UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

ROBERTA RIBEIRO PINTO

Fissura labiopalatina: estresse e qualidade de vida

BAURU

2012

ROBERTA RIBEIRO PINTO

Fissura labiopalatina: estresse e qualidade de vida

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

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Orientador: Prof. Dr. Alceu Sérgio Trindade Junior

BAURU

2012

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

Rua Silvio Marchione, 3-20

Caixa Postal: 1501

17012-900 - Bauru – SP – Brasil

Telefone: (14) 3235-8000

Prof. Dr. João Grandino Rodas – Reitor da USP

Dra. Regina Célia Bortoleto Amantini – Superintendente do HRAC-USP

Autorizo, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Tese.

Roberta Ribeiro Pinto

Bauru, ____ de _____ de 2012.

P625f Pinto, Roberta Ribeiro
Fissura labiopalatina: estresse e qualidade de vida /
Roberta Ribeiro Pinto. Bauru, 2012.
99.; il.; 30cm.

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

Orientador: Prof. Dr. Alceu Sérgio Trindade Junior

1. Estresse. 2. Qualidade de vida. 3. Fissura
labiopalatina.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Roberta Ribeiro Pinto

Tese apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências da Reabilitação.
Área de concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Profa. Dra. Daniela Gamba Garib Carreira

Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP

Data de depósito da Tese junto à SPG: ____/____/____

Dedico este trabalho

*Aos meus pais **Mariangela** e **Roberto** mesmo ausentes eternamente
presentes em minha vida, em todos os momentos.*

*A minha avó, **Linda Tentor Ribeiro**, exemplo de fé e altruísmo.*

*As minhas tias **Marixa** e **Marcia** que sempre tiveram ao meu lado e
me deram apoio durante toda minha vida.*

*Ao meu tio **Isaías** por estar sempre presente em todas as diversidades
em minha vida desde 1989.*

*A minha irmã **Fernanda** companheira de todas as horas.*

*Aos meus sobrinhos **Lucca** e **Enxo** inspiração em momentos de
estresse.*

*Ao meu amor **Marcos** apoio, cumplicidade um companheiro de todos
os momentos.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, **Prof. Dr. Alceu Sérgio Trindade Júnior**, pela dedicação, oportunidade de compartilhar seus conhecimentos e confiança a mim depositada.

Ao meu tio e professor de literatura portuguesa da USP-SP, **Prof. Dr. Hélder Garmes**, pelas correções ortográficas e gramaticais.

À **Profa. Dra. Jeniffer de Cássia Rillo Dutka-Souza**, pelo apoio e sonhos compartilhados desde meu mestrado.

Às minhas amigas **Josiane Denardi, Mariangela e Monica Lopes**, sempre presentes em minha vida.

Às amigas **Malú, Marli, Dani Cruz, Ju Mercado, Priscila e Cintia**, pelas conversas compartilhadas.

Aos professores que participaram da qualificação: **Prof. Dra. Sandra Leal Calais, Profa. Dra. Maria de Lourdes Tabaquim, Profa. Dra. Katia Flores Genaro**, pelas sugestões na qualificação.

Ao **setor de Fisiologia da HRAC**, por me receber durante meu Doutorado.

Ao **Fabiano José**, pela precisão estatística desse estudo.

À **Profa. Dra. Daniela Gamba Garib Carreira**, presidente da comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP.

A todos os funcionários da **Secretária de Pós-Graduação HRAC**, pela eficiência e atenção constantes.

Aos **pacientes** que colaboraram para realização desse estudo.

A **todos** que diretamente ou indiretamente colaboraram para realização desse trabalho.

A **CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal e Nível Superior**, pelo apoio financeiro durante a realização deste estudo.

Aos **funcionários** da **Unidade de Ensino e Pesquisa** do Hospital de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, pela amizade, atenção, disponibilidade e valiosa assessoria bibliográfica com que me brindaram.

Um momento para reflexão: quando leio algo que me toca, procuro fazer disso uma orientação para minha vida e meu trabalho. Durante os anos que estive presente no curso de Pós-Graduação, algumas frases passaram a me acompanhar nesse longo período de estudo.

"Como as pessoas se sentem é, geralmente, tão importante quanto o que elas fazem."
Skinner

"Cada sonho que você deixa para trás é um pedaço do seu futuro que deixa de existir."
Steve Jobs

"Deus me de serenidade para aceitar as coisas que não posso mudar, coragem para mudar aquilo que sou capaz, e sabedoria para saber a diferença."
Autor desconhecido

"Seja inato ou adquirido, o comportamento é selecionado por suas consequências."
Skinner

"Os principais problemas enfrentados hoje pelo mundo só poderão ser resolvidos se melhorarmos nossa compreensão do comportamento humano."
Skinner

"A educação é aquilo que sobrevive depois que tudo o que aprendemos foi esquecido."
Skinner

"Uma palavra que não representa uma ideia é uma coisa morta, da mesma forma que uma ideia não incorporada em palavras não passa de uma sombra."
Vygotsky

"O único 'bom aprendizado' é o que é para o avanço do desenvolvimento."
Vygotsky

"O que é necessário para mudar uma pessoa é mudar sua consciência de si mesma."
Maslow

"Você não consegue ligar os pontos olhando pra frente; você só consegue ligá-los olhando pra trás. Então você tem que confiar que os pontos se ligarão algum dia no futuro. Você tem que confiar em algo - seu instinto, destino, vida, carma, o que for. Esta abordagem nunca me desapontou, e fez toda diferença na minha vida."
Steve Jobs

"Não deixe o barulho da opinião dos outros abafar sua voz interior. E mais importante, tenha a coragem de seguir seu coração e sua intuição. Eles de alguma forma já sabem o que você realmente quer se tornar. Tudo o mais é secundário."
Steve Jobs

"Nunca, jamais, desanimeis, embora venham ventos contrários."
Madre Paulina

"Todos tentam realizar algo grandioso, sem reparar que a vida se compõe de coisas pequenas!"
Frank Clark

RESUMO

Pinto RR. Fissura labiopalatina: estresse e qualidade de vida [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2012.

Objetivo: Avaliar o nível de estresse e a qualidade de vida em indivíduos adultos nascidos com fissura labiopalatina reabilitados cirurgicamente.

Material e Método: Utilizou-se para a avaliação do nível estresse o Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp (ISSL) e para a avaliação da qualidade de vida o *World Health Organization Quality of Life*. Os instrumentos foram aplicados em 100 indivíduos na faixa etária de 18 a 34 anos no período de janeiro a novembro de 2010. Desses, foram sorteados 10 indivíduos do gênero masculino e 10 do feminino para cada tipo de fissura, pré-forame, transforame unilateral e pós-forame compondo-se três grupos de 20 indivíduos totalizando amostra de 60 indivíduos.

Resultados: O nível de estresse foi baixo nos indivíduos com FLP, não ocorrendo diferença estatística entre os três grupos. Da mesma forma, a qualidade de vida também se mostrou adequada para todos os grupos analisados, considerando-se os domínios físico, social e meio ambiente. O domínio psicológico apresentou escore menor nos indivíduos do gênero feminino.

Conclusão: O nível de estresse assim como a qualidade de vida podem ser considerados adequados nos indivíduos com FPL.

Palavras-chave: Estresse. Qualidade de vida. Fissura labiopalatina.

ABSTRACT

Pinto RR. Cleft lip and palate: stress and quality of life [thesis]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2012.

Objective: To assess the level of stress and quality of life in adult subjects with operated cleft lip and palate.

Material and Method: The level of stress was assessed through The Lipp Stress Symptom Inventory (ISSI). The World Health Organization Quality of Life Instrument was used to assess quality of life. 100 subjects, aged 18 to 34 years were assessed between January and November 2010. 60 subjects were divided into three groups of 20 subjects each, ten male and ten female randomly chosen. Groups were divided according to the type of cleft (cleft lip, cleft palate and unilateral cleft lip and palate).

Results: The level of stress was low in subjects with cleft lip and palate showing no significant difference among the three groups. Quality of Life was also appropriate in all groups concerning physical, social and environmental domains. The psychological domain showed a lower score in female subjects.

Conclusion: The level of stress and quality of life may be considered adequate in subjects with cleft lip and palate.

Keywords: Stress. Quality of life. Cleft lip and palate.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição numérica e percentual da classificação socioeconômica dos grupos amostrais.....	55
Gráfico 2 -	Distribuição numérica e percentual da escolaridade dos grupos amostrais.....	55
Gráfico 3 -	Distribuição numérica e percentual do estado civil dos grupos amostrais.....	56
Gráfico 4 -	Distribuição numérica e percentual da ocorrência de estresse dos grupos amostrais.....	57
Gráfico 5 -	Distribuição dos domínios do WHOQOL nos três tipos de fissura.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição numérica e porcentual da amostra por faixa etária, religião e número de cirurgias realizadas.....	53
Tabela 2 -	Distribuição numérica e porcentual da amostra por região do país.....	54
Tabela 3 -	Distribuição numérica e porcentual das fases do estresse nos grupos amostrais.....	57
Tabela 4 -	Distribuição dos valores do teste de associação entre a presença de estresse e variáveis avaliadas.....	58
Tabela 5 -	Resultados do teste de normalidade (p-valores).....	60
Tabela 6 -	Resultados do teste de homogeneidade da variância.....	60
Tabela 7 -	Comparação entre os três grupos de fissura para os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.....	62
Tabela 8 -	Comparação entre os três grupos de fissura para o domínio global.....	62
Tabela 9 -	Distribuição dos valores dos testes comparativos entre o domínio físico e as variáveis avaliadas.....	63
Tabela 10 -	Distribuição dos valores dos testes comparativos entre o domínio psicológico e as variáveis avaliadas.....	64
Tabela 11 -	Distribuição dos valores dos testes comparativos entre o domínio relações sociais e as variáveis avaliadas.....	64
Tabela 12 -	Distribuição dos valores dos testes comparativos entre o domínio meio ambiente e as variáveis avaliadas.....	65
Tabela 13 -	Distribuição dos valores dos testes comparativos entre o domínio global e as variáveis avaliadas.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS

FLP	Fissura Labiopalatina
ISSL	Inventário de Sintomas de Stress de Lipp
OMS	Organização Mundial da Saúde
HRAC-USP	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	23
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	27
2.1	ESTRESSE.....	29
2.2	QUALIDADE DE VIDA.....	32
3	OBJETIVO.....	39
4	MATERIAL E MÉTODO	43
4.1	SELEÇÃO DA CASUÍSTICA.....	45
4.2	PROCEDIMENTO.....	45
5	RESULTADOS	51
5.1	ESTRESSE.....	56
5.2	QUALIDADE DE VIDA.....	58
6	DISCUSSÃO.....	67
6.1	ESTRESSE.....	69
6.2	QUALIDADE DE VIDA.....	74
7	CONCLUSÃO	79
8	REFERÊNCIAS	83
	ANEXOS.....	91

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Ao longo de seus 40 anos, o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo (HRAC-USP) vem atendendo indivíduos com fissura labiopalatina (FLP) isolada ou associada a outras anomalias craniofaciais, abrangendo todas as etapas da reabilitação, bem como desenvolvendo pesquisas nesta área, tendo como meta principal a saúde integral do indivíduo afetado por esta malformação.

A saúde é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um estado completo de bem estar físico, mental e social e não como a inexistência de doença. Embora esse conceito não seja novo, somente nos últimos anos foram criadas políticas inovadoras de promoção à saúde geral e mental envolvendo esses novos conceitos da OMS. Estas considerações são igualmente verdadeiras quanto aos cuidados à saúde do indivíduo que nasce com uma malformação craniofacial em especial a FLP.

Reforçando a necessidade contínua de melhor compreender e atender o indivíduo assistido pela equipe de saúde do HRAC-USP e proporcionar-lhe adequado tratamento e inclusão social, devem ser desenvolvidos trabalhos sobre estresse e qualidade de vida de indivíduos com FLP, uma vez que estes passam por um longo processo de reabilitação, o que os expõe a situações geradoras de estresse. Assim, o objetivo primordial da presente investigação foi determinar índices de qualidade de vida e estresse nesses indivíduos, visando contribuir com programas relacionados com a promoção da saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ESTRESSE

Selye (1984) foi um dos principais autores a utilizar o termo estresse, caracterizando-o como uma “Síndrome Geral de Adaptação”, decorrente de um evento que exige esforço do indivíduo em termos de adaptação. Esse evento estressor gera a quebra da homeostase do indivíduo, alterando a capacidade do organismo de manter sua constância. Para caracterizar e definir o processo de estresse, Selye (1984) apresentou um modelo trifásico, constituído por: a) fase de alerta: reação de alerta preparando o indivíduo para a luta ou para a fuga por meio da ativação de mecanismos homeostáticos; b) fase de resistência: quando o organismo tenta restabelecer o equilíbrio interno por meio de uma ação reparadora, gastando energia para essa adaptação; e c) fase de exaustão: caracterizada pela exaustão física e psicológica. A adaptabilidade do organismo ou energia adaptativa é finita e diante dessa situação as doenças tendem a se manifestar (Lipp e Malagris 1998). Nesse contexto, Lipp (2000) definiu estresse como uma reação emocional física, mental e química gerada pela exposição a novas situações de vida do indivíduo. A autora Lipp (2000) reforça que qualquer situação geradora de emoção forte que exija mudanças é um estressor, ou seja, uma fonte de estresse. Com isso a autora reconhece a existência das três fases assinaladas por Selye (1984), porém inclui mais uma fase a qual denomina “quase exaustão”, para explicar o mecanismo de sinais anteriores à exaustão total. Para Lipp (2000), a fase de alerta caracteriza-se por ser positiva, uma vez que gera disposição e energia no indivíduo; a fase de resistência indica que o indivíduo está na fase de alerta há algum tempo, e por isso,

com declínio da disposição, tendência de cansaço, redução da resistência do organismo contra infecções e falhas de memória; a fase de quase exaustão pode propiciar o início de doenças sistêmicas, depressão e ansiedade exacerbada e a fase de exaustão pode levar o organismo ao colapso. A fase de alerta pode ser considerada positiva, porque o ser humano energiza-se por meio da produção da adrenalina. Na segunda fase, a de resistência, a pessoa automaticamente tenta lidar com os estressores de modo a manter sua homeostase. Se os fatores estressantes persistirem em frequência e/ou intensidade, há uma quebra na resistência da pessoa e ela passa à fase de quase exaustão. O processo de adoecimento se inicia e os órgãos que tiverem maior vulnerabilidade genética e/ou adquirida passam a mostrar sinais de deterioração. Se não há alívio do estresse por meio da remoção dos estressores, ou por estratégias de enfrentamento, o estresse atinge sua fase final, a de exaustão. Nessa fase, doenças graves podem ocorrer.

No Brasil, muitas pesquisas sobre estresse têm sido realizadas aplicando-se o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL) padronizado por Lipp e Guevara (1994), baseado em um modelo trifásico desenvolvido inicialmente por Selye (1984). Essas pesquisas foram desenvolvidas em diferentes populações, tendo sido possível demonstrar a eficiência do ISSL (Calais et al 2007, Rossetti et al 2008, Sadir, Bignotto e Lipp 2010, Heideman et al 2011 e Wottrich et al 2011). Por meio da aplicação desse instrumento, observou-se que a prevalência do estresse em estudos brasileiros variou de 38,4% em policiais federais (Rossetti et al 2008) a 88% em indivíduos atendidos em clínica especializada de estresse (Sadir, Bignotto e Lipp 2010).

A fase de estresse citada na literatura como a mais prevalente foi a de resistência (Calais, Andrade e Lipp 2003, Calais et al 2007, Costa et al 2007,

Gonçalves et al 2008, Macena e Lange 2008, Rossetti et al 2008, Souza et al 2009, Heideman et al 2011, Pereira, Amaral e Scorsolini-Comin 2011 e Wottrich et al 2011), embora Calais et al (2007) e Oliveira e Lipp (2009) tenham observado também uma porcentagem importante de indivíduos na fase de quase exaustão.

A maioria dos estudos avaliou indivíduos adultos jovens. Alguns deles destacam que as idades entre 20 e 30 anos apresentaram os maiores índices de estresse (Ludwig et al 2008 e Rossetti et al 2008); entre os indivíduos de 35 a 39 anos também há relatos de estresse, porém em menor número do que na faixa anteriormente citada (Pereira, Amaral e Scorsolini-Comin 2011).

Observa-se pelos trabalhos da literatura que indivíduos do gênero feminino foram os que mais aderiram às pesquisas (Calais et al 2007, Gonçalves et al 2008, Souza et al 2009, Sadir, Bignotto e Lipp 2010 e Wottrich et al 2011,) e que apresentaram maior nível de estresse (Calais, Andrade e Lipp 2003, Calais et al 2007, Costa et al 2007, Gonçalves et al 2008, Souza et al 2009, Sadir, Bignotto e Lipp 2010 e Pereira, Amaral e Scorsolini-Comin 2011).

Pesquisas na área da saúde mostram claramente a relação entre estresse e algumas doenças crônicas não transmissíveis como, por exemplo, a hipertensão (Silva e Silva 2007, Lima Junior e Lima Neto 2010 e Heidemann et al 2011).

O estresse é uma reação causada por alterações psicofisiológicas que ocorrem quando o indivíduo se confronta com uma situação ameaçadora (Lipp 2003). Esse fator ameaçador é também denominado estressor ou causador de estresse, caracterizado pela capacidade de romper o equilíbrio do organismo, levando a um conjunto de reações na busca de adaptação à situação imposta. O indivíduo que nasce com FLP pode considerar sua malformação uma condição geradora de estresse, seja pelas alterações estéticas ou funcionais, principalmente

relacionadas à fala, seja pelo tratamento reabilitador que se caracteriza por ser extenso, exigindo sua perseverança e comprometimento, bem como de sua família, ocasionando muitas vezes cansaço e desânimo.

Diante desses argumentos e da falta de pesquisas até o momento presente que avaliem níveis de estresse em adultos nascidos com FLP e reabilitados cirurgicamente, decidiu-se por este estudo, visando ampliar conhecimentos sobre tais indivíduos e contribuir para a promoção de sua saúde geral.

2.2 QUALIDADE DE VIDA

A definição de saúde é complexa e sempre estará em debate, assim como quando se fala de qualidade de vida. O conceito de qualidade de vida, assim como o de saúde, não apresenta definição consensual. Na Organização Mundial da Saúde (OMS) uma equipe de trabalho estuda questões de qualidade de vida relacionadas à saúde. O grupo, conhecido por *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL Group 1994), considera que a definição de qualidade de vida deve levar em conta a percepção do indivíduo e suas relações com o meio ambiente. Para eles, qualidade de vida é definida como uma percepção individual da posição do indivíduo na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores nos quais ele está inserido, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito de alcance abrangente, afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relações com as características do meio ambiente do indivíduo (Fleck et al 2000).

Em função da importância do tema qualidade de vida, instrumentos foram e têm sido criados para sua mensuração. Dos vários encontrados na literatura

especializada para avaliar a qualidade de vida, um dos melhores e mais utilizados questionários de avaliação, segundo Fleck et al (2000), é o WHOQOL-100, criado dentro de uma perspectiva transcultural por pesquisadores dos mais variados países.

A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref (Fleck et al 2000). Kluthcovsky e Kluthcovsky (2009) e Landeiro et al (2011) em seus trabalhos de revisão sistemática mostraram que o WHOQOL, dentre os vários instrumentos genéricos utilizados para aferição da qualidade de vida, é um dos mais utilizados nas pesquisas. Esse instrumento tem sido aplicado em populações variadas, tais como em indivíduos com HIV, nos quais se detectou melhor qualidade de vida nos domínios físico e psicológico e pior no de relações sociais. Observaram que as mulheres apresentaram escores mais baixos no domínio psicológico quando comparados aos dos homens (Santos, França Junior e Lopes 2007).

Em idosos, usuários de prótese auditiva, Teixeira et al (2008) compararam por meio do WHOQOL-bref, a qualidade de vida nos períodos pré e pós-adaptação das próteses. Constataram melhora da qualidade de vida em ambos os gêneros.

Indivíduos renais crônicos que realizavam hemodiálise apresentaram qualidade de vida nos domínios físico e meio ambiente com os menores escores. O gênero feminino era o mais afetado (Macuglia et al 2010).

Estudo realizado por França et al (2011) em adultos com lesão medular verificou que a maioria deles estava insatisfeita com sua qualidade de vida, apresentando os menores escores nos domínios das relações social e ambiental.

A melhora na qualidade de vida (avaliada por meio do WHOQOL-bref) foi demonstrada por Aguiar et al (2011), em indivíduos transplantados cardíacos no período pós-cirurgia.

O WHOQOL-HIV bref foi utilizado por Gaspar et al (2011) em mulheres, avaliando sua qualidade de vida associada com variáveis sociodemográficas. Por esse estudo, constatou-se que, quanto menor o nível socioeconômico e educacional menor era a qualidade de vida.

Esse mesmo instrumento foi utilizado em indivíduos HIV positivo com diferentes fases da doença. Foi observado que aqueles assintomáticos exibiram melhores escores de qualidade de vida que os mais afetados pela doença, principalmente no domínio físico (Imam et al 2012).

Segundo Eckstein et al (2011), existe uma falta de questionários abrangentes, válidos e confiáveis, desenvolvidos especificamente para avaliar qualidade de vida em indivíduos com FPL. Os autores consideraram que os atuais instrumentos são limitados em seu conteúdo. O mesmo foi observado por Klassen et al (2012) por meio de uma revisão sistemática dos questionários sobre qualidade de vida aplicáveis em crianças com FLP. Mesmo que não haja ainda instrumento específico direcionado à FLP, a qualidade de vida nesses indivíduos continua sendo avaliada.

Uma comparação entre grupos de adultos suecos com e sem fissura, por meio de questionários diversificados, demonstrou que, a despeito de alguma desvantagem em relação ao seu bem estar e vida social, o grupo com fissura apresentou boa qualidade de vida (Marcusson, Akerlind e Paulin 2001). Entretanto o mesmo não foi verificado na Áustria por Sinko et al (2005), que realizaram uma pesquisa em adultos com FLP por meio de um questionário para avaliar saúde

relacionada à qualidade de vida (*MOS Short-Form*). Foram encontrados baixos escores nos aspectos sociais e emocionais, principalmente nos indivíduos que desejavam mais tratamento cirúrgico para sua reabilitação.

Mani, Carlsson e Marcusson (2010) observaram que não havia diferença estatística na qualidade de vida quando compararam grupos de indivíduos com e sem FLP. Entretanto no grupo com fissura a qualidade de vida apresentava tendência a ser menor nos indivíduos mais jovens e nas mulheres.

Em um estudo com crianças e adolescentes com FLP, foi observado que demonstraram alto nível de qualidade de vida, apesar desses indivíduos considerarem a necessidade de mais tratamento cirúrgico como fator importante para minimizar a cicatriz facial (Augsornwan et al 2011).

No Brasil existem relatos que indivíduos com FLP apresentam satisfação com seu estado geral, apesar das dificuldades encontradas no dia a dia, demonstrando sua capacidade de adaptação a elas (Minervino-Pereira 2000, Bachega 2002, Marques 2004, Veronez e Tavano 2005, Graciano, Tavano e Bachega 2007 e Veronez 2007).

Estudo realizado em indivíduos adultos com FLP por Santos, Graciano e Valentim (2007) utilizou o WHOQOL-bref naqueles residentes em Bauru, em fase final de tratamento no HRAC-USP. Observaram que esses sujeitos já inseridos no mercado de trabalho apresentaram, em média, qualidade de vida de boa a muito boa, bem como índices significativos de satisfação profissional. As autoras destacam a atuação do serviço social do HRAC-USP como agente facilitador do processo de inserção no mercado de trabalho.

Com o objetivo de verificar a existência de itens de qualidade de vida em protocolos clínicos dentro do HRAC-USP, Cardoso (2008) realizou um estudo

descritivo em prontuários de indivíduos com FLP. Das 12 áreas clínicas investigadas, 42% contemplavam domínios relacionados à avaliação de qualidade de vida. Na prática clínica, 66% das áreas da equipe multidisciplinar registravam esses itens de forma espontânea nas folhas de evolução do prontuário de atendimento, demonstrando que, mesmo não havendo protocolo específico, há preocupação da equipe multidisciplinar com a qualidade de vida dos indivíduos matriculados no HRAC-USP.

Entre os domínios avaliados pelo WHOQOL-bref, o psicológico refere-se a sentimentos positivos, autoestima, sentimentos negativos e espiritualidade (Fleck e Chachamovich 2008). Existem evidências crescentes de que a religiosidade/espiritualidade está associada à saúde. Nesse sentido, estudos são citados na literatura relacionando dor, doença, qualidade de vida e espiritualidade/religiosidade (Guimarães e Avezum 2007, Peres et al 2007, Fornazari e Ferreira 2010, Gaspar et al 2011 e Panzini et al 2011).

Em uma revisão descritiva dos principais estudos relacionados com o impacto da espiritualidade e saúde física, Guimarães e Avezum (2007) discutiram os achados referentes às pesquisas de indivíduos com doença cardiovascular, saúde mental e mortalidade por neoplasias. Tais pesquisadores destacaram a importância da espiritualidade e religiosidade como fator de prevenção de doenças na população previamente sadia e eventual impacto em diversas doenças.

Outro estudo relacionado com o mesmo tema investigou o aspecto religioso em indivíduos oncológicos, evidenciando a importância da crença durante a doença. Fornazari e Ferreira (2010) concluíram que a relação entre a doença e a possibilidade de morte faz do aspecto religioso uma estratégia de redução do estresse e melhoria da qualidade de vida.

Tais estudos promovem avanços no que diz respeito a apreender o indivíduo como um todo, de tal forma que os instrumentos para avaliação da qualidade de vida foram criados para contemplar essa dimensão. Publicações recentes já confirmam a sua importância (Gaspar et al 2011).

3 OBJETIVO

3 OBJETIVO

Avaliar o nível estresse e a qualidade de vida em indivíduos com FLP reabilitados cirurgicamente.

4 MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo foi iniciado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, aprovado sob o protocolo n. 307/2009 (Anexo 1).

Todos os participantes da pesquisa foram convidados a fazer parte do estudo e, após concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).

4.1 SELEÇÃO DA CASUÍSTICA

A fim de selecionar a casuística para este estudo, foi solicitado na Central de Processamento de Dados do HRAC-USP o agendamento diário de indivíduos no período de janeiro a novembro de 2010, seguindo os critérios de inclusão:

- indivíduos com fissuras pré-forame unilateral, pós-forame e transforame unilateral, reabilitados cirurgicamente;
- alfabetizados;
- na faixa etária de 18 a 34 anos;
- de ambos os gêneros;
- sem síndromes ou malformações associadas.

4.2 PROCEDIMENTO

Inicialmente, com o objetivo de caracterizar a amostra, foi utilizada uma ficha contendo informações a respeito da identificação do indivíduo: nome, procedência,

número de registro no hospital, gênero, faixa etária, estado civil, classe socioeconômica, escolaridade, religião, tipo de FLP e número de cirurgias realizadas. Todas essas informações foram obtidas dos prontuários (Anexo 3).

Para o processo de investigação a respeito do estresse e da qualidade de vida, foram coletados dados dos primeiros 100 indivíduos que atenderam aos critérios de inclusão, e que se encontravam em atendimento ambulatorial, agendados na rotina hospitalar. Para tanto, foram aplicados dois instrumentos em um único momento: primeiramente, o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL)¹ (Lipp 2000) e a seguir o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-bref).

Desses 100, foram sorteados 10 indivíduos do gênero masculino e 10 do gênero feminino para cada tipo de fissura, totalizando 60 indivíduos.

O ISSL é composto de três quadrantes que investigam os sintomas físicos e psicológicos experimentados pelos indivíduos em um determinado período de sua vida. Os quadrantes são referentes às quatro fases do estresse, de acordo com o modelo quadrifásico proposto por Lipp (2000), no qual os sintomas apresentados são característicos de cada fase. No instrumento, a pessoa deverá assinalar com F os sintomas físicos e com P os sintomas psicológicos experienciados por ela nos períodos apresentados no respectivo quadrante.

Na primeira parte foram investigados 15 sintomas físicos (F1) e 3 psicológicos (P1) que a pessoa experimentou nas últimas 24 horas. Na segunda, foram assinalados com F2 os 10 sintomas físicos e com P2 os cinco sintomas psicológicos vivenciados na última semana. Na terceira parte, assinalou-se F3 para

¹ Este inventário não constará nos anexos, posto que é privativo do psicólogo e todos os direitos de reprodução são reservados à Casa do Psicólogo, que o publicou, segundo Conselho Regional de Psicologia SP. Manual de orientações: legislação e recomendações para o exercício profissional do psicólogo. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia; 2008.

os 12 sintomas físicos e P3 para os 11 sintomas psicológicos no último mês. Cabe salientar que, de acordo com autora do inventário ISSL, alguns sintomas que aparecem na primeira parte também ocorrem na terceira, porém com graduações diferentes. A razão dessa graduação é que a fase de exaustão coberta pela última em geral mostra a volta de alguns sintomas da primeira fase com maior grau de comprometimento.

O *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) (Anexo 4) é o instrumento utilizado e elaborado pelo grupo de estudos sobre qualidade de vida da divisão de Saúde Mental da OMS (1994), do qual participaram simultaneamente 15 centros internacionais de diferentes culturas. A partir dele, resultaram dois instrumentos de qualidade de vida: WHOQOL-100 e WHOQOL-bref. O primeiro consta de 100 questões autoavaliativas que, por meio da escala de Likert (5 pontos), investigam seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações pessoais, meio ambiente e espiritualidade e crenças pessoais.

O segundo (WHOQOL-bref) é a forma abreviada contendo 26 questões, com o qual os autores obtiveram os melhores resultados psicométricos extraídos do WHOQOL-100 e, portanto, escolhido para este estudo, em função de sua rápida aplicação individual. As questões do WHOQOL foram formuladas com a escala de Likert com variações de: intensidade (nada a extremamente), capacidade (nada a completamente), frequência (nunca a sempre) e avaliação (muito insatisfeito a muito satisfeito; muito ruim a muito bom), com escores pontuando de 1 a 5 (no qual 1 e 2 representam uma avaliação negativa, 3, intermediária e 4 e 5, positiva).

De todas as 26 questões, duas são gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam os quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio

ambiente. Essas questões estão diretamente relacionadas com cada uma das facetas que compõe o instrumento original, como descritas a seguir:

- 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 e com a capacidade de trabalho.
- Psicológico: aproveitamento e sentido da vida, capacidade de concentração e de aceitar sua aparência física, satisfação consigo mesmo.
- Relações sociais: satisfação com relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas), vida sexual, apoio dos amigos, sentimentos negativos.
- Meio ambiente: segurança na vida diária, satisfação com ambiente físico de trabalho e com situação financeira, disponibilidade de informações, oportunidades de lazer, satisfação com condição do local de residência, com acesso aos serviços de saúde e meio de transporte.

Os diferentes domínios englobam as seguintes questões do WHOQOL-bref:

- Global: 1 e 2
- Físico: 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18
- Psicológico: 5, 6, 7, 11, 19 e 26
- Relações sociais: 20, 21 e 22
- Meio ambiente: 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25

O escore final obtido para cada domínio e na qualidade de vida geral pode se transformar em dois tipos de escalas: uma de 4 a 20 e outra de 0 a 100. Neste estudo utilizou-se a escala de 4 a 20.

Os dados desse estudo foram analisados de acordo com o processo de apuração dos instrumentos utilizados na pesquisa. Na análise estatística foi utilizado o programa SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences* para Windows, além dos testes *Shapiro-Wilk*, *Levene*, *Anova*, *Kruskal-Wallis* e *Mann-Whitney*.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

A amostra foi constituída por 60 indivíduos, sendo 20 de cada tipo de fissura, ou seja, pré-forame unilateral, pós-forame e transforame unilateral, sendo 10 do gênero masculino e 10 do feminino para cada grupo.

A distribuição da faixa etária, da religião e do número de cirurgias a que foram submetidos os indivíduos da amostra, encontra-se na Tabela 1 e a região do Brasil a que pertenciam na Tabela 2.

Tabela 1 - Distribuição numérica e porcentual da amostra por faixa etária, religião e número de cirurgias realizadas.

Variáveis	Pré-forame		Pós-forame		Transforame		Total
	n	%	n	%	n	%	%
Faixa etária							
18 a 19 anos	2	10,0	1	5,0	8	40,0	18,3
20 a 24 anos	9	45,0	10	50,0	7	35,0	43,3
25 a 29 anos	5	25,0	7	35,0	3	15,0	25
30 a 34 anos	4	20,0	2	10,0	2	10,0	13,3
Religião							
Católica	12	60,0	8	40,0	11	55,0	51,6
Evangélico	7	35,0	10	50,0	5	25,0	36,6
Adventista	1	5,0	1	5,0	0	0,0	3,3
Espírita	0	0,0	0	0,0	1	5,0	1,7
Acredita	0	0,0	1	5,0	0	0,0	1,7
Não tem	0	0,0	0	0,0	3	15,0	5
Número de cirurgias							
Nenhuma	0	0,0	2	10,0	0	0,0	3,3
1 a 3	6	30,0	14	70,0	6	30,0	43,3
4 a 5	12	60,0	4	20,0	3	15,0	31,7
6 a 9	1	5,0	0	0,0	6	30,0	11,7
10 a 19	1	5,0	0	0,0	5	25,0	10
Total	20	100,0	20	100,0	20	100,0	100,0

Na Tabela 1 verifica-se que, para os três tipos de fissura da amostra, a maioria (43,3%) encontra-se na faixa etária de 20 a 24 anos, período no qual grande parte do tratamento reabilitador já foi realizado. Nota-se que apenas 5% do grupo estudado não acreditam ou professam alguma religião. O processo reabilitador da FLP implica na realização de cirurgias e para a maioria da amostra observa-se que foi submetida a um número que variou de 1 a 3 (43,3%) procedimentos, seguido por 4 a 5 (31,7%).

Tabela 2 - Distribuição numérica e porcentual da amostra por região do país.

Regiões	Pré-forame		Pós-forame		Transforame		Total
	n	%	n	%	n	%	%
Região Norte	0	0,0	0	0,0	3	15,0	5
Região Nordeste	1	5,0	2	10,0	0	0,0	5
Região Centro-Oeste	2	10,0	0	0,0	3	15,0	8,3
Região Sudeste	15	75,0	15	75,0	13	65,0	71,6
Região Sul	2	10,0	3	15,0	1	5,0	10
Total	20	100,0	20	100,0	20	100,0	100

Por meio da Tabela 2, nota-se que grande parte da amostra, ou seja, 71,6% é proveniente da região sudeste.

Os dados sobre estado civil, classificação socioeconômica e escolaridade da amostra, por tipo de fissura, encontram-se expostos nos Gráficos de 1 a 3.

Gráfico 1 - Distribuição numérica e percentual da classificação socioeconômica dos grupos amostrais.

A classificação socioeconômica baixa superior representa um grande percentual nos três grupos avaliados, conforme observado no Gráfico 1, perfazendo um total de 63,3% da amostra total.

Gráfico 2 - Distribuição numérica e percentual da escolaridade dos grupos amostrais.

Quando se avalia a escolaridade dos grupos analisados verifica-se baixo número de indivíduos com ensino fundamental. Os indivíduos com ensino médio representam 56,6% da amostra. Os com ensino superior representam 36,6% da amostra.

Gráfico 3 - Distribuição numérica e percentual do estado civil dos grupos amostrais.

O Gráfico 3 evidencia que 80% (valor médio) dos indivíduos da amostra são solteiros.

5.1 ESTRESSE

Os resultados sobre a ocorrência do estresse nos grupos estudados, bem como as fases deste achado estão dispostos no Gráfico 4 e Tabelas 3 e 4.

Gráfico 4 - Distribuição numérica e percentual da ocorrência de estresse dos grupos amostrais.

Por meio do Gráfico 4 observa-se que o grupo pós-forame foi o que apresentou maior nível de estresse seguido pelo de fissura transforame. Pequeno percentual (5%) de estresse ocorreu no grupo pré-forame. A análise estatística (teste qui-quadrado) mostra que não foi detectada significância estatística, ou seja, não há associação entre os grupos e a presença de estresse (Anexo 5).

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual das fases do estresse nos grupos amostrais.

Grupos	Pré-forame		Pós-forame		Transforame		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fase do estresse								
Alerta	0	0,0	0	0,0	1	20,0	1	1,7
Resistência	1	100,0	7	100,0	3	60,0	11	18,3
Quase exaustão	0	0,0	0	0,0	1	20,0	1	1,7
Exaustão	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	
Total	1	100,0	7	100,0	5	100,0	13	21,7

Do total da amostra, 21,7% (13 indivíduos) apresentam estresse (Tabela 3). A análise mostra também que desses 13 indivíduos (nove do gênero feminino e quatro do masculino; $\chi^2=0,117$), 11 encontram-se na fase de resistência. Apenas um está na fase alerta e outro na fase de quase exaustão. Destaca-se também que a maioria dos indivíduos com estresse (sete - 54%) pertence ao grupo pós-forame, seguido pelos do grupo transforame (cinco - 38,4%).

A seguir demonstra-se a comparação intragrupos para estresse (Tabela 4) com as variáveis: gênero, classe socioeconômica e escolaridade, não se detectando significância estatística, ou seja, não havendo associação entre os grupos e a presença do estresse.

Tabela 4 - Distribuição dos valores do teste de associação entre a presença de estresse e variáveis avaliadas.

Tipo de fissura	p-valor		
	Gênero	Classe Socioeconômica	Escolaridade
Pré-forame	-	-	-
Pós-forame	1,000	-	0,101
Transforame	-	-	0,805

5.2 QUALIDADE DE VIDA

Por meio do Gráfico 5 pode-se observar a distribuição dos cinco domínios avaliados no WHOQOL nos três tipos de fissura.

Gráfico 5 - Distribuição dos domínios do WHOQOL nos três tipos de fissura.

Observa-se, pelos gráficos, que algumas das distribuições são assimétricas e a presença de *outliers* em algumas variáveis.

Para os três grupos de fissura avaliados, a média do escore de qualidade de vida para os domínios estudados apresentaram uma variação de 11 a 18, em uma escala em que o escore máximo de cada domínio é 20. Os menores valores médios foram obtidos para o domínio meio ambiente.

Na sequência, aplicou-se um teste de normalidade nas variáveis em cada grupo, atendendo os requisitos para a aplicação da Anova.

O teste utilizado neste trabalho é o Shapiro-Wilk, empregado quando se tem uma amostra menor que 50 indivíduos. A hipótese a ser testada é a de que os dados tem uma distribuição normal. Quando o p-valor for menor que 0,05 rejeita-se essa hipótese, ou seja, os dados não são distribuídos normalmente.

Tabela 5 - Resultados do teste de normalidade (p-valores).

Domínios do WHOQOL	Pré-forame	Pós-forame	Transforame unilateral
Físico	0,408	0,673	0,636
Psicológico	0,155	0,086	0,373
Relações sociais	0,289	0,120	0,227
Meio ambiente	0,240	0,197	0,561
Global	0,007*	0,002*	0,038*

* p<0,05 hipótese rejeitada

Observa-se pela Tabela 5 que a hipótese de normalidade não foi rejeitada para quase todos os domínios, somente o domínio global teve a normalidade rejeitada.

Ainda para atender os pré-requisitos já mencionados, aplicou-se um teste para verificar a homogeneidade da variância, o teste de Levene. A hipótese a ser testada é a de que os dados têm variâncias iguais. Quando o p-valor for menor que 0,05 rejeita-se esta hipótese, ou seja, a homogeneidade foi rejeitada (Tabela 6).

Tabela 6 - Resultados do teste de homogeneidade da variância.

Domínios do WHOQOL	p-valor
Físico	0,250
Psicológico	0,019*
Relações sociais	0,342
Meio ambiente	0,421
Global	0,209

* p<0,05 hipótese rejeitada

Pelos resultados da Tabela 6, a homogeneidade da variância só foi rejeitada no domínio psicológico. Para os domínios físico, relações sociais e meio ambiente, os pressupostos não foram quebrados.

No domínio psicológico só a homogeneidade da variância foi rejeitada e, como dito acima, a ANOVA é bem aceita quando há desvios de normalidade e homogeneidade da variância. No entanto, para o domínio global, a ANOVA, apesar de ser bem robusta, não é a mais recomendada para a amostra aqui utilizada, uma vez que esta é pequena, apresenta desvios de normalidade, com muitos valores atípicos e uma distribuição bem assimétrica.

Neste caso, o teste mais adequado a ser empregado é o de Kruskal-Wallis, também conhecido como Análise de Variância Não-paramétrica. Esse teste é uma alternativa não-paramétrica para a Análise de Variância e é utilizado para a comparação de várias amostras independentes. As técnicas não-paramétricas têm diversas vantagens sobre os métodos paramétricos. Uma delas é que não exigem todos os pressupostos restritivos dos testes paramétricos, muito menos exigem que as variáveis venham de uma distribuição normal. Precisamos somente que as variáveis sejam ordenáveis, para aplicarmos os postos ou ordem. Os testes são feitos em cima desses postos e não dos valores reais das observações, sendo realizados de modo relativamente rápido para pequenas amostras. O uso de postos torna as técnicas não-paramétricas menos sensíveis do que os testes paramétricos aos erros de medidas e a valores extremos.

Nos dois testes, a hipótese a ser testada é de que um domínio específico é semelhante entre os três grupos. Quando o p-valor é menor que 0,05 rejeita-se essa hipótese.

Tabela 7 - Comparação entre os três grupos de fissura para os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Domínios	Grupos	Resultados da ANOVA	
		Média	p-valor
Físico	Pré-forame	15,49	0,652
	Pós-forame	14,91	
	Transforame	14,97	
Psicológico	Pré-forame	14,93	0,661
	Pós-forame	14,33	
	Transforame	14,63	
Relações sociais	Pré-forame	15,73	0,523
	Pós-forame	15,00	
	Transforame	14,73	
Meio ambiente	Pré-forame	11,83	0,063
	Pós-forame	12,50	
	Transforame	13,40	

Tabela 8 - Comparação entre os três grupos de fissura para o domínio global.

Domínio	Grupos	Resultados do teste de Kruskal-Wallis	
		Postos médios	p-valor
Global	Pré-forame	29,25	0,897
	Pós-forame	30,58	
	Transforame	31,68	

Conforme demonstram as Tabelas 7 e 8, não foram observadas diferenças estatísticas nas comparações entre os grupos dos três tipos de fissura, ou seja, não há diferença na qualidade de vida.

A seguir demonstra-se a comparação intragrupos, para todos os domínios do WHOQOL, com as variáveis: gênero, classe socioeconômica e escolaridade (Tabelas 9 a 13).

Para comparação entre os domínios físico, psicológico, meio ambiente, relações sociais e global, e as categorias de cada variável, em cada grupo, foram realizados os testes não-paramétricos de Mann-Whitney (para variáveis com duas respostas) e o de Kruskal-Wallis (para variáveis com mais de duas respostas), sendo os resultados dispostos nas Tabelas de 9 a 13.

Tabela 9 - Distribuição dos valores dos testes comparativos entre o domínio físico e as variáveis avaliadas.

Grupos	Variáveis	p-valor
Pré-forame	Gênero ^A	0,146
	Classe socioeconômica	0,435
	Escolaridade ^A	0,091
Pós-forame	Gênero ^A	0,111
	Classe socioeconômica	0,476
	Escolaridade ^A	0,296
Transforame	Gênero ^A	0,343
	Classe socioeconômica	0,566
	Escolaridade ^B	0,600

^A Teste de Mann-Whitney

^B Teste de Kruskal-Wallis

Na Tabela 9 não foram observadas diferenças estatisticamente significantes nos cruzamentos entre as variáveis com o domínio físico em nenhum dos três tipos de fissura.

Tabela 10 - Distribuição dos valores dos testes comparativos entre o domínio psicológico e as variáveis avaliadas.

Grupos	Variáveis	p-valor
Pré-forame	Gênero ^A	0,041*
	Classe socioeconômica	0,926
	Escolaridade ^A	0,588
Pós-forame	Gênero ^A	0,085
	Classe socioeconômica	0,696
	Escolaridade ^A	0,625
Transforame	Gênero ^A	0,271
	Classe socioeconômica	0,547
	Escolaridade ^B	0,493

^A Teste de Mann-Whitney^B Teste de Kruskal-Wallis

* significativa

Na Tabela 10, avaliando o domínio psicológico, observa-se diferença estatisticamente significativa somente na variável gênero do grupo pré-forame, na qual os homens apresentaram maiores valores nos escores do domínio psicológico.

Tabela 11 - Distribuição dos valores dos testes comparativos entre o domínio relações sociais e as variáveis avaliadas.

Grupos	Variáveis	p-valor
Pré-forame	Gênero ^A	0,730
	Classe socioeconômica	0,359
	Escolaridade ^A	0,077
Pós-forame	Gênero ^A	0,456
	Classe socioeconômica	0,922
	Escolaridade ^A	0,524
Transforame	Gênero ^A	1,000
	Classe socioeconômica	0,505
	Escolaridade ^B	0,453

^A Teste de Mann-Whitney^B Teste de Kruskal-Wallis

Na Tabela 11, nos cruzamentos dos escores do domínio relações sociais com todas as variáveis testadas, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes.

Tabela 12 - Distribuição dos valores dos testes comparativos entre o domínio meio ambiente e as variáveis avaliadas.

Grupos	Variáveis	p-valor
Pré-forame	Gênero ^A	0,361
	Classe socioeconômica	0,715
	Escolaridade ^A	0,061
Pós-forame	Gênero ^A	0,220
	Classe socioeconômica	0,774
	Escolaridade ^A	0,886
Transforame	Gênero ^A	0,761
	Classe socioeconômica	0,348
	Escolaridade ^B	0,447

^A Teste de Mann-Whitney

^B Teste de Kruskal-Wallis

Na Tabela 12, diferenças estatisticamente significativas não foram verificadas nos cruzamentos entre os escores do domínio meio ambiente com todas as variáveis avaliadas.

Tabela 13 - Distribuição dos valores dos testes comparativos entre o domínio global e as variáveis avaliadas.

Grupos	Variáveis	p-valor
Pré-forame	Gênero ^A	0,092
	Classe socioeconômica	0,659
	Escolaridade ^A	0,170
Pós-forame	Gênero ^A	0,192
	Classe socioeconômica	0,563
	Escolaridade ^A	0,752
Transforame	Gênero ^A	0,453
	Classe socioeconômica	0,835
	Escolaridade ^B	0,569

^A Teste de Mann-Whitney^B Teste de Kruskal-Wallis

Pela Tabela 13, observa-se que, na comparação dos escores do domínio global com todas as variáveis testadas, não existiram diferenças estatisticamente significativas.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

6.1 ESTRESSE

Não há maneira de se comparar os dados obtidos na presente investigação com os de outros autores pelo fato de não terem sido detectados na literatura consultada dados contra os quais poderia ser feita uma análise comparativa. Assim, encontrou-se valores de 21,7% de prevalência de estresse nos indivíduos com FLP, sendo que desse total 1,7% estavam na fase inicial (alerta), 1,7% na fase de quase exaustão e a grande maioria (18,3%) na fase de resistência. Esta fase (de resistência) caracteriza-se pelo fato de que o indivíduo já ultrapassou a fase de alerta, mas ainda não atingiu a fase de quase exaustão. É a fase em que o agente estressor está presente e o indivíduo luta para que seus sistemas orgânicos contrabalancem a ação do agente agressor. Se esse fato se prolonga, o indivíduo caminhará inevitavelmente para a fase de quase exaustão. O presente estudo evidencia que os indivíduos analisados não atingiram as fases mais tardias do estresse e, portanto, isso evidencia dois fatos importantes, a saber: primeiro, os indivíduos nascidos com FPL lidam muito bem com as dificuldades do tratamento prolongado e, uma vez tratados, se relacionam bem com seu novo estado de saúde, porque suas funções orofaciais básicas estão preservadas; segundo, apresentam qualidade de vida satisfatória, o que também ficou evidenciado no presente estudo. Assim, observa-se que existe nítida relação entre os dois parâmetros: encontrou-se baixo nível de estresse e adequada qualidade de vida. A explicação mais provável pode residir no fato de que o próprio indivíduo faz uma análise comparativa de sua

situação antes e atual, muito embora ainda relate escore menor em um dos parâmetros avaliados pelo WHOQOL.

A expectativa da presente investigação não era a de encontrar valores de estresse e de qualidade de vida satisfatórios como os aqui relatados. Outra hipótese aventada para explicar esse fato é a de que, durante toda sua existência, os indivíduos com FLP adquiriram resistência às agressões do meio ambiente. Empregando uma metáfora, é possível dizer que os indivíduos adquiriram ao longo de sua existência algo semelhante a uma carapaça protetora contra os agentes estressores. Fato revelador e reforçador desse achado é que esses indivíduos estão bem inseridos na sociedade (Santos, Graciano e Valentim 2007).

A prevalência de 21,7%, verificada na presente investigação, é menor do que a relatada por Rossetti et al (2008), que mostraram 38,4% de estresse em policiais federais que exercem atividades de alto risco. Sadir, Bignotto e Lipp (2010) relatam valores de 88% de estresse em indivíduos atendidos em clínicas especializadas em tratamento de estresse. Como se vê, apenas citando duas outras pesquisas de estresse correlatas, não podemos de qualquer modo fazer análise comparativa dos dados desta pesquisa com outras já realizadas.

O que fica evidente é que os indivíduos nascidos com FLP aqui avaliados e tratados durante toda sua existência apresentam nível de estresse menor do que os acima relatados. Adicionalmente estudos feitos por Wottrich et al (2011) em indivíduos com hipertensão arterial sistêmica e por Calais et al (2007), que analisou estudantes de jornalismo, apresentaram valores acima dos aqui relatados, mas, como dito anteriormente não podem ser utilizados como estudos comparativos.

Assim, o resultado favorável do ISSL aponta a ausência de estresse na maioria dos indivíduos da amostra estudada, indicando que a FLP, neste grupo,

pareceu não demonstrar ser uma condição influente na manifestação do estresse. Fato que pode ter influenciado esse dado é que nossa amostra ainda é limitada a um número restrito de indivíduos ($n=60$). Passo seguinte é o de aumentar não só o número de indivíduos na nossa amostra como também realizar os mesmos testes em indivíduos de diferentes faixas etárias. Para nossa surpresa, durante a fase de coleta de dados, alguns indivíduos manifestaram que, se essa mesma pesquisa fosse realizada em fases mais precoces de seu tratamento, talvez as respostas fossem diferentes e os resultados não se mostrariam tão favoráveis quanto os aqui apresentados.

Embora não tenha sido detectada significância estatística, observa-se que o estresse se manifestou com maior frequência nos indivíduos com fissura pós-forame. Nota-se também, que todos os indivíduos deste grupo pertencem à classe socioeconômica baixa, sem qualquer elemento da classe média em sua composição, presente nos grupos de outros tipos de fissura. Soma-se a isso que, dentre os três, é o único grupo que possui indivíduos com nível fundamental de escolaridade. Pode ser que tais situações tenham contribuído para que o número de indivíduos com estresse fosse maior nesse grupo, mas não se pode esquecer que o número de indivíduos da amostra não permite essa afirmação.

Reforçando alguns dados anteriormente já citados, observa-se que algumas situações contribuem para obtenção de altos índices de estresse, como em indivíduos que procuraram clínicas especializadas em estresse (Sadir, Bignotto e Lipp 2010), pacientes hospitalizados (Macena e Lange 2008), indivíduos diabéticos (Gonçalves et al 2008), indivíduos com problemas dermatológicos (Ludgwig et al 2008) e hipertensos (Wottrich et al 2011) ou ainda em determinadas profissões, como a de enfermagem (Souza et al 2009).

A fase de estresse mais comumente encontrada na amostra desta pesquisa foi a de resistência, na qual ainda é possível lidar com tensões e eliminar sintomas, não constituindo um resultado totalmente desfavorável. Essa fase (como citado anteriormente) caracteriza-se pela presença de um agente estressor de longa duração (Lipp 2000). Considerando que a FLP é um estressor de longa duração, seja pela alteração física (estética e funcional) sempre presente, seja pelo tratamento de longo prazo necessário para a reabilitação ou ainda pela grande expectativa quanto ao resultado do tratamento, principalmente nas áreas de fonoaudiologia e estética/cirúrgica, como relatado por Garcia (2006), poderia esperar-se que a fase de resistência fosse a mais encontrada neste estudo. Apenas um indivíduo apresentou-se com estresse na fase de quase exaustão, parecendo representar um evento isolado. A fase de resistência também foi a mais relatada na literatura consultada (Calais, Andrade e Lipp 2003, Calais et al 2007, Costa et al 2007, Gonçalves et al 2008, Macena e Lange 2008, Rossetti et al 2008, Souza et al 2009, Pereira, Amaral e Scorsolini-Comin 2011 e Wottrich et al 2011), embora indivíduos na fase de quase exaustão tenham sido observados entre grupo de hipertensos (Wottrich et al 2011) e estudantes pesquisados (Calais et al 2007).

Embora nesse estudo mais indivíduos do gênero feminino tenham apresentado estresse que o masculino, a diferença não foi estatisticamente significativa. A literatura demonstra que mulheres são as que mais apresentam quadro de estresse (Calais, Andrade e Lipp 2003, Calais et al 2007, Costa et al 2007, Gonçalves et al 2008, Souza et al 2009, Sadir, Bignotto e Lipp 2010 e Pereira, Amaral e Scorsolini-Comin 2011) e também são as que mais participam dos estudos (Calais et al 2007, Gonçalves et al 2008, Souza et al 2009, Sadir, Bignotto e Lipp 2010 e Wottrich et al 2011).

Diferente das pesquisas relatadas, este trabalho analisou amostra equiparada entre os gêneros com o intuito de padronização e facilitação da análise dos dados.

Diante do baixo índice de estresse verificado em indivíduos com FLP, são necessárias algumas considerações adicionais. Embora a fissura em si e seu tratamento possam ser considerados agentes estressantes, isto não ficou evidente no grupo estudado. Sabe-se que as cirurgias podem gerar níveis elevados de estresse e a maioria do grupo avaliado nesta pesquisa (75%) realizou de uma a cinco cirurgias. Não se descarta a possibilidade de que, em um ou outro momento cirúrgico, os indivíduos tenham apresentado nível alto de estresse; provavelmente essas pessoas tenham conseguido adaptar-se positivamente, seja por confiar na equipe reabilitadora, ou por entenderem e aceitarem a extensa carga de procedimentos que fazem parte da reabilitação, ou ainda por não estarem no momento presente da coleta de dados vivenciando o momento cirúrgico. Deve-se considerar que o tempo de convivência com os comprometimentos físicos e funcionais da malformação já passou e o autoconceito desses indivíduos já está constituído, conforme relatado por Minervino-Pereira (2000).

O fato de 95% dos indivíduos da amostra professar uma religião ou acreditar em um Ser superior pode também contribuir para a boa adaptação desses indivíduos.

Observa-se que 68,3% dos indivíduos avaliados possuem de 20 a 30 anos, período relatado na literatura como a idade na qual a maioria dos indivíduos apresentam os maiores índices de estresse (Ludgwig et al 2008 e Rossetti et al 2008). Entretanto, para indivíduos com FLP, essa é a faixa etária em que eles se encontram em fase final de tratamento, tendo superado os muitos passos da

reabilitação. Como visto por Bachega (2002), já na fase de adolescência, pessoas com FLP superam os limites da deficiência integrando-se à sociedade.

6.2 QUALIDADE DE VIDA

A amostra de indivíduos avaliada mostrou que os domínios global, físico, psicológico e relações sociais foram semelhantes entre si, para os três grupos de fissura, apresentando valores médios por volta dos 15 (Tabela 7), demonstrando qualidade de vida adequada, uma vez que se aproximou do valor 20, considerado o escore máximo para cada domínio. Por este resultado, pareceu que a presença da fissura influenciou a todos os grupos avaliados de modo semelhante, independente do seu tipo e das consequências que cada uma gera para o indivíduo. Como as fissuras transforame incisivo são mais graves, comprometendo tanto a estética como a função, poder-se-ia esperar que a qualidade de vida dos indivíduos com este tipo de fissura apresentasse escore menor em relação aos demais tipos avaliados, mas isso não aconteceu.

Pela literatura observa-se que indivíduos afetados pela AIDS, patologia renal e medular, apresentam no domínio físico menor escore que os demais (Macuglia et al 2010, França et al 2011 e Imam et al 2012). Pode-se atribuir esse resultado ao caráter crônico dessas doenças, que afetam e limitam tais indivíduos. As pessoas com FLP avaliadas nesta pesquisa, embora apresentem a má-formação com marcas do tratamento por toda a vida, não demonstraram valores diferentes entre os domínios. Provavelmente o tipo de patologia, o tratamento eficiente e o acompanhamento consciente e sistemático das fissuras permitiram a inclusão social desses indivíduos (Santos, Graciano e Valentim 2007), com resultado satisfatório e

não limitante. O processo reabilitador das FLP contribui para melhoria da qualidade de vida nesse grupo específico de pessoas, como observado nos trabalhos desenvolvidos tanto no Brasil (Minervino-Pereira 2000, Bachega 2002, Marques 2004, Veronez e Tavano 2005, Graciano, Tavano e Bachega 2007, Santos, Graciano e Valentim 2007 e Veronez 2007) como em outros países (Marcusson, Akerlind e Paulin 2001, Mani, Carlsson e Marcusson 2010 e Augsornwan et al 2011). A literatura também tem constatado a melhora da qualidade de vida após tratamento de outras alterações, como em pós-protetizados auditivos (Teixeira et al 2008) e transplantados cardíacos (Aguiar et al 2011).

Indivíduos que nascem com alguma deficiência, como a FLP, apresentam melhor qualidade de vida que aqueles que durante sua vida adquiriram alguma deficiência. Isso poderia ser explicado porque, desde cedo, já lidam com o processo de enfrentamento de sua deficiência, criando mecanismos de compensação e resistência ao problema.

Convém destacar que embora sem diferenças estatísticas entre os tipos de fissura, o domínio psicológico apresentou valores ao redor de 14, menores que os do domínio físico. Por meio do domínio psicológico avalia-se, entre outros, a aceitação de sua aparência física e satisfação consigo mesmo, podendo esse dado refletir algum descontentamento. Isso foi verificado no trabalho de Sinko et al (2005), com outro tipo de avaliação utilizada, em que se constatou baixos escores nos aspectos sociais e emocionais nos indivíduos que desejavam mais tratamento cirúrgico para sua reabilitação, pois estavam insatisfeitos com a aparência da região do nariz.

O domínio meio ambiente apresentou os menores escores da qualidade de vida observados neste estudo, porém sem diferença estatística, para os três tipos de

fissura estudados. Por esse domínio avalia-se, entre outros, a situação financeira e a satisfação com a condição do local de residência, com acesso aos serviços de saúde e meio de transporte. Esses valores podem ser resultados das seguintes características da amostra: todos os indivíduos avaliados moram fora de Bauru, realizam o tratamento reabilitador no HRAC e 90% deles pertence à classe socioeconômica baixa (63,3% baixa superior e 26,6% baixa inferior). O domínio meio ambiente também foi relatado apresentar valores inferiores nos estudos de Macuglia et al (2010) e França et al (2011).

O domínio relações sociais engloba a satisfação com as relações pessoais, a vida sexual, o apoio dos amigos e os sentimentos negativos, mas pelos dados encontrados nesta pesquisa pareceu não ser uma área de destaque na amostra avaliada, em nenhum dos tipos específicos de fissura. Esses dados diferem dos apresentados por Marcusson, Akerlind e Paulin (2001), que detectaram desvantagem na vida social de adultos com FLP quando comparados aos sem fissura. Já indivíduos com lesão medular e HIV apresentaram menores valores nesse domínio, provavelmente por comprometer o relacionamento social e sexual nessas situações (Santos, França Junior e Lopes 2007 e França et al 2011).

Quando os dados de cada um dos domínios foram cruzados com as variáveis analisadas para cada tipo de fissura, só se observou significância estatística no grupo pré-forame, no domínio psicológico com relação ao gênero.

Esse dado pode ser resultado do menor escore verificado no domínio psicológico do gênero feminino quando comparado com o gênero masculino. Isso pode ser reflexo do papel preponderante que desempenha a estética para o gênero feminino comparativamente ao masculino.

Outros autores também relataram que o gênero feminino apresentou escores menores nos diferentes domínios (Macuglia et al 2010), somente no domínio psicológico (Santos, França Junior e Lopes 2007) ou ainda na qualidade de vida em geral (Mani, Carlsson e Marcusson 2010).

Muitos trabalhos atualmente têm demonstrado a importância da espiritualidade/religiosidade para a saúde e consequentemente para a qualidade de vida (Guimarães e Avezum 2007, Peres et al 2007, Fleck e Chachamovich 2008, Fornazari e Ferreira 2010, Gaspar et al 2011 e Panzini et al 2011). Nesta pesquisa, 95% dos indivíduos da amostra professam alguma religião ou acreditam em um Ser superior. Isso pode ter contribuído para fortalecer os indivíduos com FLP para o enfrentamento necessário do longo processo reabilitador. A espiritualidade e a religiosidade têm sido consideradas como fatores de prevenção de doenças em sadios e suporte para enfrentar diversas doenças (Guimarães e Avezum 2007), bem como uma estratégia para reduzir o estresse e melhorar a qualidade de vida (Fornazari e Ferreira 2010).

A escolaridade pareceu não interferir diferentemente nos indivíduos dos três tipos de fissura e nos domínios analisados. Contrariamente Gaspar et al (2011) relacionou de forma direta a qualidade de vida com o nível educacional. Embora existam diferenças na escolaridade dos três grupos, a maioria dos indivíduos dos grupos desta pesquisa enquadrou-se no ensino médio. Veronez (2007) também observou que, no aspecto escolaridade, 70% dos indivíduos de seu estudo enquadravam-se no ensino médio.

Assim como a escolaridade, o nível socioeconômico não mostrou qualquer diferença entre os grupos analisados nesta pesquisa, nos diversos domínios, porém

outros autores verificaram relação dessa variável com a qualidade de vida (Gaspar et al 2011).

A maioria (80%) dos indivíduos da amostra apresenta estado civil solteiro. Isso pode ser resultado da faixa etária avaliada que se encontra entre 18 a 34 anos. Tal faixa etária coloca tais indivíduos na fase de conclusão dos tratamentos cirúrgicos e de outras especialidades, o que pode ter contribuído para o resultado adequado da qualidade de vida verificado neste estudo, pois provavelmente já passaram por praticamente todo o processo reabilitador.

O WHOQOL-bref, instrumento selecionado para avaliar a qualidade de vida neste estudo, embora não seja específico para a FLP, tem sido relacionado, na literatura, como um questionário bastante utilizado e eficiente nas pesquisas brasileiras e mundiais para esse tipo de avaliação (Fleck et al 2000, Kluthcovsky e Kluthcovsky 2009, Eckstein et al 2011, Landeiro et al 2011 e Klassen et al 2012).

Analisando os resultados desta pesquisa é possível inferir que, os indivíduos com FLP convivam melhor com a deficiência após o processo reparador, fato que pode ser observado pelo adequado índice de qualidade de vida e baixo nível de estresse encontrados. Deve-se considerar que o fator resignação pode ter influído nos resultados.

Assim, esse conjunto de dados e informações acrescenta conhecimentos a FPL e abre cominho para estudos complementares, envolvendo outras faixas etárias desses indivíduos, avaliação do grau de compreensão real do individuo com FLP sobre seu entorno (percepção de seu meio ambiente), de sua capacidade de julgamento de situações corriqueiras de vida, da velocidade e qualidade de seu raciocínio, bem como de outros tipos de anomalias craniofaciais.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

O nível de estresse assim como a qualidade de vida podem ser considerados adequados nos indivíduos com FLP.

8 REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

Aguiar MIF, Farias DR, Pinheiro ML, Chaves ES, Rolim ILTP, Almeida PC. Qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante cardíaco: aplicação da escala Whoqol-bref. *Arq Bras Cardiol* [online]. 2011;96(1):60-8.

Augsornwan D, Namedang S, Pongpagatip S, Surakunprapha P. Quality of life in patients with cleft lip and palate after operation. *J Med Assoc Thai*. 2011;94(Suppl 6):S124-8.

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; 2002.

Calais SL, Andrade LMB, Lipp MEN. Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de stress em adultos jovens. *Psicol Reflex Crit*. 2003;16(2):257-63.

Calais SL, Carrara K, Brum MM, Batista K, Yamada JK, Oliveira JRS. Stress entre calouros e veteranos de jornalismo. *Estud psicol*. 2007;24(1) 69-77.

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

Costa M, Accioly Junior H, Oliveira J, Maia E. Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(4):217-22.

Eckstein DA, Wu RL, Akinbiyi T, Silver L, Taub PJ. Measuring quality of life in cleft lip and palate patients: currently available patient-reported outcomes measures. *Plast Reconstr Surg*. 2011;128(5):518e-26e.

Fleck MP, Chachamovich E. Desenvolvimento do WHOQOL-100. In: Fleck MPA e colaboradores. *A avaliação de qualidade de vida guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 74-82.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.

Fornazari AS, Ferreira RER. Religiosidade/espiritualidade em indivíduos oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psic Teor Pesq*. 2010;26(2):265-72.

França ISX, Coura AS, França EG, Basílio NNV, Souto RQ. Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL-bref. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2011;45(6):1364-71.

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

Gaspar J, Reis RK, Pereira FMV, Neves LAS, Castrighini CC, Gir E. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids de um município do interior paulista. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):230-6.

Gonçalves AM, Ribas ACLW, Araújo ACC, Silva MS, Caldeira RG, Guedes AC. Mensuração do nível de estresse em indivíduos portadores de diabetes mellitus. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2008;26(2):173-6.

Graciano MIG, Tavano LDA, Bachega MI. Aspectos psicossociais de reabilitação. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Editora Santos; 2007. p. 311-33.

Guimarães HP, Avezum A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev psiq clín*. 2007;34(supl 1):88-94.

Heidemann AAM, Candido CPL, Kasour ARO, Costa DD. Influência do nível de ruídos na percepção do estresse em indivíduos cardíacos. *Rev bras ter intensiva*. 2011;23(1):62-7.

Imam MH, Flora MS, Moni MA, Shameem RK, Haque MA, Mamun SA. Health related quality of life with HIV/AIDS in different stages of HIV Infection. *Mymensingh Med J*. 2012;21(3):509-15.

Klassen AF, Tsangaris E, Forrest CR, Wong KW, Pusic AL, Cano SJ, et al. Quality of life of children treated for cleft lip and/or palate: a systematic review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2012;65(5):547-57.

Kluthcovsky ACGC, Kluthcovsky FA. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul* [online]. 2009;31(3):suppl. pp. 0-0.

Landeiro GMB, Pedrozo CCR, Gomes MJ, Oliveira ERA. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo. Ciênc saúde coletiva [online]. 2011;16(10):4257-66.

Lima Junior E, Lima Neto E. Hipertensão arterial: aspectos comportamentais estresse e migração. Rev bras hipertens. 2010;17(4):210-25.

Lipp MEN, Guevara AJH. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress (ISS). Estudos de Psicologia. 1994;11(3):43-9.

Lipp MEN, Malagris LN. Manejo de estresse. In: Range B. Psicoterapia comportamental e cognitiva. São Paulo: Editorial Psy; 1998. p. 279-92.

Lipp MEN. Inventário de sintoma de stress (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.

Lipp MEN. O modelo quadrifásico do stress. In: Lipp MEN, organizadores. Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teorias e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 17-22.

Ludwig MWB, Oliveira MS, Müller MC, Gonçalves ABF. Localização da lesão e níveis de stress em pacientes dermatológicos. Estud psicol. 2008;25(3):343-52.

Macena CS, Lange ESN. A incidência de estresse em indivíduos hospitalizados. Psicol hosp. 2008;6(2):20-39.

Macuglia GR, Rossatto FC, Teixeira MAP, Giacomoni CH. Qualidade de vida e depressão de pacientes em hemodiálise. Rev bras ter cogn. 2010;6(2):167-88.

Mani M, Carlsson M, Marcusson A. Quality of life varies with gender and age among adults treated for unilateral cleft lip and palate. Cleft Palate Craniofac J. 2010;47(5):491-8.

Marcusson A, Akerlind I, Paulin G. Quality of life in adults with repaired complete cleft lip and palate. Cleft Palate Craniofac J. 2001;38(4):379-85.

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

Minervino-Pereira ACM. Autoconceito e autoestima em indivíduos com fissura 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.

Oliveira JB, Lipp MEN. Resiliência e controle do stress em juízes e servidores públicos. *Bol Acad Paul Psicol.* 2009;77(2):287-306.

Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Validação brasileira do instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(1):153-65.

Pereira HOS, Amaral MT, Scorsolini-Comin F. Avaliação de sintomas de estresse em professores universitários: considerações sobre qualidade de vida no fazer docente. *Educação: Teoria e Prática.* 2011;21(37):71-91.

Peres MFO, Arantes ACLQ, Lessa OS, Caous CA. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev psiquiatr clín.* 2007;34(suppl 1):82-7.

Rossetti MO, Ehlers DM, Guntert IB, Leme IFAS, Rabelo ISA, Tosi SMVD, et al. Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL) em servidores da polícia federal de São Paulo. *Rev bras ter cogn.* 2008;4(2):108-19.

Sadir MA, Bignotto MM, Lipp MEN. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paidéia.* 2010;20(45):73-81.

Santos ECM, França Junior I, Lopes F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(Suppl 2):64-71.

Santos LRS, Graciano MIG, Valentim RCAAP. Trabalho e qualidade de vida com pessoas com FLP inseridas no mercado profissional em Bauru. *Serviço Social e Realidade.* 2007;16(2):83-121.

Selye H. History and present status of the stress concept. In: Golderger L, Breznit M, editors. *Handdbook stress: theoretical and clinical aspects.* London: Free Press; 1984.

Silva KS, Silva EAT. Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. *Estud psicol (Campinas).* 2007;24(2):257-66.

Sinko K, Jagscha R, Precht V, Watzinger F, Hollmann K, Baumam A. Evaluation of esthetic, functional, and quality of life outcome in adult cleft lip and palate patients. *Cleft Palate Craniofac J*. 2005;42(4):355-61.

Souza NR, Bernardes EH, RP Fonseca, Gonçalves HO, Lopes TFS. Identificando o nível de estresse e suas causas nos profissionais de enfermagem em um hospital geral de Passos. *Ciência et Práxis*. 2009;2(4):27-32.

Teixeira AR, Almeida LG, Jotz GP, Barba MC. Qualidade de vida de idosos pós adaptação de próteses auditivas. *Rev soc bras fonoaudiol*. 2008;13(4):357-61.

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

Veronez FS, Tavano LDA. Modificações psicossociais observadas pós cirurgia ortognática em indivíduos com e sem fissuras labiopalatinas. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12(3):133-7.

Veronez FS. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos adultos com FLP [dissertação]. Bauru: Hospital de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2007.

Wottrich SH, Avila CM, Machado CC, Goldmeier S, Dillenburg D, Kulhl CP, et al. Gênero e manifestação de stress em hipertensos. *Estud psicol (Campinas)*. 2011;28(1):27-34.

ANEXOS

ANEXO 1

Ofício nº 307/2009-SVAPEPE-CEP

Bauru, 17 de dezembro de 2009.

Prezado(a) Senhor(a)

O projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado "**Fissura labiopalatina: estresse e qualidade de vida**", de autoria de **ROBERTA RIBEIRO PINTO** desenvolvido sob sua orientação, foi enviado ao relator para avaliação.

O projeto de pesquisa foi **aprovado ad referendum** pelo coordenador do Comitê, considerando que não existem infrações éticas pendentes para o início da pesquisa.

Solicitamos a V.Sa. a gentileza de comunicar o parecer ao(à) pesquisador(a) e anexar o presente ofício ao projeto pois o mesmo será necessário para futura publicação do trabalho.

O(A) pesquisador(a) fica responsável pela entrega na SVAPEPE – Apoio ao Projeto de Pesquisa 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,

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

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Alceu Sérgio Trindade Junior

Fisiologia –HRAC/USP

Rua Silvio Marchione, 3-20 Bauru SP, Brasil
Caixa Postal 1501 CEP 17.012-900
Tel. 55 14 3235 8421

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,.....
cidade..... Estado.....

concordo em participar na pesquisa de título: **“Fissura labiopalatina: estresse e qualidade de vida”**, realizada por Roberta Ribeiro Pinto, (CRP 06/61587) psicóloga, e aluna do curso de Doutorado do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, setor de Fisiologia, sob orientação da Prof. Dr. Alceu Sérgio Trindade Junior (CRO 18043).

A referida pesquisa tem como objetivo avaliar a sua qualidade de vida e seu nível de estresse. Nesse sentido, a avaliação do nível de estresse e qualidade de vida poderá determinar as eventuais comorbidades presentes e elaborar propostas para programas preventivos. Para isso precisamos que você responda um questionário sobre sua qualidade de vida e um inventário de estresse. Os procedimentos não provocam desconforto e/ou risco para você.

Qualquer dúvida a respeito das perguntas constantes no questionário, bem como de assuntos relacionados ao estudo será esclarecida.

Ressaltamos que a sua participação no estudo é inteiramente voluntária. A não aceitação em participar do mesmo, sem expor as razões, assim como, a desistência da sua participação a qualquer momento, não o prejudicará e nem comprometerá o seu tratamento no HRAC-USP.

Fica claro que as informações prestadas tornam-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional. (Artigo 16 Código de Ética Profissional do Psicólogo).

Estou ciente e de acordo com os termos de realização deste estudo, e autorizo por meio deste, a inclusão dos dados deste no presente estudo.

Bauru, ____ de ____ de ____

.....
Assinatura do Pesquisador

.....
Assinatura do Paciente

Pesquisador: Roberta Ribeiro Pinto (CRP 06/61587)
Endereço: Rua Silvio Marchione, 3-20
Cidade: Bauru Estado: SP CEP: 17012-901
Telefone: 14 235 8000

ANEXO 3

Ficha n.:.....

FICHA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

Fissura labiopalatina: estresse e qualidade de vida**Identificação**

Data:

Nome: RG.....

Tipo da Fissura:

Número de Cirurgias realizadas:

Nível sócio econômico: Religião:

Escolaridade:

ANEXO 4

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 5

Para este cruzamento que envolve duas variáveis categóricas, a técnica estatística utilizada são as tabelas cruzadas com teste qui-quadrado. Uma tabela cruzada mostra o número de casos em cada categoria, definida por dois ou mais grupos de variáveis categóricas. O teste qui-quadrado testa a hipótese de que as variáveis em uma tabela cruzada são independentes, ou seja, não há relação entre elas. Quando se tem um p-valor significativo ($<0,05$) rejeita-se esta hipótese, ou seja, há alguma relação entre estas variáveis. Quando há uma célula com valor esperado menor que 5 o teste exato de Fisher é calculado.

Resultados da associação entre grupos e presença do estresse.

Grupos	Presença de estresse				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Pré-forame	1	7,7	19	40,4	0,058
Pós-forame	7	53,8	13	27,7	
Transforame	5	38,5	15	31,9	
Total	13	100,0	47	100,0	-

Na comparação do estresse entre os grupos não foi detectada significância estatística, ou seja, não há associação entre os grupos e a presença do estresse.