

AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES COGNITIVAS E SÓCIO-AFECTIVAS DE CRIANÇAS COM FENDA LÁBIO-PALATINA

Madalena Fenha¹, E. Costa Santos², & Luísa Figueira¹

¹Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa

²Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Santa Maria

RESUMO: O Objectivo deste trabalho é avaliar o desempenho cognitivo de um grupo de crianças com Fenda Lábio-Palatina (N=35), bem como as suas dificuldades a nível Socio-afectivo e Linguístico. Esta avaliação é feita no contexto de um programa de investigação multidisciplinar em curso que abrange as especialidades de Psicologia, Cirurgia Plástica e Linguística.

A Metodologia usada incluiu uma Entrevista Clínica, a determinação do rendimento intelectual/cognitivo através das Escalas de Wechsler, a Escala de Desenvolvimento Psicomotor de Brunet-Lezine em crianças com dificuldades de linguagem, o CAT, Desenho da Figura Humana, bem como a caracterização do nível Socio-Económico e Escolaridade dos pais.

Resultados: Salientam-se as seguintes correlações: Auto-Imagem e Fantasia, Adaptação Escolar e Relação com os pares, Dificuldades Linguísticas e QIV.

Palavras chave: Desempenho cognitivo, Fenda lábio palatina, Dificuldades psicossociais e linguísticas.

ASSESSMENT OF THE COGNITIVE AND SOCIAL-EMOTIONAL PERFORMANCE OF CLEFT LIP AND PALATE CHILDREN

ABSTRACT: The aim of this study was to evaluate the cognitive performance of a sample of cleft lip and palate children (N=35) as well as their difficulties in the social-emotional and linguistic areas. The study was done as part of an undergoing multidisciplinary research program that involves the specialties of Psychology, Plastic Surgery and Linguistics.

The methodology used were the Clinical Interviews, the evaluation of the intellectual/cognitive achievement after the Wechsler Scales, The Psychomotor development Scale of Brunet-Lezine for children with language difficulties, the CAT, Drawing of the Human Figure, and at the same time the identification of their parents social-economic level and school degree.

Results: The following relationships are outlined: Self-image and Fantasy, School Integration and relationship with their peers, Language Difficulties and VIQ.

Key words: Cognitive performance, Cleft lip and palate, Psychosocial and language difficulties.

O objectivo deste trabalho é avaliar o desempenho cognitivo de um grupo de crianças com Fenda lábio-palatina e as suas dificuldades a nível sócio-afectivo e da linguagem. Esta avaliação é feita no contexto de um estudo pluridisciplinar¹ em curso que abrange as áreas de Psicologia Clínica, Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Análise Linguística. Posteriormente, comparou-se o desempenho deste grupo de crianças com fendas com o de outro sem qualquer outra patologia física.

À partida e conhecendo a situação clínica e cirúrgica destas crianças (com fendas) pensa-se que elas estão sujeitas a situações vivenciais tais como, internamentos sucessivos, ausências

¹ "Avaliação Psicolinguística em sujeitos diagnosticados com fenda do palato ou fenda lábio palatina" (Prof^ª Doutora Isabel Faria, Dra. Isabel Falé, Dpt. Linguística, FLUL; Dr. E. Costa Santos, HSM; Prof^ª Doutora Luísa Figueira, Dra. Madalena Fenha, Inst. Psicologia, FML). Programa Praxis – JNICT. PCSH-CLC-125-96.

frequentes do contexto familiar, escolar e social que vão interferir com o seu desenvolvimento em geral e conseqüentemente com o seu desempenho a vários níveis.

Fendas do lábio e/ou do palato são malformações congénitas da face que afectam de forma isolada, ou associadas, o lábio superior e o palato. Aparecem sob uma grande variedade de formas (Figura 1), podendo apresentar-se como unilaterais ou bilaterais, completas ou incompletas.

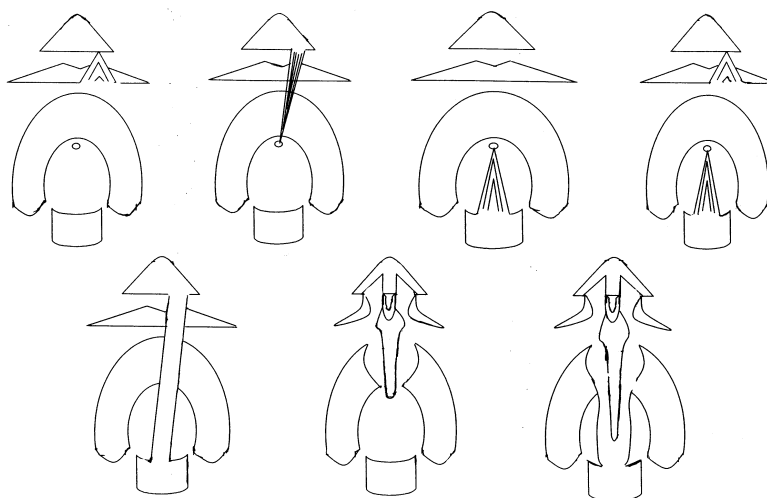


Figura 1. Esquema conforme classificação de Kernahan e Stark. O buraco incisivo é o ponto de divisão das duas diferentes entidades embriológicas, palato primário (lábio) e secundário (palato)

A fenda do lábio com ou sem fenda do palato (FL±P) e a fenda do palato (FP) constituem duas entidades nosológicas distintas pois as suas etiologias e causas genéticas são diferentes.

A fenda do lábio (FL±P) tem uma incidência de 1‰ na população branca mas a prevalência é maior nos asiáticos (1,7‰) e menor (0,4‰) na população negra; a fenda do palato (FP) tem uma incidência constante de 0,4‰ na maior parte das populações em que tem sido estudada. A fenda lábio palatina é prevalente no sexo masculino na proporção de 2/1 e o contrário acontece com a fenda do palato (1/2).

A etiologia das fendas lábio palatinas e do palato é ainda hoje parcialmente desconhecida mas pensa-se que é, com algumas excepções, multifactorial. Coexistem factores genéticos e ambientais sendo incluídos nestes últimos as infecções, as radiações e os agentes químicos nomeadamente medicamentosos e eventualmente alimentares.

É de referir que, logo à nascença, estas crianças são percebidas de um modo diferente, tanto pelos seus progenitores como pelo meio envolvente que têm para com elas um comportamento que vai da protecção excessiva à não aceitação/rejeição. A primeira imagem que a mãe enfrenta é a de um recém-nascido com uma abertura, deformante, mais ou menos extensa, na parte média do lábio superior. A par da deformação do lábio (Figura 2) existem alterações estruturais da matriz osteoperióstica que podem provocar atrasos do crescimento do terço médio da face e em que está afectada a erupção e a disposição dos dentes no maxilar superior. Quando o palato tem fenda, a voz é nasalada e a fonação encontra-se afectada por dificuldades de articulação e há, quase sempre, alterações da audição relacionadas com otites serosas, por disfunção tubária. Pode haver dificuldade de drenagem dos canais lacrimais e, embora de uma forma ligeira, a sucção e a deglutição estão afectadas requerendo aprendizagem e paciência para a alimentação correcta e sem problemas.

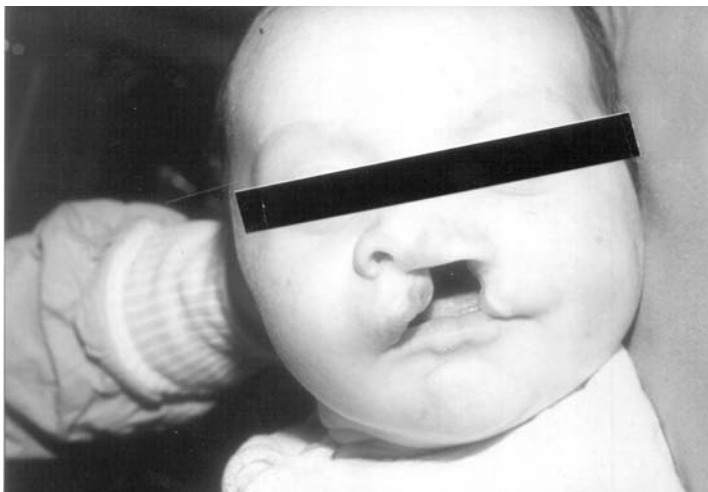


Figura 2.

O tratamento das fendas lábio palatinas inicia-se após o nascimento e prolonga-se até ao fim da adolescência, pelos 18 anos. Mobiliza uma equipa pluridisciplinar que ao longo dos anos vai curando de resolver as diferentes alterações funcionais, reconstruir uma aparência esteticamente aceitável e obter um desenvolvimento equilibrado do paciente.

O grupo de crianças com fendas lábio palatinas e do palato, não sindrômicas, sobre quem este trabalho incide, foram submetidas a um protocolo operatório específico. As técnicas cirúrgicas são o menos traumatizantes que é possível e, com a adaptação necessária a cada caso, obedecem ao seguinte esquema terapêutico.

- 7 a 10 dias: Aderência cirúrgica do lábio
- 3 meses: Encerramento definitivo do lábio e do palato mole
- 9 meses: Encerramento do palato
- 5 a 6 anos: Revisão das cicatrizes do lábio e correcção da assimetria das narinas.
- 8 anos: Início do tratamento ortodôntico
- 10 a 12 anos: (Após conclusão do tratamento ortodôntico) Encerramento da fenda alveolar.
- 16 a 18 anos: Rinoplastia estética.

Numa revisão da literatura sobre o desenvolvimento em indivíduos normais e sobre a avaliação de sujeitos com anomalias cranio-faciais, constatou-se que existem fases diferentes do desenvolvimento, sendo umas mais críticas do que outras. Assim, Newman e Savage (1997), verificaram que aos 5 meses, as crianças com fendas, tinham resultados inferiores à média ao nível do desenvolvimento motor, auto-ajuda e desempenho cognitivo. As mesmas crianças aos 13 e 25 meses apresentavam resultados desses mesmos parâmetros nos limites do normal. Um outro trabalho sobre a relação entre o aspecto da face/linguagem e as repercussões sobre o comportamento de crianças com fendas, em três faixas etárias – 6, 9 e 12 anos – (Richman, 1997) refere que o quociente de inteligência (QI) avaliado com a escala de Wechsler, se correlaciona com o nível sócio-económico dos pais, e que num inventário de comportamentos problema (Behavior Problem Checklist) há diferença significativa entre os sexos. Por exemplo, aos 6 anos, as crianças do sexo masculino apresentam um comportamento com maior tendência de passagem ao acto. No grupo dos 9 anos, existe correlação positiva entre o QI e internalização do comportamento, e não se verificam diferenças com base no sexo e no desfiguramento facial.

Outros trabalhos sobre a auto-percepção do aspecto da face e ajustamento psicossocial em pré-adolescentes e adolescentes com anomalia craniofacial, apresentam correlações entre estas anomalias e a insatisfação com o aspecto da face, mas não se verifica uma relação entre esta e outros tipos de dificuldades de ajustamento psicossocial. No que diz respeito à auto-percepção do aspecto facial, a percepção dos pais e dos pares não se correlaciona com a percepção dos próprios (Pope & Ward, 1997).

Verifica-se que os trabalhos actuais, de um modo geral, apresentam resultados onde se referem cada vez menos diferenças entre crianças com fendas e outras crianças do mesmo nível etário e de desenvolvimento. É opinião dos autores que esta situação se deve à intervenção precoce de equipas pluridisciplinares e aos programas de sensibilização e educação neste campo.

MÉTODO

Participantes

A amostra total incluiu 70 sujeitos com idades compreendidas entre os 3 e os 16 anos, avaliados no Laboratório do Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa. Dos 70 sujeitos havia, 35 com fenda lábio palatina (G1) e 35 sem patologia física (G2) enviados à consulta devido a dificuldades de aprendizagem e de comportamento.

As variáveis de caracterização usadas foram as seguintes: idade, sexo, e escolaridade

No que diz respeito à idade, sexo e escolaridade as variáveis foram codificadas de forma categorial, como se apresenta no Quadro 1.

Quadro 1

Características demográficas dos participantes

		G1 (35) – %	G2 (35) – %	χ^2
Idade:	1 – 3 – 5 anos	37,1	34,3	ns
	2 – 6 – 10 anos	22,9	25,7	
	3 – 12 – 17 anos	40,0	40,0	
Sexo:	1 – Masculino	51,4	51,4	ns
	2 – Feminino	48,6	48,6	
Escolaridade:	1 – Infantil	37,1	34,3	ns
	2 – 1º Ciclo do Básico	25,7	25,7	
	3 – 2º Ciclo do Básico	37,1	40,0	

O Quadro 2 mostra as características sócio-económico e escolaridade dos pais e respectivas frequências em ambos os grupos.

Quadro 2

Distribuição por níveis sócio económico e escolaridade dos pais, por grupos

		G1 (35) – %	G2 (35) – %	χ^2
Nível sócio-económico dos pais	1 – Baixo	17,1	34,3	ns
	2 – Médio	62,9	60,0	
	3 – Alto	20,0	5,7	
Escolaridade dos pais	1 – Básico	20,0	31,4	ns
	2 – Secundário	65,7	62,9	
	3 – Superior	14,3	5,7	

Material

A metodologia usada no trabalho incluiu uma entrevista clínica semi-estruturada e a determinação do rendimento intelectual/cognitivo através das Escalas de Wechsler. Em crianças de faixa etária inferior aos 4 anos e com dificuldades de linguagem foi usada a Escala de Desenvolvimento Psicomotor de Brunet-Lèzine. Para avaliação da Personalidade foram utilizados, o Desenho da Figura Humana, o Teste de Apercepção Temática para Crianças – figuras animais (CAT-A), o Rorschach e o Teste de Apercepção Temática (TAT) (consoante a idade). Caracterizou-se igualmente o nível sócio-económico e escolaridade dos pais.

O tratamento estatístico dos dados incluiu a contagem de frequências, correlações não paramétricas (Spearman) e teste de Qui Quadrado, tendo sido usado o SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

RESULTADOS

As diferentes variáveis em análise, foram num primeiro tempo sujeitas a uma contagem de frequências, dado que correspondem a categorias.

O Quadro 3 apresenta a descrição das categorias das variáveis cognitivas e respectivas frequências, em ambos os grupos.

Quadro 3

Descrição das frequências por categorias das variáveis cognitivas e por grupos

		G1 (35) – %	G2 (35) – %
QIV	1 – Muito inferior (<70)	3,6	–
	2 – Inferior (70-85)	25,0	23,1
	3 – Médio (86-110)	60,7	53,8
	4 – Superior (111-120)	10,7	3,8
	5 – Muito Superior (>120)	–	19,2
QIR	1 – Muito inferior (<70)	–	–
	2 – Inferior (70-85)	10,7	15,4
	3 – Médio (86-110)	75,0	61,5
	4 – Superior (111-120)	10,7	15,4
	5 – Muito Superior (>120)	3,6	7,7
QIT	1 – Muito Inferior (<70)	3,6	3,8
	2 – Inferior (70 – 85)	10,7	19,2
	3 – Médio (86 – 110)	67,9	53,8
	4 – Superior (111 – 120)	17,9	7,7
	5 – Muito Superior (>120)	–	15,4
BLQD	1 – Muito inferior (<70)	14,3	33,3
	2 – Inferior (70-85)	14,3	–
	3 – Médio (86-110)	42,9	55,6
	4 – Superior (111– 120)	14,3	11,1
	5 – Muito superior (>120)	14,3	–

Nota. Quociente de Inteligência Verbal (QIV); Quociente de Inteligência de Realização (QIR); Quociente de Inteligência Total (QIT); Brunet-Lèzine Quociente de Desenvolvimento (BLQD).

O Quadro 4 apresenta a descrição das categorias das variáveis sócio-afectivas e referentes à linguagem e respectiva frequência em ambos os grupos.

Estas categorias foram avaliadas através da Entrevista, do Desenho e dos testes de personalidade.

Quadro 4

Categorias em percentagem das variáveis sócio-afectivas, por categorias

		G1(35) %	G2 (35) %	χ^2
Imaturidade	1 – Sim	94,3	94,3	ns
	2 – Não	5,7	5,7	
Dependência materna	1 – Sim	65,7	62,9	ns
	2 – Não	34,3	37,1	
Dificuldades em usar fantasia	1 – Sim	65,7	62,9	ns
	2 – Não	22,9	25,7	
Dificuldades relações inter-pessoais	1 – Sim	55,9	65,7	ns
	2 – Não	44,1	34,3	
Dificuldades gerir a agressividade	1 – Sim	74,3	ns	ns
	2 – Não	25,7	20,0	
Dificuldades adaptação escolar	1 – Sim	47,1	40,0	ns
	2 – Não	52,9	60,0	
Dificuldades auto-imagem	1 – Sim	40,0	48,6	ns
	2 – Não	60,0	51,4	
Dificuldades de linguagem	1 – Sim	26,5	5,7	5,45*
	2 – Não	73,5	94,3	

Nota. $p < 0,05$.

Nos seguintes quadros – 5 para o G 1 e 6 para o G2 – apresentam-se as correlações entre variáveis de caracterização, cognitivas, sócio-afectivas e referentes à linguagem e nível sócio-económico e escolaridade dos pais, para cada um dos grupos.

Quadro 5

Correlações estatisticamente significativas entre variáveis para o G1

	ID	ESC	QIV	QIR	QIT	BLQD	IMAT	DPMT	RELP	NSEP
ID	–									
ESC	0,94**	–								
QIV			–							
QIR			0,52**	–						
QIT			0,66**	0,63**	–					
BLQD						–				
IMAT							–			
DPMT	0,38*	0,41*						–		
FANT										
RELP									–	
AGRE										
APESC									0,48**	
ATIM						0,82*				
DLNG			0,40*						0,39*	
NSEP	-0,42*	-0,43**	0,38*							–
ESCP	-0,56**	-0,51**						-0,40*		0,80*

Nota. $p < 0,05$; $p < 0,01$; Idade (ID); Escolaridade (ESC); Quociente de Inteligência Verbal (QIV); Quociente de Inteligência de Realização (QIR); Quociente de Inteligência Total (QIT); Brunet-Lèzine Quociente de Desenvolvimento (BLQD); Imaturidade (IMAT); Dependência Materna (DPMT); Fantasia (FANT) Relações Interpessoais (RELP); Agressividade (AGRE); Adaptação Escolar (APES); Auto-Imagem (ATIM); Dificuldades de Linguagem (DLNG); Nível Sócio-Económico dos Pais (NSEP); Escolaridade dos Pais (ESCP).

Quadro 6

Correlações estatisticamente significativas entre variáveis para o G2

	ID	ESC	QIV	QIR	QIT	DPMT	FANT	AGRE	DLNG	NSEP
ID	–									
ESC	0,95**	–								
QIV			–							
QIR			0,56**	–						
QIT			0,86**	0,76**	–					
BLQD										
IMAT										
DPMT						–				
FANT			0,53**		0,51**		–			
RELP										
AGRE	-0,62*	-0,36*		-0,42*				–		
APES			0,45*		0,46*					
ATIM							0,44**	0,34*		
DLNG									–	
NSEP	0,37*	0,44**	0,57**	0,54**	0,69**	0,40*	0,42*			–
ESCP		0,38*	0,45*	0,42*	0,47*	0,37*			0,34*	0,74**

Nota. $p < .05$; $p < .0$; Idade (ID); Escolaridade (ESC); Quociente de Inteligência Verbal (QIV); Quociente de Inteligência de Realização (QIR); Quociente de Inteligência Total (QIT); Brunet-Lèzine Quociente de Desenvolvimento (BLQD); Imaturidade (IMAT); Dependência Materna (DPMT); Fantasia(FANT)Relações Interpessoais (RELP); Agressividade (AGRE); Adaptação Escolar (APES); Auto-Imagem (ATIM); Dificuldades de Linguagem (DLNG); Nível Sócio-Económico dos Pais (NSEP); Escolaridade dos Pais (ESCP).

No que diz respeito ao grupo de crianças com fenda (Quadro 5), observa-se que existe correlação positiva entre as variáveis escolaridade e idade. Verificam-se uma correlações positivas entre QIT e QIV e QIR. A dependência materna apresenta correlação positiva com a idade e a escolaridade. A adaptação escolar apresenta correlação positiva com dificuldades nas relações interpessoais. As dificuldades ao nível da auto-imagem correlaciona-se positivamente com o quociente de desenvolvimento de Brunet-Lezine. As dificuldades de linguagem apresentam correlação positiva com o QIV e dificuldades nas relações interpessoais. O nível sócio-económico dos pais correlaciona-se negativamente com a idade e a escolaridade e positivamente com o QIV. A escolaridade dos pais correlaciona-se negativamente com a idade, a escolaridade dos filhos e imaturidade; apresenta correlação positiva com o nível sócio-económico dos mesmos.

Observando o Quadro 6, verifica-se correlação positiva entre as variáveis escolaridade e idade, QIR e QIV e ainda entre o QIT e os QIV, QIR. A dificuldade em usar a fantasia correlaciona-se positivamente com o, QIV e QIT. Verifica-se ainda correlação negativa com a idade, escolaridade e QIR. A dificuldade de adaptação escolar apresenta correlação positiva com o QIV e QIT. Verifica-se também correlação positiva entre dificuldade ao nível da auto-imagem, a dificuldade em usar a fantasia e a agressividade. O nível sócio-económico dos pais apresenta correlação positiva com a idade, a escolaridade, os QIs e ainda com a dependência materna e a fantasia. Por fim, a escolaridade dos pais correlaciona-se positivamente com a escolaridade, os QIs, a dependência materna, as dificuldades de linguagem e o nível sócio-económico dos mesmos.

No que respeita à análise entre grupos, usando o teste de Qui quadrado, só se verificou diferença significativa na variável dificuldades de linguagem, verificando-se que as dificuldades de linguagem predominam no grupo das crianças com fenda.

DISCUSSÃO

Constata-se que no G1 a variável fantasia não se correlaciona com nenhuma outra variável, enquanto no G2 apresenta correlação positiva com o QIV e também com o QIT. A variável agressividade não apresenta qualquer correlação no G1 mas, no G2, apresenta correlação negativa com a idade, escolaridade e QIR. Um outro emparelhamento de variáveis no G1, é a dificuldade de adaptação escolar e de relações interpessoais, pois constatou-se frequentemente que crianças com dificuldade nas relações interpessoais, têm normalmente dificuldade na adaptação à escola. No G2 esta variável correlaciona-se positivamente com os QIV e QIT. As dificuldades ao nível da auto-imagem no G1 correlacionam-se positivamente com o valor do QD da escala de Brunet-Lezine, enquanto que no G2 apresentam correlação positiva com a fantasia e a agressividade, o que se verifica frequentemente na prática clínica. Outra correlação positiva que aparece no G1 é entre a dificuldade de linguagem, o QIV e a dificuldade nas relações interpessoais, o que não acontece no G2, em que não há qualquer correlação. Na prática clínica diária esta última relação do G1, aparece frequentemente associada, particularmente, neste grupo de crianças. Também é interessante verificar no G1 a correlação negativa entre o nível sócio-económico dos pais e a idade e escolaridade dos filhos, que no grupo 2 (G2) aparece em sentido inverso o mesmo acontecendo com a escolaridade, o desempenho cognitivo e a escolaridade dos pais.

Os resultados obtidos neste trabalho sobre as crianças com fendas, leva a concluir que existem muitos factores ainda desconhecidos que podem contribuir para que não se verifiquem diferenças no desempenho entre o grupo de crianças com fenda e o grupo de crianças sem patologia física, com excepção da variável dificuldades de linguagem. Isto parece óbvio, se se atender ao processo de reconstrução que na maioria dos casos, é deliberadamente anterior ou simultânea com o início do desenvolvimento da linguagem.

No entanto, devem ser salientados alguns aspectos que também podem interferir com os resultados, nomeadamente:

1. A maioria das crianças com fenda já completaram a maior parte da reconstrução da face e reabilitação da fonação.
2. A faixa etária é muito extensa (dos 3 aos 16 anos). Este facto leva-nos a pensar, que futuros trabalhos deverão ser realizados com grupos etários mais curtos e em fases de desenvolvimento melhor definidos, por exemplo: do nascimento à aquisição da marcha e linguagem (0-2 anos); desde a entrada no infantário até ao início da escolaridade básica (3-6 anos); primeiros 4 anos do ciclo básico e desde o início da puberdade até ao final da adolescência.
3. Com base na experiência clínica e em especial através dos relatos dos pais, pode-se reconhecer que as crianças com fenda são muito estimuladas pelos pais. Estes investem mais na área cognitiva e menos na área afectivo-relacional. Pode-se pensar que isto é feito pelos pais e pelas próprias crianças com o objectivo de facilitar uma maior aceitação pelos pares.

REFERÊNCIAS

- Newman, G.S., & Savage, H.E. (1997). Development of Infants and Toddlers with Cleft from Birth to Three Years of Age. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 34 (3), 218-225.
- Pope, A.W., & Ward J. (1997). Self-Perceived Facial Appearance and Psychological Adjustment in Preadolescents With Craniofacial Anomalies. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 34 (5), 306-401.
- Richman, L.C. (1997). Facial and Speech Relationships to Behavior of Children with Clefts across Three Age Levels. *Cleft Palate-Cranio Facial Journal*, 34 (5), 390-395.