

EFEITOS DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA PREPARATÓRIA À CIRURGIA, NO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO PÓS-OPERATÓRIO, EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA ORTOGNÁTICA

EFFECTS OF PSYCHOLOGICAL AND PREPARATORY INTERVENTION SURGERY IN THE PROCESS OF POST OPERATORY ADAPTATION ON PATIENTS SUBMITTED TO ORTHOGNATIC SURGERY

Edilaine dosSANTOS¹
Profa. Psic. Carmen Maria Bueno NEME MS²
Psic. Liliam D'AquinoTAVANOMS³

RESUMO

Esta pesquisa objetivou verificar os efeitos de treino de relaxamento e intervenção cognitiva (visualização) introduzidos no pré-operatório de pacientes candidatos à cirurgia ortognática. Os 12 sujeitos, de ambos os sexos, entre 18 e 26 anos, foram divididos em Grupo Experimental (G.E./N=6) e Grupo Controle (G.C./N=6). Após a orientação pré-cirúrgica, ambos os grupos foram entrevistados e o G.E. foi submetido ao relaxamento e visualização. No pós-operatório, todos receberam acompanhamento psicológico e foram avaliados em três momentos. Os resultados indicaram obtenção de maiores benefícios nas condições psico-orgânicas e outras para o G.E. As intervenções psicológicas, quando introduzidas no pré-operatório, tendem a melhorar as condições pós-operatórias dos pacientes.

Palavras-chave: *intervenções psicológicas, relaxamento, visualização, pré-operatório e pós-operatório.*

Colaboração: **Rosana Martins RIBEIRO** - (auxiliar de pesquisa).

⁽¹⁾ Especialização em Psicologia Clínica pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - HRAC - USP / Bauru-SP - Endereço para correspondência: Rua: Raja Gebara 1-55, Aptº 61 - B - Jardim Aviação / CEP 17.046-550 - Bauru-SP. E-mail: edilainesantos@zipmail.com.br

⁽²⁾ Supervisora Psicologia Clínica - Universidade Estadual Paulista - UNESP - Bauru / Orientadora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica no HRAC - USP / Bauru-SP.

⁽³⁾ Psicóloga no Setor de Psicologia do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais HRAC - USP Bauru-SP.

ABSTRACT

This research aimed to verify the effects of relaxation training and cognitive intervention (visualization) introduced in the pre-operative phase of patients applying to orthognatic surgery. The 12 subjects, of both sexes, between 18 and 26 years of age, were divided into an Experimental Group (E.G./N=6) and a Control Group (C.G./N=6). After the pre-surgery guidance, both groups were interviewed and the E.G. was submitted to relaxation and visualization. During the post-operative phase all of them received psychological attendance and were evaluated in three moments. The results indicated attainment of major benefits in the psycho-organic conditions and others to the E.G.. When the psychological interventions are introduced in the pre-operative, they tend to make the post-operative phase conditions of the patients better.

Key-words: *psychological intervention, relaxation, visualization, pre-operative phase, post-operative phase.*

INTRODUÇÃO

Dentre as deformidades ósseas da face, as deformidades maxilomandibulares constituem estudo fundamental no desenvolvimento de má-formações da maxila e mandíbula. Henderson (1974), refere-se a esse grupo de deformidades como sendo uma desproporção esquelética facial que, em geral, apresenta algum tipo de má-oclusão dental. Segundo Psillakis (1987), modificações no crescimento e alterações na forma em um dos ossos afetarão a posição espacial dos demais e ocasionarão influência direta na articulação dentária. Fatores de origem congênita, manipulações traumáticas ou inadequadas e a herança genética podem determinar o desenvolvimento do quadro (Cardim, 1987). Isso significa que tanto pessoas portadoras de fissura, quanto outras não portadoras, podem apresentar deformidades maxilomandibulares.

De acordo com D'Agostino & Jorge (1991), os pacientes fissurados apresentam, além dos problemas de ordem estética, problemas nos aspectos funcionais, nutricionais e emocionais. Da mesma forma, verifica-se que pacientes não fissurados, mas que apresentam algum tipo de deformidade facial, também manifestam tais problemas, os quais acarretam efeitos na vida

pessoal e social, visto que a imagem facial tem significado importante na identidade da pessoa e em sua auto-estima (Cunningham et al., 1995). A insatisfação com a aparência facial frequentemente leva os pacientes com anomalias faciais a expressarem esperanças de melhorar sua auto-estima e aliviar suas atitudes depreciativas através de uma mudança física (Shalhoub, 1994).

Após preciso diagnóstico e plano de tratamento, a cirurgia ortognática pode ser indicada. A essa consiste num procedimento que envolve a reparação da maxila e da mandíbula (totalmente ou em segmentos) separadamente ou em combinação uma com a outra (Bays, 1986). Faz parte da cirurgia bucomaxilofacial e tem como propósito corrigir as deformidades dentofaciais, objetivando melhorar a oclusão dentária e harmonizar a face destes pacientes (Medeiros, 1990). Tais mudanças, implicam benefícios físicos e psicológicos na vida do paciente, gerando mudanças positivas na auto-imagem, interações sociais e melhora na qualidade de vida em termos pessoais e sociais (Cheng et al., 1995; Finlay et al., 1995).

No entanto, alguns procedimentos e técnicas utilizados na cirurgia ortognática trazem certo grau de insatisfação e desconforto ao paciente no período pós-operatório imediato e mediato. Em alguns casos, é necessário empregar o enxerto ósseo retirado do osso ilíaco

para preenchimento dos espaços vestibulares ocasionados pelo avanço ósseo. Técnica como a do “bloqueio maxilomandibular”, devido ao uso da “fixação intermaxilar e imediata”, traz muito desconforto no período pós-operatório, marcado por limitações na fala e ingestão alimentar, entorpecimento e inchaço da face, podendo gerar sintomas depressivos nos pacientes, além de sensação de fraqueza, insônia, anorexia, perda de peso, etc, comprometendo o processo de recuperação cirúrgica do paciente (Cunningham et al., 1995; Zane, 1997). Recentemente, a técnica de “fixação interna rígida” vem sendo utilizada com frequência no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Bauru. Sua aplicabilidade possibilita ao paciente um pós-operatório menos doloroso e mais funcional (Colombini, 1988). Muitas das dificuldades no pós-operatório podem ser amenizadas com a aplicação da fixação interna rígida, embora não extintas na sua totalidade.

Dada a complexidade da cirurgia ortognática e dos fatores bio-psico-sociais envolvidos, considera-se importante o trabalho da equipe multiprofissional envolvida. Para Leshan (1992), é fundamental a visão de totalidade do paciente, de modo que a busca e a conservação da saúde sejam permeadas de cuidados no mesmo nível de importância entre os aspectos físicos e psicológicos. Atualmente, tornam-se cada vez mais conhecidas as influências dos fatores emocionais na evolução do estado psico-orgânico do paciente cirúrgico no período pós-operatório, em diferentes tipos de procedimentos cirúrgicos e invasivos. Segundo Aiub et al. (1995), Cavalcanti (1994), Ferrari (1985) e Sebastiani (1995), pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos apresentam reações psicológicas importantes como medo, ansiedade, expectativas e fantasias que podem comprometer a recuperação e o modo de enfrentamento da situação cirúrgica. Ao constatar a presença de sintomas depressivos e distúrbios orgânicos no pós-operatório de pacientes de cirurgia ortognática, Zane (1997) indica, além da necessidade de preparação e avaliação psicológica pré-operatória, um

acompanhamento pós-operatório extremamente cuidadoso. De acordo com Sebastiani (1995), o trabalho do psicólogo no acompanhamento dos pacientes e seus familiares deve iniciar-se no período pré-operatório, de modo que lhes sejam fornecidas orientações quanto às expectativas da cirurgia, discutindo seus medos, ansiedades e angústias, bem como desmistificando suas fantasias, a fim de que no pós-operatório o trabalho seja focado na recuperação e reabilitação gradativa do paciente.

Além da preparação cognitiva através de informações e esclarecimentos, existem outras formas auxiliares para o preparo do paciente para uma cirurgia, tais como técnicas de relaxamento acompanhadas ou não de “imagem ativa ou visualização”. A fim de controlar tensões musculares, diminuir a excitação orgânica e sintomas como ansiedade e outras perturbações emocionais, a técnica do Relaxamento Muscular Progressivo descrito por Jacobson (1976) constitui uma abordagem que possibilita, através do relaxamento de todo o corpo, acalmar o sistema neuromuscular, inclusive a “mente”. Esta técnica adaptada pode ser associada à intervenção cognitiva, bem como o processo de visualização ou criação de imagens mentais, favorecendo a relação mente/corpo pretendida (Simonton et al., 1987). De acordo com Carvalho (1994), “...a Psicossomática e a Medicina Holística trabalham com a ligação mente-corpo e utilizam a visualização dando a esta grande destaque e importância, em virtude das modificações fisiológicas que a acompanham” (p. 163). Segundo a autora, a visualização consiste num processo psico-biológico natural ao homem que possibilita ao paciente utilizar melhor os seus recursos internos.

Com base nas pesquisas e estudos mencionados, este trabalho focalizou a necessidade de se atuar preventivamente junto a pacientes indicados para a cirurgia ortognática, implementando, paralelamente à orientação cognitiva (informações e esclarecimentos), as técnicas de relaxamento e visualização mental no período pré e pós-operatório-operatório, como

recurso importante para a minimização dos sintomas e estados emocionais encontrados nesses pacientes após a cirurgia. Tais intervenções, quando inseridas e treinadas previamente à cirurgia, podem se constituir recursos mais acessíveis aos pacientes, auxiliando-os no processo de recuperação e reabilitação, favorecendo melhoras nas condições psico-orgânicas no período pós-operatório e subsequente, condição que o presente trabalho pretendeu verificar.

MÉTODO

O estudo contou com uma amostra de 12 pacientes, com idades entre 18 e 26 anos, de ambos os sexos, submetidos à cirurgia ortognática com a técnica da "Fixação Interna Rígida". Os pacientes foram divididos em dois grupos: Grupo Experimental (G.E. / N= 6) e Controle (G.C. / N= 6). A distribuição dos pacientes, em rotina de internação nos dois grupos, foi realizada após recebimento de orientação pré-cirúrgica, mediante o seguinte critério: G. - pacientes com entrada nas semanas 1^a, 3^a, 5^a, 7^a (e assim por diante); e G.C. nas semanas 2^a, 4^a, 6^a, 8^a (e assim por diante) no período de coleta de dados para a pesquisa. A Tabela 1 (resultados) apresenta os dados de identificação dos pacientes integrantes da amostra, já subdivididos nesses Grupos.

No período pré-operatório, os pacientes de ambos os grupos foram entrevistados individualmente, por meio de entrevista semi-dirigida previamente elaborada, visando a verificar o estado emocional, a motivação, as expectativas e os temores relatados frente à cirurgia. Em seguida, os pacientes do G.E. foram submetidos a treino de relaxamento e "visualização", objetivando minimizar a ansiedade e tensão antes da cirurgia. Os pacientes do G.C. foram igualmente entrevistados, porém dispensados a seguir. No período pós-operatório, dividido em imediato e tardio, ambos os grupos receberam acompanhamento psicológico e foram avaliados em três momentos: M1, M2, e M3. O M1

consistiu na primeira visita ao paciente, 24 horas após a cirurgia (1^o P.O. - pós-operatório imediato) e o M2 referiu-se à segunda visita ao paciente, 48 horas após a cirurgia (2^o P.O. - pós-operatório imediato). Nesses dois momentos, os pacientes de ambos os grupos foram questionados sobre seu estado psico-orgânico e submetidos às técnicas de relaxamento e visualização, e orientação e apoio psicológico. No M3 (pós-operatório tardio, 30/40 dias após a alta hospitalar), todos os pacientes foram entrevistados individualmente, verificando-se seu estado emocional, sua satisfação com os resultados alcançados com a cirurgia e adaptação nesse período. Esses dados foram coletados por uma auxiliar de pesquisa que não dispunha de informação sobre a que grupo (Experimental ou Controle) pertencia cada paciente entrevistado, conforme critério do "duplo-cego". As dificuldades apresentadas pelos pacientes, quanto à alimentação e outras, foram observadas pela pesquisadora e acompanhadas pelos demais membros da equipe de saúde. Os relatos dos pacientes de ambos os grupos, quanto aos sintomas psicofisiológicos e estados emocionais, foram comparados de acordo com os objetivos propostos neste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características da amostra estão representadas na Tabela 1.

Verifica-se que 4 pacientes do G.E. eram portadores de fissura, sendo que 1 paciente necessitou fazer enxerto ósseo. No G.C., 3 pacientes eram portadores de fissura e 2 necessitaram fazer o enxerto. Apenas 1 paciente de cada grupo não havia passado por cirurgias anteriores. No G.E., o tempo de hospitalização para os pacientes variou de 1 a 7 dias e no G.C. de 1 a 9 dias. Verifica-se que 1 paciente de cada grupo recebeu alta hospitalar após 1 dia da realização da cirurgia, tendo sido avaliados até o 1^o P.O. e depois no pós-operatório tardio. Quanto à caracterização geral apresentada, houve similaridade entre os dois grupos.

Tabela 1. Caracterização da amostra.

Grupos	Pacientes	Idade	Sexo	Portador de fissura	Cirurgia Ortognática	Já passou por cirurgias antes	Tempo de hospitalização (do 1º P.O. até a alta hospitalar)
Grupo Experimental	P1	18	F	Sim	Sem enxerto	Sim	5 dias
	P2	26	M	Não	Sem enxerto	Não	3 dias
	P3	19	M	Não	Sem enxerto	Não	1 dia
	P4	21	M	Sim	Com enxerto	Sim	4 dias
	P5	20	F	Sim	Sem enxerto	Sim	5 dias
	P6	24	M	Sim	Sem enxerto	Sim	7 dias
Grupo Controle	P1	18	M	Não	Sem enxerto	Sim	1 dia
	P2	23	M	Sim	Com enxerto	Sim	7 dias
	P3	19	F	Não	Sem enxerto	Não	9 dias
	P4	21	M	Sim	Sem enxerto	Sim	8 dias
	P5	21	F	Não	Sem enxerto	Sim	3 dias
	P6	24	M	Sim	Com enxerto	Sim	4 dias

Todos os pacientes foram questionados no pré-operatório, sobre suas condições psicofisiológicas (sono, alimentação, e outras), além de suas expectativas, motivação, temores e conhecimento sobre a cirurgia. Os resultados obtidos indicaram similaridade entre os pacientes do G.E. e do G.C.. De modo geral, os pacientes de ambos os grupos relataram ter conhecimento sobre a cirurgia e sobre a dieta líquida alimentar posterior; todos mostraram-se motivados para a cirurgia, portando expectativas positivas de melhorar quanto aos aspectos estéticos e funcionais. Alguns pacientes esperavam, além disso, obter ganhos quanto ao relacionamento interpessoal após a cirurgia. Todos os pacientes acreditavam que obteriam bons resultados. Esses dados são concordantes com os estudos de Cunningham *et al* (1995), que relacionam o desejo dos pacientes candidatos à cirurgia ortognática de melhorar os aspectos funcional e estético, como motivo para sua realização. As preocupações apontadas pelos pacientes da amostra, em geral, referiram-se à anestesia, ao ato cirúrgico, ao pós-operatório nos aspectos relacionados à dieta líquida, ao entorpecimento e

ao inchaço da face, ao “medo de alterações no planejamento cirúrgico” e à preocupação com a possibilidade de emagrecer. Alguns pacientes relataram estar apresentando alterações na rotina alimentar e de sono, apontando ansiedade frente à cirurgia e à hospitalização, como fatores desencadeantes. Os pacientes dos dois grupos relataram a ocorrência de alterações em seu estado emocional, relacionando estados emocionais “positivos” e “negativos” à expectativa da cirurgia. Embora todos os pacientes estivessem interessados e satisfeitos frente à perspectiva da cirurgia, também relataram preocupações, sensação de cansaço e angústia, sendo a ansiedade o estado emocional mais frequentemente apontado pelos pacientes. Conforme estudos de Aiub *et al.* (1995), Ferrari (1985) e Sebastiani (1995), a experiência cirúrgica desencadeia uma série de ansiedades e temores, os quais podem, caso não sejam trabalhados preventivamente, comprometer a recuperação cirúrgica do paciente.

Após a entrevista psicológica inicial, os pacientes do G.E. foram submetidos a treino de relaxamento, intervenção cognitiva (visualização)

e orientação, objetivando minimizar ansiedades e tensões. Após a intervenção psicológica, todos os pacientes do G.E. relataram sentir-se mais tranquilos e alguns, mais confiantes, indicando a importância da intervenção preparatória à cirurgia, conforme apontado por Aiub *et al.* (1995), Cavalcanti (1994) e Ferrari (1985). O relaxamento e visualização realizados foram apontados, por esses pacientes, como fatores positivos para a redução da ansiedade. De acordo com Jacobson (1976), o relaxamento permite o controle da ansiedade e do estresse, sendo que as técnicas de visualização, por meio da introdução de imagens mentais de bem-estar e recuperação, possibilitam ativar processos de autocontrole e auto-regulação de vários tipos de sintomas psicofisiológicos e estados emocionais (Simonton *et al.*, 1987).

No 1º P.O., os pacientes de ambos os grupos foram contatados e submetidos aos procedimentos de relaxamento e visualização, após averiguação dos sintomas psicofisiológicos e estados emocionais que apresentavam. Após o relaxamento e visualização, foram ainda questionados sobre os mesmos aspectos, por meio de uma lista de sintomas e estados emocionais, subdividida em: **a) sintomas psicofisiológicos** (dor, dificuldades de respiração, dificuldades no sono, dificuldades na alimentação e fraqueza), e **b) estados emocionais** (ansiedade, depressão, irritação, preocupação e insatisfação). O mesmo procedimento foi

repetido com os pacientes dos dois grupos no 2º P.O. (48 horas após a cirurgia).

A Tabela 2 apresenta os dados relativos aos sintomas de dor, dificuldade para respiração e dificuldade no sono, relatados pelos pacientes dos dois grupos no 1º P.O., comparando-se ao apontado antes e depois do relaxamento e visualização, por meio das avaliações de “ausência destes sintomas”, manutenção destes sintomas” e melhora destes sintomas”.

No 1º P.O., após a intervenção psicológica, 2 pacientes do G.E. referiram “melhora” do sintoma de dor; apenas 1 paciente do G.C. referiu “melhora” na dor, indicando que 50% (3 pac.) dos pacientes do G.C. mantiveram esse sintoma após a intervenção psicológica.

A Tabela 3 apresenta os resultados obtidos quanto aos sintomas psicofisiológicos relatados pelos pacientes de ambos os grupos, no 2º P.O., comparativamente àqueles apresentados antes e após o relaxamento e visualização verificados nessa avaliação pós-operatória.

Comparando-se os resultados apresentados nas Tabelas 2 e 3, verifica-se que, no 2º P.O., 4 pacientes do G.E. e 4 do G.C. relataram ausência de dor. Do G.E., 1 paciente relatou “melhora” após o relaxamento e visualização, enquanto que nenhum do G.C. relatou ter melhorado após a intervenção, tendo mantido o sintoma. Nota-se que a frequência do sintoma

Tabela 2. Condições psicofisiológicas apresentadas pelos pacientes no 1º P.O. após a realização da intervenção psicológica comparativamente ao relatado antes desta intervenção.

Sintomas 1º P.O.	Grupo	Ausência do sintoma	Manutenção do sintoma	Melhora do sintoma	N
Dor	G.E.	2 pac.	2 pac.	2 pac.	6 pac.
	G.C.	2 pac.	3 pac.	1 pac.	6 pac.
Dificuldades na Respiração	G.E.	1 pac.	3 pac.	2 pac.	6 pac.
	G.C.	3 pac.	3 pac.	0 pac.	6 pac.
Dificuldades no Sono	G.E.	4 pac.	1 pac.	1 pac.	6 pac.
	G.C.	1 pac.	4 pac.	1 pac.	6 pac.

de dor apresentada pelos pacientes foi maior no 1º P.O. para ambos os grupos, porém diminuiu consideravelmente no 2º P.O. Verifica-se que o

G.E. nos dois momentos (1º P.O. e 2º P.O.) referiu maiores benefícios após a intervenção psicológica, comparativamente ao G.C.

Tabela 3. Condições psicofisiológicas apresentadas pelos pacientes no 2º P.O., após a realização da intervenção psicológica, comparativamente ao relatado antes desta intervenção.

Sintomas 2º P.O.	Grupo	Ausência do sintoma	Manutenção do sintoma	Melhora do sintoma	N
Dor	G.E.	4 pac.	0 pac.	1 pac.	5 pac.
	G.C.	4 pac.	1 pac.	0 pac.	5 pac.
Dificuldades na Respiração	G.E.	3 pac.	0 pac.	2 pac.	5 pac.
	G.C.	3 pac.	1 pac.	1 pac.	5 pac.
Dificuldades no Sono	G.E.	2 pac.	2 pac.	1 pac.	5 pac.
	G.C.	2 pac.	3 pac.	0 pac.	5 pac.

Com relação às dificuldades na respiração, a maioria dos pacientes do G.E. havia relatado a presença desse sintoma. No 1º P.O., após a intervenção psicológica, 2 pacientes relataram melhora e 50% (3 pac.) continuaram apresentando o sintoma. Do G.C., metade dos pacientes relatou dificuldade para respirar. Observa-se, que após a intervenção psicológica, nenhum paciente do G.C. indicou “melhora” desse sintoma, de forma que 50% (3 pac.) dos pacientes referiram a manutenção do sintoma. No 2º P.O., conforme observa-se na Tabela 3, dos 5 pacientes da amostra de ambos os grupos, 60% (3 pac.) dos pacientes do G.E. e do G.C. referiram a ausência de dificuldade na respiração. Após a intervenção psicológica, 2 pacientes do G.E. relataram “melhora” desse sintoma; no G.C. 1 paciente apontou “melhora” e 1 indicou a manutenção do sintoma.

No tocante à dificuldade no sono, verifica-se que mais da metade dos pacientes (4 pac.) do G.E. e 1 paciente do G.C. relataram a ausência desse sintoma. Após a intervenção psicológica, 1 paciente do G.E. indicou “melhora” e 1 paciente relatou a manutenção do sintoma; no G.C., somente 1 paciente apontou “melhora” e 4 continuaram indicando dificuldades para respirar. No 2º P.O., observa-se que 2 pacientes de cada

grupo relataram a ausência do sintoma sendo que, após a realização do relaxamento e visualização, 1 paciente do G.E. indicou “melhora”. No G.C., após a intervenção psicológica, nenhum paciente apontou “melhora” na respiração, sendo que 60% (3 pac.) indicaram a manutenção do sintoma..

Comparando-se os resultados apontados nas Tabelas 2 e 3, verifica-se que os pacientes de ambos os grupos relataram benefícios após a intervenção psicológica. No entanto, os pacientes do G.E. relataram maiores benefícios que os do G.C. nos dois momentos (1º P.O. e 2º P.O.), ocorrendo uma porcentagem maior de pacientes que indicaram “melhora dos sintomas” avaliados. Os pacientes do G.C. referiram a manutenção dos sintomas avaliados com maior frequência que o G.E., após o relaxamento, tanto no 1º P.O. quanto no 2º P.O. Os resultados obtidos nesse estudo são concordantes com as indicações de Sandor et al. (1982) sobre os benefícios do relaxamento, como um importante “método de recondicionamento psicofisiológico” (p.4). Aparentemente, tal técnica produziu maiores benefícios aos pacientes estudados, quando introduzida no período pré-operatório, possivelmente devido à familiarização e ao “treinamento” dos pacientes para sua realização.

Quanto às dificuldades na alimentação, verificou-se similaridade entre os pacientes dos dois grupos, visto que a maioria, embora relacionando algumas dificuldades, estava alimentando-se de acordo com o esperado nesses casos. A maior dificuldade dos pacientes referiu-se ao inchaço e entorpecimento da face. De acordo com Chidylo & Chidylo (1989), o pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia oral e maxilofacial é caracterizado pela inabilidade em consumir a dieta alimentar no período de convalescença, sendo que sintomas como dor, desconforto e náuseas são comuns, tal como o observado neste estudo. Verificou-se que os pacientes do G.E., apesar de apontarem algumas dificuldades para se alimentarem, relataram menos sensação de fraqueza. Segundo Aiub *et al.* (1995) e Sebastiani (1995), quando é possibilitado ao paciente falar sobre seus sentimentos, fantasias e medos com relação à cirurgia, e quando lhe são fornecidos os devidos esclarecimentos sobre a situação pela qual irá passar, é capaz de controlar a situação e enfrentar melhor a realidade, conforme aparentemente encontrado neste trabalho. Considerando-se a complexidade da cirurgia ortognática, os dados aqui investigados indicam a importância do trabalho multiprofissional para a assistência de

cuidados, tanto físicos quanto psicológicos, indispensáveis à boa recuperação do paciente numa visão de totalidade, conforme apontado na literatura (Leshan, 1992; e outros).

A Tabela 4 apresenta os resultados obtidos quanto aos estados emocionais negativos (ansiedade, depressão, irritação, preocupação e insatisfação) apontados pelos pacientes de ambos os grupos no 1º P.O., comparativamente ao apresentado antes e depois da intervenção psicológica realizada nesse período. Da mesma forma, a Tabela 5 também apresenta os resultados obtidos quanto aos estados emocionais negativos indicados pelos pacientes dos dois grupos, comparando-se aos apontados antes e depois do relaxamento e visualização; no entanto, faz referência ao 2º P.O.

Com relação à ansiedade, a maioria dos pacientes do G.E. indicaram a presença do referido estado emocional. Verifica-se na Tabela 4, no 1º P.O. que, após a intervenção psicológica, 4 pacientes do G.E. relataram “melhora” na ansiedade e apenas 1 paciente apontou a manutenção da mesma. No G.C., 2 pacientes relataram a ausência de ansiedade, 2 indicaram “melhora” após a intervenção e 2 apontaram a manutenção de tal estado emocional. Conforme observa-se na Tabela 5, no 2º P.O., somente 1

Tabela 4. Estados emocionais apresentadas pelos pacientes no 1º P.O. após a realização da intervenção psicológica comparativamente ao relatado antes desta intervenção.

Estados Emocionais 1º P.O.	Grupo	Ausência do sintoma	Manutenção do sintoma	Melhora do sintoma	N
Ansiedade	G.E.	1 pac.	1 pac.	4 pac.	6 pac.
	G.C.	2 pac.	2 pac.	2 pac.	6 pac.
Depressão	G.E.	2 pac.	1 pac.	3 pac.	6 pac.
	G.C.	1 pac.	2 pac.	3 pac.	6 pac.
Irritação	G.E.	2 pac.	1 pac.	3 pac.	6 pac.
	G.C.	4 pac.	2 pac.	0 pac.	6 pac.
Preocupação	G.E.	0 pac.	1 pac.	5 pac.	6 pac.
	G.C.	1 pac.	3 pac.	2 pac.	6 pac.
Insatisfação	G.E.	5 pac.	1 pac.	0 pac.	6 pac.
	G.C.	3 pac.	3 pac.	0 pac.	6 pac.

paciente do G.E. relatou ausência de ansiedade; no entanto, observa-se que, após o relaxamento e visualização, houve “melhora” para 4 pacientes. No G.C., 60% (3 pac.) dos pacientes referiram ausência de ansiedade, sendo que 1 paciente relatou “melhora” após a intervenção e 1 apontou

a manutenção do estado de ansiedade. Através dos resultados obtidos, nota-se que, após a intervenção psicológica, os pacientes do G.E. relataram melhora considerável na amenização do estado de ansiedade antes relacionados, comparativamente ao G.C.

Tabela 5. Estados emocionais apresentados pelos pacientes no 2º P.O., após a realização da intervenção psicológica, comparativamente ao relatado antes desta intervenção.

Estados Emocionais 2º P.O.	Grupo	Ausência do sintoma	Manutenção do sintoma	Melhora do sintoma	N
Ansiedade	G.E.	1 pac.	0 pac.	4 pac.	5 pac.
	G.C.	3 pac.	1 pac.	1 pac.	5 pac.
Depressão	G.E.	2 pac.	1 pac.	2 pac.	5 pac.
	G.C.	4 pac.	0 pac.	1 pac.	5 pac.
Irritação	G.E.	2 pac.	0 pac.	3 pac.	5 pac.
	G.C.	4 pac.	0 pac.	1 pac.	5 pac.
Preocupação	G.E.	2 pac.	2 pac.	1 pac.	5 pac.
	G.C.	3 pac.	1 pac.	1 pac.	5 pac.
Insatisfação	G.E.	5 pac.	0 pac.	0 pac.	5 pac.
	G.C.	4 pac.	1 pac.	0 pac.	5 pac.

Na indicação do estado de depressão, observa-se no 1º P.O. que 2 pacientes do G.E. relataram ausência de depressão. Após a intervenção psicológica, 50% (3 pac.) dos pacientes apontaram “melhora” e apenas 1 paciente relatou a manutenção da depressão. No G.C., 1 paciente indicou ausência de depressão. Após o relaxamento e visualização, 50% (3 pac.) dos pacientes do G.C. referiram “melhora” e 2 pacientes relataram a manutenção do referido estado emocional. No 2º P.O., 2 pacientes do G.E. referiram ausência de estado depressivo. Após a intervenção, 2 pacientes do G.E. indicaram “melhora” e 1 relatou a manutenção de depressão. No G.C., 4 pacientes apontaram a ausência de depressão; após o relaxamento, 1 paciente referiu “melhora”, de forma que não houve nenhum paciente indicando a manutenção de estado depressivo.

Com relação à irritabilidade, o G.E. apresentou, no 1º P.O., 2 pacientes que relataram a ausência de irritação. Observa-se que após a intervenção psicológica, 50% (3 pac.) dos pacientes do G.E. indicaram “melhora”, sendo que apenas 1 paciente apontou a manutenção da irritação. No G.C., 4 pacientes indicaram a ausência de irritação. Após a realização da intervenção, não houve relatos de “melhora” para nenhum paciente do G.C., de forma que 2 pacientes fizeram referência a manutenção da irritação. No 2º P.O., 2 pacientes do G.E. referiram ausência de irritabilidade. Após a intervenção psicológica, 60% (3 pac.) dos pacientes do G.E. indicaram “melhora”, não havendo indicações de manutenção de irritabilidade para nenhum paciente. No G.C., também não ocorreu frequência indicativa da manutenção de irritação nos pacientes, uma vez que 4 pacientes deste grupo apontaram a ausência do estado de irritação e 1

paciente informou ter obtido “melhora” após a intervenção.

No que diz respeito ao fator preocupação apresentado pelos pacientes no período pós-operatório imediato, verifica-se na Tabela 4, no 1º P.O., que nenhum dos pacientes do G.E. referiu a ausência de preocupação; porém, após a intervenção psicológica, 83,3% (5 pac.) relataram “melhora” nesse aspecto e apenas 1 paciente continuou indicando a manutenção de fatores preocupantes. No G.C., somente 1 paciente referiu a ausência de preocupação nesse período. Após o relaxamento e visualização, 2 pacientes do G.C. indicaram “melhora” e 50% (3 pac.) relataram que a preocupação se manteve. No 2º P.O., aumentou a frequência indicativa de pacientes com ausência de fatores preocupantes, para ambos os grupos; após a intervenção psicológica, 1 paciente de cada grupo relatou “melhora”.

A insatisfação consistiu num estado emocional aparentemente mais presente para os pacientes do G.C. Observa-se no 1º P.O. que 50% (3 pac.) pacientes do G.C. relataram a manutenção de insatisfação, mesmo após a intervenção psicológica. No G.E., 83,3% (5 pac.) dos pacientes indicaram a ausência de insatisfação. No 2º P.O., 100% (5 pac.) dos pacientes do G.E. indicaram a ausência de insatisfação e no G.C. 80% (4 pac.) dos pacientes fizeram a mesma referência.

No geral, considerando-se os resultados apresentados nas Tabelas 4 e 5, nota-se que a presença de estados emocionais negativos pareceu ter sido mais referida pelos pacientes do G.E.; no entanto, após a realização da intervenção psicológica, houve uma frequência maior de pacientes desse grupo que indicaram “melhora” em seu estado emocional negativo, comparativamente ao apontado pelos pacientes do G.C. O fato de os pacientes do G.E. terem sido trabalhados no período pré-operatório pode ter facilitado e estimulado uma auto-percepção mais acurada na avaliação de suas condições pós-cirúrgicas, com relação aos estados

emocionais manifestados. As técnicas de relaxamento, conforme os relatos dos pacientes, pareceram auxiliar na amenização dos estados emocionais negativos indicados pelos pacientes de ambos os grupos, porém com maior frequência para os pacientes do G.E., tanto no 1º P.O. quanto no 2º P.O.. Tais resultados são concordantes com a colocação de Jacobson (1976) para quem o relaxamento permite, além de diminuir e controlar tensões musculares, amenizar ou extinguir sintomas como ansiedade, excitação orgânica e outras perturbações emocionais.

De acordo com os relatos dos pacientes, considerando os sintomas psicofisiológicos e estados emocionais manifestados respectivamente no 1º e 2º P.O., houve maior frequência indicativa de “melhora” para os pacientes do G.E. No 1º P.O., 50% dos pacientes do G.E. relataram ter melhorado muito e 0% dos pacientes do G.C. No 2º P.O., após a intervenção psicológica, 80% dos pacientes do G.E. informaram ter melhorado muito e 40% dos pacientes do G.C. Durante o relaxamento e visualização efetuados no 1º e no 2º P.O., observou-se que a maioria dos pacientes do G.C. apresentou dificuldades para executar o procedimento, tendo ocorrido resistência de um paciente para realizá-lo. Os dados possibilitaram indicar que esclarecimentos, treino de relaxamento e intervenção cognitiva introduzidos no pré-operatório tendem a facilitar a prática do relaxamento no pós-operatório, momento em que os pacientes estão debilitados. Tais resultados são concordantes com os estudos de Sebastiani (1995), que indicam a contribuição do trabalho preventivo, com atendimento psicológico no período pré-operatório, para o estabelecimento do contato e confiança com o paciente, ficando o período pós-operatório destinado a um trabalho mais focado na recuperação do paciente, visto que neste momento está mais debilitado e dependente.

Entrevistas realizadas pela auxiliar de pesquisa no pós-operatório tardio (30/40 dias após a alta hospitalar) demonstraram que 100% dos pacientes do G.E. revelaram-se satisfeitos com as informações obtidas sobre a cirurgia,

sem ocorrência de "surpresas desagradáveis" no processo de recuperação pós-cirúrgica. A maioria desses pacientes referiu boa adaptação à dieta líquida, o que não ocorreu com os pacientes do G.C. Os aspectos desagradáveis referidos por 50% dos pacientes do G.C. relacionaram-se ao período pós-operatório, quanto a situações que consideraram "inesperadas", provenientes de dificuldades encontradas no período de convalescença. Quanto à adaptação com a dieta líquida no pós-operatório, verificou-se que as dificuldades relacionadas pela maioria dos pacientes do G.C. foram: sintomas de náuseas, perda de peso e sensação de fome. Para Finlay *et al.* (1995) e Shaloulb (1994), expectativas irreais dos pacientes submetidos à cirurgia ortognática, quanto ao pós-operatório e resultados, influenciam sua percepção e ocasionam insatisfação no processo de recuperação e convalescença. Nesse sentido, esses autores, assim como outros já mencionados, ressaltam a importância de se preparar e avaliar o paciente no período pré-operatório, a fim de possibilitar-lhe uma aproximação às expectativas mais reais, para melhor enfrentamento e superação das dificuldades.

Nos demais itens avaliados no pós-operatório tardio, observou-se que não houve diferenças importantes entre os dois grupos quanto às condições psicofisiológicas apresentadas. Com relação às expectativas, todos os pacientes, em ambos os grupos, consideraram positivos os resultados obtidos com a cirurgia, confirmando melhoras nos aspectos estéticos e funcionais. Esses resultados parecem evidenciar os ganhos proporcionados pela cirurgia ortognática. Cheng *et al.* (1995) e Shaloulb (1994) apontam que os pacientes realmente alcançam ótimos resultados estéticos e funcionais com a cirurgia, levando a mudanças significativas na auto-estima e conseqüentemente a benefícios pessoais e sociais. No tangente à contribuição do atendimento psicológico para a amenização dos sintomas e dificuldades no período pós-operatório imediato, todos os pacientes avaliaram positivamente o acompanhamento recebido,

sendo que todos relacionaram o relaxamento como a intervenção psicológica que mais ajudou, com exceção de um paciente do G.C. que relacionou ter sido o apoio psicológico, visto que este paciente não conseguiu realizar o relaxamento. Em geral, os resultados obtidos indicaram obtenção de ganhos com a cirurgia para todos os pacientes do estudo. Os pacientes do G.E. pareceram perceber melhoras nos sintomas psicofisiológicos e estados emocionais em maior proporção que os do G.C., após a intervenção psicológica no pós-operatório imediato. Pareceram ainda mais adaptados às condições de recuperação pós-cirúrgica, não referindo decepção com as dificuldades encontradas e mostrando-se mais participativos no processo de recuperação. Tais resultados são concordantes com os encontrados na literatura da área apresentados neste trabalho. Sugere-se realização de estudos similares com amostras maiores de pacientes.

CONCLUSÕES

A análise dos resultados obtidos indicaram a importância das técnicas de relaxamento e orientação cognitiva, como auxiliares na adaptação psico-orgânica pós-cirúrgica para ambos os grupos. Essas técnicas, quando introduzidas no período pré-operatório, tendem a facilitar a adaptação pós-operatória, gerando melhores avaliações das condições psico-orgânicas manifestadas pelos pacientes e contribuindo para a diminuição de tensão e ansiedade frente à cirurgia. A intervenção psicológica realizada com os pacientes no pré-operatório pode também facilitar a relação terapêutica no pós-operatório, facilitando a expressão de suas condições e dificuldades nesse momento. Sugere-se que pacientes candidatos à cirurgia ortognática possam se beneficiar com as técnicas de relaxamento introduzidas no período pré e pós-operatório, com maior índices de benefícios para os que se submeterem à técnica no período pré-operatório. Indica-se replicação do estudo

com amostras maiores de pacientes, verificando-se também efeitos na auto-percepção de estados emocionais de sujeitos submetidos a relaxamento e visualização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIUB, A.L.C., et al. (1995). Ansiedade em pacientes cardíacos pré-cirúrgico. *Revista da Sociedade de Cardiologia*, 5(6):6-8.
- BAYS, R.A. (1986). Orthognathic surgery: the practical use of functional principles. In: SHELTON, D.W. & IRBY, W.B. (ed.) *Current advances in oral and maxillofacial surgery: orthognathic surgery*. Saint Louis: Mosby. p. 144-191.
- CARDIM, V.L.N. (1987). Fisiopatologia das deformidades maxilomandibulares. In: PSILLAKIS, J.M. et al. (ed.) *Cirurgia craniomaxilofacial: osteotomias estéticas da face*. Rio de Janeiro: Medsi. 311-315.
- CARVALHO, M.M. J. (coord.). (1994). *Introdução à psiconcologia*. São Paulo: Psy II.
- CAVALCANTI, M.C.T. (1994). Aspectos emocionais no pré-operatório em amputação de membros. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43 (3): 159-161.
- CHENG, L. H.H., ROLES, D.M., TELFER, M.R. (1995). Orthognathic surgery. *British Journal Oral Maxillofacial Surgery*, 33 (3): 197.
- CHIDYLLO, S.A. & CHIDYLLO, R. (1989). Nutricional evaluation prior to oral and maxillofacial surgery. *Dental Journal*, 55 (8): 38-40.
- COLOMBINI, N.E.P. (1988). *Fixação interna rígida em cirurgia maxilo-facial: técnica AO*. São Paulo: Pancast.
- CUNNINGHAM, S.J., FEINMANN, C, HORROCKS, E.N. (1995). Psychological problems following orthognathic surgery. *Journal of Clinical Orthodontics*, 29 (12): 755-757.
- D'AGOSTINO, L. & JORGE, D. (1991). A criança portadora de fissura labiopalatal. *Pediatria Moderna*, 26 (6): 480-486.
- FERRARI, B. (1985). Preparação psicológica do paciente cirúrgico. *Revista Informação Ciência Cultural Doutora*, 2 (7): 47-50.
- FINLAY, P.M., ATKINSON, J.M., MOOS, K.F. (1995). Orthognathic surgery: patient expectations; psychological profile and satisfaction with outcome. *British Journal Oral Maxillofacial Surgery*, 33 (1): 9-14.
- HENDERSON, D. (1974). The assessment and management of bony deformities of the middle and lower face. *British Journal Plastic Surgery*, 27 (3): 287-296.
- JACOBSON, E. (1976). *Relax: como vencer as tensões*. São Paulo: Cultrix.
- LESHAN, L. (1992). *O câncer como ponto de mutação*. São Paulo: Summus.
- MEDEIROS, P.J. (1990). Cirurgia ortognática. In: ZANINI, S.A. (ed.) *Cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial*. Rio de Janeiro: Revinter, 251-320.
- PSILLAKIS, J.M. (1987). Osteotomias estéticas da face. In: PSILLAKIS, J.M., et al. (ed.) *Cirurgia craniomaxilofacial: osteotomias estéticas da face*. Rio de Janeiro: Medsi, p. 357-387.
- SANDOR, P., et al. (1982). *Técnicas de relaxamento*. 4. ed. São Paulo: Vetor.
- SEBASTIANI, R.W. (1995). Atendimento psicológico no centro de terapia intensiva. In: ANGERAMI, V.A. (org). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. 2. ed. São Paulo: Pioneira, p. 29-71.
- SHALHOUB, S.Y. (1994). Scope of oral and maxillofacial surgery: the psychosocial dimensions of orthognathic surgery.

Australian Dental Journal, 39 (3):
181-183.

SIMONTON, O. C., MTTHEWS-SIMONTON,
S., CREIGHTON, J.L. (1987). *Com a vida
de novo*. 4. ed. São Paulo: Summus.

ZANE, V. C. (1997). *Avaliação psicológica de
pacientes submetidos à cirurgia
ortognática*. Monografia, especialização em
Psicologia Clínica - Hospital de Pesquisa e
Reabilitação Craniofaciais - USP-Bauru.