatada uma realização acadêmica inferior, a qual pode estar relacionada ao que denominou de "modo adaptativo de comportamento aprendido", ou seja, o aluno com fissura labiopalatina, permaneceria retraído em sala de aula, por ter aprendido pela própria vivência e agindo dessa forma evitaria que tanto a professora como os colegas lhe dirigissem a palavra ou

olhassem seu rosto. Esse modo de comportamento foi aprendido ao perceber que após ouvirem sua fala ou olharem seu rosto, procuravam evitá-lo. Essa forma de comportamento, impede a liberdade de ação, limitando o desenvolvimento acadêmico e social.

Shaw e Humphreys (1982) concordaram com Richman (1978), ao dizer que a presença da anomalia craniofacial causa diferentes expectativas no professor, quanto ao seu potencial escolar, relacionamentos sociais e até personalidade.

Em 1977, Blood e Hyman observaram as atitudes de 12 crianças sem fissura labiopalatina da pré-escola e do 1º e 2º grau para o registro de suas reações em relação à voz de quatro meninas com fissura labiopalatina reparada que apresentavam vários graus de hipernasalidade. As crianças eram interrogadas se gostavam das locutoras, se gostavam do modo como falavam e se gostariam de conversar com elas. As respostas tornaram-se crescentemente negativas à medida que a severidade da hipernasalidade crescia.

Broder et al (1998) desenvolveram um estudo com o propósito de examinar dificuldade de aprendizagem, aproveitamento escolar e repetição entre as crianças com fissuras labiopalatinas em dois centros de estudos craniofaciais ligados a universidades, sendo estas a Universidade da Carolina do Norte e a Universidade de Iowa, e ainda determinar se a freqüência destas

características estava associada ao tipo de fissura, centro, gênero e/ou idade. Como resultado observaram que mais de um em quatro indivíduos com fissura repetiram uma série. Os dois grupos mais propensos à repetição foram meninos com fissura somente de palato e as meninas com defeitos visíveis. As crianças com fissuras no estudo tiveram uma alta taxa de distúrbio de aprendizagem e repetição e baixa taxa de aproveitamento escolar, entre os dois centros estudados. Este trabalho representou o primeiro estudo multicêntrico sobre dificuldades de aprendizagem e a performance escolar entre crianças com fissuras, revelando que indivíduos com fissura labiopalatina apresentam uma taxa significativa de dificuldades de aprendizagem e repetição e uma baixa taxa de aproveitamento escolar.

Em relação às crianças pequenas em fase pré-escolar, Starr et al (1977) relataram como resultado não haver nenhuma diferença significativa nas funções mentais e motoras de crianças fissurada labiopalatina, quando comparadas a crianças da mesma faixa etária através da Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil.

Stephan (2003) realizou revisão de literatura sobre o desenvolvimento psicossocial e educacional de indivíduos com anomalias craniofaciais. Relatou como achado que foi possível observar uma tendência no tratamento desses indivíduos focalizando todos os níveis de complexidade, não somente o restabelecimento funcional e anatômico, mas o desenvolvimento de

uma pessoa saudável emocional, social e profissionalmente, sendo imprescindível uma atenção educacional inclusiva e propulsora, com o envolvimento de todos os profissionais, sejam da área de saúde ou da área educacional, em convívio com esses pacientes. Baseado na apresentação dos dados chamou atenção para a três dimensões nas quais a Educação pode desempenhar um papel fundamental: o desenvolvimento educacional dos indivíduos afetados; a conscientização de pais e responsáveis com relação a desestigmatização da diferença facial, às formas de tratamento e às implicações conseqüentes das mesmas e ao papel de motivadores que eles podem desempenhar frente aos pacientes; a familiarização de professores quanto às condições craniofaciais quanto às suas implicações, para que se sintam preparados para receber na sociedade educacional indivíduos afetados, incluindo-os em classes regulares.

Fenha et al (2000) avaliaram o desempenho cognitivo de um grupo de crianças com fissura labiopalatina e suas dificuldades a nível sócio-afetivo e da linguagem. Comparou o desempenho do grupo de crianças com fendas com o de outro sem qualquer patologia física, tendo a adaptação escolar uma correlação positiva nas relações interpessoais e mediante aos resultados obtidos, concluíram existir muitos fatores ainda desconhecidos que podem contribuir para que não se verifiquem diferenças no desempenho entre o grupo de crianças com fissura labiopalatina e o grupo, de crianças sem

patologia física com exceção da variável dificuldade de linguagem, enfatizando a importância do tratamento precoce simultaneamente com o início do desenvolvimento de linguagem. Sendo assim, pode-se observar neste estudo que as crianças com fissura labiopalatina são estimuladas pelos pais, investindo na área cognitiva e menos na área afetivo-relacional, como objetivo de facilitar a aceitação pelos pares.

Bachega (2002) relatou limitações dos indivíduos com fissurado labiopalatina para o desenvolvimento de carreira profissional devido à baixa frequência à escola, necessitando de terapias e apresentando indisciplina e isolamento social, sendo necessário consolidar uma identidade positiva, incorporando sua malformação a sua auto-imagem, sendo o conhecimento das limitações igualmente importante na definição da identidade.

Os efeitos adversos do fracasso escolar, quando a criança não desenvolve sua capacidade produtiva, têm apontado para a existência de relação entre dificuldades de aprendizagem e baixa auto-estima, aceitação e popularidade perante os colegas (Linhares et al. 1993).

Segundo Dalben (2004) modificações positivas no comportamento dos indivíduos com fissura labiopalatina, além de diminuir os preconceitos, proporcionaram o acesso ao ensino regular e a convivência com crianças sem anomalias, fato este que não ocorria no passado. Estas modificações foram consideradas, levando à necessidade dos mesmos serem

acompanhados por profissionais de equipes interdisciplinares, favorecendo a reabilitação do paciente, não se restringindo apenas às cirurgias reparadoras primárias, mas estendendo-se a atuação preventiva e da melhora da função estética, promovendo melhorias na qualidade de vida.

A competência escolar relacionada ao grau de capacidade intelectual das crianças com fissura labiopalatina, ainda necessita de muita pesquisa. Muitos estudos parecem indicar a existência de um déficit na competência acadêmica dessas crianças, o qual estaria associado aos problemas verbais ou à formas de comportamentos adotadas com a preocupação de não se exporem. Seria de todo precipitado afirmar que existe uma correlação entre a competência intelectual e a deformidade facial (Tavano 1994).

3 . OBJETIVOS.

Foram objetivos deste estudo:

- Investigar o desempenho escolar de crianças com fissuras labiopalatinas por meio do relato dos pais;
- Identificar quais fatores estariam relacionados às eventuais dificuldades escolares.

4. MATERIAL E MÉTODO.

4.1 - Casuística.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo - HRAC/USP, Ofício nº 089/2005-UEP-CEP (anexo 1).

Participaram deste estudo 300 sujeitos, pais de crianças com fissuras labiopalatinas, na faixa etária de 6 a 12 anos, de ambos os gêneros, matriculados em Escola de Ensino Regular, do Ensino Fundamental I.

A seleção da amostra foi seqüencial no período de maio a setembro de 2005.

Como critério de seleção dos participantes, os sujeitos da pesquisa tinham que ser responsáveis pelas crianças na faixa etária acima citada que não apresentassem comprometimentos associados físicos ou mentais, assim como quaisquer distúrbios de outra natureza associados à fissura, além de ter considerado que a criança deveria estar cursando séries do Ensino Fundamental I, em classes regulares. Dessa forma participaram da pesquisa aqueles sujeitos que cumpriam os critérios de seleção exigidos.

Como o HRAC/USP, presta atendimento a pacientes de todo o país, participaram da pesquisa sujeitos originários das regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

Dados como a classificação da fissura e o nível sócio-econômico, foram verificados nos dados constantes dos prontuários dos pacientes pela pesquisadora e posteriormente, transcritos ao questionário, no que se refere a dados de identificação.

4.2- Procedimento.

O instrumento da pesquisa foi elaborado pela pesquisadora, a partir de relatos prévios dos pais, sobre a vida escolar de seus filhos com fissuras labiopalatinas e também por meio de orientações recebidas de alguns profissionais de áreas correlatas que atuam no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo - HRAC-USP.

A aplicação do instrumento de pesquisa foi realizada previamente com 5% da população estudada, para a verificação da adequação das questões a serem investigadas. A partir desta etapa considerada piloto, foram efetuados novos ajustes para a melhoria do instrumento. Cabe salientar que essas entrevistas do projeto piloto não foram utilizadas no trabalho final por se constituírem diferentes do material reformulado.

Antes de iniciar a entrevista, cada participante era informado a respeito de sua liberdade de participação na referida pesquisa. Foram-lhe garantidos os termos de sigilo e privacidade das informações por eles oferecidas, por meio da leitura da carta de informação ao sujeito (anexo 2). O sujeito, consciente de que sua participação na pesquisa, não implicaria sobre a continuidade do tratamento de seu filho, registrou seu consentimento em um termo de concordância (anexo 3) e procedeu-se a entrevista que foi individual e aplicada pela pesquisadora. Este instrumento de pesquisa (anexo 4) constou de 30 questões, abertas e fechadas, destacando-se aspectos importantes para a proposta do trabalho. A entrevista foi realizada, no momento de comparecimento dos pais, para atendimento de rotina dos seus filhos, para o tratamento da fissura labiopalatina, no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo - HRAC/USP.

As entrevistas foram realizadas individualmente no Ambulatório do Hospital, pela própria pesquisadora, sem a presença da criança ou acompanhante para evitar inibição e interferência nas respostas. A duração de cada entrevista foi de, aproximadamente, 20 minutos.

O instrumento constou de dados referentes à identificação pessoal, à procedência, à escolaridade, ao desempenho escolar, ao relacionamento na escola e outros.

4.3-Análise dos dados.

Após coleta de todos os dados, estes foram digitados em uma planilha do programa Excel (Microsoft Corporation).

Os dados foram então importados pelo programa Statistica for Windows (Statsoft Inc.,Tulsa,USA) onde foram executados todos os procedimentos descritivos e indutivos (inferenciais).

Os resultados foram descritos em tabelas com utilização de frequências absolutas e relativas.

Para verificar a associação entre variáveis qualitativas nominais foi utilizado o teste do Qui-quadrado.

Para a comparação, entre dois grupos de variáveis ordinais foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Para a comparação, entre mais de dois grupos de variáveis ordinais foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis.

Em todos os testes estatísticos foi adotado o nível de significância de 5%.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.

As tabelas de números 1 a 17, 25, 28 e de 31 a 33, referem dados quanto à caracterização da casuística no presente estudo.

Tabela 1. Crianças da amostra segundo à faixa etária

Idade	Número	%
06 anos	04	1,3%
07 anos	35	11,7%
08 anos	88	29,3%
09 anos	78	26,0%
10 anos	72	24,0%
11 anos	18	6,0%
12 anos	05	1,7%
TOTAL	300	100%

Os filhos dos sujeitos que compuseram a amostra tinham idades variáveis de 6 a 12 anos, num total de 300 participantes. A faixa etária mais freqüente no estudo foi 8 anos (29,3%), seguida por 9 (26,0%), 10 (24,0%), 7 (11,7%), 11(6,0%), 12 (1,7%) e 6 (1,3%) anos subseqüentemente, como denota a tabela 1.

Tabela 2. Crianças da amostra segundo o gênero

Gênero	Número	%
Masculino	182	60,7%
Feminino	118	39,3%
TOTAL	300	100%

No que se refere ao gênero dos filhos dos sujeitos constantes da amostra (Tabela 2), verificou-se a ocorrência de 60,7% (182) do gênero

masculino, enquanto que 39,3% (118) eram do gênero feminino. É importante notificar que este achado quanto à prevalência do gênero masculino na amostra estudada é concordante com diversos estudos da literatura que referem a maior incidência da fissura labiopalatina no gênero masculino (Souza Freitas 1974, Loffiego 1992 e Freitas 2004).

Tabela 3. Crianças da amostra segundo a procedência

Região	Número	%
Norte	10	3,3%
Centro-Oeste	39	13,0%
Nordeste	13	4,3%
Sudeste	187	62,3%
Sul	51	17,0%
TOTAL	300	100%

Quanto à procedência dos sujeitos da amostra estudada observou-se que 62,3% (187) eram provenientes do Sudeste, 17% (51) do Sul, 13% (39) do Centro-Oeste, 4,3% (13) do Nordeste e 3,3% (10) do Norte (Tabela 3). Os achados evidenciam predominância dos sujeitos avaliados procedentes da região Sudeste (62,3%). Esta predominância de sujeitos da região sudeste pode ser referida em função da localização do Hospital, o que de certa forma favorece o acesso da população do Estado de São Paulo e de estados próximos como Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo. As demais regiões, Sul e Centro-Oeste, também com significativa frequência, aparecem respectivamente em segundo e terceiro lugares, dentre o número de pacientes atendidos, devido à proximidade entre os Estados dessas regiões.

Outro fator a ser ressaltado além da extensão territorial é a condição de saúde e econômica de regiões mais pobres e conseqüentemente desprovidas de condições e conhecimento.

Tabela 4. Sujeitos da amostra segundo a estratificação sócio-econômica

Classe Sócio-Econômica	Número	%
Baixa Inferior	80	26,7%
Baixa Superior	176	58,7%
Média	8	2,7%
Média Inferior	33	11,0%
Média Superior	3	1,0%
Alta	0	0,0%
TOTAL	300	100%

Nos resultados obtidos em relação à estratificação sócio-econômica, observa-se que 58,7 % (176) dos sujeitos pesquisados pertenciam à classe baixa superior, 26,7% (80) à classe baixa inferior, 11,0% (33) à classe média inferior, 2,7% (8) à classe média, 1,0% à classe média superior, 0% à classe alta (tabela 4). Os resultados revelaram que do total de participantes da amostra, a maior concentração ocorre nas classes mais baixas (85,4%), reflexo do universo dos pacientes desse Hospital.

Tabela 5. Crianças da amostra quanto ao número de irmãos

Irmãos	Número	%
Não tem Irmão	58	19,3%
1 Irmão	123	41,0%
2 irmãos	67	22,3%
3 Irmãos	34	11,3%
4 Irmãos	7	2,3%
5 Irmãos	4	1,3%
6 Irmãos	2	0,7%
7 Irmãos	3	1,0%
8 Irmãos	1	0,3%
10 Irmãos	1	0,3%
TOTAL	300	100%

Ainda quanto a estruturação familiar, especificamente a irmandade, foi observado que 41,0% (123) dos filhos dos sujeitos da amostra tinham apenas 1 irmão (tabela 5).

Tabela 6. Crianças da amostra quanto à classificação da fissura labiopalatina

Fissura	Número	%
Pré-forame	61	20,4%
Transforame	208	69,3%
Pós-Forame	30	10,0%
Rara	1	0,3%
TOTAL	300	100%

Quanto a distribuição das crianças e a categoria da fissura foi constatado que 69,3% (208) da categoria transforame, 20,4% (61) pré-forame, 10,0% (30) pós-forame e 0,3% (1 caso) fissuras raras da face (tabela 6). A distribuição das crianças quanto ao tipo da fissura neste estudo, foi concordante com os estudos de Freitas et al (2004), no que se refere os da

categoria transforame, de forma prevalente, no entanto, contrário quanto às categorias pré-forame e pós-forame (Capellozza Filho et al 1988 e Capellozza Filho e Silva Filho 1992).

Tabela 7. Crianças da amostra quanto à recorrência familiar da fissura labiopalatina

Recorrência	Número	%
Sim	27	9,0%
Não	273	91,0%
TOTAL	300	100%

Com relação à hereditariedade, observa-se na Tabela 7, predomínio de sujeitos com fissuras labiopalatinas sem recorrência familiar (91,0%) do que com recorrência (9,0%) para todos os tipos de fissuras estudadas. Baseado nesses resultados e na revisão de literatura descrita, podemos inferir que a hereditariedade não é a única etiologia das fissuras labiopalatinas, estando estas também associados fatores ambientais, infecções, uso de medicamentos durante a gestação e a idade da mãe entre outros.

Tabela 8. Crianças da amostra quanto ao tempo de tratamento

Tempo de Tratamento	Número	%
1 ano	1	0,3%
2 anos	2	0,7%
4 anos	9	3,0%
5 anos	5	1,7%
6 anos	11	3,7%
7 anos	37	12,3%
8 anos	84	28,0%
9 anos	68	22,7%
10 anos	63	21,0%
11 anos	16	5,3%
12 anos	4	1,3%
TOTAL	300	100%

Nos resultados obtidos com relação ao tempo de tratamento do paciente (Tabela 8), observa-se que o tempo de tratamento na maioria dos filhos dos sujeitos da amostra (84%) corresponde a sua idade atual. Pôde-se perceber, então, que a maioria dos sujeitos da amostra receberam tratamento desde o seu nascimento.

Tabela 9. Crianças da amostra que fizeram cirurgia de lábio antes do ingresso escolar

Cirurgia de Lábio	Número	%
Sim	269	89,7%
Não	4	1,3%
Não tem fissura de lábio	27	9,0%
TOTAL	300	100%

Quanto à realização da cirurgia de lábio dos filhos dos entrevistados, antes do ingresso escolar (Tabela 9), os dados revelam que 269 (89,7%) das crianças fizeram a cirurgia do lábio antes do ingresso escolar, 4

(1,3%) não fizeram e 27(9,0%) não têm fissura de lábio. Este achado é relevante, uma vez que a estética cirúrgica é bem menos impactuante, do que a não correção.

Tabela 10. Crianças da amostra que fizeram cirurgia de palato antes do ingresso escolar

Cirurgia de Palato	Número	%
Sim	227	75,7%
Não	11	3,7%
Não tem fissura de palato	62	20,7%
TOTAL	300	100%

Quanto à realização da cirurgia de palato dos filhos dos entrevistados, antes do ingresso escolar (Tabela 10), os dados evidenciam que 231 (77,0%) crianças fizeram a cirurgia do palato antes do ingresso escolar, 11(3,7%) não fizeram e 58 (19,3%) não têm fissura de palato. Segundo Tavano (1994) a criança com fissura labiopalatina deve receber tratamento desde os primeiros dias de vida até a idade adulta, ou melhor, até quando forem atingidas condições ideais ou possíveis de seu processo de reabilitação e integração social. De acordo com a literatura os procedimentos utilizados para o tratamento e reabilitação precoce dos indivíduos com fissura labiopalatina não só ajudam a minimizar a porcentagem de óbitos no primeiro ano de vida, como também na prevenção de deformidades na dentição, inibição do crescimento da face, distúrbios da fala e inadaptação social (Nelli et al 1990).

Tabela 11. Crianças da amostra quanto à alteração estética na percepção dos pais

Alteração Estética	Número	%
Sim	282	94,0%
Não	18	6,0%
TOTAL	300	100%

Quanto à alteração estética dos filhos, na visão dos pais (Tabela 11), os dados revelaram que 282 (94,0%) crianças apresentaram alteração estética, enquanto que, 18 (6,0%) crianças não apresentaram. O fator estético constitui um possível gerador de dificuldades na convivência da criança com fissura labiopalatina. Via de regra é na face que a estética é analisada inicialmente, e é pela face que um indivíduo se apresenta à sociedade e é reconhecido por seus semelhantes. Portanto, é inegável que a estética assume grande importância na construção da auto-estima e na inter-relação pessoal (Farkas e Kolar 1987). A face humana identifica o indivíduo em seu ambiente e realiza a comunicação social ao revelar suas emoções. Estudos sobre o comportamento humano demonstraram que determinadas estruturas da face atuam como estímulos desencadeadores de padrões de resposta nos indivíduos que a captam (Caramashi 1993), afetando o juízo de valor estético que ocorrem entre as pessoas (Eibl-Eibesfeldt 1979). Assim fica bem claro que as pessoas com faces atrativas podem obter vantagens sociais sobre as pessoas que não as possuem.

Tabela 12. Crianças da amostra quanto à alteração auditiva, na percepção dos pais

Alteração Auditiva	Número	%
Sim	63	21,0%
Não	237	79,0%
TOTAL	300	100%

Quanto à alteração na auditiva das crianças da amostra (Tabela 12), os dados revelaram que 237 (79,0%) crianças não apresentaram alteração auditiva segundo a visão dos pais, enquanto que, 63 (21,0%) crianças apresentaram. A fissura labiopalatina ocupa, sem dúvida, uma posição de destaque entre aquelas que cursam com uma complexidade de alterações especialmente as que se referem aos problemas otológicos e conseqüentemente perda de audição. A literatura específica relata que é grande a ocorrência de perda auditiva na população com fissura labial e ou palatina e que história de otite média também frequente nesses indivíduos, podem ser fatores de risco para o seu desenvolvimento, assim como para a linguagem, a fala e aprendizagem e do processamento auditivo (Minardi et al 2004). Cabe ressaltar que o relato dos pais quanto às alterações auditivas podem ser minimizadas uma vez que o quadro de otite pode acontecer de forma silenciosa, ou seja, sem dor, o que dificulta a percepção dos pais.

Embora a maioria dos sujeitos da amostra não apresentem alterações auditivas (79,0%), segundo o relato de seus pais, a literatura estudada descreve que, grande parte das crianças com fissura de palato

apresentam alterações da orelha média, ocasionadas pelo mau funcionamento da tuba auditiva, decorrente da incompetência do músculo tensor do véu palatino, sendo prevalentes as perdas auditivas do tipo condutiva (otite média com efusão), com conseqüente privação sensorial, sendo um fator de risco para alterações no desenvolvimento do processamento auditivo, da linguagem, da fala, da aprendizagem e do potencial cognitivo, da criança com fissura labiopalatina (Costa-Filho e Piazzentin 1997, Pegoraro-Krook et al 2004 e Minardi et al 2004).

Tabela 13. Crianças da amostra quanto à alteração da fala, na percepção dos pais

Alteração da Fala	Número	%
Sim	140	46,7%
Não	160	53,3%
TOTAL	300	100%

Quanto à alteração na fala dos filhos dos sujeitos da amostra (Tabela 13), segundo a visão dos pais, os dados revelam que 140 (46,7%) crianças apresentaram alteração na fala, enquanto que, 160 (53,3%) crianças não apresentaram.

A fissura labiopalatina é uma das mais freqüentes malformações, caracterizada por alteração na fusão dos processos faciais embrionários responsáveis pela formação da face, podendo acometer o lábio, o rebordo alveolar, o palato duro e o palato mole. É nessas estruturas que estão acometidas no caso da fissura labiopalatina, que se encontram os principais

pontos para a produção da fala. Os comprometimentos da fala dizem respeito à sua produção, quanto ao ponto e modo articulatorio e, em relação ao fechamento velofaríngeo, sendo que o indivíduo desenvolve uma articulação compensatória para a produção dos fonemas em pontos inadequados dentro do trato vocal, na tentativa de compensar a alteração estrutural, assim como compensar o mau funcionamento da válvula velofaríngea que causa a hipernasalidade da fala (Brown et al 1972, Vicente e Buchala 1991, Trost-Cardamone 1997, Kummer 2001, Genaro et al 2004 e Pegoraro-Krook et al 2004).

Os aspectos anatômicos das fissuras labiopalatinas são corrigidos por meio de cirurgias corretivas de lábio e/ou palato, devendo os mesmos, serem corrigidos o mais precocemente possível. O objetivo da correção cirúrgica é, além do fator estético, a prevenção ou minimização dos problemas de fala (Santos 2000).

Tabela 14. Crianças da amostra quanto à idade de ingresso escolar

Ingresso Escolar	Número	%
3 meses/12 meses	2	0,7%
12 meses/3 anos	23	7,7%
3 anos/7 anos	274	91,3%
Mais de 7 anos	1	0,3
TOTAL	300	100%

Quanto à idade de início das atividades escolares da criança fissurada (tabela 14), os dados revelaram que 274 (91,3%) crianças ingressaram na escola com idade entre 3 e 7 anos, 23 (7,7%) crianças com idades entre 12 meses e três anos, 2 (0,7%) com idades entre 3 meses e 12 meses e apenas 2 (0,3%) com mais de 7 anos de idade. Este fato de inserção precoce na escola nos remete a inferir a estimulação precoce destas crianças, o que estaria tendo impacto favorável no seu desempenho escolar, relacionamento com os colegas entre outros aspectos.

Tabela 15. Crianças da amostra quanto à escolaridade

Escolaridade	Número	%
1ª Série	47	15,7%
2ª Série	81	27,0%
3ª Série	87	29,0%
4ª Série	85	28,3%
TOTAL	300	100%

No que se refere à escolaridade dos filhos dos sujeitos da amostra (Tabela 15), os resultados denotam que 29,0% (87) das crianças estavam cursando 3ª série, enquanto que 28,3% (85) cursavam a 4ª série, 27,0% (81) a 2ª série e 15,7% (47) a 1ª série.

Tabela 16. Crianças da amostra quanto ao tipo de escola que freqüentam

Tipo de Escola	Número	%
Estadual	82	27,3%
Municipal	168	56,0%
Particular	45	15,0%
Rural	5	1,7%
TOTAL	300	100%

Conforme os dados dispostos na tabela 16, observa-se que a maioria 56,0% (168) dos filhos dos sujeitos da amostra encontrava-se matriculados na Rede Municipal de Ensino, enquanto que 27,3% (82) estavam na Rede Estadual de Ensino, 15,0% (45) na Rede Particular de Ensino e apenas 1,7% (5) em Escolas Rurais. Este achado é concordante com a caracterização da amostra estudada no que se refere à estratificação sócio-econômica.

Tabela 17. Crianças da amostra quanto à freqüência escolar

Freqüência Escolar	Número	%
Assiduidade	295	98,3%
Muitas Faltas	5	1,7%
TOTAL	300	100%

Em relação à freqüência escolar das crianças da amostra (Tabela 17), observa-se que 295 (98,3%) mostraram-se assíduo, enquanto que uma pequena porcentagem da amostra 5 (1,7%) apresentaram muitas faltas.

Tabela 18. Crianças da amostra quanto ao desempenho escolar segundo à visão dos pais

Desempenho Escolar	Número	%
Ótimo	113	37,7%
Bom	124	41,3%
Regular	54	18,0%
Deficiente	9	3,0%
TOTAL	300	100%

Quanto ao desempenho escolar dos sujeitos estudados de acordo com a percepção dos pais (Tabela 18), os dados revelam que 3,0% (9) das crianças apresentavam desempenho deficiente; em 18,0% (54) o desempenho foi caracterizado como regular, em 37,7% (113) dos casos o desempenho foi descrito como ótimo, enquanto que, 41,3% (124) apresentaram bom desempenho. Na percepção dos pais, pode-se depreender que o desempenho escolar de seus filhos é satisfatório em sua maioria (79,0%), ou seja, ótimo e bom.

Tabela 19. Crianças da amostra quanto ao gostar da escola

Gostar da Escola	Número	%
Gostam	278	92,7%
Não Gostam	22	7,3%
TOTAL	300	100%

Com relação ao gostar da escola, representado pela Tabela 19, 278 pais (92,7%) acreditam que seus filhos gostam da escola, enquanto que, 22 pais (7,3%), afirmaram que seus filhos não gostam da escola.

Tabela 20. Crianças da amostra quanto à aceitação na comunidade escolar

Aceitação	Número	%
Não foi aceito	4	1,3%
Aceito c/ naturalidade	164	54,7%
Aceito com deboches	128	42,7%
Isolado pelo grupo	4	1,3%
TOTAL	300	100%

Os resultados quanto à aceitação das crianças com fissura labiopalatina no ambiente escolar segundo a visão dos pais (Tabela 20) revelaram que do total da amostra estudada, 164 crianças (54,7%) foram aceitos com naturalidade. Pode-se inferir que esse elevado índice, é possivelmente resultante do processo de reabilitação, uma vez, que as idades dos sujeitos da amostra correspondem ao tempo de tratamento. 128 sujeitos (42,7%) foram aceitos com deboches; 4 sujeitos (1,3%) não foram aceitos e 4 (1,3%) foram isolados pelo grupo. De forma global 54,7% dos pais consideraram que seus filhos são aceitos na escola com naturalidade, enquanto que, 42,7% consideram que seus filhos são aceitos, embora tratados com deboches.

Tabela 21. Crianças da amostra quanto aos sentimentos vivenciados na comunidade escolar

Sentimentos na Comunidade Escolar	Número	%
À vontade	206	68,7%
Triste	11	3,7%
Irritado	28	9,3%
Retraído	55	18,3%
TOTAL	300	100%

Quanto aos sentimentos vivenciados no ambiente escolar pelas crianças (Tabela 21), de acordo com o relato dos pais, os dados revelam que grande parte 68,7% (206), demonstraram, se sentir à vontade na escola, 18,3% (55) retraídos, 9,3% (28) se sentiam irritados e 3,7% (11) demonstraram tristeza. O ambiente escolar pode ocasionar à criança com fissura labiopalatina ou a qualquer outro indivíduo que apresente comprometimento, situações de timidez, recolhimento, indiferença ou agressividade, percebendo a hostilidade e discriminação velada devido à própria alteração. Tendo consciência disto, a criança com fissura labiopalatina pode apresentar interferências no desenvolvimento acadêmico e emocional em decorrência da não aceitação dos seus pares normais (Amaral 1997, Tavano 2000 e Bachega 2002). Em outros casos, há o problema daquelas crianças que mudam constantemente de escolas, tendo que se ajustar a vários grupos de coleguinhas, que podem estranhá-la e/ou criticá-la (Cariola 1985, Tavano 1994 e Amaral 1986). Schneiderman e Harding (1984) constataram em seus estudos

que a avaliação social que crianças faziam dos seus colegas com fissura labiopalatina era negativa. Mais negativa ainda era quando a fissura era bilateral. Os autores demonstraram que quanto mais grave for o comprometimento da aparência facial da criança maior será a recusa dos seus companheiros.

Tabela 22. Crianças da amostra quanto à queixa do professor em relação à dificuldade de aprender

Dificuldade de Aprender	Número	%
Dificuldade	28	9,3%
Não tem dificuldade	272	90,7%
TOTAL	300	100%

Na tabela 22, observa-se que 90,7% (272), dos pais relataram que não tem queixas dos professores quanto à dificuldade de aprender de seus filhos, enquanto que 9,3% (28) dos pais relataram queixas de dificuldades de aprendizado. De acordo com a literatura as dificuldades de aprendizagem nem sempre estão relacionadas com o fator intelectual, mas sim com a má adequação ao meio escolar, problemas verbais e a expectativa do professor. Seria de todo precipitado afirmar que existe correlação entre a deformidade facial e a competência intelectual (Cariola 1985, Amaral 1986 e Tavano 1994).

Tabela 23. Crianças da amostra quanto à interferência da fissura labiopalatina no desempenho escolar

Fissura no Desempenho	Número	%
Interfere	142	47,3%
Não Interfere	158	52,7%
TOTAL	300	100%

De acordo com a Tabela 23, 47,3% (142) dos sujeitos entrevistados acreditam que a fissura labiopalatina interfere no desempenho escolar de seus filhos; enquanto que 52,7% (158) acreditam que a fissura não causa interferência. Não podemos desconsiderar que a deformação de uma criança com fissura labiopalatina é visível e que existe um desvio na aparência física, mas chamamos a atenção para o fato de que, na maioria das vezes, isso não significa que a função intelectual esteja prejudicada (Goffman 1988).

As crianças com fissura labiopalatina podem ser desacreditadas de sua capacidade intelectual em consequência da alta visibilidade da deformação estética, pois muitas vezes, a nossa sociedade costuma atribuir valores negativos àqueles que possuem deficiência física visível.

Tabela 24. Crianças da amostra quanto à repetência escolar

Repetência	Número	%
Não	241	80,3%
Uma vez	43	14,3%
Duas vezes	13	4,3%
Mais vezes	3	1,0%
TOTAL	300	100%

Quanto à repetência escolar, observa-se na Tabela 24, que a maioria das crianças 80,3% (241) não teve repetência escolar, enquanto que, 59 crianças repetiram uma ou mais vezes.

Tabela 25. Crianças da amostra quanto à repetência escolar dos irmãos

Repetência dos irmãos	Número	%
Não Repetiu	58	19,3%
Repetiu	154	51,3%
Não tem idade escolar	88	29,3%
TOTAL	300	100%

Em relação à repetência dos irmãos das crianças com fissura labiopalatina (Tabela 25), os dados revelam que 19,3% (58) dos irmãos das crianças fissuradas, não tiveram repetência e 51,3% (154) dos irmãos têm histórico de repetência. Cabe ressaltar que 29,3% (88) os irmãos não estavam em idade escolar.

A alta incidência de repetência na irmandade do sujeito com fissura labiopalatina, denota que, a repetência encontrada nos sujeitos da amostra estudada, não seja apenas direcionada à fissura, mas a outras circunstâncias que acometem a família como um todo, como o nível sócio econômico cultural.

Tabela 26. Crianças da amostra de acordo com a necessidade de atenção especial na escola

Atenção Especial	Número	%
Sim	40	13,3%
Não	260	86,7%
TOTAL	300	100%

Quanto à necessidade de atenção especial na escola, 13,3% (40) dos pais acreditam que os filhos devem ter atenção especial; em contrapartida, 86,7% (260) não consideram necessária (Tabela 26). De acordo com o que foi relatado pelos pais, essa atenção especial, seria no sentido de haver um trabalho na escola com relação aos preconceitos e discriminação sofridos pelos seus filhos no ambiente escolar, a fim de que seja amenizado o sofrimento dos mesmos na escola. Ainda relataram que muitas vezes seus filhos, ou seja, os que são aceitos com dificuldades chegam até, não querer ir para a escola.

Tabela 27. Sujeitos da amostra com relação à expectativa de melhora nos relacionamentos escolares e sociais com o término do tratamento

Expectativa com o término do tratamento	Número	%
Favorável	298	99,3%
Não Favorável	2	0,7%
TOTAL	300	100%

Os resultados da tabela 27 apontam 99,3% (298) dos pais com expectativa favorável quanto à melhora dos relacionamentos de seus filhos. Os

pais relataram que desde o início do tratamento vem ocorrendo melhoras significativas, na aparência, na fala e conseqüentemente nos relacionamentos sociais e na sua aceitação com relação às outras pessoas que fazem parte de seu meio. O objetivo da reabilitação é capacitar as pessoas com deficiência visando facilitar sua inserção na sociedade. Este fator foi plenamente observado nos depoimentos descritos na presente pesquisa, pois todos se diziam satisfeitos com os resultados alcançados pelo processo de reabilitação. Os pais anseiam pela possibilidade de afastar-se da anormalidade da criança e relataram que com uma estética facial perfeita, seus filhos terão um futuro melhor. Com os resultados do tratamento os indivíduos com fissura labiopalatina passam a se aceitar mais e conseqüentemente, suas relações sociais são mais positivas (Garcia 1997).

O instrumento utilizado no presente estudo, questionário em anexo contemplou inúmeros aspectos. Durante a sistematização dos dados, inclusive do ponto de vista estatístico, não puderam ser computados pela falta de informação, como por exemplo, a correlação da informação do professor, devido ao não envolvimento e a não participação direta dos pais no ambiente escolar.

A partir dos resultados obtidos foram estabelecidas correlações entre os diferentes achados para elucidar quais os possíveis fatores

interferentes às eventuais dificuldades escolares dos sujeitos com fissura labiopalatina, bem como a exploração destes.

Outro aspecto fundamental para estas análises foi a divisão dos sujeitos em grupos quanto ao tipo/categoria de fissura destes, uma vez que houve predominância das transforames sobre os outras.

Tabela 28. Distribuição das crianças da amostra em categorias quanto ao tipo de fissura e o desempenho escolar

Tipo de Fissura	DESEMPENHO ESCOLAR				
	Ótimo	Bom	Regular	Deficiente	TOTAL
Transforame	72 (34,6%)	91 (43,8%)	41 (19,7%)	4 (1,9%)	208 (100,0%)
Pré-forame	30 (49,2%)	23 (37,7%)	5 (8,2%)	3 (4,9%)	61 (100,0%)
Pós-forame	10 (33,3%)	10 (33,3%)	8 (26,7%)	2 (6,7%)	30 (100,0%)
Todos os grupos	112 (37,5%)	124 (41,5%)	54 (18,1%)	9 (3,0%)	299 (100,0%)

Kruskal-Wallis (H = 5,59; p = 0,061 ns)

O desempenho escolar dos sujeitos com fissura labiopalatina, segundo cada grupo de categoria não foi estaticamente significativa na percepção dos pais, no que se refere ao nível ótimo, bom, regular e deficiente. Vale ressaltar que no grupo transforame houve predomínio do desempenho bom seguido de ótimo, regular e deficiente. No grupo pré-forame onde o

acometimento ocorre de forma mais impactuosa na estética e não na fala constatou-se desempenho ótimo, relatado pelos pais seguido de bom, regular e deficiente. No caso dos sujeitos do grupo pós-forame os relatos mostram desempenho igualitário entre bom e ótimo seguido de regular e deficiente (Tabela 28). Estes achados corroboram com os estudos de Pegoraro Krook et al (2004) que denotam o menor prejuízo social e conseqüentemente escolar para os sujeitos com fissuras pré-forame. Outros estudos de forma global apontam a interferência dos fatores associados às fissuras como estética, comunicação e outros, no desempenho destes quanto ao aprendizado diferente destes sujeitos (Cariola 1985, Tavano 1994, Passeri e Oliveira 2001 e Stheban 2003).

Tabela 29. Repetência da criança com fissura em relação à repetência dos irmãos

Repetência do sujeito pesquisado	Repetência dos Irmãos			
	0 Repetência	1 Repetência	2 Repetência	TOTAL
0 Repetência	35 (14,5%)	128 (53,1%)	78 (32,4%)	241 (100,0%)
1 Repetência	15 (34,9%)	19 (44,2%)	9 (20,9%)	43 (100,0%)
2 Repetência	7 (53,9%)	5 (38,5%)	1 (7,7%)	13 (100,0%)
Mais Repetência	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0 (0,0%)	3 (100,0%)
Todos os grupos	58 (19,3%)	154 (51,3%)	88 (29,3%)	300 (100,0%)

A tabela 29 evidencia que a repetência escolar não é só observada nos sujeitos fissurados, pois observa-se também repetência por parte de sua irmandade. Broder et al (1998) a partir dos seus estudos concluem que crianças fissuradas apresentam risco de baixo rendimento escolar, e que resultados dessa natureza devem ser analisados cuidadosamente, pois há muitas variáveis presentes como, por exemplo, o sistema educacional e seu acolhimento, e não se pode considerar que seja uma característica inerente a todos indivíduos facialmente diferentes. Ainda os

mesmos autores sugerem que estratégias psicoeducacionais efetivas sejam desenvolvidas para facilitar o processo de aprendizagem, respeitando e endereçando as particularidades de tais crianças.

Tabela 30. Distribuição das crianças da amostra em categorias quanto ao tipo de fissura e alteração estética

Tipo de Fissura	Alteração Estética		
	Sim	Não	TOTAL
Transforame	207 (99,5%)	1(0,5%)	208 (100,0%)
Pré-forame	61(100,0%)	0(0,0%)	61 (100,0%)
Pós-forame	13(43,3%)	17(56,7%)	30 (100,0%)
TOTAL	281(94,0%)	18(6,0%)	299 (100,0%)

Qui-Quadrado ($\chi^2 = 151,2$; $p < 0,001^*$)

Quanto à análise das diferentes categorias de fissuras nos sujeitos avaliados observou-se que a alteração estética foi estatisticamente significativa nos diferentes grupos quando presente (Tabela 30). Na fissura transforame e pré-forame houve maior indicação de alteração estética que na pós-forame. Dados estes condizentes com a literatura específica que denota a relevância do aspecto físico/estético com o fator importante no engajamento social e escolar da criança com fissura labiopalatina (Tavano 1994; Richman 1973, 1976, 1978, 1997, Shaw e Humphreys 1982, Broder et al 1998 e Stephan 2003).

Tabela 31. Distribuição das Crianças da amostra em categorias quanto ao tipo de fissura e alteração auditiva

Tipo de Fissura	Alteração Auditiva		
	Sim	Não	TOTAL
Transforame	48(23,1%)	160(76,9%)	208 (100,0%)
Pré-forame	4(6,6%)	57(93,4%)	61 (100,0%)
Pós-forame	11(36,7%)	19(63,3%)	30 (100,0%)
TOTAL	63(21,1%)	236(78,9%)	299 (100,0%)

Qui-Quadrado ($\chi^2 = 12,62$; $p = 0,002^*$)

Quanto à alteração auditiva e o tipo de fissura, na percepção dos pais (Tabela 31), os resultados mostraram que 236 pesquisados afirmaram que seus filhos não apresentavam alterações auditivas, enquanto que, 63 genitores responderam que seus filhos apresentavam problemas auditivos. Os resultados estatísticos denotam que houve correlação significativa entre os diferentes grupos. Na percepção dos pais os pré-forames na sua grande maioria não apresentaram alteração auditiva (93,4%), enquanto que, o transforame e o pós-forame em sua grande maioria apresentam alteração auditiva. Os resultados estatísticos denotam que houve correlação significativa entre os diferentes grupos. Diferentemente dos achados científicos descritos por Costa-Filho, Piazzentin (1997), Minardi et al (2004) e Pegoraro-Krook et al (2004), que nos seus trabalhos encontraram quase a totalidade da amostra com problemas auditivos.

Tabela 32. Distribuição das Crianças da amostra em categorias quanto ao tipo de fissura e alteração na fala

Tipo de Fissura	Alteração da Fala		
	Sim	Não	TOTAL
Transforame	114(54,8%)	94(45,2%)	208 (100,0%)
Pré-forame	6(9,8%)	55(90,2%)	61 (100,0%)
Pós-forame	20(66,7%)	10(33,3%)	30 (100,0%)
TOTAL	140(46,8%)	159(53,2%)	299 (100,0%)

Qui-Quadrado ($\chi^2 = 43,59$; $p < 0,001^*$)

Quanto à alteração da fala e o tipo de fissura os achados evidenciaram (Tabela 32), correlação estatisticamente significativa nos diferentes grupos, mostrando a interferência negativa desta alteração como referido de forma global em vários estudos (Brown, Jonhston e Niswander 1972, Cariola 1985, Pegoraro-Krook 1995, Tavano 2000, Kummer 2001, Genaro et al 2004 e Pegoraro-Krook et al 2004).

Na percepção dos pais, o pré-forame em sua grande maioria não apresentam alteração de fala (90,2%), enquanto que, o transforame e o pós-forame, grande parte apresentam alteração na fala.

Tabela 33. Distribuição dos sujeitos da amostra em categorias quanto à série em curso e sua idade atual

Escolaridade	Idade Atual							TOTAL
	6 anos	7 anos	8 anos	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	
1ª Série	4 (8,5%)	25 (53,2%)	12 (25,5%)	6 (12,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	47 (100,0%)
2ª Série	0 (0,0%)	10 (12,4%)	57 (70,4%)	7 (8,6%)	4 (4,9%)	3 (3,8%)	0 (0,0%)	81 (100,0%)
3ª Série	0 (0,0%)	0 (0,0%)	19 (21,8%)	47 (54,0%)	17 (19,5%)	3 (3,5%)	1 (1,2%)	87 (100,0%)
4ª Série	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	18 (21,2%)	51 (60,0%)	12 (14,1%)	4 (4,7%)	88 (100,0%)
Todos os Grupos	4 (1,3%)	35 (11,7%)	88 (29,3%)	78 (26,0%)	72 (24,0%)	18 (6,0%)	5 (1,7%)	300 (100,0%)

De acordo com a tabela 33, no que diz respeito à escolaridade e a idade dos filhos dos sujeitos pesquisados os achados revelam que 184 das crianças estavam na série correspondente à sua idade, 69 crianças não apresentaram idade compatível com a série em curso e apenas 47 crianças estavam cursando séries escolares adiantadas com relação a sua faixa etária.

Tabela 34. Distribuição das crianças da amostra em categorias quanto à aceitação no ambiente escolar e o desempenho

Aceitação	Desempenho Escolar				
	Ótimo	Bom	Regular	Deficiente	Total
Sim	77 (46,10%)	61 (37,2%)	23 (14,0%)	3 (1,8%)	164 (100,0%)
Não	36 (26,5%)	63 (46,3%)	31 (22,8%)	6 (4,4%)	136 (100,0%)
TOTAL	113 (37,7%)	124 (41,3%)	54 (18,0%)	9 (3,0%)	300 (100,0%)

Mann-Whitney (U = 8536 ; p < 0,046*)

Em relação à influência da aceitação da criança com fissura labiopalatina na escola, quanto ao seu desempenho escolar (Tabela 34), os achados deste estudo são conclusivos ao demonstrarem que existe diferença estatisticamente significativa no desempenho escolar quando a criança não é bem aceita no ambiente escolar. Os resultados mostraram que das 164 crianças que foram bem aceitas na escola, 138 apresentaram desempenho escolar entre ótimo e bom, enquanto que, 23 apresentaram desempenho regular e apenas 3 crianças, tinham desempenho deficiente. Muitas pesquisas parecem indicar um déficit na competência acadêmica da criança com fissura labiopalatina, o qual, no mais das vezes, poderia estar associado com a sua má-adequação ao meio escolar, ou seja, a forma de como a criança com fissura labiopalatina, é percebida e aceita na escola pelos seus professores e amigos. Quando a deficiência é mais visível, as crianças correm o risco de serem avaliadas por seus professores como intelectualmente inferiores, o que deixa transparecer, nesse caso, que a deformidade facial é uma variável que influencia o julgamento do professor em torno da capacidade intelectual do aluno(Richman 1973,1976, Cariola 1985 e Tavano 2004).

De acordo com o que foi relatado pelos pais, as dificuldades de integração e aceitação, dos seus filhos com fissura labiopalatina acontecem principalmente no ambiente escolar, pois os mesmos se sentem vítimas de preconceitos e rejeições por parte dessa comunidade.

Tabela 35. Distribuição das crianças da amostra em categorias quanto ao tipo de fissura e aceitação na escola

Tipo de Fissura	Aceitação		
	Sim	Não	Total
Transforame	105 (50,5%)	103 (49,5%)	208 (100,0%)
Pré-forame	36 (59,0%)	25 (40,10%)	61 (100,0%)
Pós-forame	22 (73,3%)	8 (26,7%)	30 (100,0%)
TOTAL	163(54,3%)	136(45,3%)	299 (100,0%)

Qui-Quadrado ($\chi^2 = 6,15$; $p = 0,046^*$)

Na tabela 35, os resultados denotam também correlação estatisticamente significativa quanto ao tipo da fissura e a aceitação da criança que a possui no ambiente escolar. Aqui se mostrou uma maior aceitação nas fissuras pós-forame, pois é a que apresenta menor comprometimento estético, embora com maior comprometimento da fala que as fissuras pré-forame. Isto sugere que a aceitação está mais relacionada à estética do que com a função da fala. Dados estes não estão condizentes com alguns estudos, que revelam que a criança com fissura labiopalatina no ambiente escolar vivencia situações desconfortáveis, devido a sua desvantagem estética, a sua fala que muitas vezes tende a criar, uma certa reação adversa por parte dos colegas e de seus professores, pois ao ser observada pelos mesmos obtinha uma avaliação negativa e mais negativa ainda,

era quando sua deformidade era mais grave (Schneiderman e Harding 1984; Cariola 1985, Amaral 1986 e Tavano 1994).

Tabela 36. Distribuição das crianças da amostra em categorias quanto à alteração estética e o desempenho escolar

Alteração Estética	Desempenho Escolar				
	Ótimo	Bom	Regular	Deficiente	TOTAL
Sim	109 (38,7%)	119 (42,2%)	47 (16,7%)	7 (2,5%)	282 (100,0%)
Não	4 (22,2%)	5 (27,8%)	7 (38,9%)	2 (11,1%)	18 (100,0%)
TOTAL	113(37,7%)	124(41,3%)	54(18,0%)	9(3,0%)	300 (100,0%)

Mann-Whitney ($u = 3549$; $p = 0,012^*$)

Quanto à interferência da alteração estética no desempenho escolar da criança com fissura (Tabela 36), os dados evidenciam que a alteração estética está relacionada ao desempenho escolar. Esse achado é concordante com os outros achados significantes deste estudo como a correlação entre a fissura e aceitação; aceitação e o desempenho.

Quanto à análise das diferentes categorias da fissura labiopalatina nos sujeitos avaliados observou-se que a alteração estética foi estatisticamente significativa nos diferentes grupos quando presente (Tabela 36). Dados estes condizentes com a literatura específica que denota a relevância do aspecto físico/estético com a capacidade de aprendizagem (Tavano 1994, Richman 1973, 1976, 1978, , Shaw e Humphreys 1982, Broder et al 1998 e Stephan 2003).

Tabela 37. Distribuição das crianças da amostra em categorias quanto à alteração auditiva e desempenho escolar

Alteração Auditiva	Desempenho Escolar				
	Ótimo	Bom	Regular	Deficiente	TOTAL
Sim	15 (23,8%)	21 (33,3%)	21 (33,3%)	6 (9,5%)	63 (100,0%)
Não	98 (41,4%)	103 (43,5%)	33 (13,9%)	3 (1,3%)	237 (100,0%)
TOTAL	113 (37,7%)	124 (41,3%)	54 (18,0%)	9 (3,0%)	300 (100,0%)

Mann-Whitney (U = 5076 ; p = 0,001*)

Na Tabela 37 observa-se as relações entre a alteração auditiva e o desempenho escolar. Nota-se primeiramente que a maioria das crianças não possuem alterações auditivas, o que não poderá interferir no desempenho escolar. Dado demonstrado pelo fato da maioria (41,4 % e 43,5%) considerar o desempenho escolar como ótimo e bom. No entanto, 42,8% dos pais acreditam que a alteração auditiva tem interferência no desempenho escolar representada na tabela, por regular e deficiente.

O teste estatístico mostra que o grupo classificado como não tendo alteração auditiva tem desempenho significativamente melhor que o com alteração auditiva.

Tabela 38. Distribuição das crianças da amostra em categorias quanto à alteração da fala e desempenho escolar

Alteração da Fala	Desempenho Escolar				
	Ótimo	Bom	Regular	Deficiente	TOTAL
Sim	28 (20,0%)	69 (49,3%)	38 (27,1%)	5 (3,6%)	140 (100,0%)
Não	85 (53,1%)	55 (34,4%)	16 (10,0%)	4 (2,5%)	160 (100,0%)
TOTAL	113 (37,7%)	124 (41,3%)	54 (18,0%)	9 (3,0%)	300 (100,0%)

Mann-Whitney (U = 7033,5 ; p < 0,001*)

Quanto à relação entre alteração da fala e o desempenho escolar (Tabela 38) observa-se dados significativos quando 69,3% dos pais acreditam que seus filhos, mesmo tendo alteração de fala apresentam desempenho escolar entre bom e ótimo. Do total das crianças que apresentam alteração na fala, apenas 43 tem seu desempenho escolar entre regular (38) e deficiente (5). Na maioria dos casos (160) não consta alteração da fala e o desempenho escolar é visto em 87,5% como ótimo e bom. Apenas 20 das crianças que não apresentam alteração de fala apresentam seu desempenho entre regular e deficiente.

Aqui também o teste mostra diferença estatisticamente significativa entre os grupos com e sem alteração de fala, com o grupo sem alteração com melhor desempenho escolar.

5. CONCLUSÃO.

Baseado nas análises realizadas durante este estudo pode-se concluir, de acordo com a percepção dos pais, que:

1 O desempenho escolar de seus filhos, é satisfatório em sua maioria , ou seja, é considerado ótimo e bom (79%);

2 Os fatores interferentes no desempenho escolar, na visão dos pais, foram: aceitação da criança na escola, alteração estética, alteração auditiva e alteração da fala.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral LA. *Pensar a diferença/deficiência*. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência; 1994.

Amaral VLAR do. Aspectos psicossociais. In: Altmann EBC, organizadora. *Fissuras labiopalatinas*. 4a. ed. Carapicuíba: Pró-Fono; 1997. p.500-14.

Amaral VLAR. *Vivendo uma face atípica: influência da deformidade facial no auto e hetero conceitos e na realização acadêmica de crianças de 6 a 12 anos* [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1986.

Arce B, Azevedo JBC, Freire–Maia N, Chautard EA. Frequência e riscos da recorrência de fisuras lábio-palatinas. *Rev Paul Med* 1968;72:239-46.

Asher SR. Social competence and peer status: recent advances and future directions. *Child Dev* 1983; 54:1427-34.

Bachega MI. *Indicadores psicossociais e repercussões na qualidade de vida de adolescentes com fissura labiopalatal* [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2002.

Belfer ML, Harrison AM, Pillemmer FC, Murray JE. Appearance and the influence of reconstructive surgery on body image. *Clin Plast Surg* 1982; 9:307-15.

Bernstein NR, Kapp K. Adolescents with cleft palate: body-image and psychosocial problems. *Psychosomatics* 1981; 22:697-703.

Blood GW, Hyman M. Children's perception of nasal resonance. *J Speech Hear Disord* 1977; 42:446-8

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; 35:127-31.

Brophy JE, Good TL. *Teacher-student relationship: causes and consequences*. New York: Holt, Rinerhart e Winston; 1974.

Brown KS, Jonhston MC, Niswander JD. Isolated cleft palate in mice after transportation during gestation. *Teratology* 1972; 5:119-24.

Capellozza Filho L, Silva Filho OG. Fissuras lábio-palatais. In: Petrelli E, coordenador. *Ortodontia para fonoaudiologia*. Curitiba: Lovise; 1992. p.195-239.

Capellozza Filho L, Álvares ALG, Rossato C, Vale DMV, Janson GRP, Beltrami LER. Conceitos vigentes na etiologia das fissuras lábio-palatinas. *Rev Bras Cir* 1988; 78:233-40.

Capellozza Filho L, Miranda E, Álvares ALG, Rossato C, Vale DMV, Janson GRP, et al. Conceitos vigentes na epidemiologia das fissuras lábio-palatinas. *Rev Bras Cir* 1987; 77:223-30.

Caramashi S. Alguns paradigmas da etologia. In: 4º *Anais de Etologia*; 1993 7-9 out; Bauru, Brasil. Bauru: Universidade Estadual Paulista; 1993. p.1-12.

Cariola T. *Indicadores emocionais no desenho da figura humana realizados por crianças com fissuras lábio-palatais*. [tese]. Assis: Universidade Estadual de São Paulo; 1985.

Castilla E, Lopes -Camelo JS, Paz JE. *Atlas geográfico de las malformaciones congénitas em Sudamérica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995: p.58-9.

Centrinho, em nome da reabilitação integral. *Crosp* 2004; 23:22-3.

Costa Filho AO, Piazzentin SH. Aspectos otológicos. In: Altman EBC. *Fissuras labiopalatinas*. Barueri: Pró-fono; 1997. p.485-98.

Dalben GS. *Condições bucais de pacientes com craniossinostoses múltiplas sindrômicas e síndrome de Treacher Collins*. [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2004.

Eibl-Eibesfeldt I. *Etologia. Introducción al estudio comparado del comportamiento*. Barcelona: Omega, 1979.

Farkas LG, Kolar JC. Anthropometrics and art in the aesthetics of women's faces.

Clin Plast Surg 1987; 14:599-616.

Fenha ME, Santos C, Figueira L. Avaliação das dimensões cognitivas e sócio-afectivas de crianças com fendas lábio-palatina. *Psicol Saúde Doenças* 2000;

1:113-20.

Freitas JAS, Dalben GS, Santamaría Júnior M, Freitas PZ. Current data on the characterization of oral cleft in Brasil. *Braz Oral Res* 2004; 18:128-33.

Garcia, JRL. Auto-imagem em pacientes adultos com fissura lábio-palatal: uma análise através do desenho da figura humana.(Monografia). Bauru: Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, Universidade de São Paulo; 1997

Genaro KF, Yamashita RP, Trindade IKK. Avaliação clínica e instrumental na fissura labiopalatina. In: Ferreira LP, organizadora. *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Roca; 2004. p.456-77.

Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.

Hardin-Jones MA, Jones DL. Speech production of preschoolers cleft palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2005; 42:7-13.

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.

Jones JE. Self-concept and parental evaluation of peer relationships in cleft lip and palate children. *Pediatr Dent* 1984; 6:132-8.

Kamlot E. Relato de experiência - família, desejo e aprendizagem. *Rev Psicopedagog* 1997; 16:28-34.

Kapp K. Self concept of the cleft lip and or palate child. *Cleft Palate J* 1979; 16: 171-86.

Kapp-Simon, K. Self-concept of primary-school-age children with cleft lip, cleft palate or both. *Cleft Palate J* 1986; 23:24-7

Knapp ML, Hall JA. *Comunicação não-verbal na interação humana*. São Paulo: JNS; 1999.

Kummer AW. Cleft palate and craniofacial anomalies: effects on speech resonance. San Diego: Singular; 2001.

Linhares MBM, Parreira VLC, Maturano AC, Sant'Anna SC. Caracterização dos motivos da procura do atendimento infantil em um serviço de psicopedagogia clínica. *Medicina* 1993; 26:148-60.

Lofiego JL. Fissura lábio-palatina: *avaliação diagnóstica e tratamento fonoaudiológico*. Rio de Janeiro: Revinter, 1992.

Minardi CGC, Souza ACF, Neto M, Ulhôa FM, Feniman MR, Campos CF, Cruz MF. Habilidades auditivas de niños com labial y/o palatian según el cuestionario Fisher. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2004; 55:160-4.

Motoyama LCJ, Lino AP, Zambon Junior D, Lopes LD. Tratameto ortodôntico em pacientes com fissura lábio-palatinas. *Rev Paul Odontol* 2000; 22:4-10,

Murray JC. Gene/enviroment causes of cleft lip and/or palate. *Clin Genet* 2002; 61:248-56.

Murray JE. Et al. Evaluation of craniofacial sugery in the tretment of facial deformities. *Ann. Surg.* 1975; 182:.240-65.

Nagem Filho H, Moraes N, Rocha RGF. Contribuição para o estudo da prevalência das malformações congênitas lábio-palatais na população escolar de Bauru. *Rev Fac Odontol São Paulo*, 1968; 6:111-28.

Nelli EA, Vicente MCZ, Buchala RG, Buffa MJMB, Souza RF. Ações integradas na reabilitação de crianças portadoras de lesões labiopalatais. In: Kudo AM, coordenador. *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria*. São Paulo: Sarvier; 1990.

Omote S. Aparência e competência em educação especial. In Dias TRSD, organizador. *Temas em educação especial*. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 1990. p.11-26.

Omote S. Atratividade física facial e percepção de deficiências. *Didática* 1993/1994; 29:115-24.

Pachi PR. Aspectos pediátricos. In Altmann EBC. *Fissuras labiopalatinas*. 4a. ed. rev. ampl. atual. Carapicuíba: Pró-Fono; 1997.p. 283-8.

Passeri SMRR, Oliveira GC. Psicopedagogia no ambiente hospitalar. *Rev Psicopedag* 2001; 19:51-6.

Pegoraro-Krook MI. *Avaliação da fala de pacientes que apresentavam inadequação velofaríngea e que utilizavam prótese de palato* [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 1995.

Pegoraro-Krook MI, Dutka-Souza JCR, Magalhães LCT, Feniman, MR. Intervenção fonoaudiológica na fissura palatina. In: Ferreira LP, organizadora. *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo:Roca; 2004. p.439-55.

Richman LC. Behavior and achievement of cleft palate children. *Dissert Abstr Intl* 1973; 34:31-57.

Richman LC. Behavior and achievement of cleft palate children. *Cleft Palate J* 1976; 13:4-10.

Richman LC. The effects of facial disfigurement on teacher's perception of ability in cleft palate children. *Cleft Palate J* 1978; 15:155-60.

Santos GG. Padrões de fala de indivíduos com fissura lábio-palatina: análise pré e pós-cirúrgica.[dissertação] Curitiba: Universidade Tuiuti do Paraná; 2000. 79p.

Silva Filho OG, Ferrari Júnior FM, Rocha DL, Souza Freitas JA. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. *Rev Bras Cir* 1992; 82: 59-65.

Souza Freitas JA. *Centro de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio Palatais*. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, 1974.

Spina V, Psillakis JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação. *Rev Hosp Clin Fac Méd* 1972; 27:5-6.

Stephan AD. O desenvolvimento psicossocial e educacional de indivíduos com anomalias faciais. *Rev Bras Cres Desenv Hum* 2003; 13:53-8.

Styer GW, Freeh K. Feeding infants with cleft lip and/or palate. *JOGN Nurs* 1981; 10:329-32.

Schneiderman CR, Harding JB. Social ratings of children with cleft lip by school. *Cleft Palate J* 1984; 21:219-23.

Shaw WC, Humphreys S. Influence of children's dentofacial appearance on teacher expectations. *Commun Dent. Oral Epidemiol* 1982; 10:313-9.

Smith TEC, Dowdy CA, Polloway EA, Blalock GE. *Children and adults with learning disabilities*. Boston: Allyun Bacon; 1997. p.41-2.

Starr P. et al. Mental, motor and social behavior of infants with cleft lip and/ or cleft palate. *Cleft Palate J*, 1977; 14:140-7.

Stephan AD. O desenvolvimento psicossocial e educacional de indivíduos com anomalias faciais. *Rev Bras Cres Desenv Hum* 2003; 13:53-8.

Stobäus CD, Mosquera JJM. Educação inclusiva: um novo olhar sobre a educação especial. *Educação* 2000; 23:129-42.

Tavano LDA. *Análise da integração escolar de uma criança portadora de lesão lábio-palatal* [dissertação]. São Carlos: Centro de Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos; 1994.

Tavano LDA. *Avaliação do desempenho psicossocial de pacientes portadores de fissura lábio-palatina submetidos a tratamento multidisciplinar no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais-USP* [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2000.

Tobiansen JM, Hiebert JM. Clefting and psychosocial adjustment: influence of facial aesthetics. *Clin Plast Surg* 1993; 20:623-31

Trost-Cardamone JE. Diagnosis of specific cleft palate speech error patterns for planning therapy or physical management needs. In: Bzoch KR. Communicative disorders related to cleft lip and palate. 4th. ed. Austin:Pro-Ed; 1997. p.13-30.

Vicente MCZ, Buchala RG. Atualização da terminologia de distúrbios articulatórios encontrados em falantes portadores de fissura de lábio e palato. *Dist Comum* 1991; 4:147-52.

Anexos

**Anexo 1 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de
Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - USP**

Anexo 2 - Carta de informação ao participante

CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA

Prezado Participante,

A presente pesquisa intitulada “**Desempenho escolar de crianças com fissura labiopalatina na visão dos pais**”, será realizada com o objetivo de levantar dados a respeito da opinião dos pais sobre o desempenho escolar de seus filhos com fissura labiopalatina, matriculados em Escola de Ensino Regular do Ensino Fundamental I, e constatar se os pais acreditam na razão de possíveis dificuldades quanto à aceitação, integração e desempenho dos seus filhos no ambiente escolar dever-se à fissura.

Para tanto utilizaremos entrevistas individuais com pais e/ou cuidadores de crianças, que apresentem fissuras labiopalatinas, de ambos os sexos, matriculados no Ensino Fundamental I, em classes regulares. A pesquisa não acarretará nenhum tipo de desconforto ou risco para o paciente. A participação do sujeito na pesquisa não requer nenhum gasto adicional para ele.

O sujeito ficará à vontade para se negar a responder, abandonar a pesquisa ou exigir maiores esclarecimentos sobre ela, em todo tempo, sem qualquer prejuízo à continuidade do tratamento do seu filho na Instituição.

Os dados obtidos nas entrevistas e o resultados publicados não identificarão o indivíduo e em hipótese alguma será revelada sua identidade.

Caso o sujeito da pesquisa queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo – Bauru – HRAC/USP/Bauru, pelo endereço: Rua Silvio Marchione, 3-20 na Unidade de Ensino e Pesquisa ou pelo telefone (14)3235-8421.

Pesquisador: **Lígia Maria da Silva Duarte**

Orientador: **Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris**

Nome do Pesquisador Responsável: Lígia Maria da Silva Duarte

Endereço Institucional: Rua Silvio Marchione, 3-20

Cidade: Bauru Estado: SP Cep: 17.043-900

Telefone: (14)3235-8421 Ramal: 8198

Anexo 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa da **CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA**, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito da pesquisa, pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 9º do Código de Ética Odontológica ou Art. 29º do Código de Ética do Fonoaudiólogo).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Nome do Pesquisador Responsável: Lígia Maria da Silva Duarte

Endereço Institucional: Rua Silvio Marchione, 3-20.

Cidade: Bauru Estado: SP Cep: 17.043-900

Telefone: (14)3235-8421 Ramal: 8198

Anexo 4- Questionário da Entrevista

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

MESTRADO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO HUMANA
DESEMPENHO ESCOLAR DE CRIANÇAS COM FISSURA LABIOPALATINA NA VISÃO DOS PAIS

ENTREVISTA Nº _____

Nome paciente _____ RG _____
Sexo Paciente: Masculino () Feminino () Idade _____
Classificação da Fissura _____ Tempo Tratamento _____
Série paciente _____ Cidade/Estado _____
Pai: _____ Idade _____
Escolaridade _____ Profissão _____
Mãe _____ Idade _____
Escolaridade _____ Profissão _____
Irmãos/Idade/ Escolaridade _____

Nível sócio-econômico _____

1-Com que idade seu filho(a) ingressou na escola?

() 3 meses/12 anos () 12 meses/ 3 anos () 3 anos / 7 anos () mais de 7 anos

2-Quando entrou na escola já tinha realizado as primeiras cirurgias reparadoras?

Lábio () Sim () Não

Palato () Sim () Não

3-Tipo de escola que a criança frequenta?

() Estadual () Municipal () Particular () Rural

4-Sua frequência escolar, aponta:

() assiduidade
() muitas faltas
() atrasos constantes

Justifique _____

5-Você já recebeu alguma queixa do professor (a) com relação às ausências do seu filho na escola devido ao tratamento?

() Sim () Não

6-Como você considera o desempenho escolar do seu filho(a) com fissura?

() ótimo () bom () regular () deficiente

Justifique, caso a resposta seja regular ou deficiente. _____

Continuação

7-Para você, o desempenho do seu filho, com fissura comparado ao desempenho dos seus irmãos que não possuem fissuras (de idade mais próxima) classifica-se como:

() Semelhante () Superior () Inferior

8-Houve repetência?

() Não () Uma Vez () Duas vezes () Mais Vezes

Em que série?

() 1ª () 2ª () 3ª () 4ª

Por que? _____

9-E os irmãos que não têm fissura, foram reprovados alguma vez?

() Sim () Não

Atribui a repetência dos irmãos a que? _____

10-O seu filho (a) gosta da escola?

() Sim () Não

11-Como foi a aceitação do seu filho (a) pela Comunidade Escolar ?

() Não foi aceito () Aceito com naturalidade () Com deboches () Isolado pelo grupo

Comente: _____

12-Como ele se sente na escola?

() À vontade () Triste () Irritado () Retraído () Outros

Comente: _____

13-O seu filho recebeu algum apelido na escola por causa da fissura?

() Sim () Não

14-Em caso positivo, quais? _____

15-Como seu filho reagiu a este tipo de situação?

- () Reagiu com agressividade
- () Ficou magoado
- () Afastou-se dos colegas
- () Ficou bastante irritado
- () Não deu importância
- () Outras.

Especifique _____

Continuação

16-Você acha que a fissura interfere no desempenho escolar do seu filho (a)?

() Sim () Não

17-Quais outras alterações que seu filho(a) apresenta além da fissura?

- () Estética
- () Audição
- () Fala
- () Outras.

Especificar _____

18-Essas alterações interferem no aprendizado escolar?

() Sim () Não

Em caso positivo justifique _____

19-Você costuma ajudar seu filho na realização das tarefas escolares ou passa esta incumbência para outras pessoas?

Quais? _____

20-Com que frequência, você comparece às reuniões escolares?

() Sempre () Raramente () Nunca

Por que? _____

21-Com que frequência você encontra/conversa com o professor sobre seu filho(a)?

() Nunca () Somente nas reuniões () Uma vez por semana () Outros

Especifique _____

22-As informações recebidas dos professores sobre seu filho (a), são referentes a:

- () Leitura
- () Escrita
- () Cálculos matemáticos
- () Relacionamentos
- () Disciplina
- () Outros.

Especifique _____

23-Existe queixa do professor em relação a seu filho (a) sobre a dificuldade de aprender?

() Sim () Não

Continuação

24-Em caso positivo, como seu filho(a) se comporta frente a dificuldade?

() deixa de lado, nada pergunta

- ☐ pede auxílio à professora
- ☐ pede auxílio aos colegas
- ☐ pede ajuda em casa
- ☐ outros comportamentos.

Especificar _____

25-Se o seu filho(a) apresenta dificuldade de aprender, como o professor lida com essa dificuldade?

26-Como você considera o relacionamento do seu filho com a professora?

- ☐ Ótimo, sem problemas ☐ Regular
- ☐ Bom ☐ Ruim

27-Como você considera o relacionamento do seu filho(a) com os colegas da escola?

- ☐ Ótimo, sem problemas ☐ Regular
- ☐ Bom ☐ Ruim

28-Você acha que seu filho merece atenção especial na escola devido a sua condição?

- ☐ Sim ☐ Não

Quais? _____

29-Alguma vez você se preocupou com o que as pessoas, principalmente na escola iriam pensar sobre a condição do seu filho?

- ☐ Sim ☐ Não

Por quê? _____

30-Acredita que, com o término do tratamento os relacionamentos escolares e sociais irão melhorar para o seu filho?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)