

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

**ANA CELINA PIRES DE CAMPOS GUIMARÃES**

**Jovens com fissura labiopalatina:  
avaliação de saúde mental**

**Bauru  
2010**

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.



**ANA CELINA PIRES DE CAMPOS GUIMARÃES**

**Jovens com fissura labiopalatina:  
avaliação de saúde mental**

Tese apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Orientador: Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas

**Bauru  
2010**

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

Guimarães, Ana Celina Pires de Campos

Jovens com fissura labiopalatina: avaliação de saúde mental / Ana Celina Pires de Campos Guimarães, Bauru, 2010.  
130p.; Il; 30 cm.

Tese (Doutorado – Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas

1. Fissura labiopalatina 2. Saúde mental 3. Saúde geral

## Folha de Aprovação

Ana Celina Pires de Campos Guimarães

Tese apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor.

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Aprovado em:

### Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr.  
Instituição (Orientador)

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr.  
Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP

Data de depósito da dissertação junto à SPG: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



## **DEDICATÓRIA**

Ao VALDEMAR, meu esposo,

com amor e gratidão pelo companheirismo e colaboração no desenvolver deste trabalho.

Aos meus filhos, Rodrigo e Mariana,

pelo apoio, paciência e compreensão que tiveram nestes quatro anos.

Aos pacientes do HRAC,

que colaboraram contando sua história, minha eterna gratidão.





## **AGRADECIMENTOS**

A DEUS e aos meus pais, ROLANDO PIRES DE CAMPOS e ADALGISA FERNANDES DE CAMPOS, que permitiram minha existência.

Ao Prof. Dr. JOSÉ ALBERTO DE SOUZA FREITAS,  
por ter me aceitado como sua orientada, pela confiança e pela orientação deste trabalho, despertando em mim o interesse pelo trabalho com pacientes com fissura labiopalatina.

À Dra. ANA CRISTINA MUSA MINERVINO PEREIRA,  
pela competência e cuidado na coorientação deste trabalho, sempre disponível e presente.

À Dra. MARIA DE LOURDES M. TABAQUIM e à Dra. LÍLIAN D'AQUINO TAVANO,  
pelo incentivo, orientação e apoio oferecidos durante todo o processo de realização deste trabalho, o que me motivou e permitiu continuar, apesar das dificuldades encontradas.

À MARLY RODRIGUES MENDES FERNANDES,  
pela disponibilidade, carinho e competência na formatação deste trabalho.

Aos funcionários, em especial aos da Pós-Graduação, ANDRÉIA, ROGÉRIO e ZEZÉ,  
que sempre demonstraram disponibilidade para ajudar.

Ao HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS DE BAURU-USP,  
pela oportunidade de desenvolver esta pesquisa.

Às minhas amigas da CERES, IVONE, ANGELITA, MAYSE e SONIA,  
que acompanharam e me animaram durante essa caminhada.

Aos amigos e colegas que fiz no HRAC durante esses quatro anos.



*A única revolução possível é dentro de nós.*

Gandhi



## RESUMO

Guimarães ACPC. *Jovens com fissura labiopalatina: avaliação de saúde mental* [tese].

Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo;

2010.

*Objetivo:* Investigar a saúde mental de jovens com fissura labiopalatina transforame em atendimento no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, USP.

*Modelo/Pacientes:* Estudo observacional transversal, em 60 sujeitos com idade entre 19 e 26 anos: 30 sujeitos com fissura labiopalatina transforame (Grupo 1) e 30 sujeitos sem fissura labiopalatina (Grupo-Controle). O método foi quanti-qualitativo, utilizando como instrumentos a entrevista clínica semiestruturada e o Questionário de Saúde Geral (QSG) de Goldberg, que avalia a presença de transtornos mentais comuns não-psicóticos: stress psíquico, desejo de morte, desconfiança no desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e saúde geral.

*Local:* As entrevistas foram realizadas na Sociedade de Promoção Social do Fissurado Lábio Palatal (PROFIS), prestadora de assistência aos pacientes em tratamento no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais.

*Resultados:* Os dados quantitativos obtidos no QSG, pelos Grupos 1 e Controle foram comparados, não se encontrando diferença estatisticamente significativa entre os pacientes com fissura labiopalatina e o Grupo-Controle, nos fatores de Saúde Mental. Quanto aos gêneros, encontrou-se diferença estatisticamente significativa no fator “Desejo de Morte”, no Grupo 1, gênero feminino, em comparação ao masculino, porém, abaixo do percentil 90, indicativo de transtorno. Quando comparados com a média brasileira, também não houve diferença estatística significativa.

*Conclusões:* Apesar de a análise qualitativa dos dados revelar sujeitos com histórias de sofrimento, discriminação e dificuldades, verificou-se que eles estão conseguindo enfrentar dificuldades e apresentaram características pessoais de desenvolvimento semelhante ao Grupo-Controle. Deste modo, concluiu-se que, neste estudo, não houve correlação entre fissura labiopalatina transforame e transtornos de saúde mental não psicóticos.

*Descritores:* fissura labiopalatina, saúde mental, estresses, saúde geral.



## ABSTRACT

Guimarães ACPC. Youngsters with cleft lip and palate: evaluation of mental health [thesis].

Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2010.

*Objective:* To investigate the mental health of youngsters with untreated cleft lip/palate attended at the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies, USP.

*Model / Patients:* Studies in 60 subjects aged between 19 and 26 years old (Group 1) and 30 subjects without untreated cleft lip/palate (Group 1) and 30 subjects without cleft palate (Control Group). Using semi-structured clinical interview instruments and the General Health Questionnaire (GHQ) of Goldberg, which assesses the presence of common non-psychotic mental health: mental stress, death wish, distrust on performance, sleep disturbances, psychosomatic disorders and general health.

*Location:* The interviews were conducted at the Sociedade de Promoção Social do Fissurado Labio Palatal – PROFIS (Society for the Promotion of Social Cleft Lip and Palate), a provider of assistance to patients at the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies.

*Results:* The quantitative data obtained on the GHQ, for Groups 1 and Control were compared, and there are no statistically significant difference between patients with cleft lip and palate and the Control Group, on the factors of Mental Health. Regarding gender, we found a statistically significant difference in factor “ Death Wish ”, in Group 1, females compared to males, but below the 90th percentile, indicative of disorder. When compared with the national average, there were no statistically significant differences.

*Conclusions:* Although the qualitative data analysis revealed subjects records of suffering, discrimination and difficulties, it was found that they are tackling problems and personal development presenting characteristics similar to the control group. Thus, we concluded that in this study, there was no correlation between untreated cleft lip/palate and non-psychotic mental health disorders.

*Keywords:* cleft lip and palate, mental health, stresses, general health.





## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	- Dificuldades encontradas frente à fissura labiopalatina (%).....	58
Gráfico 2	- Distribuição dos escores nos fatores de saúde mental para os 15 indivíduos do gênero feminino (Grupo 1).....	61
Gráfico 3	- Distribuição dos escores nos fatores de saúde mental para os 15 indivíduos do gênero masculino (Grupo 1).....	61
Gráfico 4	- Distribuição dos escores nos fatores de saúde mental para os 15 indivíduos do gênero feminino (Grupo-Controle).....	62
Gráfico 5	- Distribuição dos escores nos fatores de saúde mental para os 15 indivíduos do gênero masculino (Grupo-Controle).....	62
Gráfico 6	- Distribuição dos escores no fator “Stress Psíquico” para os 30 indivíduos do gênero feminino (Grupos 1 e Controle).....	63
Gráfico 7	- Distribuição dos escores no fator “Stress Psíquico” para os 30 indivíduos do gênero masculino (Grupos 1 e Controle).....	64
Gráfico 8	- Distribuição dos escores no fator “Desejo de Morte” para os 30 indivíduos do gênero feminino (Grupos 1 e Controle).....	65
Gráfico 9	- Distribuição dos escores no fator “Desejo de Morte” para os 30 indivíduos do gênero masculino (Grupos 1 e Controle).....	66
Gráfico 10	- Distribuição dos escores no fator “Desconfiança no Próprio Desempenho” para os 30 indivíduos do gênero feminino (Grupos 1 e Controle).....	67
Gráfico 11	- Distribuição dos escores no fator “Desconfiança no Próprio Desempenho” para os 30 indivíduos do gênero masculino (Grupos 1 e Controle).....	68
Gráfico 12	- Distribuição dos escores no fator “Distúrbios do Sono” para os 30 indivíduos do gênero feminino (Grupos 1 e Controle).....	69
Gráfico 13	- Fator “Distúrbios do Sono” para os 30 indivíduos do gênero masculino (Grupos 1 e Controle).....	70
Gráfico 14	- Distribuição dos escores no fator “Distúrbios Psicossomáticos” para os 30 indivíduos do gênero feminino (Grupos 1 e Controle).....	71
Gráfico 15	- Distribuição dos escores no fator “Distúrbios Psicossomáticos” para os 30 indivíduos do gênero masculino (Grupos 1 e Controle).....	72
Gráfico 16	- Distribuição dos escores no fator “Saúde Geral” para os 30 indivíduos do gênero feminino (Grupos 1 e Controle).....	73
Gráfico 17	- Distribuição dos escores no fator “Saúde Geral” para os 30 indivíduos do gênero masculino (Grupos 1 e Controle).....	74
Gráfico 18	- Médias dos escores dos fatores do gênero feminino (Grupos 1 e Controle)..	78
Gráfico 19	- Médias dos escores dos fatores do gênero masculino (Grupos 1 e Controle)	78



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Média de idade dos grupos.....	52
Tabela 2	- Distribuição dos sujeitos nos grupos quanto ao estado civil.....	52
Tabela 3	- Distribuição média dos grupos quanto à escolaridade.....	53
Tabela 4	- Distribuição dos grupos quanto à renda familiar.....	53
Tabela 5	- Desejo frente ao futuro.....	54
Tabela 6	- Distribuição dos pacientes do Grupo 1 quanto à procedência.....	55
Tabela 7	- Distribuição dos grupos quanto à atividade profissional.....	56
Tabela 8	- Início do tratamento.....	57
Tabela 9	- Dificuldades decorrentes da fissura labiopalatina.....	57
Tabela 10	- Medidas-resumo dos fatores, Grupo 1.....	59
Tabela 11	- Medidas-resumo dos fatores, Grupo-Controle.....	60
Tabela 12	- Teste de Mann-Whitney: comparação entre os dois grupos, para cada variável (60 indivíduos).....	75
Tabela 13	- Teste de Mann Whitney: comparação entre os gêneros feminino e masculino para o Grupo 1 (30 indivíduos) .....	76
Tabela 14	- Teste de Mann Whitney: comparação entre os dois grupos para o gênero feminino (30 indivíduos) .....	77
Tabela 15	- Teste de Mann Whitney: comparação entre os dois grupos para o gênero feminino (30 indivíduos) .....	77
Tabela 16	- Valores de p do teste da ANOVA, análise de variância de dois fatores entre os Grupos 1 e 2 segundo a escolaridade para o gênero feminino.....	79
Tabela 17	- Valores de p do teste da ANOVA, análise de variância de dois fatores entre os grupos 1 e 2 segundo a escolaridade para o gênero masculino.....	79
Tabela 18	- Normas do QSG para o sexo feminino (N-405).....	80
Tabela 19	- Normas do QSG para o sexo masculino (N-405).....	81
Tabela 20	- Teste de Wilcoxon (Teste de um grupo: Grupo 1, gênero feminino).....	82
Tabela 21	- Teste de Wilcoxon (Teste de um grupo: Grupo 1, gênero masculino).....	82
Tabela 22	- Teste de Wilcoxon (Teste de um grupo: Grupo-Controle, gênero feminino)	83
Tabela 23	- Teste de Wilcoxon (Teste de um grupo: Grupo-Controle, gênero masculino) .....	83
Tabela 24	- Sujeitos do Grupo 1, do gênero feminino, que apresentaram fatores de saúde mental alterados.....	84
Tabela 25	- Sujeitos do Grupo 1, do gênero masculino, que apresentaram fatores de saúde mental alterados.....	85



## **LISTA DE SIGLAS**

<b>HRAC</b>	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>LABPAM</b>	Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PROFIS</b>	Sociedade de Promoção Social do Fissurado Lábio Palatal
<b>QSG</b>	Questionário de Saúde Geral
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo



# SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 REVISÃO DE LITERATURA	25
2.1 Saúde Mental	25
2.2 Saúde Mental e Fissura Labiopalatina	26
2.3 A importância da reabilitação e da família na promoção da saúde mental de indivíduos com fissura labiopalatina	30
3 PROPOSIÇÃO	37
4 MATERIAL E MÉTODO	39
4.1 População estudada	39
4.2 Casuística	39
4.3 Local	40
4.4 Instrumentos	41
4.5 Metodologia	42
4.5.1 Análise dos resultados	44
5 RESULTADOS	47
5.1 Caracterização da população estudada	48
5.2 Estudo das características do Grupo 1 e do Grupo-Controle	52
5.3 Análise dos fatores de saúde mental	59
5.3.1 Stress Psíquico	63
5.3.2 Desejo de Morte	65
5.3.3 Desconfiança no Próprio Desempenho	67
5.3.4 Distúrbios do Sono	69
5.3.5 Distúrbios Psicossomáticos	71
5.3.6 Saúde Geral	73
5.4 Estudo comparativo dos fatores de saúde mental dos Grupos 1 e Controle	75
5.5 Estudo comparativo entre os fatores de saúde mental e a escolaridade	79
5.6 Comparação dos Grupos 1 e Controle com o percentil médio da população brasileira	80



6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	87
6.1 Características gerais da população estudada	87
6.2 Fatores de Saúde Mental	89
6.3 Saúde mental e fissura labiopalatina	91
6.4 A importância da reabilitação e da família na promoção da saúde mental de indivíduos com fissura labiopalatina	95
7 CONCLUSÃO	101
REFERÊNCIAS	103
ANEXOS	111

# 1 INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas da face que se desenvolvem de maneira disforme no período embrionário e início do período fetal. Clinicamente, caracterizam-se pela ausência de fechamento do lábio, palato ou ambos. Sua etiologia pode ser atribuída a fatores filogenéticos e ontogenéticos (Capelloza Filho e Silva Filho 1992).

Estudos indicam que a fissura labiopalatina causa um grande impacto em crianças e adolescentes e pode influenciar o contato social, o desenvolvimento da personalidade e o progresso educacional (Okkerse et al 2001, Schuster et al 2003). Por essas razões, crianças e adolescentes devem receber suporte e acompanhamento, de modo a amenizar os fatores que possam influenciar negativamente seu desenvolvimento psicossocial (Custódio 2007, Garcia 2006, Gomes et al 2008, Gomes et al 2009 e Pegoraro-Kook 1995).

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), oferece tratamento multidisciplinar e tem como objetivo principal atender o paciente em suas necessidades físico-estético-funcionais e psicossociais. Os procedimentos iniciam-se precocemente, com o bebê, e podem durar 20 anos ou mais, conforme as necessidades do paciente com fissura (Alonso et al 2009, Bachega 2000, Capelloza Filho e Silva Filho 1992, Genaro, Yamashita e Trindade 2004 e Lima et al 2008).

As áreas envolvidas na reabilitação dos indivíduos fissurados incluem especialidades médicas e odontológicas, além dos serviços de Psicologia, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Serviço Social (Bianchini, Guedes e Martins 2001, Cardoso, Caldas Júnior e Jovino-Silveira 2005, Genaro, Yamashita e Trindade 2004, Lima et al 2007, Moraes, Buffa e Motti 2009 e Ribeiro, Tavano e Neme 2002).

Considerando que o processo de reabilitação do indivíduo com fissura labiopalatina é longo, constituído de cirurgias, afastamentos temporários de escola, amigos e família e que, deste modo, pode ficar exposto a sofrimentos físicos, psíquicos e sociais, entendeu-se pertinente um estudo que avaliasse a saúde mental desses jovens no período de vida em que normalmente ocorre um aumento da demanda de inserção social, afetiva e profissional, situações potencialmente estressoras.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Saúde mental**

O conceito de saúde e doença mental é bastante controverso na literatura. Essa controvérsia decorre das diferentes abordagens psiquiátricas e psicológicas, bem como das influências sócio-históricas presentes na compreensão e tratamento das doenças mentais. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos e as diferentes teorias concorrentes afetam o modo como a saúde mental é definida (Berenstein 1988, Bergeret 1998, Berlinck 2000, Filho-Silva 2007, Gabbard 1998, Jr.Assumpção 2008, Serge e Ferraz 1997, Souza, Guimarães e Ballone 2004 e Zimmerman 1995).

A psique pode ser entendida como uma estrutura resultante das identificações com os objetos primários, que confere sentido emocional à realidade. Desse processo, pode-se identificar um sujeito que expressa sofrimento ou não (Minerbo 2000).

Segundo Freud (1969), o sofrimento e o conflito psíquico, quando não elaborados, manifestam-se por meio de sintomas. Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), para a Psiquiatria, esses sintomas decorrem de transtornos (OMS 1993).

A OMS (1993) conceituou a saúde mental como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de uma doença ou enfermidade. Essa definição tem sido alvo de muitas críticas, visto que esse estado de completo bem-estar, torna a saúde um alvo idealizado e inatingível. Contudo, a saúde também pode ser entendida como um processo que indica a necessidade de o indivíduo buscar, ativamente, realizar necessidades e aspirações, lidando de maneira adequada com o meio ambiente. Essa definição funcional de saúde tem ajudado os profissionais da área a melhorar a qualidade de vida de indivíduos e grupos. Deste modo, a saúde mental pode incluir elementos subjetivos, como a

capacidade de obter melhor qualidade de vida, a capacidade de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir os objetivos propostos.

Tentar conceituar saúde mental é sempre difícil e estabelecer o limite entre saúde e doença mais ainda. Contudo, apesar das diversas definições que permeiam o construto de saúde mental, neste trabalho, o entendimento e discussão da saúde mental serão feitos sob a ótica de Pasquali et al (1987), para quem a pessoa mentalmente não saudável é considerada uma pessoa diferenciada das demais, caracterizando-se por estar em estado avançado de um processo que lhe dificulta ou impossibilita um funcionamento normal, em função do seu estado psíquico. Para o autor, tal pessoa é vítima de uma disfunção, sobre a qual ela não tem controle e que a incapacita para uma vida pessoal e social satisfatória.

Pasquali et al, em 1996, validaram no Brasil o Questionário de Saúde Geral (QSG), criado por Goldberg em 1972, que tem como objetivo avaliar a saúde mental das pessoas (Goldberg 1996). A origem dos itens do QSG baseou-se em estudos teóricos e na experiência clínica de psiquiatras, com a doença mental. Quatro áreas principais deram suporte à elaboração dos itens: depressão, ansiedade, inadequação social e hipocondria (Goldberg 1972).

## **2.2 Saúde mental e fissura labiopalatina**

A fissura labiopalatina ocasiona comprometimentos físicos e funcionais no indivíduo desde o nascimento, fazendo com que esse bebê seja diferente nos aspectos estético e funcional (Alonso et al 2009 e Custódio 2007). Goffman (1988) ressaltou que, quando ocorrem diferenças entre normas e padrões de identidade estabelecidos socialmente, pode ocorrer o estigma, definindo-o como uma “marca”. Indivíduos com comprometimentos físicos

e funcionais ficam distantes dos padrões de normalidade impostos pela sociedade, sendo provável, em decorrência dos preconceitos sociais, sua marginalização (Amaral 1997 e Spósito e Graciano 2008).

Pacientes com anomalias craniofaciais vivenciaram a exclusão, o que pode lhes ter dificultado oportunidades educacionais e profissionais. Deste modo, devem receber tratamento multidisciplinar para desenvolver enfrentamento e superação das limitações (Genaro, Yamashita e Trindade 2004 e Monlleó 2004).

Lévinas (1993) discute a importância do rosto em seu aspecto estético e psicológico e destaca que anomalias craniofaciais podem gerar, nos indivíduos, dificuldades emocionais, sociais e de personalidade.

Até quatro ou cinco anos, a criança com fissura labiopalatina não se percebe diferente, especialmente se viveu com a aceitação da família. Contudo, ao entrar em contato com outras crianças, essa diferença é apontada, podendo gerar dificuldades no comportamento e na personalidade dessa criança (Ribeiro e Moreira 2005).

Broder; Smith; Strauss (1992) estudaram a satisfação com a aparência facial e a autoavaliação quanto ao ajustamento psicológico. Os resultados indicaram que a percepção positiva da aparência, competência e habilidade social são componentes críticos no desenvolvimento de um autoconceito positivo. Veronez e Tavano (2005) também relataram as modificações psicossociais observadas em pacientes pós-cirurgia ortognática.

Broder; Smith; Strauss (1992) avaliaram o grau de satisfação com a aparência em 495 fissurados do lábio e palatino, em três faixas etárias, distribuídas dos 5 aos 18 anos de ambos os gêneros. Verificaram que as meninas tinham a satisfação diminuída à medida que a idade aumentava, algo que não ocorria com os meninos. Os pais também ficavam menos satisfeitos à medida que seus filhos alcançavam mais idade.

Brasil et al (2007) estudaram a influência das sequelas de fissura labiopalatina na escolha de parceiros afetivos e concluíram que, como critério para a escolha do parceiro, o grupo de não fissurados valorizava mais o rosto do parceiro afetivo, que o grupo de fissurados.

Estudos demonstraram associação entre a malformação e o ajuste psicossocial, indicando que esse desajuste pode gerar ansiedade, depressão, fobia social e autoestima e qualidade de vida mais baixa que nos sem indivíduos más-formações (Gomes et al 2008, Kapp-Simon 2004, 2006 e Lockhart 2003).

Tobiasen e Hierbert (1993) discutiram a necessidade de estudar a relação existente entre a gravidade das fissuras e o ajustamento psicossocial. Para esses autores, nos últimos 40 anos, tem havido um grande número de pesquisas teóricas sobre as implicações psicológicas que acometem pacientes com fissura facial e suas famílias e um crescente reconhecimento da importância de sua realização. Estudaram a relação entre o prejuízo da fissura e o ajuste social; os resultados demonstraram que pacientes que indicaram seus prejuízos como menos severos, obtiveram classificação mais elevada de autoestima.

Minervino-Pereira (2000) também estudou o autoconceito e a autoestima em indivíduos com fissuras, avaliando a influência do tipo de fissura e o tempo de convivência com ela. Os resultados indicaram maior relação do tempo de convivência com comprometimentos físicos e funcionais, do que com o tipo de fissura. Porém, quanto à autoestima, os indivíduos com fissura pós-forame incisivo também apresentaram escores de autoestima inferiores aos dos sujeitos com fissura pré-forame incisivo. A fissura pré-forame traz predominantemente o impacto da estética e a pós-forame gera maiores dificuldade na comunicação. Nesse estudo, os indivíduos com resultados inferiores na autoestima foram os que apresentaram fissura pós-forame, o que pode indicar o papel da linguagem para a inclusão social e para a autoestima.

Garcia (2006) também discutiu a influência dos distúrbios de comunicação decorrentes da fissura labiopalatina nos aspectos familiares e psicossociais desses indivíduos, encontrando diferença no contexto escolar dos pacientes com maior distúrbio de comunicação.

Marques (2004), ao verificar a influência da faringoplastia nos aspectos psicossociais dos indivíduos com fissura labiopalatina, na fase pré e pós-cirúrgica, concluiu que houve satisfação com a melhora da fala, o que repercutiu favoravelmente nos aspectos pessoal e profissional, melhorando a habilidade social.

As tarefas do desenvolvimento normal, tais como individuação, senso de identidade e relações interpessoais satisfatórias, são mais difíceis de serem atingidas para o adolescente que está em processo de tratamento da fissura labiopalatina (Kapp-Simon 1995).

Kappa; Simon; Kristovich (1992) estudaram uma amostra de 45 adolescentes com anomalias craniofaciais e avaliaram as relações sociais, ajustamento geral, inibição social e autopercepção. Os resultados indicaram que apesar de não poderem controlar as reações de outras pessoas frente às suas diferenças físicas, puderam aprender a se conduzir de modo mais eficaz mediante treinamento de habilidades sociais específicas.

O atendimento ao indivíduo com fissura deve promover tanto seu bem-estar físico, quanto psicológico e social, fatores que devem ser considerados pelos cuidados de saúde (Gomes et al 2009, Ribeiro, Tavano e Neme 2002, Veronez e Tavano 2005).

A inclusão social, o relacionamento familiar harmônico e a satisfação das necessidades básicas são fatores importantes para a autoimagem, a autoestima e para a estrutura de um funcionamento psíquico saudável (Nascimento 2006 e Silveira e Weise 2008).



### **2.3 A importância da reabilitação e da família na promoção da saúde mental de indivíduos com fissura labiopalatina**

O nascimento de um filho com fissura labiopalatina constitui um impacto psicológico para os pais e os tratamentos e cirurgias reparadoras necessárias representam novas fontes de estresses a serem enfrentadas. O conhecimento dos modos de enfrentamento utilizados pelas crianças e suas famílias constitui-se elemento importante para o planejamento de medidas preventivas e terapêuticas para auxiliar os familiares e o paciente (Bianchini, Guedes e Martins 2001, Moraes, Buffa e Motti 2009, Nascimento 2006 e Salina 1999).

As mães desejam que seus filhos nasçam perfeitos e saudáveis, contudo, às vezes, esses filhos nascem com alguma deformidade física (Di Nino 2006 e Nascimento 2006). Trabalhos voltados para o suporte emocional da família são muito importantes, desde o início, para a estruturação da personalidade da criança com fissura labiopalatina. A subjetividade é uma dimensão do sujeito que, segundo as relações vivenciadas, se faz construtora de experiências afetivas e reflexivas capazes de produzir significados singulares e coletivos. Conceitos como identidade, subjetividade e constituição do sujeito devem estar embasados em uma compreensão dialética do indivíduo, em suas relações familiares e sociais (Maheirie 2002).

Oliveira (1997) avaliou as características e recursos de enfrentamento da família do portador de fissura lábio-palatal. Os resultados demonstraram que as famílias resgataram o sentido da união familiar, receberam apoio da família de origem para o tratamento e para responder à rejeição social. Bianchini; Guedes; Martins (2001) discutiram a importância da orientação familiar, antes e depois da cirurgia para a correção da fissura labiopalatina.

Portezan (2009) constatou que as mães que recebem o diagnóstico no pré-natal sentem-se mais preparadas para receber seu bebê e encaram o problema como menor do que imaginaram.

Machado (2001) avaliou o impacto psicológico sofrido pelas mães no momento do nascimento de seu bebê e no momento pós-cirúrgico e a inter-relação entre os dois momentos. Os resultados obtidos indicaram que 55% das mães tiveram incômodo com a aparência facial do bebê, ao nascer. Quanto à aceitação da fissura, 85% relataram aceitar e 100 % relataram maior facilidade de aceitação após a primeira cirurgia plástica reparadora e com a nova aparência facial do bebê.

Ferrari (1997) estudou a saúde emocional de famílias de crianças com fissura labiopalatina, buscando conhecer como o sofrimento frente ao nascimento de uma criança com malformação pode influenciar na reação emocional da família, promovendo ou prejudicando sua saúde mental. Como resultado, encontrou alguns itens dificultadores de saúde emocional; contudo, a maioria das famílias apresentou adaptação e fatores facilitadores de saúde mental.

Nascimento (2006) descreveu a relação mãe-bebê sob o enfoque de resiliência e sensibilidade materna. Os resultados indicaram que todas as mães apresentaram sensibilidade materna e que fatores de proteção familiar e institucional ajudaram no enfrentamento.

Prada (1997) discutiu que a presença de dificuldades de comunicação e conflitos no núcleo familiar influenciou negativamente a formação da percepção de si e da autoestima.

A dinâmica das relações familiares, interpessoais e afetivas do indivíduo com fissura labiopalatina pode ficar comprometida e, em razão disso, deve receber um acompanhamento interdisciplinar que vise sua reabilitação global, proporcionando maior fortalecimento pessoal e familiar para fazer frente ao estigma social (Cariola e Sá 1991,

Carvalho e Tavano 2000, Custódio 2007, Dalbem 2004, Di Ninno 2006, Lima et al 2008, Pereira e Mota 1997 e Sank et al 2003).

Minervino-Pereira (2005) estudou o enfrentamento de pais de crianças com fissura labiopalatina em diferentes etapas de desenvolvimento e ressaltou a importância do suporte institucional para esses pais. Relatou que os pais proporcionaram aos seus filhos vivências adequadas a sua faixa etária independentemente da fissura labioapalatina, predominando nesses pais sentimentos positivos sobre os negativos. Encontrou pouca diferença nas formas de enfrentamento utilizadas por pais de crianças com fissura transforame nos diferentes períodos de desenvolvimento estudados.

Garcia (2006) estudou os aspectos psicossociais e familiares de indivíduos com e sem distúrbios da comunicação com fissura labiopalatina. Os resultados indicaram que não houve relação significativa entre os grupos, observando-se dificuldades apenas em uma minoria de pacientes no cotidiano escolar.

Ribeiro e Moreira (2005) referiram que os adolescentes podem não desenvolver um "eu adequado" se tiverem vergonha da sua face e isso acaba comprometendo os seus relacionamentos interpessoais, podendo gerar problemas psicológicos como depressão, irritabilidade fácil, frustração, isolamento e suicídio. Para esses autores, contudo, dependendo da personalidade do paciente e da aceitação familiar, ele pode não apresentar distúrbios psicológicos.

Em estudo desenvolvido com adolescentes australianos sobre autoconceito, constatou-se que esses pacientes se achavam atraentes quando comparados aos não fissurados e que as pessoas ao seu redor concordavam com essa percepção. Os autores observaram que a satisfação com a aparência estava relacionada com a atitude dos pais e com as mudanças decorrentes do tratamento cirúrgico (Gomes et al, 2008, Gomes et al 2009 e Gussy e Kipatrick 2006).

Jarussi (2002) caracterizou o atendimento prestado pelo HRAC e identificou as necessidades de seus usuários. Concluiu que os atendimentos oferecidos eram eficientes para a melhoria do atendimento e para a humanização hospitalar.

Cipolle; Strand; Morley (2006) discutiram a importância do processo do cuidado, do envolvimento do profissional e do seu comprometimento no relacionamento com o paciente e seus familiares, pois essa relação era muito importante no sucesso do tratamento e no ajustamento psicológico e social desses pacientes.

Bachega (2000) estudou adolescentes com fissura lábiopalatina e constatou que apesar do estigma que envolve a deformidade, eles apresentavam saúde e bem-estar, mostravam-se realizados e aptos a superar as dificuldades. Relatou ainda, que o tratamento e a reabilitação oferecidos pelo HRAC-USP valorizavam e respeitavam os pacientes em seus anseios e esperança, o que foi confirmado direta ou indiretamente por outros trabalhos (Custódio 2007, Genaro, Yamashita e Trindade 2004, Ribeiro, Tavano e Neme 2002 e Santos, Graciano e Valentim 2010).

Amaral (1997), depois de rever, na literatura, temas como família, amigos, escola e vida adulta dos indivíduos com fissura labiopalatina, concluiu que estes, em relação aos seus pares normais, não se diferenciaram quanto ao desenvolvimento da personalidade, não constituindo um grupo típico pelo fato exclusivo de apresentarem a fissura labiopalatina. Contudo, para essa autora, o que pode ocorrer é que a fissura traz para o indivíduo uma série de contingências físicas, psicológicas, afetivas e sociais que parecem influenciar na redução do autoconceito, isolamento, maior dependência dos pais, esquivas de contatos sociais em situações novas, redução da capacidade verbal, entre outras. Sugeriu que a equipe interdisciplinar responsável pelo processo de reabilitação deve estar atenta a todas as fases de desenvolvimento, desde o nascimento até a fase adulta.

Em um trabalho desenvolvido no HRAC foi oferecido suporte psicológico a pais, durante a espera da primeira cirurgia de seu bebê. As autoras constataram que os principais sentimentos emergentes foram a preocupação com a aparência facial do filho, tristeza, dor e medo. Concluíram que, apesar de os pais estarem bem informados, foi importante o espaço para expressar emoções e receber o apoio psicológico necessário (Almeida, Krom e Tavano 2004).

Domingues (2007) avaliou a opinião de professores de 1ª a 8ª série do Ensino Fundamental sobre o desempenho de crianças com fissura labiopalatina e concluiu que o desempenho da maioria foi considerado satisfatório, frente ao restante dos alunos de sua sala de aula.

Buffa (2009) também estudou a inclusão de crianças no ensino regular, na visão do professor de classe comum. Constatou que esses professores possuíam visão favorável à inclusão, independentemente das crianças estarem operadas ou não.

Oliveira; Cariola; Pimentel (2001), em pesquisa com 30 crianças de ambos os gêneros, com fissura de lábio e/ou palato, com idade variando de 5 a 10 anos, que aguardavam cirurgia corretiva de pequeno porte, utilizaram o desenho da figura humana. No pré-operatório, os sujeitos foram divididos em dois grupos: um recebeu preparo verbal e o outro lúdico, com brinquedo temático cirúrgico. No pós-operatório, constatou-se que em ambos os grupos os resultados foram semelhantes, evidenciando-se que tanto o preparo verbal quanto o lúdico, no pré-operatório, foram importantes para reduzir o nível de ansiedade. Concluiu-se que o desenho foi um instrumento eficaz para avaliar a ansiedade por meio dos indicadores emocionais

Moraes (2007) também estudou, sob a visão dos familiares, a influência das atividades expressivas e recreativas em crianças de 7 a 12 anos, com fissura labiopalatina, hospitalizadas. A brinquedoteca foi uma das atividades indicadas pelos familiares como muito

importante no pré e pós-operatório. Concluiu-se que as atividades expressivas e recreativas ajudaram no pré-operatório e aceleraram o processo de recuperação cirúrgica, amenizando os efeitos negativos vindos da hospitalização.

Veronez (2007) avaliou a qualidade de vida de pacientes adultos com fissura labiopalatina atendidos pelo HRAC-USP, com idade entre 18 e 30 anos. Concluiu que os índices gerais de qualidade de vida dos pacientes pesquisados eram acima da média, independentemente de sua condição sociodemográfica e que apresentavam condições de vida correspondentes à população em geral.

Tavano (2000) avaliou o desempenho psicossocial de pacientes adolescentes e jovens adultos com fissura labiopalatina em tratamento multidisciplinar no HRAC-USP e constatou que 75% frequentavam escola em nível compatível com sua idade e tinham desempenho ocupacional. Essa posição foi considerada positiva, visto que possibilitava-lhes acreditar em seu potencial pessoal e na sua capacidade de integração na sociedade. Contudo, a autora destacou que muito ainda deve ser feito quanto ao processo de reabilitação, visto as limitações ainda apresentadas e a discriminação e exclusão presentes na sociedade.

Spiri e Leite (2004) discutiram que o processo de reabilitação acontece em etapas e os constantes retornos à instituição fazem com que o profissional estabeleça vínculos com o paciente e família, ocorrendo envolvimento e aproximação. Complementaram que essa aproximação propicia um atendimento mais humano e que a reabilitação deve considerar o paciente e sua família como partícipes desse processo.

Os estudos apresentados indicaram a importância da família e da reabilitação para o aumento da resiliência dessa população frente aos desafios e enfrentamentos que deverão implementar para sua inserção social, qualidade de vida e saúde (Gomes et al 2008, Nascimento 2006 e Veronez e Tavano 2005). Deste modo, pode-se constatar que pessoas com fissura labiopalatina necessitam de cuidados físicos, familiares e de reabilitação para que as

dificuldades vivenciadas não sejam fatores desencadeantes da vulnerabilidade de sua saúde mental (Lima et al 2008, Margis et al 2003 e Santos, Graciano e Valentim 2010).

### 3 PROPOSIÇÃO

Considerando que pessoas com fissura labiopalatina apresentam, desde o nascimento, necessidade de intervenções cirúrgicas precoces e corretivas e que, por apresentarem fissura labiopalatina, ficam expostas a sofrimentos físicos, emocionais e sociais, o presente estudo objetivou investigar o perfil caracteriológico e a saúde mental de jovens com fissura transforame, propondo-se a:

- caracterizar os sujeitos quanto ao estado civil, escolaridade, profissão, renda familiar, dificuldades decorrentes da fissura labiopalatina e desejos para o futuro;
- identificar a saúde mental dos sujeitos, utilizando os seguintes fatores: *Stress Psíquico, Desejo de Morte, Desconfiança no Desempenho, Distúrbios do Sono, Distúrbios Psicossomáticos e Saúde Geral*;
- comparar os resultados obtidos nos fatores de saúde mental, frente ao gênero e aos grupos com fissura labiopalatina e sem fissura labiopalatina.





## 4 MATERIAL E MÉTODO

### 4.1 População estudada

Foram sujeitos desta pesquisa 60 jovens, dos gêneros masculino e feminino, na faixa etária de 19 a 26 anos, divididos em dois grupos:

- **Grupo 1:** composto por 30 jovens com fissura transforame unilateral ou bilateral, em tratamento no HRAC, sendo 15 do gênero feminino e 15 do gênero masculino.
- **Grupo 2:** denominado como **Grupo-Controle**, formado por 30 jovens sem fissura labiopalatina – 15 do gênero feminino e 15 do masculino.

### 4.2 Casuística

Os critérios de inclusão dos sujeitos nos grupos foram definidos em interdependência com o Grupo 1, especialmente quanto ao nível socioeconômico, após emergir o perfil dos sujeitos, nas três primeiras semanas de coleta de dados:

- **Grupo 1**
  - ✓ ter de 19 a 26 anos;
  - ✓ ser brasileiro;
  - ✓ estar em tratamento do HRAC no momento da coleta de dados;

- ✓ estar alojado na Sociedade de Promoção Social do Fissurado Lábio Palatal (PROFIS);
- ✓ pacientes com fissura labiopalatina transforame uni ou bilateral;
- ✓ não apresentar evidência de outra síndrome, problemas neurológicos, outra má-formação da face ou do corpo e não apresentar óbvia dificuldade de compreensão cognitiva;
- ✓ renda familiar de um a cinco salários-mínimos;
- ✓ os trinta primeiros sujeitos que preencheram os itens de inclusão descritos anteriormente.

▪ **Grupo-Controle**

- ✓ idade de 19 a 26 anos;
- ✓ ser brasileiro;
- ✓ não apresentar fissura labiopalatina;
- ✓ não apresentar evidência de outra síndrome, problemas neurológicos, outra má-formação da face ou do corpo e não apresentar óbvia dificuldade de compreensão cognitiva;
- ✓ renda familiar de um a cinco salários-mínimos;

### **4.3 Local**

Para a coleta de dados dos sujeitos com fissura labiopalatina utilizou-se o espaço físico da PROFIS, entidade de direito privado com fins filantrópicos, destinada a prestar assistência a pacientes em tratamento no HRAC-USP. Este local foi escolhido para as

entrevista pela disponibilidade de sala privativa, bem como pela grande concentração de pacientes durante o período noturno. A coleta de dados neste local só foi iniciada após a autorização da PROFIS e do Programa de Pós-Graduação do HRAC.

Os sujeitos do Grupo-Controle, após serem contatados, foram entrevistados em suas residências, desde que disponibilizassem local privado, em condições semelhantes às daquelas do Grupo 1, para a condução da entrevista.

#### 4.4 Instrumentos

Para avaliação da saúde mental, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- **Questionário de Saúde Geral de Goldberg – QSG.** Tradução e adaptação brasileira feita pelo Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida (LABPAM), por Pasquali et al (Goldberg 1996). Este instrumento objetiva avaliar o perfil sintomático do sujeito, identificando pessoas com problemas não extremados de saúde mental na população geral, não clínica (Pasquali et al 1996). Considera aspectos tais como: *Stress Psíquico, Desejo de Morte, Desconfiança no Desempenho, Distúrbios do Sono, Distúrbios Psicossomáticos e Saúde Geral*. É composto por 60 itens sobre sintomas psiquiátricos não-psicóticos, apresentados e respondidos em uma escala de quatro pontos tipo Likert. A tarefa do sujeito, ao responder o QSG, é escolher um dos pontos da escala Likert para cada um dos itens do questionário. O perfil sintomático do sujeito é definido por escores que se situam acima do percentil 90 (Pasquali et al 1996, p.36). O instrumento QSG tem seu uso

restrito a psicólogos, foi validado no Brasil e obteve parecer favorável para sua utilização clínica e em pesquisas.

Pasquali et al (1996) concluiu que, tanto em clínica geral como em ambulatório, o QSG demonstra ser um instrumento válido como indicador de casos de transtornos psiquiátricos não-psicóticos. Segundo o mesmo autor, outros estudos serviram também como indicativos da validade do QSG (Benjamin, Decalmer e Haran, 1982, Goldberg et al 1976, Hobbs, Ballinger e Smith 1983, Hobbs et al 1984, Malt 1989, Tarnopolsky et al 1979 e Tennant 1977).

- **Entrevista clínica semiestruturada:** construída para este estudo, visou obter dados dos sujeitos sobre sua vida, suas dificuldades e vivências frente à fissura labiopalatina, bem como seus desejos e expectativas frente ao futuro (Anexo 1).

#### 4.5 Metodologia

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e aprovado segundo ofício 291/2006 e realizado após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sessenta participantes (Anexos 2 e 3).

Inicialmente, realizou-se um estudo piloto com três sujeitos, objetivando avaliar o desempenho da pesquisadora, do instrumento e do *setting*.

Os dados obtidos junto aos Grupos 1 e Controle foram coletados em um único encontro, com duração aproximada de 70 minutos, distribuídos da seguinte maneira: contato

inicial e entrevista semiestruturada (20 minutos), QSG (40 minutos), encerramento (10 minutos). O registro dos dados foi feito manualmente.

A entrevista semiestruturada e a aplicação do instrumento com indicadores de saúde mental ocorreram na PROFIS, individualmente e em ambiente privado. Sua aplicação foi feita pela pesquisadora e uma psicóloga treinada para tal fim, com formação em Psicologia Clínica, de modo a conduzir o processo de coleta de dados com respeito e suporte às peculiaridades de cada sujeito.

Primeiramente, realizou-se a coleta de dados com o Grupo 1, ou seja, com os pacientes do HRAC. O procedimento inicial consistiu em avaliar a lista de pacientes alojados na PROFIS, no dia designado para a entrevista, e selecionar, pelos dados do prontuário local e da entrevista inicial, os pacientes que correspondiam aos critérios de inclusão. Feita a pré-seleção dos sujeitos, estes foram individualmente convidados a acompanhar a pesquisadora até uma sala reservada para a entrevista. No contato inicial, identificou-se a nacionalidade do sujeito, o tipo de fissura labiopalatina, a existência ou não de outras anomalias físicas evidentes e possíveis dificuldades cognitivas. Realizou-se o *rapport* e, quando preenchia os itens estabelecidos na casuística, o sujeito foi convidado a colaborar com a pesquisa. Quando houve recusa ou os critérios de inclusão não foram preenchidos concluiu-se o *rapport*, agradecendo e reconduzindo o paciente até a sala de convivência. A coleta de dados iniciava-se apenas quando o sujeito preenchia os critérios de inclusão, aceitava participar da entrevista e após a leitura e assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido.

O Grupo-Controle foi definido segundo as características emergentes do Grupo 1, que foram se definindo durante a coleta dos dados, de modo a estabelecer os mesmos critérios de inclusão. A composição do Grupo-Controle foi aleatória, obtida com indicação de conhecidos e indicação dos próprios sujeitos. Os dados foram coletados em local privado e

silencioso para que a entrevista transcorresse sem interferências ambientais. Iniciou-se pelo *rapport*, para a constatação dos critérios de inclusão. Os dados foram coletados após a concordância do sujeito, leitura e assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido.

#### **4.5.1 Análise dos resultados**

As respostas obtidas com o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG) foram avaliadas quantitativamente, com parâmetros estatísticos definidos em padronização brasileira (Pasquali 1996).

Inicialmente, obteve-se o escore bruto de cada um dos fatores, somando-se os pontos de cada fator segundo a escala de quatro pontos tipo Likert, conforme orientação do protocolo de apuração. Com os escores brutos chegou-se aos escores sintomáticos, dividindo-se a soma das respostas em cada fator pelo número de questões que o compõem. Encontrado esse escore, buscou-se na Tabela de Normas os resultados padronizados, no Brasil, para o gênero masculino e feminino.

Os dados, transformados em escores sintomáticos (Anexo 4), foram tratados estatisticamente mediante análise de variância com dois fatores, comparando-se:

- população com fissura labiopalatina (Grupo 1) e sem fissura labiopalatina (Grupo-Controle);
- o gênero feminino e masculino dos dois grupos;
- a média padronizada brasileira do QSG (Anexo 5), com os grupos e gêneros.

Os dados foram analisados pela estatística descritiva (média, valores máximo e mínimo, desvio padrão, intervalo de confiança) e foram demonstrados em tabelas de frequência.

Neste estudo, foram utilizados testes não-paramétricos, também chamados de testes de distribuição livre, que não têm exigências quanto ao conhecimento da distribuição da variável na população.

Segundo Siegal (1975) e Callegari (2003), ocorre atualmente o emprego cada vez maior dos testes não-paramétricos em análise estatística de pesquisas em Ciências Sociais, Ciências da Saúde, entre outras, especialmente na Psicologia e Psiquiatria, que objetivam o estudo do comportamento humano.

A estatística não-paramétrica é mais apropriada em pesquisas nas quais não se conhece bem a distribuição da população e seus parâmetros. Segundo os autores, os testes não-paramétricos mais utilizados em pesquisa, que objetivam as comparações entre grupos, são: Wilcoxon, Qui-Quadrado, de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis. Esses testes podem ser comparados com os paramétricos equivalentes: Teste  $t$  e Análise de Variância.

O teste de Wilcoxon é aplicado quando estão em comparação dois grupos relacionados e a variável também deve ser de mensuração ordinal. Deste modo, a comparação entre os escores dos grupos separados por gêneros e a média padronizada brasileira das normas do QSG (Pasquali et al1996) foi feita utilizando-se o teste de Wilcoxon.

Neste estudo, utilizou-se ainda o Teste Mann-Whitney, para comparação dos resultados dos Grupos 1 e Controle e entre os gêneros. O nível de significância considerado neste estudo foi de 5%, ou seja,  $p < 0,05$ .





## **5 RESULTADOS**

A coleta de dados ocorreu no período de 2 de agosto de 2008 a 15 de junho de 2009 para os dois grupos: de agosto a dezembro de 2008 com o Grupo 1 e de fevereiro a junho de 2009 com o Grupo-Controle.

Para a apresentação dos resultados, os dados foram divididos em: caracterização da população estudada, estudo comparativo das características do Grupo 1 e Grupo 2, análise quantitativa dos fatores de Saúde Mental, estudo comparativo dos fatores de Saúde Mental dos Grupos 1 e Controle e entre gêneros, e comparação do Grupos 1 e Controle com o percentil médio da população brasileira.

## 5.1 Caracterização da população estudada

Os Quadros 1 e 2 apresentam a caracterização dos sujeitos com fissura labiopalatina transforame (Grupo1), respectivamente dos gêneros feminino e masculino.

**Quadro 1** – Caracterização do Grupo 1, gênero feminino

Suj.	Data de Nasc.	Idade	UF	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Renda	Idade de início de tratamento	Cirurgias	Iniciou tratamento no HRAC?	Data de início de tratamento no HRAC
1	06/01/81	25	MG	Amasiada	E. Fund.	Doméstica	1	9 meses	5	Não	25/11/99
2	31/08/87	21	SP	Solteira	E. Médio	Artesã	1	2 meses	6	Sim	10/11/87
3	11/05/86	22	RO	Solteira	E. Médio	Secretária	2	2,3 anos	4	Sim	16/08/88
4	24/11/83	24	SP	Solteira	E. Médio	Caseira	1	2,6 anos	10	Sim	07/05/86
5	16/08/89	19	MA	Solteira	E. Fund.	Desempr.	1	8 meses	10	Não	09/03/98
6	23/03/88	20	MT	Solteira	E. Fund.	Desempr.	1	6 meses	10	Não	26/03/91
7	17/06/87	21	SP	Solteira	E. Médio	Operária	3	3 meses	4	Sim	05/10/87
8	19/02/85	24	SP	Amasiada	E. Médio	Escriturária	2	2 meses	12	Sim	01/04/85
9	28/06/83	25	AM	Casada	E. Médio	Desempr.	5	7 meses	13	Sim	06/02/84
10	21/10/88	20	PR	Solteira	E. Fund.	Desempr.	1	3 anos	5	Não	01/10/92
11	18/07/83	25	MS	Casada	E. Médio	Administr.	2	9 meses	7	Não	27/07/91
12	13/09/85	23	PR	Amasiada	E. Fund.	Tosadora	3	7 meses	10	Sim	14/04/86
13	18/12/84	24	MS	Solteira	E. Médio	Doméstica	1	5 anos	5	Não	20/06/91
14	17/05/83	26	SP	Amasiada	E. Médio	Desempr.	1	4 anos	3	Não	18/01/01
15	23/02/89	20	MG	Solteira	E. Fund.	Desempr.	2	9 meses	8	Não	28/01/93

Como é possível observar, o grupo foi heterogêneo quanto às características. A procedência predominante foi do Estado de São Paulo (33,3%), o estado civil predominante

foi de solteiras (60,0%), a escolaridade foi Ensino Médio (60,0%), sem exercício profissional (40,0%), renda familiar média de 1,8 salários-mínimos. No grupo, 66% das pacientes iniciaram o tratamento antes de um ano de idade e a maioria (60,0%) fez de três a oito cirurgias. Todas as pacientes já foram submetidas a cirurgias e 46,6 % receberam tratamento, no HRAC-USP, desde o início.

**Quadro 2** – Caracterização do Grupo 1, gênero masculino

Suj.	Data de Nasc.	Idade	UF	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Renda	Idade de início de tratamento	Cirurgias	Iniciou tratamento no HRAC?	Data de início de tratamento no HRAC
1	04/04/86	22	AM	Solteiro	E.Fund.	Comerciário	2	2 anos	7	Não	12/04/91
2	17/01/89	19	MG	Solteiro	E.Fund.	Desempr.	1	1,10 anos	1	Sim	06/11/90
3	13/09/84	24	SP	Solteiro	E.Médio	Retilnista	3	15 dias	8	Sim	28/09/84
4	18/04/86	22	PE	Solteiro	E.Fund.1	Cabeleireiro	3	4 meses	8	Sim	02/09/86
5	20/12/81	26	SP	Solteiro	E.Fund.	Estoquista	2	8 anos	3	Sim	05/02/90
6	08/06/88	20	MA	Solteiro	E.Médio	Lavrador	1	7,3 anos	1	Sim	02/09/08
7	29/08/87	21	ES	Solteiro	E.Fund.	Estoquista	3	3 anos	6	Não	27/11/96
8	04/10/85	23	SP	Casado	E.Fund.	Balconista	2	6 meses	5	Não	05/05/94
9	26/09/82	26	SC	Solteiro	E.Médio	Vendedor	5	4 anos	10	Sim	08/10/86
10	23/12/82	26	SP	Solteiro	Superior	Func. Público	4	1 mês	8	Sim	09/02/83
11	13/03/90	19	BA	Solteiro	E.Fund.	Desempr.	1	6 anos	8	Não	09/02/00
12	31/03/89	20	BA	Solteiro	E.Fund.	Lavrador	2	10 anos	3	Sim	03/03/99
13	12/02/90	19	RR	Solteiro	E.Fund.	Lavrador	1	1,1 anos	7	Sim	14/03/91
14	09/01/87	22	MG	Solteiro	E.Fund.	Desempr.	1	4 meses	10	Sim	20/02/87
15	04/02/84	25	SP	Solteiro	E.Médio	Soldador e Músico	3	2 meses	5	Não	10/02/09

O Quadro 2 demonstra que os sujeitos do gênero masculino, com fissura lábio palatina, também foram heterogêneos quanto às características apresentadas. A procedência

predominante foi do Estado de São Paulo (33,3%); o estado civil foi de solteiro (93,3%); a maioria tinha Ensino Fundamental (66,6%); sem exercício profissional (20,0 %); renda familiar média foi de 2,2 salários-mínimos; iniciaram o tratamento até um ano (40,0%); e a maioria submeteu-se a oito cirurgias (26,7%). Todos já tinham sido submetidos a cirurgias e 66,6 % dos pacientes receberam tratamento no HRAC-USP, desde o início.

Os Quadros 3 e 4 apresentam as características dos sujeitos do Grupo-Controle, dos gêneros feminino e masculino, respectivamente.

**Quadro 3** – Caracterização do Grupo-Controle, gênero feminino

Suj.	Idade	UF	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Renda
1	21	SP	Solteira	E.Médio	Secretária	2
2	19	SP	Solteira	E. Médio	Não	5
3	23	SP	Solteira	E. Fundamental	Balconista	1,5
4	21	SP	Solteira	E. Fundamental	Do Lar	2
5	22	SP	Solteira	E. Médio	Balconista	3
6	23	SP	Amasiada	E. Médio	Vendedora	2
7	20	SP	Solteira	E. Médio	Costureira	5
8	21	SP	Solteira	E. Médio	Não	4
9	23	SP	Solteira	E. Médio	Não	4
10	22	SP	Solteira	E. Fundamental	Não	1
11	22	SP	Solteira	E. Fundamental	Vendedora	1
12	23	SP	Solteira	E. Médio	Vendedora	4
13	22	SP	Amasiada	E. Médio	Do Lar	3
14	25	SP	Solteira	E. Médio	Telemarketing	3
15	22	SP	Solteira	E. Médio	Recuperadora Crédito	3

No Quadro 3 observa-se que o estado civil predominante no Grupo-Controle para

o gênero feminino foi 86,0 % de solteiras; 73,3% tinham escolaridade de Ensino Médio, 40,0% não tinham profissão e a renda familiar média foi de 2,9 salários-mínimos.

**Quadro 4** – Caracterização do Grupo-Control, gênero masculino

Suj.	Idade	UF	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Renda
1	24	SP	Solteiro	E. Fundamental	Costureiro	3
2	25	SP	Solteiro	E. Médio	Operador de Máquina	5
3	19	SP	Solteiro	E. Médio	Embalador	3
4	21	SP	Solteiro	E. Fundamental	Elastiqueiro	4
5	26	SP	Solteiro	E. Médio	Vendedor	2
6	22	SP	Solteiro	E. Médio	Estudante	5
7	26	SP	Solteiro	E. Médio	Comerciário	3
8	26	SP	Solteiro	E. Médio	Comerciário	3
9	24	SP	Solteiro	E. Médio	Auxiliar de Produção	2
10	25	SP	Solteiro	E. Médio	Auxiliar de Produção	2
11	22	SP	Solteiro	E. Fundamental	Auxiliar de Produção	3
12	25	SP	Casado	E. Fundamental	Auxiliar de Produção	3
13	19	SP	Solteiro	E. Fundamental	Auxiliar de Produção	4
14	19	SP	Solteiro	E. Médio	Auxiliar de Produção	5
15	23	SP	Solteiro	E. Médio	Estagiário	5

Observou-se que o gênero masculino do Grupo-Control era predominantemente de solteiros (90,0%); o nível de escolaridade era o Ensino Médio (66,6%), sem exercício profissional (13,0%) e com renda familiar média de 3,4 salários-mínimos.

## 5.2 Estudo das características do Grupo 1 e do Grupo-Controle

Os dados que se seguem se referem a: idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, desejo frente ao futuro, procedência e atividade profissional.

**Tabela 1-** Média de idade dos grupos

Gênero	Grupo 1		Grupo-Controle	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Feminino	22,4	2,4	22,5	2,1
Masculino	22,6	2,3	21,9	1,4
<b>Geral</b>	<b>22,3</b>	<b>2,6</b>	<b>23,1</b>	<b>2,6</b>

Como é possível observar, a idade média geral dos integrantes dos grupos é visivelmente semelhante.

**Tabela 2 –** Distribuição dos sujeitos nos grupos quanto ao estado civil

Estado Civil	Grupo 1		Grupo-Controle	
	N	%	N	%
Solteiro	23	76,7	27	90,0
Casado	3	10,0	1	3,3
Amasiado	4	13,3	2	6,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Quanto ao estado civil, os sujeitos portadores de fissura transformaram-se predominantemente solteiros (76,7%), porém, em menor número que o Grupo-Controle (90%). O Grupo 1 apresentou maior número de pessoas com relacionamento afetivo estável (23%) que o Grupo-Controle (10%):

A Tabela 3 apresenta a escolaridade média predominante do Grupo 1 e Grupo-Controle, respectivamente: Ensino Fundamental (53,4%) e Ensino Médio (70%).

**Tabela 3** – Distribuição média dos grupos quanto à escolaridade

Escolaridade	Grupo 1		Grupo-Controle	
	N	%	N	%
Ensino Fundamental	16	53,4	9	30,0
Ensino Médio	13	43,3	21	70,0
Superior	1	3,3	0	0,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

No Grupo-Controle a renda predominante foi de três salários-mínimos (33,3%), conforme a Tabela 4.

**Tabela 4** – Distribuição dos grupos quanto à renda familiar

Renda Familiar	Grupo 1		Grupo-Controle	
	N	%	N	%
1 salário-mínimo	13	43,3	2	6,7
2 salários-mínimos	8	26,7	7	23,3
3 salários-mínimos	6	20,0	10	33,3
4 salários-mínimos	1	3,3	5	16,7
5 salários-mínimos	2	6,7	6	20,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Quanto à renda familiar, o Grupo 1 apresentou renda inferior ao Grupo-Controle, predominando um salário-mínimo (43,3%).



A Tabela 5 apresenta o as expectativas dos sujeitos quanto ao futuro.

**Tabela 5** – Desejo frente ao futuro

<b>Grupo</b>	<b>Desejo frente ao futuro</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1	Terminar o tratamento e ficar bem	15	50,0
	Trabalhar e ter melhor condição econômica	11	36,7
	Outros	4	13,3
<b>Total</b>		<b>30</b>	<b>100,0</b>
Controle	Relacionamento afetivo	5	16,7
	Trabalhar e ter melhor condição econômica	23	76,7
	Saúde	2	6,6
<b>Total</b>		<b>30</b>	<b>100,0</b>

Quanto ao *Desejo frente ao futuro*, no Grupo1 predominou o término do tratamento e da melhoria estética (50%), porém, houve também desejos de trabalhar e ter melhor condição econômica (36%). No Grupo-Controle predominou o desejo de trabalhar e ter melhor condição econômica (77%).

A Tabela 6 apresenta os locais de origem dos participantes do Grupo 1.

**Tabela 6** – Distribuição dos pacientes do Grupo 1 quanto à procedência

<b>Região</b>	<b>UF</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>NORTE</b>	AM	2	6,7
	RO	1	3,3
	RR	1	3,3
<b>Subtotal</b>		<b>4</b>	<b>13,3</b>
<b>NORDESTE</b>	BA	2	6,7
	MA	2	6,7
	PE	1	3,3
<b>Subtotal</b>		<b>5</b>	<b>16,7</b>
<b>OESTE</b>	MT	1	3,3
	MS	2	6,7
<b>Subtotal</b>		<b>3</b>	<b>10,0</b>
<b>SUDESTE</b>	SP	10	33,3
	MG	4	13,3
	ES	1	3,4
	<b>Subtotal</b>	<b>15</b>	<b>50,0</b>
<b>SUL</b>	PR	2	6,7
	SC	1	3,3
<b>Subtotal</b>		<b>3</b>	<b>10,0</b>
<b>Total</b>		<b>30</b>	<b>100,0</b>

No Grupo 1, encontrou-se pacientes procedentes de diversas regiões do país, predominando pacientes do Sudeste (50%). O Grupo-Controle foi composto (100%) por sujeitos do Estado de São Paulo.

A Tabela 7 apresenta as diversas profissões exercidas pelos sujeitos de ambos os grupos.

**Tabela 7** – Distribuição dos grupos quanto à atividade profissional

<b>Profissão Grupo 1</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Profissão Grupo-Controle</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não informou	6	20,0	Auxiliar de Produção	6	20,0
Secretária	3	10,0	Vendedor	4	13,4
Auxiliar Serviços Gerais	3	10,0	Não Informou	4	13,4
Lavrador – caseiro – rural	3	10,0	Comerciário	3	10,0
Comerciário- vendas	3	10,0	Balconista	2	6,7
Caseira	1	3,3	Costureira	2	6,7
Operária	1	3,3	Secretária	1	3,3
Tosadora	1	3,3	Do lar	1	3,3
Retilista	1	3,3	Operador de máquina	1	3,3
Cabeleireiro	1	3,3	Embalador	1	3,3
Estoquista	1	3,3	Elastiqueiro	1	3,3
Artesã	1	3,3	Estudante	1	3,3
Repositor de estoque	1	3,3	Estagiário	1	3,3
Servidor Público	1	3,3	Recuperador de crédito	1	3,3
Desossador (desempregado)	1	3,3	Operador Telemarketing	1	3,3
Soldador e Músico	1	3,3			
Professora (desempregada)	1	3,3			
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

No Grupo 1, 20 sujeitos tinham atividade profissional remunerada e, no Grupo-Controle, 22 sujeitos. Contudo, em ambos os grupos, predominaram profissões de baixa remuneração.

Quanto à idade do início do tratamento, a maioria relatou que o processo começou até 12 meses (53,4%) após o nascimento, conforme Tabela 8.

**Tabela 8** – Início do tratamento

Início tratamento	n	%
0 a 12 meses	16	53,4
13 meses a 5 anos	10	33,3
5,1 anos a 10 anos	4	33,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

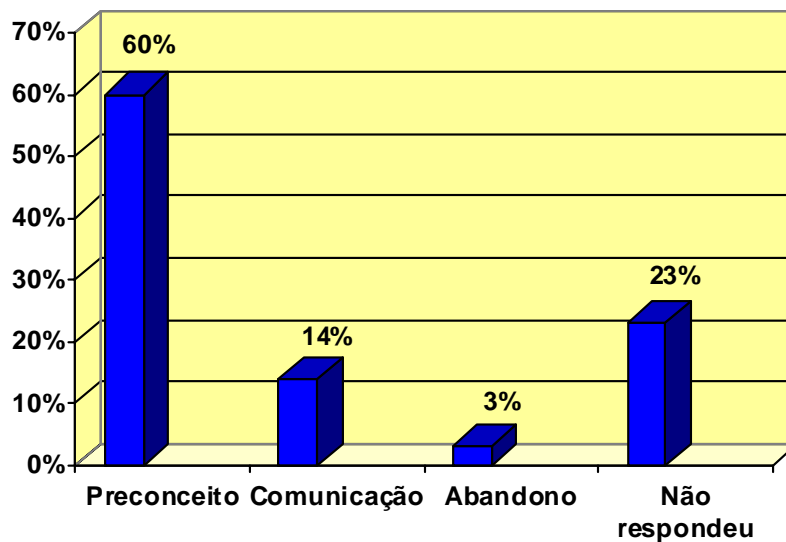
Quanto ao grau de dificuldade encontrado durante as diversas fases da vida, decorrente da fissura labiopalatina, a maioria (30%) relatou que foi *mais ou menos*, conforme Tabela 9.

**Tabela 9** – Dificuldades decorrentes da fissura labiopalatina

Dificuldade frente à fissura	n	%
Não Informou	2	6,7
Muito Pouca	7	23,3
Pouca	5	16,7
Mais ou menos	9	30,0
Muita	6	20,0
Difícil (até adolescência)	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

As dificuldades apontadas, frente à fissura, foram relacionadas a aspectos externos sociais, tais como: preconceito, discriminação e ridicularização (60%). Alguns não quiseram

comentar (23%), para outros foi a dificuldade de comunicação (14%) e o abandono materno no nascimento (3%), por ter fissura. Esses dados estão demonstrados no Gráfico 1.



**Gráfico 1** – Dificuldades encontradas frente à fissura labiopalatina (%)

Conforme relato dos pacientes na entrevista clínica, embora a comunicação fosse uma grande dificuldade, o preconceito social e a discriminação dos colegas, especialmente na infância e adolescência, foram as maiores dificuldades vivenciadas, causando revolta e sofrimento.

### 5.3 Análise dos fatores de saúde mental

As Tabelas 10 e 11 apresentam medidas-resumo dos fatores de saúde mental do Grupo 1 e Grupo-Controle, correspondentes às médias dos escores dos fatores de saúde mental separados por gênero. Os escores sintomáticos, em qualquer um dos cinco fatores e no fator *Saúde Geral*, que foram iguais ou ultrapassaram o percentil 90 foram considerados indicadores de presença de transtorno, conforme Normas do QSG (Pasquali et al 1996, p.35), (Anexo 5).

**Tabela 10** – Medidas-resumo dos fatores, Grupo 1

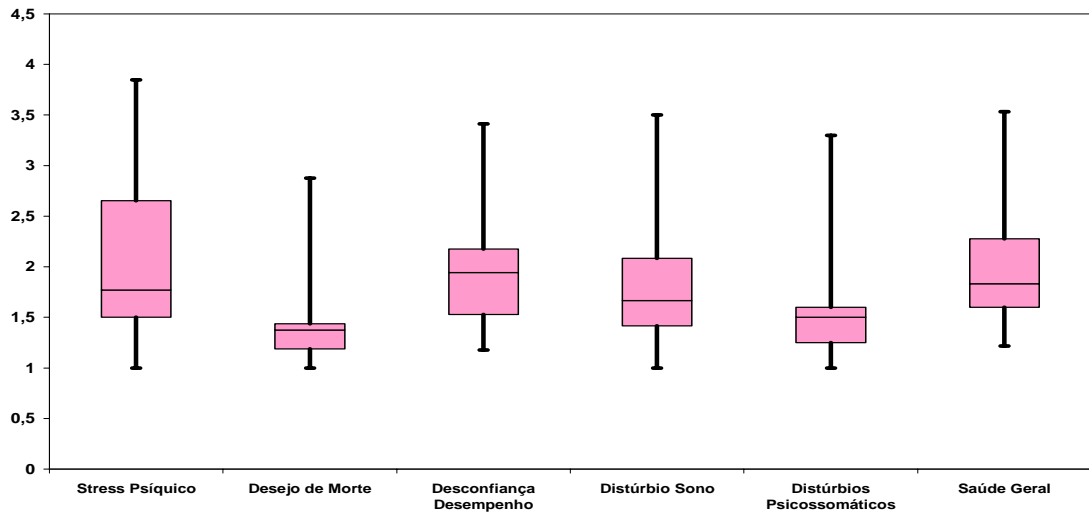
Variável resposta	Gênero	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Stress Psíquico	Feminino	15	<b>2,10</b>	0,83	1,00	1,77	3,85
	Masculino	15	<b>1,77</b>	0,52	1,23	1,62	2,85
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1,93</b>	<b>0,70</b>	<b>1,00</b>	<b>1,69</b>	<b>3,85</b>
Desejo de Morte	Feminino	15	<b>1,53</b>	0,62	1,00	1,38	2,88
	Masculino	15	<b>1,17</b>	0,29	1,00	1,00	1,88
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1,35</b>	<b>0,51</b>	<b>1,00</b>	<b>1,19</b>	<b>1,88</b>
Desconfiança no Próprio Desempenho	Feminino	15	<b>2,03</b>	0,65	1,18	1,94	3,41
	Masculino	15	<b>1,76</b>	0,37	1,12	1,71	2,41
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1,89</b>	<b>0,54</b>	<b>1,12</b>	<b>1,79</b>	<b>2,41</b>
Distúrbio do sono	Feminino	15	<b>1,84</b>	0,71	1,00	1,67	3,50
	Masculino	15	<b>1,64</b>	0,62	1,00	1,33	2,83
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1,74</b>	<b>0,66</b>	<b>1,00</b>	<b>1,67</b>	<b>2,83</b>
Distúrbios Psicossomáticos	Feminino	15	<b>1,60</b>	0,60	1,00	1,50	3,30
	Masculino	15	<b>1,54</b>	0,49	1,00	1,30	2,70
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1,57</b>	<b>0,54</b>	<b>1,00</b>	<b>1,45</b>	<b>2,70</b>
Saúde Geral	Feminino	15	<b>2,05</b>	0,66	1,22	1,83	3,53
	Masculino	15	<b>1,76</b>	0,38	1,30	1,75	2,62
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1,90</b>	<b>0,55</b>	<b>1,22</b>	<b>1,78</b>	<b>2,62</b>

**Tabela 11** – Medidas-resumo dos fatores, Grupo-Controle

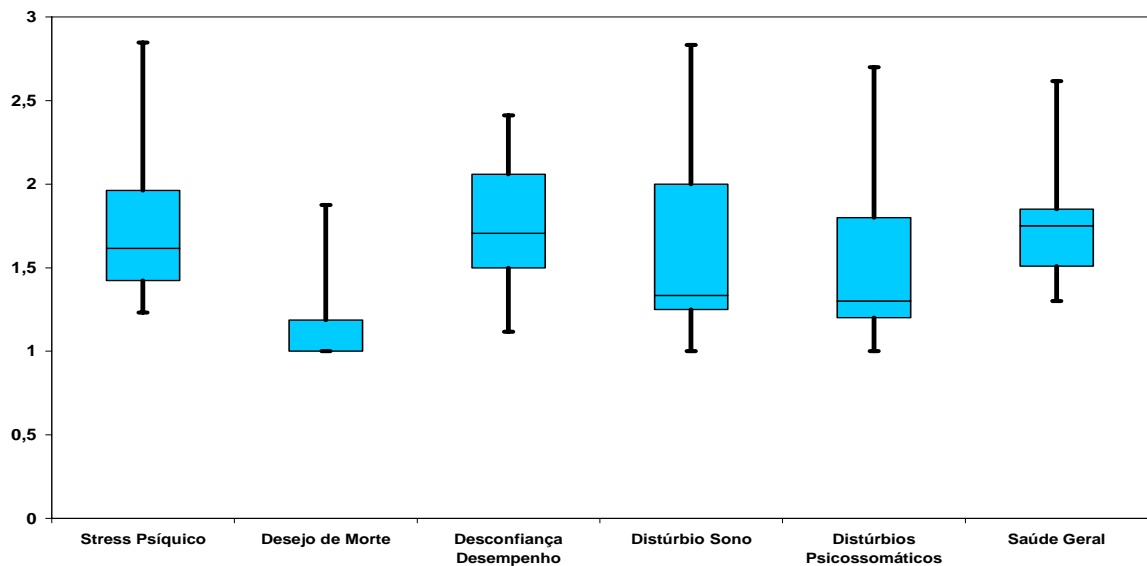
Variável resposta	Gênero	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Stress Psíquico	Feminino	15	<b>2,35</b>	0,49	1,38	2,46	3,15
	Masculino	15	<b>1,69</b>	0,33	1,00	1,85	2,23
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>2,02</b>	<b>0,53</b>	<b>1,00</b>	<b>1,92</b>	<b>3,15</b>
Desejo de Morte	Feminino	15	<b>1,58</b>	0,43	1,00	1,63	2,38
	Masculino	15	<b>1,21</b>	0,33	1,00	1,13	2,25
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1,40</b>	<b>0,42</b>	<b>1,00</b>	<b>1,25</b>	<b>2,38</b>
Desconfiança no Próprio Desempenho	Feminino	15	<b>1,91</b>	0,41	1,00	2,00	2,76
	Masculino	15	<b>1,60</b>	0,21	1,24	1,59	1,88
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1,75</b>	<b>0,36</b>	<b>1,00</b>	<b>1,76</b>	<b>2,76</b>
Distúrbio do sono	Feminino	15	<b>1,99</b>	0,57	1,00	2,00	2,83
	Masculino	15	<b>1,68</b>	0,52	1,00	1,67	2,67
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1,83</b>	<b>0,56</b>	<b>1,00</b>	<b>2,00</b>	<b>2,83</b>
Distúrbios Psicossomáticos	Feminino	15	<b>1,72</b>	0,40	1,10	1,80	2,60
	Masculino	15	<b>1,47</b>	0,24	1,10	1,50	1,80
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1,59</b>	<b>0,35</b>	<b>1,10</b>	<b>1,60</b>	<b>2,60</b>
Saúde Geral	Feminino	15	<b>2,09</b>	0,37	1,23	2,17	2,63
	Masculino	15	<b>1,72</b>	0,24	1,38	1,72	2,20
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1,90</b>	<b>0,36</b>	<b>1,23</b>	<b>1,92</b>	<b>2,63</b>

Conforme apresentado nas Tabelas 10 e 11, a média obtida pelos dois grupos estudados não indicou transtorno em qualquer fator avaliado, quando comparado às normas do QSG (Anexo 5). A seguir, são apresentados em gráficos Boxplot, os fatores avaliados pelo QSG, referentes aos fatores de saúde mental não-psicóticos, que foram apresentados anteriormente, nas Tabelas 10 e 11.

Nos Gráficos 2 e 3 estão apresentados os resultados dos 15 sujeitos dos gêneros feminino e masculino, distribuídos em cada fator de saúde mental do Grupo 1. Observou-se que a média dos grupos apresentava escores dentro da média brasileira, ocorrendo apenas casos isolados de escores indicativos de transtornos.



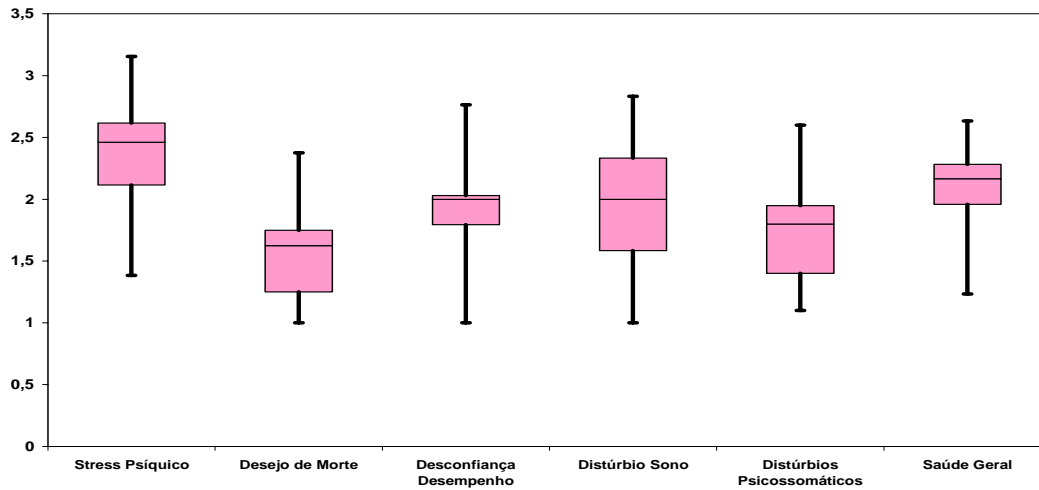
**Gráfico 2** – Distribuição dos escores nos fatores de saúde mental para os 15 indivíduos do gênero feminino (Grupo 1)



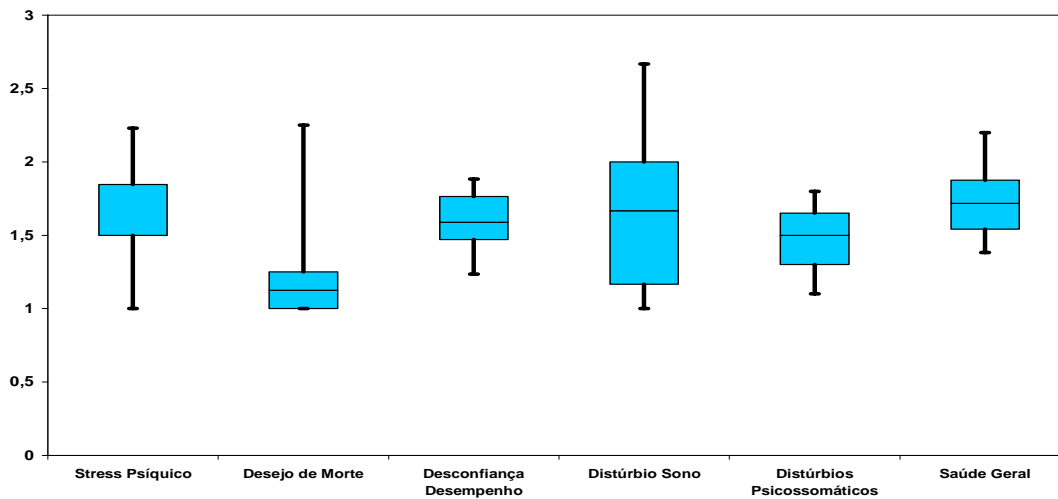
**Gráfico 3** – Distribuição dos escores nos fatores de saúde mental para os 15 indivíduos do gênero masculino (Grupo 1)



Nos Gráficos 4 e 5, apresenta-se os resultados dos 15 sujeitos dos gêneros feminino e masculino, em cada fator de saúde mental do Grupo-Controle.



**Gráfico 4** – Distribuição dos escores nos fatores de saúde mental para os 15 indivíduos do gênero feminino (Grupo-Controle)



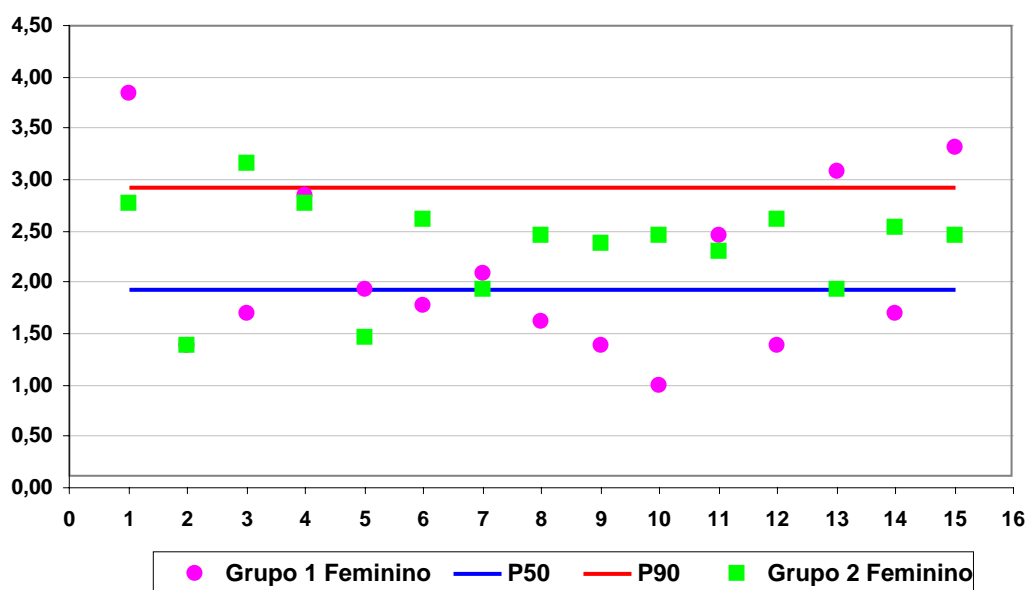
**Gráfico 5** – Distribuição dos escores nos fatores de saúde mental para os 15 indivíduos do gênero masculino (Grupo-Controle)

A seguir, apresenta-se os resultados obtidos pelos sujeitos, individualmente, nos Grupos 1 e Controle, frente aos seis fatores indicativos de saúde mental, separados por gênero.

Os fatores apresentados a seguir são: *Stress Psíquico*, *Desejo de Morte*, *Desconfiança no Desempenho*, *Distúrbios do Sono*, *Distúrbios Psicossomáticos* e *Saúde Geral*. A linha horizontal verde corresponde ao percentil 50 (média de normalidade) e a linha vermelha corresponde ao percentil 90 (indicativo de transtorno).

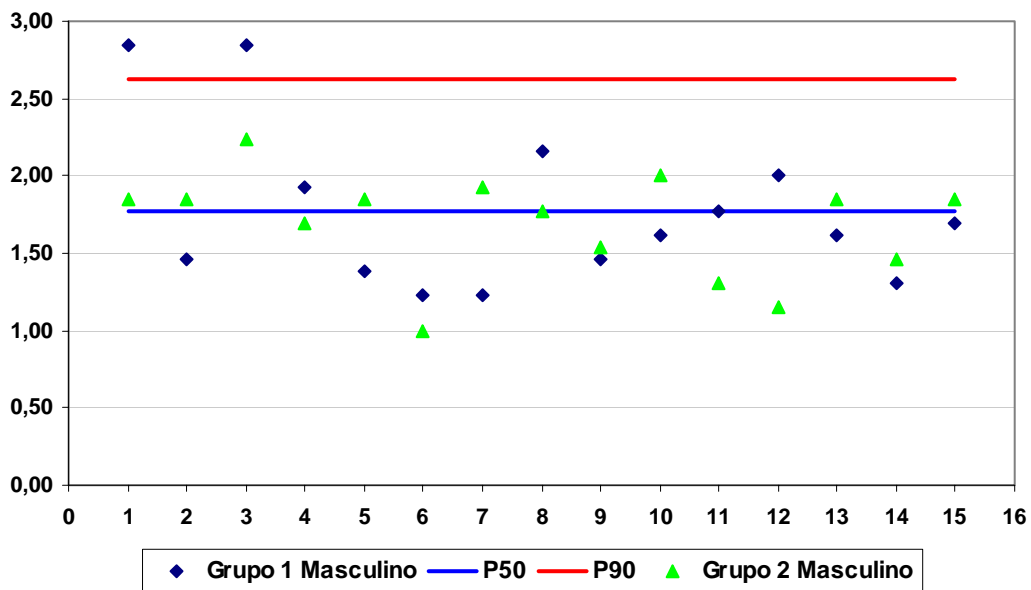
### 5.3.1 Stress Psíquico

No Gráfico 6, apresenta-se a distribuição dos sujeitos para o fator *Stress Psíquico*. Três sujeitos do gênero feminino (1, 13 e 15) do Grupo 1 e um sujeito (3) do Grupo-Controle, apresentaram percentil  $> 3,0$  – o que indica transtorno nesta área.



**Gráfico 6** – Distribuição dos escores no fator “*Stress Psíquico*” para os 30 indivíduos do gênero feminino (Grupos 1 e Controle)

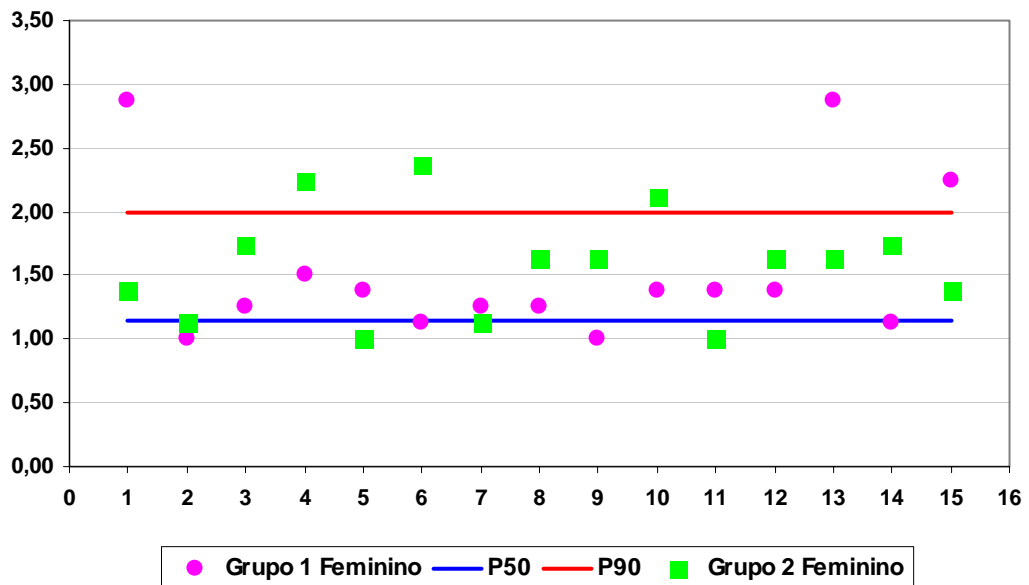
No Gráfico 7, observou-se que a distribuição dos sujeitos do gênero masculino ficou localizada mais próxima da média, se comparada ao gênero feminino, o que indicou que os homens apresentaram menor escore no fator *Stress Psíquico*. Contudo, dois sujeitos (1 e 3) do Grupo 1, também ultrapassaram a linha indicadora de transtorno.



**Gráfico 7** – Distribuição dos escores no fator “*Stress Psíquico*” para os 30 indivíduos do gênero masculino (Grupos 1 e Controle)

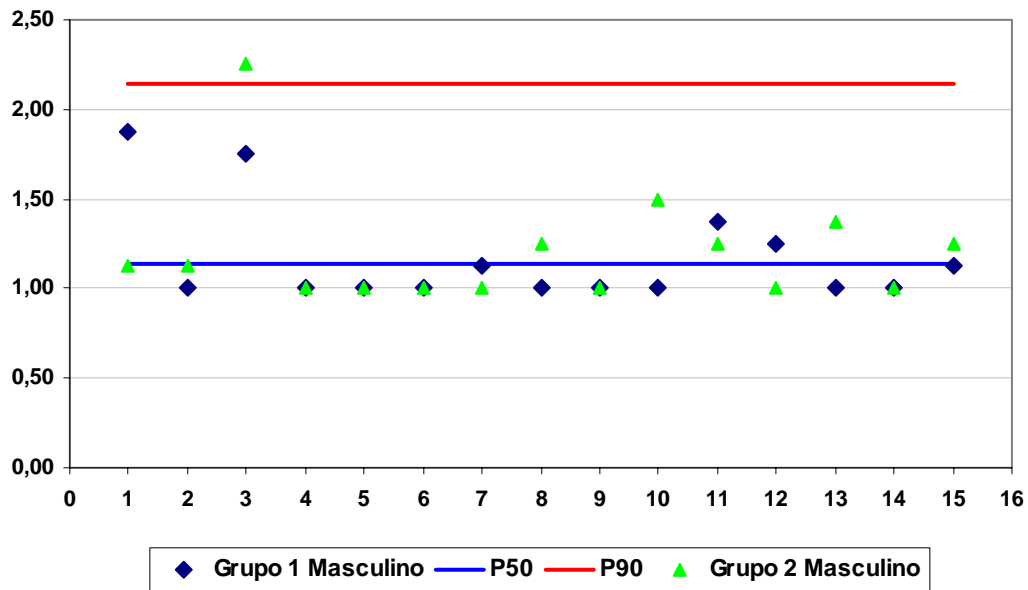
### 5.3.2 Desejo de Morte

No fator *Desejo de Morte*, a população feminina apresentou maior morbidade que os indivíduos do gênero masculino. No gênero feminino, três sujeitos (1, 13 e 15) do Grupo 1 apresentaram escores acima do percentil 90, o que indica presença de transtorno. Quanto ao Grupo-Controle, três sujeitos (4, 6 e 10) também ficaram acima do escore esperado, conforme o Gráfico 8.



**Gráfico 8** – Distribuição dos escores no fator “*Desejo de Morte*” para os 30 indivíduos do gênero feminino (Grupos 1 e Controle)

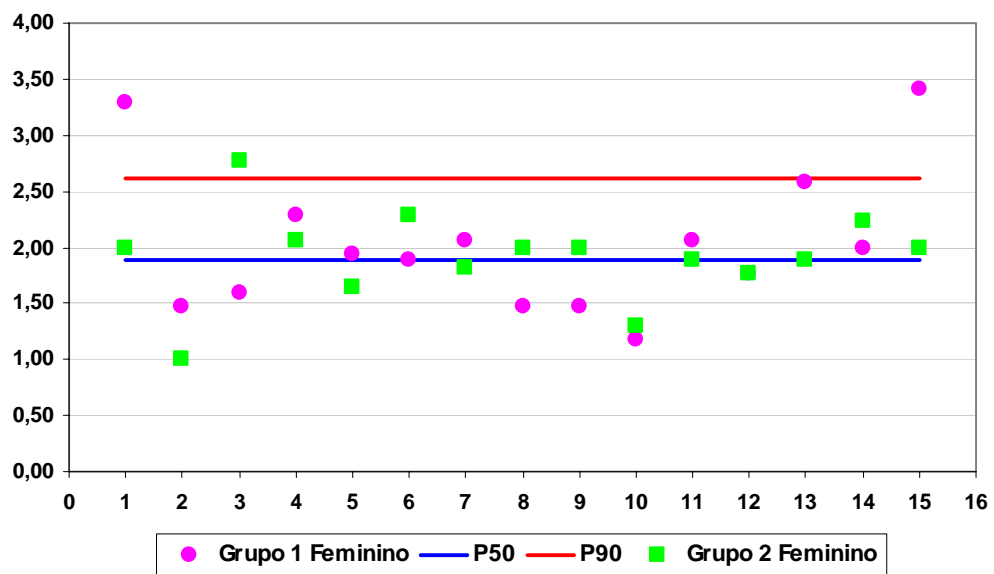
No Gráfico 9, no fator *Desejo de Morte*, os sujeitos do grupo masculino mantiveram-se próximos da média. Somente o sujeito 3, do Grupo-Controle, apresentou percentil indicador de transtorno.



**Gráfico 9** – Distribuição dos escores no fator “*Desejo de Morte*” para os 30 indivíduos do gênero masculino (Grupos 1 e Controle)

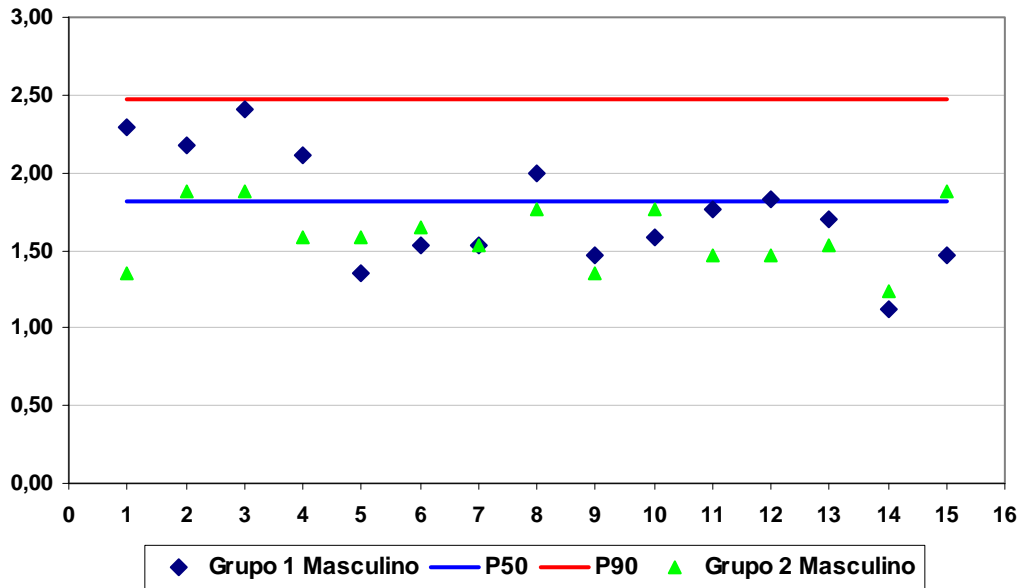
### 5.3.3 Desconfiança no Próprio Desempenho

No Gráfico 10, os sujeitos do gênero feminino (1, 13 e 15) do Grupo 1 e o sujeito 3 do Grupo-Controlé apresentaram escores que indicaram falta de confiança no próprio desempenho.



**Gráfico 10** – Distribuição dos escores no fator “*Desconfiança no Próprio Desempenho*” para os 30 indivíduos do gênero feminino (Grupos 1 e Controle)

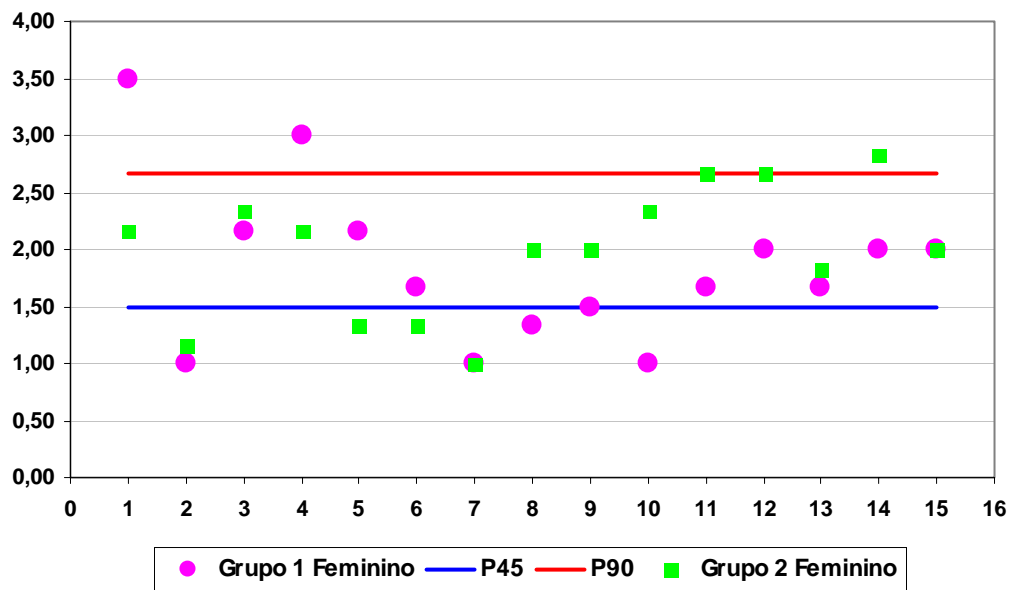
Os sujeitos do gênero masculino, no Grupo 1 e Controle, apresentaram escores que demonstraram que confiavam no próprio desempenho; nenhum sujeito ultrapassou a linha indicativa de transtorno neste fator, conforme Gráfico 11.



**Gráfico 11** – Distribuição dos escores no fator “Desconfiança no Próprio Desempenho” para os 30 indivíduos do gênero masculino (Grupos 1 e Controle)

### 5.3.4 Distúrbios do Sono

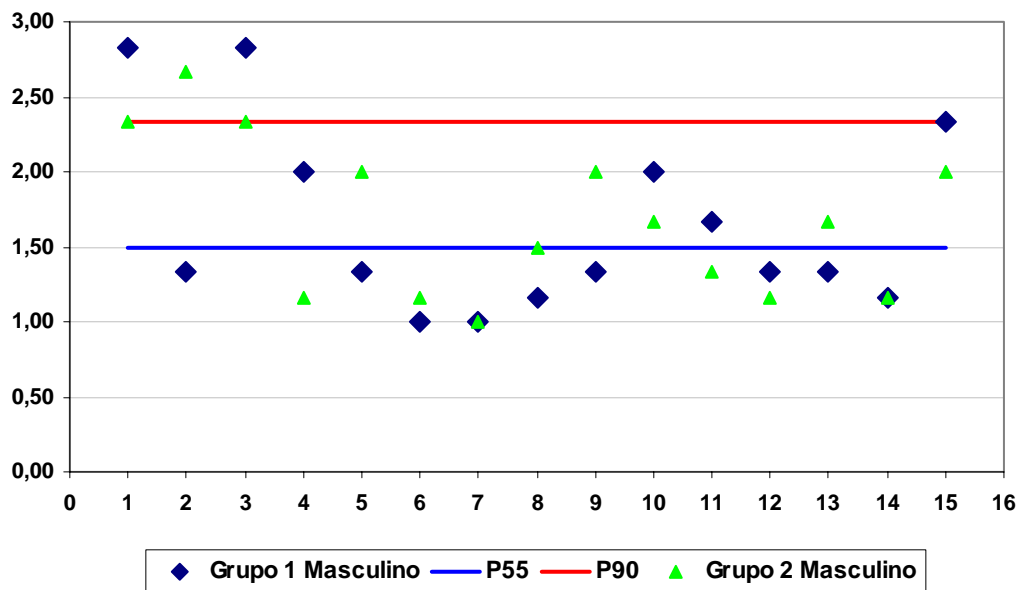
No Grupo 1, duas pacientes (1 e 4) apresentaram transtorno do sono, bem como três sujeitos (11, 12 e 14) do Grupo-Controle, conforme Gráfico 12.



**Gráfico 12-** Distribuição dos escores no fator "Distúrbios do Sono" para os 30 indivíduos do gênero feminino (Grupos 1 e Controle)



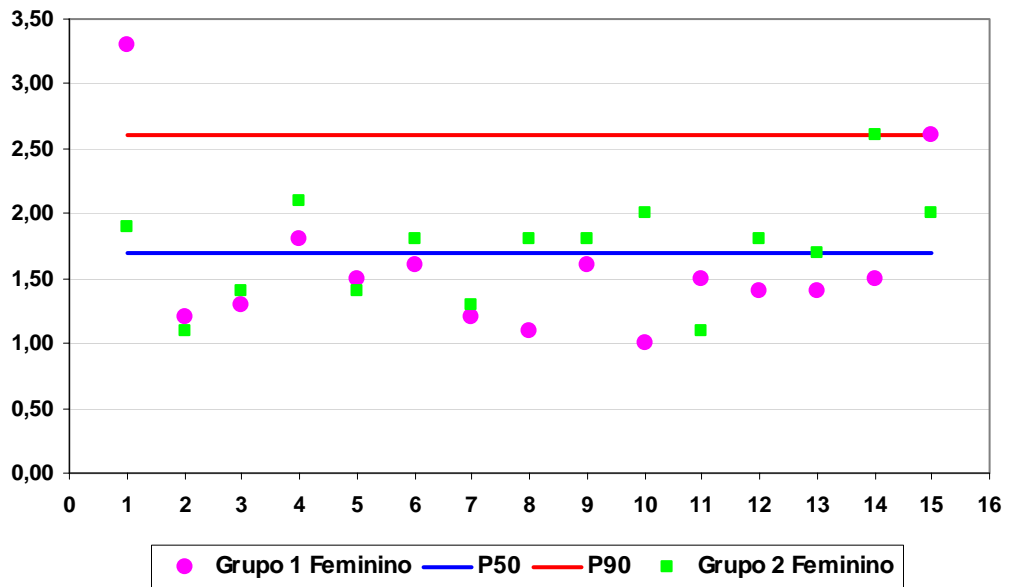
Conforme é possível observar no Gráfico 13, no grupo masculino, três sujeitos (1,3 e 15) do Grupo 1 e três sujeitos (1, 2 e3) do Grupo-Controle encontravam-se com alterações no fator *Distúrbios do Sono*.



**Gráfico 13** – Fator “*Distúrbios do Sono*” para os 30 indivíduos do gênero masculino (Grupos 1 e Controle)

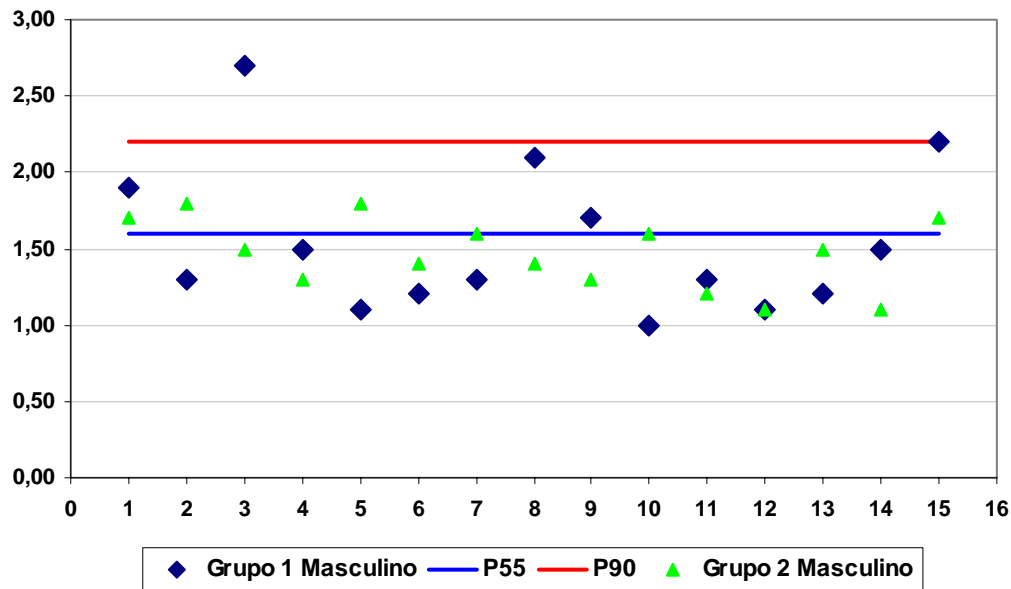
### 5.3.5 Distúrbios Psicossomáticos

No gênero feminino, dois sujeitos (1 e 15) do Grupo 1 e uma (14) do Grupo 2 apresentaram escores maiores que o esperado, conforme pode ser observado no Gráfico 14.



**Gráfico 14** – Distribuição dos escores no fator “*Distúrbios Psicossomáticos*” para os 30 indivíduos do gênero feminino (Grupos 1 e Controle)

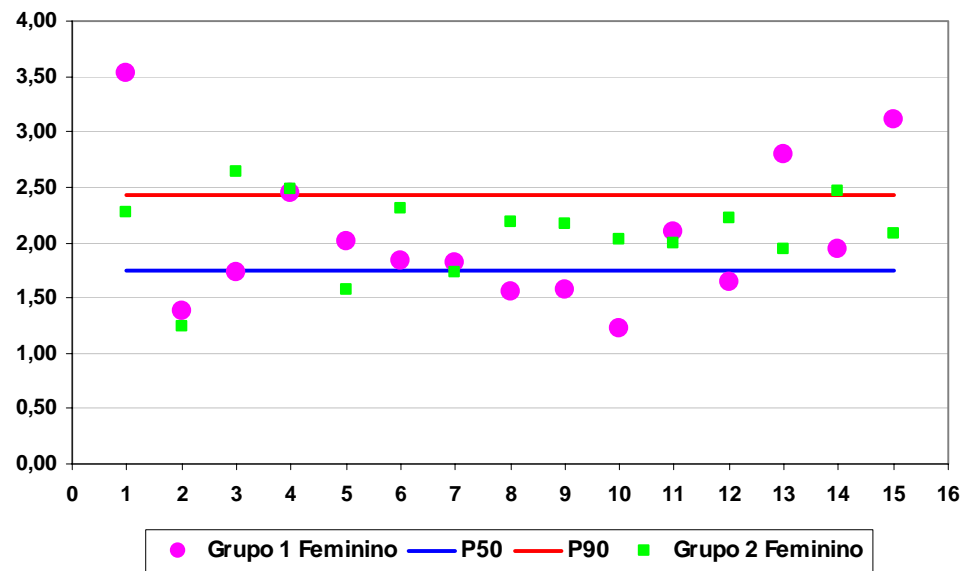
O Gráfico 15 apresenta o fator *Distúrbios Psicossomáticos*, no gênero masculino: no Grupo 1, dois sujeitos (3 e 15) tiveram escores indicativos de transtorno psicossomático.



**Gráfico 15** – Distribuição dos escores no fator “*Distúrbios Psicossomáticos*” para os 30 indivíduos do gênero masculino (Grupos 1 e Controle)

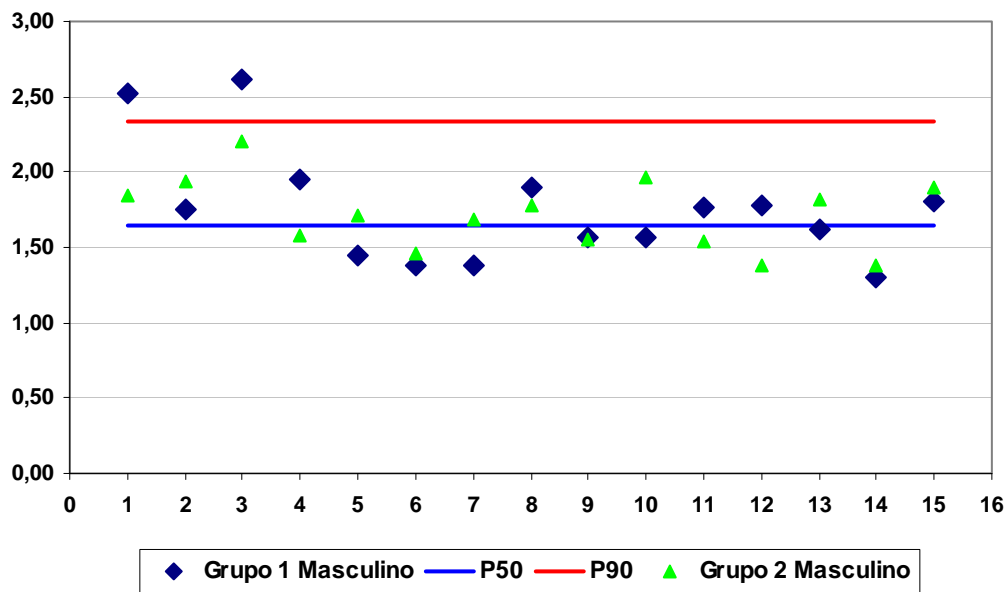
### 5.3.6 Saúde Geral

No fator *Saúde Geral*, quatro sujeitos do gênero feminino do Grupo 1 (1, 4, 13 e 15) e três do Grupo-Controle (3, 4 e 14) apresentaram escores indicativo de presença de distúrbios.



**Gráfico 16** – Distribuição dos escores no fator “Saúde Geral” para os 30 indivíduos do gênero feminino (Grupos 1 e Controle)

O Gráfico 17 demonstra o perfil dos sujeitos do gênero masculino, no fator *Saúde Geral*. Apenas o Grupo 1 apresentou dois sujeitos (1 e 3) com escores indicativos de presença de distúrbio.



**Gráfico 17** – Distribuição dos escores no fator “*Saúde Geral*” para os 30 indivíduos do gênero masculino (Grupos 1 e Controle)

#### 5.4 Estudo comparativo dos fatores de saúde mental dos Grupos 1 e Controle

A Tabela 12 apresenta a comparação entre os 30 sujeitos do Grupo 1 e os 30 sujeitos do Grupo-Controlle frente aos fatores de saúde mental.

**Tabela 12** – Teste de Mann-Whitney: comparação entre os dois grupos, para cada variável (60 indivíduos)

Variáveis	Média		Estatística		Conclusão
	Grupo 1	Grupo-Controlle	U	<i>p</i>	
Stress Psíquico	1,93	2,01	374,50	0,26360857	Grupo1 = GC
Desejo de Morte	1,35	1,40	397,50	0,42735084	Grupo1 = GC
Desconfiança no Próprio Desempenho	1,89	1,75	398,00	0,44087299	Grupo1 = GC
Distúrbio do sono	1,74	1,83	393,50	0,4000724	Grupo1 = GC
Distúrbios Psicossomáticos	1,57	1,59	377,00	0,27843119	Grupo1 = GC
Saúde Geral	1,90	1,90	395,00	0,41588312	Grupo1 = GC

Para a comparação dos resultados obtidos, foi utilizado o teste de Mann-Whitney para a comparação de dois grupos independentes, com a variável de mensuração ordinal. O resultado não indicou diferença estatisticamente significativa nos fatores de saúde mental dos sujeitos com fissura labiopalatina e dos sujeitos sem fissura labiopalatina.

Na Tabela 13, a seguir, foram comparados os resultados apresentados pelos sujeitos dos gêneros feminino e masculino, do Grupo 1. Foi encontrada diferença estatisticamente significativa no item *Desejo de Morte*. No gênero feminino, o resultado foi maior que no gênero masculino, porém, o escore 1,54 corresponde ao percentil 80, o que não é considerado patológico.

**Tabela 13** – Teste de Mann Whitney: comparação entre os gêneros feminino e masculino para o Grupo 1 (30 indivíduos)

Variáveis	Média		Estatística		Conclusão
	Feminino	Masculino	U	p	
Stress Psíquico	2,09	1,80	86,50	0,304590	F = M
Desejo de Morte	1,54	1,17	<b>53,50</b>	<b>0,01168537</b>	<b>F ≠ M</b>
Desconfiança no Próprio Desempenho	2,03	1,76	89,00	0,32828907	F = M
Distúrbio do sono	1,85	1,64	91,00	0,36778079	F = M
Distúrbios Psicossomáticos	1,60	1,54	105,00	0,75448979	F = M
Saúde Geral	2,05	1,75	82,00	0,20543852	F = M

Nas Tabelas 14 e 15 encontra-se a comparação entre o Grupo 1 e Grupo-Controle para o gênero feminino e masculino. Conforme resultados não houve diferença estatisticamente significativa entre os sujeitos com fissura labiopalatina e os sujeitos sem fissura labiopalatina, analisados quanto ao gênero.

**Tabela 14** – Teste de Mann Whitney: comparação entre os dois grupos para o gênero feminino (30 indivíduos)

Variáveis	Média		Estatística		Conclusão
	Grupo 1	Grupo-Controle	U	p	
Stress Psíquico	2,09	2,35	82,00	0,20447756	Grupo1 = GC
Desejo de Morte	1,54	1,59	89,50	0,33618574	Grupo1 = GC
Desconfiança no Próprio Desempenho	2,03	1,91	110,00	0,91709825	Grupo1 = GC
Distúrbio do sono	1,84	1,99	88,00	0,30600498	Grupo1 = GC
Distúrbios Psicossomáticos	1,60	1,72	78,00	0,1504660	Grupo1 = GC
Saúde Geral	2,05	2,08	86,50	0,28068145	Grupo1 = GC

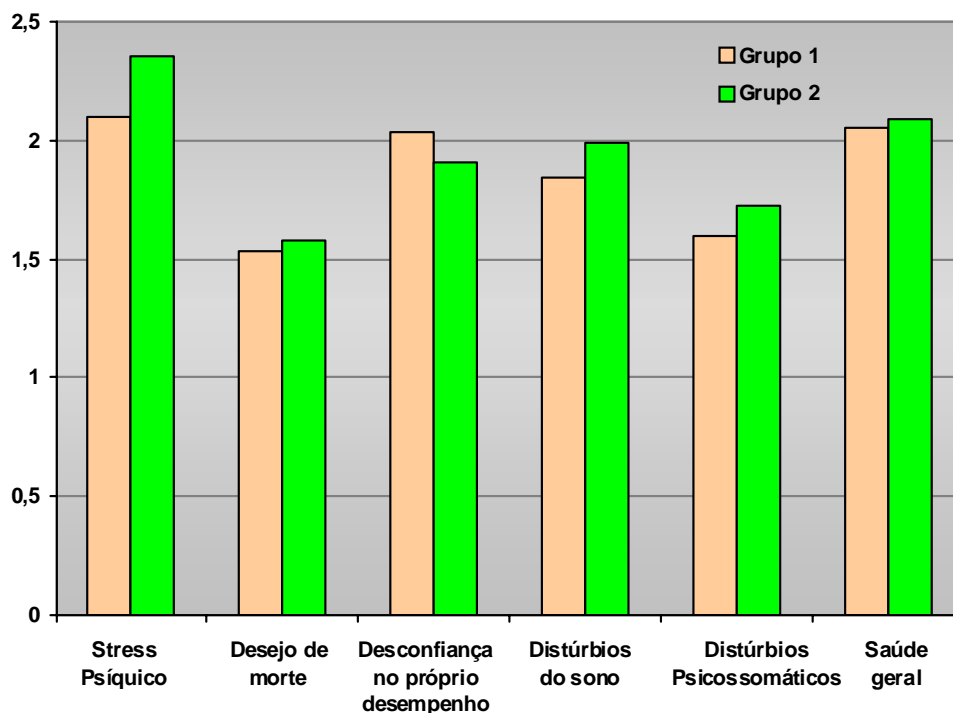
**Tabela 15** – Teste de Mann Whitney: comparação entre os dois grupos para o gênero masculino, (30 indivíduos)

Variáveis	Média		Estatística		Conclusão
	Grupo 1	Grupo-Controle	U	p	
Stress Psíquico	1,77	1,69	108,50	0,86775875	Grupo1 = GC
Desejo de Morte	1,17	1,21	98,50	0,52734346	Grupo1 = GC
Desconfiança no Próprio Desempenho	1,76	1,60	87,00	0,91709825	Grupo1 = GC
Distúrbio do sono	1,64	1,68	106,50	0,838134	Grupo1 = GC
Distúrbios Psicossomáticos	1,54	1,47	107,00	0,81853109	Grupo1 = GC
Saúde Geral	1,76	1,72	108,00	0,85172194	Grupo1 = GC

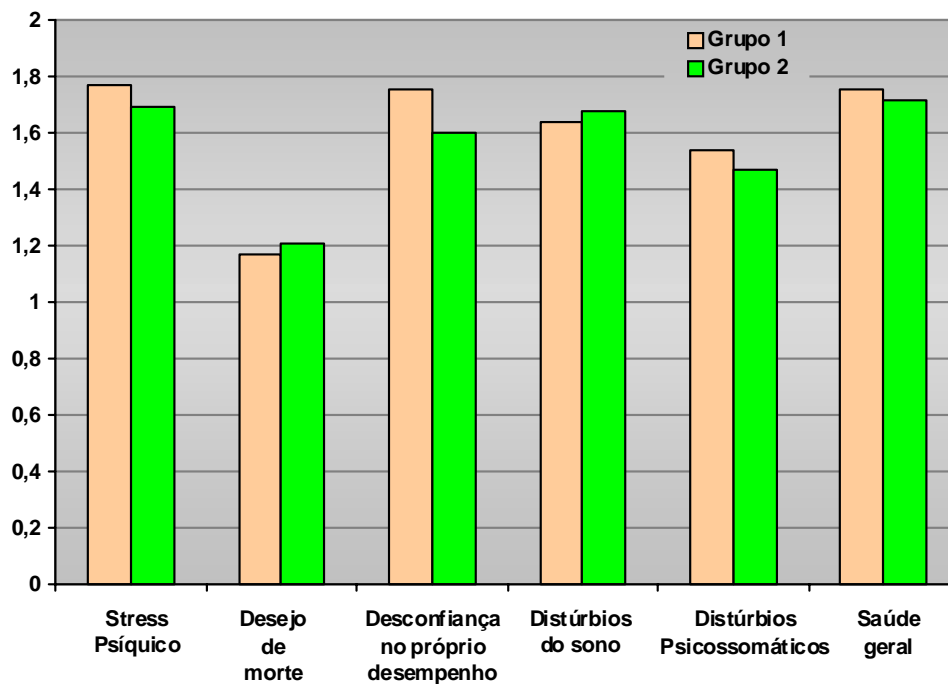
O estudo comparativo do Grupo 1 e do Grupo-Controle indicou que não houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo com fissura labiopalatina e o grupo sem



fissura labiopalatina. Esses dados são apresentados nos Gráficos 18 e 19, para melhor visualização desses resultados.



**Gráfico 18** – Médias dos escores dos fatores do gênero feminino (Grupos 1 e Controle)



**Gráfico 19** – Médias dos escores dos fatores do gênero masculino (Grupos 1 e Controle)

### 5.5 Estudo comparativo entre os fatores de saúde mental e a escolaridade

As Tabelas 16 e 17 apresentam a comparação entre os fatores de saúde mental e a escolaridade, entre ambos os grupos, para o gênero feminino e masculino, respectivamente.

**Tabela 16** – Valores de  $p$  do teste da ANOVA, análise de variância de dois fatores entre os Grupos 1 e 2 segundo a escolaridade para o gênero feminino

Origem	Fatores					
	Stress Psíquico	Desejo de Morte	Desconfiança no desempenho	Distúrbios do sono	Distúrbios Psicossomáticos	Saúde Geral
Grupo x Escolaridade	0,575	0,416	0,990	0,797	0,238	0,871

**Tabela 17** – Valores de  $p$  do teste da ANOVA, análise de variância de dois fatores entre os grupos 1 e 2 segundo a escolaridade para o gênero masculino

Origem	Fatores					
	Stress Psíquico	Desejo de Morte	Desconfiança no desempenho	Distúrbios do sono	Distúrbios Psicossomáticos	Saúde Geral
Grupo x Escolaridade	0,616	0,767	0,274	0,712	0,564	0,755

Não houve diferença estatisticamente significativa para qualquer fator em relação ao grupo e escolaridade, ou seja, a diferença entre os resultados dos grupos, nos fatores de saúde mental, independe da escolaridade.

## 5.6 Comparação dos Grupos 1 e Controle com o percentil médio da população brasileira

Apresenta-se, a seguir, nas Tabelas 18 e 19, as normas do QSG (Goldberg 1996), para o gênero feminino e masculino, destacando-se a indicação dos resultados dos Grupos 1 e do Grupo-Controle frente à padronização brasileira.

**Tabela 18** – Normas do QSG para o sexo feminino (N-405)

Per- centil	<i>Stress</i> Psíquico		Desejo de Morte		Desconfiança no desempenho		Distúrbios do sono		Distúrbios Psicossomá- ticos		Saúde Geral	
	QSG	Suj.	QSG	Suj.	QSG	Suj.	QSG	Suj.	QSG	Suj.	QSG	Suj.
<b>100</b>	3,45		2,98		3,35		3,31		3,09		3,05	
<b>95</b>	3,31		2,29		3,00		3,00		2,87		2,70	
<b>90</b>	2,92		2,00		2,61		2,67		2,60		2,42	
<b>85</b>	2,69		1,86		2,47		2,35		2,40		2,30	
<b>80</b>	2,46		1,57		2,29		2,17		2,30		2,21	
<b>75</b>	2,39			<b>1,58**</b>	2,18		2,00		2,20		2,08	
<b>70</b>	2,31			<b>1,53*</b>	2,12				2,10			<b>2,09**</b>
		<b>2,35**</b>	1,43		2,06			<b>1,99**</b>	2,00		2,00	
<b>65</b>	2,15		1,29		2,00		1,83		1,90			<b>2,05</b>
<b>60</b>	2,08		1,14			<b>2,03*</b>		<b>1,84*</b>	1,80		1,93	
<b>55</b>		<b>2,10*</b>			1,94		1,67			<b>1,72**</b>	1,85	
	2,00					<b>1,91**</b>						
<b>50</b>	<b>1,92</b>		<b>1,14</b>		<b>1,88</b>				<b>1,70</b>		<b>1,75</b>	
45	1,77		1,14		1,82		1,50		1,60		1,70	
40	1,69		1,00		1,79					<b>1,60*</b>	1,65	
35	1,61				1,77		1,33				1,62	
30	1,60				1,71				1,50		1,58	
25	1,54				1,65						1,55	
20					1,59		1,17		1,40		1,50	
15	1,39				1,58		1,00				1,45	
10	1,31				1,47				1,30		1,40	
05	1,15				1,41				1,20		1,32	

\*Grupo 1- feminino

\*\*Grupo-Controle- feminino

Tabela 19 – Normas do QSG para o sexo masculino (N-405)

Per- centil	Stress Psíquico		Desejo de Morte		Desconfiança no desempenho		Distúrbios do sono		Distúrbios Psicossomá- ticos		Saúde Geral	
	QSG	Suj.	QSG	Suj.	QSG	Suj.	QSG	Suj.	QSG	Suj.	QSG	Suj.
<b>100</b>	3,23		3,29		3,12		2,83		3,00		2,75	
<b>95</b>	2,96		2,57		2,77		2,50		2,40		2,48	
<b>90</b>	2,62		2,14		2,47		2,33		2,20		2,33	
<b>85</b>	2,39			<b>1,77*</b>	2,35		2,00		2,10		2,13	
<b>80</b>	2,23		1,86		2,24		1,83		2,00		2,03	
<b>75</b>	2,15		1,71		2,12		1,67		1,90		1,93	
<b>70</b>	2,08		1,57		2,00			<b>1,76*</b>	1,80		1,85	
	1,92		1,43		1,94		1,67		1,70		1,79	
<b>65</b>		<b>1,77*</b>	1,29		1,88			<b>1,68**</b>	1,60		1,73	
<b>60</b>	1,85			<b>1,21**</b>			1,50					<b>1,76*</b>
<b>55</b>			1,14								1,70	
				<b>1,17*</b>								<b>1,72**</b>
<b>50</b>	<b>1,77</b>		<b>1,14</b>		<b>1,82</b>							<b>1,65</b>
45	<b>1,69**</b>		1,00		1,77				<b>1,54*</b>		1,62	
40	1,69					<b>1,76*</b>			1,50		1,57	
35	1,62				1,71		1,33		<b>1,47**</b>		1,55	
30	1,54				1,65				1,40		1,52	
25	1,46				1,65		1,17				1,48	
20	1,46				1,59		1,00		1,30		1,45	
15	1,39					<b>1,60**</b>			1,25		1,43	
10	1,31				1,53				1,20		1,38	
05	1,15				1,47				1,10		1,35	
					1,35							

Grupo 1- masculino

Grupo-Controle- masculino

Na Tabela 20 comparou-se o Grupo 1, gênero feminino, com a média percentil 50, do teste QSG padronizado no Brasil para a Norma feminina (Anexo 5). No fator *Desejo de Morte* houve diferença estatística significativa ( $p= 0,01$ ) entre o Grupo 1 e a média brasileira, apesar de não atingir o percentil 90, indicativo de transtorno.

**Tabela 20** – Teste de Wilcoxon (Teste de um grupo: Grupo 1, gênero feminino)

Variáveis	Média Grupo 1	Percentil 50 (Tabela QSG)	Probabilidade $p$	Conclusão
Stress Psíquico	2,10	1,92	0,714844	Grupo 1 = QSG
Desejo de Morte	1,54	1,14	<b>0,010254</b>	<b>Grupo 1 <math>\neq</math> QSG</b>
Desconfiança no Próprio Desempenho	2,03	1,88	0,669800	Grupo 1 = QSG
Distúrbio do sono	1,85	1,50	0,090576	Grupo 1 = QSG
Distúrbios Psicossomáticos	1,60	1,70	0,106994	Grupo 1 = QSG
Saúde Geral	2,05	1,75	0,252380	Grupo 1 = QSG

Na Tabela 21 compara-se o Grupo 1, gênero masculino, com a média percentil 50 do teste padronizado no Brasil para a Norma masculina (Anexo 5), não se encontrando diferença estatística significativa em nenhum dos fatores.

**Tabela 21** – Teste de Wilcoxon (Teste de um grupo: Grupo 1, gênero masculino)

Variáveis	Média Grupo 1	Percentil 50 (Tabela QSG)	Probabilidade $p$	Conclusão
Stress Psíquico	1,77	1,77	0,583008	Grupo 1 = QSG
Desejo de Morte	1,17	1,14	0,421204	Grupo 1 = QSG
Desconfiança no Próprio Desempenho	1,76	1,82	0,669800	Grupo 1 = QSG
Distúrbio do sono	1,64	1,50	0,761536	Grupo 1 = QSG
Distúrbios Psicossomáticos	1,54	1,60	0,488708	Grupo 1 = QSG
Saúde Geral	1,76	1,65	0,524476	Grupo 1 = QSG

Nas Tabelas 22 e 23 são apresentados os resultados do Grupo-Controle, separado por gênero, em estudo comparativo com a média percentil 50 do teste padronizado no Brasil das Normas feminina e masculina, respectivamente. Encontrou-se no Grupo-Controle resultados mais elevados frente à média padronizada pelo teste, o que indica que o Grupo-Controle apresentou escores mais altos que o Grupo 1, porém, dentro do padrão de normalidade, que corresponde ao percentil inferior a 90 (Anexo 5).

**Tabela 22** - Teste de Wilcoxon (Teste de um grupo: Grupo-Controle, gênero feminino)

Variáveis	Média Grupo-Controle	Percentil 50 (Tabela QSG)	Probabilidade <i>p</i>	Conclusão
Stress Psíquico	2,35	1,92	<b>0,006104</b>	<b>G-Controle ≠ QSG</b>
Desejo de Morte	1,59	1,14	<b>0,002624</b>	<b>G-Controle ≠ QSG</b>
Desconfiança no Próprio Desempenho	1,91	1,88	0,587890	G-Controle = QSG
Distúrbio do sono	1,99	1,50	<b>0,005372</b>	<b>G-Controle ≠ QSG</b>
Distúrbios Psicossomáticos	1,72	1,70	0,951538	G-Controle = QSG
Saúde Geral	2,08	1,75	<b>0,006714</b>	<b>G-Controle ≠ QSG</b>

As mulheres do Grupo-Controle demonstraram escores maiores que a média brasileira para os fatores de *Stress Psíquico*, *Desejo de Morte*, *Distúrbios do Sono* e *Saúde Geral*.

**Tabela 23** – Teste de Wilcoxon (Teste de um grupo: Grupo-Controle, gênero masculino)

Variáveis	Média Grupo-Controle	Percentil 50 (Tabela QSG)	Probabilidade <i>p</i>	Conclusão
Stress Psíquico	1,69	1,77	0,669800	G-Controle = QSG
Desejo de Morte	1,21	1,14	0,761536	G-Controle = QSG
Desconfiança no Próprio Desempenho	1,60	1,82	<b>0,002014</b>	<b>G-Controle ≠ QSG</b>
Distúrbio do sono	1,68	1,50	0,267578	G-Controle = QSG
Distúrbios Psicossomáticos	1,47	1,60	0,057374	G-Controle = QSG
Saúde Geral	1,72	1,65	0,359130	G-Controle = QSG

O único fator de saúde mental, do gênero masculino que deu diferença significativa frente à média brasileira foi a *Desconfiança no Próprio Desempenho*, do Grupo-Controle masculino, porém, abaixo do percentil 90.

Apesar de a média dos grupos e gêneros não ter sido estatisticamente significativa como indicador de transtorno mental não-psicótico, na análise dos dados observou-se que, no Grupo 1, gênero feminino, individualmente, ocorreu uma constância maior de transtornos dos mesmos sujeitos, nos diversos fatores avaliados.

Os sujeitos do Grupo 1, do gênero feminino, que apresentaram transtornos nos fatores de *Saúde Mental Geral*, atingindo o percentil igual ou superior a 90, foram os sujeitos 1, 4, 13 e 15, caracterizados na Tabela 24.

**Tabela 24** – Sujeitos do Grupo 1, do gênero feminino, que apresentaram fatores de saúde mental alterados

Fatores	Sujeitos
Stress Psíquico	1,13 e 15
Desejo de Morte	1,13 e 15
Desconfiança no Desempenho	1, 13 e 15
Distúrbios do Sono	1 e 4
Distúrbios Psicossomáticos	1 e 15
Saúde (mental) Geral	1, 4,13 e 15

As características e a história dos sujeitos do gênero feminino que apresentaram transtornos nos fatores de saúde mental, encontram-se no Anexo 6.

Após a entrevista inicial e a aplicação do teste, todos os sujeitos que apresentavam sofrimento psíquico foram orientados a entrar em contato com o setor de psicologia do HRAC e a buscar atendimento médico e psicoterápico em suas respectivas cidades.

No gênero masculino, tanto do Grupo 1 como do Grupo-Controle, nenhum sujeito apresentou desejo de morte.

No Grupo 1, os sujeitos 1, 3 e 15, do gênero masculino, manifestaram transtornos nos fatores de saúde mental e apresentaram percentil maior ou igual a 90, conforme Tabela 25.

**Tabela 25** – Sujeitos do Grupo 1, do gênero masculino, que apresentaram fatores de saúde mental alterados

Fatores	Sujeitos
Stress Psíquico	1 e 3
Desejo de Morte	-
Desconfiança no Desempenho	-
Distúrbios do Sono	1, 3 e 15
Distúrbios Psicossomáticos	3 e 15
Saúde (mental) Geral	1 e 3

O perfil caracteriológico dos sujeitos do gênero masculino que apresentaram transtornos nos fatores de saúde mental encontra-se no Anexo 7.

Diferentemente dos sujeitos do gênero feminino, os sujeitos do gênero masculino que apresentaram alterações não foram uniformes em todos os fatores de saúde mental e também não apresentaram história de vida que justificasse claramente o transtorno. Seus resultados foram menos consistentes que o das pacientes. No fator *Desejo de Morte*, os sujeitos do Grupo 1, do gênero masculino, mantiveram-se próximos da média esperada.





## **6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **6.1 Características gerais da população estudada**

Os pacientes deste estudo, em sua maioria, iniciaram o tratamento até um ano de idade, recebendo atendimento multidisciplinar no HRAC desde o nascimento. Estes dados estão em concordância com a literatura, que indica que os procedimentos devem ser iniciados precocemente com o bebê e podem durar aproximadamente 20 anos, conforme as necessidades específicas de cada um. O atendimento ao fissurado necessita ser multidisciplinar e ter como objetivo principal atender o paciente em suas necessidades físico-estético-funcionais e psicossociais (Alonso et al 2009, Capelloza Filho e Silva Filho 1992, Custódio 2007 e Gomes et al 2008). Durante a entrevista clínica, esses procedimentos foram confirmados pelo grupo estudado, com relatos sobre os diversos atendimentos recebidos.

Quanto ao estado civil, os sujeitos com fissura transforame eram predominantemente solteiros, observando-se que o Grupo 1 apresentou maior número de pessoas com relacionamento afetivo estável, em comparação com o Grupo-Controle. Esses dados evidenciaram que, apesar das questões estéticas, os sujeitos com fissura transforame estavam relacionando-se social e afetivamente. Tais resultados estão de acordo com outros estudos, como os de Brasil (2006), em que não houve diferença para a escolha de parceiros afetivos entre o grupo de sujeitos com fissura e sem fissura. O estudo de Kappa; Simon; Kristovich (1992), que também discute as relações sociais, de ajustamento geral e de autopercepção, utilizou uma amostra de 45 adolescentes com anomalias craniofaciais. Os autores perceberam que apesar desses adolescentes não poderem controlar as reações de

outras pessoas frente as suas diferenças físicas, puderam aprender a se conduzir de modo mais eficaz com o treinamento de habilidades sociais específicas.

Veronez e Tavano (2005), em seu estudo, constataram modificações psicossociais positivas em pacientes com fissura labiopalatina, pós-cirurgia ortognática.

Quanto à renda familiar, o Grupo 1 apresentou renda inferior ao Grupo-Controle. Essa inferioridade constatada no Grupo 1 pode ser justificada pelo fato de a maioria dos pacientes ser procedente de diversas regiões do país, enquanto que o Grupo-Controle foi composto por sujeitos do Estado de São Paulo. Estudos demonstram que as regiões Norte e Nordeste do país apresentam renda inferior à das regiões Sul e Sudeste (IBGE 2009).

Quanto à escolaridade, o Ensino Médio predominou no Grupo-Controle e no Grupo 1, para o gênero feminino. Apenas no gênero masculino, do Grupo 1, predominou o Ensino Fundamental. Neste estudo, o nível de escolaridade, quando comparado com os fatores de saúde mental, não apresentou relação estatisticamente significativa entre ambos. Portal (2003) também não encontrou relação entre fissura e defasagem no desempenho escolar. Tavano (1994) estudou a integração escolar e concluiu que a existência da fissura labiopalatina não prejudicou o relacionamento acadêmico dos portadores com a professora, apenas, inicialmente, dificultou a integração com os colegas.

Com relação à atividade de trabalho remunerado, não houve diferença entre o Grupo-Controle e o grupo com fissura labiopalatina (Grupo 1). Esse dado foi compatível com o estudo de Santos; Graciano; Valentim (2010) sobre trabalho e qualidade de vida de pessoas com fissura labiopalatina inseridas no mercado profissional da cidade de Bauru. Os autores encontraram como resultado um bom nível de qualidade de vida e concluíram que os sujeitos apresentaram, em média, índices significativos de satisfação profissional. Identificou-se ainda, que o serviço social do HRAC era facilitador do processo de inserção no mercado de trabalho.

## 6.2 Fatores de Saúde Mental

Os resultados obtidos com os sujeitos do gênero feminino, em ambos os grupos estudados, foram piores do que os obtidos pelos sujeitos do gênero masculino. No Grupo 1, o gênero masculino não apresentou diferença estatisticamente significativa nos fatores de saúde mental, quando comparado com a média brasileira. O gênero feminino, entretanto, apresentou diferença estatisticamente significativa no fator *Desejo de Morte*, quando comparado a média brasileira, embora não tenha atingido o percentil 90, indicativo de transtorno mental. As mulheres do Grupo-Controle, frente a média brasileira, demonstraram maior desvio que as mulheres do Grupo 1, nos fatores *Stress Psíquico*, *Desejo de Morte*, *Distúrbios do Sono* e *Saúde Geral*; contudo, o escore obtido não indicou transtorno.

Analisando a fala dos quatro sujeitos que apresentaram resultados indicativos de transtornos, foi possível observar que todos relataram dificuldades decorrentes da fissura, mas também, sofrimento pelas circunstâncias atuais de vida (Anexo 6 e 7).

O sujeito 1 encontrava-se depressivo pela traição e separação do marido e pela responsabilidade de cuidar e criar sua filha. Relatou casos de depressão na família, sendo alto seu escore no fator *Desejo de Morte*. Também apresentou alteração em todas as áreas avaliadas: *Stress Psíquico*, *Desejo de Morte*, *Desconfiança no Desempenho*, *Distúrbios do Sono*, *Distúrbios Psicossomáticos* e *Saúde Geral*.

No fator *Desejo de Morte*, a população feminina apresentou maior morbidade que o grupo masculino. No Grupo 1, três sujeitos (1, 13 e 15), apresentaram escores acima do percentil 90, o que indicou a presença de transtorno. Quanto ao Grupo-Controle, três sujeitos do gênero feminino (4, 6 e 10), também ficaram acima do escore esperado. Essas jovens, do Grupo-Controle e do Grupo 1, estavam passando por situações difíceis e demonstraram depressão. Deste modo, entende-se que, neste estudo, o desejo de morte estava mais

relacionado com quadros depressivos e situações de perdas vivenciadas naquele momento do que com a fissura labiopalatina.

Esses dados coincidem com os de outros estudos, nos quais as mulheres apresentaram maior transtorno mental não-psicótico que os homens (Lima, Soares e Mari 1999, Ludermir e Melo 2002, Maragno et al 2006 e Pasquali et al 1996).

Bandeira; Freitas; Carvalho-Filho (2007) utilizaram o QSG para avaliar transtornos mentais comuns não-psicóticos em usuários do Programa de Saúde da Família. Contrariamente a outros trabalhos, obtiveram índice mais elevado de transtornos no gênero masculino. Contudo, no fator *Desejo de Morte*, as mulheres também apresentaram porcentagem mais elevada que a dos homens.

Fleck et al (2002) estudaram a sintomatologia depressiva em usuários de serviços primários de saúde do Sul do país, observando escore significativamente mais elevado para as mulheres. Esses dados coincidem com os resultados deste estudo, uma vez que o escore no fator *Desejo de Morte* foi mais elevado nas mulheres do que nos homens. Na presente pesquisa, na avaliação qualitativa da história de vida dos sujeitos do gênero feminino, foram encontradas situações de perdas que remeteram a quadros depressivos, tais como separação do cônjuge, morte da avó e rejeição afetiva.

A subjetividade é uma dimensão do sujeito que, segundo as relações vivenciadas, se faz construtora de experiências afetivas e reflexivas capazes de produzir significados singulares e coletivos. Conceitos como identidade, subjetividade e constituição do sujeito devem estar embasados em uma compreensão dialética do indivíduo, em suas relações sociais (Maheirie, 2002). Os resultados apresentados pelas pacientes refletiram sua subjetividade, construída nas relações sociais e afetivas e significadas de maneira singular em cada uma delas.

Minerbo (2000) define a psique como a estrutura resultante das identificações com os objetos primários, que confere sentido emocional à realidade. Desse processo, pode-se identificar um sujeito que expressa sofrimento ou não. Neste estudo, os sujeitos apresentaram histórias sofridas, porém não expressaram sofrimento durante a entrevista clínica, pelo contrário, demonstraram elaboração das dificuldades vivenciadas e vontade de superação.

*Meu maior desejo é passar no vestibular, fazer Medicina e trabalhar (Sujeito 5, feminino).*

Constatou-se, no Grupo 1, que apesar do sofrimento e preconceito que sofreram e ainda sofriam com a fissura labiopalatina, esses sujeitos buscaram tratamento adequado e eficiente, os quais os auxiliaram no enfrentamento das limitações. Desta forma, quando comparados ao Grupo-Controle, não houve diferença significativa entre a escolaridade, as relações interpessoais, a obtenção de trabalho remunerado e fatores de saúde mental.

### **6.3 Saúde mental e fissura labiopalatina**

Amaral (1997) discutiu que a fissura traz uma série de contingências físicas, psicológicas, afetivas e sociais para o indivíduo, que parecem influenciar na redução do autoconceito, isolamento, maior dependência dos pais, esquivas de contatos sociais em situações novas, redução da capacidade verbal, entre outras. Sugeriu, deste modo, que a equipe interdisciplinar responsável pelo processo de reabilitação deva estar atenta a todas as fases de desenvolvimento, desde o nascimento até a fase adulta.

Estudos de Bastos; Gardenal; Bogo (2008) relataram a associação entre a malformação e o ajuste psicossocial, sugerindo maior atenção dos profissionais e familiares

para essas questões. Devido à exclusão, indivíduos com anomalias craniofaciais podem ter menos oportunidades educacionais e profissionais e devem receber ajuda multidisciplinar para enfrentar e superar essas dificuldades (Monlleó 2004).

Comportamentos de enfrentamento e superação das limitações foram relatados com frequência, na entrevista clínica, pelos sujeitos desta pesquisa:

*Estou bem, trabalho, estudo. Sofri discriminação para arrumar emprego, mas tem que ter enfrentamento (Sujeito 9, masculino).*

*Minha vida é boa. É alegre e feliz em todos os lugares, nada de tristeza. Precisa ter humildade, Deus no coração e confiar na gente mesmo (Sujeito 14, masculino).*

Estudos indicaram que a fissura labiopalatina pode ou não influenciar o contato social, o desenvolvimento da personalidade e o progresso educacional (Gomes et al 2008, Gomes et al 2009, Okkerse et al 2001, Schuster et al 2003 e Veronez e Tavano 2005). No grupo estudado, provavelmente, o desenvolvimento da personalidade se fez de maneira satisfatória, visto que os sujeitos apresentaram relações afetivas estáveis e progresso educacional satisfatório. No contato social e afetivo, constatou-se que os sujeitos estavam namorando e casando com maior frequência que os sujeitos do Grupo-Controle. Esses dados confirmaram outros estudos, que concluíram que indivíduos com fissura labiopalatina, em relação aos seus pares normais, não se diferenciam quanto ao desenvolvimento da personalidade, não constituindo um grupo típico pelo fato exclusivo de apresentarem a fissura labiopalatina (Amaral 1997, Brasil et al 2007, Garcia 2006 e Santos, Graciano e Valentim 2010).

Na presente pesquisa, durante a entrevista clínica, a maioria dos sujeitos demonstrou estar bem física, psicológica e socialmente, e muito esperançosos frente ao futuro, conforme relato que se segue:

*Sofri bastante, por isso hoje tenho independência. Isso me deixou mais forte, responsável, amorosa e dedicada à vida. Aprendi a gostar de mim e do próximo. Abri os olhos, gosto da verdade. Sou legal quando precisa, gosto de trabalhar, fazer unhas e bordar chinelos para vender (Sujeito 10, feminino).*

Francisco (2002) também estudou indicadores psicossociais de pacientes adultos com fissura labiopalatina atendidos no HRAC e concluiu que a maioria encontra-se bem em relação a si mesmo e ao meio social em que estão inseridos.

Tobiasen e Hierbert (1993) indicaram a necessidade de estudar a relação entre a gravidade das fissuras e o ajustamento psicossocial. Essa relação não foi confirmada no presente estudo, tendo em vista que a maioria dos pacientes avaliados, apesar de apresentarem grande comprometimento com a fissura, não apresentaram transtornos mentais e nem dificuldades psicossociais, quando comparados com o Grupo-Controle. Minervino-Pereira (2000) também estudou a influência do tipo de fissura e do tempo de convivência com ela na autoestima e no autoconceito dos pacientes. Os resultados indicaram maior relação entre o tempo de convivência com os comprometimentos físicos e funcionais do que com o tipo de fissura. Na presente pesquisa, a maioria dos sujeitos iniciou precocemente seu tratamento, logo, o tempo de convivência com os comprometimentos físicos e funcionais, provavelmente, não foi muito grande. Com base na pesquisa de Minervino-Pereira (2000), poder-se-ia inferir que isso pode ter ajudado nos bons resultados obtidos pela maioria dos sujeitos.

Ribeiro e Moreira (2005) relataram que as crianças não se percebem diferentes até quatro ou cinco anos de idade, especialmente se viveram com a aceitação da família. Contudo, ao entrar em contato com outras crianças, essa diferença é apontada, podendo gerar dificuldades no comportamento e na personalidade dessas crianças. Neste presente estudo, constatou-se a experiência do estigma, do preconceito e da discriminação vivenciados pelos sujeitos, especialmente na infância e adolescência, nos relatos feitos na entrevista clínica:



*Quando estudava, riam de mim. Meu desejo é que me deixassem normal* (Sujeito 2, masculino).

*Meu desejo é de que não houvesse preconceito* (Sujeito 11, masculino).

*Meu desejo é falar normal* (Sujeito 6, masculino).

*Tenho vergonha, as pessoas olham e falam* (Sujeito 6, feminino).

Em relação à questão estética, Lévinas (1993) discute a importância do rosto em seu aspecto externo e psicológico, afirmando que a malformação facial pode acarretar dificuldades emocionais, sociais e de personalidade nos indivíduos que a possuem.

O sujeito 15, do gênero feminino, demonstrou grande dificuldade com sua aparência física, relatando ser vítima de grande discriminação e que, quando namorava, o parceiro sentia vergonha de sua aparência e terminava rapidamente a relação. Encontrava-se em sofrimento psíquico, foi orientada a procurar o setor de psicologia do HRAC e a buscar psicoterapia em sua cidade. Apresentou alterações nos seguintes fatores: *Stress Psíquico, Desejo de Morte, Desconfiança no Desempenho, Distúrbios Psicossomáticos e Saúde Geral*.

Pesquisadores concluíram que procedimentos cirúrgicos corretivos em pacientes com fissura labiopalatina ajudaram na inclusão, integração social e na qualidade de vida dessas pessoas (Gomes et al 2008).

Ângelo (1994) estudou a influência do sexo na autoestima, de adolescentes com fissura labiopalatina, e constatou que adolescentes do sexo feminino apresentaram menor autoestima, em comparação com os demais integrantes da pesquisa.

Marques (2001) estudou o impacto da cirurgia plástica secundária, realizada anteriormente, sobre a expectativa da próxima cirurgia. Concluiu que a satisfação com a cirurgia plástica anterior gerou expectativas de melhoria estética e de ganhos pessoais e

sociais, para ambos os sexos. Essa expectativa com a estética ficou evidente na fala dos entrevistados:

*Desejo terminar o tratamento para ficar bonita (Sujeito15, feminino).*

*Quero ficar bonito (Sujeito1, masculino).*

#### **6.4 A importância da reabilitação e da família na promoção da saúde mental de indivíduos com fissura labiopalatina**

O processo de reabilitação é muito importante, visto que a malformação pode gerar ansiedade, depressão, fobia social, autoestima e qualidade de vida mais baixa do que nos indivíduos normais (Garcia 1997, Kapp-Simon 2004, 2006, Lockhart 2003 e Spósito e Graciano 2008). Essa angústia, ansiedade e autoestima mais baixa também se fizeram perceptíveis na fala de alguns entrevistados:

*As pessoas discriminam no trabalho, nas relações, tem nojo, gozam, quando criança me batiam. Espero há anos a cirurgia de enxerto. Desejo casar e trabalhar. Sinto ansiedade pelo modo como as pessoas me olham e falam (Sujeito 6, feminino).*

*Muito medo do futuro; deixo de viver o hoje pensando no amanhã. Medo de perder as pessoas, das coisas não darem certo [está grávida], luto com a vida, mesmo com obstáculos procuro superar. Nada como um novo amanhecer (Sujeito 8, feminino).*

*Sinto muita ansiedade devido à cirurgia (Sujeito 7, feminino).*

A questão da insatisfação com a aparência do rosto ficou evidente nas falas de alguns sujeitos entrevistados. Ribeiro e Moreira (2005) discutem que os adolescentes podem

não desenvolver um "eu adequado" se tiverem vergonha da sua face e isso acaba comprometendo os seus relacionamentos interpessoais.

*Meu desejo é não ter tido fissura (Sujeito 4, masculino).*

*Como é maravilhoso ser mãe. Foi a melhor coisa que aconteceu em minha vida. Ela é linda, não tem fissura. Foi o melhor presente (Sujeito 9, feminino).*

Na última fala, fica evidente o enfrentamento da situação, visto que o sujeito conseguiu ter relacionamento afetivo e ser mãe, porém, observando-se também um grande alívio pelo fato da filha não ter fissura e ser linda, confirmando a questão do estigma frente às diferenças, que ocorre sempre que há normas e padrões de identidades estabelecidas socialmente (Goffman 1988 e Spósito e Graciano 2008). Deste modo, a dinâmica das relações familiares, interpessoais e afetivas do indivíduo com fissura labiopalatina pode ficar comprometida, devendo, em razão disso, receber acompanhamento interdisciplinar que vise sua reabilitação global e proporcione maior fortalecimento pessoal e familiar para fazer frente ao estigma social (Dalbem 2004, Di Ninno 2006, Genaro, Yamashita e Trindade 2004, Lima et al 2008 e Silveira e Weise 2008).

Ferreira (2002) estudou o impacto da notícia nas reações emocionais de mães diante do nascimento de um filho malformado e concluiu que o impacto da notícia gera nas mães reações emocionais, na maioria das vezes negativas, tendo consequências significativas no vínculo e no processo de reabilitação.

O sujeito 4, do gênero feminino, apresentou história de vida marcada pela rejeição materna e preconceito, foi abandonado pela mãe por ter nascido com fissura labiopalatina e criada pela avó. No momento da entrevista, estava ansioso e em tratamento psiquiátrico, por

causa do falecimento de sua avó. Apresentou alterações no fator *Distúrbios do Sono*, com muitos pesadelos, e no fator *Saúde Geral*.

Diversos autores discutem que, devido ao impacto das fissuras orofaciais, crianças e adolescentes devem receber suporte e acompanhamento, de modo a amenizar os fatores que possam influenciar seu desenvolvimento psicossocial (Bachega 2000, Felicix 2004, Pegoraro-Kook 1995 e Ribeiro, Tavano e Neme 2002). Esse impacto foi relatado pelos sujeitos desta pesquisa, durante a entrevista clínica:

*Muita dificuldade de comunicação na adolescência, discriminação, gozação, meu nascimento gerou a separação de meus pais* (Sujeito 5, masculino).

*São muitas limitações, os problemas ficam enormes* (Sujeito 14, feminino).

*Apesar da vida ser difícil, não deve nunca desistir, desanimar. Nunca penso em desistir ou ficar longe da minha família* (Sujeito 12, masculino).

Neste estudo, apesar de o impacto das fissuras orofaciais mostrar-se evidente, os resultados encontrados indicaram que ela não influenciou decisivamente no desenvolvimento psicológico e social dos sujeitos. Silva (2001), ao estudar o comportamento de enfrentamento de adolescentes frente à cirurgia plástica, concluiu que o bom resultado de cirurgias anteriores e o ideal de conseguir uma aparência mais bela, a fim de diminuir a discriminação social e aumentar a autoestima, eram os fatores motivadores para o enfrentamento. Deste modo, infere-se que o suporte do processo de reabilitação (Custódio 2007 e Lima et al 2008), o acompanhamento e a esperança no tratamento foram fatores preponderantes para a saúde mental do grupo estudado:

*Desejo terminar o tratamento para ficar bonita* (Sujeito 15, feminino).

Em estudo realizado no HRAC-USP sobre a qualidade de vida de pacientes adultos com fissura labiopalatina, com idade entre 18 e 30 anos, por Veronez (2007), constatou-se que, independentemente do nível sociodemográfico, os sujeitos apresentaram satisfação com sua qualidade de vida. O estudo de Santos; Graciano; Valentim (2010) também confirmou esse resultado. Os sujeitos deste estudo relataram, igualmente, satisfação com sua qualidade de vida, juntamente com o desejo e esperança de crescer sempre. Esta busca de melhora foi demonstrada pelo empenho nos estudos, trabalho e tratamento.

No Grupo 1, o maior desejo era terminar o tratamento para ficar esteticamente melhor. Essa condição foi indicada como necessária para conseguir um emprego qualificado, que evitasse a discriminação e o preconceito que encontravam quando participavam de um processo seletivo profissional. Esses dados foram congruentes com a literatura, a qual indica que indivíduos com comprometimentos físicos e funcionais ficam distantes dos padrões de normalidade impostos pela sociedade, sendo provável sua marginalização, decorrente dos preconceitos sociais (Amaral 1997). Apesar do relato dos sujeitos do Grupo 1, de terem sofrido discriminação, constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto à atividade profissional, verificando-se uma predominância de profissões de baixa remuneração nos dois grupos. Na entrevista, observou-se, em ambos os grupos, o desejo de conseguir um trabalho mais qualificado e melhor remunerado, para proporcionar maior conforto à família.

Cipolle; Strand; Morley (2006) discutiram a importância do processo do cuidado, do envolvimento do profissional e do seu comprometimento no relacionamento com o paciente e seus familiares e concluíram que essa relação havia sido muito importante no sucesso do tratamento e no ajustamento psicológico e social daqueles pacientes. Jarussi (2002) estudou o atendimento no HRAC e concluiu que a identificação das necessidades dos pais e dos pacientes foram relevantes para a melhoria no atendimento e na humanização

hospitalar. Tais aspectos ficaram evidentes na fala e na postura dos sujeitos durante a entrevista, demonstrando que estavam bem amparados pela equipe interdisciplinar do HRAC, do nascimento até a fase adulta, e que acreditavam no tratamento como possibilidade de melhorar. O grupo de pacientes com fissura labiopalatina, quando comparado com o Grupo-Controle e com a média padronizada brasileira, teve bons resultados e demonstrou não apresentar transtornos nos fatores indicativos de saúde mental.

Os trabalhos de Custódio (2007), Ribeiro; Tavano; Neme (2002) e Santos; Graciano; Valentim (2010) também apontaram suas conclusões na mesma direção. É importante ressaltar que, durante as entrevistas, observou-se uma grande confiança dos pacientes entrevistados no processo de reabilitação. Possivelmente, essa relação de cuidado e comprometimento dos profissionais do HRAC contribuiu para o comportamento de enfrentamento e superação, apresentado por muitos sujeitos desta pesquisa.

*Todo mundo deveria fazer o que gosta. Meu maior desejo é trabalhar no Centrinho [HRAC] (Sujeito 15, masculino).*

A literatura demonstrou que a fissura labiopalatina pode trazer muitos problemas psicossociais aos indivíduos por ela acometidos, porém, se tratadas precocemente e por uma equipe interdisciplinar preocupada com os pacientes e seus familiares, esses efeitos podem ser minimizados e superados (Bachega 2000, Buffa 2009, Cardoso 2008, Domingues 2007, Garcia 2006, Marques 2004, Minervino-Pereira 2000, 2005, Moraes 2007, Tavano 2000 e Veronez 2007). Neste estudo, constatou-se que esses cuidados foram disponibilizados aos sujeitos, demonstrando desenvolvimento psíquico e social condizente com o Grupo-Controle e com a média brasileira.

Este estudo foi restrito a uma população específica e pequena, desta forma, sugere-se outros estudos que ampliem a discussão sobre o papel da reabilitação e do enfrentamento no fortalecimento da saúde mental de pacientes com fissura labiopalatina.

## 7 CONCLUSÃO

Os resultados encontrados permitiram concluir que:

- ✓ quanto ao estado civil, escolaridade, profissão, renda familiar e desejos para o futuro, as características dos sujeitos com fissura labiopalatina foram semelhantes aos dos sujeitos sem fissura labiopalatina;
- ✓ a saúde mental dos sujeitos com fissura labiopalatina, identificada pelos fatores *Stress Psíquico, Desejo de Morte, Desconfiança no Próprio Desempenho, Distúrbios do Sono, Distúrbios Psicossomáticos e Saúde Geral*, ficou dentro dos parâmetros considerados como não indicativos de transtornos psiquiátricos não-psicóticos;
- ✓ não houve diferença estatisticamente significativa nos fatores de saúde mental entre os pacientes com fissura labiopalatina, o Grupo-Controle e a média brasileira. Quando comparados os gêneros, a média dos sujeitos do gênero feminino apresentou, ainda que dentro da normalidade, maior número de transtornos que o gênero masculino, especialmente no *Desejo de Morte*;
- ✓ apesar do sofrimento e preconceitos relatados pelos sujeitos com fissura labiopalatina, esses não repercutiram na saúde mental, visto que não houve correlação entre fissura labiopalatina transforame e transtornos de saúde mental não-psicóticos no grupo estudado.





## REFERÊNCIAS

- Almeida SH, Krom M, Tavano LDA. Modelo de atendimento junto aos pais durante a espera da primeira cirurgia corretiva facial de bebês. *Revista Científica Eletrônica de Psicologia* [periódico na Internet]. 2004 maio [acesso em 27 jan 2010]; 1(2):[aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <http://www.revista.inf.br/psicologia02/pages/relatos/relato02.htm>
- Alonso N, Tanikawa DYS, De Lima Junior JE, Rocha DL, Sterman S, Ferreira MC. Fissuras labiopalatinas: protocolo de atendimento multidisciplinar e seguimento longitudinal em 91 pacientes consecutivos. *Ver. rás. Cir. Plást.* 2009;24(2):176-181.
- Amaral VLAR. Aspectos psicossociais. In: Altmann EBC, organizadora. *Fissuras Labiopalatinas*. 4ª ed. Carapicuíba: Pró-Fono; 1997. p. 500-14.
- Ângelo, DAD. A auto-estima em adolescentes com e sem fissura de lábio e ou palato [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1994.
- Bachega MI. Indicadores psicossociais e repercussões na qualidade de vida de adolescentes com fissura labiopalatal [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2000.
- Bandeira M, Freitas LC, Carvalho-Filho JGT. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2007;56(1):41-7.
- Bastos PRHO, Gardenal M, Bogo D. O ajustamento social dos portadores de anomalias craniofaciais e a práxis humanista. *Arq. Int. Otorrinolaringol.* 2008;12(2):280-8.
- Benjamim S, Decalmer P, Haran, D. Community screening for mental illness: a validity study of general health questionnaire. *British Journal of Psychiatry*. 1982;140:174-80
- Berenstein, I. *Família e doença mental*. São Paulo: Escuta; 1988.
- Bergeret J, Bécache A, Boulanger J, Chartier JP, Dubor P, Houser M, J. Lustin J. *Psicologia Patológica*. Lisboa: Climepsi Editores; 1998.
- Berlinck MT. *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta; 2000.
- Bianchini AP, Guedes ZCF, Martins DMFS. A orientação familiar antes e depois da cirurgia em crianças com fissura labiopalatina. *Folha méd.* 2001;120(4):241-4.
- Brasil, FR. Critérios para escolha de parceiros afetivos: influência da fissura labiopalatal [especialização]. Bauru: Hospital de Reabilitação. Universidade de São Paulo; 2006.
- Brasil FR, Tavano LDA, Caramaschi S, Rodrigues OMPR. Escolha de parceiros afetivos: influência das sequelas de fissura labiopalatal. *Paidéia*. 2007;17(38):375-87.
- Broder HL, Smith FB, Strauss RP. Habilitation of patients with clefts: parents and child ratings of satisfaction with appearance and speech. *Clefts Palate craniofac J*. 1992; 29: 262-7.

Broder HL, Smith FB, Strauss RP. Effects of visible and invisible orofacial defects on self-perception and adjustment across developmental eras and gender Cleft Palate Craniofac J. 1994;31:429-36.

Buffa, MJMB. A inclusão da criança com fissura labiopalatina no ensino regular: uma visão do professor de classe comum [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2009.

Callegari-Jacques SM. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed; 2003.

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

Cardoso MSO, Caldas Júnior AF, Jovino-Silveira RC. Saúde bucal e qualidade de vida em pacientes fissurados. ROPE Ver. Int. odonto-psicol. odontol. pacientes espec. 2005;1(1):92-8.

Cardoso, SAC. Qualidade de vida nos protocolos clínicos do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2008.

Cariola TC, Sá AEF. Atitudes e reações emocionais de pais com o nascimento de uma criança portadora de fissura labiopalatal. Pediatr Mod. 1991;46:489-94.

Carvalho APB, Tavano LD. Avaliação dos pais diante do nascimento e tratamento dos filhos portadores de fissura labiopalatal, no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo- Bauru. Pediatr Mod. 2000;36:842-47.

Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. O exercício do cuidado farmacêutico. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2006.

Custódio, SAM. Os serviços de apoio à reabilitação aos usuários do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais: diagnóstico das necessidades de captação de reabilitadores [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2007.

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.

Di Ninno, Camila Queiroz de Moraes Silveira. Informações que os pais de bebês com fissura labiopalatina gostariam de receber no período neonatal. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2006;11(1):10-6.

Domingues ABC. Desempenho escolar da criança com fissura labiopalatina na visão dos professores [dissertação] Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2007.

Feliceix, MC. A vivência emocional do estigma pela criança com fissura labiopalatina [especialização]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2004.

Ferrari, F. A saúde emocional da família de crianças portadoras de fissura lábio-palatal [especialização]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2004.

Ferreira, FC. O impacto da notícia: reações emocionais de mães diante do nascimento de um filho malformado [especialização] Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2002.

Filho-Silva JF. Psicopatologia hoje. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; 2007.

Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, Camey S. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. Rev Saúde Pública. 2002;36(4):431-8.

Francisco, CF. Avaliação dos indicadores psicossociais de pacientes adultos com fissura lábio-palatal em tratamento no HRAC-USP [especialização]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2002

Custodio, Silvana Aparecida Maziero. Os serviços de apoio à reabilitação aos usuários do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais: diagnóstico das necessidades de capacitação de reabilitadores [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2007.

Freud, S. Obras completas. v. 12 (1924). Rio de Janeiro: Imago;1969.

Gabbard GO. Psiquiatria psicodinâmica: baseado no DSM-IV. Porto Alegre: Artmed; 1998.

Garcia, JRL. Auto-imagem em pacientes adultos com fissura lábio-palatal: uma análise através do desenho da figura humana [especialização]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 1997.

Garcia, RCM. Aspectos psicossociais e familiares de indivíduos com e sem distúrbios da comunicação decorrentes da fissura labiopalatina [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2006.

Genaro JRL, Yamashita RP, Trindade IKK. Avaliação clínica e instrumental na fissura labiopalatina. In: Ferreira LP, organizadora. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Roca; 2004.

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

Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire: a technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. Londres: Oxford University Press; 1972.

Goldberg DP. QSG: Questionário de Saúde Geral de Goldberg. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.

Goldberg DP, Rickels D, Downing R, Hesbacher P. A comparison of two psychiatric screening tests. British Journal of Psychiatry. 1976; 129, 61-67.

Gomes KU; Rapoport A, Lehn CN, Denardin OVP, Carlini JL. O impacto na qualidade de vida após o reposicionamento cirúrgico da pré-maxila em portadores de fissura lábio palatal bilateral – estudo de 50 casos. *Rev Col Bras Cir.* 2008;35(6): 361-7.

Gomes KU, Rapoport A, Carlini JL, Lehn CN, Denardin OVP. A inclusão e a integração social pós-reposicionamento cirúrgico da pré-maxila em portadores de fissura lábio palatal bilateral. *Braz. J otorhinolaryngol.* 2009;75(4):537-43.

Gussy M, Kipatrick N. The self-concept of adolescents with cleft lip and palate: a pilot study using a multidimensional/hierarchical measurement instrument. *Int J Paediatr Dent.* 2006;16(5):335-41.

Hobbs P, Ballinger CB, Smith, AHW. Factor analysis and validation of the general health questionnaire in women: a general practice survey. *British Journal of Psychiatry.* 1983; 142:257-64.

Hobbs P, Ballinger CB, Greenwood C, Martin B, Mclure A. Factor analysis and validation of the general health questionnaire in men: a general practice survey. *British Journal of Psychiatry.* 1984;144:270-5.

IBGE. Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira 2009. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 26 Tabela 4.17. [online] Rio de Janeiro: IBGE/ Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2009 [acesso em 27 jan 2010]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2009/indic\\_sociais2009.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2009/indic_sociais2009.pdf).

Jarussi, AC. Caracterização do atendimento no HRAC e identificação das necessidades de pais ou acompanhantes [especialização]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2002.

Jr.Assumpção FB. Psicopatologia evolutiva. Porto Alegre: Artmed; 2008

Kapp-Simon KA. Psychosocial interventions for the adolescent with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 1995;32(2):104-8.

Kapp-Simon KA. Psychological issues in cleft lip and palate. *Clin Plast Surg.* 2004;31(2):347-56.

Kapp-Simon KA. A brief overview of psychological issues in cleft lip and palate. In: Berkowitz S., editor. *Cleft Lip and Palate - diagnosis and management.* 2nd ed. Berlin: Springer Berlin Heidelberg; 2006. p. 257-61.

Kapp-Simon KA, Simon DJ, Kristovich S. Self-perception social skill, adjustment and inhibition in young adolescents with craniofacial anomalies. *Cleft Palate Craniofac J.* 1992;29(4):352-6.

Lévinas E. Humanismo do outro homem. Petrópolis: Ed Vozes; 1993.

Lima MLS, Closs LQ, Vargas IA, Nobre DF. Fissuras labiopalatais: considerações sobre o tratamento interdisciplinar. *Ortho Sci. Orthod sci pract.* 2008;1(2):173-7.

Lima MRF, Leal FB, Araújo SVS, Matos EF, Di Ninno CQMS, Britto ATBO. Atendimento fonoaudiológico intensivo em pacientes operados de fissura labiopalatina: relato de casos. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007;12(3):240-6.

Lima MS, Soares, BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev. Psiq Clin [periódico na Internet]*. 1999 [acesso em 27 jan 2010];26(5). Disponível em: [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/artigo\(225\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/artigo(225).htm)

Lockhart E. The mental health needs of children and adolescents with cleft lip and/or palate. *Clin child psychol psychiatry*. 2003;8(1):7-16.

Ludermir AB, Melo Filho, DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev. Saúde Pública*. 2002;36:213-21.

Machado FD. A aparência pós-cirúrgica e o impacto materno [especialização]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2001.

Maheirie K. Constituição do sujeito, subjetividade e identidade. *Interações Estudo Pesquisa Psicológica*. 2002;7(13):31-44.

Malt UF. The validity of the general health questionnaire in a sample of accidentally injured adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1989;355(80):103-12.

Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLC. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1639-48.

Margis R, Picon P, Cosner AF, Silveira RO. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*. 2003;25(1):65-74.

Marques, LC. Cirurgias plásticas secundárias: a satisfação gerando expectativas [especialização]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2001.

Marques LC. Implicações psicossociais da realização da faringoplastia em indivíduos com fissura labiopalatina [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2004.

Minerbo M. Estratégias de investigação em psicanálise: desconstrução e reconstrução do conhecimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.

Minervino-Pereira ACM. Autoconceito e autoestima em indivíduos com fissuras labiopalatina: influência do tipo de fissura e do tempo de convivência com a mesma [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2000.

Minervino-Pereira ACM. O processo de enfrentamento vivido por pais de indivíduos com fissura labiopalatina, nas diferentes fases do desenvolvimento [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2005.

Monlleó IL. Anomalias craniofaciais, genética e saúde pública: contribuições para o reconhecimento da situação atual da assistência no Sistema Único de Saúde [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2004.

Moraes MCAF. A influência das atividades expressivas e recreativas em crianças hospitalizadas com fissura lábiopalatina: a visão dos familiares [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2007.

Moraes MCAF, Buffa MJMB, Motti TFG. As atividades expressivas e recreativas em crianças com fissura labiopalatina hospitalizadas: visão dos familiares. *Rev. bras. educ. espec.* 2009;15(3):453-70.

Nascimento ACA. Resiliência e sensibilidade materna na interação mãe-criança com fissura labiopalatina [tese]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2006.

Okkerse JME, Beemer FA, Haan MC, Boer JAH, Mellenbergh G J, Wolters WHG. Facial attractiveness and facial impairment ratings in children with craniofacial malformations. *Cleft Palate Cranio-fac J.* 2001;38(4):386-92.

Oliveira NC. A família do portador de fissura lábio-palatal: características e recursos [especialização]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 1997.

Oliveira HP, Cariola TC, Pimentel MCM. Ansiedade infantil depois do preparo pré-operatório verbal e lúdico. *Pediatria Moderna.* 2001;37(4):0-0.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Pasquali L, Nogueira AMP, Martins AEO, Martins FMCM. Atitude frente ao doente mental. *Revista de Psicologia.* 1987;5:37-67.

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

Pereira ACMM, Mota SAS. Análise da influência do estigma físico nas relações interpessoais em indivíduos com malformações craniofaciais: fissura lábio-palatina. *Mimeses.* 1997;18:143-54.

Portal I. Desempenho escolar de crianças com anomalias craniofaciais sob a perspectiva do cuidador [especialização]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2003.

Portezan VC. Efeitos psicológicos em mães que receberam o diagnóstico pré e perinatal de fissura labiopalatina [especialização]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2009.

Prada CG. A percepção da criança portadora de fissura labiopalatal [especialização]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 1997.

Ribeiro EM, Moreira ASCG. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2005;18(1):31-40.

Ribeiro RM, Tavano, LDA, Neme CMB. Intervenções psicológicas nos períodos pré e pós-operatório com pacientes submetidos a cirurgia de enxerto ósseo. *Estud. psicol.* 2002;19(3):67-76.

Salina CSA. Modos de enfrentamento de mães de crianças portadoras de fissuras lábio-palatais submetidas a cirurgias reparadoras [especialização]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 1999.

Sank JR, Berk NW, Cooper ME, Marazita ML. Perceived social support of mothers of children with clefts. *Cleft Palate Craniofac J*. 2003;40:165-71.

Santos LRS, Graciano MIG, Valentim RCAAP. Trabalho e qualidade de vida de pessoas com fissura labiopalatina inseridas no mercado profissional de Bauru. *Serviço Social e Realidade*. 2010;16(2):87-128.

Schuster M, Kummer P, Eysholdt U, Rosanowski F. Social orientation of parents of children with cleft lip and palate. *HNO*. 2003;51(6):507-12.

Serge M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*. 1997;31(5):538-42.

Siegel S. Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento. São Paulo: McGraw-Hill;1975.

Silva, AP. Análise do comportamento de enfrentamento em adolescentes frente à cirurgia plástica [especialização]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2001.

Silveira, JLGC, Weise CM. Representações sociais das mães de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas sobre aleitamento. *Pesqui. bras. odontopediatria clín. Integr.* 2008;8(2):215-21.

Souza JC, Guimarães LAM, Ballone GJ. Psicopatologia e psiquiatria básicas. São Paulo: Vetor; 2004.

Spiri WC, Leite MMJ. O significado do trabalho em equipe na reabilitação de pessoas com malformação craniofacial congênita. *Rev. esc. enferm.* 2004; 38(3):288-97.

Spósito C, Graciano MIG. A pessoa com fissura labiopalatina: concepção sobre deficiência e viabilização de direitos. *Temas desenvolv.* 2008;16(95):245-51.

Tarnopolsky A, Hand DJ, Mclean EK, Roberts H, Wiggins RD. Validity and uses of a screening questionnaire (GHQ) in the community. *British Journal of Psychiatry*. 1979;134:508-15.

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



Tavano LDA. Avaliação do desempenho psicossocial de pacientes submetidos a tratamento multidisciplinar das fissuras labiopalatinas no HRAC-USP [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2000.

Tennant C. The general health questionnaire: a valid index of psychological impairment in Australian population. *Medical Journal of Australia*. 1977;2:392-4.

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

Veronez FS. Avaliação de qualidade de vida em pacientes adultos com fissura labiopalatina. [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2007.

Veronez FS, Tavano LD. Modificações psicossociais observadas pós-cirurgia ortognática em pacientes com e sem fissuras labiopalatinas. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12:133-37.

Zimmerman DE. *Bion: da teoria à prática*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

### **Bibliografia Consultada**

Grigolli, AAG. *Metodologia do trabalho científico e recursos informacionais na área da saúde*. São Paulo: Santos; 2008.

## **ANEXOS**





## ENTREVISTA CLÍNICA SEMI-ESTRUTURADA

### I – CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

Grupo 1 ( )      Grupo Controle ( )

Sujeito:

Gênero:

Estado civil:

Escolaridade:

Profissão:

Renda familiar:

### II - QUESTÕES NORTEADORAS

#### 1 – Rapport:

- contato inicial
- como está sua vida atualmente?
- como está se sentindo?
- perguntar sua procedência e quando chegou à PROFIS \*
- veio para Bauru para fazer que intervenção? \*
- confirmar o tipo de fissura e se não há outras anomalias evidentes \*
- confirmar o nível de compreensão cognitiva, durante esse contato.

**Obs:** preenchendo os critérios de inclusão é feito o convite para participar da pesquisa, se aceito o convite procede-se a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### 2- Idade em que iniciou o tratamento: \*

Local:

Número de cirurgias realizadas:

#### 3- O quanto o fato de ter fissura labiopalatina influenciou em sua vida: \*

- ( ) muito pouco
- ( ) pouco
- ( ) mais ou menos
- ( ) muito

Por quê? \_\_\_\_\_

#### 4 – Qual seu maior desejo frente ao futuro?

\_\_\_\_\_

#### 5- Gostaria de comentar mais alguma coisa?

\_\_\_\_\_

**\* Perguntas específicas para o Grupo 1**



## PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Ofício nº 291/2006-SVAPEPE-CEP

Bauru, 31 de outubro de 2006.

Prezado(a) Senhor(a)

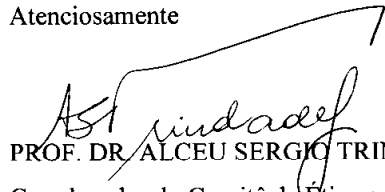
O projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado “*Saúde mental em jovens com fissura lábio-palatina.*”, de autoria de ANA CELINA PIRES DE CAMPOS GUIMARÃES desenvolvido sob sua co-orientação, foi enviado ao relator para avaliação.

Na reunião de **25/10/2006** o parecer do relator, **aprovando o projeto**, foi aceito pelo Comitê, considerando que não existem infrações éticas pendentes para início da pesquisa. Solicitamos a V.S<sup>a</sup> a gentileza de comunicar o parecer à pesquisadora e anexar o presente ofício ao projeto, pois o mesmo será necessário para futura publicação do trabalho.

A pesquisadora fica responsável pela entrega no Serviço de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão dos relatórios semestrais, bem como comunicar ao CEP todas as alterações que possam ocorrer no projeto.

Informamos que após o recebimento do trabalho concluído, este Comitê enviará o parecer final para publicação.

Atenciosamente

  
 PROF. DR. ALCEU SERGIO TRINDADE JUNIOR  
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC-USP

Ilmo(a) Sr(a)

Prof. Dr. Ana Cristina Musa Minervino-Pereira  
 Curso de Fonoaudiologia (Secretaria) – FOB/USP



Ofício nº 046/2010-SVAPEPE-CEP

Bauru, 22 de março de 2010.

Prezado(a) Senhor(a)

O projeto de pesquisa intitulado "**Saúde mental em jovens com fissura lábio-palatina**", de autoria de V.Sa., foi aprovado pelo CEP em 25 de outubro de 2006. Na reunião realizada em **23 de fevereiro de 2010**, as alterações solicitadas e a solicitação de alteração no título para: "**Jovens com fissura labiopalatina: avaliação de saúde mental**", foram **aprovadas**.

Informamos que após o recebimento do trabalho concluído, este Comitê enviará um parecer final que poderá ser utilizado para publicação.

Atenciosamente,

  
 PROFA. DRA. IZABEL MARIA MARCHI DE CARVALHO  
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC-USP

Ilmo(a) Sr(a)

ANA CELINA PIRES DE CAMPOS

A/C

Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas

Superintendência – HRAC/USP

HRAC - USP  
 Protocolo Superintendência  
 Data 25/3/10 Nº 17229

Rua Sílvio Marchione, 3-20 Bauru - SP - Brasil  
 Caixa Postal 1501 CEP 17.012-900  
 Tel. 55 14 3235 8421  
 E-mail: cep@centrinho.usp.br







## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) \_\_\_\_\_

portador da cédula de identidade \_\_\_\_\_, ou o responsável pelo paciente  
\* \_\_\_\_\_, após leitura minuciosa deste documento, devidamente explicado 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: “*Jovens com fissura labiopalatina: avaliação de saúde mental*”, realizada por: Ana Celina Pires de Campos Guimarães nº do Conselho: 06/1313-5, sob orientação do Dr(a): José Alberto de Souza Freitas, nº do Conselho: 20021. que tem como objetivo: identificar seu nível de estresse, depressão e ansiedade e conhecer sua história de vida, de tratamento e seus projetos para o futuro. Esses dados serão obtidos em um encontro de aproximadamente 70 minutos, individualmente, e em ambiente privado. Você responderá dois questionários com a ajuda da pesquisadora, oralmente. O sigilo quanto a sua identidade será total e não há riscos nesta pesquisa. O benefício que este estudo poderá trazer para você e para outros pacientes é um maior conhecimento sobre os seus aspectos psicológicos.

"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 HRAC-USP, pelo endereço Rua Silvio Marchione, 3-20 no Serviço de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão ou pelo telefone (14) 3235-8421".

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 9º e 10º do Código de Ética do Psicólogo).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do Sujeito da Pesquisa*

ou responsável

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do Pesquisador Responsável*

\* A SER PREENCHIDO, SE O SUJEITO DA PESQUISA NÃO FOR O PACIENTE.

**Nome do Pesquisador Responsável:** Ana Celina Pires de Campos Guimarães

**Endereço do Pesquisador Responsável:** R: Engenheiro José Alpheu Ribas Sampaio, 2-30, apto 161

Cidade: Bauru Estado: São Paulo CEP: 17012-631

Telefone: (14) 3234-3183 E-mail: acpc.guima@bol.com.br

**Endereço Institucional:** R: Silvio Marchione, 3-20

Cidade: Bauru Estado: São Paulo CEP: 17.012-900



## APURAÇÃO DOS ESCORES PERCENTÍLICOS SINTOMÁTICOS

### Gênero masculino com fissuras labiopalatinas

Fatores	N. de itens	Percentil														
		Suj.1	Suj. 2	Suj. 3	Suj. 4	Suj. 5	Suj. 6	Suj.7	Suj. 8	Suj. 9	Suj.10	Suj. 11	Suj. 12	Suj. 13	Suj. 14	Suj. 15
<b>Stress Psíquico</b>	<b>13</b>	2,85	1,46	2,85	1,92	1,38	1,23	1,23	2,15	1,46	1,62	1,77	2,00	1,62	1,31	1,69
<b>Desejo de Morte</b>	<b>8</b>	1,88	1,00	1,75	1,00	1,00	1,00	1,13	1,00	1,00	1,00	1,38	1,25	1,00	1,00	1,13
<b>Desconf. no pp desemp.</b>	<b>17</b>	2,29	2,18	2,41	2,12	1,35	1,53	1,53	2,00	1,47	1,59	1,76	1,82	1,71	1,12	1,47
<b>Distúrbios do sono</b>	<b>6</b>	2,83	1,33	2,83	2,00	1,33	1,00	1,00	1,17	1,33	2,00	1,67	1,33	1,33	1,17	2,33
<b>Distúrbios Psicossom.</b>	<b>10</b>	1,90	1,30	2,70	1,50	1,10	1,20	1,30	2,10	1,70	1,00	1,30	1,10	1,20	1,50	2,20
<b>Saúde Geral</b>	<b>60</b>	2,52	1,75	2,62	1,95	1,45	1,38	1,38	1,90	1,57	1,57	1,77	1,78	1,62	1,30	1,80

Obs: Os escores sintomáticos decorrem da divisão do número de itens indicados em cada fator pelos respectivos escores brutos.

### Gênero feminino com fissuras labiopalatinas

Fatores	N. de itens	Percentil														
		Suj.1	Suj. 2	Suj. 3	Suj. 4	Suj. 5	Suj. 6	Suj.7	Suj. 8	Suj. 9	Suj.10	Suj. 11	Suj. 12	Suj. 13	Suj. 14	Suj. 15
<b>Stress Psíquico</b>	<b>13</b>	3,85	1,38	1,69	2,85	1,92	1,77	2,08	3,31	1,62	1,38	1,00	2,46	1,38	1,69	3,08
<b>Desejo de Morte</b>	<b>8</b>	2,88	1,00	1,25	1,50	1,38	1,13	1,25	2,25	1,25	1,00	1,38	1,38	1,38	1,13	2,88
<b>Desconfiança pp desemp.</b>	<b>17</b>	3,29	1,47	1,59	2,29	1,94	1,88	2,06	3,41	1,47	1,47	1,18	2,06	1,76	2,00	2,59
<b>Distúrbios do sono</b>	<b>6</b>	3,50	1,00	2,17	3,00	2,17	1,67	1,00	2,00	1,33	1,50	1,00	1,67	2,00	2,00	1,67
<b>Distúrbios Psicossom.</b>	<b>10</b>	3,30	1,20	1,30	1,80	1,50	1,60	1,20	2,60	1,10	1,60	1,00	1,50	1,40	1,50	1,40
<b>Saúde Geral</b>	<b>60</b>	3,53	1,38	1,73	2,45	2,02	1,83	1,82	3,12	1,55	1,57	1,22	2,10	1,63	1,93	2,80



## NORMAS DO QSG

<b>GÊNERO FEMININO</b>						
Percentil	Stress Psíquico	Desejo de Morte	Desconfiança no próprio Desempenho	Distúrbios do Sono	Distúrbios Psicossomáticos	Saúde Geral
100	3,54	2,98	3,35	3,31	3,09	3,05
95	3,31	2,29	3,00	3,00	2,87	2,70
90	2,92	2,00	2,61	2,67	2,60	2,42
85	2,69	1,86	2,47	2,35	2,40	2,30
80	2,46	1,57	2,29	2,17	2,30	2,21
75	2,39	-	2,18	2,00	2,20	2,08
70	2,31	1,43	2,12	-	2,10	2,00
65	2,15	-	2,06	1,83	2,00	1,93
60	2,08	1,29	2,00	1,67	1,90	1,85
55	2,00	1,14	1,94	-	1,80	1,82
50	<b>1,92</b>	<b>1,14</b>	<b>1,88</b>	-	<b>1,70</b>	<b>1,75</b>
45	1,77	1,14	1,82	1,50	-	1,70
40	1,69	1,00	1,79	-	1,60	1,65
35	1,61	-	1,77	1,33	-	1,62
30	1,60	-	1,71	-	1,50	1,58
25	1,54	-	1,65	-	-	1,55
20	1,46	-	1,59	1,17	1,40	1,50
15	1,39	-	1,58	1,00	-	1,45
10	1,31	-	1,47	-	1,30	1,40
5	1,15	-	1,41	-	1,20	1,32

Fonte: Goldberg (1996)

<b>GÊNERO MASCULINO</b>						
Percentil	Stress Psíquico	Desejo de Morte	Desconfiança no próprio Desempenho	Distúrbios do Sono	Distúrbios Psicossomáticos	Saúde Geral
100	3,23	3,29	3,12	2,83	3,00	2,75
95	2,96	2,57	2,77	2,50	2,40	2,48
90	2,62	2,14	2,47	2,33	2,20	2,33
85	2,39	1,86	2,35	-	2,10	2,13
80	2,23	1,71	2,24	2,00	2,00	2,03
75	2,15	1,57	2,12	1,83	1,90	1,93
70	2,08	1,43	2,00	1,67	1,80	1,85
65	1,92	-	1,94	1,67	1,70	1,79
60	-	1,29	-	-	-	1,73
55	1,85	1,14	1,88	1,50	1,60	1,70
50	<b>1,77</b>	<b>1,14</b>	<b>1,82</b>	-	-	<b>1,65</b>
45	1,69	1,00	-	-	-	1,62
40	1,69	1,00	1,77	-	1,50	1,57
35	1,62	-	1,71	1,33	-	1,55
30	1,54	-	1,65	-	1,40	1,52
25	1,46	-	1,65	-	-	1,48
20	1,46	-	1,59	1,17	1,30	1,45
15	1,39	-	1,53	1,00	1,25	1,43
10	1,31	-	1,47	-	1,20	1,38
5	1,15	-	1,35	-	1,10	1,35

Fonte: Goldberg (1996)





## **CARACTERÍSTICAS E HISTÓRIA DOS SUJEITOS DO GRUPO 1, DO GÊNERO FEMININO, QUE APRESENTARAM FATORES DE SAÚDE MENTAL ALTERADOS**

### **SUJEITO 1**

Tinha 25 anos, era amasiada e tinha uma filha de 3 anos. Iniciou o tratamento em Minas Gerais e Goiânia, locais onde fez duas cirurgias, dando prosseguimento em Bauru, onde fez três cirurgias. O tratamento em Bauru começou quando estava com 18 anos. Teve grande dificuldade com o preconceito social, sendo ridicularizada pelos colegas. No namoro e trabalho também encontrou dificuldades. Tinha escolaridade em nível de Ensino Fundamental. Seu maior desejo era terminar o tratamento e falar normal. Tinha casos de depressão na família. No momento da entrevista relatou estar depressiva e ansiosa pela separação do companheiro, que a traía e abandonara um mês antes. Trabalhava como doméstica e sua renda era de um salário-mínimo.

### **SUJEITO 4**

Tinha 24 anos, era solteira, tinha escolaridade em nível de Ensino Médio, renda de um salário-mínimo, trabalhava como caseira. Iniciou o tratamento com dois anos de idade e submeteu-se a dez cirurgias, todas no HRAC. Teve dificuldades pela fissura, foi rejeitada e abandonada pela mãe, em razão do problema, sendo criada pela avó. Seus desejos consistiam em ser feliz, ter um bom serviço e melhorar a fala. Tinha pesadelos com a avó falecida e também tinha desmaios. Tomava medicamento neuroléptico. Relatou: *Minha maior barreira é a fala.*

### **SUJEITO 13**

Tinha 24 anos, era solteira, tinha escolaridade em nível de Ensino Médio, renda de um salário-mínimo, trabalhava como doméstica. Iniciou o tratamento com cinco anos e fez

cinco cirurgias. Declarou que a influência da fissura em sua vida “não foi grande”, porém “mudou seu modo de viver e os amigos que arrumou”. Seu maior desejo era fazer as cirurgias que faltavam, para terminar o tratamento. Relatou: *Sempre peço força para Deus.*

### **SUJEITO 15**

Tinha 20 anos, era solteira, escolaridade em nível de Ensino Fundamental, não trabalhava e a renda familiar era de dois salários-mínimos. Iniciou o tratamento com nove meses, fez oito cirurgias. Relatou ter tido muitas dificuldades pela fissura: preconceito na escola e para arrumar namorado. Relatou que quando namorava, o rapaz ficava com vergonha dela e o namoro terminava rápido. Seu maior desejo era terminar o tratamento para ficar bonita.





## **CARACTERÍSTICAS E HISTÓRIA DOS SUJEITOS DO GRUPO 1, DO GÊNERO MASCULINO, QUE APRESENTARAM FATORES DE SAÚDE MENTAL ALTERADOS**

### **Sujeito 1**

Tinha 22 anos, era proveniente do Estado do Amazonas, solteiro, com escolaridade em nível de Ensino Fundamental, comerciário, renda familiar de dois salários-mínimos e já havia submetido-se a sete cirurgias.

### **Sujeito 3**

Tinha 24 anos, era do Estado de São Paulo, solteiro, com escolaridade em nível de Ensino Médio, trabalhava como retilinista, possuía renda familiar de três salários-mínimos e havia feito oito cirurgias.

### **Sujeito 15**

Tinha 25 anos, era do Estado de São Paulo, solteiro, com escolaridade em nível de Ensino Médio, trabalhava como soldador e músico, possuía renda familiar de três salários-mínimos e havia feito cinco cirurgias.

# 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](#)