

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

**IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS DA REALIZAÇÃO DA FARINGOPLASTIA**  
**EM INDIVÍDUOS COM FISSURA LABIOPALATINA**

**Autora: LUCIANA CORRÊA MARQUES**

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de MESTRE em Ciências da Reabilitação.  
Área de Concentração: Distúrbios da Comunicação Humana.

**BAURU**

**2004**

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

**IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS DA REALIZAÇÃO DA FARINGOPLASTIA**  
**EM INDIVÍDUOS COM FISSURA LABIOPALATINA**

**Autora: LUCIANA CORRÊA MARQUES**

**Orientador: Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas**

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de MESTRE em Ciências da Reabilitação.  
Área de Concentração: Distúrbios da Comunicação Humana.

**BAURU**

**2004**

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

R. Silvio Marchioni, 3-20

Caixa Postal: 1501

17012-900 – Bauru – SP – Brasil

Telefone: (014) 3235-8000

Prof. Dr. Adolpho Melfi – Reitor da USP

Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas – Superintendente do HRAC – USP

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

Luciana Corrêa Marques

Bauru, 05 de Agosto de 2004.

M 348i Marques, Luciana Corrêa  
Implicações psicossociais da realização da faringoplastia em indivíduos com fissura labiopalatina/ Luciana Corrêa Marques. Bauru, 2004.

92p.: il.; 29,7cm.

Dissertação (Mestrado – Distúrbios da Comunicação Humana) – HRAC-USP.

**Orientador: Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas**

**1. implicações psicossociais    2. habilidades sociais    3. faringoplastia**

**LUCIANA CORRÊA MARQUES**

24 de dezembro de 1977	Nascimento
São Paulo - SP	
1996-2000	Curso de Licenciatura Plena em Psicologia - Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – campus de Bauru
2000-2001	Curso de Formação de Psicólogos - Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – campus de Bauru
2001-2002	Curso de Especialização em Psicologia Clínica – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo – Campus de Bauru
2001-2002	Psicóloga clínica

**DEDICATÓRIA**

*Ao meu amor, Marco Antonio,  
por todo o apoio, carinho, dedicação,  
confiança e estímulo durante esta  
caminhada e em todos os momentos  
da minha vida.*

*Aos meus pais, Antonio e Juracy,  
irmãs e cunhados, Denise, Simone,  
João Luiz e Guilherme pelo apoio,  
torcida e compreensão durante  
a minha ausência.*

**AGRADECIMENTOS**



## **AGRADECIMENTOS**

Em especial, à Profa. Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues, pelos ensinamentos, dedicação e amizade desde a graduação, contribuindo para a minha formação profissional. Obrigada pela disponibilidade em me ajudar sempre e em mais este momento da minha vida.

Ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo (HRAC-USP/Bauru), pela viabilidade da realização do mestrado.

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por ter concedido a bolsa de mestrado.

Ao Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas, por ser orientador deste trabalho.

À Profa. Dra. Liliam D'Aquino Tavano, pela amizade, confiança e disponibilidade para colaborar na execução dessa dissertação.

À Profa. Dra. Kátia Flores Genaro, pelas considerações importantes desde o início do trabalho.

Ao setor de Psicologia do HRAC, em especial à Marlene Aparecida Menconi, por ser sempre amiga, compartilhando de momentos importantes e me orientando para o aprimoramento da minha profissão. Também, à Maria Cecília Muniz Pimentel e Heloísa Maria Lino, pelo carinho e ajuda durante esses anos.

À grande amiga Maria Alice Ferraz Troíjo, por estar presente em todas as horas, ajudando, incentivando e participando ativamente não apenas desta, como de outras realizações na minha vida. Obrigada pelas conquistas durante a nossa parceria no Hospital, proporcionando o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Obrigada por todos os ensinamentos dispensados para que eu pudesse superar desafios.

Aos amigos Vanessa Marques Gibran, Eduardo Francisco de Souza Facco, Sandra Helena de Almeida, Silvia Desan Merli, Giovana Zuliani, Beatriz Helena Ceccato por toda ajuda e incentivo durante esta caminhada.

Aos colegas de Pós-Graduação, pela convivência e amizade.

A todos os professores da Pós-Graduação do HRAC, pelos conhecimentos de grande valia.

Ao setor de Pós-Graduação do HRAC, pelo excelente atendimento a todos os alunos e pela amizade conquistada nesses anos.

À Unidade de Ensino e Pesquisa (UEP) do HRAC, por ajudar em todos os momentos da execução do trabalho.

À Central de Agendamento do HRAC, pelo auxílio no agendamento de pacientes, possibilitando o cumprimento das etapas do trabalho.

Aos pacientes do HRAC, que participaram deste estudo e colaboraram com suas experiências para o avanço científico.

À minha família por todo o amor e pela minha educação, por ter me proporcionado mais esta conquista.

Ao meu noivo, Marco Antonio, por me amar e me incentivar, estando presente sempre, mesmo quando a distância tenta nos afastar. Obrigada por tudo, por você ser tão companheiro e especial, fazendo com que eu te admire cada dia mais. Obrigada pela ajuda em todos os momentos da execução deste e de outros trabalhos.

A todos aqueles que colaboraram direta ou indiretamente para a realização desta dissertação.

## SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	x
LISTA DE TABELAS.....	xi
RESUMO.....	xiii
SUMMARY.....	xiv
1 INTRODUÇÃO.....	02
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	08
2.1 Considerações gerais sobre as fissuras labiopalatinas.....	08
2.2 Comunicação e fissura labiopalatina.....	11
2.3 Disfunção velofaríngea e faringoplastia.....	13
2.4 Aspectos psicossociais da fissura labiopalatina.....	19
2.5 Habilidades sociais.....	26
3 OBJETIVO.....	34
4 MATERIAL E MÉTODO.....	36
4.1 Participantes.....	36
4.2 Material.....	36
4.3 Procedimentos.....	39
5 RESULTADOS.....	43
5.1 Caracterização da amostra.....	43
5.2 Condição fonoaudiológica.....	44
5.3 Aspectos emocionais.....	45
5.4 Aspectos relacionados à fala.....	49
5.4.1 Avaliação da fala.....	49
5.4.2 Interferência do comprometimento da fala em aspectos psicossociais.	54
5.5 Aspectos relacionados à cirurgia.....	60
5.6 Habilidades sociais.....	64
6 DISCUSSÃO.....	77
7 CONCLUSÃO.....	84
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
ANEXOS	

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição porcentual dos pacientes (n=13), de acordo com o resultado das avaliações fonoaudiológicas das etapas pré e pós-cirúrgicas.....	45
Figura 2 - Distribuição porcentual da avaliação da fala nas etapas pré e pós-cirúrgicas, de acordo com os pacientes (n=13).....	49
Figura 3 - Distribuição porcentual dos pacientes (n=13), conforme a análise do comprometimento da fala no relacionamento com as pessoas.....	54
Figura 4 - Distribuição porcentual dos pacientes (n=13), conforme a análise do comprometimento da fala na realização pessoal e profissional.....	56
Figura 5 - Distribuição porcentual dos pacientes (n=13), conforme a análise do comprometimento da fala na auto-estima.....	58
Figura 6 - Decisão do tipo de cirurgia a ser realizada na etapa pré-cirúrgica, de acordo com os pacientes (n=13).....	61
Figura 7 - Repertório de habilidades sociais dos pacientes (n=13) referente a F1, nas etapas pré e pós-cirúrgicas.....	65
Figura 8 - Repertório de habilidades sociais dos pacientes (n=13) referente a F2, nas etapas pré e pós-cirúrgicas.....	66
Figura 9 - Repertório de habilidades sociais dos pacientes (n=13) referente a F3, nas etapas pré e pós-cirúrgicas.....	67
Figura 10 - Repertório de habilidades sociais dos pacientes (n=13) referente a F4, nas etapas pré e pós-cirúrgicas.....	68
Figura 11 - Repertório de habilidades sociais dos pacientes (n=13) referente a F5, nas etapas pré e pós-cirúrgicas.....	69
Figura 12 - Repertório de habilidades sociais dos pacientes (n=13) referente ao escore total, nas etapas pré e pós-cirúrgicas.....	70

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição porcentual dos pacientes que relataram ser felizes, de acordo com as justificativas apresentadas nas etapas pré (n=11) e pós-cirúrgicas (n=13).....	46
Tabela 2 – Distribuição porcentual das características psicológicas dos pacientes, de acordo com as respostas apresentadas nas etapas pré (n=36) e pós-cirúrgicas (n=27).....	48
Tabela 3 – Distribuição porcentual da avaliação da fala dos pacientes, de acordo com as respostas apresentadas nas etapas pré (n=33) e pós-cirúrgicas (n=40).....	51
Tabela 4 – Distribuição porcentual da avaliação de outros significativos sobre a fala dos pacientes, de acordo com as respostas apresentadas nas etapas pré (n=26) e pós-cirúrgicas (n=23).....	53
Tabela 5 – Distribuição porcentual da ausência de interferência do comprometimento da fala no relacionamento com as pessoas, considerando as respostas apresentadas nas etapas pré (n=7) e pós-cirúrgicas (n=8).....	55
Tabela 6 – Distribuição porcentual da ausência de interferência do comprometimento da fala na realização pessoal e profissional dos pacientes, considerando as respostas apresentadas nas etapas pré (n=6) e pós-cirúrgicas (n=4).....	57
Tabela 7 – Distribuição porcentual da ausência de interferência do comprometimento da fala na auto-estima dos pacientes, de acordo com as respostas apresentadas nas etapas pré (n=1) e pós-cirúrgicas (n=6).....	59
Tabela 8 – Distribuição porcentual dos pacientes (n=13), de acordo com a expectativa em relação ao resultado da cirurgia na etapa pré-cirúrgica.....	62
Tabela 9 – Distribuição porcentual dos pacientes (n=13), de acordo com a satisfação em relação ao resultado da cirurgia na etapa pós-cirúrgica.....	63

Tabela 10 – Distribuição porcentual da ocorrência de modificação em aspectos da vida do paciente com a realização da cirurgia, de acordo com as respostas apresentadas nas etapas pré (n=15) e pós-cirúrgicas (n=19).....	63
Tabela 11 – Distribuição porcentual dos pacientes (n=13), de acordo com a ocorrência ou não de modificação em aspectos da vida após a realização da cirurgia e com o repertório de habilidades sociais relativo ao escore total da etapa pós-cirúrgica.....	71
Tabela 12 – Distribuição porcentual do repertório de habilidades sociais dos pacientes (n=13) relativo ao escore total da etapa pós-cirúrgica, conforme a interferência ou não do comprometimento da fala no relacionamento com as pessoas após a realização da cirurgia.....	72
Tabela 13 – Distribuição porcentual do repertório de habilidades sociais dos pacientes (n=13) relativo ao escore total da etapa pós-cirúrgica, conforme a interferência ou não do comprometimento na realização pessoal e profissional após a realização da cirurgia.....	73
Tabela 14 - Distribuição porcentual do repertório de habilidades sociais dos pacientes (n=13) relativo ao escore total da etapa pós-cirúrgica, conforme a interferência ou não do comprometimento na auto-estima após a realização da cirurgia.....	74

## RESUMO

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

**Objetivo:** Verificar a influência da realização da faringoplastia nos aspectos psicossociais dos indivíduos com fissura labiopalatina.

**Local:** setor de Psicologia do HRAC/USP

**Participantes:** 13 pacientes, de ambos os gêneros, com idades a partir de 15 anos, com indicação cirúrgica para a faringoplastia

**Material:** Entrevistas Psicológicas Pré e Pós-Cirúrgicas e o Inventário de Habilidades Sociais (IHS – Del Prette 2001)

**Procedimento:** O paciente foi convidado a participar do estudo, respondendo a Entrevista Psicológica Pré-Cirúrgica e o Inventário de Habilidades Sociais. Transcorrido o período de três meses a um ano após a realização da cirurgia, o mesmo paciente respondeu à Entrevista Psicológica Pós-Cirúrgica e novamente ao Inventário de Habilidades Sociais.

**Resultados:** Após a realização da cirurgia, a frequência em fonoterapia aumentou e houve melhora na ressonância e inteligibilidade da fala. A avaliação da fala foi mais positiva e a melhora da fala com a realização da faringoplastia interferiu de forma positiva sobre os aspectos psicossociais. Os pacientes tinham conhecimento sobre a cirurgia e sabiam para que ela servia, deixando a decisão de sua realização para o profissional do hospital. A expectativa foi de melhora da fala e foi verificado um alto índice de satisfação com o resultado da cirurgia. Os pacientes relataram mais melhoras no aspecto pessoal e profissional e colocaram o surgimento de complicações respiratórias. As habilidades sociais relativas ao escore total melhoraram.

**Conclusão:** A faringoplastia tem influência positiva sobre os aspectos psicossociais de indivíduos com fissura labiopalatina.

**Descritores:** 1. implicações psicossociais; 2. habilidades sociais; 3. faringoplastia



## SUMMARY

MARQUES, LC. Psychosocial implications of the pharyngoplasty accomplishment in individuals with cleft lip and/or palate [dissertation]. Bauru: Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies, University of São Paulo; 2004.

**Objective:** To verify the influence of the pharyngoplasty accomplishment in the psychosocial aspects of the individuals with cleft lip and/or palate.

**Place:** Psychology sector of the HRAC/USP

**Participants:** 13 patients, of both sex, with ages from 15 years or older, surgical indication for the pharyngoplasty.

**Material:** Psychological Interviews Before and After Surgery and the Inventory of Social Skills (IHS - Del Prette 2001)

**Procedure:** The patient was invited to participate of the study, answering the Psychological Interview Before Surgery and the Inventory of Social Skills. After a period of three months to one year post surgery, the same patient answered to the Psychological Interview After Surgery and again to the Inventory of Social Skills.

**Results:** After the surgery, the frequency in phonotherapy increased and had improvement of the speech resonance and intelligibility. The speech evaluation was more positive and the speech improvement with the pharyngoplasty accomplishment intervened on a positive way of the psychosocial aspects. The patients had knowledge on the surgery and knew that it was useful, leaving the decision of its accomplishment for the hospital professional. The expectation was of the improvement of speech it was verified a high index of satisfaction with the surgery result. The patients had told more improvements in the personal and professional aspects and also related the appearance of respiratory complications. The social skills relating to the total score had improved.

**Conclusion:** The pharyngoplasty has positive influence on the psychosocial aspects of individuals with cleft lip and/or palate.

**Descriptors:** psychosocial implications, social skills, pharyngoplasty

## **INTRODUÇÃO**

## **1 - INTRODUÇÃO.**

Os distúrbios da comunicação humana podem ser causados por vários fatores, dentre eles, as fissuras labiopalatinas, que comprometem não somente a estética facial como a comunicação oral, uma vez que os órgãos periféricos da fala apresentam-se afetados (Tabith Junior 1993).

As fissuras que atingem o palato são as que podem comprometer o fechamento velofaríngeo e ocasionar a disfunção velofaríngea, que é a falta de separação entre as cavidades oral e nasal, acarretando um conjunto de sintomas que repercute nas funções de sucção, deglutição, sopro, ventilação da orelha média e comunicação oral. Tem como consequência, a ressonância nasal aumentada (hipernasalidade), o escape de ar nasal e o desenvolvimento dos distúrbios articulatorios compensatórios, afetando a inteligibilidade da fala em vários graus (Rocha 1997).

As causas da disfunção velofaríngea podem ser funcionais, estruturais ou as duas formas combinadas. O seu diagnóstico é relativamente simples e de natureza clínica, a partir da avaliação da fala e da realização de exames apropriados para a visualização funcional da região velofaríngea. Seu tratamento pode ser fonoterápico, cirúrgico, bem como protético (Tabith Junior 1993, Rocha 1997, Pegoraro-Krook 1995 e Hill 2001).

Muitas técnicas cirúrgicas para a correção da disfunção velofaríngea estão descritas na literatura e são denominadas faringoplastias, que visam eliminar a hipernasalidade e o escape de ar nasal, melhorando as condições da pressão aérea intra-oral, direcionando o fluxo aéreo oral e, como consequência, permitindo a melhora da fala. Porém, muitas vezes, podem

ocasionar algumas complicações respiratórias (Lessa 1996, Riski 1997, Rocha 1997 e Hill 2001).

Entretanto, após a realização da faringoplastia, alguns pacientes necessitam realizar a fonoterapia para o auxílio no processo cirúrgico e correção dos distúrbios articulatorios compensatórios. A preocupação com a fonoterapia para o paciente fissurado, não está apenas relacionada com a adequada articulação da fala, mas, também, na capacidade de manter a conversação em ambiente natural, em contatos interpessoais, adquirindo autoconfiança e habilidade para falar em público (Rocha 1997 e Tavano 2000).

A deficiência proporciona uma condição de diferença aos padrões de normalidade impostos pela sociedade. As reações humanas são variadas e, do ponto de vista psicológico, nunca passam despercebidas, desorganizando e mobilizando a dinâmica das relações familiares, interpessoais e afetivas desse indivíduo. As conseqüências do estigma experimentado e seu significado são questões psicológicas importantes e o desenvolvimento da auto-estima, diferença entre o ideal a ser alcançado e a realidade, não acontece de modo diferenciado (Ângelo 1994, Amaral 1994 e Strauss 1997).

As fissuras labiopalatinas acarretam uma série de conseqüências físicas, psicológicas e sociais, que indicariam para uma auto-estima prejudicada, para o isolamento e maior dependência dos pais, para esquivas de contatos sociais e até para a redução da capacidade verbal. A fala comprometida produz angústia, pelo fato de não ser entendida e pelos adjetivos depreciativos, independente da idade. A hipernasalidade da voz produz estigma e pode promover apelidos como “fanho” ou “fanhoso”, dando a impressão de

limitações intelectuais e físicas, falta de energia e inabilidade social (Behlau e Pontes 1995, Amaral 1997 e Pereira 2000).

O desempenho social sempre foi um aspecto significativo para a Psicologia. A maioria das teorias de desenvolvimento aborda a questão da socialização e da importância das interações e relações sociais enquanto fatores de saúde mental e desenvolvimento. Assim, uma das formas de se verificar o ajustamento e a integração psicossocial de qualquer pessoa é a partir da análise do repertório de habilidades sociais, que estão amplamente relacionadas com a saúde, a satisfação pessoal, a realização profissional e a qualidade de vida (Del Prette e Del Prette 2001a, 2001b).

As habilidades sociais são conjuntos de comportamentos apresentados por uma pessoa diante de uma determinada situação interpessoal. Além de serem promotoras de integração social, fazem parte de um repertório comportamental funcional passível de ser adquirido por meio de treinamentos sendo, portanto, foco para uma intervenção educacional ou terapêutica, cuja eficácia deve ser aferida por instrumentos válidos, fidedignos e confiáveis como, por exemplo, o Inventário de Habilidades Sociais (IHS – Del-Prette), que caracteriza o desempenho social em diferentes situações: trabalho, escola, família e cotidiano (Del Prette e Del Prette 2001c).

Deste modo, as habilidades sociais são aprendidas e as demandas para o seu desempenho variam em função do estágio de desenvolvimento do indivíduo e das variáveis da cultura, constituindo um campo de investigação e de aplicação do conhecimento psicológico, sem desconsiderar os fatores biológicos envolvidos e que podem ser modificados. Déficits e comprometimentos em habilidades sociais podem estar associados a

dificuldades e conflitos nas relações interpessoais, a uma pior qualidade de vida e a diversos tipos de transtornos psicológicos, como a timidez, o isolamento social, o desajustamento escolar, o suicídio e os problemas conjugais, além de síndromes como a depressão, o pânico social e a esquizofrenia (Strauss 1997, Del Prette e Del Prette 2001a, 2001b e Caballo 2003).

Sendo, portanto, a comunicação uma questão e uma função essencialmente social, a fala pode ser considerada como parte do conjunto de habilidades sociais, na medida em que é essencial para o desenvolvimento das relações interpessoais e, conseqüentemente, promotora de integração social. Assim, a fala também pode influenciar o ajustamento psicossocial humano (Pereira 2000 e Del Prette e Del Prette 2001a, 2001b).

O ajustamento psicossocial de pacientes fissurados tem se tornado uma preocupação constante dos profissionais e estudiosos da área, que se propõem a entendê-lo e a explicá-lo, visando a obtenção de uma transformação física e psicológica, capaz de promover-lhes a capacidade para enfrentar a vida. Enfatizam, também, a importância de um tratamento que possibilite a reabilitação global do paciente, tratando não apenas a fissura, e sim, o paciente como um todo (Silva et al 2000 e Tavano 2000).

Desta maneira, se faz necessário e importante verificar a influência da realização da faringoplastia nos aspectos psicossociais de pacientes com fissura labiopalatina, uma vez que as alterações da fala podem comprometer o ajustamento psicossocial, sendo que a faringoplastia visa propiciar melhores condições estruturais para a produção da fala. A análise da influência da

faringoplastia pode ser realizada a partir de um estudo antes e depois da realização da cirurgia, para que se possa identificar possíveis mudanças.

A escolha deste tema se justifica na percepção dos profissionais que trabalham, de alguma maneira, com os distúrbios da comunicação humana, junto à equipe interdisciplinar do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais/USP, de que esta cirurgia parece ser muito significativa para os pacientes, por poder possibilitar a melhora da fala e, conseqüentemente, representar possíveis mudanças em alguns aspectos psicossociais. Também, porque este tema contempla o objetivo maior do Hospital, que é a reabilitação global do paciente.

**REVISÃO DE LITERATURA**



## **2 - REVISÃO DE LITERATURA.**

### **2.1 - Considerações gerais sobre as fissuras labiopalatinas.**

As fissuras de lábio e/ou palato são malformações congênitas, com alta incidência universal, que se manifestam de forma isolada ou como parte de um complexo de inúmeras outras malformações. São popularmente conhecidas como lábio leporino ou como goela de lobo. Ocorrem no período embrionário e início do período fetal e são caracterizadas como uma falta de fechamento na região do lábio e/ou do palato, englobando os defeitos anatômicos congênitos resultantes dessa falta de fusão (Silva et al 2000).

Em relação à etiologia, ainda não foi identificado um fator causal específico e, sim, alguns possíveis determinantes genéticos e ambientais. Aproximadamente, 30% dos casos correspondem ao fator genético, relacionado à herança e alterações cromossômicas. O restante pode ser atribuído a algum fator adverso ao meio uterino durante o período embrionário: infecções viróticas, epilepsia, drogas anticonvulsivantes, deficiência nutricional, irradiação ionizante, estresse emocional, fumo, álcool e idade dos pais na concepção. A teoria mais aceita é a multifatorial, ou seja, a interação de fatores genéticos com os teratogênicos extragenéticos na determinação da fissura labiopalatina (Capelozza Filho e Silva Filho 1992 e Silva et al 2000).

Quanto à hereditariedade, como fator etiológico, estabelece que quando um dos cônjuges apresenta a fissura de lábio e/ou palato, o risco para o nascimento de um filho é cerca de 5%, quando ambos apresentam a fissura, esse risco é de aproximadamente 10% e quando os pais e um filho apresentam

a fissura, existe 15% de chance de nascer outro filho com esta malformação (Capelozza Filho e Silva Filho 1992).

Todos os grupos raciais e étnicos, independente de sexo e classe sócio-econômica, são acometidos pelas fissuras labiopalatinas. Quanto ao gênero, encontra-se maior freqüência de fissura com envolvimento labial no masculino e, fissuras isoladas de palato, no feminino (Modolin e Cerqueira 1997).

Seguindo critérios embriológicos, as fissuras foram classificadas por Spina et al (1972), sendo o forame incisivo, ponto de união das estruturas que formam o lábio e o palato, o referencial. Assim, compõem quatro grupos: *pré-forame incisivo* – atinge lábio e/ou arcada alveolar; *transforame incisivo* – abrange o lábio, arcada alveolar e palato; *pós-forame incisivo* – atinge o palato; e *fissuras raras da face* – abrangem várias estruturas faciais (olhos, nariz, etc.). Podem ser completas ou incompletas, com exceção das transforame incisivo e, ainda, unilaterais ou bilaterais, exceto as pós-forame incisivo.

Pacientes com fissura de lábio e/ou palato são afetados tanto pelos seus efeitos estéticos, funcionais (fala, audição, dentição, deglutição) como psicológicos, apresentando várias conseqüências decorrentes desta deformidade, em diferentes fases do desenvolvimento. Na infância, pode afetar a comunicação, as interações sociais, a adaptação escolar e a dinâmica familiar. Durante a adolescência, pode afetar sua auto-estima e auto-imagem, trazendo dificuldades psicológicas que permeiam suas interações sociais. Na idade adulta, ainda pode vivenciar dificuldades nas relações interpessoais, que podem interferir na realização pessoal, afetiva e profissional e, conseqüentemente, na adaptação psicossocial (Amaral 1997).

No Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo, na cidade de Bauru-SP (HRAC-USP/Bauru), o tratamento para esta malformação é longo, seqüencial, de caráter cirúrgico e terapêutico, exigindo um acompanhamento contínuo da equipe interdisciplinar desde o nascimento, ao longo do crescimento, até a idade adulta. Os procedimentos cirúrgicos e as condutas terapêuticas são elegíveis de acordo com as necessidades e peculiaridades de cada fase do desenvolvimento. Inicia-se com cirurgias plásticas reparadoras de lábio e/ou palato e, posteriormente, cirurgias plásticas secundárias, que possuem caráter estético ou funcional, visando uma reabilitação global do paciente (Etapas e condutas terapêuticas 2001).

Marques et al (2001) realizaram um estudo cujo objetivo foi analisar o impacto da cirurgia plástica secundária realizada anteriormente sobre a expectativa da próxima cirurgia, com pacientes matriculados no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/USP), de ambos os gêneros e que tinham idades entre 14 e 20 anos. Os resultados mostraram que a grande maioria dos sujeitos apresentou alto grau de satisfação com o resultado da cirurgia anterior, relacionando suas expectativas com a última cirurgia e apresentando expectativas de melhoria estética após a próxima cirurgia. Foi observado também, que, apesar dos pacientes esperarem melhorias estéticas e/ou funcionais após a realização das cirurgias, pouco opinaram sobre o tipo de cirurgia a ser realizada, sendo o médico quem mais decidiu. Concluíram que a satisfação com a cirurgia plástica secundária anterior gera expectativas de melhoria estética e de ganhos pessoais e sociais e que a maioria dos pacientes

deixa a decisão do tipo de cirurgia sob responsabilidade do médico ou dos profissionais do hospital.

As fissuras pertencentes aos grupos transforame incisivo e/ou pós-forame incisivo são as que podem comprometer o fechamento velofaríngeo e ocasionar a disfunção velofaríngea. Hipernasalidade e problemas de fala podem ser considerados aspectos significativos e interferir no relacionamento interpessoal.

## **2.2 - Comunicação e fissura labiopalatina.**

A comunicação é uma questão e uma função essencialmente social, pois envolve compartilhar modo de vida, pensamento, atitude e comportamento. Entender o outro, o que ele diz e se fazer entender dependem da comunicação (Tabith Junior 1993).

Uma das conseqüências funcionais da fissura labiopalatina ou palatina refere-se a problemas na comunicação oral. Dentre as alterações de fala, encontra-se a hipernasalidade, que é facilmente percebida, e além de comprometer a inteligibilidade da fala, pode dificultar a inserção do indivíduo na sociedade (Pegoraro-Krook 1995).

Na tentativa de falar o mais próximo possível da fala sem fissura, o indivíduo com fissura faz uma posteriorização do ponto articulatorio, produzindo os distúrbios articulatorios compensatórios (golpe de glote, plosiva faríngea, plosiva dorso médio palatal, fricativa faríngea, fricativa faríngea alta, fricativa faríngea baixa e fricativa posterior), que também prejudicam a inteligibilidade da fala e dificultam o ajustamento psicossocial (Pegoraro-Krook e Genaro 1997).

Problemas de comunicação e fala acompanham, freqüentemente, desajustes psicossociais e auto-estima prejudicada. A dificuldade de expressão e a angústia de não se fazer entender podem reprimir a criatividade e a capacidade de aprender e gerar um autoconceito negativo, dificultando o estabelecimento das relações interpessoais, causando, também, um afastamento social (Pereira 2000).

Uma avaliação destes aspectos, junto com uma descrição global dos prejuízos para a comunicação, foi estudada por Spiel et al (2001), que concluíram a interferência dos aspectos psicossociais e biológicos no desenvolvimento da comunicação.

Desta maneira é crucial a correção das características anormais da fala do portador da fissura labiopalatina antes que as cicatrizes da rejeição ou os sentimentos de anormalidade e diferença estejam arraigados no desenvolvimento da personalidade de pessoas com essas desordens (Bzoch 1997).

Além da comunicação oral, a não-verbal, também, pode apresentar-se prejudicada. Adachi et al (2003) realizaram um estudo com o objetivo analisar as características de comportamento não-verbal que pacientes com fissura labiopalatina apresentam durante a comunicação interpessoal. Participaram deste estudo 20 mulheres com fissura labiopalatina e 20 mulheres sem fissura labiopalatina, com idades e nível educacional semelhantes. Gestos e expressões faciais foram filmados durante as entrevistas e analisados por um programa de computador. Os resultados mostraram que o grupo das mulheres com fissura apresentaram menos movimentos de cabeça e menor freqüência de sorriso do que o grupo controle. Além disso, movimentos da cabeça e das

mãos eram menos coordenados e correspondentes aos assuntos falados no grupo de mulheres fissuradas em comparação com o grupo controle. Os autores concluíram que as fissuras labiopalatinas têm um efeito comprometedor no comportamento não-verbal das mulheres afetadas durante a comunicação interpessoal.

### **2.3 - Disfunção velofaríngea e faringoplastia.**

A função velofaríngea alterada é um dos aspectos mais comumente observados durante a avaliação da fala em indivíduos portadores de fissura labiopalatina ou palatina. A faringoplastia tem como objetivo a correção da hipernasalidade e do escape de ar nasal, melhorando a fala. A indicação da técnica mais adequada para a correção da disfunção velofaríngea será definida pelo cirurgião plástico (D'Agostino et al 1997).

Losken et al (2003) estudaram 250 pacientes com disfunção velofaríngea que realizaram faringoplastia no período de janeiro de 1987 a março de 2001, com o objetivo de avaliar os resultados da cirurgia e, se necessário, fazer uma revisão. Dos pacientes, 117 eram do gênero feminino e 113 do masculino; 63 apresentaram apenas disfunção velofaríngea, 127 disfunção velofaríngea e fissura de palato, 32 síndrome velocardiocfacial, 15 fissura submucosa e 13, outros diagnósticos. A revisão da faringoplastia foi definida por meio da avaliação clínica e objetiva da fala. Foram achados 32 pacientes que necessitavam da revisão da cirurgia. Resultados favoráveis foram demonstrados em 30 desses pacientes após a revisão. O índice de revisão foi mais alto em pacientes com síndrome velocardiocfacial e mais baixo em pacientes que apenas apresentaram disfunção velofaríngea. Não houve

diferença significativa na idade ou gênero dos pacientes que necessitaram da revisão se comparado com aqueles que não necessitaram. O acompanhamento foi de 2,4 anos. Os autores concluíram que eles obtiveram 87% de sucesso na primeira realização da faringoplastia e que esse índice aumentou para 99% após a revisão da cirurgia.

De Serres et al (1999) avaliaram resultados de fala e as complicações apresentadas após as cirurgias de faringoplastia e faringoplastia do tipo retalho faríngeo, em todos os pacientes que realizaram a cirurgia, no período de 1990 a 1995. A avaliação da função velofaríngea, compreendendo análise da fala, escape de ar nasal e qualidade de ressonância nasal foi realizada antes da cirurgia através de nasoendoscopia e videofluoroscopia. Em 16 pacientes foram realizadas a faringoplastia e em 18, a cirurgia do tipo retalho faríngeo. Os resultados mostraram que os pacientes que realizaram faringoplastia apresentaram uma taxa mais alta de resolução da disfunção velofaríngea. Também, foram apresentados sintomas de apnéia do sono. Concluíram que a faringoplastia apresenta melhores resultados de fala e uma taxa mais baixa de apnéia do sono quando comparada ao retalho faríngeo.

Sie et al (1998) avaliaram o resultado de fala e as complicações apresentadas após a faringoplastia, em pacientes que apresentavam disfunção velofaríngea, no período de janeiro de 1993 a junho de 1996 e que já haviam realizado cirurgia de palato. Foram revisadas as avaliações pré e pós-operatórias, constituídas por avaliação de fala, nasoendoscopia e videofluoroscopia. Os resultados mostraram que 15 de 24 pacientes (62,5%) tiveram resolução completa da disfunção velofaríngea, cinco de 24 pacientes (20,8%) tiveram uma melhora significativa, apenas um paciente (4,2%) não

apresentou nenhuma mudança e os outros três pacientes (12,5%) apresentaram hiponasalidade. Dos seis pacientes, ainda, com algum grau de disfunção velofaríngea, três sofreram revisão da cirurgia e apresentaram resolução completa do problema. Portanto, a taxa de sucesso global da cirurgia foi de 18 em 24 pacientes (75%). Concluíram que a faringoplastia tem grande aplicação para a resolução da disfunção velofaríngea e que pode causar complicações para a respiração.

Witt et al (1995) estudaram o resultado da faringoplastia em 20 pacientes com disfunção velofaríngea. A avaliação dos pacientes foi realizada antes e após a cirurgia e foi constituída por avaliação da fala e nasoendoscopia, ambas gravadas. Essas gravações foram analisadas por clínicos experientes na avaliação de pacientes com disfunção velofaríngea. Quanto à avaliação de fala, os resultados mostraram que a ressonância nasal melhorou em 79% dos pacientes, o escape de ar nasal diminuiu em 74% e a severidade do escape de ar nasal diminuiu em 79%. Quanto à avaliação endoscópica, os resultados mostraram que 75% dos pacientes tiveram uma diminuição quantitativa no tamanho do orifício. Apesar de ter ocorrido uma melhora na função velofaríngea dos pacientes, 65% ainda foram candidatos a uma próxima cirurgia. Concluíram que, após a faringoplastia, as melhoras nas características de fala e da função velofaríngea ocorreram em apenas 18% dos pacientes, que apresentaram resolução completa da hipernasalidade e do escape de ar nasal. Apenas 35% demonstraram fechamento velofaríngeo completo.

Brandão (1995) realizou um estudo com o objetivo de analisar os resultados de articulação, ressonância vocal e inteligibilidade de fala, em



pacientes submetidos a faringoplastia do tipo retalho faríngeo, com idades variando entre cinco e 44 anos. A amostra foi dividida em dois grupos: G1 - pacientes que apresentavam hipernasalidade com ou sem distúrbios articulatorios e que foram submetidos a faringoplastia e a fonoterapia e G2 - com as mesmas características, mas que não foram submetidos a fonoterapia. Os resultados analisados, no período pós-tratamento, indicaram que quanto à ressonância, os dois grupos apresentaram melhora significativa, quanto à articulação, apenas no Grupo 1 a melhora foi significativa e quanto à inteligibilidade, ambos os grupos apresentaram melhoras significativas.

Morris et al (1995) realizaram um estudo com o objetivo de examinar os resultados tardios de 65 pacientes submetidos à cirurgia de retalho faríngeo, com idades entre cinco e 38 anos, com referência especial à função velofaríngea, produção da fala e evidência de obstrução da via aérea nasal. Desses pacientes, 14 tinham entre dois e cinco anos de pós-cirúrgico e mais da metade tinha acima de 10 anos de cirurgia. Oito (12,3%) dos 65 pacientes realizaram revisão cirúrgica. Todos os pacientes foram analisados por dois fonoaudiólogos, um cirurgião plástico e um audiólogo. Quanto à avaliação da fala, os resultados revelaram ressonância normal em 92,3% dos casos, três sujeitos (4,61%) apresentaram hipernasalidade severa e 17 (26,15%) apresentaram hipernasalidade leve ou moderada, relatando presença de ronco. Os autores concluíram que a cirurgia de retalho faríngeo obteve grande sucesso (92,3%) no que se refere à adequação da função velofaríngea, que o comprometimento da via aérea nasal foi somente um desconforto, não um risco clínico.

Riski et al (1992) avaliaram os resultados da faringoplastia em 139 pacientes com disfunção velofaríngea. Todos os pacientes passaram por uma avaliação pré-cirúrgica através da análise da fala, nasoendoscopia flexível, videofluoroscopia e estudo de pressão do fluxo aéreo. Todos, menos um paciente, demonstram melhoria após a faringoplastia e 109 de 139 pacientes (78,42%) demonstraram resolução da disfunção velofaríngea. Foram revisadas 16 de 30 faringoplastias com resultados insatisfatórios e oito das 16 faringoplastias obtiveram êxito, resultando portanto, em 117 faringoplastias com resolução da disfunção velofaríngea das 139 realizadas.

Hall et al (1991) realizaram um estudo retrospectivo de pacientes adultos submetidos à cirurgia de retalho faríngeo de pedículo superior. Estudaram 20 indivíduos entre 16 e 55 anos, com diagnóstico de disfunção velofaríngea secundária à fissura labiopalatina. Os pacientes realizaram avaliação de fala pré e pós-operatória com ênfase na ressonância nasal e articulações compensatórias, nasoendoscopia pré e pós-operatória e videofluoroscopia pré-operatória. Os resultados de fala no pós-operatório mostraram, quanto à ressonância, normalidade em 15 (75%) casos, hiponasalidade em três (15%) e sem alteração em dois (10%) casos. Os autores concluíram que cada caso deve ser cuidadosamente avaliado antes da cirurgia com relação aos movimentos da faringe e estimulação para a melhora da fala, para se determinar se a cirurgia será satisfatória.

Shprintzen (1988) realizou um estudo com o propósito de relatar o desenvolvimento da apnéia obstrutiva do sono após a cirurgia de retalho faríngeo. Foram avaliados 300 pacientes com fissura, disfunção velofaríngea a hipernasalidade, com idades variando entre quatro e 48 anos, sendo 219

pacientes entre quatro e 10 anos, 66 entre 11 e 17 anos e 15 acima de 18 anos. Os pacientes realizaram avaliação da fala e linguagem, nasofaringoscopia, videofluoroscopia e avaliação da apnéia obstrutiva do sono. Todos os procedimentos foram realizados no pré e pós-operatório imediato e em longo prazo. Os resultados mostraram que a disfunção velofaríngea e a hipernasalidade foram eliminadas em 97% dos casos e 3% desenvolveram hiponasalidade. Quanto à apnéia obstrutiva do sono, nenhum paciente a apresentou no pós-operatório e, no pré-operatório, nenhum apresentava evidências de obstrução das vias aéreas superiores. O autor concluiu que existe uma melhora na fala dos pacientes e que vários fatores podem precipitar a apnéia obstrutiva do sono após a colocação do retalho faríngeo.

Reath et al (1987) realizaram um estudo retrospectivo em 20 pacientes, com idades entre dois e 16 anos e que foram submetidos à cirurgia de retalho faríngeo e amigdalectomia. Os resultados mostraram que quanto à avaliação de fala, esta tornou-se normal em cinco pacientes, 13 apresentaram melhora e dois não apresentaram modificação da mesma. Os autores concluíram que a associação da amigdalectomia ao retalho faríngeo não afeta o propósito primário de correção da fala.

Segundo Barot et al (1986), realizaram um estudo com os seguintes objetivos: caracterizar as anormalidades anatômicas associadas à ressonância inaceitável e ao escape nasal após o retalho faríngeo; delinear uma abordagem cirúrgica para a revisão do retalho faríngeo baseada nestas anormalidades anatômicas e analisar o efeito da revisão do retalho faríngeo sobre a fala. Analisaram 24 casos que realizaram retalho faríngeo, devido à ressonância inaceitável, escape aéreo nasal ou obstrução significativa das vias aéreas

superiores com apnéia obstrutiva do sono. A avaliação pré-operatória consistiu de exame clínico e avaliação da fala, sendo que em 25% dos casos foi realizado nasofibroscopia e videofluoroscopia. Os resultados mostraram que 83% dos casos que apresentaram hipernasalidade apresentaram redução ou eliminação da mesma, e os pacientes com hiponasalidade mantiveram-se da mesma forma após a revisão. Quatro casos que apresentaram apnéia obstrutiva do sono tiveram alívio imediato da obstrução após a cirurgia, porém a fala deteriorou-se. Os autores concluíram que a hiponasalidade e a obstrução das vias aéreas superiores podem consistir em alterações graves após a construção do retalho faríngeo.

#### **2.4 - Aspectos psicossociais da fissura labiopalatina.**

Aspectos psicossociais como a incompetência social, sentimentos de inadequação sobre a aparência, a comunicação e o significativo isolamento social, têm sido amplamente estudados em pacientes com fissura labiopalatina.

Aspectos de ajustamento psicossocial foram investigados por Tavano (2000), através de 32 pacientes do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, portadores de fissura de lábio e palato, sendo que 16 pertenciam ao gênero feminino e os outros 16, ao masculino, com idades variando de 15 a 21 anos. O estudo foi baseado em respostas, de pais e pacientes, a uma entrevista que focalizava características sociais, como família, escolaridade, ocupação e relacionamentos; características clínicas quanto a cirurgias e tratamento; vivências psicológicas em relação à fissura e a satisfação com os resultados do tratamento; além de um levantamento das expectativas relacionadas a outros procedimentos que possibilitariam uma maior satisfação.

Os resultados indicaram um ajustamento psicossocial relativamente bom. Todos eram solteiros e não tinham profissão bem definida, a maioria (53,12%) pertencia à classe baixa superior, conciliando estudo e trabalho e o nível de satisfação com o tratamento apresentou-se regular, uma vez que 56,25% mostraram alguma insatisfação com a aparência e 53,12%, com a fala.

Pereira (2000) realizou um estudo com o objetivo de verificar se o tipo de fissura e o tempo de convivência com os estigmas físicos e funcionais, decorrentes dessa, são fatores que interferem na constituição do auto-conceito e da auto-estima dos portadores de fissura labiopalatinas. Participaram deste estudo 80 pacientes do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/USP), com fissura labiopalatina, de ambos os sexos e com idade superior a 16 anos, divididos em grupos conforme o tipo de fissura e o tempo de convivência com a mesma. Foi utilizado um protocolo de entrevista, abordando questões sobre identificação, autopercepção física e psicológica e uma escala de auto-estima. Os resultados mostraram que com relação ao autoconceito, o tempo de convivência com os comprometimentos físicos e funcionais é considerado fator de maior interferência pois, os sujeitos que foram operados com idade inferior a dois anos possuem autopercepções mais positivas do que os operados com idade superior a 10 anos. Quanto à auto-estima, apesar de todos os sujeitos apresentarem um resultado mediano, o fator tipo de fissura é mais determinante do que o tempo de convivência com os comprometimentos físicos e funcionais, na constituição de uma auto-estima positiva. Os sujeitos com fissura labial apresentaram escores de auto-estima mais altos do que os com fissura palatina.

Bressmann et al (1999) fizeram um estudo com 156 pacientes com fissura de lábio e/ou palato, que já haviam realizado cirurgias primárias, através da combinação de dois tipos de questionários. Para a coleta de dados, a pesquisa psicológica tratou de assuntos como inteligência, autoconsciência ou satisfação com o tratamento. Os resultados apresentados por todos os pacientes que têm sido tratados em um centro interdisciplinar, indicaram que a qualidade de vida é boa e dentro da normalidade. Apoio social pareceu não estar prejudicado. Pais relataram somente impactos em longo prazo na vida e no planejamento familiar. A satisfação com relação ao tratamento é alta e a aceitação social é um fator negativo para os pacientes.

Cochrane e Slade (1999) realizaram um estudo com 51 portadores de fissura de lábio e/ou palato, com idades entre 18 e 71 anos, através de um questionário que avaliava o bem-estar psicológico e a ansiedade social. O foco estava na avaliação da fissura, percepções das conseqüências (positivas e negativas) em dimensões pessoais e sociais, junto com medidas de senso de coerência, bem-estar psicológico, satisfação com a vida e respostas utilizadas em situações estressantes. Os resultados mostraram que uma avaliação positiva está relacionada com a aparência facial e com bem-estar. Padrões de estratégias de enfrentamento social também estavam associados com o ajuste emocional. Concluíram que as avaliações pessoais sobre a fissura, a aparência facial e a comunicação são determinantes do bem-estar emocional mais do que os resultados cirúrgicos.

Turner et al (1998) consideraram a dinâmica familiar e os fatores educacionais e vocacionais no desenvolvimento social e na reabilitação de pacientes com fissuras labiopalatinas como influência importante para o

surgimento de problemas psicológicos: auto-estima prejudicada e dificuldades com a interação social. Consideraram o ambiente familiar, ressaltando que as atitudes, as expectativas e o suporte que os pais oferecem à criança influenciam a percepção dessa sobre o prejuízo causado pela fissura. A percepção individual da atratividade facial e da habilidade de comunicação oral tem uma influência decisiva sobre o bem-estar psicológico do indivíduo. Como as pessoas nos respondem socialmente é influenciado pela maneira como nos percebemos. A não aceitação social pode prejudicar a auto-estima e possibilitar o surgimento de problemas psicológicos.

Turner et al (1997) ressaltaram que a percepção de bem estar aliada à habilidade de comunicar-se verbalmente, pode gerar a auto-estima. Cerca de 92% dos portadores de fissura apresentam algum grau de desordem de fala ou da audição. Referem-se a um estudo no qual 28% dos pacientes julgam sua fala como moderadamente inteligível ou não entendidos totalmente. Embora a satisfação com o tratamento fosse razoável, os problemas emocionais persistiam, decorrentes de chacotas, apelidos e atitudes desagradáveis. Ressaltaram, também, a importância de um acompanhamento psicológico durante todo o processo de reabilitação.

Ramstad et al (1995) realizaram um estudo com o objetivo de descrever a ocorrência de problemas psicológicos, que acreditavam ser muito comuns em indivíduos com fissura de lábio e/ou palato: ansiedade, depressão e palpitações, associados a comportamentos sociais relacionados à dificuldade de contato com outras pessoas. A amostra foi composta por 233 adultos noruegueses (168 homens e 65 mulheres), com idades entre 20 e 35 anos e fissura completa de lábio e palato operada. Essa amostra foi comparada com

uma de 1324 sujeitos sem fissura (645 homens e 679 mulheres), com média de idade de 28 anos. O instrumento utilizado foi baseado nas questões do *Level of Living Survey*, que se referiam ao nível de bem-estar psicológico. O desejo dos sujeitos por mais tratamento foi associado com outras variáveis: aparência facial, fala, ansiedade e condição de ter ou não os pais vivos. Os resultados mostraram que para os 63% dos sujeitos que evidenciaram a aparência, 35% requisitaram mais tratamento cirúrgico e apenas 17% dos sujeitos que não se referiram à aparência, questionaram por cirurgia adicional. Para os sujeitos que apontaram os problemas de fala, a solicitação por tratamento cirúrgico ou fonoterapia foi significativamente mais marcante do que para os sujeitos que não referiram o aspecto fala. Os sujeitos que referiram ansiedade desejaram tratamento dentário. Também, os sujeitos com pais falecidos requisitaram mais tratamento cirúrgico do que os que possuíam pais vivos. Concluíram que o nível de bem-estar psicológico nos portadores de fissura de lábio e/ou palato é prejudicado.

Camargo et al (1994) realizaram um estudo com o objetivo de analisar as alterações das relações sociais dos pacientes matriculados no Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais (HPRLLP), antes e depois do tratamento cirúrgico, nos seguintes aspectos: familiar, escolar, profissional, afetivo e social. A amostra foi composta por 353 pacientes, sendo 110 do sexo feminino e 243 do sexo masculino, com fissuras do tipo pré e pós-forame e transforame, com idades a partir de 12 anos. Foi utilizada uma entrevista estruturada composta por questões que atendessem aos objetivos propostos. Os resultados revelaram que antes das cirurgias reparadoras, 83,34% dos pacientes tinham um relacionamento social prejudicado e apenas 16,66%



relataram ter um bom relacionamento interpessoal. Após a realização das cirurgias primárias, 50% dos pacientes relataram que conseguiam se relacionar melhor com as pessoas e o restante, continuou apresentando dificuldades para se relacionar, justificando não ter conseguido superar as seqüelas emocionais adquiridas desde a infância. Com relação às atividades sociais, 70% dos pacientes relataram que eram restritas antes da cirurgia e após a sua realização, este índice abaixou para 30%. Os autores concluíram que as relações sociais destes pacientes alteraram-se significativamente após a realização das cirurgias primárias, pois os pacientes relataram maior confiança, segurança e desinibição para conversar com as pessoas e expor suas idéias. Com relação ao modo de vida dos pacientes, não ocorreram mudanças radicais, porém iniciou-se uma maior integração social.

Tobiasen e Hierbert (1993), após realizarem uma revisão na literatura das pesquisas existentes que correlacionavam os aspectos psicossociais e as fissuras de lábio e/ou palato, propuseram um novo programa de pesquisa para o estudo da relação entre a gravidade das fissuras e o ajustamento psicossocial. Para esses autores, nos últimos 40 anos, houve um crescente reconhecimento da importância e um grande número de pesquisas sobre as implicações psicológicas que acometem os portadores de fissuras e suas famílias. Colocaram que crianças com fissura não apresentam maior risco para psicopatologia do que as sem fissura. Porém, acreditam que crianças com fissura têm um risco significativamente maior para apresentarem problemas de competência social (dificuldades para fazerem amizades, progresso escolar e participação em organizações), que tem efeito negativo sobre o desenvolvimento. Relataram, ainda, que a habilidade de fazerem amigos e de

se sentirem queridas foi considerada por pais, professores e especialistas em desenvolvimento infantil, a base do desenvolvimento de uma pessoa. As dificuldades de relacionamento interpessoal podem servir como indicadores futuros de problemas de competência social e saúde mental. Os autores colocaram ainda que, adultos com fissuras operadas, possuem menor possibilidade de se casarem e podem apresentar intimidação social.

Broder (1992) avaliou o nível de satisfação com a aparência facial e o desempenho da fala em 495 sujeitos, portadores de fissuras de lábio e/ou palato, de ambos os sexos e seus respectivos pais. As idades variaram de cinco a 18 anos e foram divididas em três grupos: cinco a nove anos; 10 a 13 anos e 14 a 18 anos. Todos os sujeitos também foram categorizados pelo tipo de fissura: 55 de lábio, 235 de lábio e palato e 205 somente de palato. Foi utilizada uma entrevista padronizada independente. Os resultados mostraram que 54% das crianças com fissura de lábio ou de lábio e palato estavam muito satisfeitas com sua aparência. Ainda, 62% dos sujeitos com fissura de palato estavam muito satisfeitos com a fala. Apesar de um resultado baixo, mas estatisticamente significante, houve uma correlação entre os sujeitos femininos e seus pais quanto à satisfação com a aparência. Embora, o grupo de fissura de lábio e/ou palato, constituído pela faixa etária mais alta, tenha apresentado aumento na satisfação com a fala, não houve diferença de satisfação com a aparência observada nos sujeitos com fissura de lábio e de lábio e palato, no que concerne à idade. Pais de sujeitos do sexo feminino expressaram maior preocupação com a aparência de suas filhas, enquanto que os pais dos sujeitos do sexo masculino, preocuparam-se mais com a fala de seus filhos.

Contrariando a maioria da literatura sobre os aspectos psicossociais do portador de fissura labiopalatina, que se focaliza apenas nos desafios e nas limitações acerca de fatores biológicos, cognitivos e do estigma social, Strauss (2001) desenvolveu uma nova perspectiva teórica com a finalidade de elucidar fatores associados à saúde, sucesso na vida e resiliência. Propôs três maneiras para mudar a visão de clínicos e pesquisadores sobre o portador de fissura: criar um clima de otimismo e positivismo sobre o nascimento e o diagnóstico, criar novas e diferentes perguntas para as crianças e para os pais e construir uma nova possibilidade de pesquisa, como saúde e resiliência.

Nash et al (2001) propuseram uma maneira alternativa para se trabalhar a comunicação em um ambiente encorajador: um programa residencial para crianças entre oito e 14 anos, com dificuldades de comunicação, abrangendo aspectos cognitivos, emocionais e psicossociais. Embora, este programa tenha sido desenvolvido para crianças, tem um grande potencial para beneficiar outras idades.

## **2.5 - Habilidades sociais.**

O ser humano, em princípio, é um ser social e a comunicação interpessoal é uma parte essencial da atividade humana. O ritmo de vida rápido e complexo da sociedade atual, com diferentes regras que se modificam constantemente, faz com que seja necessário o aprendizado sucessivo de novas habilidades, pois o ambiente social está em contínua transformação (Caballo 1997).

As habilidades sociais são conjuntos de comportamentos apresentados por uma pessoa que expressam sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou

direitos de um modo adequado à determinada situação e que, geralmente, resolvem uma situação ao mesmo tempo em que minimiza a probabilidade de problemas futuros. São aprendidas e as demandas para o seu desempenho variam em função do estágio de desenvolvimento do indivíduo e da cultura (Caballo 2003).

Del Prette e Del Prette (2001a) analisam a aquisição das habilidades sociais de acordo com as fases do desenvolvimento. Na infância, o repertório de habilidades sociais vai se tornando mais elaborado, pois a criança aprende novos comportamentos por meio da afetividade, das práticas e valores parentais, das variáveis culturais e socioeconômicas. Com o ingresso na escola, a criança necessita adaptar-se a novas demandas sociais, a diferentes contextos, a novas regras, com papéis bem definidos. Na adolescência, os comportamentos sociais passam a ser mais elaborados, pois o indivíduo faz parte de outros grupos e encontra-se diante de diferentes tarefas e papéis sociais. Pode freqüentemente apresentar timidez, ansiedade e dificuldade nas soluções de problemas sociais. Torna-se importante a procura de uma ocupação e de um parceiro(a). A ausência de um conjunto de habilidades sociais pode dificultar ou comprometer tanto o sucesso profissional como o funcionamento psicossocial. Já na fase adulta, novas habilidades sociais são requeridas para o planejamento familiar e profissional. Na terceira idade, outras habilidades devem ser adquiridas para melhor vivência.

As habilidades sociais podem ser entendidas sob dois focos: herdado ou adquirido. No primeiro, as habilidades sociais são vistas como um traço ou uma característica de personalidade; no outro, como uma relação entre o indivíduo e

uma situação particular, resultante de sua experiência com diversas situações sociais (Del Prette e Del Prette 2001a, 2001b).

Ainda, abrangem três dimensões: pessoal, situacional e cultural. A dimensão pessoal é constituída pelo repertório do indivíduo em seus componentes comportamental, cognitivo-afetivo e fisiológico. Repertório bem elaborado em habilidades sociais requer uma articulação harmoniosa entre esses componentes. A dimensão situacional coloca que situações diferentes criam demandas sociais diferenciadas, cada situação e local exigem comportamentos diferenciados. A dimensão cultural inclui que alguns desempenhos sociais podem ser amplamente generalizados para diferentes culturas, enquanto outros podem ser mais localizados, por isso, o repertório de habilidades sociais é dependente do contexto social/cultural no qual está inserido (Del Prette e Del Prette 2001a, 2001b).

A dimensão pessoal inclui, também, as características sociodemográficas: idade, sexo, altura, estado de saúde, peso, formação acadêmica e aparência física. Essas características sinalizam diferenças nas expectativas e normas, culturalmente estabelecidas, que orientam a avaliação das habilidades sociais e da competência nas relações interpessoais. Por isso, o indivíduo com fissura labiopalatina acaba possuindo características próprias, como a aparência física e fala comprometida, que irão interferir no seu relacionamento interpessoal e conseqüentemente, na aquisição do repertório de habilidades sociais (Del Prette e Del Prette 2001a, 2001b).

Slifer et al (2004) realizaram um estudo com o objetivo de examinar padrões de interação social em crianças e adolescentes com e sem fissura labiopalatina. Participaram deste estudo 34 sujeitos com fissura labiopalatina e

34 sem fissura, com idades entre oito e 15 anos, emparelhados por sexo, idade, nível sócio-econômico. Os grupos foram comparados quanto ao comportamento social, à percepção dos próprios participantes e aos resultados de um questionário respondido pelos pais. Os participantes foram filmados enquanto interagiam socialmente. Em relação aos resultados, foram achadas diferenças estatisticamente significantes: os participantes com fissura fizeram menos escolhas e responderam menos às perguntas; os participantes com fissura e seus pais informaram maior descontentamento com a estética facial. Associações entre os grupos também foram encontradas. A percepção dos participantes e seus pais sobre a competência social foi correlacionada positivamente com aceitação social para ambos os grupos. Os participantes com fissura que se sentiam mais socialmente aceitos, olhavam mais freqüentemente na face das outras pessoas durante a interação social. Os autores concluíram que padrões discrepantes de comportamento social podem ser evidenciados nos grupos com e sem fissura labiopalatina. Tais resultados podem ser úteis em intervenções para desenvolver as habilidades sociais e o ajustamento psicossocial.

Kapp-Simon (1995), analisando as intervenções psicológicas que são realizadas para o adolescente com fissura de lábio e palato e que apresentam problemas no ajustamento psicossocial, observou, através de sua pesquisa, que os adolescentes podem ser mais bem entendidos se forem analisados no contexto de desenvolvimento. Primeiramente, considerou os resultados do desenvolvimento da adolescência para depois discutir o impacto da fissura labiopalatina na habilidade do adolescente em dominar tarefas apropriadas para a idade e, finalmente, procurou descrever intervenções específicas

relacionadas aos problemas vividos por esses adolescentes. A adolescência é caracterizada pelo sentido de identidade pessoal e a conquista de independência. As alterações físicas corporais desenvolvem uma nova autoconsciência sobre o corpo. Os valores pessoais são medidos no contexto dos valores grupais. A aceitação social é o ponto central que define o sucesso ou o fracasso. As tarefas normais da adolescência podem tornar-se complicadas para o jovem com fissura labiopalatina, pois este não lida apenas com as mudanças de desenvolvimento comum a todos de sua idade, de seu grupo, mas, tem que enfrentar as preocupações e pressões especiais por ser diferente dos padrões de normalidade impostos pela sociedade. Desta forma, a autora coloca que as intervenções podem ser necessárias nas seguintes áreas: competência social, problemas como depressão e ansiedade, preparação para cirurgias, expectativa para essas, e problemas escolares. Para tanto, a autora elaborou um programa para desenvolver as habilidades sociais, composto por cinco categorias: 1) iniciação social; 2) habilidades na conversação; 3) comunicação direta ou asserção; 4) empatia ou atividade de escutar; e 5) resolução de conflito e solução de problema. O foco inicial desse programa é o desenvolvimento da autopercepção usando o Modelo de Auto-Compreensão. Para ajudar o adolescente a desenvolver e aumentar a autopercepção, o programa visava promover o desenvolvimento da idade apropriada para a formação da identidade. A autopercepção auxilia como pré-requisito para o autocontrole, a auto-expressão, a autodireção e a habilidade de se relacionar empaticamente com os outros. As habilidades delineadas pela autora podem ser consideradas como habilidades de vida, pois são importantes não apenas

na adolescência, mas também, por toda a vida, no emprego, no casamento, nas amizades e com a família.

Kapp-Simon et al (1992) investigaram as relações existentes entre autopercepção, habilidades sociais, ajustamento geral e inibição social, em uma amostra formada por 45 adolescentes com anomalias craniofaciais, com idades entre 10 e 16 anos. Autores anteriores haviam sugerido que o ajustamento dos adolescentes com anomalias craniofaciais dependia do grau de habilidade social, da auto-avaliação como mais competentes e correlacionavam a avaliação dos pais e o grau de inibição social. Nesse sentido, o ajustamento social e o nível de inibição seriam mais relacionados às habilidades sociais do que a influência do sentimento quanto à aparência, percepção do desempenho escolar ou do próprio trabalho. Os autores deste estudo partiram da hipótese de que assim como as crianças com doenças crônicas, os adolescentes em questão deveriam variar em seus níveis de ajustamento. A primeira questão pesquisada foi no sentido de estabelecer quais os aspectos específicos do autoconceito e habilidades sociais que contribuem para o ajustamento social e a diminuição da inibição. A identificação dos fatores poderia servir como ponto de partida para o estabelecimento de estratégias que permitissem o treinamento das habilidades sociais específicas. Obtidos os resultados deste estudo, os autores fizeram uma ressalva aos pareceres anteriores, sugerindo que as crescentes habilidades sociais dos adolescentes com anomalias craniofaciais podem ter, potencialmente, um efeito positivo em todo o ajustamento. Embora os membros desta amostra não tenham muito controle sobre as reações dos outros para com suas diferenças, podem aprender a conduzir-se de modo mais eficaz



através de treinamento das habilidades sociais específicas. Estas descobertas concedem suporte adicional para que se acredite que a implementação das habilidades sociais de adolescentes com anomalias craniofaciais possa resultar em um melhor ajustamento psicológico e numa decrescente inibição social. No entanto, o estudo não permite determinar, eficientemente, a direção a ser seguida, nem a predição de seus efeitos. Por isso, os autores sugeriram que seja promovida a identificação dos fatores capazes de proteger os adolescentes, em questão, de suas angústias, com o objetivo de capacitar profissionais para agirem como interventores de estratégias que venham prover e apoiar as necessidades desses adolescentes e de suas famílias.

Os conhecimentos da Psicologia devem contribuir para análises e intervenções que evitem o aparecimento de problemas nas relações interpessoais, já que nos conhecemos e nos tornamos indivíduos na relação com o outro. Desta maneira, uma intervenção preventiva visando facilitar o aprendizado das habilidades sociais pode ser uma forma de atuar na redução de comportamentos indesejáveis, auxiliando crianças a desenvolverem formas apropriadas de relacionamento, conduzindo adolescentes e adultos a saberem lidar com as dificuldades da vida, pois um manejo positivo das situações de interação rotineiras por parte dos adultos depende do aprendizado anterior. Assim, o aprendizado das habilidades sociais é fundamental para a qualidade das relações interpessoais (Löhr 2001).

**OBJETIVO**

### **3 - OBJETIVO.**

Verificar a influência da realização da faringoplastia nos aspectos psicossociais dos indivíduos com fissura labiopalatina.

## **MATERIAL E MÉTODO**

## **4 - MATERIAL E MÉTODO.**

### **4.1 - Participantes.**

A amostra foi composta por 13 pacientes do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais/USP, de ambos os gêneros, com idades a partir de 15 anos, os quais apresentavam fissura labiopalatina ou palatina isolada, já reparada, cirurgicamente, com indicação cirúrgica para a realização da faringoplastia por apresentar disfunção velofaríngea.

### **4.2 - Material.**

Foram utilizados uma Entrevista Psicológica Pré-Cirúrgica (anexo 1), uma Entrevista Psicológica Pós-Cirúrgica (anexo 2), elaboradas para o presente estudo e o Inventário de Habilidades Sociais (IHS – Del Prette 2001) (anexo 3).

As Entrevistas Psicológicas Pré e Pós-cirúrgicas foram semi-estruturadas, com questões abertas (12 na pré-cirúrgica e 10 na pós-cirúrgica), compreendendo duas etapas. Na primeira, a partir da análise do prontuário e da documentação fonoaudiológica do paciente, foram coletados dados pessoais (identificação, gênero, nível sócio-econômico, nível de instrução e profissão) e dados sobre o tratamento no hospital (tipo de fissura, tempo de tratamento no hospital, condição fonoaudiológica e, apenas, na entrevista pós-cirúrgica, o tempo transcorrido entre a realização da cirurgia e a entrevista). A segunda etapa de ambas as entrevistas foi constituída por três blocos de questões: aspectos emocionais, aspectos relacionados à fala e aspectos relacionados à cirurgia.

O Inventário de Habilidades Sociais (IHS – Del Prette 2001) é um instrumento padronizado, válido, fidedigno e confiável, cuja finalidade é caracterizar o desempenho social em diferentes situações, como: trabalho, escola, família e cotidiano. É composto por 38 questões, divididas em cinco grupos (escores fatoriais): enfrentamento e auto-afirmação com risco, auto-afirmação na expressão de sentimento positivo, conversação e desenvoltura social, auto-exposição a desconhecidos e situações novas e autocontrole da agressividade.

O escore fatorial 1 (F1) refere-se a habilidades de enfrentamento com risco, ou seja, capacidade de lidar com situações interpessoais que necessitem da afirmação e defesa de direitos e auto-estima, com a possibilidade de reação indesejável por parte de outras pessoas. As situações referentes a F1 são:

- apresentar-se a uma pessoa desconhecida
- abordar parceiro(a) para relacionamento sexual
- discordar de autoridade
- discordar de colegas em grupo
- cobrar dívida de amigo
- declarar sentimento amoroso a parceiro(a)
- lidar com críticas injustas
- falar a público desconhecido
- devolver à loja uma mercadoria defeituosa
- manter conversa com desconhecidos
- fazer perguntas a conhecidos.

O escore fatorial 2 (F2) representa as habilidades de auto-afirmação na expressão de afeto positivo, ou seja, habilidades para lidar com demandas de

expressão de afeto positivo e de afirmação da auto-estima, sem envolver risco interpessoal. As habilidades que representam este grupo são:

- elogiar familiares e outras pessoas
- expressar sentimento positivo
- agradecer elogios
- defender em grupo uma outra pessoa
- expressar sentimentos positivos
- participar de conversação trivial

O escore fatorial 3 (F3) compreende habilidades de conversação e desenvoltura social, ou seja, a capacidade para lidar com situações sociais neutras de aproximação, com baixo risco de reação indesejável. As habilidades que representam este grupo são:

- manter e encerrar conversação em contato face a face
- encerrar conversa ao telefone
- abordar pessoas que ocupam posição de autoridade
- reagir a elogios
- pedir favor a colegas
- recusar pedidos abusivos

O escore fatorial 4 (F4) indica as habilidades de auto-exposição a desconhecidos e situações novas, principalmente, a abordagem a pessoas desconhecidas com maior risco de reação indesejável do outro. Pertencem a este grupo:

- fazer apresentações ou palestras a um público desconhecido
- pedir favores a pessoas desconhecidas
- fazer perguntas a pessoas desconhecidas

O escore fatorial 5 (F5) identifica as habilidades de autocontrole da agressividade em situações aversivas, ou seja, a capacidade de reagir a estimulações aversivas do interlocutor com razoável controle da raiva e da agressividade. São representativas dessas habilidades as seguintes categorias:

- lidar com críticas dos pais
- lidar com chacotas ou brincadeiras ofensivas
- cumprimentar desconhecidos

O escore total permite uma primeira avaliação da existência de recursos e déficits em habilidades sociais no repertório do respondente. Os escores fatoriais permitem a interpretação em termos comportamentais situacionais, diferentes habilidades sociais em diferentes contextos sociais, permitindo portanto, a identificação de necessidades de treinamento e atendimento em grupos terapêuticos (Del Prette e Del Prette 2001c).

#### **4.3 - Procedimentos.**

Primeiramente, foi elaborado um projeto de pesquisa submetido à Comissão de Pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, com pareceres favoráveis ao seu desenvolvimento (anexos 5 e 6).



A pesquisa foi desenvolvida no setor de Psicologia do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo, no campus de Bauru (HRAC – USP) e compreendeu duas etapas: pré e pós-cirúrgicas.

Na etapa pré-cirúrgica, foi realizado junto à Central de Agendamento do hospital, um levantamento, por meio de sistema de rede, dos pacientes que tinham previsão para a realização da faringoplastia. O paciente que apresentava esta condição e que tinha idade acima de quinze anos foi atendido no setor de Psicologia, durante a rotina de pré-internação do hospital. Recebeu informações sobre a pesquisa e suas etapas e foi convidado a participar da mesma, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 4), para a utilização dos dados coletados.

Foram aplicados, então, a Entrevista Psicológica Pré-Cirúrgica e o Inventário de Habilidades Sociais, de forma individual, em uma sala clara, própria para atendimento psicológico, sem interferências exteriores e com duração aproximada de uma hora. Possíveis dúvidas quanto ao conteúdo dos instrumentos foram esclarecidas durante a aplicação.

Na etapa pós-cirúrgica, a Central de Agendamento do hospital agendou os pacientes que tinham sido atendidos na etapa pré-cirúrgica e que haviam realizado a faringoplastia, juntamente com atendimentos de outros setores.

Transcorrido o período de três meses a um ano após a realização da cirurgia, o mesmo paciente foi atendido no setor de Psicologia, durante a rotina de acompanhamento pós-cirúrgico do Hospital, recebendo novamente informações sobre a pesquisa. A Entrevista Psicológica Pós-Cirúrgica e o

Inventário de Habilidades Sociais foram aplicados da mesma maneira que na etapa anterior.

Os resultados apresentados nas Entrevistas Psicológicas e no Inventário de Habilidades Sociais, de ambas as etapas, foram analisados quantitativa e qualitativamente, a partir de uma análise estatística adequada que permitiu a contemplação dos objetivos propostos.

As respostas obtidas por meio das Entrevistas Psicológicas foram agrupadas em categorias por conteúdos afins. A denominação atribuída a cada agrupamento foi escolhida com base na resposta que obteve maior frequência ou pelo conteúdo a que se referiam. Os resultados obtidos a partir do Inventário de Habilidades Sociais foram apurados e interpretados conforme estabelecido no manual de aplicação e avaliação do mesmo, em termos de escore total e escores fatoriais, considerando a sub-amostra do mesmo sexo.

O Inventário de Habilidades Sociais permitiu a interpretação dos dados a partir de cinco categorias: repertório bastante elaborado de habilidades sociais, bom repertório (acima da média), repertório médio, bom repertório (abaixo da média) e indicação para treinamento em habilidades sociais.

Os resultados das Entrevistas Psicológicas e do Inventário de Habilidades Sociais foram armazenados em um banco de dados criado a partir do programa EXCEL 2000 ver.9.0, para a elaboração de tabelas e gráficos, possibilitando melhor visualização dos resultados e obtenção das frequências relativa e absoluta.

**RESULTADOS**

## **5 - RESULTADOS.**

Os resultados serão apresentados de acordo com a ordem em que foram coletados.

### **5.1 - Caracterização da amostra.**

Dos 13 participantes, 69,2% eram do gênero masculino e 30,8% do feminino, com idade média de 24,2 anos ( $s = \pm 7,67$ ). Quanto ao estado civil, 69,2% dos pacientes eram solteiros e 30,8% casados. A maioria (53,8%) pertencia ao nível sócio-econômico baixo superior, 23,1% ao baixo inferior e 23,1% ao médio inferior, conforme a classificação sócio-econômica proposta por Graciano et al (1999).

Com relação ao nível de instrução, 53,8% dos pacientes tinham ensino médio (15,3% incompleto e 38,5% completo) e 46,2%, o ensino fundamental (38,5% incompleto e 7,7% completo). Dos sujeitos, 46,2% eram, ainda, estudantes e o restante exerciam profissões, como: agricultor (15,4%), comerciante (7,7%), auxiliar administrativo (7,7%), metalúrgico (7,7%), protético (7,7%) e faxineiro (7,7%).

O tempo de tratamento no hospital variou de dois dias (caso novo) a 17 anos (média de 8,5 anos) e os pacientes apresentaram os seguintes tipos de fissura: 53,9% pós-forame incisivo (38,5% incompleta e 15,4% completa), 38,5% transforame incisivo (23,1% unilateral e 15,4% bilateral) e 7,6% pré-forame associada à pós-forame incisivo incompleta.

## **5.2 - Condição fonoaudiológica.**

A condição fonoaudiológica foi analisada por profissional da área, pertencente à equipe multidisciplinar do HRAC/USP, antes e depois da realização da cirurgia, abrangendo os seguintes aspectos: frequência em fonoterapia, articulação, ressonância e inteligibilidade da fala. A primeira avaliação fonoaudiológica foi feita imediatamente antes da cirurgia e a segunda ocorreu de três meses a um ano após a mesma.

Com relação à frequência em fonoterapia, 30,8% dos pacientes faziam fonoterapia antes da cirurgia e 46,2% passaram a fazê-la na etapa pós-cirúrgica. Apenas 23,1% dos pacientes que faziam fonoterapia antes da cirurgia, continuaram.

Os resultados das avaliações fonoaudiológicas mostraram que houve melhora na ressonância e inteligibilidade da fala com a realização da cirurgia (69,2% e 53,8%, respectivamente). Quanto à presença de articulação compensatória durante a fala, não houve alteração com a cirurgia, sendo que os pacientes que apresentavam tal distúrbio (92,3%) continuaram a apresentá-lo após a realização da mesma, conforme apresentado na Figura 1.

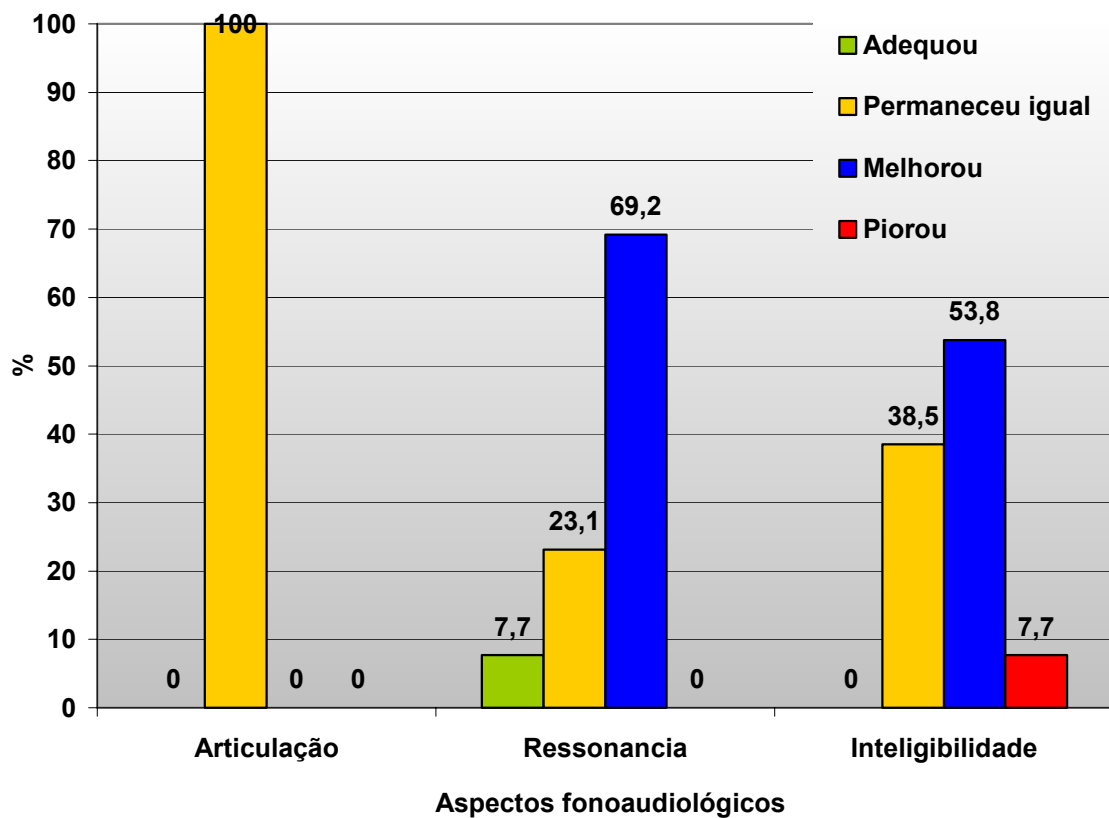


Figura 1 – Distribuição percentual dos pacientes (n=13), de acordo com o resultado das avaliações fonoaudiológicas das etapas pré e pós-cirúrgicas

### 5.3 - Aspectos emocionais.

Os aspectos emocionais foram analisados a partir de duas questões: “Você se considera uma pessoa feliz? Por que?” e “Como você se descreveria psicologicamente?”

Tabela 1 – Distribuição porcentual dos pacientes que relataram ser felizes, de acordo com as justificativas apresentadas nas etapas pré (n=11) e pós-cirúrgicas (n=13)

<b>Sou feliz porque:</b>	<b>Pré-cirúrgica (n=11)</b>	<b>Pós-cirúrgica (n=13)</b>
Tenho família, amigos, trabalho	72,7%	30,8%
Tenho esperança de um futuro melhor	9,1%	0
Tem gente pior do que eu	9,1%	0
Pelo meu jeito de ser	9,1%	7,7%
Tenho saúde	0	7,7%
Tenho mais confiança e segurança	0	30,8%
Pela mudança dos outros comigo	0	7,7%
Não sei especificar	0	15,4%

Para a primeira questão (*“Você se considera uma pessoa feliz? Por que?”*), 84,6% (n=11) dos pacientes na etapa pré-cirúrgica e 100% (n=13) na pós-cirúrgica responderam que eram felizes. Pode-se observar que, na etapa pré-cirúrgica, a maioria (72,7%) das justificativas dos pacientes para a condição de felicidade está mais relacionada ao fato de terem família, amigos e trabalho.

*“Sim, tenho uma boa família, ótimos amigos, um marido zeloso.”*

*“Sim, porque tenho a minha família, a gente se dá muito bem, conversa muito. Só por isso, já me considero feliz.”*

Já na etapa pós-cirúrgica, os pacientes atribuíram sua felicidade à família, aos amigos e ao trabalho (30,8%)

*“Sim, porque tenho a minha família e o meu trabalho.”*

*“Sim, porque estou grávida de três meses, vou ter um filho como eu sempre sonhava”.*

e ao fato de se sentirem com mais confiança e segurança (30,8%).

*“É, agora, me considero feliz porque estou mais solta. Muita coisa mudou, eu mudei muito em tudo, relacionamento, comportamento, em coisas que eu ficava me prendendo. Estou mais confiante, mais solta. Antes falavam que eu era antipática, revoltada, mas eu só era fechada. Agora, não tenho mais medo de falar com as pessoas, de mais nada. Só depois da cirurgia eu parei para pensar e vi que o que eu tinha não era nada, que não custava nada tentar mudar.”*

*“Sim, hoje em dia sim, porque mudou muita coisa, como a espontaneidade para falar, sem medo. Antes, eu tinha medo, hoje não.”*

Para a segunda questão (“Como você se descreveria psicologicamente?”), na qual o paciente deveria descrever-se psicologicamente, as respostas apresentadas foram divididas em duas categorias: características psicológicas positivas e características psicológicas negativas. A categoria relacionada a aspectos positivos englobou as seguintes características psicológicas: calmo, extrovertido e seguro. Já, a relacionada a aspectos negativos abrangeu as características psicológicas: nervoso, tímido, inseguro, sem equilíbrio emocional, pessimista, preocupado e irritado.



Tabela 2 – Distribuição percentual das características psicológicas dos pacientes, de acordo com as respostas apresentadas nas etapas pré (n=36) e pós-cirúrgicas (n=27)

<b>Características psicológicas</b>		<b>Pré-cirúrgica (n=36)</b>	<b>Pós-cirúrgica (n=27)</b>
<b>Positivas</b>	Calmo	25%	22,2%
	Extrovertido	5,5%	14,8%
	Seguro	0	7,5%
	<b>Sub-total</b>	30,5%	44,5%
<b>Negativas</b>	Nervoso	27,8%	22,2%
	Tímido	25%	14,8%
	Inseguro	2,8%	3,7%
	Sem equilíbrio emocional	2,8%	0
	Pessimista	2,8%	0
	Preocupado	2,8%	14,8%
	Irritado	5,5%	0
<b>Sub-total</b>	69,5%	55,5%	
<b>Total</b>		100%	100%

A tabela 2 mostra as características positivas e negativas relatadas nas etapas pré (n=36) e pós-cirúrgica (n=27). Pode-se observar que, nas duas etapas, os relatos de características negativas prevaleceram sobre as características positivas (69,5% e 55,5%, respectivamente), apesar de, na etapa pós-cirúrgica ter diminuído a proporção, aumentando as características

positivas (de 30,5% para 44,5%) e diminuído as negativas (de 69,5% para 55,5%).

#### 5.4 - Aspectos relacionados à fala.

##### 5.4.1 - Avaliação da fala.

A avaliação da fala, nas duas etapas, foi realizada de acordo com a percepção que o próprio paciente tem do seu modo de falar e de como identifica a percepção de outros significativos, a partir das seguintes questões: “O que você acha da sua fala?” e “O que sua família, amigos e outras pessoas significativas acham da sua fala?”.

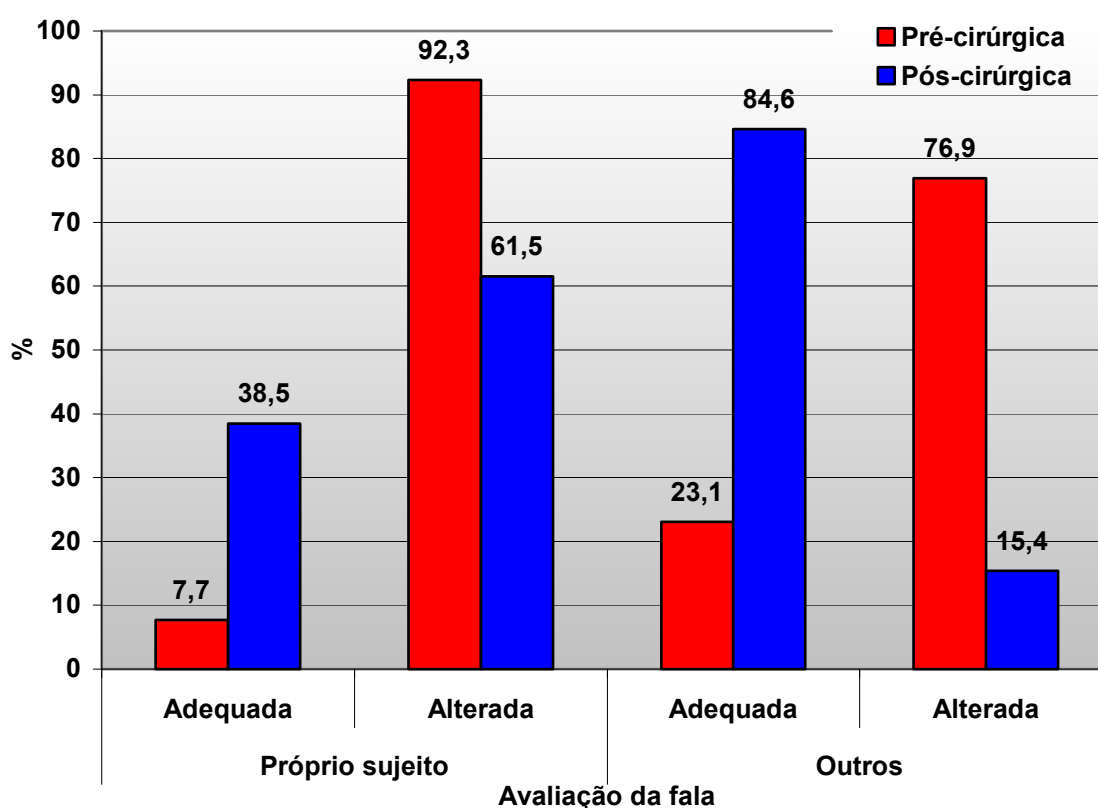


Figura 2 – Distribuição percentual da avaliação da fala nas etapas pré e pós-cirúrgicas, de acordo com os pacientes (n=13)

Com relação à primeira questão (*“O que você acha da sua fala?”*), pode-se observar na figura 2 que, 92,3% dos pacientes, na etapa pré-cirúrgica, classificaram a fala como alterada, sendo que, na etapa pós-cirúrgica, este índice diminuiu para 61,5%. Portanto, embora a avaliação da fala tenha sido mais positiva após a realização da cirurgia, a maioria dos pacientes ainda a avaliou como alterada, com necessidade de melhora e tratamento.

Ainda de acordo com a figura 2, em relação à segunda questão (*“O que sua família, amigos e outras pessoas significativas acham da sua fala?”*), na etapa pré-cirúrgica, 76,9% dos pacientes acreditaram que outros significativos avaliariam sua fala como alterada, com necessidade de melhora e tratamento. Na etapa pós-cirúrgica, somente 15,4% dos pacientes relataram que a fala seria avaliada como alterada. Desta maneira, após a realização da cirurgia, houve uma avaliação mais positiva sobre a fala dos pacientes, principalmente com relação à percepção que estes têm de seus familiares, amigos e outros significativos.

Tabela 3 – Distribuição porcentual da avaliação da fala dos pacientes, de acordo com as respostas apresentadas nas etapas pré (n=33) e pós-cirúrgicas (n=40)

Avaliação da fala	Pré-cirúrgica (n=33)	Pós-cirúrgica (n=40)
Sem problemas na fala	12,1%	52,5%
Problemas na fala	57,6%	20%
Problemas com o outro	18,2%	7,5%
Expectativa de melhora da fala	6,1%	15%
Sem possibilidade de melhora	3%	2,5%
Melhorou com o tratamento	3%	2,5%

Analisando as respostas apresentadas pelos pacientes, na tabela 3, com relação à avaliação da sua fala nas etapas pré-cirúrgica (n=33) e pós-cirúrgica (n=40), observa-se que mais da metade (57,6%) das respostas na primeira etapa referiram-se a uma fala que apresenta problemas, pelo fato de ser fanhosa, diferente das outras pessoas e que dificulta a comunicação.

*“Ruim, porque não sai certa, não sai normal, é diferente das outras pessoas.”*

*“Muito fanhosa, tem palavras que eu não consigo falar.”*

*“Não gosto dela porque tem palavras que eu não falo direito, sai pelo nariz.”*

*“Fanha, pareço mulher falando fino e por isso, perguntam quando eu vou ficar homem. Não gosto dela porque não consigo falar direito.”*

Já na etapa pós-cirúrgica, mais da metade (52,5%) das respostas estava relacionada a uma fala sem problemas. Portanto, uma avaliação mais positiva da fala após a realização da cirurgia.

*“Melhorou bastante, as pessoas me entendem melhor. Para mim, melhorou, porque acabou o escape de ar pelo nariz.”*

*“Algumas palavras que eu não conseguia falar hoje eu consigo, principalmente, quando eu me esforço, quando falo mais devagar. Por isso, achei que melhorou. Eu sei pelos outros porque não me escuto. O fanhoso da fala eu sei que melhorou.”*

As respostas apresentadas pelos pacientes com relação à avaliação de outros significativos sobre sua fala mostram, na tabela 4, que 32,3% dos relatos na etapa pré-cirúrgica apontaram que outras pessoas significativas, de acordo com a percepção dos pacientes, avaliariam a fala como apresentando problemas, pois relataram que freqüentemente são alvos de chacotas.

*“Tiram sarro, ninguém gosta.”*

*“Acham estranha que a voz sai fanhosa, errada.”*

Ainda nesta etapa, 29% dos pacientes relataram não possuir problemas de fala.

*“Acham que está normal, que eu não deveria fazer a cirurgia, por eles já está bom.”*

*“Para eles eu sou normal, mas sei que é por causa da convivência.”*

Na etapa pós-cirúrgica, 74,1% das respostas referem-se a uma fala sem problemas.

*“Acharam muito boa. Lá na firma onde eu trabalho, pediam para eu ficar repetindo, acharam que eu melhorei bastante.”*

*“Acharam ótima, que melhorou bastante, que eu estou falando mais correto, mais devagar.”*

*“Acharam que ficou perfeita, que nem parece que eu nasci com problema.”*

Portanto, de acordo com a percepção dos pacientes, os familiares, amigos e outras pessoas significativas fizeram uma avaliação mais positiva da fala após a realização da cirurgia, conforme mostra a tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição porcentual da avaliação de outros significativos sobre a fala dos pacientes, de acordo com as respostas apresentadas nas etapas pré (n=26) e pós-cirúrgicas (n=23)

<b>Avaliação da fala</b>	<b>Pré-cirúrgica (n=26)</b>	<b>Pós-cirúrgica (n=23)</b>
Sem problemas de fala	29%	74,1%
Problemas na fala	32,3%	7,4%
Problemas com o outro	12,9%	0
Expectativa de melhora da fala	3,2%	0
Melhorou com o tratamento	6,5%	3,7%

#### 5.4.2 - Interferência do comprometimento da fala em aspectos psicossociais.

A análise do comprometimento da fala em aspectos psicossociais foi realizada, tanto na etapa pré como na pós-cirúrgica, a partir das seguintes questões: “O modo como você fala interfere no seu relacionamento com as pessoas?”, “O modo como você fala interfere na sua realização pessoal ou profissional?” e “O modo como você fala interfere na sua auto-estima?”.

Para todas, a resposta inicial era sim ou não. Em seguida, aos pacientes era solicitado que especificassem porque existia ou não a interferência do comprometimento da fala para cada uma das condições analisadas.

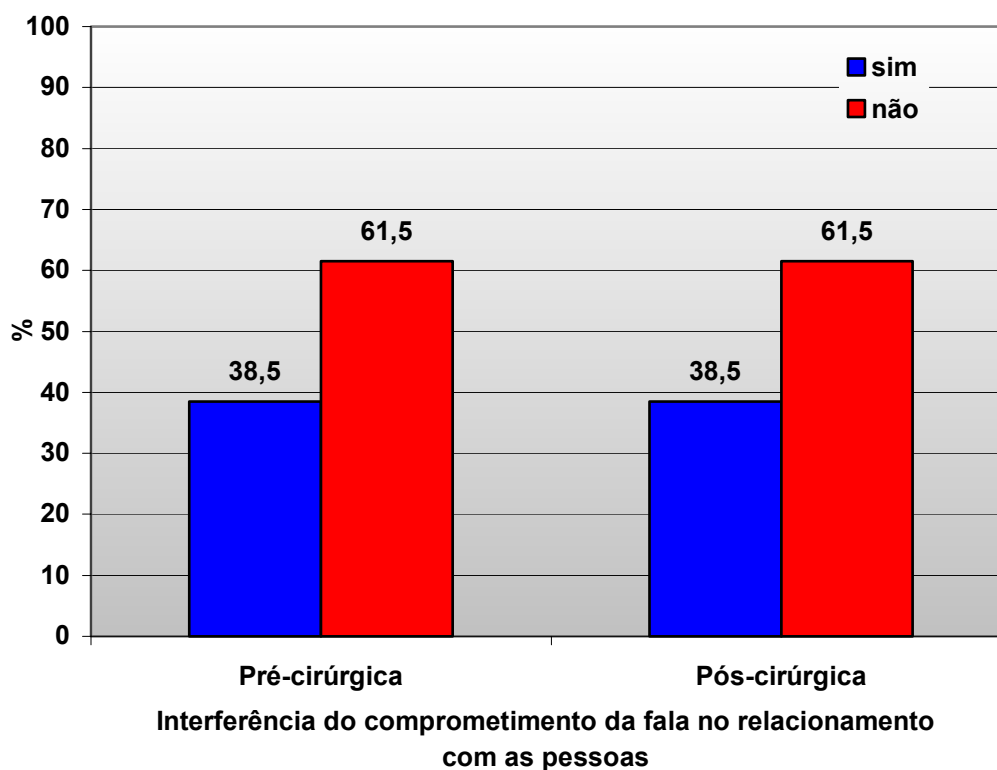


Figura 3 – Distribuição percentual dos pacientes (n=13), conforme a análise do comprometimento da fala no relacionamento com as pessoas

A figura 3 mostra que não houve diferença da etapa pré para a pós-cirúrgica com relação à interferência do comprometimento da fala no relacionamento com as pessoas, mantendo-se um alto índice de não interferência.

As justificativas para a ausência de interferência do comprometimento da fala no relacionamento com as pessoas foram agrupadas conforme mostra a tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição porcentual da ausência de interferência do comprometimento da fala no relacionamento com as pessoas, considerando as respostas apresentadas nas etapas pré (n=7) e pós-cirúrgicas (n=8)

<b>Categorias</b>	<b>Pré-cirúrgica</b>	<b>Pós-cirúrgica</b>
	<b>(n=7)</b>	<b>(n=8)</b>
Relaciona-se bem/tem amigos	57,1%	87,5%
Outros entendem bem/ estão acostumados	42,9%	12,5%

Na tabela 5, observa-se um numero maior de respostas favoráveis para o mesmo número de pacientes na etapa pós-cirúrgica. Ainda, aumentou a proporção de respostas de bom relacionamento com as pessoas, após a realização da cirurgia

*“Não, agora está mais fácil de falar com as pessoas, me relacionar.”*

*“Não, melhorou para fazer amizade, conhecer gente nova, está mais fácil para conhecer algumas mulheres.”*



e houve uma diminuição na proporção das respostas referentes ao fato das pessoas estarem acostumadas e entenderem bem a fala dos pacientes.

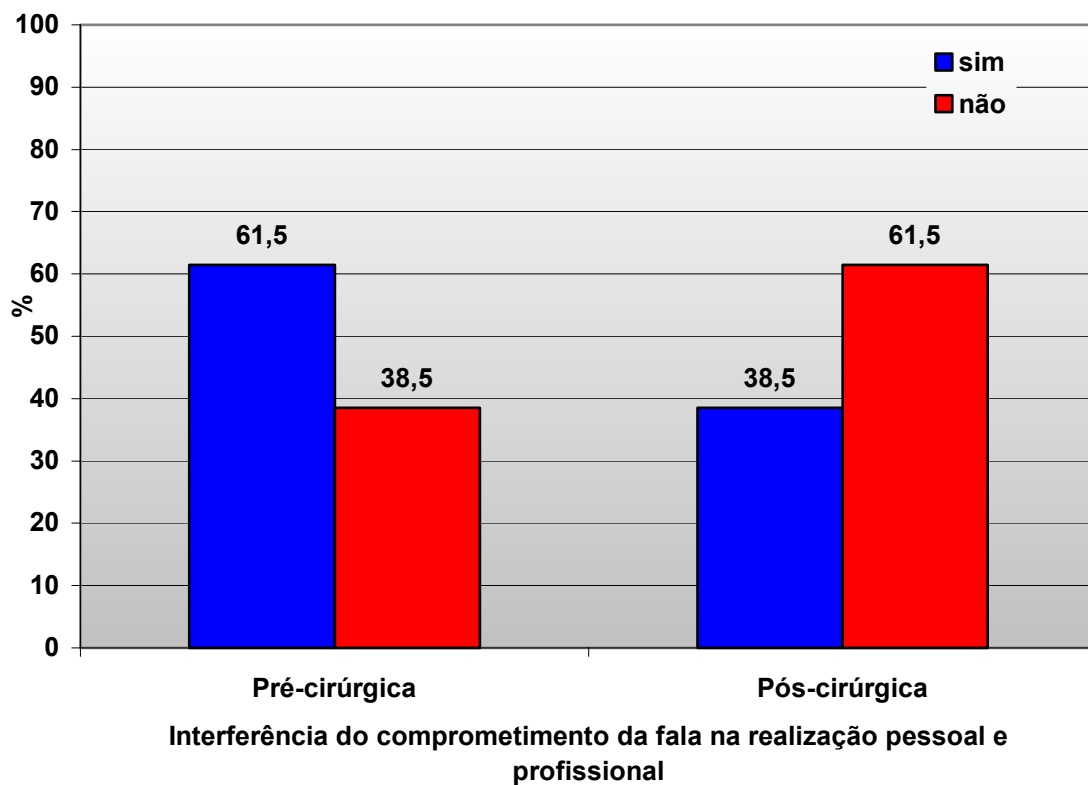


Figura 4 – Distribuição percentual dos pacientes (n=13), conforme a análise do comprometimento da fala na realização pessoal e profissional

A figura 4 mostra que houve uma diminuição da interferência do comprometimento da fala na realização pessoal e profissional da etapa pré para a pós-cirúrgica. Portanto, uma melhora neste aspecto psicossocial após a realização da cirurgia.

As respostas dos pacientes que não relataram interferência do comprometimento da fala na realização pessoal e profissional foram organizadas conforme os dados apresentados na tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição porcentual da ausência de interferência do comprometimento da fala na realização pessoal e profissional dos pacientes, considerando as respostas apresentadas nas etapas pré (n=6) e pós-cirúrgicas (n=4)

Categorias	Pré-cirúrgica	Pós-cirúrgica
	(n=6)	(n=4)
Fala não impossibilita namoro ou emprego	33,3%	75%
Outros fatores atrapalham	33,3%	0
Trabalho não exige fala	16,7%	0
Trabalha com o que gosta	16,7%	25%

De acordo com a tabela 6, pode-se perceber que na etapa pós-cirúrgica, houve um aumento na proporção das respostas relacionadas ao fato da fala não impossibilitar namoro ou emprego e pelo fato dos pacientes relatarem que trabalhavam com o que gostavam.

*“Não, antes eu pensava que sim, mas agora tirei da minha cabeça que eu tenho problema. Uma pessoa não vai deixar de gostar de mim, de namorar comigo e de me dar um emprego só por causa do jeito que eu falo.”*

*“Antigamente sim, agora fiz duas entrevistas de emprego e me saí bem. O jeito que eu falo não me atrapalhou em nada.”*

*“Não, porque trabalho com o que gosto, com o que quero, meu desempenho até melhorou.”*

Ainda, uma diminuição na proporção das respostas referentes a outros fatores que atrapalhavam e pelo trabalho não exigir fala.

*“Não, porque está difícil para todo mundo arranjar emprego, tem muita gente desempregada.”*

*“Não, porque o meu trabalho não exige que eu fale.”*

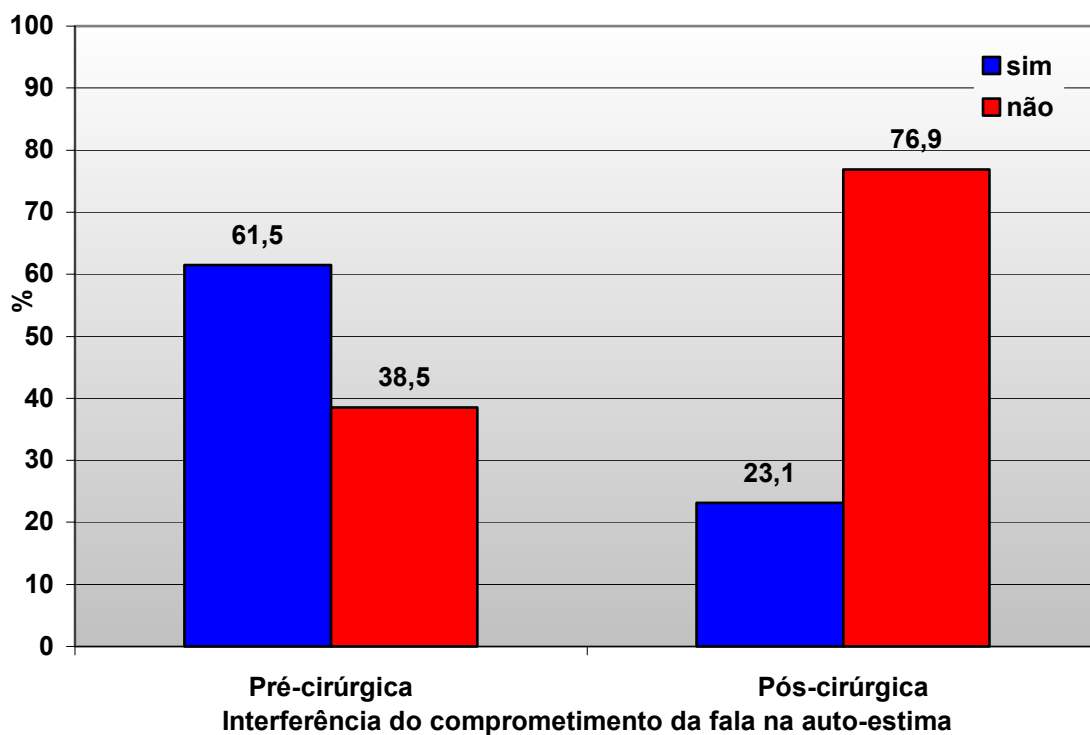


Figura 5 – Distribuição percentual dos pacientes (n=13), conforme a análise do comprometimento da fala na auto-estima

A figura 5 mostra que houve uma diminuição da interferência do comprometimento da fala na auto-estima. Portanto, uma melhora neste aspecto psicossocial após a realização da cirurgia.

Com relação à ausência de interferência do comprometimento da fala na auto-estima, as justificativas foram categorizadas conforme mostra a tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição porcentual da ausência de interferência do comprometimento da fala na auto-estima dos pacientes, de acordo com as respostas apresentadas nas etapas pré (n=1) e pós-cirúrgicas (n=6)

<b>Categorias</b>	<b>Pré-cirúrgica (n=1)</b>	<b>Pós-cirúrgica (n=6)</b>
Sente-se capaz	0	100%
Todos são iguais perante Deus	100%	0

Na tabela 7, observa-se que pelo menos um paciente relatou na etapa pré-cirúrgica a questão da igualdade perante Deus e na etapa pós-cirúrgica, 100% dos relatos referiram-se ao fato dos pacientes não se sentirem inferiores, piores, nem diferentes dos outros, mas capazes.

*“Não, perante Deus todo mundo é igual, ninguém é melhor que ninguém.”*

*“Não, a minha auto-estima está mais elevada. Estou com mais confiança em mim mesma.”*

### **5.5 - Aspectos relacionados à cirurgia.**

Os aspectos relacionados à cirurgia foram analisados, primeiramente, a partir das seguintes questões, na etapa pré-cirúrgica: *“Você sabe o que é a faringoplastia? Para que serve?”*.

Quanto ao conhecimento da cirurgia e para quê ela seria realizada, 53,8% dos pacientes apresentaram respostas que demonstravam algum tipo de conhecimento sobre a mesma. Ainda, todos os pacientes responderam que a cirurgia serviria para melhorar a fala, para acabar com a nasalidade.

*“Sei, eles vão alongar o meu palato para a voz sair melhor, sair sem ser fanhosa e daí, melhorar a fala.”*

*“Sei, é para o ar sair mais pela boca e o meu jeito de falar ficar melhor.”*

Outros aspectos estudados relacionados à cirurgia foram a decisão do tipo de cirurgia e o motivo para a sua realização. Estes aspectos foram avaliados apenas na etapa pré-cirúrgica, a partir das seguintes questões: *“Por que você vai fazer a cirurgia? Quem decidiu que seria esta?”*

Para a primeira destas questões, todos os pacientes responderam que o motivo para a realização da cirurgia está relacionado à melhora da fala. Quanto à questão *“Quem decidiu que seria esta?”*, os resultados apresentados na figura 6 mostram que a maioria dos pacientes (61,5%) relatou que a decisão do tipo de cirurgia a ser realizada é dos profissionais do hospital, médicos e fonoaudiólogas, enquanto 30,8% dos pacientes decidiram sozinhos e pediram para realizar esta cirurgia e, apenas 7,7% participou juntamente com os profissionais na escolha do tipo da cirurgia.

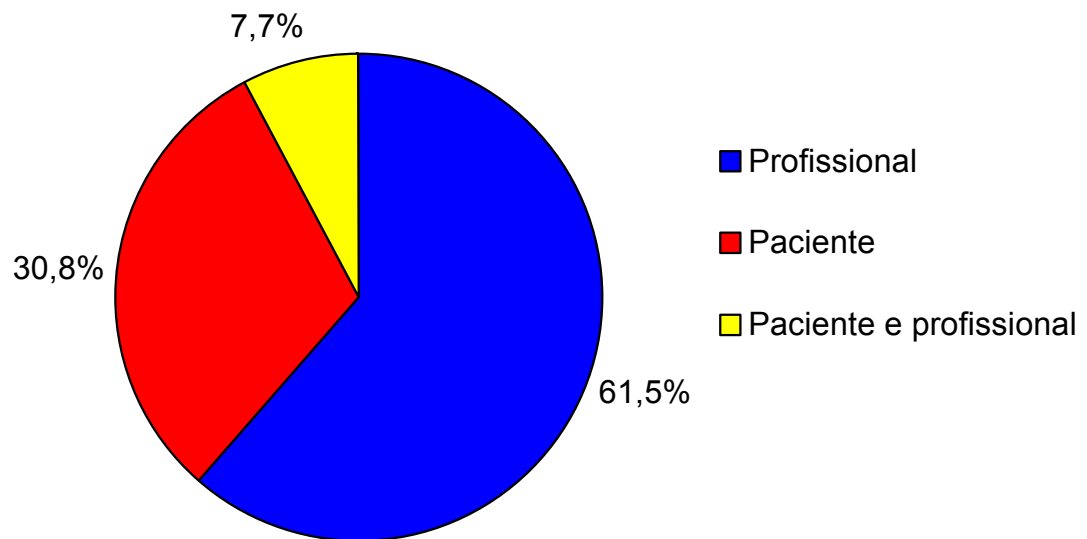


Figura 6 – Decisão do tipo de cirurgia a ser realizada na etapa pré-cirúrgica, de acordo com os pacientes (n=13)

Ainda na etapa pré-cirúrgica, a expectativa com relação ao resultado da cirurgia foi estudada através da questão: “O que você espera da cirurgia?”. Os resultados foram agrupados conforme a tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição porcentual dos pacientes (n=13) de acordo com a expectativa em relação ao resultado da cirurgia na etapa pré-cirúrgica

<b>Expectativa</b>	<b>Pré-cirúrgica</b>
Melhorar a fala	84,6%
Melhorar a fala e dar continuidade ao tratamento	7,7%
Melhorar a fala e o relacionamento com as pessoas	6,7%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

Na tabela 8, pode-se observar que a maioria dos pacientes (84,6%) apresentou expectativa de melhora da fala em relação ao resultado da cirurgia.

*“Espero ficar bom, melhorar a fala para poder fazer outras cirurgias e terminar o tratamento.”*

*“Que melhore a fala e também o meu relacionamento com as pessoas.”*

*“Que a fala melhore, que diminua a nasalidade.”*

A satisfação com relação ao resultado da cirurgia foi estudada na etapa pós-cirúrgica através da seguinte questão: *“O que você achou da cirurgia?”*. Os resultados apresentados na tabela 9 mostram que a maioria (76,9%) dos pacientes referiu que o resultado esperado foi alcançado, que a cirurgia foi boa.

Tabela 9 – Distribuição porcentual dos pacientes (n=13) de acordo com a satisfação em relação ao resultado da cirurgia na etapa pós-cirúrgica

<b>Satisfação</b>	<b>Pós-cirúrgica</b>
Alcançou o resultado esperado	76,9%
Não alcançou o resultado esperado	23,1%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

Com relação à modificação em aspectos da vida do paciente com a realização da cirurgia, 69,2% dos pacientes relataram esta possibilidade na etapa pré-cirúrgica, enquanto 76,9% relataram mudanças ocorridas após a realização da cirurgia.

Tabela 10 – Distribuição porcentual da ocorrência de modificação em aspectos da vida do paciente com a realização da cirurgia, de acordo com as respostas apresentadas nas etapas pré (n=15) e pós-cirúrgicas (n=19)

<b>Categorias</b>	<b>Pré-cirúrgica (n=15)</b>	<b>Pós-cirúrgica (n=19)</b>
Melhora profissional	26,7%	26,3%
Melhora pessoal	40%	47,4%
Melhora no relacionamento com as pessoas	20%	15,8%
Melhora na fala	13,3%	10,5%



Na tabela 10, pode-se observar que quase não houve diferença na proporção das respostas relacionadas à melhora profissional, de uma etapa para outra. Ocorreu um aumento, na etapa pós-cirúrgica, na proporção das respostas relativas à melhora pessoal. Ainda, houve uma diminuição na proporção das respostas referentes à melhora no relacionamento com as pessoas e na fala com a realização da cirurgia.

Um último aspecto estudado relacionado à cirurgia foi a possibilidade ou presença de alguma complicação após a realização da cirurgia. Na etapa pré-cirúrgica, 100% dos pacientes relataram não haver esta possibilidade.

*“Não, porque todas as cirurgias que eu fiz deram certo. Tenho confiança no hospital e nos médicos.”*

Já na etapa pós-cirúrgica, 61,5% dos pacientes relataram esta condição, principalmente, dificuldades relacionadas à respiração.

*“Uns dez dias depois da cirurgia eu voltei para o hospital e o médico colocou uma cânula por causa da respiração, eu não conseguia dormir.”*

*“Sim, para respirar. Não consigo respirar pelo nariz, só consigo dormir de boca aberta.”*

## **5.6 - Habilidades sociais.**

As respostas referentes ao repertório de habilidades sociais foram categorizadas de acordo com o manual de aplicação e apuração do Inventário de Habilidades Sociais (IHS – Del Prette 2001), considerando a sub-amostra do mesmo sexo, em termos de escore total e escores fatoriais: F1 - enfrentamento e auto-afirmação com risco; F2 - auto-afirmação na expressão de sentimento

positivo; F3 - conversação e desenvoltura social; F4 - auto-exposição a desconhecidos e a situações novas e F5 - autocontrole da agressividade. A interpretação dos dados foi realizada a partir das cinco categorias: repertório bastante elaborado de habilidades sociais, bom repertório (acima da média), repertório médio, bom repertório (abaixo da média) e indicação para treinamento em habilidades sociais.

Os resultados dos pacientes referentes a F1 (enfrentamento e auto-afirmação com risco) são apresentados na figura 7.

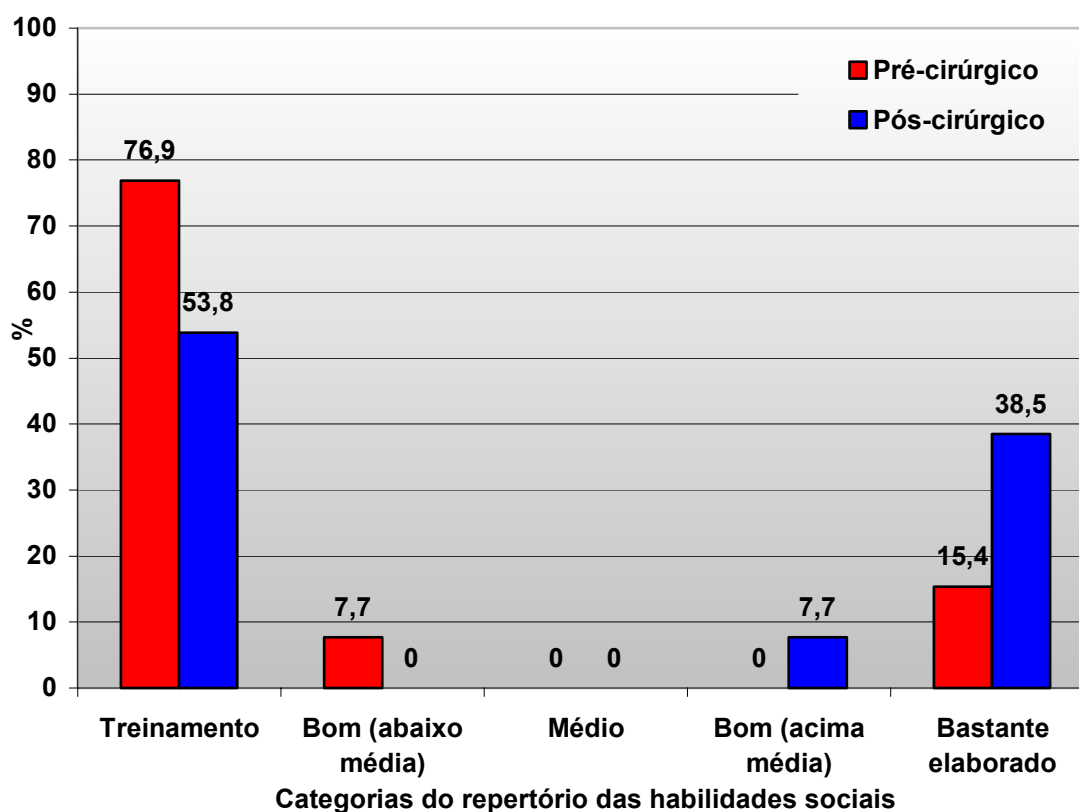


Figura 7 – Repertório de habilidades sociais dos pacientes (n=13) referente a F1, nas etapas pré e pós-cirúrgicas

De acordo com a figura 7, de uma etapa para outra, nota-se uma leve redução para a necessidade de treinamento das habilidades sociais e que o bom repertório de habilidades sociais (abaixo da média) desapareceu. Ainda, o bom repertório (acima da média) permaneceu inalterado e o repertório bastante elaborado teve um aumento. Houve, portanto, uma melhora no repertório de habilidades sociais referente ao enfrentamento e auto-afirmação com risco da etapa pré para a pós-cirúrgica.

A figura 8 mostra os resultados dos pacientes quanto a F2 (auto-afirmação na expressão de sentimento positivo).

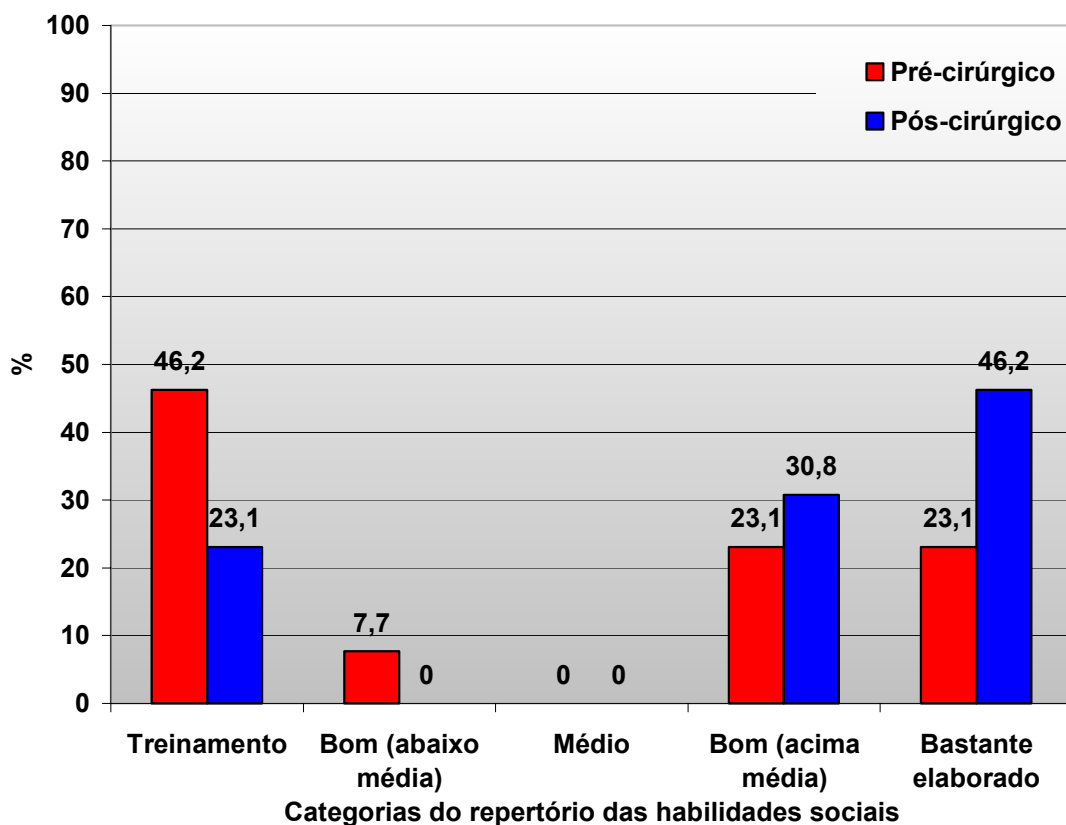


Figura 8 – Repertório de habilidades sociais dos pacientes (n=13) referente a F2, nas etapas pré e pós-cirúrgicas

Na figura 8, nota-se na etapa pós-cirúrgica, uma diminuição das porcentagens com relação à necessidade de treinamento das habilidades sociais, extinção da categoria bom (abaixo da média), uma leve elevação da categoria bom (acima da média) e um aumento da categoria repertório bastante elaborado. Portanto, houve uma melhora na qualidade dessas habilidades após a realização da cirurgia.

Os resultados dos pacientes referentes a F3 (conversação e desenvoltura social) são apresentados na figura 9.

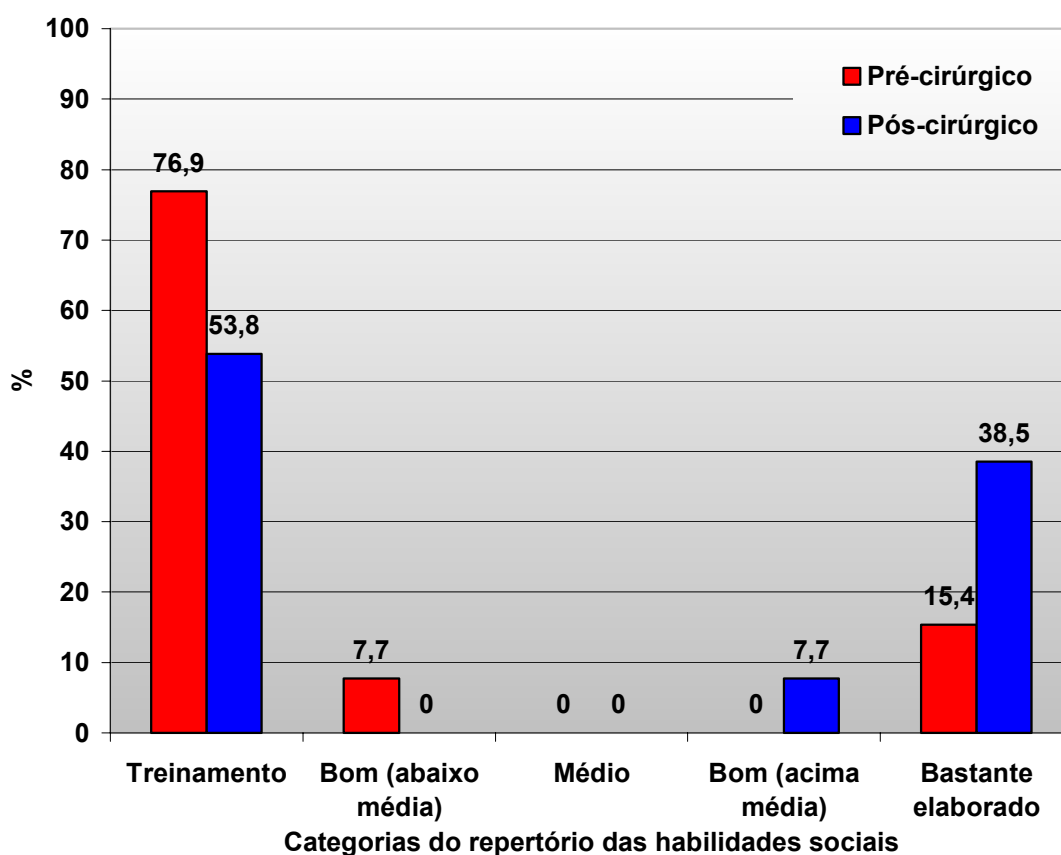


Figura 9 – Repertório de habilidades sociais dos pacientes (n=13) referente a F3, nas etapas pré e pós-cirúrgicas

Conforme a figura 9, pode ser observado, de uma etapa para outra, uma diminuição da necessidade de treinamento, extinção da categoria bom (abaixo da média), aumento da categoria bom (acima da média) e um aumento nas porcentagens relacionadas ao repertório bastante elaborado. Assim, também houve uma melhora dessas habilidades da etapa pré para a pós-cirúrgica.

Os resultados dos pacientes quanto F4 (auto-exposição a desconhecidos e a situações novas) são apresentados na figura 10.

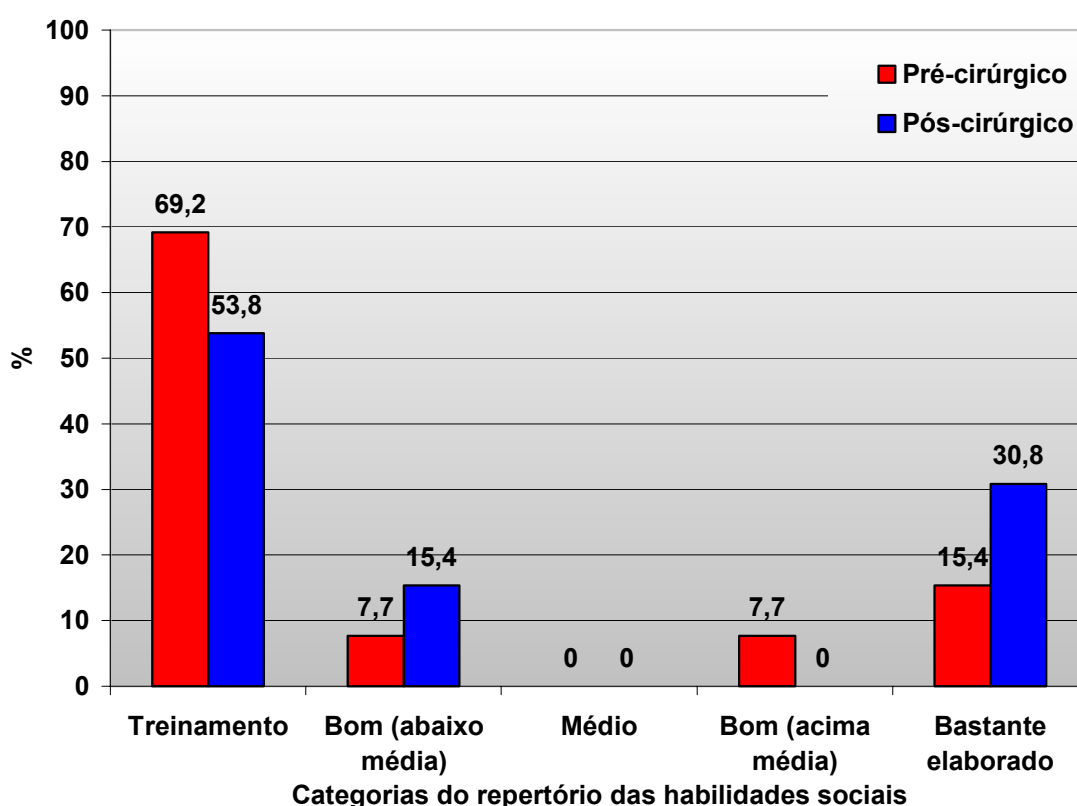


Figura 10 – Repertório de habilidades sociais dos pacientes (n=13) referente a F4, nas etapas pré e pós-cirúrgicas

Analisando a figura 10, observa-se que houve uma diminuição da necessidade de treinamento e da categoria bom (acima da média), na etapa pós-cirúrgica. Ainda, houve um aumento nas categorias bom (abaixo da média)

e repertório bastante elaborado. Portanto, também ocorreu uma melhora na qualidade dessas habilidades de uma etapa para outra.

Os resultados dos pacientes referentes a F5 (autocontrole da agressividade) são apresentados na figura 11.

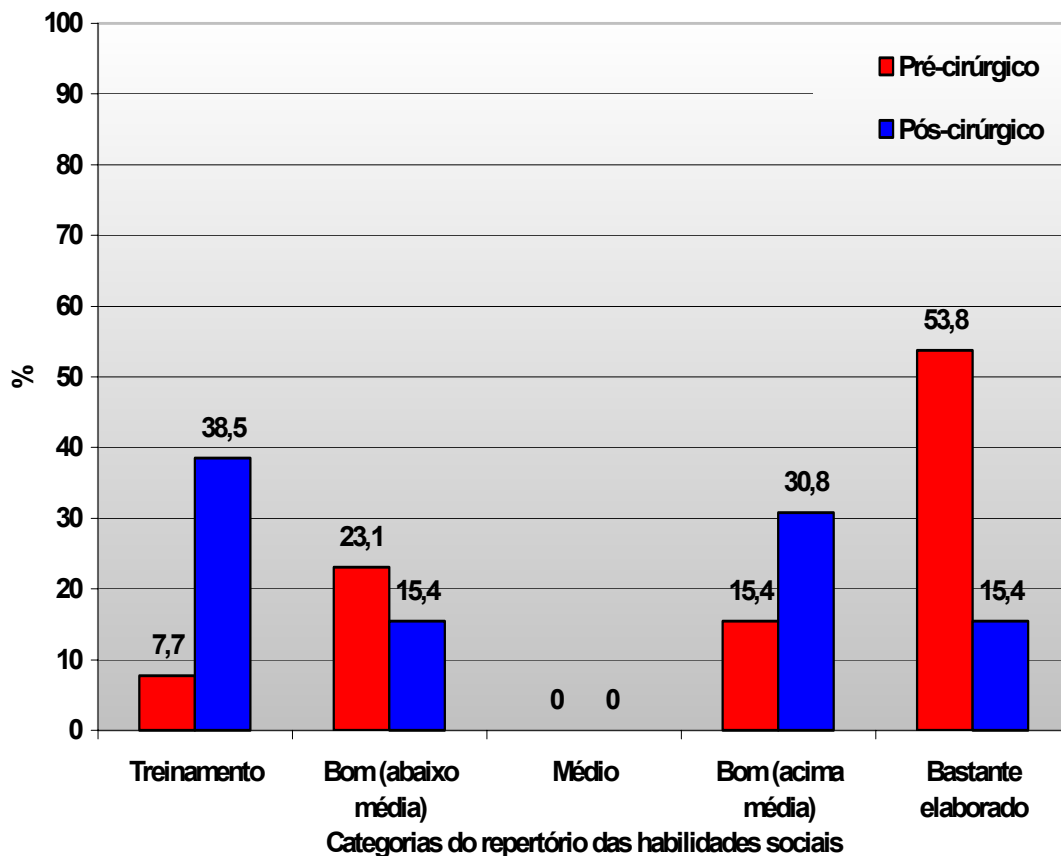


Figura 11 – Repertório de habilidades sociais dos pacientes (n=13) referente a F5, nas etapas pré e pós-cirúrgicas

Na figura 11, pode-se verificar, de uma etapa para outra, um aumento marcante na necessidade de treinamento, uma diminuição na ocorrência do bom repertório (abaixo da média), um aumento no bom repertório (acima da média) e um aumento acentuado na categoria repertório bastante elaborado.

Portanto, após a realização da cirurgia, houve uma maior necessidade de treinamento dessas habilidades.

Os resultados referentes ao escore total são apresentados na figura 12.

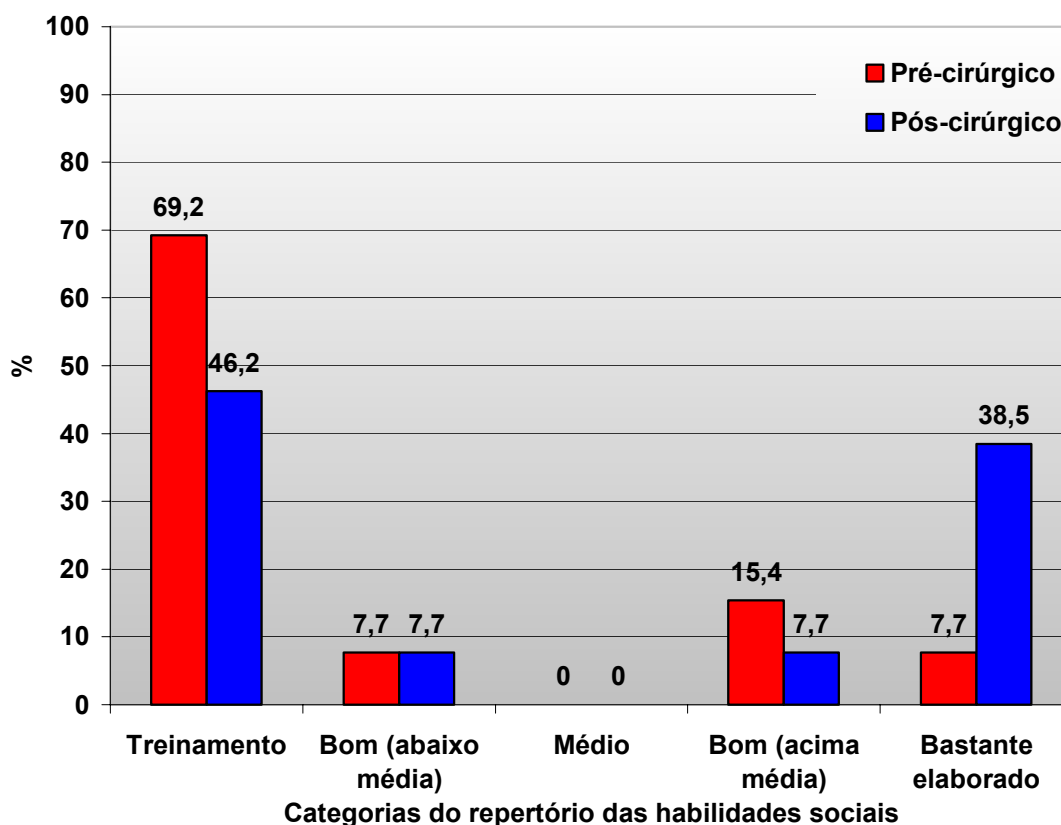


Figura 12 – Repertório de habilidades sociais dos pacientes (n=13) referente ao escore total, nas etapas pré e pós-cirúrgicas

De acordo com a figura 12, de uma etapa para outra, nota-se uma diminuição na necessidade de treinamento e no repertório bom (acima da média). Ainda, o repertório bom (abaixo da média) permaneceu inalterado e um aumento no repertório bastante elaborado. Portanto, houve uma melhora nas habilidades sociais relativas ao escore total após a realização da cirurgia.

Sabendo que as habilidades sociais estão relacionadas com a saúde, a satisfação pessoal, a realização profissional e a qualidade de vida, o repertório de habilidades sociais relativo ao escore total foi analisado juntamente com situações em que se pudesse verificar mais especificadamente as implicações psicossociais da cirurgia.

A ocorrência ou não de modificação em aspectos da vida após a realização da cirurgia (76,9% e 23,1%, respectivamente) foi analisada juntamente com o repertório de habilidades sociais relativo ao escore total (figura 12) da etapa pós-cirúrgica. Os resultados serão apresentados na tabela 11.

Tabela 11 – Distribuição porcentual dos pacientes (n=13), de acordo com a ocorrência ou não de modificação em aspectos da vida após a realização da cirurgia e com o repertório de habilidades sociais relativo ao escore total da etapa pós-cirúrgica

Habilidades Sociais	Modificação em aspectos da vida		Total
	Sim	Não	
Bastante elaborado	30,8%	7,7%	38,5%
Bom (acima da média)	7,7%	0	7,7%
Bom (abaixo da média)	7,7%	0	7,7%
Treinamento	30,8%	15,4%	46,2%
<b>Total</b>	<b>76,9%</b>	<b>23,1%</b>	<b>100%</b>



De acordo com a tabela 11, dos pacientes (76,9%) que relataram mudanças em aspectos da vida após a realização da cirurgia, apenas 30,8% apresentaram repertório bastante elaborado de habilidades sociais. Ainda, 23,1% dos pacientes que não relataram esta condição, 15,4% necessitavam de treinamento para possíveis mudanças na vida.

O repertório de habilidades sociais relativo ao escore total (figura 12) da etapa pós-cirúrgica também foi analisado com a interferência ou não do comprometimento da fala no relacionamento com as pessoas (figura3) após a realização da cirurgia.

Tabela 12 – Distribuição porcentual do repertório de habilidades sociais dos pacientes (n=13) relativo ao escore total da etapa pós-cirúrgica, conforme a interferência ou não do comprometimento da fala no relacionamento com as pessoas após a realização da cirurgia

Habilidades Sociais	Interferência do comprometimento da fala		Total
	Sim	Não	
Bastante elaborado	7,7%	30,8%	38,5%
Bom (acima da média)	0	7,7%	7,7%
Bom (abaixo da média)	7,7%	0	7,7%
Treinamento	23,1%	23,1%	46,2%
<b>Total</b>	<b>38,5%</b>	<b>61,5%</b>	<b>100%</b>

Observa-se na tabela 12 que, 61,5% dos pacientes não relataram interferência do comprometimento da fala no relacionamento com as pessoas,

após a realização da cirurgia, sendo que, destes, 30,8% apresentaram um repertório bastante elaborado de habilidades sociais. Dos pacientes (38,5%) que relataram esta interferência, 23,1% necessitavam de treinamento dessas habilidades.

O repertório de habilidades sociais relativo ao escore total (figura 12) da etapa pós-cirúrgica também foi analisado com a interferência ou não do comprometimento da fala na realização pessoal e profissional (figura 4) após a realização da cirurgia.

Tabela 13 – Distribuição percentual do repertório de habilidades sociais dos pacientes (n=13) relativo ao escore total da etapa pós-cirúrgica, conforme a interferência ou não do comprometimento na realização pessoal e profissional após a realização da cirurgia

Habilidades Sociais	Interferência do comprometimento da fala		Total
	Sim	Não	
Bastante elaborado	15,4%	23,1%	38,5%
Bom (acima da média)	0	7,7%	7,7%
Bom (abaixo da média)	0	7,7%	7,7%
Treinamento	23,1%	23,1%	46,2%
<b>Total</b>	<b>38,5%</b>	<b>61,5%</b>	<b>100%</b>

Os dados da tabela 13 mostram que, 61,5% dos pacientes que não relataram interferência do comprometimento da fala na realização pessoal e profissional após a realização da cirurgia, 23,1% apresentaram repertório

bastante elaborado de habilidades sociais. Dos pacientes (38,5%) que relataram esta interferência, 23,1% necessitavam treinamento.

O repertório de habilidades sociais relativo ao escore total (figura 12) da etapa pós-cirúrgica também foi analisado com a interferência ou não do comprometimento da fala na auto-estima (figura 5) após a realização da cirurgia.

Tabela 14 - Distribuição porcentual do repertório de habilidades sociais dos pacientes (n=13) relativo ao escore total da etapa pós-cirúrgica, conforme a interferência ou não do comprometimento na auto-estima após a realização da cirurgia

Habilidades Sociais	Interferência do comprometimento da fala		Total
	Sim	Não	
Bastante elaborado	15,4%	23,1%	38,5%
Bom (acima da média)	7,7%	0	7,7%
Bom (abaixo da média)	0	7,7%	7,7%
Treinamento	0	46,2%	46,2%
<b>Total</b>	<b>23,1%</b>	<b>76,9%</b>	<b>100%</b>

De acordo com a tabela 14, pode-se perceber que, embora 76,9% dos pacientes não relataram interferência do comprometimento da fala na auto-estima, apenas 23,1% apresentaram um repertório bastante elaborado de habilidades sociais. Ainda, dos 23,1% que relataram interferência na auto-

estima, 15,4% apresentaram repertório bastante elaborado de habilidades sociais.

**DISCUSSÃO**

## **6 - DISCUSSÃO.**

Os resultados serão discutidos conforme a ordem em que foram apresentados.

A fissura labiopalatina é a mais comum das malformações orofaciais. O tipo e a dimensão da fissura determinam as limitações funcionais e estéticas. As restrições comunicativas têm influência significativa nos aspectos cognitivo, social, educacional e de bem-estar do indivíduo afetado. Como visto na amostra deste estudo, o tratamento é longo (a média do tempo de tratamento foi de 8,5 anos) e seqüencial, de acordo com as necessidades de cada fase do desenvolvimento, considerando que esta cirurgia é uma das últimas etapas do tratamento, para casos onde ela é sugerida (Etapas e condutas terapêuticas 2001), sendo que a média de idade dos sujeitos foi de 24,2 anos.

De acordo com os resultados apresentados sobre a condição fonoaudiológica, a freqüência em fonoterapia aumentou após a realização da faringoplastia, pois a mesma, além de auxiliar no processo pós-cirúrgico e na correção dos distúrbios articulatorios compensatórios (Rocha 1997), também possibilita que o paciente adquira autoconfiança nas suas relações interpessoais (Tavano 2000).

Ainda sobre a condição fonoaudiológica, os resultados mostram que houve uma melhora na ressonância e inteligibilidade da fala com a realização da cirurgia, estando em concordância com as colocações de Barot et al (1986), Reath et al (1987), Shprintzen (1988), Hall et al (1991), Riski et al (1992), Morris et al (1995), Brandão (1995), Witt et al (1995), Lessa (1996), Riski (1997), D'Agostino et al (1997), Rocha (1997), Sie et al (1998), De Serres et al

(1999), Hill (2001) e Losken et al (2003). Porém, os distúrbios articulatorios compensatórios não sofreram alteração de uma etapa para a outra, o que pode estar relacionado ao fato da fonoterapia auxiliar na correção desses distúrbios, conforme evidenciado no estudo de Brandão (1995), justificando também, o aumento pela procura de fonoterapia após a cirurgia.

Com relação aos aspectos emocionais, na etapa pós-cirúrgica, houve um aumento no número de pacientes que relataram serem felizes, embora esse número já fosse bom. Em ambas as etapas, uma das justificativas para a condição de felicidade estava relacionada ao fato dos pacientes terem família, estando de acordo com o estudo de Turner et al (1998), em que colocam que o apoio familiar influencia na percepção do prejuízo causado pela fissura.

Após a realização da cirurgia, os pacientes também justificaram a condição de felicidade pelo fato de se sentirem mais confiantes e seguros. Este resultado pode ser entendido na medida em que o bem-estar emocional depende de avaliações pessoais mais positivas sobre a aparência e a comunicação para o paciente com fissura (Cochrane e Slade 1999, Turner et al 1998).

Pode-se observar, que em ambas as etapas, as características psicológicas negativas prevaleceram sobre as positivas, embora na etapa pós-cirúrgica, a proporção das características psicológicas positivas tenha aumentado um pouco (cerca de 14%). Desta maneira, o auto-conceito negativo pode estar relacionado com tempo de convivência com os comprometimentos físicos e funcionais causados pela fissura labiopalatina (Pereira 2000).

Com relação à avaliação da fala, de uma maneira geral, apesar desta ter se tornado mais positiva após a realização da cirurgia, a maioria dos pacientes

ainda a avaliou como alterada, com necessidade de melhora e tratamento, de acordo com a sua própria percepção. Esse resultado pode estar relacionado com a presença, ainda, dos distúrbios articulatorios compensatórios após a realização da cirurgia, que prejudicam a inteligibilidade da fala e dificultam o ajustamento psicossocial (Pegoraro-Krook e Genaro 1997).

Com relação à interferência do comprometimento da fala em aspectos psicossociais, não houve alteração, de uma etapa para outra, quanto ao relacionamento com as pessoas, embora a proporção já pudesse ser considerada boa, na etapa pré-cirúrgica. Houve ainda, melhora na realização pessoal e profissional e na auto-estima, após a realização da cirurgia. Esses resultados apresentam semelhanças com os do estudo de Camargo et al (1994), em que também ocorreram mudanças psicossociais positivas após a realização de cirurgias.

A melhora da fala com a realização da faringoplastia, verificada tanto pela condição fonoaudiológica como pelo relato dos pacientes, interfere de forma positiva sobre os aspectos psicossociais, visto que na etapa pré-cirúrgica, a dificuldade de comunicação e a angústia de não se fazer entender, como consequência da fissura labiopalatina, acarretavam uma auto-estima prejudicada, problemas psicológicos, isolamento social e problemas de competência social (Pegoraro-Krook 1995, Amaral 1997 e Adachi 2003).

Portanto, após a realização da faringoplastia, devido a melhora ocorrida nos aspectos psicossociais, pode-se inferir um ajustamento psicossocial bom e uma qualidade de vida dentro da normalidade para estes pacientes, estando em concordância com os estudos de Bressmann et al (1999) e Tavano (2000).



Com relação aos aspectos relacionados à cirurgia, os resultados mostram que os pacientes deste estudo tinham conhecimento sobre a cirurgia e sabiam para que ela servia, evidenciando que a equipe interdisciplinar do Hospital vem desempenhando bem uma de suas funções, que é a de informar as condutas necessárias para a continuidade do processo de reabilitação.

Quanto à decisão do tipo de cirurgia, parece que o paciente entende que a decisão é do profissional do hospital, embora a conduta da equipe interdisciplinar seja explicar sobre o processo de reabilitação e deixar para o paciente decidir qual cirurgia pretende realizar. Este resultado está de acordo com o estudo de Marques et al (2001), em que observaram que os pacientes do mesmo hospital pouco opinaram sobre o tipo de cirurgia a ser realizada, deixando para o médico a decisão.

A expectativa apresentada pelos pacientes na etapa pré-cirúrgica com relação ao resultado da cirurgia foi a de melhora da fala, o que pode estar relacionado a uma possibilidade de melhor adaptação e ajustamento psicossocial, já que a não aceitação social, devido a fala comprometida, pode prejudicar a auto-estima e possibilitar o surgimento de problemas psicológicos (Tobiasen e Hierbert 1993, Ramstad et al 1995, Pegoraro-Krook 1995, Amaral 1997, Turner et al 1997, 1998, Pereira 2000 e Adachi 2003).

O alto índice de satisfação apresentado pela maioria dos pacientes com o resultado da cirurgia também foi verificado no estudo de Marques et al (2001). Ainda, pode estar relacionado, de um modo geral, com a avaliação mais positiva da fala após a realização da mesma e, também, com a melhora em alguns aspectos psicossociais.

Com relação à modificação em aspectos da vida, após a realização da cirurgia, os pacientes relataram mais melhoras no aspecto pessoal e profissional, o que pode estar relacionado com a melhora apresentada nos aspectos psicossociais (realização pessoal e profissional e na auto-estima), em decorrência da melhora da fala, após a cirurgia.

Alguns autores como Barot et al (1986), Shpritzen (1988), Lessa (1996), Riski (1997), Rocha (1997), Sie et al (1998), De Serres et al (1999) e Hill (2001) colocam a questão da possibilidade do surgimento de complicações respiratórias após a realização da faringoplastia, o que também foi relatado pela maioria dos pacientes deste estudo.

Com relação às habilidades sociais, quando se analisa cada fator separadamente, após a cirurgia, observa-se uma melhora na qualidade dessas habilidades em todos, exceto no F5 (auto-controle da agressividade). Este fato pode estar relacionado ao estado emocional dos pacientes após a cirurgia. Assim, sentindo-se mais confiantes e seguros para enfrentarem as adversidades da vida, acabaram apresentando maior agressividade, pois passaram a se defender mais em situações indesejadas e inoportunas.

As habilidades sociais relativas ao escore total apresentadas pelos pacientes melhoram após a realização da cirurgia, sugerindo que a melhora da fala com a realização da faringoplastia, também auxilia na promoção de um repertório de habilidades sociais mais elaborado.

Quando se analisa o repertório de habilidades sociais relativo ao escore total da etapa pós-cirúrgica, juntamente com a interferência do comprometimento da fala em aspectos psicossociais, observa-se que muitos pacientes, embora não relatem esta interferência, necessitam melhorar a

qualidade do seu repertório. O mesmo ocorre com a modificação em aspectos da vida após a realização da cirurgia. Estes resultados demonstram que, embora tenha havido uma melhora no repertório de habilidades sociais desses pacientes, após a realização da cirurgia, os mesmos ainda necessitam implementá-lo para que não desenvolvam transtornos psicológicos, dificuldades no relacionamento interpessoal, problemas profissionais e uma pior qualidade de vida ( Del Prette e Del Prette 2001a, 2001b e Caballo 2003).

Desta maneira, sabendo da importância do acompanhamento psicológico durante todo o processo de reabilitação do paciente com fissura labiopalatina (Turner et al 1997) e a partir dos resultados apresentados, justifica-se a criação um programa para a promoção e implementação das habilidades sociais, pelo setor de Psicologia do Hospital, já que a intervenção preventiva pode minimizar ou mesmo, resolver problemas futuros relacionados ao ajustamento psicossocial, em decorrência dos comprometimentos físicos e funcionais das fissuras (Kapp-Simon et al 1992, Kapp-Simon 1995, Del Prette e Del Prette 2001a, 2001b, Löhr 2001 e Slifer 2004).

**CONCLUSÃO**

## **7 - CONCLUSÃO.**

A partir do objetivo proposto, pode-se concluir que a faringoplastia tem influência positiva sobre os aspectos psicossociais de indivíduos com fissura labiopalatina.

A melhora da condição fonoaudiológica com a realização da faringoplastia ocasiona uma avaliação mais positiva da fala pelo próprio paciente e, conseqüentemente, diminui a interferência do comprometimento da fala nos aspectos psicossociais, verificado, também, pela análise do repertório de habilidades sociais. Portanto, possibilita um melhor ajustamento psicossocial.

Há a necessidade de se criar um programa para a aquisição das habilidades sociais desde a infância, para que os problemas psicossociais ocasionados pela fissura labiopalatina, não interfiram no ajustamento psicossocial dos pacientes.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## 8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Adachi T, Kochi S, Yamaguchi T. Characteristics of nonverbal behavior in patients with cleft lip and palate during interpersonal communication. *Cleft Palate Craniofac J* 2003; 40:310-6.

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

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

Ângelo DAD. *A auto-estima em adolescentes com fissura de lábio e/ou palato* [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1994.

Barot LR, Cohen MA, LaRossa D. Surgical indications and techniques for posterior pharyngeal flap revision. *Ann Plast Surg* 1986; 16:527-31.

Behlau M, Pontes P. *Avaliação e tratamento das disfonias*. São Paulo: Lovise; 1995.

Brandão GR. Tratamento de insuficiência velofaríngea: resultados de fala. *Dist Comun* 1995; 7:103-15.

Bressmann T, Sade R, Ravens-Sieberer U, Zeilhofer HF, Horch HH. Quality of life research in patients with cleft lip and palate: preliminary results. *Mund Kiefer Gesichtschir* 1999; 3:134-9.

Broder HL. Habilitation of patients with clefts: parent and child ratings of satisfaction with appearance and speech. *Cleft Palate Craniofac J* 1992; 29:262-7.

Bzoch, KR. *Communicative disorders to cleft lip and palate*. 4th. ed. Austin: Pro-ed; 1997.

Caballo VE. *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. Santos: Livraria Editora; 2003.

Caballo VE. El papel de las habilidades sociales en el desarrollo de las relaciones interpersonales. In: Zamignani DR, organizador. *Sobre comportamiento e cognição: a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos*. São Paulo: ARBytes; 1997. p.229-33.

Camargo RB de, Graciano MIG, Queda CM da LM. *O desvelamento das relações sociais e a busca dos efeitos do início tardio do tratamento de fissuras no Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais*. Bauru: Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, Universidade de São Paulo; 1994.

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

Cochrane VM, Slade P. Appraisal and coping in adults with cleft lip: associations with well-being and social anxiety. *Br J Med Psychol* 1999; 72: 485-503.

D'Agostino L, Machado LP, Lima RA de. Fissuras labiopalatinas e insuficiência velofaríngea. In: Lopes Filho, O de C, coordenador. *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Roca; 1997. p. 829-60.

Del Prette ZAP, Del Prette A. *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. 2 ed. Petrópolis: Vozes; 2001a.

Del Prette ZAP, Del Prette A. *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2001b.



Del Prette ZAP, Del Prette A. *Inventário de habilidades sociais (IHS-Del Prette)*: manual de aplicação, apuração e interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001c.

De Serres LM, Deleyiannis FW, Eblen LE, Gruss JS, Richardson MA, Sie KC. Results with sphincter pharyngoplasty and pharyngeal flap. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1999; 48: 17-25.

*Etapas e condutas terapêuticas*: fissuras labiopalatais, anomalias craniofaciais, deficiências auditivas, síndromes. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2001.

Graciano MIG, Lehfeld NAS, Neves Filho A. Critérios de avaliação para classificação sócio-econômica: elementos de atualização. *Serv Social Realid* 1999; 8:109-28.

Hall CD, Golding-Kushner KJ, Argamaso RV, Strauch B. Pharyngeal flap surgery in adults. *Cleft Palate Craniofac J* 1991; 28: 179-82.

Hill JS. Velopharyngeal insufficiency: an update on diagnostic and surgical techniques. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2001; 9:365-8.

Kapp-Simon K.A. Psychological interventions for the adolescent with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 1995; 32:104-8.

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

Lessa S. Insuficiência velofaringeana. In: Carreirão S, Lessa S, Zanini SA. *Tratamento das fissuras labiopalatinas*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1996. p.237-40.

- Löhr SS. Desenvolvimento das habilidades sociais como forma de prevenção. In: Guilhardi HJ, Madi MBBP, Queiroz PP, Scoz MC, organizadores. *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade*. v.8. Santo André: ESETec Editores Associados; 2001. p. 190-4.
- Losken A, Williams JK, Burstein F, Malick D, Riski JE. An outcome evaluation of sphincter pharyngoplasty for the management of velopharyngeal insufficiency. *Plast Reconstr Surg* 2003; 112: 1755-61.
- Marques LC, Rodrigues OMPR, Pimentel MCM. *Cirurgias plásticas secundárias: a satisfação gerando expectativas* [monografia]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2001.
- Modolin MLA, Cerqueira EMM. Etiopatogenia. In: Altmann EBC, organizadora. *Fissuras labiopalatinas*. 4.ed. Carapicuíba: Pró-Fono; 1997. p. 25-30.
- Morris HL, Bardach J, Jones D, Chistiansen JL, Gray SD. Clinical results of pharyngeal flap surgery: the Iowa experience. *Plast Reconstr Surg* 1995; 95:652-62.
- Nash P, Stengelhofen J, Toombs L, Brown J, Kellow B. An alternative management of older children with persisting communication problems. *Int J Lang Commun Dis* 2001; 36(Suppl 2):179-84.
- Pegoraro-Krook MI, Genaro KF. Communicative disorders in craniofacial malformations. *Braz J Dysmorphol SpeechHear Dis* 1997; 1:35-40.
- Pegoraro-Krook MI. *Avaliação dos resultados de fala de pacientes que apresentam inadequação velofaríngea e que utilizam prótese de palato* [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1995.

Pereira ACMM. *Auto-conceito e auto-estima em indivíduos com fissura lábio-palatina*: influencia 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.

Ramstad T, Ottem E, Shaw C. Psychosocial adjustment in norwegian adults who had undergone standardised treatment of complete cleft lip and palate. *Scand J Plast Reconstr Hand Surg* 1995; 29:329-336.

Reath DB, LaRossa D, Randall P. Simultaneous posterior pharyngeal flap and tonsillectomy. *Cleft Palate Craniofac J* 1987; 24:250-3.

Riski JE, Ruff GL, Georgiade GL, Barwick WJ, Edwards PD. Evaluation of the sphincter pharyngoplasty. *Cleft Palate Craniofac J* 1992; 29:254-61.

Riski JE. Secondary surgical procedures to correct postoperative velopharyngeal incompetencies found after primary palatoplasties. In: Bzoch, R. *Comunicative disorders to cleft lip and palate*. 4th. ed. Austin: Pro-ed; 1997. p.121-52.

Rocha DL. Tratamento cirúrgico da insuficiência velofaríngea. In: Altmann, EBC, organizadora. *Fissuras labiopalatinas*. 4a. ed. Carapicuíba: Pró-Fono; 1997. p.195-210.

Shprintzen RJ. Pharyngeal flap surgery and pediatric upper airway. *Int Anesthesiol Clin* 1988; 26:79-88.

Sie KC, Tampakopoulou DA, De Serres LM, Gruss JS, Eblen LE, Yonick T. Sphincter pharyngoplasty: speech outcomes and complications. *Laryngoscope* 1998; 108 (8 Pt 1): 1211-7.

Silva OG, Souza Freitas JA, Okada T. Fissuras labiopalatais: diagnóstico e uma filosofia interdisciplinar de tratamento. In: Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. 4a. ed. São Paulo: Santos; 2000. p.481-513.

Slifer KJ, Amari A, Diver T, Hilley L, Beck M, Kane A, et al. Social interaction patterns of children and adolescents with and without oral clefts during a videotaped analogue social encounter. *Cleft Palate Craniofac J* 2004; 41:175-84.

Spiel G, Brunner E, Allmayer B, Pletz A. Developmental language and speech disability. *Indian J Pediatr* 2001; 68:873-80.

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

Strauss RP. Only skin deep: health, resilience, and craniofacial care. *Cleft Palate Craniofac J* 2001; 38:226-30.

Strauss RP. Social and psychological perspectives on cleft lip and palate. In: Bzoch, KR. *Comunicative disorders to cleft lip and palate*. 4th. ed. Austin: Pro-ed; 1997. p.95-113.

Tabith Junior A. *Foniatría: disfonias, fissuras labiopalatais, paralisia cerebral*. 6a. ed. São Paulo: Cortez; 1993.

Tavano LD'A. *Avaliação do desempenho psicossocial de pacientes portadores de fissura labiopalatina submetidos a tratamento multidisciplinar no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – USP* [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2000.

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

Turner SR, Rumsey N, Dowell T, Sandy J. Psychological aspects of cleft lip and palate. *Eur J Orthod* 1998; 20:407-15.

Turner SR, Orth M, Edin RCS, Eng FDSRCS, Sandy J. Differences in satisfaction with speech and hearing among cleft lip and palate patients and their parents. In: *Transactions 8th international congress on cleft palate and related craniofacial anomalies*. Singapore: Annals Academy of Medicine; 1997. p. 74-80.

Witt PD, D'Antonio LL, Zimmerman GL, Pantano JL. Sphincter pharyngoplasty: a preoperative and postoperative analyses of perceptual speech characteristics and endoscopies studies of velopharyngeal function. *Plast Reconstr Surg* 1995; 96:1745-6.

**ANEXOS**

## **ANEXO 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA PSICOLÓGICA PRÉ-CIRÚRGICA**



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

### ***Entrevista Psicológica Pré-Cirúrgica***

**Iniciais:                      Idade:                      Sexo:                      Estado civil:**

**Nível sócio-econômico:                      Nível de instrução:**

**Tipo de fissura:                      Tempo de tratamento no hospital:                      Profissão:**

**Condição fonoaudiológica:**

***Articulação da fala:***

***Ressonância da fala:***

***Inteligibilidade da fala:***

#### **1. Aspectos emocionais:**

1.1) Você se considera uma pessoa feliz? Por que?

1.2) Como você se descreveria psicologicamente?

#### **2. Aspectos relacionados à fala?**

2.1) O que você acha da sua fala?

2.2) O que sua família, seus amigos ou outras pessoas significativas acham da sua fala?

2.3) O modo como você fala interfere no seu relacionamento com as pessoas?

2.4) O modo como você fala interfere na sua realização pessoal ou profissional?

2.5) O modo como você fala interfere na sua auto-estima?

#### **3. Aspectos relacionados à cirurgia:**

3.1) Você sabe o que é a faringoplastia? Para que serve?

3.2) Por que você vai fazer a cirurgia? Quem decidiu que seria esta?

3.3) O que você espera da cirurgia?

3.4) Você acredita que a cirurgia poderá modificar alguns aspectos da sua vida? Quais?

3.5) Você acredita que poderá ter alguma complicação após a realização da cirurgia? Qual?

## **ANEXO 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA PSICOLÓGICA PÓS-CIRÚRGICA**



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

### ***Entrevista Psicológica Pós-Cirúrgica***

**Iniciais:                      Idade:                      Sexo:                      Estado civil:**

**Nível sócio-econômico:                      Nível de instrução:**

**Tipo de fissura:                      Tempo de tratamento no hospital:**

**Tempo de realização da cirurgia:**

**Condição fonoaudiológica:**

***Articulação da fala:***

***Ressonância da fala:***

***Inteligibilidade da fala:***

#### ***1. Aspectos emocionais:***

1.1) Você se considera uma pessoa feliz? Por que?

1.2) Como você se descreveria psicologicamente?

#### ***2. Aspectos relacionados à fala:***

2.1) O que você acha da sua fala após a cirurgia?

2.2) O que sua família, seus amigos ou outras pessoas significativas acharam da sua fala após a cirurgia?

2.3) O modo como você fala atualmente interfere no seu relacionamento com as pessoas?

2.4) O modo como você fala atualmente interfere na sua realização pessoal ou profissional?

2.5) O modo como você fala atualmente interfere na sua auto-estima?

#### ***3. Aspectos relacionados à cirurgia:***

3.1) O que você achou da cirurgia?

3.2) A cirurgia modificou alguns aspectos da sua vida? Quais?

3.3) Você percebeu alguma complicação após a cirurgia? Qual?



## ANEXO 3 – QUESTÕES DO INVENTÁRIO DE HABILIDADES SOCIAIS

### INVENTÁRIO DE HABILIDADES SOCIAIS (IHS – Del – Prette / 2001)

Responder todas as questões (mesmo que a situação nunca tenha ocorrido, considerando o possível comportamento) de acordo com a legenda (parte grifada= ação ou sentimento; parte não grifada= determinada situação):

- A. NUNCA OU RARAMENTE** (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma no máximo 2 vezes)  
**B. COM POUCA FREQUÊNCIA** (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma 3 a 4 vezes)  
**C. COM REGULAR FREQUÊNCIA** (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma 5 a 6 vezes)  
**D. MUITO FREQUENTEMENTE** (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma 7 a 8 vezes)  
**E. SEMPRE OU QUASE SEMPRE** (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma 9 a 10 vezes)

01. Em um grupo de pessoas desconhecidas, fico à vontade, conversando naturalmente.
02. Quando um dos meus familiares (pais, irmãos mais velhos ou cônjuge) insiste em dizer o que eu devo fazer, contrariando o que penso, acabo aceitando para evitar problemas.
03. Ao ser elogiado(a) sinceramente por alguém, respondo-lhe agradecendo.
04. Em uma conversação, se uma pessoa me interrompe, solicito que aguarde até eu encerrar o que estava dizendo.
05. Quando um(a) amigo(a) a quem emprestei dinheiro, esquece de me devolver, encontro um jeito de lembrá-lo (a).
06. Quando alguém faz algo que eu acho bom, mesmo que não seja diretamente a mim, faço menção a isso, elogiando-o(a) na primeira oportunidade.
07. Ao sentir desejo de conhecer alguém a quem não fui apresentado(a), eu mesmo(a) me apresento a essa pessoa.
08. Mesmo junto a conhecidos da escola ou trabalho, encontro dificuldade de participar da conversação (“enturmar”).
09. Evito fazer exposições ou palestras a pessoas desconhecidas.
10. Em minha casa, expresso sentimentos de carinho através de palavras e gestos a meus familiares.
11. Em uma sala de aula ou reunião, se o professor ou dirigente faz alguma afirmação incorreta, eu exponho meu ponto de vista.
12. Se estou interessado(a) em uma pessoa para relacionamento sexual, consigo abordá-la para iniciar conversação.
13. Em meu trabalho ou em minha escola, se alguém me faz um elogio, fico encabulado(a) sem saber o que dizer.
14. Faço exposição (por exemplo palestras) em sala de aula ou no trabalho, quando sou indicado(a).
15. Quando um familiar me critica injustamente, expresso meu aborrecimento diretamente a ele.
16. Em um grupo de pessoas conhecidas, se não concordo com a maioria, expresso verbalmente minha discordância
17. Em uma conversação com amigos, tenho dificuldade em encerrar a minha participação, preferindo aguardar que os outros o façam.
18. Quando um dos meus familiares, por algum motivo, me critica, reajo de forma agressiva.
19. Mesmo encontrando-me próximo(a) de uma pessoa importante, a quem gostaria de conhecer, tenho dificuldade em abordá-la para iniciar conversação.
20. Quando estou gostando de alguém com quem venho saindo, tomo a iniciativa de expressar-lhes meus sentimentos.
21. Ao receber uma mercadoria com defeito, dirijo-me até a loja onde comprei, exigindo a sua substituição.
22. Ao ser solicitado(a) por um(a) colega para colocar seu nome em meu trabalho feito sem sua participação, acabo aceitando mesmo achando que não devia.
23. Evito fazer perguntas a pessoas desconhecidas.
24. Tenho dificuldade em interromper uma conversa ao telefone mesmo com pessoas conhecidas.
25. Quando sou criticado de maneira direta e justa, consigo me controlar admitindo meus erros ou explicando minha posição.
26. Em campanhas de solidariedade, evito tarefas que envolvam pedir donativos ou favores a pessoas desconhecidas.
27. Se um(a) amigo(a) abusa de minha boa vontade, expresso-lhe diretamente meu desagrado.
28. Quando um dos meus familiares (filhos, pais, irmãos, cônjuge) consegue alguma coisa importante pela qual se empenhou muito, eu o elogio pelo seu sucesso.
29. Na escola ou no trabalho, quando não compreendo uma explicação sobre algo que estou interessado(a), faço as perguntas que julgo necessárias ao meu esclarecimento.
30. Em uma situação de grupo, quando alguém é injustiçado, reajo em sua defesa.
31. Ao entrar em um ambiente onde estão várias pessoas desconhecidas, cumprimento-as.
32. Ao sentir que preciso de ajuda, tenho facilidade em pedi-la a alguém de meu círculo de amizades.
33. Quando meu(minha) parceiro(a) insiste em fazer sexo sem o uso de camisinha, concordo para evitar que ele(a) fique irritado(a) ou magoado(a).
34. No trabalho ou na escola, concordo em fazer as tarefas que me pedem e que não são da minha obrigação, mesmo sentindo um certo abuso nesses pedidos.
35. Se estou sentindo-me bem (feliz), expresso isso para as pessoas de meu círculo de amizades.
36. Quando estou com uma pessoa que acabei de conhecer, sinto dificuldade em manter um papo interessante
37. Se preciso pedir um favor a um(a) colega, acabo desistindo de fazê-lo.
38. Consigo “levar na esportiva” as gozações de colegas de escola ou de trabalho a meu respeito.

**ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**



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

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG n.º \_\_\_\_\_, residente à rua \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, estado de \_\_\_\_\_, responsável pelo menor \_\_\_\_\_, matriculado no HRAC com o n.º \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa: **“Implicações psicossociais da realização da faringoplastia em indivíduos com fissura labiopalatina”**, realizada por Luciana Corrêa Marques, psicóloga CRP 06/ 62.7357, aluna do curso de Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana, sob orientação da Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas, superintendente do HRAC/USP-Bauru.

A referida pesquisa tem por objetivo verificar a influência da realização da faringoplastia nos aspectos psicossociais dos indivíduos com fissura labiopalatina, podendo contribuir com os pacientes que apresentam problemas relacionados aos distúrbios da comunicação e com os profissionais que atuam nesta área. A pesquisa não acarretará nenhum tipo de dano para o paciente.

Ressalto que fui orientado(a) a respeito desta participação, que compreende duas etapas, pré e pós-cirúrgicas, que consta de respostas para as Entrevistas Psicológicas e para o Inventário de Habilidades Sociais (IHS - Del-Prette / 2001) e ainda, que estou ciente de que a minha participação é voluntária e dela posso desistir a qualquer momento, sem explicar os motivos e sem comprometer o meu tratamento no HRAC. Também, sei que será mantida em sigilo a minha identificação.

Bauru, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

Pesquisadora: Luciana Corrêa Marques  
Endereço: Rua Sílvio Marchione, 3-20 - Vila Universitária  
CEP: 17.012-900 - Bauru -SP  
Tel: (14) 3235-8136 – e-mail: lucmarques@yahoo.com.br

## ANEXO 5 – APROVAÇÃO DO PROJETO PELA COMISSÃO DE PESQUISA



Ofício nº 256/2002-CPq

Bauru, 30 de julho de 2002.


Prezada Senhora

A Comissão de Pesquisa comunica que o projeto de pesquisa abaixo referido foi **aprovado**, em reunião realizada em 25/07/2002, conforme parecer em anexo.

**TÍTULO:** Faringoplastia: implicações psicossociais

**CURSO:** Mestrado

Atenciosamente

  
Ana A. Gomes Grigolli  
Bibliotecária Responsável

Ilm<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup>

LUCIANA CORRÊA MARQUES

A/C

*015* Liliam D'Aquino Tavano  
Psicologia-HRAC/USP

## ANEXO 6 – APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



HOSPITAL DE REABILITAÇÃO  
DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
Unidade de Ensino e Pesquisa

Ofício nº 167/2002-UEP-CEP

Bauru, 21 de agosto de 2002.

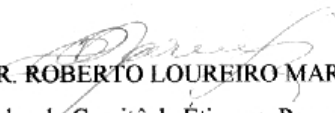
Prezado(a) Senhor(a)

Comunicamos que em reunião realizada no dia 15 de agosto de 2002, pelo Comitê de Ética em Pesquisa, o projeto de pesquisa abaixo de autoria de V.S<sup>a</sup>, foi **aprovado**, por este Comitê.

**TÍTULO:** Faringoplastia: implicações psicossociais

**CURSO:** Mestrado

Atenciosamente

  
PROF. DR. ROBERTO LOUREIRO MARINGONI

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do HRAC-USP (em exercício)

Ilmo(a) Sr(a)

LUCIANA CORRÊA MARQUES

A/C

Lilíam D'Aquino Tavano

Psicologia – HRAC/USP