

ARTIGO ORIGINAL**Aspectos sociofamiliares constitutivos do estudo social de adolescentes com fissura labiopalatina***Socio-familiar aspects constitutives of the social study of adolescents with cleft lip and palate*

Maria Inês Gândara Graciano¹, Maisa Coutinho Santiago², Elisabeth de Oliveira Bonfim³, Karoline Angélico Galvão⁴

¹Pós Doutora em Serviço Social, Chefe técnica do Serviço Social do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP). Bauru/SP

²Bacharel em Serviço Social, bolsista CNPq. Bauru/SP

³Mestre em Serviço Social, Assistente Social do HRAC/USP. Bauru/SP.

⁴Especialista em Serviço Social na Saúde e Reabilitação. Bauru/SP

Resumo

Introdução: O Serviço Social do cenário deste estudo busca conhecer a realidade socioeconômica dos usuários, identificando os fatores determinantes e condicionantes da saúde, para fins de orientação e intervenção diante do processo de reabilitação. **Objetivo:** Demonstrar os aspectos sociofamiliares constitutivos do estudo social realizado pelos assistentes sociais de um hospital de ensino no atendimento de adolescentes com fissura labiopalatina residentes em Bauru. **Material e Métodos:** Pesquisa descritiva com abordagem quanti-qualitativa mediante análise documental de 58 prontuários de pacientes adolescentes (de 12 a 18 anos) com fissura labiopalatina realizada no ano de 2012. **Resultados:** Aspectos Sociais: - famílias nucleares (65,5%), monoparentais (19%) e extensas (10,3%) de estratos socioeconômicos baixos (84,5%) e religião católica (48,1%) ou evangélica (38,9%); - pacientes com nível educacional fundamental (75,8%); estudantes (100%); com bom relacionamento escolar e apoio dos professores (98,3%); sem vínculo ocupacional (96,6%); utilizam recursos próprios para locomoção (51,8%) ou são beneficiados com o passe deficiência (48,2%); expectativa de tratamento global com equipe de reabilitação (91,4%); histórico de assiduidade (75,1%), porém sem abandono ou interrupção de tratamento. Ações Interventivas do assistente social: socioassistenciais (94,8%); socioeducativas (93%); articulação com a equipe de saúde (98,3%) e mobilização, participação e controle social (100%) em cumprimento aos princípios para atuação dos assistentes sociais na saúde. **Conclusão:** Os adolescentes com fissura labiopalatina, apesar do estigma que envolve a deformidade congênita, superaram os limites da deficiência, com boa interação social e apoio na reabilitação. As ações interventivas do Serviço Social evidenciadas nos estudos socioeconômicos revelam o importante papel do assistente social, especialmente na orientação das famílias no sentido de identificar e utilizar os recursos no atendimento e na garantia de seus direitos, tendo como eixo fundamental a prevenção e intervenção junto às situações de abandono e/ou interrupção do tratamento de forma a viabilizar o processo de reabilitação interdisciplinar.

Descritores: Fenda labial; Fissura palatina; Serviço social; Condições sociais; Adolescente.

Abstract

Introduction: The Social Service of the study's setting sought to establish the users' socio-economic reality, identifying determinant and conditioning factors of health with guidance and intervention purposes before the rehabilitation process. **Objective:** The aim of the present study is to confirm the constitutive social and family aspects of the social study conducted by the social workers of a teaching hospital with adolescents with cleft lip and palate living in the city of Bauru, state of São Paulo, Brazil. **Material and Methods:** We carried out a descriptive research using quantitative and qualitative approaches by documentary analysis of medical records of 58 adolescent patients (12-18 years) with cleft lip and palate in 2012. **Results:** Regarding social aspects, we found a predominance of nuclear families (65.5%), followed by single-parent families (19%), and extended families (10.3%). The majority came from low socioeconomic status (84.5%), and they were Catholics (48.1%) or Evangelicals (38.9%). As for the educational status, all the patients were students (100%). Of these, 75.8% of the students have primary and secondary education. They also have good school relationship and support of schoolteachers (98.3%). The majority of the patients (91.4%) have an overall expectation regarding the treatment with the rehabilitation team. The patients have an attendance history of 75.1%. Nevertheless, they did not abandon or interrupt the treatment. As for the interventional actions of the social worker, we found that 94.8% were relative to social and caring, social and educational actions accounted for 93.0%, while the action of contacting the health team comprised 98.3%. Regarding the actions related to mobilization, participation, and social control, 100% were towards

Recebido em 27/08/2014

Aceito em 05/12/2014

Não há conflito de interesse

to fulfill the principles for actions of social workers in healthcare. **Conclusion:** Adolescents with cleft lip and palate, despite the stigma involving this congenital deformity, exceeded the bounds of disability and presented good social interaction and support in rehabilitation. The interventional actions of the Social Work demonstrated in the socioeconomic studies reveal the important role of the social worker, especially, in the orientation of the families in order to identify and use the resources in medical care service and in ensuring their rights. The critical axes are the prevention and intervention into the situations of abandonment and/or interruption of treatment in order to facilitate the interdisciplinary rehabilitation process.

Descriptors: Cleft lip; Cleft palate; Social work; Social conditions; Adolescent.

Introdução

A palavra “fissura” significa fenda, abertura. A sua manifestação inclui qualquer região da face e do crânio, muito embora sejam usuais no lábio e/ou no palato (céu da boca); daí sua designação de fissuras labiopalatinas⁽¹⁾. Os defeitos congênitos estruturais que afetam a face humana, manifestam-se de diferentes formas clínicas, variando desde as fissuras labiopalatinas comuns ou raras, até as mais complexas malformações craniofaciais⁽²⁾.

O hospital, cenário deste estudo, tem como finalidade o ensino, a pesquisa e a extensão de serviços a pessoas com anomalias craniofaciais, síndromes relacionadas e/ou distúrbios da audição⁽³⁾. Conta com a atuação de uma equipe interdisciplinar composta pelas áreas de Medicina, Odontologia, Fonoaudiologia, Psicologia, Enfermagem e Serviço Social, dentre outras. Nessa equipe, o Serviço Social tem como objetivo viabilizar o acesso ao tratamento e sua continuidade, com vistas à reabilitação e inclusão social das pessoas com anomalias craniofaciais. Cabe ao assistente social elaborar o estudo social, visando conhecer as condições de vida dos usuários para fins de orientação e intervenção social face ao processo de reabilitação⁽⁴⁾.

Em levantamento bibliográfico prévio, identificou-se um estudo sobre indicadores psicossociais com adolescentes, tendo como objeto as repercussões na qualidade de vida. Sua relação com o estudo ora proposto, mostra que os adolescentes com malformações labiopalatinas descreveram a realidade vivenciada, realçando as possibilidades de diagnóstico e reabilitação em atendimento às suas expectativas, bem como a de inclusão social⁽⁵⁾.

O objetivo deste estudo foi demonstrar os aspectos sociofamiliares constitutivos do estudo social realizado pelos assistentes sociais de um hospital de ensino no atendimento de adolescentes com fissura labiopalatina residentes no Município de Bauru, bem como as ações interventivas diante da intercorrências e/ou questões sociais para efetivação do processo de reabilitação. É nesta perspectiva que o Serviço Social se destaca com a possibilidade de conhecer a realidade dos usuários, visando sua compreensão e intervenção sob a ótica da equidade e justiça social de forma a assegurar a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais. A partir desses fundamentos, a presente pesquisa justifica-se pelo interesse em caracterizar os aspectos sociofamiliares e as ações profissionais evidenciados nos estudos sociais de adolescentes com fissura labiopalatina em tratamento em um hospital especializado com usuários do Município de Bauru.

A adolescência é um período de vida que merece atenção, pois essa transição entre a infância e a idade adulta pode resultar

ou não em problemas futuros para o desenvolvimento de um determinado indivíduo. Trata-se de um período de profundas modificações, marcado pela transição entre a puberdade e o estado adulto do desenvolvimento. Nessa fase, a perda do papel infantil gera inquietação, ansiedade e insegurança, perante um novo mundo⁽⁶⁾.

Entende-se por adolescente, a população que se encontra entre dez e 19 anos⁽⁷⁾. O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8069, Art. 2º, considera “adolescente a faixa etária entre doze e dezoito anos de idade”⁽⁸⁾. Esta fase, a adolescência, se caracteriza por transformações biológicas e psicossociais. A biológica é identificada pelo crescimento físico, pelo estirão da puberdade e pela maturação sexual. A psicossocial manifesta-se pela própria conquista da identidade, incluindo a identidade sexual, e resultando no desprendimento do núcleo familiar. Assim, conclui-se que essas modificações não são vivências circunscritas a apenas um período de tempo previamente estabelecido⁽⁹⁾.

Soma-se a isso, o fato de que o adolescente com deficiência é alvo de discriminação e preconceito na sociedade. No caso das malformações labiopalatinas, os adolescentes podem apresentar condutas, como baixa autoestima, não aceitação e isolamento. A reação diante dessas dificuldades depende da história de vida de cada um, do desenvolvimento de sua reabilitação, das relações familiares e dos padrões culturais e sociais⁽⁵⁻¹⁰⁾.

As repercussões da malformação no desenvolvimento físico e/ou psicossocial do paciente, bem como o seu impacto na família, devem ser compreendidas pelo profissional de saúde numa perspectiva interdisciplinar, sendo fundamental o apoio da família. O estudo social: um instrumental como meio de conhecimento da realidade

O estudo socioeconômico é operacionalizado, enquanto a metodologia de trabalho é de domínio específico e privativo do assistente social, conforme o Art. 4º da Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, que dispõe sobre a profissão e dá outras providências⁽¹¹⁾. Define-se: “O estudo social é um processo metodológico específico do Serviço Social, que tem por finalidade conhecer profundamente, e de forma crítica, uma determinada situação ou expressão da questão social, objeto da intervenção profissional – especialmente nos seus aspectos socioeconômicos e culturais”⁽¹²⁾.

Como proposta para conhecer a realidade do usuário, faz-se necessário um estudo socioeconômico que permita fundamentar o diagnóstico que vai nortear a ação do profissional. A metodologia de classificação socioeconômica adotada nesse hospital⁽⁴⁾, busca um sistema de pontos de acordo com critérios

avaliativos sistematizados em um “Instrumental de classificação socioeconômica”, abrangendo cinco indicadores: situação econômica da família, número de pessoas residentes no domicílio, nível educacional, nível de ocupação e condições habitacionais. Ressalta-se a importância do estudo socioeconômico – um instrumento técnico-operativo – para o conhecimento aproximativo da realidade social de usuários das políticas públicas, propondo um instrumental que abrange vários elementos constitutivos: I – Situação socioeconômica familiar (aspectos socioeconômicos, demográficos, psicossociais e culturais, bem como os serviços de saúde e sociais e o acesso) II – Parecer Social, III – Intervenção Social⁽¹³⁾.

O estudo social tem também o papel fundamental de propiciar a veiculação de informações referentes ao direito de cidadania, a compreensão da burocracia institucional e a motivação para a busca dos serviços de que necessita e de organização sociocomunitária de seu cotidiano⁽¹⁴⁾. Entende-se, assim, que o estudo social, independentemente de sua instrumentalização, deve propiciar a prestação de assistência social aos indivíduos como um direito, devendo ser visualizado numa perspectiva mais ampla, pois permite o conhecimento da história de vida dos usuários, suas necessidades e suas experiências.

O Serviço Social atua na área da saúde explicitando e enfrentando as diferentes expressões da questão social que determinam os níveis de saúde da população, por meio de ações que priorizem o controle social, a prevenção de doenças, agravos e riscos, bem como a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, facilitando a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas e contribuindo para isso⁽¹⁵⁾.

Pensar, hoje, uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde é:

“-Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS”;

- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição.

- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente a outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas;

- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde⁽¹⁶⁾.

Além das competências e atribuições definidas na lei de regulamentação da profissão⁽¹¹⁾, faz-se importante ressaltar os princípios para a atuação de assistentes sociais na saúde⁽¹⁷⁾, cujas ações profissionais são complementares e indissociáveis: Atendimento direto aos usuários (Ações Socioassistenciais, Articulação com a Equipe de Saúde, Socioeducativas); Mobilização, Participação e Controle Social; Investigação, Planejamento e Gestão; Assessoria, Qualificação e Formação Profissional.

Criado em 1973, o Serviço Social desse hospital tem como objetivo viabilizar o acesso ao tratamento e sua continuidade, visando à inclusão do paciente numa política de saúde, por meio dos programas de reabilitação. Tem como eixo fundamental a prevenção de casos de abandono de tratamento e/ou a intervenção por meio de diferentes programas de apoio à equipe

interdisciplinar no processo de reabilitação⁽¹⁰⁾.

Este trabalho propõe conhecer e analisar a realidade sociofamiliar dos pesquisados e as principais ações interventivas do Serviço Social para efetivação do processo de reabilitação.

Material e Métodos

A tipologia da pesquisa foi descritiva, pois teve como objetivo primordial descrever as características de determinada população. Englobou a pesquisa documental e bibliográfica. Na pesquisa bibliográfica, foi aprofundado o estudo dos eixos teóricos que deram sustentação à pesquisa: Fissura Labiopalatina e adolescência; o Serviço Social na Saúde e Estudo Social. Na documental, foram utilizados prontuários e relatórios emitidos pelo Serviço de Informática Hospitalar do hospital, abrangendo os seguintes eixos: aspectos demográficos e clínicos e aspectos constitutivos do estudo socioeconômico.

O universo da pesquisa foi constituído de 58 adolescentes em tratamento num hospital de ensino, na faixa etária de 12 anos a 17 anos e 11 meses, com fissura labiopalatina, ou seja, pré-forame, pós-forame e transforame, que residem no Município de Bauru, excluindo-se os pacientes com síndromes associadas. A faixa etária para a adolescência, considerada neste trabalho, baseou-se no Estatuto da Criança e do Adolescente, ou seja, jovens de 12 a 17 anos e 11 meses de idade⁽⁸⁾. A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2012 a janeiro de 2013, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa desse Hospital.

Optou-se por uma abordagem quanti-qualitativa com uma direção reflexiva, dado o interesse em evidenciar os aspectos sociais e as ações profissionais constitutivas do estudo social, realizados pelos assistentes sociais desse Hospital, no atendimento de adolescentes com fissura labiopalatina residentes no Município estudado.

A abordagem quantitativa demonstrou a mensuração de variáveis pré-estabelecidas, procurando verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis, mediante a análise da frequência de incidência e de correlações⁽¹⁸⁾. E a qualitativa aprofundou-se no mundo dos significados das comunicações, documentadas nos prontuários que permitiram a categorização e compreensão do sentido das mesmas. Ambas as abordagens – quanti-qualitativa – se complementam, pois a realidade abrangida por elas interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia⁽¹⁹⁾.

Resultados

Houve predominância da faixa etária de 15 a 17 anos (60,3%), seguida da de 12 a 15 anos (39,7%), da fissura labiopalatina (43,1%) em comparação à palatina (29,3%) e labial (20,7%) e representação de ambos os sexos, com predominância do masculino (56,9%), confirmando dados da literatura no que se refere à predominância desse sexo para as fissuras labiopalatinas^(1,20). A maioria (74,1%) tem como naturalidade o Município de Bauru, porém observou a migração de famílias de outros Estados para esse município (25,9%), adotando a cidade para facilitar o tratamento. Quanto à região em que habitam no município, houve concentração em regiões periféricas: Sudeste (36,2%), Norte e Nordeste (34,4%). A maioria dos pacientes foi matriculada na fase ideal – primeiros meses de vida (84,5%); virgem de

tratamento (92,7%), portanto sem sequelas e em reabilitação há mais de 11 anos (90,4%), em consequência da complexidade e longa duração do tratamento.

Famílias – Quanto à tipologia familiar, houve destaque para as nucleares (65,5%), seguidas das monoparentais (19%) e extensas (10,3%), com bom ou ótimo relacionamento familiar (83,6%). A classificação social concentrou-se nos estratos socioeconômicos baixos (84,5%) e compreenderam os seguintes indicadores: situação socioeconômica, número de membros da família, escolaridade, habitação e ocupação. Com relação à religiosidade a prevalência foi de sujeitos católicos (48,1%) seguidos de evangélicos/protestantes (38,9%).

Pacientes – A maioria possui nível educacional fundamental completo ou incompleto (75,8%); são estudantes (100%); com bom relacionamento escolar e apoio dos professores no processo de reabilitação (98,3%); sem vínculo ocupacional (96,6%). Com relação à locomoção, utilizam recursos próprios (51,8%) ou são beneficiados com o passe-deficiência (48,2%). Apresentam expectativa de tratamento global em relação à equipe de reabilitação (91,4%); possuem histórico de assiduidade (75,1%) ou de faltas esporádicas (25,9%), porém sem abandono ou interrupção de tratamento, mostrando interesse na reabilitação (98,3%).

Ações Interventivas do Assistente Social:

Os dados mostraram que todas as ações interventivas do assistente social foram realizadas em concordância com os parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde⁽¹⁷⁾ e compreenderam:

- socioassistenciais (94,8%), ou seja, apoio e acolhimento sociofamiliar, orientações sociais, encaminhamentos para recursos institucionais, orientação para utilização dos recursos institucionais, orientações quanto ao processo de reabilitação, intervenção nos casos de interrupção de tratamento, orientação quanto aos direitos sociais e incentivo à participação do sujeito no processo de reabilitação;
- socioeducativas (93%) realização de atividades grupais, orientações sobre direitos sociais e sobre normas e rotinas hospitalares;
- articulação com a equipe de saúde (98,3%); discussão de casos com a equipe e participação em programa de humanização;
- mobilização, participação e controle social (100%) estimulação para participação social em diferentes espaços.

Discussão

Quanto à tipologia familiar – um dos elementos constitutivos do estudo social – adotou-se⁽²¹⁾ a seguinte classificação de modelos de família que norteou a presente pesquisa: família nuclear (casal com ou sem filhos); monoparental (com filhos chefiados por um dos cônjuges - homem ou mulher); unipessoal (pessoa que mora sozinha); extensa (um ou mais parentes); reconstituída (nova união com filhos de diferentes casamentos); outros arranjos (uniões livres, casal homossexual, e outras). Os dados revelaram maior destaque para a família nuclear (65,5%), seguida da monoparental (19%), extensa (10,3%) e reconstituída (5,2%), demonstrando a diversidade no processo de reestruturação e de inclusão de novos valores na sociedade. O relacionamento familiar caracterizado como bom ou ótimo (83,6%) mostrou a superação e/ou enfrentamento de dificuldades e conflitos pes-

soais e a aceitação da malformação.

A classificação social dos sujeitos pesquisados concentrou-se nos estratos de baixos (84,5%), segundo metodologia adotada⁽⁴⁾, e reflete a realidade brasileira, cuja maior concentração ocorre nas classes C, D e E (68%), consideradas como baixas⁽²²⁾. Com relação à religiosidade, a prevalência foi de sujeitos católicos (48,1%), seguidos de evangélicos/protestantes (38,9%). Segundo dados censitários, a maioria dos brasileiros professa a fé católica (64,6%), seguida da religião evangélica (22,2%), dados que refletem a realidade brasileira que apresenta uma prevalência das religiões cristãs em relação às demais.⁽²³⁾ Após a família, a escola é o segundo meio social de grande importância na formação da identidade da pessoa com deficiência, que pressupõe enfrentamento de novos relacionamentos, pois o convívio social é marcado por curiosidades e preconceitos⁽¹⁷⁾, porém superáveis em função da efetivação do processo de reabilitação.

Com relação ao nível de escolaridade do paciente, embora com idade para o ensino médio (60,3%), a maioria (53,4%) possui fundamental II incompleto, seguido de fundamental I completo (22,4%). O bom relacionamento escolar (98,3%) refletiu a interação com colegas e professores e os resultados positivos do processo de reabilitação e, conseqüentemente, de inclusão social. Quanto à ocupação dos pacientes, embora um percentual significativo (44,8%) esteja na faixa de 16 a 17 anos, com possibilidade de inserção no mercado de trabalho, a maioria não trabalha (96,6%), dedicando-se exclusivamente aos estudos. A minoria que trabalha (4,4%) tem como ocupação o trabalho assalariado da produção, bens e serviços.

Na questão do apoio das instituições educacionais perante o processo de reabilitação dos pacientes, a maioria (98,3%) mostrou compreensão e incentivo dos professores/diretores. Sabe-se que, tanto na infância, adolescência quanto na fase adulta da pessoa com deficiência, é essencial um suporte no processo de reabilitação que possibilite a inserção no ambiente familiar, escolar, comunitário, social, inclusive no mercado de trabalho, protegendo-os e preparando-os para o enfrentamento de situações de discriminação ou exclusão social e para a vida em sociedade.

Com relação aos recursos de locomoção para a vinda ao hospital, a maioria afirmou que utiliza passe municipal/deficiência (48,2%), seguido de recursos próprios (51,8%). De acordo com o Decreto n° 6583/93, foi regulamentada a Lei n° 3461/92, que concede gratuidade do transporte coletivo às pessoas com deficiência⁽²⁴⁾.

A expectativa em relação ao tratamento, na sua maior parte, é global (91,4%) abrangendo não só os procedimentos cirúrgicos, mas os tratamentos complementares, como: Fonoaudiologia, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e outros.

Em relação à assiduidade do tratamento, 51,7% dos sujeitos apresentaram assiduidade parcial, com registro de no máximo três faltas nos últimos dez retornos, seguido por 22,4% totalmente assíduos, com 100% de presença nos últimos dez retornos. A assiduidade no tratamento é de suma importância para o cumprimento das etapas e condutas terapêuticas para a reabilitação e revela o interesse no tratamento, o acesso a recursos facilitadores e a importância da orientação da equipe interdisciplinar, em

especial do assistente social, no sentido de evitar a interrupção e/ou abandono de tratamento.

Os dados revelaram que todas as ações interventivas do assistente social no atendimento direto, foram realizadas em 93% dos casos em concordância com os princípios para atuação de assistentes sociais na saúde que compreendem ações socioassistenciais, de articulação com a equipe de saúde e socioeducativas, dentre outras⁽¹⁷⁾.

As ações socioassistenciais têm se constituído nas principais intervenções dos profissionais de Serviço Social, e se referem às condições de vida dos usuários, devendo o assistente social superar o caráter emergencial e burocrático na busca de uma dimensão socioeducativa.

As ações em equipe são de fundamental importância, por permitirem que as diferenças de especializações atribuam unidade à equipe. Ressalta-se que, para o assistente social fortalecer seus espaços de atuação profissional na contemporaneidade, é necessário um aprendizado da interdisciplinaridade, apreendida como uma possibilidade no exercício profissional, em que os esforços conjuntos sejam conjugados em prol da população usuária, seja possível despir a alma dos profissionais de preconceitos e despertá-los para “aprender a desaprender”, para intervir de forma consistente, crítica, competente e, principalmente, propositiva e coletiva⁽²⁵⁾.

As ações socioeducativas consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas mediante abordagens individuais ou coletivas ao usuário, família e comunidade.

Conclusões

Enquanto parte inerente do ciclo da vida humana, a adolescência constitui-se de características próprias, que a diferenciam das demais fases, em um período de transformações anatômicas, fisiológicas e psicossociais. Percebeu-se que os adolescentes com fissura labiopalatina, apesar do estigma que acompanha a deformidade congênita, superaram os limites da deficiência, uma vez que as relações sociais, incluindo família, escola, trabalho e sociedade, em geral, foram favoráveis, com boa interação, convívio social e apoio à reabilitação. Neste contexto foi possível constatar a importância da reabilitação na vida cotidiana dos sujeitos pesquisados, com repercussões positivas no processo de inclusão social.

Os aspectos sociais e as ações interventivas do Serviço Social relatados nos estudos socioeconômicos revelam o importante papel do assistente social, especialmente na orientação das famílias no sentido de identificar e utilizar os recursos no atendimento e na garantia de seus direitos.

Referências

1. Silva Filho OG, Freitas JAS. Caracterização morfológica e origem embriológica. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Editora Santos; 2007. p. 17-49.
2. Capelozza Filho L, Alvares ALG, Rossato C, Vale DMV, Janson GRP, Beltrami LER. Conceitos vigentes na etiologia das fissuras labiopalatinas. *Rev Bras Cirurg*. 1998;78(4):233-40.
3. Universidade de São Paulo. Resolução n. 5.517 de 13 de fe-

vereiro de 2009. Baixa o regimento do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. *Diário Oficial do Estado de São Paulo, Poder Executivo, São Paulo 2009 fev. 14*; Sec. 1:47.

4. Graciano MIG, Lehfeld NAS. Estudo socioeconômico: indicadores e metodologia numa abordagem contemporânea. *Serv Soc Saúde*. 2010;9(9):157-85.

5. Bachega MI. Indicadores psicossociais e repercussões na qualidade de vida de adolescentes com fissura labiopalatal [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2002.

6. Rosa JA. Gravidez na adolescência: estudo social de mães de crianças com fissura labiopalatina. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2011. Relatório de Pesquisa – PIBIC: n.125007/2010/8.

7. World Health Organization [homepage na internet]. Geneva; 2011 [acesso em 2014 Jul 3]. Maternal, newborn, child and adolescent health: health for the world's adolescents; [aproximadamente 7 telas]. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/second-decade/en/

8. Brasil. Presidência da República. Casa Civil [homepage na internet]. [acesso em 2012 Out 17]. Lei n. 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e da outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1990 jul 13*; [aproximadamente 66 telas]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

9. Guimarães EMB. Gravidez na adolescência no município de Goiânia – Estado de Goiás: aspectos epidemiológicos e determinação dos fatores de risco: um estudo caso-controle [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1993.

10. Graciano MIG, Tavano LD, Bachega MI. Aspectos psicossociais da reabilitação. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Editora Santos; 2007. p. 311-31.

11. Brasil. Presidência da República [homepage na Internet]. [acesso 2012 Out 17]. Lei n. 8662 de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e da outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1993 jun 7*; [aproximadamente 4 telas]. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf

12. Fávero ET. O estudo social: fundamentos e particularidades de sua construção na área judiciária. In: Conselho Federal de Serviço Social. O estudo social em perícias, laudos, pareceres técnicos: contribuição ao debate no judiciário, penitenciário e na previdência social. 10ª ed. São Paulo: Cortez; 2011. p. 9-15.

13. Graciano MIG. Estudo socioeconômico: um instrumental técnico-operativo. São Paulo: Veras; 2013.

14. Sposati A. Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão de análise. São Paulo: Cortez; 2010.

15- Vasconcelos AM. A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 3. ed. São Paulo: Cortez; 2006.

16. Bravo MIS, Matos MC. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária. In: Mota E. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; 2006. p. 197-217.

17. Conselho Federal de Serviço Social - CFESS. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília (DF): Conselho Federal de Serviço Social; 2010.
18. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 4ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2011.
19. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 31ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
20. Souza-Freitas, JA. Centro de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 1974.
21. Graciano MIG, Galvão KA. Modelos e arranjos familiares: um estudo na área da fissura labiopalatina na realidade brasileira. *Arq Ciênc Saúde*. 2014;21(2):56-63.
22. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP [homepage na Internet]. São Paulo: ABEP [acesso em 2013 Jul 15]. Critério de classificação econômica Brasil; [aproximadamente 1 tela]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterioBrasil.aspx>
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na Internet]. Brasília (DF): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas; 2010 [acesso em 2012 Out 17]. Censo demográfico 2010: famílias e domicílios: resultado da amostra; [aproximadamente 1 tela]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/familias_e_domicilios/default_familias_e_domicilios.shtm
24. Bauru [Município]. Prefeitura do Município de Bauru [homepage na Internet]. [acesso em 2014 Ago 21]. Lei n.3461, de 10 de junho de 1992. Concede gratuidade do transporte coletivo às pessoas portadoras de deficiência. Diário Oficial de Bauru, Poder Executivo, Bauru (SP) 1992 jun 10. Disponível em: http://sapl.camarabauru.sp.gov.br/sapl_documentos/norma_juridica/3599_texto_integral.pdf
25. Fraga CK. A atitude investigativa no trabalho do assistente social. *Serv Soc Soc*. 2010;(101): 40-64.

Endereço para correspondência: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo Rua: Silvio Marchione, 3-20. Vila Universitária. CEP 17012-900, Bauru/SP *Email:* graciano@usp.br
