

INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS NOS PERÍODOS PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO COM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA DE ENXERTO ÓSSEO*

PRE AND POST-OPERATORY PSYCHOLOGICAL INTERVENTION WITH PATIENTS SUBMITTED TO BONE GRAFT SURGERY

Rosana Martins RIBEIRO¹
Liliam D'Aquino TAVANO²
Carmem Maria Bueno NEME³

RESUMO

Este trabalho objetivou verificar os efeitos da intervenção psicológica (cognitiva) seguida de treino de relaxamento/visualização introduzido no período pré-operatório de pacientes submetidos a cirurgia de enxerto ósseo alveolar. Os 14 sujeitos, de ambos os sexos, entre 9 e 12 anos, foram divididos em grupo experimental (G.E. / n=7) e grupo controle (G.C. / n=7). 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 dois momentos. Os resultados obtidos indicaram maiores ganhos nas condições psico-orgânicas e outros ganhos para o G.E.. Quando as intervenções psicológicas são introduzidas no pré-operatório podem melhorar as condições pós-operatórias dos pacientes.

Palavras-chave: *cuidados pré-operatórios, cuidados pós-operatórios, psicologia, enxerto ósseo, técnicas de relaxamento.*

⁽¹⁾ Monografia apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para a conclusão do Curso de Especialização em Psicologia Clínica.

⁽¹⁾ Aluna Curso Especialização Psicologia Clínica do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo (HRAC-USP), Bauru-SP. Endereço para correspondência: Rua: Antonio Pereira, 2-25 – Vila Paraíso – Bauru – SP/ CEP 17051-290.

⁽²⁾ Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana (HRAC-USP), Bauru-SP.

⁽³⁾ Doutora em Psicologia Clínica/UNESP-Bauru, Orientadora do Curso de Especialização Psicologia Clínica do HRAC USP, Bauru-SP

ABSTRACT

The aim of this work was to verify the effects of the psychological intervention (cognitive) followed by relaxation/visualization training introduced in the preoperative period of patients submitted to of alveolar bone graft surgery. The 14 individuals of both sexes, between 9 and 12 years old were divided in experimental group (G.E./N=7) and control group (G.C./N=7). After the pre-surgical orientation, both groups were interviewed and the G.E. was submitted to relaxation and visualization. In the post-operative all of them received psychological accompaniment and they were appraised in two situations. The obtained results indicated larger gains in the psycho-organic conditions and other gains to the G.E.. When the psychological interventions are introduced in the preoperative they can improve the patients' post-operative conditions.

Keywords: *Psychologic interview, preoperative care, post-operative care, relaxation techniques, bone transplantation.*

INTRODUÇÃO

As fissuras lábio-palatinas requerem um tratamento standardizado, com abordagem multidisciplinar, envolvendo as áreas cirúrgicas, odontológicas, fonoaudiológica, psicológica, entre outras, por apresentarem problemas de ordem estética, funcional, nutricional e emocional.

As cirurgias plásticas primárias (queiloplastia e palatoplastia) que são realizadas nos primeiros meses de vida, para reabilitar o lábio e o palato, trazem benefícios funcionais e estéticos e, também, repercussões favoráveis quanto ao aspecto psicológico aos familiares. Porém, com o crescimento e desenvolvimento facial, alterações dentofaciais ocorrem freqüentemente (D'Agostinho & Jorge, 1991).

O crescimento craniofacial, que normalmente se guia por fatores genéticos e funcionais dos pacientes portadores desta deformidade, passa a sofrer influências das cirurgias primárias, as quais são negativas. Somando-se a isto, fatores funcionais como tendência à respiração bucal e mastigação deficiente, devido à morfologia alterada do arco dentário superior, dificultam o crescimento adequado da fase. Outro aspecto que se verifica

com o crescimento e desenvolvimento facial dos pacientes portadores de lesões lábio-palatais decorre da descontinuidade óssea na região do rebordo alveolar (Silva Filho et al., 1995).

Na busca da resolução dos problemas decorrentes das fissuras alveolares, Boyne & Sands (1972) desenvolveram a técnica de enxerto ósseo secundário (EOAS). Esta técnica de correção das deformidades dentofaciais, e que faz parte da cirurgia bucomaxilofacial, vem sendo utilizada com pacientes fissurados de lábio e palato, no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo (HRAC-USP).

Os resultados apresentados na literatura têm sido apontados como muito bons.

O enxerto ósseo secundário é geralmente realizado entre 09 e 12 anos de idade. Consiste no preenchimento da fissura óssea no rebordo alveolar, criando condições prévias para a irrupção dentária na área da fenda (Ferrari, 1995).

Albuquerque (1998), ao adotar no enxerto ósseo a crista ilíaca como área doadora, citou-a como sendo a mais favorável, uma vez que o osso esponjoso permite aos dentes migrarem e irromperem pelo enxerto ósseo da crista ilíaca.

Ainda, Albuquerque (1998) classifica os objetivos principais do EOAS como: 1) estabilizar o arco dentário superior, unindo os segmentos maior e menor; 2) melhorar o suporte ósseo dos dentes adjacentes à fissura; 3) proporcionar suporte para a asa do nariz, diminuindo a assimetria nasal e favorecendo a futura rinoplastia ou rinosseptoplastia; 4) possibilitar a finalização da reabilitação dentária sem necessidade do uso de prótese, ou favorecer sua confecção; e 5) diminuir a possibilidade de insucesso da cirurgia de fechamento de fistula buconasal.

De acordo com a literatura já citada, não são freqüentes complicações relacionadas à retirada do enxerto da crista ilíaca mas, quando consideradas envolvem: dificuldade para andar, dificuldade para alimentar-se, alterações sensitivas, traumatismo nas estruturas abdominais, fratura do íliaco e hérnia.

Santos (1998), ao se referir à complexidade da cirurgia ortognática, que também faz parte das cirurgias bucomaxilofaciais, e dos fatores bio-psicosociais envolvidos, considerou relevante uma visão de totalidade do paciente, de modo que a busca e conservação da saúde sejam permeadas de cuidados no mesmo nível de importância dados aos aspectos físicos, psicológicos e "espirituais".

Conforme apontado por Leshan (1992, p.105): "quanto mais conhecemos a biologia e a psicologia, mais aprendemos a modificar e melhorar a qualidade e a essência da vida, tanto interior quanto exteriormente, e cada vez mais este segundo resultado pode se tornar comum". Desta forma, verifica-se a importância do trabalho da equipe multiprofissional, a qual envolve os cirurgiões, enfermeiros, nutricionistas e a atuação do psicólogo.

Atualmente tornam-se cada vez mais conhecidas as influências dos fatores emocionais na evolução do estado psicoorgânico do paciente cirúrgico, no período pós-operatório, em diferentes tipos de

procedimentos cirúrgicos ou invasivos. Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos apresentam aspectos psicológicos importantes com relação ao medo, ansiedade, expectativas e fantasias, que desencadeados pela situação podem comprometer sua própria recuperação. Esses aspectos, associados às características de personalidade, constituem papel fundamental para o enfrentamento da a cirurgia (Ferrari, 1995; Sebastiani, 1995; Santos, 1998).

Muitos estudos constataram que as tensões e emoções enfraquecem a eficácia de várias células imunológicas. E, embora muitos médicos se mostrem céticos sobre essa possibilidade, muitos reconhecem o lugar das emoções na medicina. Assim se expressando, Goleman (1995) também mencionou que emoções perturbadas como o pânico, a ansiedade e a tensão podem aumentar a pressão sanguínea e, conseqüentemente, elevar os riscos de sangramentos nas cirurgias; eliminar a resistência imunológica, favorecendo quadros psicossomáticos.

Vários estudos como os de Miceli (1998); Aiub et al. (1995); Vargas et al. (1983); Cavalcanti (1994), dentre outros, deixam claro a necessidade de avaliação e acompanhamento psicológico, desde o início, no processo preparatório até o pós operatório.

No caso da cirurgia ortognática, especificamente, (Santos, 1998) constatou a presença de sintomas depressivos e distúrbios orgânicos nos pacientes no pós-operatório e ressaltaram a necessidade de uma avaliação e preparação pré-operatória desses pacientes, além de um acompanhamento pós-operatório extremamente cuidadoso.

Tendo o enxerto ósseo conseqüências cirúrgicas semelhantes, por gerar dor; desconforto, dificuldade quanto à nutrição e à locomoção, debilitação e maior dependência, faz-se também necessário acompanhamento e apoio psicoterápico.

Outros aspectos geradores de medo e ansiedade referem-se a informações que os

pacientes que serão submetidos à cirurgia de enxerto ósseo obtêm - nos corredores e sala de espera do Hospital – de outros que já realizaram tal cirurgia. Estas informações muitas vezes têm caráter de exagero, são distorcidas e não representam a da realidade, ou mesmo, não são coincidentes com a cirurgia em questão. E também, embora pequena, a possibilidade de insucesso cirúrgico por ocorrência de infecção ou rejeição e conseqüentemente, uma intervenção cirúrgica em vão. Neste caso, evidenciam-se as complicadas reações psicológicas causadas pela perda e pela necessidade e/ou probabilidade de se refazer a cirurgia em tempo remoto. Nessas situações, técnicas psicológicas como relaxamento e visualização são importantes instrumentos para a tranquilização e o autodomínio da situação.

De acordo com Sandor et al. (1982, p. 4), “o relaxamento é um método de recondicionamento psicofisiológico”, abrangendo inúmeras técnicas que visam conseguir descontração e tranquilização.

Segundo Jacobson (1976, p.3), “estar relaxado é o oposto fisiológico direto de estar excitado ou perturbado”, o que permite o controle da ansiedade e do estresse.

A fim de controlar tensões musculares, diminuir a excitação orgânica e sintomas como a ansiedade e outras perturbações emocionais, a técnica de relaxamento descrita por Sandor et al. (1982); Jacobson (1976); Lipp (1997) possibilita reduzir o estado de excitabilidade que o estresse gera no organismo e, inclusive na mente. Essa técnica, adaptada, pode ser associada com o processo de visualização ou criação de imagens mentais, envolvendo o paciente como um todo, favorecendo a relação mente/corpo pretendida.

Albuquerque & Cavalcanti (1998) afirmam que a técnica de relaxamento pode ser usada em crianças para encontrar o controle do seu estresse, diminuindo a ansiedade. O treino do

relaxamento deve ser adaptado para crianças e realizado por condução de imagens.

Carvalho (1994, p. 163) dando destaque e grande importância à visualização, afirma: “...a psicossomática e a medicina holística trabalham com a ligação mente/corpo e utilizam a visualização em virtude das modificações que acompanham”. De acordo com a autora, a visualização é um processo psicobiológico natural ao homem e que possibilita ao paciente utilizar melhor seus recursos internos.

Sebastiani (1995); Santos (1998), salientam a importância do trabalho preventivo, também, para o estabelecimento do vínculo, com uma relação de empatia e confiança entre paciente-terapeuta, ficando o período pós-operatório destinado a um trabalho mais focado na recuperação do paciente visto que neste momento, está mais debilitado e dependente.

O presente estudo baseou-se no trabalho metodológico de Santos (1998) e propôs-se, após adaptação da técnica de relaxamento, avaliar o paciente submetido à cirurgia de EOAS e os efeitos da atuação preventiva. Avaliação e orientação cognitiva foram paralelas à implementação das técnicas de relaxamento e visualização em ambos os períodos (pré e pós-operatório). As adaptações referem-se às idades, uma vez que as cirurgias de EOAS são realizadas na faixa etária de 9 a 12 anos.

MÉTODO

Local: dependências dos setores de Recreação e Internação (salas e leitos) do HRAC-USP Bauru.

O estudo contou com uma amostra de 14 pacientes, com idades entre 9 a 12 anos, de ambos os sexos, submetidos à cirurgia de E.O.A. Os pacientes foram divididos em dois grupos: Grupo Experimental (G.E. / N=7) e Controle (G.C. / N=7). A distribuição dos pacientes foi realizada após recebimento de

orientação pré-cirúrgica, mediante o seguinte critério: G.E. – 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.

Procedimentos: No período pré-operatório, ambos os grupos, após a orientação pré-cirúrgica com os cirurgiões bucomaxilo-faciais, foram atendidos individualmente para uma entrevista psicológica, para identificação de sentimentos. Os pacientes do Grupo Experimental (G.E.) foram, posteriormente, submetidos a treino em técnicas de relaxamento e visualização, além de receberem orientações e suporte, que os preparavam para minimizar o nível de ansiedade e tensão antes da cirurgia e também compreender o uso da técnica, ou seja, porque, quando e como lançaríamos uso dos procedimentos para relaxamento e visualização.

Os pacientes do Grupo Controle (G.C.) foram entrevistados e dispensados. No pós-operatório (P.O.), ambos os grupos receberam acompanhamento psicológico e foram avaliados em dois momentos: 1) (1^o P.O.) e 2) (2^o P.O. tardio), descritos a seguir:

1^o P.O. (até a alta hospitalar, M1): ambos os grupos foram acompanhados psicologicamente para apoio e orientações; avaliados quanto ao estado psico-orgânico e posteriormente submetidos às técnicas. Os dados foram registrados.

M1 (1^o P.O.) refere-se à visita feita aos pacientes 24 horas após a cirurgia, para avaliação e intervenções necessárias.

M2 (2^o P.O. tardio) refere-se ao retorno do paciente para controle cirúrgico, realizado 30/40 dias após a alta hospitalar. Todos os pacientes foram entrevistados individualmente. Os dados foram coletados por “duplo cego”, que não dispunha de informação sobre a que grupo (Experimental ou Controle) pertencia cada paciente entrevistado.

As intercorrências, durante o período pós-operatório, foram observadas através do acompanhamento psicológico aos pacientes, além das solicitações dos membros da equipe de saúde (setores de Enfermaria, Nutrição, Psicologia, Cirurgiões). Por meio dos dados coletados, os dois grupos foram comparados, de acordo com os objetivos propostos no estudo, considerando a apresentação de um ou mais sintomas psicofisiológicos e estados emocionais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à caracterização, verificou-se que os pacientes submetidos à cirurgia EOAS tinham idades entre 9 e 12 anos. Esta variável era prevista, uma vez que a idade ideal para esta intervenção está relacionada com a migração e erupção dos dentes (Ferrari, 1995).

Albuquerque & Cavalcanti (1998) afirmam que a técnica de relaxamento pode ser usada em crianças para encontrar o controle do seu estresse, diminuindo a ansiedade. O treino deve ser adaptado para crianças e realizado por condução de imagens.

Todos os pacientes já haviam passado por situações cirúrgicas anteriores. No G.E. o tempo de hospitalização variou de 4 a 8 dias e no G.C., de 3 a 9 dias. No G.E. houve maior número de pacientes do sexo feminino e no G.C., do sexo masculino. Os resultados obtidos nas entrevistas iniciais com os pacientes revelaram similaridade entre os dois grupos (G.E. G.C.).

A maioria dos pacientes relatou ter conhecimento da cirurgia, expectativas positivas e mostrou-se motivada; mas, quando investigados sobre o motivo da realização cirúrgica, ambos os grupos deram respostas incompatíveis com a realidade –“arrumar os dentes”-, o que demonstra não conhecerem bem os resultados imediatos e sim a longo prazo.

Finlay et al. (1995) descreveram que quanto maiores forem as expectativas irreais com relação aos resultados que o paciente pretende alcançar com a cirurgia, maior será sua insatisfação no período pós-operatório, no qual seu estado psico-emocional poderá tornar-se comprometido.

Todos os pacientes disseram-se orientados quanto à dieta líquida no pós-operatório; já tendo vivenciado dieta semelhante em outros períodos, temiam dificuldades; já 4 pacientes do G.E. e 3 do G.C. não souberam dizer como se adaptariam à dieta.

Identificar como o paciente conduz suas respostas e quais seus mecanismos de defesa é importante, tanto para o período pré-operatório como para o pós-operatório. Se o paciente encontra-se confuso e mal informado a respeito dos procedimentos utilizados, poderá sofrer intercorrências em seu bem-estar (Angerami-Camon et al., 1995; Romano, 1994).

As preocupações apontadas pelos pacientes referiram-se a temores quanto à anestesia, ao ato cirúrgico, ao pós-operatório. Nos aspectos referentes à perna: não voltar a andar, não poder jogar futebol.

Quanto às condições psicofisiológicas (sono, alimentação), em ambos os grupos não foi relatada nenhuma alteração. Inicialmente todos diziam que se sentiam bem, que estavam satisfeitos e interessados em realizar a cirurgia. Após maiores investigações e tempo dispensado a eles, individualmente relataram algumas preocupações, como tristeza e ansiedade, sendo a ansiedade o estado mais apontado.

Conforme estudos de Ferrari (1995); Aiub et al. (1995); Sebastianini (1995), a experiência cirúrgica provoca uma certa dose de ansiedade relacionada a temores, os quais podem desencadear situações que comprometem a recuperação cirúrgica do paciente, caso não seja trabalhado preventivamente.

Neste estudo, os pacientes do G.E. foram submetidos a treino de relaxamento objetivando

minimizar ansiedades e tensões. Todos os pacientes do G.E. relataram “sentir-se melhor” e “mais tranquilos”, após a intervenção pré-cirúrgica, demonstrando a importância da intervenção preparatória à cirurgia. As técnicas de relaxamento e visualização podem constituir um auxiliar importante, na redução da ansiedade destes pacientes.

De acordo com Albuquerque & Cavalcanti (1998), o relaxamento visa à obtenção de uma descontração muscular e psíquica, permitindo o controle do estresse, a diminuição da angústia e ansiedade. Jacobson (1976) associando as técnicas de relaxamento a visualização (imagens mentais), podem trazer harmonia interna, sensação de paz e tranquilidade ao paciente.

No 1º P. O., os pacientes de ambos os grupos foram acompanhados e submetidos a técnica de relaxamento e visualização. Tanto o G.E. quanto o G.C. foram investigados através da relação de sintomas subdivididos em sintomas psicofisiológicos (dor, dificuldade quanto ao sono, dificuldade na alimentação) e estados emocionais (ansiedade, depressão, preocupação), e ambos os grupos não apresentaram diferenças significativas na apresentação destes sintomas, comprovando a presença de sofrimento e a necessidade de acompanhamento psicológico.

A atuação do psicólogo hospitalar tem como objetivo principal amenizar o sofrimento provocado pela hospitalização. Neste sentido, é muito importante que o psicólogo seja inserido na equipe de profissionais de saúde (Angerami-Camon et al., 1995).

Após a intervenção psicológica, observou-se que ambos os grupos são beneficiados. No entanto, o G.E. (7) beneficia-se mais que o G.C (7), ocorrendo uma porcentagem maior de respostas indicativas de melhora nos sintomas. No G.E., três dos pacientes que se submeteram à técnica relataram “ter melhorado muito” em relação aos sintomas psicofisiológicos e emocionais que listaram antes da intervenção

e introdução da técnica; e (1) paciente relatou “ter melhorado um pouco”. Neste grupo, três pacientes não quiseram se submeter à técnica, apesar de apresentarem sintomas psico-fisiológicos e emocionais. No G.C., (2) deles relataram “ter melhorado muito”, e (2) relataram “ter melhorado um pouco”, (1) paciente não apresentou sintomas psicofisiológicos e emocionais e (2) pacientes, embora apresentassem sintomas psico-emocionais, não quiseram se submeter à técnica.

Os dados apresentados demonstraram que o G.E. se beneficiou em relação ao G.C., confirmando a colocação de Sandor et al. (1982 p.4). sobre o relaxamento, como um importante “método de condicionamento psicofisiológico”. Em consonância com Jacobson (1976), para quem o relaxamento permite, além de diminuir e controlar tensões, amenizar ou extinguir sintomas como ansiedade, excitação orgânica e outras perturbações emocionais. A técnica, quando introduzida no período pré-operatório, parece beneficiar o paciente, promovendo um vínculo positivo entre psicólogo-paciente e, conseqüentemente, facilitando o trabalho a ser realizado com o paciente no pós-operatório. Algumas vezes, pôde-se observar que apenas a presença do psicoterapeuta era suficiente para melhora do paciente, no pós-operatório.

Verificou-se similaridade entre os grupos quanto às dificuldades na alimentação e no sono; embora tenham relatado “alguma dificuldade para se alimentar”, isto estava de acordo com o esperado. A maior queixa dos pacientes referiu-se ao inchaço da face e dor na perna.

Considerando-se a complexidade da cirurgia de EOAS, ficam evidentes a importância e a necessidade do trabalho multiprofissional, para que todos os procedimentos realizados com o paciente sejam explicados de forma que eles compreendam, a fim de assegurar sua integridade como ser humano, promovendo sua boa recuperação (Carvalho, 1994; Leshan, 1992).

Quando é fornecido ao paciente informações e esclarecimentos sobre a cirurgia, possibilitando que fale sobre seus sentimentos, medos e fantasias, este consegue controlar a situação e enfrentar melhor a realidade, conforme aponta Sebastiani (1995); Aiub et al. (1995).

Durante o relaxamento e visualização efetuados no 1º P.O., observou-se que houve negativa e resistência de 3 pacientes do G.E. e 2 do G.C. para executarem os procedimentos, constatando-se que poucos pacientes não se sentiram suficientemente confortáveis com a utilização da técnica. Em contrapartida, 8 pacientes aceitaram bem a técnica e foram beneficiados com a intervenção; constatou-se aqui, que o relaxamento seguido da visualização pode ser uma poderosa intervenção psicológica para alguns pacientes, cabendo ao profissional respeitar aqueles que apresentam alguma dificuldade.

Segundo Sandor et al. (1982), dificuldades na aplicação da técnica, com crianças, estão relacionadas à falta de interesse pelo relaxamento, pois algumas acham pouco interessante e demorado, sendo que os instáveis não conseguem cooperar.

Albuquerque & Cavalcanti (1998, p.43) “afirmaram “ser um desafio muito grande, auxiliar o cliente a compreender que o corpo e a mente são conectados e que a terapia da mente, usada em conjunto com terapias médicas, pode intensificar o processo de cura”.

Resultados das entrevistas realizadas no pós-operatório tardio (30/40 dias após a alta hospitalar) demonstraram que 100% dos pacientes de ambos os grupos revelaram-se “satisfeitos” com as informações obtidas sobre a cirurgia, sem ocorrências de “surpresas desagradáveis” no pós-operatório. Doze (86%) dos pacientes de ambos os grupos, apresentaram-se satisfeitos quanto ao resultado cirúrgico, comprovando-se a validade da orientação cognitiva e intervenções psicológicas, já que estes pacientes demonstraram não ter

conhecimento real do resultado cirúrgico antes da intervenção psicológica. Quanto à adaptação à dieta líquida, no pós-operatório, verificou-se que as dificuldades relacionadas pela maioria dos pacientes de ambos os grupos foram: “vontade de comer comida sólida”, “não gostar de sopa”.

Quanto às condições emocionais, verificou-se que o G.C. indicou maiores índices de ansiedade relacionados à expectativa de voltar a se alimentar normalmente.

Cavalcanti (1994); Angerami-Camon et al. (1995) ressaltaram a importância de se realizar uma avaliação psicológica em pacientes que irão submeter-se a qualquer tipo de cirurgia, objetivando detectar as expectativas irreais do paciente com relação à mesma, conhecer seus receios, medos e fantasias em relação aos procedimentos cirúrgicos e aos resultados alcançados; orientá-lo sobre suas ansiedades e angústias surgidas na ocasião e também oferecer esclarecimentos e apoio para defrontar-se com o processo cirúrgico

Quanto às condições psicofisiológicas, no que se refere às expectativas, não houve diferenças significativas entre os dois grupos. Todos os pacientes de ambos os grupos consideraram positivos os resultados obtidos com a cirurgia.

Quando foi solicitado aos pacientes que julgassem o que mais colaborou para sua recuperação, amenizando os sintomas e dificuldades por eles apresentados no período pós-operatório tardio, todos (14) avaliaram positivamente o acompanhamento psicológico. No entanto, sete deles (3 do G.E. e 4 G.C.) apontaram a “recreação” como o que mais colaborou para a sua recuperação. É provável que tal associação esteja também correlacionada aos procedimentos desse estudo, uma vez que os mesmos foram desenvolvidos no setor referido. O setor Integração e Recreação está localizado dentro da unidade hospitalar e tem a finalidade de proporcionar atividades recreativas aos pacientes, de forma individual e grupal. No

mesmo sentido, (6) pacientes (4 do G.E. e 2 G.C.) associaram “intervenções psicológicas e técnica de relaxamento” e (1) paciente do G.C. associou à “presença da mãe”. Conforme os dados coletados pelo “duplo cego”, a intervenção psicológica realizada no período pós-operatório imediato beneficiou ambos os grupos, denotando maiores ganhos para o G.E. É relevante notar que (8) pacientes do G.E. fizeram uso espontâneo da técnica enquanto hospitalizados, sendo que (2) deles generalizaram a experiência, utilizando as técnicas fora do ambiente hospitalar. Já no G.C., (3) utilizaram espontaneamente a técnica enquanto hospitalizados, sendo que (1) generalizou a experiência, utilizando as técnicas em casa.

Os resultados permitem afirmar que o trabalho psicológico efetuado (G.E.) com o auxílio das técnicas de relaxamento e visualização foi mais eficaz quando aplicado no pré operatório e no pós-operatório. Os pacientes pareceram perceber melhoras nos sintomas psicofisiológicos e estados emocionais, após as intervenções.

Percebe-se a eficiência da estratégia quando, no processo de recuperação, os pacientes fazem utilização espontânea das técnicas. Eles compreenderam cognitivamente as mesmas e foram capazes de discriminar os momentos de utilizá-las, autopromovendo melhoras dos sintomas desagradáveis e, conseqüentemente, seu bem-estar. Os dados coletados são concordantes com os encontrados na literatura da área. Sugere-se a realização de estudos similares com amostras maiores de pacientes, podendo estender-se aos acompanhantes.

CONCLUSÃO

Este estudo indicou, através dos resultados obtidos, a importância da intervenção psicológica e da utilização da técnica de relaxamento que pareceu ser eficaz e adequada, também para

pacientes que são submetidos à cirurgia de enxerto ósseo alveolar, com idades entre 9 e 12 anos.

Essas intervenções, quando realizadas no período pré-operatório, podem auxiliar o relacionamento entre paciente e terapeuta, facilitando o vínculo necessário para a expressão de dificuldades do paciente na adaptação e recuperação pós-operatória, contribuindo para a diminuição de tensões emocionais diante da cirurgia.

Consideramos que o uso do relaxamento e visualização, como estratégia na intervenção psicológica, pode beneficiar os pacientes submetidos à cirurgia de enxerto ósseo alveolar, quando essas técnicas são introduzidas no período pré e pós-operatório. Destacam-se maiores índices de ganhos para os que se submeteram à técnica de forma preventiva e não somente interventiva, promovendo formas mais efetivas de enfrentamento das situações estressantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- AIUB, A. L. C. et. al. (1995). Ansiedade em pacientes cardíacos pré-cirúrgicos. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 5(6):6-8. /Suplemento a/.
- ALBUQUERQUE, M. V. P. de (1998). *Enxerto ósseo alveolar secundário*. Monografia de Especialização em Ortodontia – PROFIS, Bauru.
- ALBUQUERQUE, M. C. dos S. & Cavalcanti, M. do S. L. (1998). Relaxamento: uma estratégia no contexto da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 51(1):35-52.
- ANGERAMI-CAMON, V.A. et al. (1995), *E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo. Pioneira.
- BOYNE, P.J. & Sands, N.R. (1972). Secondary bone grafting of residual alveolar and palatal clefts. *Journal of Oral Surgery*, 30(2):87-92.
- CARVALHO, M.M.M. J. (coord.). (1994). *Introdução à psicologia*. 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.
- D'AGOSTINHO, L.; Jorge, D. (1991). A criança portadora de fissura lábiopalatal. *Pediatria Moderna*, 26(6):480-486.
- FERRARI, B. (1995). Preparação psicológica do paciente cirúrgico. *Revista Informação Ciência e Cultura*, 2(7):47-50.
- FINLAY, P.M.; Atkinson, J.M.; Moss, K.F. (1995). Orthognathic surgery: patient expectations; psychological profile and satisfaction with outcome. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 33(1):9-14.
- GOLEMAN, D. (1995). *Inteligencia emocional: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. 39.ed., Rio de Janeiro: Objetiva.
- JACOBSON, E. (1976). *Relax: como vencer as tensões*. São Paulo: Cultrix.
- LESHAN, L. (1992). *O câncer como ponto de mutação*. São Paulo: Summus.
- LIPP, M.N. (1997). *Relaxamento para todos: controle o seu stress*. Campinas: Papyrus.
- MICELI, A.V.P. (1998). Pré-operatório do paciente oncológico: uma visão psicológica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 44(2):131-137.
- ROMANO, B.W. (org.). (1994). *A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo: Pioneira.
- SANDOR, P.; Mauro, B.H.M.; Santos, M.J. de. (1982). *Técnicas de relaxamento*. 4 ed., São Paulo: Vetor.
- SANTOS, E. (1998). *Efeitos de intervenção psicológica preparatória à cirurgia no processo de adaptação pós-operatória em pacientes submetidos à cirurgia de*

- ortognática*. Monografia de Especialização em Psicologia Clínica, HRAC, USP, Bauru.
- SEBASTIANI, R.W. (1995). Atendimento psicológico no centro de terapia intensiva. In: Angerami, V.A. (org). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. 2ed. São Paulo: Pioneira, 29-71.
- SILVA FILHO, O.G.; Ferrari Junior, F.M.; Capelozza Filho, L.; Albuquerque, M.V.P. de (1995). Enxerto ósseo alveolar em pacientes fissurados: realidade e perspectiva. *Ortodontia*, 28(1):34-45.
- VARGAS, H.S.; Vargas, C.O.; Mendes, M.C.M.; Villar, R.F.N.; Haas, S.N. (1983). Contribuição ao estudo dos aspectos psicológicos que influenciam no pré e pós-operatório da cirurgia cardíaca. *Ars Curandi em Cardiologia*, 5(33):34-40.