

TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM FISSURA LABIOPALATINA INSERIDAS NO MERCADO PROFISSIONAL EM BAURU

Livia Ribeiro Silva dos SANTOS*

Maria Inês Gândara GRACIANO**

Regina Célia Arruda de Almeida Prado VALENTIM***

- RESUMO: Esta pesquisa trata-se de um estudo exploratório e descritivo realizado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), em Bauru, no período de agosto a novembro de 2006. Teve como objetivo principal avaliar a qualidade de vida de indivíduos adultos com fissura labiopalatina, residentes em Bauru, em fase final de tratamento no Hospital e inseridos no mercado de trabalho, mediante os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O universo foi composto por 46 sujeitos e a amostra de 27 casos que aderiram ao estudo. Para o levantamento dos dados, utilizou-se o formulário pautado no instrumento internacional de qualidade de vida, o WHOQOL-bref, formado em sua primeira parte por 26 questões fechadas e na segunda por oito questões abertas para coleta de depoimentos. Diante dos resultados, concluiu-se que os sujeitos apresentam, em média, uma qualidade de vida de boa a muito boa, bem como índices significativos de satisfação profissional e com a atuação do serviço social do HRAC facilitador do processo de inserção no mercado de trabalho.
- PALAVRAS-CHAVE: Trabalho; Qualidade de vida; Fissura Labiopalatina.

Introdução

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), cuja finalidade, além do ensino e pesquisa, é prestar atendimento público e integral à população com anomalias craniofaciais e distúrbios

* Assistente Social da Sociedade de Promoção Social do Fissurado Lábio Palatal (PROFIS/Bauru) e Especialista em Serviço Social na área da Saúde e Reabilitação pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), Bauru-SP.

** Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo e Diretora de Divisão de Apoio Hospitalar do HRAC/USP, Bauru-SP.

*** Assistente Social especialista na área da Saúde e Reabilitação pelo HRAC/USP e responsável pelo Programa de Atendimento Social a Casos de Bauru do HRAC/USP.

correlacionados à audição, visão e linguagem, busca por meio de suas ações colaborar com a melhoria da qualidade de vida de seus usuários, viabilizando o processo de reabilitação.

Este processo envolve a ação de uma equipe interdisciplinar, composta por diversas áreas, dentre elas o Serviço Social área que tem entre seus princípios fundamentais a ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos, dentre eles à saúde e reabilitação.

O Serviço Social no HRAC, em sua totalidade, tem como objetivo principal viabilizar o acesso ao tratamento reabilitador de pessoas com anomalias craniofaciais e sua continuidade, visando a inclusão dessas pessoas numa política de saúde em interface com a assistência social (GRACIANO et al, 2005). Atua como mediador entre Hospital, paciente e comunidade. Os serviços prestados, por meio de uma prática profissional competente e comprometida com os usuários, buscam formas de enfrentamento individual e coletivo para as expressões da questão social que envolvem o processo de reabilitação global.

O Serviço Social desenvolve vários programas de prestação de serviços, porém neste estudo iremos focar o Programa de Atendimento Social a Casos de Bauru – (“Projeto Bauru”) – realizado pelo Serviço Social Ambulatorial, local de nossa prática profissional e de pesquisa de campo.

De acordo com o Centro de Processamento de Dados* (CPD), o Hospital possui 51.439 pacientes matriculados, deste total 501 são residentes em Bauru e atendidos pelo Projeto Bauru.

O “Projeto Bauru” tem como objetivo principal atender as demandas sociais dos pacientes residentes em Bauru relacionadas à família, escola, saúde, ao trabalho, à habitação, reabilitação, alimentação, ao transporte, entre outros, prestando-lhes assistência e serviços sociais como direito de cidadania.

Conforme pontua Graciano et al (2005), o Projeto Bauru abrange os seguintes programas: Acolhimento e atendimento a casos novos de Bauru; Assistência contínua aos pacientes de Bauru: família, escola, trabalho e comunidade; Prevenção e intervenção a casos de abandono de tratamento; Adoção: nacional e internacional.

A partir de nossa experiência neste Programa,

* Dados obtidos pelo Centro de Processamento de Dados do HRAC/USP em junho de 2007.

especialmente com relação a inserção profissional, propusemos a elaboração desta pesquisa sob o tema Trabalho e qualidade de vida de pessoas com fissura labiopalatina inseridas no mercado profissional em Bauru, por entender que esta investigação permitirá o conhecimento das condições de vida dos sujeitos nos aspectos físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, com aprofundamento na área profissional. E, conseqüentemente, por possibilitar ao pesquisador a apreensão das principais expressões da questão social, de modo a intervir na realidade, buscando o enfrentamento e a minimização dessas expressões.

De acordo com Iamamoto (2001, p. 27):

a questão social é o objeto do trabalho cotidiano do assistente social, apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

Desta forma, o assistente social trabalha a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, tais como as que os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, na educação e outras.

Salienta-se que, conforme o levantamento bibliográfico efetuado a partir do ano de 2000 para o conhecimento de trabalhos científicos no HRAC relacionados à fissura labiopalatina e qualidade de vida, foi constatado a existência de dois importantes estudos. O primeiro realizado por Bacheга (2002) com o objetivo de identificar, descrever e avaliar os indicadores psicossociais e a repercussão deste na qualidade de vida de 67 adolescentes com fissura em comparação com 67 adolescentes sem fissura, ambos com idade entre 10 e 19 anos, relatou limitações dos indivíduos com fissura labiopalatina para o desenvolvimento de uma carreira profissional devido a baixa frequência escolar. Ressalta-se, todavia, que apesar do estigma, os pacientes superaram os limites da deficiência e apresentaram-se satisfeitos com a vida, por meio da auto-realização, da saúde e do bem-estar.

O segundo estudo, desenvolvido por Veronez (2007), teve

como objetivo avaliar a qualidade de vida de pacientes adultos com fissura labiopalatina, analisando-a a partir das condições sociodemográficas dos mesmos e do instrumento WHOQOL-bref. Foi realizada no HRAC com 120 pacientes com idade entre 18 e 30 anos, procedentes do estado de São Paulo e em fase final de tratamento. A autora concluiu que os pacientes possuem índices gerais de qualidade de vida acima da média. Embora não tenha havido correlação entre a qualidade de vida e os aspectos demográficos, os dados apontaram que os pacientes têm boa qualidade de vida e condições de vida correspondentes à população em geral.

Desta forma, o presente estudo por nós desenvolvido, justifica-se pois as pesquisas sobre qualidade de vida em pacientes com fissura labiopalatina revelaram que os autores consideraram para sua avaliação, um conjunto de componentes físicos e psicossociais que podem influenciar nas condições de vida, mas em nenhum deles a questão do trabalho diretamente relacionado à qualidade de vida foi explorado anteriormente. Daí nosso interesse por esta pesquisa que tem como objetivo principal avaliar a qualidade de vida de adultos com fissura labiopalatina, residentes em Bauru e em fase final de tratamento no HRAC/USP inseridos no mercado de trabalho. E específicos: caracterizar o perfil socioeconômico, educacional e profissional; avaliar a qualidade de vida mediante os domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, com aprofundamento na área profissional; verificar a concepção de qualidade de vida dos indivíduos; analisar as dificuldades e/ou facilidades para sua inserção e permanência no mercado de trabalho em função da deficiência; identificar o grau de satisfação profissional e social e avaliar a atuação do serviço social como facilitador no processo de inserção no mercado de trabalho e manutenção e/ou outros serviços prestados.

Deficiência e aspectos legais

O termo Pessoa Portadora de Deficiência (PPD) foi designado pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) ao tratar sobre “deficiência” e encontra-se vigente até este presente momento.

O Decreto n. 3.298/99 veio legitimar a Lei n. 7.853/89, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Em seu Art. 3º, define deficiência como: “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função

psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano” (BRASIL, 2006c, p. 1). No Art. 4º, estabelece as categorias que a pessoa portadora de deficiência se enquadra, como: física, auditiva, visual, mental e múltipla.

O Decreto n. 5.296/04 (BRASIL, 2006b), em comparação ao Decreto n. 3.298/99 (BRASIL, 2006c), traz em seu artigo 5º, o enquadramento da deficiência física como:

Deficiência física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, *ostomia*, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, *nanismo*, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 2006b, p. 2).

Desta forma o Decreto n. 5.296/04 comparado ao 3.298/99 mantém a mesma definição de deficiência física, porém inclui a ostomia e o nanismo.

Atualmente diversos estudos estão sendo realizados, dentre eles a Proposta de Enquadramento da Fissura Labiopalatina como Deficiência Física coordenada por profissionais da Rede Nacional de Associações de Pais e Portadores de Fissuras Labiopalatais (REDE PROFIS), Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Crânio-Faciais (FUNCRAF) e HRAC. Tal proposta afirma que, em decorrência do comprometimento funcional que a fissura labiopalatina acarreta aos seus portadores, deve ser considerada como deficiência a fim de assegurá-los o pleno exercício dos direitos sociais e individuais consagrados pela Constituição Federal, dentre os quais, o direito à saúde e ao trabalho, capazes de propiciar pleno bem-estar pessoal, social e econômico (CAMPOS et al, 2006).

As fissuras labiopalatinas e aspectos psicossociais

A fissura labiopalatina está prevista na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à *Serviço Social & Realidade, Franca, 16(2): 83-121, 2007*

Saúde – CID 10 (BRASIL, 2006a), que inclui as malformações, deformidades e anomalias cromossômicas, agrupadas em três categorias, sendo: fenda palatina, fenda labial e fenda labial com fenda palatina.

Conforme pontua Abdo & Machado (2005), a fissura palatina é resultante da falta de fusão, na linha mediana, dos processos bilaterais independentes do maxilar por volta da décima segunda semana de vida intra-uterina. Podem estar associadas ou não às fissuras labiais e são deformidades que interferem diretamente nas funções orgânicas e funcionais de seus portadores. Já a fissura de lábio (unilateral ou bilateral) é resultante da falta de fusão dos processos nasais da proeminência frontal com o processo maxilar na sétima semana de desenvolvimento embrionário.

De acordo com os autores acima, também podem ocorrer fissuras atípicas que envolvem outras áreas além do lábio superior e palato, como as regiões orais, nasais, ocular e craniana.

Apesar da existência de diversos estudos realizados nesta área, ainda não foram totalmente comprovadas as causas das fissuras, hoje atribuídas, a fatores hereditários, ambientais específicos e concomitantes com outras síndromes.

Dentre os tipos de fissuras existentes, o mais freqüente é a fissura completa de lábio e palato, correspondendo a 37,1% dos casos (FREITAS et al, 2004).

Com base na literatura revisada por Veronez (2007), observou-se que a fissura labiopalatina traz comprometimentos estéticos e funcionais que podem influenciar negativamente na formação da identidade e competência social, aliada aos aspectos psicossociais agravantes. Muitos estudos pontuaram os fatores psicossociais que compõem a vida do indivíduo com fissura, evidenciando uma maior preocupação com a questão do estigma físico, relacionamentos interpessoais, educação, trabalho, satisfação com resultados e, principalmente, em relação ao aspecto psicológico. Todos estes fatores interferem na constituição do sujeito.

Porém, há a perspectiva de capacidade de superação das dificuldades por meio de uma intervenção interdisciplinar com o paciente e sua família, em centros cuja equipe se preocupe com a reabilitação global do indivíduo, como no HRAC.

Graciano et al (2007) também pontua que as fissuras labiopalatinas não determinam diferenças significativas em termos de desenvolvimento de personalidade, mas podem levar a diversas

contingências físicas, psicológicas, afetivas e sociais, com algumas características comuns: baixo autoconceito, insegurança e dependência dos pais, esquiva de contatos sociais, dificuldade de comunicação, entre outras. Considerando que, parece haver uma estreita relação entre os resultados do tratamento e o grau de aceitação da deformidade facial pelo paciente, e, como o desenvolvimento pessoal e intelectual são influenciados pelas reações e atitudes da família e colegas, cabe aos profissionais da área encontrarem uma forma adequada de propiciar aos portadores de fissura labiopalatina a reabilitação adequada e, conseqüentemente, sua inclusão social.

Trabalho e qualidade de vida

Segundo Antunes (2003), a partir das considerações de Marx (1971), o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, em que o homem por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua capacidade, braços e pernas, cabeças e mãos, a fim de apropriar-se da maneira natural, numa forma útil para sua própria vida.

Esse mesmo autor, ao citar a teoria valor-trabalho de Marx (1971), pontua que na formulação marxiana a força de trabalho é o ponto de partida do processo de humanização do ser social.

Nesse sentido Kanaane (1995) afirma que o trabalho é uma ação humanizada exercida num contexto social, que sofre influências oriundas de distintas fontes, o que resulta numa ação recíproca entre trabalhador e os meios de produção.

Do ponto de vista sociológico, o trabalho é elemento chave na formação de coletividades humanas. As atividades de trabalho modificadas pelo progresso técnico têm implicado mudanças significativas nas condutas e reações dos grupos que os compõem. É compreendido, também, como processo social de transformações que visa atender às necessidades sociais de reprodução humana.

Do ponto de vista psicológico, o trabalho provoca diferentes graus de motivação e de satisfação no trabalhador, principalmente quanto à forma e ao meio no qual desempenha sua tarefa (KANAANE, 1995).

Segundo Borges et al (1997), o trabalho contribui para auto-estima, confiança e para determinar o status do ser humano. Seu *Serviço Social & Realidade, Franca, 16(2): 83-121, 2007*

papel é de fundamental importância para o indivíduo, pois proporciona aprendizagem, crescimento, transformação de conceitos e atitudes, aprimoramento e remuneração.

Para Cattani (1996), o trabalho, como ato concreto, individual ou coletivo, é, por definição uma experiência social. Opressão e emancipação, *tripallium* (tortura) e prazer, alienação e criação são suas dimensões ambivalentes, que não se limitam à jornada laboral, mas que repercutem sobre a totalidade da vida em sociedade.

Dependendo do nível de satisfação dos trabalhadores e das condições de trabalho propiciadas por uma organização, este pode ser visto como uma atividade penosa, um fardo, um sofrimento ou uma atividade prazerosa que dá sentido à vida, identidade pessoal, crescimento e satisfação profissional (ROCHA & FRITSCH, 2002).

Desta forma, conforme relatam os autores acima, o trabalho tem um significado amplo na vida das pessoas.

Para correlacionarmos o trabalho e a qualidade de vida, é preciso considerar os elementos objetivos e subjetivos. Conforme pontua Lourenço et al (2006), a qualidade de vida só pode ser vivenciada pelos trabalhadores à medida que lhes são facilitados o acesso ao trabalho, à renda, aos direitos sociais, às políticas públicas (educação, saúde, cultura, lazer, esporte etc.) e às condições seguras de trabalho e de moradia. Apesar desses elementos se manifestarem objetivamente no cotidiano das pessoas (trabalhadoras), há uma inter-relação com as questões subjetivas (satisfação, liberdade, alegria etc.). Assim a análise da relação do trabalho com a qualidade de vida perpassa por essas questões.

O termo qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, do ponto de vista acadêmico, ainda não existe consenso na aceitação de uma única definição, podendo apresentar múltiplas acepções. De acordo com Albuquerque (2003), qualidade de vida é uma expressão abstrata pertencente a um universo ideológico, ou seja, faz parte de uma “família” de conceitos que se aproximam ao bem-estar humano que engloba o modo de vida, condições de vida e o grau de satisfação no âmbito familiar, afetivo, social e ambiental.

Segundo Rocha & Fritsch (2002, p. 57), a qualidade de vida no trabalho significa uma “estratégia e ação preventiva de melhoria contínua no processo de valorização das pessoas”. Baseia-se na premissa de oportunizar a melhoria na qualidade de vida, abrangendo todos os aspectos deste viver: a pessoa, o trabalho, a

família, o grupo social, o ambiente de trabalho e a saúde.

Os mesmos autores afirmam que a qualidade de vida no trabalho relaciona-se diretamente com as possibilidades concretas de, no trabalho, as pessoas serem compreendidas como sujeitos humanos integrais e integradores e de terem respondidas as suas expectativas, necessidades e desejos.

Da mesma forma, afirma Lourenço et al (2006), o termo qualidade de vida apresenta um conceito multidimensional. Assim, para se fazer uma análise relacionada com o trabalho, deve-se considerar elementos objetivos e subjetivos. Ou seja, a qualidade de vida só pode ser vivenciada pelos trabalhadores à medida que lhes são facilitados atributos como: acesso ao trabalho formal, à renda, aos direitos sociais, às políticas públicas de educação, saúde, cultura, lazer, esporte, entre outras, e às condições seguras de trabalho e de moradia, concomitantemente interligados com as questões subjetivas, como, por exemplo, a privacidade, autonomia, liberdade, reconhecimento social e profissional, afeto, motivação e auto-estima.

Em suma, considera-se que o bem-estar conquistado na relação do homem com o trabalho, em seus aspectos profissional e pessoal, são fatores preponderantes na qualidade de vida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir dos anos 90, constatou que as medidas de qualidade de vida revestem-se de fundamental importância na avaliação da saúde e, conseqüentemente, do trabalho dentre outros fatores. A partir desta perspectiva, tanto individual como social, foi desenvolvido por um grupo de estudo sobre qualidade de vida denominado Whoqol-Group – uma definição de qualidade de vida subjetiva, multidimensional e que inclui elementos positivos e negativos:

A percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1994, p. 42).

Trata-se de um conceito amplo e complexo que engloba diferentes domínios na avaliação da qualidade de vida, ou seja: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, elencados nos objetivos desta pesquisa.

Material e Método

O universo da pesquisa constituiu-se de indivíduos com fissura labiopalatina em tratamento no HRAC, residentes no município de Bauru, com idade entre 18 e 35 anos e inseridos no mercado de trabalho, totalizando 46 sujeitos conforme levantamento fornecido pelo Serviço Social.

A definição do critério pacientes com fissura labiopalatina ocorreu por serem consideradas lesões de maior gravidade e ocorrência com grandes comprometimentos estéticos, funcionais e psicossociais. E a faixa etária, a partir dos 18 anos, é por representar, na maioria dos casos, a idade em que são inseridos no mercado de trabalho.

A escolha dos sujeitos deu-se por meio da amostra probabilística aleatória constituída dos casos que compareceram às entrevistas, previamente agendados pelo pesquisador, ou seja, os 27 casos que aderiram ao estudo dentre os 46 agendados, no período de agosto a novembro de 2006, representando 58% do universo.

O presente estudo, de nível exploratório e descritivo, iniciou-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

A pesquisa exploratória deu-se por meio de levantamento bibliográfico e documental a fim de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, e aprimorar idéias a respeito do assunto abordado (GIL, 2002).

A descritiva foi desenvolvida mediante a pesquisa de campo, tendo como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, procurando-se descobrir a frequência com que ocorre, bem como as relações e conexões entre as variáveis (GIL, 2002).

Na pesquisa de campo, utilizou-se para a coleta de dados tanto da entrevista estruturada (Parte I) como da semi-estruturada (Parte II) aplicada junto ao usuário por meio de formulário acompanhado da Carta de Informação ao Sujeito da Pesquisa, contendo a finalidade do estudo e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, preenchido e assinado pelos participantes após sua leitura minuciosa e concordância para participar do estudo.

Utilizou-se a abordagem quali-quantitativa, com o objetivo de revelar o que os sujeitos participantes pensam e avaliam a respeito do objeto pesquisado: trabalho e qualidade de vida, não

existindo visão isolada das partes do estudo, pois busca-se encontrar na parte a compreensão e a relação com o todo e a interioridade e a exterioridade como constitutivas dos fenômenos, conforme pontua Minayo (1997).

Foi aplicado o pré-teste dos formulários com três pacientes, constatando-se que a reformulação do instrumento era desnecessária.

Ressalta-se que as questões do formulário foram elaboradas pautadas na versão em português dos instrumentos gerais de qualidade de vida denominados, de acordo com Fleck et al (1999), World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref).

Estes instrumentos foram desenvolvidos pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, a partir do início dos anos 90, em busca de um instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva genuinamente internacional. O WHOQOL-100 é um instrumento composto por 100 itens que avaliam seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade (FLECK et al, 1999).

O WHOQOL-bref é a versão abreviada do WHOQOL-100, composto por 26 questões que avaliam quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK et al, 2000).

As questões do instrumento de qualidade de vida foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert, com uma escala de intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito insatisfeito-muito satisfeito; muito ruim – muito bom).

O formulário da pesquisa foi composto em sua primeira parte por 26 questões fechadas do WHOQOL-Bref e, na segunda, por oito questões abertas para os depoimentos. Abrangeu-se cinco eixos de análise:

- Perfil socioeconômico: segundo a faixa etária, gênero, classe social, estado civil, escolaridade, ocupação e situação de tratamento;
- Domínios para avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-Bref):
 - a) Geral: avaliação da qualidade de vida e satisfação com a saúde;
 - b) Físico: impedimentos devido à deficiência, necessidade de tratamento de saúde, energia no dia-a-dia, capacidade de locomoção, satisfação com o sono, com a capacidade de

- desempenho nas atividades diárias, com a capacidade para o trabalho e com a capacidade de aprendizagem;
- c) Psicológico: aproveitamento e sentido da vida, capacidade de concentração e de aceitar sua aparência física, satisfação consigo mesmo;
 - d) Relações sociais: satisfação com relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas), vida sexual, apoio de amigos e sentimentos negativos;
 - e) Meio ambiente: segurança na vida diária, satisfação com ambiente físico de trabalho, disponibilidade de informações, oportunidades de lazer, satisfação com as condições do local de residência, com o acesso aos serviços de saúde e meio de transporte;
- Concepção sobre qualidade de vida;
 - Trabalho: dificuldades e/ou facilidades de inserção e manutenção no mercado, necessidades sociais e financeiras e mudanças pós-colocação, satisfação profissional e social;
 - Ação do Serviço Social como facilitador no processo de inserção e manutenção do mercado de trabalho e outros serviços.

Para se ter uma idéia mais clara do grau médio de qualidade de vida dos participantes, foram calculadas as médias de cada um dos domínios sem correlacioná-las às variáveis elencadas no perfil socioeconômico.

Após a aplicação dos instrumentais técnicos nos sujeitos da pesquisa, realizou-se a tabulação dos dados coletados. As respostas dadas no formulário (parte I) foram analisadas separadamente por domínios. As respostas abertas (parte II) foram tabuladas após serem classificadas por categorias.

Resultados: apresentação e discussão

Caracterização do perfil socioeconômico, educacional e profissional

Os dados obtidos demonstraram que a maioria dos sujeitos concentra-se nas faixas etárias entre 26 e 35 anos (59%), gênero masculino (70%), a classe social baixa superior e inferior (71%) e estado civil solteiro (70%).

Quanto ao grau de escolaridade, 41% possuem ensino médio completo. Verificou-se, ainda, que 37% dos participantes freqüentam atualmente a rede de ensino em busca de seu

aprimoramento pessoal e profissional.

Constatou-se, quanto à ocupação profissional, que 81% são trabalhadores assalariados (formais e informais) que prestam serviços na área do comércio, como vendedores, auxiliar-administrativos e serviços gerais.

Comparando esses dados com as características da população geral e/ou com fissura labiopalatina destacamos que com relação ao sexo, Freitas (1974) ressalta que há uma diferença estatística entre os sexos e o tipo de fissura, pois as de lábio e palato são mais freqüentes no masculino como observamos no estudo. O IBGE (INSTITUTO, 2000), também revelou uma proporção de adultos com a mesma idade da amostra estudada com o ensino médio.

Além disso, quanto ao nível ocupacional, observou-se que a maioria dos entrevistados, neste estudo, exerce funções que, segundo Brasil (2007), exigem pouca ou nenhuma qualificação. Contudo, de acordo com os dados constatados pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos socioeconômicos (DEPARTAMENTO, 2007), também revelou que a maior parte da população brasileira, em geral, desenvolve atividades no setor do comércio, portanto trabalhadores assalariados, o que confirma a mesma realidade vivenciada pelos sujeitos pesquisados.

Os resultados da classificação socioeconômica refletem também à realidade brasileira cuja maior concentração dá-se nas classes E, D e C (71%), conforme o Critério de Classificação Econômica Brasil (ANEP, 2007).

Quanto ao estado civil, a maioria solteiros, Peter et al (1975) observou que um grande número de adultos com fissura tende a viver na companhia de familiares ou sozinhos, casando-se, portanto, mais tarde que os adultos sem fissura.

Com relação à situação de tratamento, 100% continuam em processo de reabilitação, com ênfase atual na área de odontologia (50%) e fonoaudiologia (31%), uma vez que a maioria concluiu as etapas cirúrgicas. Observamos, portanto que o elemento facilitador foi a proximidade geográfica ao HRAC, facilidades estas não encontradas pela maior parte da população brasileira excluída do acesso à reabilitação.

A caracterização do perfil da amostra justifica-se, pois, para a avaliação da qualidade de vida dos pacientes, fica evidente a necessidade de um levantamento de suas condições de vida

englobando aspectos sócio-demográficos considerados importantes indicadores da realidade social.

Avaliação da qualidade de vida mediante os domínios geral, físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente

Refletir sobre qualidade de vida significa considerar diferentes vertentes envolvidas com o bem estar do ser humano. Portanto, pode se referir aos sentimentos, emoções, relações pessoais, realização profissional, estado psicológico, nível de independência, às crenças pessoais e, especialmente, à saúde física, considerada a variável que mais influencia na qualidade de vida, uma vez que esta seria a medida do estudo de capacidade para a realização de tarefas e a promoção das relações interpessoais (MINAYO et al, 2000).

Portanto, a avaliação da qualidade de vida envolve, além de questões objetivas, as subjetivas, pois para cada indivíduo há uma forma de operacionalizar sua avaliação (WHOQOL GROUP, 1994).

Para maior compreensão dos dados, segue a relação das 26 questões aplicadas, bem como os domínios correspondentes. (Tabela 1)

Tabela 1 – Quadro geral dos domínios

DOMÍNIOS	QUESTÕES
I. Geral	01 e 02
II. Físico	03, 04, 10, 15, 16, 17 e 18
III. Psicológico	05, 06, 07, 11, 19 e 26
IV. Relações sociais	20, 21 e 22
V. Meio ambiente	08, 09, 12, 13, 14, 23, 24 e 25

Domínio I: Geral

As questões do domínio I são do tipo gerais, e se referem à avaliação da qualidade de vida e o grau de satisfação com a sua saúde.

Escala de Respostas Questões N=27	Satisfação					Avaliação				
	1. Muito Insatisfeito	2. Insatisfeito	3. Nem satisf./ Nem insatisf.	4. Satisfeito	5. Muito satisfeito	1. Muito Ruim	2. Ruim	3. Nem ruim/ Nem Bom	4. Bom	5. Muito Bom
Domínio I – GERAL										
1. Como você avaliaria sua qualidade de N vida? (%)						01 (04)	02 (07)	03 (11)	15 (56)	06 (22)
2. Quão satisfeito (a) você está com a N saúde? (%)	-	01 (04)	03 (11)	15 (56)	08 (30)					

Quadro 1 - Avaliação da qualidade de vida: domínio I

Satisf- satisfeito
Insatis - insatisfeito

De acordo com o Quadro 1, observou-se que 78% consideram boa ou muito boa a qualidade de vida e 86% estão satisfeitos ou muito satisfeitos com sua saúde, ressaltando os resultados positivos, em função do próprio processo de reabilitação.

Embora a fissura labiopalatina não prediga um déficit na saúde de modo geral, Veronez & Tavano (2005) apontaram que os pacientes associam seu estado de saúde ao processo reabilitador, o que torna os resultados obtidos no presente estudo ainda mais consistentes, uma vez que tais autores perceberam maior satisfação com a saúde em pacientes com fissura, à medida que a deformidade ficava menos visível com o tratamento oferecido pelo HRAC.

Outros estudos realizados por Bachega (2002) e Veronez (2007) identificaram também que os pacientes com fissura estavam satisfeitos com a sua qualidade de vida, e mesmo reconhecendo o impacto da fissura em suas vidas, tiveram uma boa capacidade de enfrentamento e superação da situação, mediante sua inclusão na sociedade.

A superação das dificuldades e boa qualidade de vida podem ainda estar relacionadas, segundo Stephan (2003), à boa educação e ao trabalho de familiarização de pais e educadores na formação da pessoa com fissura labiopalatina.

Domínio II: Físico

O domínio físico refere-se aos impedimentos devido à deficiência, necessidade de tratamento de saúde, energia no dia-a-dia, capacidade de locomoção, satisfação com o sono, com a capacidade de desempenho nas atividades diárias, com a capacidade para o trabalho e de aprendizagem.

Escala de Respostas Questões N=27	Intensidade					Capacidade				
	1. Nada	2. Muito Pouco	3. Mais ou menos	4. Bastante	5. Extremamente	1. Nada	2. Muito Pouco	3. Médio	4. Muito	5. Completamente
Domínio II - FÍSICO										
3. Em que medida você acha que sua deficiência (FLP) lhe impede de fazer o que	N (%)	20 (74)	01 (04)	03 (11)	01 (04)	02 (07)				
4. O quanto você precisa de algum tratamento de saúde para levar sua vida diária?	N (%)	20 (74)	03 (11)	03 (11)	01 (04)	-				
10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	N (%)						- 02 (07)	-	15 (56)	10 (37)
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	N (%)									
16. Quão satisfeito (a) você está com seu sono?	N (%)									
17. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as suas	N (%)									
18. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	N (%)									

continuação

Escala de Respostas		Satisfação					Avaliação				
		1.Muito Insatisfeito	2.Insatisfeito	3.Nem satisf/ Nem Insatisf.	4.Satisfeito	5.Muito satisfeito	1.Muito Ruim	2.Ruim	3.Nem ruim/ Nem bom	4.Bom	5.Muito Bom
Questões N=27											
Domínio II – FÍSICO											
3. Em que medida você acha que sua deficiência (FLP) lhe impede de fazer o que precisa?	N (%)										
4. O quanto você precisa de algum tratamento de saúde para levar sua vida diária?	N (%)										
10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	N (%)										
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	N (%)						-	-	01	08	18
							-	-	(04)	(30)	(67)
16. Quão satisfeito (a) você está com seu sono?	N (%)	-	-	03	08	16					
		-	-	(11)	(30)	(59)					
17. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as suas atividades do dia-a-dia?	N (%)	-	01	-	17	09					
		-	(04)	-	(63)	(33)					
18. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	N (%)	-	-	01	13	13					
		-	-	(04)	(48)	(48)					

Satisf – satisfeito
 Insatisf – insatisfeito

Pelo Quadro 2, pôde-se também constatar que a fissura labiopalatina não impede os entrevistados em nada de fazer o que precisam, não dependendo de tratamento médico para levar sua vida diária (74%), pois encontram-se em fase final de reabilitação.

Conforme ressalta Veronez (2007), no domínio físico, a fissura labiopalatina não pode ser considerada como um dano físico de forma generalizada, visto que, com a reabilitação, a grande maioria não permanece com comprometimentos à saúde, *Serviço Social & Realidade, Franca, 16(2): 83-121, 2007*

nem à capacidade para realização de tarefas.

Considerando que os pacientes atendidos no Hospital, em especial os do presente estudo, apresentam em geral boas condições de saúde, o aspecto físico reportou-se diretamente à questão da fissura e aos comprometimentos advindos dela.

Em relação à fissura labiopalatina, não foram encontrados na literatura relatos de comprometimentos físicos em pacientes adultos que passaram ou estão passando pelo processo reabilitador, além de questões relacionadas ao comprometimento da fala naqueles que, em alguns casos, continuam apresentando dificuldades de comunicação (PEGORARO-KROOK, 1995).

Quanto à capacidade de desempenhar as atividades cotidianas, 63% relataram estar satisfeitos, e com relação à satisfação com a capacidade para o trabalho 96% avaliaram como satisfeitos e muito satisfeitos.

Conforme pontua Veronez (2007), a capacidade para o trabalho, muitas vezes, é erroneamente confundida com as oportunidades de trabalho. São poucos os que conseguem trabalhar no que gostam, pois as chances de se conseguir um emprego que garanta sua subsistência e ao mesmo tempo lhes recompense emocionalmente são remotas. A concorrência da atualidade impede até mesmo que consiga um trabalho, seja no que for.

Quanto à satisfação com a capacidade para o trabalho, conforme observou Blattner (2000), está associada à possibilidade de inclusão das pessoas com fissura labiopalatina no circuito da produção, e certamente a reabilitação vem propiciando esse ingresso no mercado de trabalho.

Domínio III: Psicológico

O domínio psicológico aborda diversos aspectos subjetivos, como aproveitamento e sentido da vida, capacidade de concentração e de aceitar sua aparência física, satisfação consigo mesmo e sentimentos negativos.

Escala de Respostas Questões N=27	Intensidade					Capacidade					
	1. Nada	2. Muito Pouco	3. Mais ou menos	4. Bastante	5. Extremamente	1. Nada	2. Muito Pouco	3. Médio	4. Muito	5. Completamente	
Domínio III - PSICOLÓGICO											
5. O quanto você aproveita sua vida?	N (%)	02 (07)	01 (04)	06 (22)	11 (41)	07 (26)					
6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	N (%)	-	01 (04)	02 (07)	16 (59)	08 (30)					
7. O quanto você consegue se concentrar?	N (%)	-	-	06 (22)	16 (59)	05 (19)					
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	N (%)						01 (04)	-	02 (07)	09 (33)	15 (56)
19. Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	N (%)										
26. Com que frequência você tem pensamentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	N (%)										

Quadro 3 - Avaliação da qualidade de vida: domínio III

continuação

Escala de Respostas Questões N=27	Satisfação					Avaliação				
	1.Nunca	2.Algumas Vezes	3.Freqüentemente	4.Muito Freqüente	5.Sempre	1.Muito Insatisfeito	2. Insatisfeito	3. Nem satisf/ Nem insatisf.	4.Satisfeito	5.Muito Satisfeito
Domínio III – PSICOLÓGICO										
5. O quanto você aproveita sua vida?	N									
(%)										
6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	N									
(%)										
7. O quanto você consegue se concentrar?	N									
(%)										
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	N									
(%)										
19. Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	N					-	-	03	13	11
(%)						-	-	(11)	(48)	(41)
26. Com que freqüência você tem pensamentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	N	05	17	-	04	01				
(%)		(19)	(63)	-	(15)	(04)				

Satisf- satisfeito
 Insatisf- -insatisfeito

Os dados obtidos (Quadro 3) comprovaram que cerca de 67% dos entrevistados aproveitam bastante ou extremamente a vida, salientando que esta tem bastante ou extremamente sentido em 89% dos casos. Apresentaram bastante ou extremamente capacidade de concentração (78%).

Quanto à aparência física, relataram que a aceitam muito e completamente (89%) e estão satisfeitos ou muito satisfeitos (89%) consigo mesmo, em virtude do processo de reabilitação

parcialmente concluído, principalmente quanto à estética facial. Todavia, há uma questão relevante observada por Veronez & Tavano (2005), que a expectativa do paciente pelos resultados da cirurgia nem sempre está de acordo com o que o cirurgião pode oferecer. Diante de tal afirmativa, surge a necessidade de estudos mais pertinentes à questão da aparência, de forma a ampliar a compreensão de possíveis insatisfações dos pacientes.

Verificou-se também que somente 19% dos entrevistados apresentam sentimentos negativos com maior frequência, como mau humor, desespero, ansiedade e depressão, geralmente ocasionados devido às dificuldades que enfrentam no âmbito profissional e pessoal diariamente, conforme relatado na entrevista.

Com relação aos sentimentos negativos, cabe ressaltar que em estudos com outros instrumentos, com pacientes com fissura labiopalatina, encontraram danos psicológicos e distúrbios psicossomáticos como ansiedade, depressão e palpitações, além de uma auto-imagem desfavorável e elevado índice de dependência emocional (TAVANO, 1994; GARCIA et al, 1999).

Apesar desses autores afirmarem a presença de danos psicológicos advindos das conseqüências da fissura, os bons índices encontrados neste domínio psicológico contrapõem esta afirmativa, conduzindo à compreensão de que a malformação, após as cirurgias reabilitadoras, não repercutiu mais como um fator depreciativo da auto-estima, resultados estes também confirmados por Veronez (2007).

Pode-se considerar que vários fatores devem ter levado aos valores acima da média, obtidos neste domínio, como o resultado do processo de reabilitação e a intervenção da equipe psico-social do HRAC numa perspectiva interdisciplinar, bem como a participação da família e da sociedade (GARCIA et al, 1999; BACHEGA, 2002).

Domínio IV: Relações Sociais

O domínio relações sociais refere-se ao grau de satisfação com relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas), vida sexual e apoio de amigos.

Escala de Respostas		Satisfação				
		1.Muito Insatisfeito	2.Insatisfeito	3.Nem satisf/Nem insatisf.	4.Satisfeito	5.Muito satisfeito
Questões N=27						
Domínio IV - RELAÇÕES SOCIAIS						
20. Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	N (%)	- -	- -	07 (26)	10 (37)	10 (37)
21. Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	N (%)	- -	- -	03 (11)	15 (56)	09 (33)
22. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	N (%)	- -	- -	07 (26)	13 (48)	07 (26)

Satisf – satisfeito

Insatisf – insatisfeito

Pelo Quadro 4, constatou-se que os entrevistados estão satisfeitos ou muito satisfeitos com os relacionamentos pessoais (74%), bem como com a vida sexual (89%).

Com o apoio que recebe dos amigos, o grau de satisfação é de 74%, em que consideram satisfeitos ou muito satisfeitos.

Com base nos dados obtidos ressaltamos que o domínio relações sociais compreende todas as formas de relacionamento interpessoal, necessários no bem estar do sujeito e à vida em sociedade.

E, no presente estudo, este foi o segundo domínio que mais se destacou em relação aos demais, com uma pontuação maior. Em pacientes com fissura labiopalatina, Tavano (2000), Marques (2004), Veronez & Tavano (2005), Camargo (1994) e Mesquita (1991) observaram que a malformação não afetou a vida social e os pacientes detectaram significativa melhora nos relacionamentos sociais após as cirurgias reabilitadoras, pois, com a aparência e fala melhoradas, sentiam um aumento da probabilidade de serem aceitos num grupo social.

Por outro lado, Peter et al (1975), Tavano (1994), Pegoraro-Krook (1995), Aiello et al (2000), atribuíram às alterações morfológicas e funcionais os problemas nas relações sociais. Ressalta-se que a diferença dos resultados observada pelos autores

sobre as relações sociais da pessoa com fissura, pode estar relacionada ao momento do processo reabilitador em que os estudos foram realizados.

Diante dos dados analisados, parece que não se pode mais considerar a pessoa com fissura labiopalatina e reabilitada, como possuidora de déficit nos relacionamentos sociais, uma vez que os pacientes deste estudo consideraram-se bem relacionados socialmente.

Domínio V: Meio ambiente

O domínio meio ambiente corresponde à segurança na vida diária, satisfação com ambiente físico de trabalho, disponibilidade de informações, oportunidades de lazer, satisfação com as condições do local de residência, com o acesso aos serviços de saúde e meio de transporte.

Escala de Respostas		Intensidade				
		1. Nada	2. Muito Pouco	3. Mais ou menos	4. Bastante	5. Extremamente
Questões						
N=27						
Domínio V - MEIO AMBIENTE						
8. Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	N (%)	-	02	06	16	03
		-	(07)	(22)	(59)	(11)
9. Quão saudável é o seu ambiente físico de trabalho (clima, barulho, poluição, atrativos)?	N (%)	05	03	03	10	06
		(19)	(11)	(11)	(37)	(22)
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	N (%)					
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	N (%)					
14. Em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer?	N (%)					
23. Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	N (%)					
24. Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	N (%)					
25. Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	N (%)					

Quadro 5 - Avaliação da qualidade de vida: domínio V

continuação

Escala de Respostas		Capacidade				
		1.Nada	2.Muito Pouco	3.Médio	4.Muito	5.Completament
Questões						
N=27						
Domínio V - MEIO AMBIENTE						
8. Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	N (%)					
9. Quão saudável é o seu ambiente físico de trabalho (clima, barulho, poluição, atrativos)?	N (%)					
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	N (%)	01 (04)	07 (26)	09 (33)	05 (19)	05 (19)
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	N (%)	-	01 (04)	11 (41)	11 (41)	04 (15)
14. Em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer?	N (%)	03 (11)	05 (19)	09 (33)	06 (22)	04 (15)
23. Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	N (%)					
24. Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	N (%)					
25. Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	N (%)					

continuação

Escala de Respostas		Satisfação				
		1. Muito Insatisfeito	2. Insatisfeito	3. Nem satisf./ Nem insatisf.	4. Satisfeito	5. Muito Satisfeito
Questões						
N=27						
Domínio V - MEIO AMBIENTE						
8. Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	N (%)					
9. Quão saudável é o seu ambiente físico de trabalho (clima, barulho, poluição, atrativos)?	N (%)					
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	N (%)					
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	N (%)					
14. Em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer?	N (%)					
23. Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	N (%)	-	01	03	13	10
		-	(04)	(11)	(48)	(37)
24. Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	N (%)	06	04	03	13	01
		(22)	(15)	(11)	(48)	(04)
25. Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	N (%)	-	02	02	14	09
		-	(07)	(07)	(52)	(33)

Satisf- satisfeito
insatisf- insatisfeito

De acordo com o Quadro acima, verificou-se que os sujeitos se sentem bastante ou extremamente seguros em sua vida diária (70%), vale ressaltar que o entendimento de segurança foi avaliado pelos sujeitos não somente em termos de proteção ou preservação da ordem pública, mas como a auto-confiança.

O ambiente físico de trabalho é considerado bastante ou extremamente saudável (59%), possuindo muito ou completamente acesso às informações que necessitam no cotidiano (56%).

A oportunidade de desenvolver atividades de lazer foi

relatada entre média e muito (55%), exemplificadas como passeios com a família, festas noturnas com os amigos e viagens.

Observou-se que a maioria está satisfeita ou muito satisfeita com as condições do local de residência (85%) e uma justificativa para esta avaliação satisfatória pode ser devido residirem no interior, no caso em Bauru, uma cidade de porte médio, com boa estrutura de saneamento básico e de serviços à população e melhores índices de saúde e condições ambientais.

Quanto à situação financeira para satisfazer suas necessidades foi avaliada como muito pouco ou médio (59%), uma vez que a maioria pertence aos estratos socioeconômicos baixos o que implica em uma maior responsabilidade na administração do orçamento, priorizando-se as necessidades básicas de alimentação e habitação.

O acesso aos serviços de saúde foi avaliado pelos participantes como satisfeito ou muito satisfeito (52%) de uma forma geral e não especificamente voltado ao atendimento prestado pelo Centrinho que tem atingido índice de satisfação melhor.

Com relação ao meio de transporte estão satisfeitos ou muito satisfeitos (85%), dependendo a maioria do sistema coletivo urbano especialmente para fins de trabalho ou tratamento, o que revela a qualidade dos serviços prestados nesta área.

Medidas dos domínios para avaliação da qualidade de vida

O estudo das médias de cada um dos domínios sem correlacioná-los às variáveis do perfil socioeconômico, segue na tabela abaixo.

Tabela 2 - Medidas-resumo dos domínios

Domínio	N	Média ¹	Desvio-padrão	Mínimo	Mediana ²	Máximo
I	27	73	14	44	75	94
II	27	85	11	54	86	100
III	27	77	11	43	80	98
IV	27	79	11	55	80	100
V	27	64	13	40	63	90

Nota: Os valores da média e mediana equivalem à porcentagem

¹Média – numa distribuição, valor que se determina segundo uma regra estabelecida a priori e que se utiliza para representar todos os valores da distribuição.

²Mediana – numa distribuição, valor da variável aleatório que corresponde ao valor 0,5 da distribuição.

Na avaliação das questões do domínio I (geral) referente à avaliação e satisfação com a qualidade de vida e saúde, a média do grupo foi 73.

O domínio II (físico) que abrange impedimentos relacionados à fissura, necessidade de tratamento de saúde, disposição, locomoção, sono, desempenho e capacidade para o trabalho, os sujeitos apresentaram valores médios maiores (85), seguidos do domínio III e IV que se referem respectivamente ao psicológico (77) e relações sociais (79). O psicológico engloba sentido pela vida, concentração, aceitação da aparência física, satisfação e sentimentos negativos. O de relações sociais abrange a satisfação com os relacionamentos pessoais.

Desta forma, analisando o valor médio dos domínios I ao IV constatou-se que os pacientes apresentaram um índice de qualidade de vida de bom a muito bom. Somente o domínio V (Meio ambiente) teve valor médio inferior de 64 com um índice de qualidade de vida regular, abrangendo questões referentes à situação financeira, localidade residencial, lazer, acesso a informações e a outros serviços de saúde.

Concepção de qualidade de vida

Este eixo de análise refere-se à definição do termo qualidade de vida pelos indivíduos, possibilitando verificar o que pensam acerca do assunto pesquisado.

De acordo com as respostas abertas coletadas, constatou-se que o termo qualidade de vida apresenta um conceito amplo formado por valores subjetivos, atribuídos pelos participantes, segundo a realidade social e/ou principais necessidades que, atualmente, cada um possui. Para Ribeiro (2001), a menção de que qualidade de vida abrange uma ampla variação, desde as questões macro sociais até o mundo particular dos sujeitos, constitui-se num dos vários aspectos de sua própria característica de indefinição. Muitos termos são usados como sinônimos tais como bem-estar, condições de vida, satisfação de vida ou de necessidades.

Para a maioria dos participantes, a definição de qualidade de vida está correlacionada ao acesso aos direitos mínimos de cidadania (98%) como saúde, habitação, alimentação, educação e saneamento básico; à oportunidade de se ter um bom emprego

(54%); condição econômico-financeira estável (77%) que assegure a obtenção de bens materiais básicos e o acesso ao lazer; ter bom relacionamento familiar, afetivo e social (77%) e satisfação pessoal (31%).

Segundo Minayo et al. (2000), o patamar mínimo e universal para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer, elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva.

Análise das dificuldades e/ou facilidades para inserção no mercado de trabalho e manutenção, necessidades sociais e financeiras e mudanças pós-colocação, e satisfação profissional e social

Este eixo tem como objetivo analisar as dificuldades e/ou facilidades para a inserção e permanência dos sujeitos no mercado de trabalho em função da deficiência; identificar as necessidades sociais e financeiras antes da inserção profissional e mudanças após a colocação, no âmbito pessoal e familiar, e identificar o grau de satisfação profissional e social.

Dificuldades e/ou facilidades para a inserção e permanência no mercado de trabalho em função da deficiência

As dificuldades e/ou facilidades enfrentadas para a inserção no mercado de trabalho, podem ser vistas na análise a seguir.

Os dados coletados demonstraram que cerca de 40% dos entrevistados encontraram dificuldades para inserção no mercado de trabalho, sentindo-se discriminados pelas pessoas nas entrevistas para emprego em virtude da fissura labiopalatina (50%) em que alegaram ser visto como incapacitados para o trabalho, especialmente por terem fissura. Também pontuaram como dificuldade os distúrbios de fala (25%), como por exemplo, a hipernasalidade (fala fanhosa), que interferem diretamente na comunicação, ressaltando-se que cerca de 31% dos pacientes encontram-se atualmente em tratamento terapêutico com a equipe

de fonoaudiologia, visando sua reabilitação global. Outra dificuldade foi o não reconhecimento da fissura como deficiência (12%), não tendo, portanto, acesso às vagas específicas, bem como dificuldades em relação à aparência física (12%).

Peter et al (1975) relatou que a sociedade parece valorizar menos o trabalho de pessoas com fissura, dificultando a contratação em empregos formais, embora eles tivessem iguais condições para o exercício de funções laborativas.

Em contrapartida, foi relatado pela maioria dos participantes (50%) que a fissura facilitou a sua inserção no mercado, por meio de intervenção do Serviço Social/Projeto Bauru do HRAC (50%), bem como por ter sido considerado pessoa com deficiência (50%) e beneficiado pela Lei de cotas. O Decreto n. 3.298/1999 em seu artigo 36 (BRASIL, 2006c) especifica a proporção de cotas relacionada ao número de empregados, que diz “a empresa com cem ou mais empregados está obrigada a preencher de dois a cinco por cento de seus cargos com beneficiários da Previdência Social reabilitados ou com pessoa portadora de deficiência habilitada (...)”.

Por outro lado, 45% dos entrevistados afirmaram não ter sofrido nem facilidade nem dificuldade, ou seja, nenhuma interferência em função da deficiência para o acesso ao emprego.

Necessidades sociais e financeiras antes da inserção profissional e mudanças no âmbito pessoal e familiar

Ao questionar acerca das principais necessidades vivenciadas pelos participantes e/ou família antes de começarem a trabalhar, cerca de 55% responderam não ter vivenciado esta situação em razão de a família não necessitar integralmente de sua renda mensal para arcar com as despesas, visto que a maioria dos relatos são de participantes com idade entre 22 a 30 anos, cujos chefes de família são os pais.

Estudos de Peter et al (1975), Garcia et al (1999) e Veronez (2007) consideraram a pessoa com fissura emocionalmente dependente dos familiares por mais tempo, uma vez que eles confiam mais nos seus familiares para receber cuidado e apoio. Novamente fazendo uma reflexão sobre o adulto jovem na atualidade, observou-se que sua independência socioeconômica acontece mais tarde, sendo que a vida em família garante a eles benefícios como conforto e segurança.

Os dados do IBGE (INSTITUTO, 2000) confirmaram esta realidade no Estado de São Paulo, portanto são características condizentes à realidade brasileira.

Dentre os que vivenciaram tal situação (45%) relataram que as principais necessidades sociais e financeiras sofridas foram: dificuldades para pagamento de aluguel (33%), contas de água e luz (33%) e compra de alimentos (33%) em que foram amenizadas após a inserção no mercado de trabalho.

Esses dados, como vimos anteriormente, refletem às dificuldades não só dos pesquisados, mas também à população brasileira, pois a maioria pertence aos estratos socioeconômicos baixos.

Quanto às mudanças pós-colocação no âmbito pessoal, constatou-se que houve aumento relevante da condição financeira (25%), propiciou a aquisição de bens materiais (19%), elevação da auto-estima (69%), maior confiança nas habilidades (37%) e sentimento de maior independência e responsabilidade (31%).

No âmbito familiar, os dados obtidos comprovaram o fortalecimento dos laços afetivos e familiares (25%), aumento da valorização, respeito e confiança da família (19%), e 19% alegou não ter ocorrido nenhum tipo de mudança.

Satisfação profissional e social

De acordo com os dados obtidos, a maioria dos participantes (70%) afirmou estar satisfeito com o emprego, considerando bom relacionamento e respeito entre os funcionários e superiores (85%), bom ambiente de trabalho (22%) e identificação com o serviço que executa (14%).

Do ponto de vista psicológico, o trabalho provoca diferentes graus de motivação e de satisfação no trabalhador, principalmente quanto à forma e ao meio no qual desempenha sua tarefa (KANAANE, 1995).

O trabalho pode ser fonte de satisfação, por permitir a participação na obra produtiva geral, e fonte de verdadeiro prazer, por possibilitar a realização de objetivos ou tarefas úteis para a sociedade. Poder ser, ainda, ato de criação e, nesse sentido, pouco importa se ele se concretiza pelo esforço físico ou mental. Trabalhar significa viver, sair do discurso e da representação para se confrontar com o mundo (CATTANI, 1996).

Constatou-se ainda que cerca de 30% está insatisfeito com

o emprego, alegando existência de trabalho sob pressão o que é prejudicial à saúde (33%), falta de recursos/equipamentos para trabalhar (16%), insegurança na manutenção do emprego (16%), sobrecarga de serviço (16%) e busca por melhor emprego (33%).

Quanto à existência de discriminação no local de trabalho, observou-se que cerca de 10% dos participantes alegou ter sofrido algum tipo de discriminação relacionado à idade (50%) e à raça (50%), e não especificamente devido à fissura labiopalatina, ressaltando que são respeitados pela equipe de trabalho, bem como são incentivados pela própria chefia à continuidade do tratamento de reabilitação.

Segundo Blattner (2000), observou que a maioria dos pacientes com fissura labiopalatina, por ela pesquisados, não sofreu qualquer discriminação no ambiente de trabalho por causa da malformação, contudo, dentre os estigmatizados, foi constatado como principal fator a dificuldade de comunicação (fala), chacota por parte dos colegas de serviço e quanto à aparência física, dados também encontrados neste presente estudo.

Ação do Serviço Social como facilitador do processo de inserção e manutenção no mercado de trabalho e outros serviços prestados

Tem como objetivo avaliar a atuação do serviço social como facilitador no processo de inserção do paciente no mercado de trabalho e/ou outros serviços que sejam necessários, de forma a garantir o acesso aos direitos de cidadania.

O Projeto Bauru busca, por meio de ações individuais e coletivas, a emancipação e inclusão social dos pacientes. De acordo com os dados obtidos, o atendimento prestado pelo serviço social no processo de inserção dos usuários no mercado de trabalho foi avaliado como excelente (83%) e bom (17%), sendo um serviço que propicia o acesso aos direitos e maior motivação aos usuários.

Conclusão

De acordo com os dados obtidos junto aos pacientes residentes em Bauru em fase final de reabilitação e inseridos no mercado de trabalho analisados neste estudo, foi possível concluir a partir dos objetivos que quanto à/ao:

➤ **Perfil socioeconômico, educacional e profissional**

A maioria dos sujeitos concentrou-se nas faixas etárias de 26 a 35 anos, gênero masculino, estado civil solteiro, com escolaridade do ensino médio completo ao superior incompleto, trabalhadores assalariados e de estratos socioeconômicos baixos.

➤ **Qualidade de vida mediante os domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente**

Conclui-se que os sujeitos apresentaram na maioria dos domínios de boa a muito boa qualidade de vida. A exceção ocorreu no meio ambiente cujo índice foi considerado regular.

No domínio físico observou-se que não há interferência negativa da fissura labiopalatina no desempenho das atividades diárias, estando satisfeitos no trabalho.

No psicológico, a aparência física é aceita pelos pacientes, estando satisfeitos com o tratamento e com o processo de reabilitação. Possuem muita confiança nas suas habilidades e baixo índice de sentimentos negativos.

Quanto às relações sociais, apresentam bom nível de satisfação com os relacionamentos pessoais.

No domínio meio ambiente, constatou-se insatisfações com a situação financeira, lazer, acesso a informações e a outros serviços de saúde.

➤ **Concepção de qualidade de vida dos indivíduos**

Constatou-se que o termo qualidade de vida foi avaliado segundo os valores e realidade social de cada pesquisado, associado diretamente ao fato de se ter “boa” saúde. Está também relacionado à condição econômico-financeira estável, bom relacionamento pessoal e familiar, bom emprego e satisfação pessoal.

➤ **Dificuldades e/ou facilidades para sua inserção e permanência no mercado de trabalho em função da deficiência**

Constatou-se facilidades para a inserção no mercado de trabalho mediante a intervenção do Serviço Social do HRAC responsável pelo encaminhamento dos pacientes às instituições empregadoras. Com relação ao cumprimento das cotas previstas para as pessoas com deficiência depende do grau de comprometimento funcional e/ou psicossocial da fissura labiopalatina, pois nem todos são considerados pessoas com deficiência.

Algumas dificuldades vivenciadas pelos pacientes ocorreram em função da discriminação por apresentarem distúrbios de fala, como, por exemplo, a hipernasalidade que interfere na comunicação.

Concluiu-se que as principais necessidades sociais e financeiras vivenciadas foram amenizadas após a inserção profissional, havendo elevação da auto-estima, sentimento de maior independência, responsabilidade, auto-confiança, bem como fortalecimento dos laços afetivos e familiares.

➤ **Grau de satisfação profissional e social**

Em sua maioria, os entrevistados estão satisfeitos com o emprego por terem bom relacionamento no ambiente de trabalho e identificação profissional.

Em contrapartida constatou-se, dentre os insatisfeitos, falta de recursos e/ou equipamentos para trabalhar, insegurança na manutenção de emprego, ambiente de “pressão” e sobrecarga de serviços desencadeadores de estresse.

➤ **Atuação do serviço social como facilitador no processo de inserção no mercado de trabalho e manutenção e/ou outros serviços prestados**

O atendimento prestado pelo Serviço Social do HRAC (Projeto Bauru) foi avaliado como bom/excelente especialmente por atuar como facilitador no processo de inserção dos pacientes no mercado de trabalho.

Afirma-se que é um serviço que propicia, além da motivação dos usuários e familiares, o acesso aos direitos de cidadania, por meio de uma prática profissional competente e comprometida com o processo de reabilitação, autonomização e inclusão social.

SANTOS, L. R. S.; GRACIANO, M. I. G.; VALENTIM, R. C. A. A. P. Work and quality of life of people with labiopalatine cleft inserted at the professional market in Bauru. *Serviço Social & Realidade* (Franca), v. 16, n. 2, p. 83-121, 2007.

- *ABSTRACT: This research is an exploratory and descriptive study accomplished at the Hospital of Rehabilitation of Craniofacial Anomalies of the University of São Paulo (HRAC/USP), in Bauru, from August to November, 2006. It had as main objective to evaluate the quality of life of adult individuals with labiopalatine cleft, residents in Bauru, in final phase of treatment in the Hospital and inserted in the job market, by the physicist, psychological, social relationships and environment domains. The universe was composed by 46 subjects and*

the sample of 27 cases that adhered to the study. For the collecting of data, the form ruled according to the international instrument of life quality was used, WHOQOL-bref, formed in its first part by 26 closed questions and in the second one by eight open questions for collection of statements. With the results, it was concluded that the subjects present, on average, from a good to very good life quality, as well as significant indexes of professional satisfaction and with the performance of the social service of HRAC facilitative of the insert process in the job market.

- **KEYWORDS:** *Work; Life quality; Labiopalatine Cleft.*

Referências

ABDO, R. C. C.; MACHADO, M. A. M. M. *Odontopediatria nas fissuras labiopalatais*. São Paulo: Santos, 2005.

AIELLO, C. A.; SILVA FILHO, O. G.; FREITAS, J. A. S. Fissuras labiopalatais: uma visão contemporânea do processo reabilitador. In: MUGAYAR, L. R. F. *Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral*. São Paulo: Pancast, 2000, p. 111-139.

ALBUQUERQUE, S. M. R. L. *Qualidade de vida do idoso: a assistência domiciliar faz a diferença?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

ANEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. Disponível em: <<http://www.anep.org.br/pesquisaemfoco/dez2002/cceb.htm>>. Acesso em 22 ago. 2007.

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

BACHEGA, M. I. *Indicadores psicossociais e repercussões na qualidade de vida de adolescentes com fissura labiopalatal*. 2002. Tese (Doutorado em Pediatria) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

BLATTNER, S. H. B. *Portadores de lesões lábio-palatais e suas relações no trabalho: estigma e realidade*. 2000. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca.

BORGES, M. R. A. (1997) apud BATISTA, C. et al. *Educação profissional e colocação no trabalho: uma nova proposta de trabalho junto à pessoa portadora de deficiência*. Brasília: Federação Nacional das APAEs, 1997, p. 11.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação brasileira de ocupações 2002: Informações Gerais. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/informacao.asp>>. Acesso em: 22 ago. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Classificação estatística internacional de doença e problemas relacionados à saúde. Disponível em: <<http://www.data.sus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm>>. Acesso em: 22 maio 2006a.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*, promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado S.A. IMESP, 1988.

BRASIL. Decreto n. 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis n. 10.048 de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098 de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm>. Acesso em: 8 maio 2006b.

_____. Decreto n. 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei n. 7.853 de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.conselhos.sp.gov.br/ceappd-sp/Leis%20PPD/DEC%20FED%203298.htm>>. Acesso em: 8 maio 2006c.

CAMARGO, R. B. *O desvelamento das relações sociais e a busca dos efeitos do início tardio do tratamento dos pacientes portadores de fissuras do H.P.R.L.L.P.* Bauru: Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-palatais, USP/São Paulo, 1994.

CATTANI, A. D. *Trabalho e autonomia*. Petrópolis: Vozes, 1996.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). A ocupação dos jovens nos mercados de trabalho metropolitanos. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/esp/estpesq24_jovensOcupados.pdf>. Acesso em 27 fev. 2007.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000.

_____. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 1-10, jan./mar. 1999.

FREITAS, J. A. S. *Centro de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo*. Bauru: FOB-USP, 1974.

FREITAS, J. A. S. et al. Current data on the characterization of oral clefts in Brasil. *Brazilian Oral Research*, Bauru, v. 18, n. 2, p. 128-133, abr./jun. 2004.

GARCIA, J. R.; NEME, C. M. B.; CHINELATTO, M. C. M. P. Body-image in adult patients with cleft lip palate: an analysis through human figure drawing. *Brazilian Journal of Dysmorphology and Speech-Hearing Disorders*, Bauru, v. 2, n. 2, p. 17-26, Jan. 1999.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRACIANO, M. I. G. et al. Aspectos psicossociais da reabilitação. In: TRINDADE, I. E. K.; SILVA FILHO, O. G. (Coord.). *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Santos, 2007, p. 311-333.

_____. *O enquadramento da fissura labiopalatina como deficiência: justificativa*. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2006.

_____. *Plano de ação do serviço social: área de anomalias craniofaciais 2003-2006*. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2005.

IAMAMOTO, M. V. O trabalho profissional na contemporaneidade. In: _____. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 2001, p. 17-164.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2000*. Censo Demográfico 2000. Características da população e dos domicílios. Parte 1 e 2. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

KANAANE, R. *Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao século XXI*. São Paulo: Atlas, 1995.

LOURENÇO, E. A. S.; BERTANI, I. F.; MOREIRA, D. V. C. Trabalho e Qualidade de Vida: uma via dupla. In: BERTANI, I. F. (Org.). *Retratos da Saúde: o Relatório QUAVISSS*. Franca: Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista, 2006, p. 37-80.

MARQUES, L. C. *Implicações psicossociais da realização da faringoplastia em indivíduos com fissura labiopalatina*. 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru.

MARX, K. (1971) apud ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho* 9. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

MESQUITA, S. T. *As repercussões sociais das malformações congênitas lábio-palatais no cotidiano de seus portadores*. Bauru: Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-palatais, Universidade de São Paulo, 1991.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

_____; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

PEGORARO-KROOK, M. I. *Avaliação da fala de pacientes que apresentam inadequação velofaríngea e que utilizavam prótese de palato*. 1995. Tese (Doutorado em Ciências dos Distúrbios da Comunicação Humana: Campo Fonoaudiológica) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

PETER, J. P.; CHINSKY, R. R.; FISHER, M. J. Sociological aspects of cleft palate adults: III. Vocational and economic aspects. *The Cleft Palate Journal*, v. 12, n. 1, p. 193-199, Apr. 1975.

RIBEIRO, E. M. A qualidade de vida na estratégia de saúde da família: refletindo sobre significados. *Família Saúde Desenvolvimento*, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 109-115, jul./dez., 2001.

ROCHA, C. S.; FRITSCH, R. Qualidade de vida no trabalho e ergonomia: conceitos e práticas complementares. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 69, p. 53-72, mar., 2002.

STEPHAN, A. D. O desenvolvimento psicossocial e educacional de indivíduos com anomalias faciais. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, v. 13, n. 2, p. 53-58, jul./dez. 2003.

TAVANO, L. D. *Análise da integração escolar de uma criança portadora de lesão lábio-palatal*. 1994. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

_____. *Avaliação do desempenho psicossocial de pacientes portadores de fissura lábio-palatina submetidos a tratamento multidisciplinar no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – USP*. 2000. Tese (Doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru.

VERONEZ, F. S. *Avaliação da qualidade de vida em pacientes adultos com fissura labiopalatina*. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação – Distúrbios da Comunicação Humana) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru.

_____.; TAVANO, L. D. Modificações psicossociais observadas pós-cirurgia ortognática em pacientes com e sem fissuras labiopalatinas. *Arquivos de Ciências da Saúde*, v. 12, n. 3, p. 133-137, jul./set. 2005.

The WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Org.). *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag, 1994, p. 41-60.