



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS EM CIRURGIA ORTOGNÁTICA: SUBSÍDIOS PARA
A PREPARAÇÃO DE PACIENTES**

Dissertação de Mestrado

Fernanda Scoralick Gonçalves

Brasília
2017



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS EM CIRURGIA ORTOGNÁTICA: SUBSÍDIOS PARA
A PREPARAÇÃO DE PACIENTES**

Fernanda Scoralick Gonçalves

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de Brasília como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e
Cultura, área de concentração Psicologia da Saúde,
linha de pesquisa Processo Saúde-Doença.

Orientador: Prof. Áderson Luiz Costa Júnior

Brasília, julho de 2017

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Júnior - Presidente
Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília

Prof. Dr. An Tien Li - Membro
Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília

Dra. Fernanda Nascimento Pereira Doca - Membro
Hospital Universitário de Brasília

Dra. Marinna Simões Mensorio - Suplente
Universitat de València - Suplente

Brasília, julho de 2017

“Que eu jamais me esqueça que Deus me ama infinitamente, que um pequeno grão de alegria e esperança dentro de cada um é capaz de mudar e transformar qualquer coisa, pois... a vida é construída nos sonhos e concretizada no amor”.

Francisco Cândido Xavier

Trabalho dedicado à toda minha família, em especial aos meus pais, que com muito amor e carinho, por toda a vida, me ensinam a caminhar pela estrada do bem, fortalecendo os meus valores éticos e humanos, fornecendo apoio e companhia diante das minhas dificuldades e, principalmente, amparo para reconhecer minhas falhas e desenvolver minha reforma íntima. Mas, acima de tudo, é essa família que me concede tantos momentos de emoção, alegria e felicidade plena. Uma família de sorrisos, risadas e muita diversão.

Família, obrigada pelo exemplo e por fazerem com que eu me sinta tão especial nessa vida.

AGRADECIMENTOS

Ao orientador desse trabalho, professor Áderson, meus sinceros agradecimentos, pelo suporte nesses dois anos de estudo. Obrigada pela confiança em mim depositada, por toda dedicação e disponibilidade para me ajudar, por toda a paciência nos momentos em que eu me encontrava imersa em dúvidas, além de toda gentileza para me ensinar.

Aos professores e funcionários do Instituto de Psicologia da UnB, pela cordialidade e pela assistência. Em especial, a professora Eliane Seidl por compartilhar, em suas disciplinas, tantos conhecimentos importantes para minha vida acadêmica, sempre com delicadeza e atenção.

Aos componentes da banca examinadora, Prof. Dr. An Tien Li, Dra. Fernanda e Dra. Marinna. É honroso para mim compartilhar esse estudo e ter a contribuição científico-profissionais de vocês, conferindo maior qualidade a esta produção.

Aos meus queridos amigos do curso de pós-graduação da UnB, que proporcionaram a essa fase da minha vida tantos momentos de troca de experiência e de apoio para um sonho comum. Em particular, a Heidmilene pela amizade sincera, pela escuta das dificuldades pessoais e pelo apoio incessante durante a escrita dessa dissertação.

Aos profissionais Dr. Fabrício, Dr. Fábio e Dr. Caleb e toda equipe envolvida, por acolher a proposta do estudo, abrindo as portas de suas clínicas para o desenvolvimento dessa parceria que propiciou a realização desta pesquisa. E aos pacientes que aceitaram o convite para participarem do estudo, dedicaram seu tempo e confiaram a nós a sua história, suas angústias e dificuldades do tratamento, além de suas vitórias e alegrias pessoais.

Aos meus poucos e verdadeiros amigos - aos que estão perto, aos que estão longe e aos que não estão mais aqui entre nós - que são minha fonte de alegria, de afeto e de boas

lembranças. A vocês, que eu escolhi dividir a minha vida, obrigada pela cumplicidade e por fazer minha caminhada mais leve e bonita.

Ao Honório que estive ao meu lado em boa parte dessa jornada. Você que foi meu incentivo e minha inspiração por muito tempo. Foi apoio em tantos momentos de estudo e, principalmente, da vida. Compartilhando horas de estudos, revisando textos, trocando ideias. Um companheiro de histórias, um parceiro de sonho e tanto mais.

Aos meus pais que são minha fonte eterna de exemplo. Vocês que são meu sustento emocional, minha base e meus valores. Valores esses que fizeram eu me tornar uma mulher digna, sincera e amorosa. Vocês são essenciais pois, diariamente, me ajudam a desenvolver o que há de melhor em mim, por meio da paciência, do cuidado e do amor divino.

A toda minha família, que fazem minha vida ser cheia de alegria e muitas risadas. Meu núcleo de aprendizado. Cada um com seu jeito tão peculiar, com modos tão distintos de enxergar a vida, com sonhos tão diferentes, mas que no fundo compartilham do mesmo sentimento fraterno e multiplicam amor, sinceridade e respeito. Em especial, a minha madrinha Sônia, que desde a minha chegada em Brasília, abriu as portas da sua casa e me encheu de carinho e cuidado, minha terceira mãe; e a Ju por ter me orientado a buscar na Psicologia um apoio às minhas indagações profissionais e ainda me incentivar ao processo seletivo do mestrado.

Ao Pog, meu companheirinho há 10 anos, que me ensina, todos os dias, o que é fidelidade e amor incondicional. Que ficou sentado aos meus pés, em tempo integral, enquanto estive no computador estudando e escrevendo, uma verdadeira parceria de vida.

Por fim, reconhecendo que nada disso seria possível sem ajuda do Pai, agradeço pela bênção divina e sua infinita bondade. Pelo crescimento espiritual frente aos desafios terrenos, por me abençoar com uma vida de saúde, milagres e sonhos, por colocar pessoas tão especiais no meu caminho e por me conceder a cada dia uma oportunidade de ser ainda mais feliz.

RESUMO

A cirurgia ortognática é um procedimento cirúrgico odontológico, coordenado pelo cirurgião bucomaxilofacial, indicado a pacientes com deformidades dentofaciais. Estes indivíduos apresentam desenvolvimento craniofacial fora da normalidade e referem insatisfação com a aparência física, dificuldades funcionais e/ou dores orofaciais. Estima-se que 20% da população mundial apresente má-oclusões que limitam a correção ortodôntica e justificam o tratamento orto-cirúrgico. Submeter-se a um tratamento cirúrgico pressupõe a exposição do paciente a processos psicológicos adversos. Soma-se a isso os impactos negativos da deformidade dentofacial relacionados à autoestima e autoimagem, e suas implicações nas relações sociais. A presente pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de analisar as variáveis psicossociais, referidas pelo paciente, no pós-operatório de cirurgia ortognática, relacionadas a todo o processo de tratamento, para subsidiar a preparação psicológica e educativa do paciente. Trata-se de um estudo de delineamento descritivo com abordagem qualitativa e corte transversal. A amostra foi composta por 10 pacientes que apresentavam deformidade dentofacial, que requeria cirurgia ortognática e estavam em tratamento ortodôntico. A coleta de dados valeu-se de entrevistas semiestruturadas, na fase pós-operatória, e em quatro períodos posteriores pré-definidos: 15, 30, 60 e 180 dias após a cirurgia. Concomitante às entrevistas foi entregue um questionário estruturado ao cirurgião bucomaxilofacial e aplicado nos quatro encontros, elaborado com vistas a descrever o processo de recuperação física do paciente. Os resultados foram obtidos a partir da análise de conteúdo das entrevistas, com categorias funcionais, construindo o contexto onde o paciente se insere e delimitando os problemas. As respostas foram agrupadas conforme a temporalidade das entrevistas. Observou-se que os indicadores físicos mais negativos, no pós-operatório, foram relacionados com a ausência de sensibilidade facial, ao edema facial e a infecção/febre. Apesar disso, as condições de autopercepção emocional apresentaram evolução positiva, com variações ao longo do tratamento. Quanto à motivação e expectativas com o tratamento foram apontados os elementos que concernem aos resultados estéticos da cirurgia. Ainda, foram identificados os estressores e as estratégias de enfrentamento adotadas pelos pacientes durante o tratamento orto-cirúrgico numa perspectiva cognitiva. Foi observada, também, a variável apoio social e configurou-se como essencial o uso das redes sociais como forma de aquisição de estratégia comportamental. Além disso, o nível de satisfação com o tratamento apresentou-se alto e relacionado aos resultados técnicos da cirurgia e resolutividade das queixas. Porém, os pacientes referiram insatisfação quanto ao detalhamento de informações e falta de proximidade com outros profissionais da saúde, como nutricionista e fisioterapeuta. A partir das evidências encontradas, sugere-se a implementação de uma equipe multidisciplinar que atenda integralmente às necessidades individuais de cada paciente. Associada a essa equipe, é fundamental a atuação de psicólogos, desde a notícia do diagnóstico, com o objetivo de favorecer o processo de comunicação, minimizar estados emocionais negativos, monitorar transtornos de comportamento que possam preludiar o tratamento, além de disponibilizar intervenções preparatórias fundamentadas em estratégias de enfrentamento cognitivo.

Palavras-chave: cirurgia ortognática; variáveis psicossociais; preparação psicológica.

ABSTRACT

Orthognathic surgery is a dental procedure, coordinated by an oral and maxillofacial surgeon. The surgery is indicated to patients with dentalfacial deformities. These individuals present an abnormal craniofacial development. They describe a dissatisfaction with their physical appearance, functional difficulties and/or oral facial pain. It is estimated that 20% of the world population presents malocclusion, which may limit the orthodontical correction, justifying the ortho-surgical treatment. Submitting yourself to a surgical treatment entails the patient's exposition to adverse psychological procedures. In addition, there is also the negative impacts of the dentalfacial deformity related to self-esteem and self-image, as well as their implications on the social relationships. The present study intended to analyse the psychosocial variables, as referred by the patients, on the post-operative period of the orthognathic surgery. The variables were related to the complete treatment process and knowing them could help the psychological and educational preparation of the patient. This is a descriptive, qualitative and cross-sectional study. The sample was composed by 10 patients who presented dentalfacial deformity and needed orthognathic surgery. They were all in orthodontic treatment. The data collection was made through semistructured interviews conducted on the post-operative phase in four predetermined periods: 15, 30, 60 and 180 days after the surgery. Additionally, a structured questionnaire was given to the surgeon and answered by the patients on the four periods mentioned. The questionnaire was elaborated in order to describe the process of physical rehabilitation of the patients. The results were obtained from the content analysis, using the precepts of Bardin, and it was considered the context where the patient was inserted and his or her problems. The answers were grouped in categories and presented according to the temporality of the interviews. It was observed that the most negative physical indicators, during the post-operative phase, were related to the absence of facial sensibility, facial edema and infection/fever. Despite this, the conditions of emotional self-perception present a positive evolution, with variations along the treatment. In terms of motivation and expectations about the treatment, aspects concerning the aesthetic results of the surgery were seen. Still, the stressful factors and the confrontation strategies used by the patients during the treatment were identified, as of a cognitive perspective. Also, it was investigated the social support variable, which was important on the use of social network as a form of behavioural strategy. Furthermore, there were high levels of satisfaction with the treatment. These were related to the technical results of the surgery and the solution of the complaints. However, the patients related a dissatisfaction in terms of the detailing of information and the lack of proximity with other professionals such as the nutritionist and physiotherapist. From these evidences, it is suggested the implementation of a multidisciplinary staff that fully assists the individual needs of each patient. In addition to that, it is fundamental that the psychologist will work together with the oral and maxillofacial surgeon. This cooperation since the diagnosis should enhance the communication process, minimize the negative emotional states, monitor psychiatric disorders that could prelude the treatment, as well as provide preparatory interventions based on the cognitive confrontation strategies.

Keywords: orthognathic surgery; psychosocial variables; psychological preparation

SUMÁRIO

RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
LISTA DE TABELAS	xii
LISTA DE FIGURAS	xiii
LISTA DE SIGLAS	xiv
INTRODUÇÃO	1
1. REVISÃO DE LITERATURA	3
1.1. A deformidade dentofacial e suas implicações fisiológicas	3
1.2. Os estágios do tratamento orto-cirúrgico e suas implicações biopsicossociais	8
1.3. O problema	16
2. OBJETIVOS	19
2.1. Objetivo principal	19
2.2. Objetivo secundário	19
3. METODOLOGIA	20
3.1. Procedimento	20
3.2. Participantes	20
3.3. Instrumentos	22
3.3.1. Entrevistas semiestruturadas	22
3.3.2. Questionário aplicado pelo cirurgião bucomaxilofacial	24
3.4. Delineamento	25
3.5. Análise de dados	25
4. RESULTADOS	26
4.1. Análise de indicadores clínicos avaliados pelo cirurgião bucomaxilofacial	26
4.2. Análise da autopercepção emocional dos pacientes	32
4.3. Análise de entrevistas realizadas 15 dias após a cirurgia	35
4.4. Análise de entrevistas realizadas 30 dias após a cirurgia	39
4.5. Análise de entrevistas realizadas 60 dias após a cirurgia	49
4.6. Análise de entrevistas realizadas 180 dias após a cirurgia	60
4.7. Análise de questionário de satisfação com o tratamento	62

5. DISCUSSÃO	65
5.1. Amostra e aspectos sociodemográficos relevantes	66
5.2. Indicadores clínicos	67
5.3. Fatores associados à satisfação com o tratamento	69
5.4. Estressores e estratégias de enfrentamento no tratamento orto-cirúrgico.....	80
5.5. Preparação psicológica em cirurgia ortognática	85
5.5.1. Transmissão de informações	86
5.5.2. Necessidade de avaliação e intervenção psicológica	87
5.5.3. Atuação de equipe multidisciplinar	89
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
6.1. Principais achados do estudo	91
6.2. Sugestões para pesquisas futuras	93
REFERÊNCIAS	94
ANEXOS	108
ANEXO A. TCLE	109
ANEXO B. Parecer substanciado do CEP	110
ANEXO C. Roteiro de entrevistas	119

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos pacientes da pesquisa	22
Tabela 2. Entrevistas completas	24
Tabela 3. Escores obtidos no questionário do cirurgião bucomaxilofacial	27
Tabela 4. Complicações pós-operatórias e alterações sistêmicas	30
Tabela 5. Indicadores clínicos negativos	31
Tabela 6. Momento do tratamento que foram fornecidas orientações sobre a fase pós-cirúrgica	38
Tabela 7. Queixa principal	39
Tabela 8. Motivação para o tratamento orto-cirúrgico	40
Tabela 9. Expectativas em relação ao tratamento orto-cirúrgico	41
Tabela 10. Aparência e autoestima antes do tratamento	43
Tabela 11. Satisfação com autoimagem antes da cirurgia	44
Tabela 12. Razões relacionadas a boa recuperação pós-operatória	44
Tabela 13. Religião /crenças e sua relação com o tratamento	47
Tabela 14. Acompanhamento psicológico na fase pré-cirúrgica	48
Tabela 15. Estressores referidos pelos pacientes durante o tratamento orto-cirúrgico	50
Tabela 16. Estratégias de enfrentamento	50
Tabela 17. Relacionamentos sociais e percepção de mudança após a cirurgia	57
Tabela 18. Apoio social	58
Tabela 19. Grupos sociais relativos a cirurgia ortognática	59
Tabela 20. Mudanças na qualidade de vida	61
Tabela 21. Autoavaliação de satisfação com o tratamento	63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Classificação de má-oclusão de Angle	6
Figura 2. Os cinco tipos de Padrão Facial	6
Figura 3. Localização dos cortes na técnica de osteotomia sagital para recuo ou avanço da mandíbula	12
Figura 4. Localização dos cortes na técnica de osteotomia total do tipo LeFort I que permite a movimentação da maxila	12
Figura 5. Indicadores clínicos dos pacientes P1, P2, P3, P4 e P5	28
Figura 6. Indicadores clínicos dos pacientes P6, P7, P8, P9 e P10	29
Figura 7. Estados emocionais percebidos pelos pacientes ao longo do tratamento ortocirúrgico.....	32
Figura 8. Estados emocionais percebidos pelos pacientes por meio de comparabilidade direta	34
Figura 9. Quadro esquemático dos fatores que contribuem para a satisfação do paciente	70
Figura 10. Exploração das motivações e expectativas no processo de consentimento informado	78

LISTA DE SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CONEP – Comitê Nacional de Ética em Pesquisa

IMC – Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAOS – Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UnB – Universidade de Brasília

INTRODUÇÃO

O rosto constitui um dos aspectos mais individuais do ser humano. Ele transmite a identidade das pessoas e caracteriza-se como o primeiro veículo de comunicação com o outro. Como suporte da expressão emocional, revela uma grande importância no reconhecimento de estados afetivos e na regulação das relações sociais de um indivíduo. Um dos elementos essenciais do rosto é a boca, órgão fundamental para a sobrevivência e primeira zona erógena do indivíduo, que junto com os dentes compõem o sorriso. A expressão do sorriso oferece muitas sutilezas e admite uma pluralidade de configurações, muitas vezes influenciadas por elementos culturais.

Na sociedade atual, o conceito de beleza do sorriso envolve harmonia entre tamanho, forma, posição e cor dos dentes, além de proporção e simetria facial. Nota-se um aumento significativo de publicações científicas acerca da agradabilidade do sorriso e da atratividade facial, reflexo da influência cultural sobre padrões de beleza que se configuram na contemporaneidade. Um sorriso agradável gera uma percepção positiva, possibilitando uma melhor aceitação social e inserção em grupos. Entretanto, indivíduos que possuam particularidades que o inibam de sorrir, como os portadores de deformidades dentofaciais, podem apresentar comprometimento da vida social e propensão a problemas psicológicos. Além disso, o cuidado com a aparência física, nomeadamente com o rosto, também influencia o bem-estar e os níveis de qualidade de vida dos indivíduos.

Com o intuito de me preparar melhor tecnicamente para o tratamento de casos mais complexos, participei do curso de Aperfeiçoamento no Tratamento Ortodôntico das Deformidades Dento-esqueléticas, no ano de 2012, onde a temática deste estudo começou a se desenvolver. Na ocasião, me deparei com muitas indagações relativas ao impacto psicológico do tratamento ortodôntico sobre a vida de pacientes portadores de deformidade dentofaciais,

principalmente relacionadas a fatores como autoimagem, autoestima e qualidade de vida. A formulação dessa problemática se consolidou, nos anos subsequentes, por meio da minha prática profissional. Com base no discurso dos pacientes, observei que fatores emocionais como ansiedade ou o baixo suporte familiar, influenciavam a satisfação pós-cirúrgica. Outro problema observado foi o distanciamento do ortodontista e do cirurgião bucomaxilofacial com a equipe de psicologia e o despreparo para lidar com as demandas psicológicas e sociais dos pacientes. Além disso, vivenciei a dificuldade frequente de interação com outras equipes de saúde necessárias ao tratamento, tais como psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeutas, otorrinolaringologistas, dentre outros.

Questões dessa natureza me levaram a elaborar um projeto de pesquisa que foi apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, da Universidade de Brasília, para o curso de mestrado. Escolhi o programa pois acreditava que conseguiria atingir conhecimentos necessários à compreensão dos fenômenos humanos, vivenciados a partir do contexto de tratamentos odontológicos, clínicos e cirúrgicos. Além da abertura de novas frentes de estudos sobre a relação do indivíduo com a deformidade dentofacial, a determinação dos fenômenos psicológicos envolvidos e métodos científicos eficientes para sistematizar um cuidado integral ao tratamento orto-cirúrgico.

1. REVISAO DE LITERATURA

1.1. A deformidade dentofacial e suas implicações fisiológicas

O crescimento e desenvolvimento craniofacial de um indivíduo engloba uma série de eventos biológicos, que ocorrem desde a vida intrauterina até o término do período de crescimento físico. Trata-se de um processo lento e altamente diferenciado, em que cada parte do complexo craniofacial tem seu próprio padrão de maturação e sua própria taxa de crescimento (Araújo, 1988). Os conhecimentos básicos acerca das modificações, típicas e atípicas, da face são fundamentais para o diagnóstico, o planejamento e o tratamento em Odontologia.

Para que a face cresça de forma harmoniosa é necessário um ajuste e uma adaptação proporcional entre quantidade de osso e de tecido mole. Quando, durante tal processo, há alguma discrepância das estruturas esqueléticas, cuja magnitude seja excessiva, não tendo compensações adequadas, surgem, então, as deformidades dentofaciais clinicamente significativas.

Fish, Epker e Sullivan (1993) definem a deformidade dentofacial como qualquer condição em que o esqueleto facial foge significativamente à normalidade, a má-oclusão existe e a aparência facial é prejudicada. Tais deformidades podem ser mínimas, como uma leve projeção do mento, ou extremas, como um excesso vertical de maxila. Podem, ainda, ter causa específica, mas, geralmente, derivam da interação de uma multiplicidade de fatores que controlam o crescimento craniofacial, tais como: genéticos intrínsecos, epigenéticos e ambientais (Ferreira, 2008).

A prevalência das deformidades dentofaciais foi estimada em 20% da população mundial (Woldorf L.M. et al. citado em Sadek & Salem, 2007). Dados epidemiológicos gerados a partir da população norte-americana apontam que, aproximadamente, 20% possuem

alguma má-oclusão dentária, dos quais 2% são deformidades severas, que limitam a correção ortodôntica e justificam tratamento cirúrgico (Proffit, Fields & Moray, 1998). Estudos com a população brasileira não são específicos e se resumem às prevalências de má-oclusões dentárias em determinadas regiões do país (Boeck, Gimenez & Coleta, 2003; Leite et al., 2004; Rosa, Pastori, Marzola, Toledo Filho & Dal Ponte, 2009)

Além de ser resultado das alterações ósseas, a deformidade dentofacial tem influência negativa ao equilíbrio do sistema estomatognático - unidade funcional do organismo constituída pelos ossos da cabeça e face, articulação temporomandibular, componentes neuromusculares, periodonto, dentes, mucosa oral e glândulas. O sistema estomatognático possui duas funções fundamentais: (a) função sensitiva correspondente à propriedade estomatognóstica - a sensibilidade da boca; e (b) função motora ou estomatopônica - mastigação, deglutição, respiração, sucção, bocejo, fonação, vocalização e sorriso, dentre outros (Douglas, 2006).

Essas funções ficam prejudicadas em indivíduos com deformidade dentofacial (Trench & Araujo, 2015), com repercussão adversa ao funcionamento de outros sistemas, tais como o nervoso, o digestivo, o circulatório e o metabólico (Ambrizzi, et al., 2007). Durante a mastigação, por exemplo, esses pacientes estão mais propícios a apresentar um lado de preferência mastigatória e o predomínio de uma inclinação cervical da cabeça, contribuindo para uma relação postural deficiente (Deda, Picinato-Pirola, Mello-Filho & Voi Trawitzki, 2011).

As anormalidades anatômicas decorrentes das deformidades faciais estão relacionadas, também, à maior ocorrência de alterações quanto a aspectos respiratórios, como o reduzido fluxo da capacidade do uso nasal e a presença da respiração bucal, influenciando a utilização do ar expiratório para a fala (Lessa et al., 2005).

Uma implicação importante para a função respiratória é o estreitamento ou obstrução do espaço aéreo faríngeo ocasionando a manifestação clínica da síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS). A apneia é definida pela cessação do fluxo aéreo por, pelo menos, 10 segundos, uma condição preocupante devido a sua morbimortalidade (Carneiro Júnior, Tabosa & Kaura, 2008). Os pacientes portadores da SAOS apresentam hipersonolência diurna devido a fragmentação do sono levando a eventos relacionados a acidentes automobilísticos, exibindo déficits neurocognitivos que afetam sua produtividade, memória e atenção e, também, alterações comportamentais como mudanças de humor e irritabilidade. Além disso, o ronco que acompanha a síndrome pode afetar a qualidade de vida do paciente e sua vida conjugal (Ito et al., 2005).

Quaisquer modificações no crescimento e desenvolvimento dos ossos craniofaciais com alteração da forma, causarão influência direta sobre a erupção e a intercuspidação dentária (Ferreira, 2008; Psillakis citado em Santos, Neme & Tavano, 2000). O conceito de oclusão dentária normal, definida por Angle (1899) como a relação harmônica entre as arestas dos dentes quando os maxilares estão fechados, não depende somente do modelo de erupção dentária, mas, principalmente, do padrão de crescimento dos ossos do esqueleto facial e da base do crânio (Proffit & Fields, 1995).

O estabelecimento da classificação de Angle, no Século XX, baseando-se nas relações oclusais dos primeiros molares - Classe I, Classe II e Classe III (Figura 1), foi necessária ao desenvolvimento da Ortodontia como uma especialidade cujos tratamentos não eram mais fundamentados somente no alinhamento dos dentes irregulares, mas na resolução dos desvios da oclusão ideal. Porém, com o passar do tempo, foi observado que uma oclusão excelente não era satisfatória se obtida em detrimento das proporções faciais corretas.

No contexto contemporâneo, a mudança nos objetivos do tratamento ortodôntico refletiu a mudança de paradigma, em que a ênfase somente nas relações dentárias e

esqueléticas convergiu para uma maior preocupação com o equilíbrio dos tecidos moles, a estética facial e a oclusão funcional (Proffit & Fields, 1995).

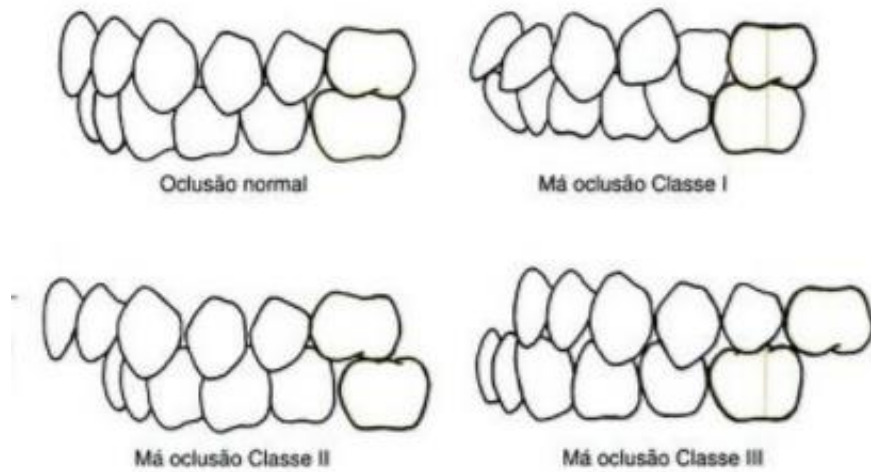


Figura 1. Classificação de má-oclusão de Angle. Fonte: Ortodontia Contemporânea. Proffit, 1995

É necessário a compreensão de como cada oclusão dentária se estabelece dentro de cada padrão facial para o planejamento adequado do tratamento. Um dos principais recursos para avaliação do padrão de crescimento craniofacial é a análise facial subjetiva morfológica, utilizada na ortodontia como meio de diagnóstico e determinação do Padrão Facial. Adotando esse conceito, descrito por Capelloza Filho (2004), classificam-se os indivíduos em cinco padrões faciais: Padrão I, Padrão II, Padrão II, Padrão Face Curta e Padrão Face Longa, tal como ilustrado na Figura 2.

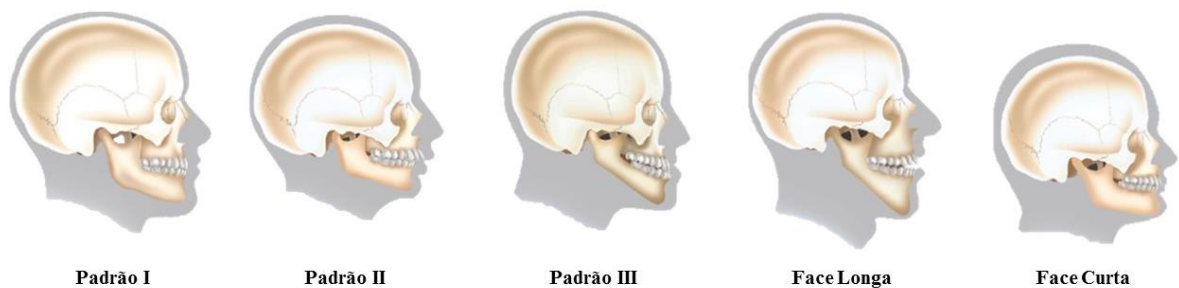


Figura 2. Os cinco tipos de Padrão Facial. Fonte: Diagnóstico em Ortodontia. Capelloza Filho, 2004.

Os pacientes que não apresentam discrepâncias esqueléticas ou má-oclusões com repercussão facial são denominados Padrão I e identificados pela normalidade facial, onde os erros são unicamente dentoalveolares. Esses devem ser submetidos a tratamentos ortodônticos corretivos que visam a correção dos maus posicionamentos dentários e que resultam na melhoria da agradabilidade do sorriso (Capellozza Filho, 2004).

Os pacientes denominados Padrões II e III são caracterizados pelo degrau sagital, respectivamente, aumentado e reduzido entre maxila e mandíbula, aparentando uma face mais convexa ou menos convexa. Nos Padrões Face Longa e Face Curta a discrepância é vertical, respectivamente, por excesso e diminuição da proporção facial. Nesses casos, quando o crescimento e desenvolvimento craniofacial resulta em uma discrepância leve ou moderada, o paciente pode recorrer ao tratamento ortodôntico compensatório cujo objetivo é compensar o erro esquelético por meio do posicionamento dentário, proporcionando uma relação oclusal funcional e esteticamente aceitável (Capellozza Filho, 2004).

Em alguns casos, porém, as discrepâncias faciais esqueléticas tornam-se severas, caracterizando as deformidades faciais, que impossibilitam a correção apenas com tratamento ortodôntico compensatório, sendo necessário o reposicionamento das bases ósseas através da cirurgia ortognática (Proffit, Fields & Sarver, 2008).

Para a decisão entre tratamento ortodôntico compensatório ou cirurgia ortognática, avalia-se a gravidade do erro esquelético por meio das análises cefalométricas e tomográficas, análise facial subjetiva e análise de modelos do paciente (Reis, Abrão, Capellozza Filho & Claro, 2006; Sarver, & Johnston, 1993). Além desses fatores, deve-se considerar, também, as questões psicossociais (Proffit et al., 2008).

1.2. Os estágios do tratamento orto-cirúrgico e suas implicações biopsicossociais

O tratamento ortodôntico-cirúrgico convencional consiste em fases distintas: diagnóstico e plano de tratamento, permeando a fase de ortodontia pré-cirúrgica, a cirurgia ortognática propriamente dita e a fase de recuperação pós-cirúrgica, incluindo a finalização ortodôntica (Jacobs & Sinclair, 1983; Sant'Ana & Janson, 2003).

Submeter-se a um tratamento de saúde que requer procedimentos invasivos implica, potencialmente, na exposição do paciente a processos psicológicos adversos. Logo, conhecer e compreender as motivações do paciente para o tratamento parece essencial ao atendimento de suas necessidades biopsicossociais. No entanto, não é tão fácil compreender o outro e estimar, de forma imparcial, suas intenções e motivos. Cada indivíduo, baseado em experiências pessoais, crenças, repertórios de comportamentos (complexos) e interações com o ambiente, expressa seus próprios organizadores motivacionais (Bergamini, 1990; Todorov & Moreira, 2005).

Os principais motivos, apontados pelos pacientes para justificar o tratamento orto-cirúrgico são a preocupação com a estética facial (Belluci & Kapp-Simon, 2007; Hunt, Johnston, Hepper & Burden, 2001), a melhoria dos aspectos funcionais e a redução das dores orofaciais e articulares (Nicodemo, Pereira & Ferreira, 2007; Sato, Mannarino, Asprino & de Moraes, 2013). Dentre as dificuldades funcionais, as que mais se destacam são as respiratórias e as alimentares (Cunningham, Hunt & Feinmann, 1995). Outras razões para a procura da cirurgia ortognática, além dos motivos estéticos, são as desordens temporomandibulares, a dor crônica e a limitação de movimentos mandibulares (Westermarck, Shayeghi & Thoret, 2001).

O rosto é a área do corpo com maior relação à atração física, é o ponto focal do indivíduo e a fonte de comunicação vocal e emocional com os outros (Kiyak, 1993). Uma proporção significativa dos pacientes indica que fatores estéticos, ou o desejo de melhorar sua aparência, desempenham importante papel sobre a decisão pela cirurgia ortognática (Abitante,

Schneider, Vargas & Bridi, 2010; Ambrizzi et al, 2007; Bellucci & Kapp-Simon, 2007; Flanary, Barnwell & Alexander, 1985; Hunt et al., 2001; Jacobson citado em Kiyak, 1993; Sadek & Salem, 2007; Stirling et al., 2007; Vulink et al., 2008).

O anseio pela estética facial é acompanhado por expectativas psicossociais conexas às necessidades afetivas dos pacientes. A beleza é muito valorizada pela sociedade e constitui fator importante no próprio relacionamento entre as pessoas. Aqueles que não se adequam, ou acreditam não se adequarem, aos padrões físicos ideais tendem a ser estigmatizados e suas chances de inclusão social são suprimidas (Moreira, Nations & Alves, 2007).

No tratamento orto-cirúrgico são observadas variações quanto à percepção de identidade, imagem corporal e autoestima. Os problemas com a imagem corporal são complexos e podem levar a uma baixa autoestima, assim como a um bem-estar psicológico pobre (Nicodemo et al., 2007). A autopercepção da aparência é muito individualizada e sofre influências que devem ser levadas em consideração no momento da comunicação do diagnóstico e do planejamento do tratamento para a cirurgia ortognática. Os pacientes visam a cirurgia como forma de melhorar não apenas a aparência, mas, também a autoestima e as atitudes autodepreciativas (De Sousa, 2008).

O autoconceito fundamenta-se na percepção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que forma de si, especificamente a competência, as atitudes, os valores, a aceitação social e a aparência física (Faria, 2005). Vários aspectos constroem o autoconceito. Dentre os contribuintes intrínsecos, o de maior destaque é a autoestima, resultante do diferencial entre a forma como uma pessoa se percebe e julga ser na realidade - autoconceito real - e a maneira como um indivíduo sente que deveria ou gostaria de ser - autoconceito ideal (Serra, 1988).

Outro aspecto que influencia a construção do autoconceito é o modo como as outras pessoas observam o indivíduo. O ser humano é levado a desenvolver uma espécie de espelho, em que tende a observar-se da maneira como os outros o consideram (Shrauger & Shoeman

citado em Serra, 1988). O impacto negativo da deformidade facial influencia a autoconfiança e os relacionamentos, resultando em desvantagens sociais (Garvill, 1992).

Dessa forma, é esperado que os pacientes que recorrem à cirurgia ortognática, sobretudo aqueles com motivação estética, percebam uma grande distância entre as características faciais que veem em si mesmos e as que desejariam possuir, refletindo uma baixa autoestima. A cirurgia ortognática torna-se, nesses casos, o meio que o indivíduo encontra de aproximar a forma como se percebe daquela que gostaria de ser.

Em relação as fases do tratamento, para o paciente, o primeiro desafio está relacionado ao momento no qual recebe, do profissional, a notícia de que terá que se submeter a um procedimento cirúrgico. A partir dessa informação, comportamentos de adaptação precisam ser adquiridos e mantidos, para enfrentar processos potenciais de ansiedade e estresse, além da necessidade de atribuição de um significado à cirurgia e às implicações deste evento em sua vida (Peniche, Jouclas & Chaves, 1999).

A relação de risco-benefício da cirurgia também deve ser considerada e o paciente devidamente ciente e preparado (Santos, Souza & Turrini, 2012), embora a literatura não disponibilize um protocolo padrão sobre como obter tal ciência. Certamente, profissionais de saúde que compreendam essas necessidades podem disponibilizar um ambiente de cuidados mais adequados, disponibilizando recursos multiprofissionais que aumentem a probabilidade de um processo mais eficiente de enfrentamento, por parte do paciente.

As estratégias de enfrentamento se apresentam, durante o tratamento, como ações que podem ser aprendidas. Na perspectiva cognitivista, o enfrentamento ou coping é definido como “os esforços cognitivos e comportamentais usados para manejar demandas específicas internas e/ou externas que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos pessoais” (Lazarus & Folkman, 1984, p.141). Na visão do modelo de estresse, a função do enfrentamento é manejar ou lidar com a situação estressora, nem sempre controlá-la ou

dominá-la (Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998). Desse modo, torna-se imprescindível, delimitar e conhecer quais estressores estão relacionados ao tratamento orto-cirúrgico.

Logo após a comunicação do diagnóstico e o planejamento inicial, o paciente inicia o tratamento ortodôntico descompensatório que visa eliminar os reflexos caracterizados pelos ajustes dentários compensatórios e posicionar os dentes adequadamente na base óssea, piorando ou não a relação entre as arcadas dentárias, para que o cirurgião tenha maior probabilidade de mudar as relações esqueléticas (Capelozza Filho, 2004). Isso significa que o intuito do ortodontista é planejar, anteriormente ao procedimento cirúrgico, a melhor posição dos dentes para a nova relação óssea adquirida após a cirurgia. A descompensação dentária é alcançada, geralmente, em torno de um ano e meio após início do tratamento de ortodontia pré-cirúrgica (Luther, Morris & Hart, 2003), geralmente com a piora da oclusão e da estética facial, acentuando a expressão de estados emocionais adversos do paciente. Nessa fase, uma dimensão significativamente afetada é a imagem corporal (Cunningham, Gilthorpe & Hunt, 2001).

Com a intervenção ortodôntica pré-cirúrgica concluída, o paciente está pronto, tecnicamente, para a cirurgia ortognática. Essa cirurgia é coordenada pelo cirurgião bucomaxilofacial e consiste no procedimento cirúrgico odontológico - através de técnicas de osteotomias¹ - que visa restabelecer as relações normais maxilo-mandibulares ou padrão facial normal (Figura 3 e 4). Outro papel importante é restabelecer a normalidade dos tecidos aumentando o espaço posterior das vias aéreas superiores (Ito et al., 2005).

Este procedimento cirúrgico tende a provocar repercussões adversas relacionadas a medo (s), vivências anteriores ansiogênicas e, ainda, sinaliza os riscos potenciais de morte e dor (Veronez & Tavano, 2005). Os pacientes que aguardam o tratamento cirúrgico

¹ Osteotomia é o seccionamento cirúrgico de um osso.

ortognático experimentam, na fase pré-cirúrgica, um aumento dos indicadores de sofrimento emocional e expressam níveis médios a altos de ansiedade (Al-Bitar & Al-Ahmad, 2016).

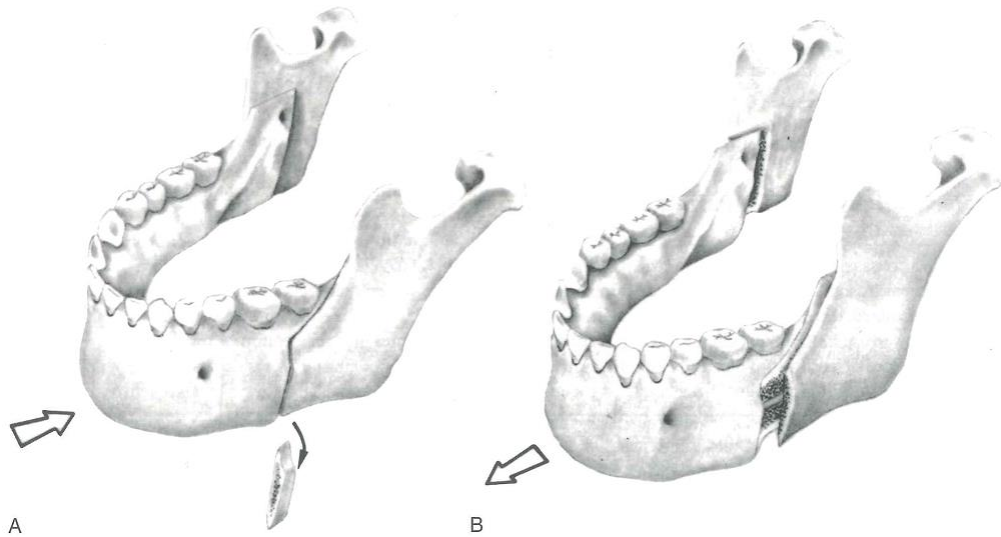


Figura 3. Localização dos cortes na técnica de osteotomia sagital para recuo ou avanço da mandíbula.

Fonte: Ortodontia Contemporânea. Proffit, 1995

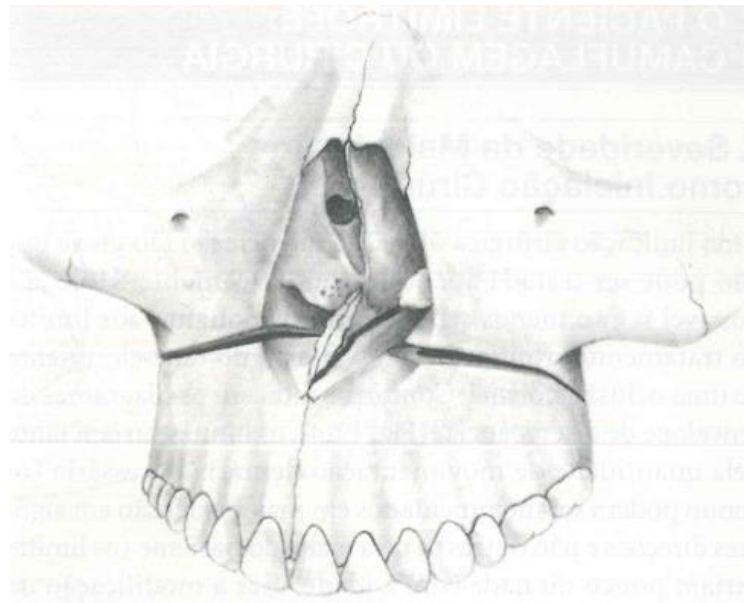


Figura 4. Localização dos cortes na técnica de osteotomia total do tipo LeFort I que permite a movimentação da maxila. Fonte: Ortodontia Contemporânea. Proffit, 1995

Níveis moderados de ansiedade pré-operatória podem ser encarados como um fator benéfico, como uma necessidade de adaptação do indivíduo à condição cirúrgica, podendo

contribuir para uma boa recuperação. Ao contrário, níveis excessivos de ansiedade podem interferir sobre a duração e a qualidade do período de recuperação, provocando impactos negativos sobre os resultados físicos e psicológicos, além de maior susceptibilidade a ansiedade e depressão pós-operatória (Boker, Brownell & Donen, 2002; Stoddard, White, Covino & Strauss, 2005).

Alguns fatores intrínsecos do paciente podem tornar a fase de enfrentamento para a cirurgia mais vulnerável. As expectativas quanto aos benefícios da cirurgia, a insegurança durante o processo de tomada de decisão, o desconhecimento dos custos emocionais da cirurgia, o suporte social nem sempre disponível e as perturbações psicológicas relacionadas a crenças disfuncionais, constituem alguns dos elementos, apontados pela literatura, como acessíveis por processos de acompanhamento e avaliação psicológica (Carvalho, Martins & Barbosa, 2012). Frente a esses fatores, metodologias de preparação psicológica devem objetivar a diminuição da ansiedade do paciente, auxiliando-o à compreensão da circunstância vivenciada e facilitando a verbalização de conteúdos emocionais que permeiam a submissão ao processo cirúrgico (Sebastiani & Maia, 2005).

Outros estressores, também apontados como significativos à situação cirúrgica, e que também devem ser avaliados do ponto de vista psicossocial, são: a hospitalização, o temor de não despertar da anestesia, a perda temporária de autonomia, dependência funcional, restrições ambientais, medo da dor e da morte (Mendez citado por Juan, 2007).

Uma preparação psicoeducativa, em que são fornecidas informações sobre os procedimentos e sobre os comportamentos, que se esperam ser adotados pelo paciente, parece cada vez mais relevante funcionalmente à redução do estresse pré-cirúrgico (Mitchell, 2007). Dentre essas informações, as mais importantes, de acordo com a literatura são: explicações sobre a duração do tratamento, necessidade de higiene oral sistemática, períodos típicos de

desconforto físico e dor, presença de edema e parestesia pós-operatória, informação nutricional quanto à alimentação e limitações da fala (Santos et al., 2012).

A diminuição da qualidade de vida, após a cirurgia, está diretamente relacionada às expectativas de sintomatologia do pós-operatório, que, por sua vez, é determinada pelo nível de informação fornecido e compreendido pelo paciente. O desconhecimento sobre o processo de recuperação, capaz de gerar conflitos emocionais ao paciente, como arrependimento da decisão cirúrgica e depressão, reforçam a necessidade de um bom preparo e orientação (Santos et al., 2012).

O período pós-operatório imediato e mediato correspondem às fases mais delicadas de todo o processo do tratamento. No período pós-operatório imediato, compreendido pelas 24 horas após a cirurgia, o paciente encontra-se vulnerável e bastante instável em consequência do procedimento anestésico. As náuseas e os vômitos pós-operatórios são frequentes na recuperação da anestesia, com incidência de 20% a 30% dos casos (Lages, Fonseca, Neves, Landeiro & Abelha, 2005). Além disso, o paciente tende a apresentar capacidade psicológica e orientação cognitiva alterados, por certo período, resultando em uma tendência ao aumento de medos e de desconfiança (Platas citado em Juan, 2005).

No período pós-operatório mediato - de 24 horas até a alta hospitalar - e tardio - até a alta clínica -, o paciente se depara com sintomas bem expressivos do tratamento cirúrgico, tais como: fraqueza física, insônia, dificuldades de comunicação e isolamento, devido à necessidade de repouso e restrição de atividades sociais (Silva, 2009). O comprometimento sensorial ou parestesia - condição de insensibilização de algumas regiões da face, lábios e língua, vivenciada por formigamento ou sensação de dormência localizada - aparece como um dos pontos de maior dificuldade pós-operatória, provocando intenso desconforto (Kim, Kim, Shin, Chun, & Kim, 2011). Além disso, outra reação típica, decorrente do trauma cirúrgico, é

o edema facial temporário, geralmente muito intenso até 72 horas após a cirurgia, podendo se estender até a quarta semana (Lima Júnior, Moro, Tanaka, Sousa-Fattah & Renon, 1999)

Para garantir os resultados alcançados na cirurgia, o cirurgião bucomaxilofacial estabelece para o paciente uma limitação da abertura bucal, na fase pós-operatória, comprometendo a mastigação, e requerendo uma dieta à base de líquidos e alimentos pastosos. Em decorrência, os pacientes chegam a perder, geralmente, 4 a 8% de massa corporal, com redução significativa de albumina sérica e massa muscular (Worrall, 1994). As restrições dietéticas, dificuldades para comer e a taxa de perda de peso, associada à mudança de aparência facial, foram relacionadas ao sentimento de frustração do paciente, podendo levar a não cooperação pós-operatória e a problemas psicológicos e comportamentais, como baixa autoestima, irritabilidade e isolamento (Bellucci & Kapp-Simon, 2007; Sarwer & Dilks, 2012; Tevik & Feragen, 2015).

Uma avaliação física e nutricional também é essencial ao paciente cirúrgico pois o bom estado nutricional promove respostas imunológicas contra infecções e ajuda no processo de cicatrização. Pacientes com índice de massa corporal (IMC) normal ou baixo, necessitam de apoio dietético, com suplementação nutricional, para diminuir a potencial perda de peso e problemas psicológicos advindos dessa alteração (Hammond et al., 2015).

No auxílio da fixação intermaxilar e da estabilização oclusal são utilizados os elásticos intermaxilares, colocados nos ganchos do aparelho ortodôntico, após a cirurgia. A troca dos elásticos pode ser desconfortável para o paciente, pela presença do edema, pela dificuldade de abertura bucal e, eventualmente, por dor (Smith, 1993).

A falta de preparação psicológica para lidar com os efeitos, complicações e limitações da cirurgia podem atrasar a recuperação pós-cirúrgica e diminuir o sucesso do tratamento. Além disso, o estresse promove mudanças biológicas e fisiológicas que podem comprometer a recuperação e os resultados da cirurgia (López-Roig, Pastor & Rodríguez-Marín citado em

Juan, 2005). Quanto maior o nível de estresse, maior é a demora do processo de cicatrização e maior a debilidade do sistema imunológico (Söderman, Lisspers, & Sundin, 2007). O aumento de indicadores de estresse físico e a vivência do processo de recuperação também podem estar relacionados funcionalmente com o aparecimento de sintomas de depressão, podendo o paciente apresentar, ainda, anorexia, astenia e apatia (Sebastiani, 1994).

O apoio social de pessoas próximas e dos familiares, nesse período, configura um importante suporte psicológico e está relacionado ao grau de satisfação e sucesso do tratamento na percepção do paciente (Lazaridou-Terzoudi, Kiyak, Moore, Athanasiou & Melsen, 2003). Procedimentos de preparação psicológica podem avaliar, preventivamente, a disponibilidade de redes eficientes de apoio social aos pacientes que serão submetidos à cirurgia ortognática.

As mudanças de qualidade de vida, expressas por indicadores de bem-estar dos pacientes, afiguram-se estáveis a longo-prazo, principalmente, de dois a cinco anos após a cirurgia. A pessoa que aceitou a nova aparência facial e incorporou as consequências psicossociais positivas ao seu estilo de vida tende a referir aumento de qualidade de vida (Cunningham et al., 2001). Deve-se destacar, no entanto, que uma elevada satisfação com o tratamento ortodôntico-cirúrgico convencional está relacionada às expectativas realistas sobre o resultado a alcançar e sobre o desconforto do pós-operatório e da recuperação. (Stirling et al., 2007).

1.3. O problema

Na descrição desse processo de reparação da deformidade dentofacial, que envolve tanto aspectos técnicos ortodônticos-cirúrgicos, quanto psicossociais, fica visível a necessidade da compreensão do paciente sobre o tratamento a ser realizado, mas,

principalmente, a exigência dos profissionais de adotarem uma visão integradora do trabalho, em uma equipe multidisciplinar.

Esse estudo partiu da hipótese de que se o paciente, durante a fase pré-cirúrgica, receber informações coerentes com suas necessidades psicossociais, poderá lidar mais eficientemente com as exigências do tratamento e com os efeitos desagradáveis, apresentando maior colaboração comportamental com o tratamento. Esta condição resultará em maior qualidade de vida e menor tempo de recuperação pós-cirúrgica.

A literatura destaca que os cirurgiões não reconhecem a importância da intervenção dos cuidados de saúde mental durante o tratamento das deformidades, encaminhando poucas vezes seus pacientes a psicólogos e a psiquiatras. O principal motivo apontado é o receio de uma reação negativa por parte do paciente. Outros motivos são os custos adicionais de novos serviços e a carência de profissionais especializados para o encaminhamento (Silva, Teixeira, Pinhão Ferreira & Ustrell-Torrent, 2016).

Considerando a literatura referente às deformidades dentofaciais, observa-se o crescente interesse em discutir como a cirurgia ortognática afeta a vida dos seus pacientes, mas com grande destaque aos aspectos técnicos da cirurgia, através de um número elevado de relatos de casos cirúrgicos e metas terapêuticas ortodônticas. Há menor atenção ao conhecimento das variáveis psicossociais envolvidas no tratamento ortodôntico-cirúrgico e às informações sobre a trajetória de indicadores de qualidade de vida do paciente durante o processo. Alguns estudos procuram relacionar o aumento da qualidade de vida e da melhoria das dimensões psicossociais, a longo prazo, porém, aponta-se a necessidade de se analisar como esta intervenção afeta os pacientes durante a fase pré-cirúrgica (Lee, McGrath & Samman, 2008).

Apesar da existência de artigos expondo a preocupação com os aspectos emocionais e o aprimoramento da assistência prestada ao paciente, faltam protocolos, ou programas

sistematizados, que ensinem como fazer e como avaliar seus efeitos biopsicossociais. São necessários mais trabalhos neste campo, a fim de examinar atitudes e comportamentos dos pacientes, tanto antes quanto após a cirurgia, para fornecer um método de avaliação dos efeitos psicossociais específicos da cirurgia ortognática. Podemos dizer, deste modo, que com os avanços da cirurgia ortognática é importante ampliarmos as investigações nesta área para melhor compreendermos as variáveis intervenientes ao longo de todo o processo.

Pretende-se, portanto, analisar as narrativas pessoais de pacientes, em tratamento ortocirúrgico, com o intuito de identificar as variáveis psicossociais que incidem no tratamento. Além disso, por meio de questionários direcionados aos cirurgiões, analisar os aspectos físicos dos pacientes durante o pós-operatório e avaliar a relação com as variáveis psicossociais. Espera-se que esses dados, por meio da autopercepção do paciente, subsidie a construção de uma preparação psicológica e educativa efetiva para o tratamento ortocirúrgico.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo principal

Analisar as variáveis psicossociais, referidas pelo paciente no pós-operatório de cirurgia ortognática, relacionadas a todo o processo de tratamento, da comunicação de diagnóstico à alta clínica, para subsidiar a preparação psicológica e educativa do paciente.

2.2. Objetivo secundário

Fundamentar e incentivar os cirurgiões bucomaxilofaciais e ortodontistas a refletirem sobre a necessidade de inclusão de um protocolo de preparação psicossocial a cirurgia ortognática.

3. METODOLOGIA

3.1. Procedimento

Em conformidade com as normas éticas da área de saúde, envolvendo a pesquisa com seres humanos, e regulamentada no Brasil através da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), o projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP-FS) da Universidade de Brasília (UnB), credenciado ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), através da Plataforma Brasil, obtendo-se Parecer Consubstanciado favorável em 04 de maio de 2016 (Anexo B).

Para a coleta dos dados, foi solicitada a autorização dos responsáveis técnicos de clínicas odontológicas particulares de Brasília/DF para obtenção da lista de pacientes em tratamento que seriam submetidos ao procedimento de cirurgia ortognática. Os pacientes identificados foram abordados ao final da consulta com o cirurgião bucomaxilofacial e convidados a uma apresentação sobre o projeto de pesquisa. Foi garantido o caráter voluntário da participação, bem como o respeito às normas éticas para a realização de pesquisa com seres humanos em saúde.

Aos pacientes que, após apresentação verbal dos objetivos e procedimentos de pesquisa, decidiram participar da coleta de dados, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo A) para leitura e assinatura. Àqueles que, eventualmente, se recusaram a participar, após a leitura do TCLE, a pesquisadora agradecia a atenção.

3.2. Participantes

A amostra de conveniência foi composta por 10 pacientes cujos critérios de inclusão nessa pesquisa foram: (a) pacientes apresentando deformidade dentofacial que requer

tratamento cirúrgico e que estivessem em acompanhamento ortodôntico; e (b) pacientes com idade entre 18 e 50 anos, sem restrição de sexo, etnia ou condição socioeconômica. Foram excluídos da amostra os pacientes que apresentavam doenças sistêmicas que pudessem afetar o processo de recuperação pós-operatória - imunodepressão, anemia, deficiência de vitaminas, insuficiência renal, diabetes não controlada, tabagista ou que tivessem passado por tratamento quimioterápico recente - e os pacientes que foram indicados para cirurgia ortognática de benefício antecipado. Além disso, os pacientes que já estavam em acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico ou faziam uso de medicamentos psicotrópicos, imunossupressores ou de antibioticoterapia prolongada, também foram excluídos da pesquisa.

No total foram abordados 26 pacientes em tratamento ortognático, dos quais 19 aceitaram participar da apresentação sobre a pesquisa. Destes, houve recusa de participação de nove pacientes. Dentre esses, dois pacientes não estariam disponíveis nos momentos necessários das entrevistas da pesquisa porque moravam em outros estados e sete pacientes referiram não se sentir à vontade para falar sobre questões emocionais. Totalizou-se, portanto, os 10 pacientes finais da amostra.

A caracterização sociodemográfica da amostra foi efetuada com base nos dados dos pacientes obtidos do prontuário: sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e renda familiar. A Tabela 1 apresenta um resumo destas características.

Dos dez pacientes entrevistados, seis eram do sexo feminino com média de idade de 35,8 anos (desvio padrão de 9,62) e quatro eram do sexo masculino com média de idade de 29,5 anos (desvio padrão de 7,51).

Quanto à escolaridade, houve uma maior distribuição de indivíduos com ensino superior. Em relação à renda familiar, a maior frequência estava distribuída dentre a faixa salarial de até cinco salários mínimo (Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica dos pacientes da pesquisa

Variável	Tipos	Frequência absoluta (N=10)
Faixa etária	18 - 29	3
	30 - 39	5
	40 - 50	2
Estado Civil	Solteiro (a)	5
	Casado (a) / União estável	5
	Divorciado (a) / Separado (a)	0
	Viúvo (a)	0
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	0
	Ensino fundamental completo	0
	Ensino médio incompleto	0
	Ensino médio completo	2
	Ensino superior completo	6
	Ensino superior incompleto	2
Renda familiar*	Até 1 salário	0
	Até 2 salários	0
	Até 5 salários	5
	Até 10 salários	2
	Acima de 10 salários	3

* Salário mínimo: R\$ 937,00

A participação dos cirurgiões bucomaxilofaciais também foi necessária à realização dessa pesquisa. Desse modo, ao contatar as clínicas odontológicas, a pesquisadora inicialmente apresentava o projeto de pesquisa e esclarecia aos cirurgiões quais eram os instrumentos utilizados e a necessidade da participação dos mesmos. Foram convidados 10 cirurgiões bucomaxilofaciais, dos quais 05 aceitaram participar do estudo.

3.3. Instrumentos

3.3.1. Entrevistas semiestruturadas

Aos pacientes que concordaram em participar e assinaram o TCLE, foram aplicadas entrevistas semiestruturadas, na fase pós-operatória (Anexo C – Roteiro de Entrevistas), em quatro períodos pré-definidos:

Primeira Entrevista - 15 dias após a cirurgia ortognática: o primeiro roteiro de entrevista foi composto por questões fechadas, com previsibilidade de respostas, devido à limitação de repertório verbal do paciente após a cirurgia. A entrevista apresentava indagações sobre o estado emocional do paciente durante todo o tratamento (até aquele momento) e sobre a qualidade das informações recebidas nas fases pré-cirúrgica e pós-cirúrgica.

Segunda Entrevista - 30 dias após a cirurgia ortognática: neste segundo momento, o roteiro de entrevista contemplava questões fechadas, com previsibilidade de respostas, acerca do estado emocional atual do paciente e questões abertas sobre as suas motivações pessoais para o tratamento e expectativas prévias. Também foram objetos dessa entrevista questionamentos sobre a percepção da doença, modos de enfrentamento durante o tratamento, bem como indicadores de autoimagem e autoestima do paciente.

Terceira Entrevista - 60 dias após a cirurgia ortognática: após dois meses, esperava-se que paciente já estivesse em fase de recuperação clínica bem avançada. Deste modo, o roteiro de entrevista incluiu questões abertas relativas à qualidade de vida e estratégias enfrentamento adotadas durante o tratamento, bem como avaliação de estados emocionais positivos e negativos durante a fase pré-cirúrgica e pós-cirúrgica, dificuldades do tratamento e condições percebidas de suporte social.

Quarta Entrevista - 180 dias após a cirurgia ortognática: após seis meses da realização da cirurgia, o roteiro de entrevista abordou assuntos relacionados a mudanças percebidas após a cirurgia, indicadores de qualidade de vida e autoestima. Ao final foi aplicado um questionário de satisfação com o tratamento.

Todas as entrevistas foram conduzidas individualmente pela pesquisadora principal, com auxílio de gravação em áudio, para posterior transcrição na íntegra, e realizadas nas

clínicas odontológicas, em local privativo, nos dias e horários previamente agendados com o paciente e com o cirurgião responsável pelo caso.

Dos dez pacientes da amostra, sete pacientes cumpriram todas as quatro fases de entrevistas e três pacientes completaram parcialmente, conforme a Tabela 2. Dos três pacientes que não completaram as entrevistas, dois pacientes relataram problemas pessoais para não ir à consulta do cirurgião e um paciente não chegou aos 180 dias após a cirurgia para realização da 4ª fase.

Tabela 2

Entrevistas completas

Fase de entrevistas	Participantes
1ª fase: 15 dias após a cirurgia	10
2ª fase: 30 dias após a cirurgia	10
3ª fase: 60 dias após a cirurgia	09
4ª fase: 180 dias após a cirurgia	07

3.3.2. Questionário aplicado pelo cirurgião bucomaxilofacial

Concomitante às entrevistas com os pacientes, foi entregue, ao cirurgião bucomaxilofacial, responsável pelo caso, um questionário estruturado e aplicado nos quatro encontros, elaborado com vistas a descrever o processo de recuperação do paciente.

O questionário incluía os seguintes elementos: indicadores clínicos, condições sistêmicas, complicações pós-cirúrgicas, percepção da condição psicológica do paciente e nível de colaboração (Anexo C – Roteiro de Entrevistas).

Os indicadores clínicos, utilizados para avaliação física dos pacientes foram: (a) diminuição do edema; (b) estabilidade da oclusão; (c) ausência de infecção/febre; (d) ausência de sangramento; (e) ausência de dor/desconforto; (f) sensibilidade facial (ausência de

parestesia); (g) qualidade da respiração; (h) grau de abertura bucal e (i) retorno gradual à alimentação. Cada indicador clínico era preenchido pelo cirurgião bucomaxilofacial numa escala Likert de zero a 10 pontos (sendo zero equivalente a ruim e 10 equivalente a excelente), gerando um escore total de até 100 pontos para cada fase. Esses escores tinham como desígnio avaliar as condições físicas dos pacientes ao longo do período pós-operatório.

3.4. Delineamento

Para a consecução dos objetivos propostos realizou-se uma pesquisa de delineamento descritivo com abordagem qualitativa e corte transversal.

3.5. Análise de Dados

A análise do conteúdo das entrevistas foi realizada de acordo com metodologia de investigação qualitativa, baseada nos preceitos de Bardin (2011), em que se buscou compreender as características e os significados das respostas, construindo o contexto em que o paciente se insere e delimitando os problemas. As respostas foram classificadas em categorias temáticas, definidas segundo o teor do conteúdo, a fim de tornar a análise de aspectos funcionais o mais objetivo possível, e apresentadas conforme a temporalidade das entrevistas.

Os questionários respondidos pelos cirurgiões bucomaxilofaciais foram utilizados para avaliação da condição de melhora ou de agravo da saúde do paciente, durante o tratamento orto-cirúrgico, e, concomitante às entrevistas, para análise da relação entre os comportamentos do paciente e o processo de recuperação física pós-operatória.

4. RESULTADOS

Os resultados obtidos nessa pesquisa foram organizados neste capítulo na seguinte ordem: (a) análise dos indicadores clínicos avaliados pelo cirurgião bucomaxilofacial; (b) análise da autopercepção emocional dos pacientes; (c) análise de entrevistas realizadas 15 dias após a cirurgia; (d) análise de entrevistas realizadas 30 dias após a cirurgia; (e) análise de entrevistas realizadas 60 dias após a cirurgia; (f) análise de entrevistas realizadas 180 dias após a cirurgia; e (g) análise de questionário de satisfação com o tratamento.

4.1. Análise dos indicadores clínicos avaliados pelo cirurgião bucomaxilofacial

O conteúdo dos questionários respondidos pelos cirurgiões bucomaxilofaciais descreve o processo de recuperação dos pacientes e as condições físicas, por eles apresentadas, ao longo da fase pós-operatória, nos quatro períodos de entrevistas.

O nível de colaboração dos pacientes, percebidos pelos cirurgiões, foi considerado na maioria dos questionários, como excelente. Quatro pacientes tiveram níveis de colaboração considerados bons na primeira fase pós-operatória (15 dias) e somente um paciente manteve esse nível por todo o tratamento. Não foi atribuído a nenhum paciente da amostra níveis ruins, péssimos ou indiferentes de colaboração.

Quanto aos estados emocionais apresentados pelos pacientes durante as consultas, percebeu-se uma dificuldade dos cirurgiões bucomaxilofaciais em realizar considerações acerca das condições psicológicas dos pacientes, apresentando pouca ou nenhuma observação nos questionários, mesmo quando orientados a realizá-los. Este fato foi considerado importante pois contrasta com a quantidade de detalhes e especificação técnica das descrições das condições sistêmicas e indicadores clínicos, indicando que os cirurgiões podem não se preocupar com a observação do aspecto emocional do paciente ou efetivamente não tem esta percepção.

Os resultados dos escores relativos aos indicadores clínicos (0 a 100 pontos) são observados na Tabela 3.

Tabela 3

Escore obtidos no questionário do cirurgião bucomaxilofacial

	15 dias	30 dias	60 dias	180 dias
P1	67	82	86	97
P2	37	79	89	97
P3	80	93	93	96
P4	55	47	80	94
P5	72	86	88	99
P6	61	77	60	98
P7	79	90	96	100
P8	61	78	84	-
P9	52	80	88	-
P10	45	64	-	-
Médias	60,9	77,6	85,44	97,28

Importante ressaltar que quando observadas as médias gerais dos escores, nos quatro momentos distintos de aplicação dos questionários, as pontuações denotam boa recuperação geral de todos os pacientes ao longo do período pós-operatório. Essa tendência ascendente comum aos pacientes orto-cirúrgicos pode ser melhor visualizada através dos gráficos gerados a partir desses dados, conforme as Figuras 5 e 6. É admissível uma similaridade das linhas de indicadores clínicos dos pacientes P1, P2, P3, P5, P7, P8, P9 e P10, em que todas convergem para o aumento gradual dos escores conforme o tempo, confirmando um padrão crescente de recuperação física.

Contudo, procurou-se ampliar o entendimento dessas variações também no âmbito individual, buscando compreender os motivos de escores muito baixos ou com variabilidade ao longo da fase pós-operatória.

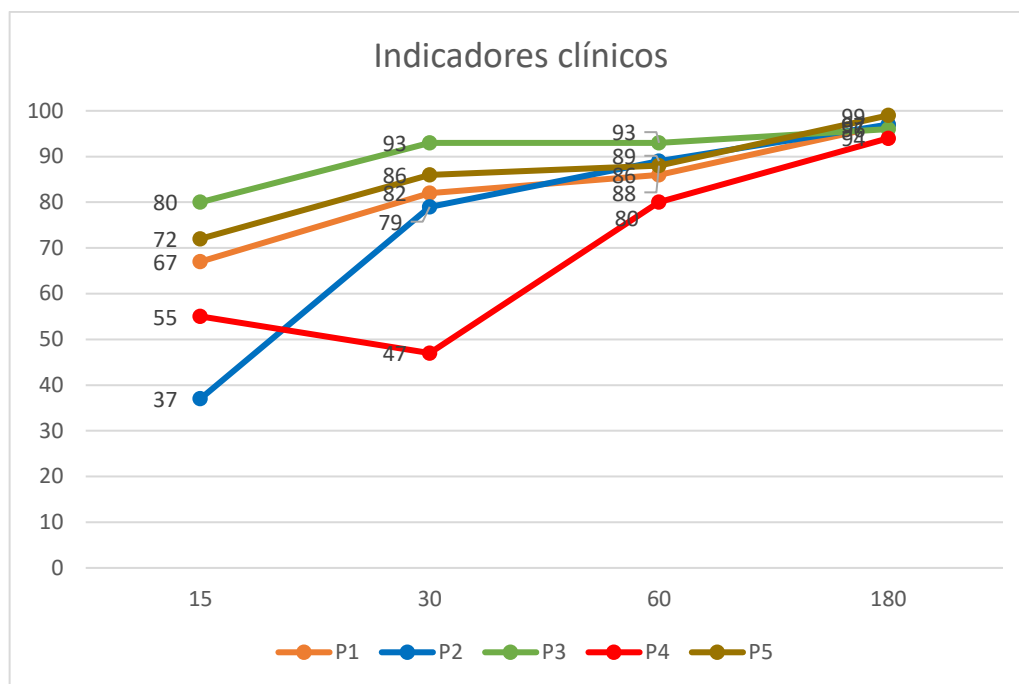


Figura 5. Indicadores clínicos dos pacientes P1, P2, P3, P4 e P5

Pode-se perceber que os pacientes P2, P4, P9 e P10 apresentaram particularidades no processo de recuperação, logo nas primeiras semanas após a cirurgia, visualizados através dos baixos escores verificados no questionário de 15 dias: P2 com escore de 37 pontos, P4 com escore de 55 pontos, P9 com escore de 52 pontos e P10 com escore de 45 pontos, muito abaixo da média geral ($M=60,9$). Esses escores são justificados por complicações pós-operatórias nas primeiras semanas após a cirurgia, conforme referido pela Tabela 4.

O cirurgião bucomaxilofacial referiu que P2 apresentou, na primeira semana após a cirurgia, um quadro de infecção pós-operatória com celulite facial do lado esquerdo e alterações de enzimas sanguíneas, enquanto que o P4 exibiu dermatite atópica e febre relacionados a fatores emocionais, segundo o médico clínico consultado pelo paciente.

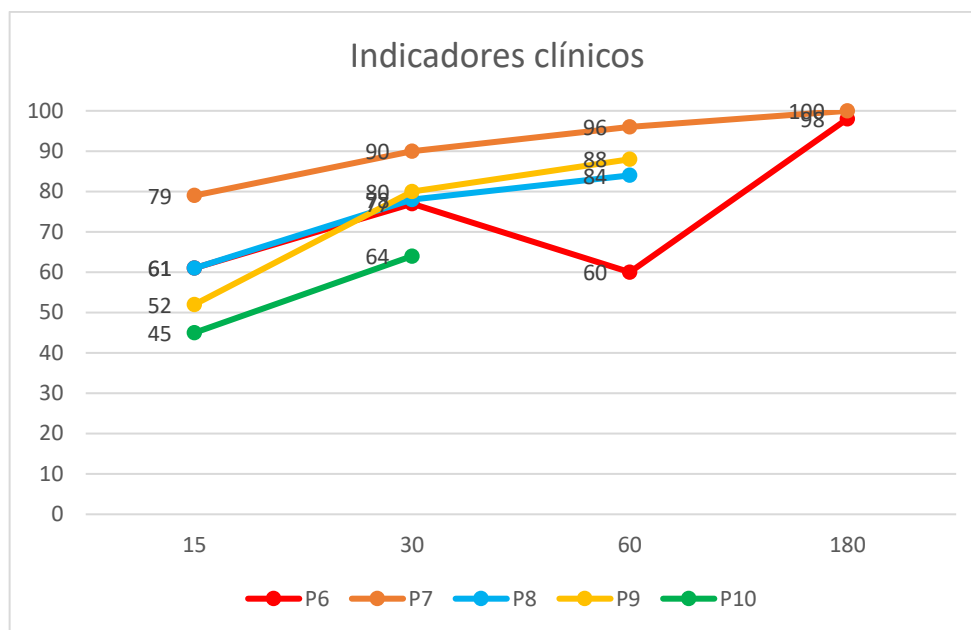


Figura 6. Indicadores clínicos dos pacientes P6, P7, P8, P9 e P10

No que se refere à recuperação dos pacientes P9 e P10, o cirurgião relatou que P9 foi socorrido por plantonistas, em casa, na segunda semana após a cirurgia, com hemorragia nasal profusa em consequência de rompimento de artéria, devido ao ato de assoar o nariz, contrário às orientações fornecidas após a cirurgia. Depois de ser levado ao hospital, já inconsciente, foi realizado o tamponamento nasal e estabilização do quadro. Já o paciente P10 apresentou vômitos recorrentes no segundo dia após a cirurgia, reação comum à anestesia geral, conforme informações disponíveis na ficha de avaliação do cirurgião.

A paciente P8, apesar de apresentar bons indicadores clínicos gerais e escore próximo à média, referiu dor pós-operatória nas primeiras semanas após a cirurgia. O cirurgião relatou insucesso no controle da dor através das medicações analgésicas prescritas, comum a todos os pacientes da amostra, e associou esse fato ao alto nível de ansiedade apresentado pela paciente antes da cirurgia e durante o período de recuperação hospitalar.

O quadro de ansiedade apresentado pelo paciente P8 mostrou evolução negativa com episódios de alterações de humor e síncope, a partir da quarta semana pós-operatória. Esses

eventos foram investigados pelo cirurgião bucomaxilofacial e foi descartada a relação com possíveis complicações físicas provenientes da cirurgia ortognática. A paciente foi encaminhada e avaliada por um neurologista que, após exames, concluiu que as síncopes estavam associadas à manifestação de transtornos de somatização. Após esse diagnóstico a paciente foi acompanhada por um psiquiatra.

Outra manifestação clínica de ansiedade foi exibida pelo paciente P7 no primeiro dia após a cirurgia, ilustrada pela seguinte verbalização:

“Eu acordei e depois de um tempo que eu estava ali no quarto, comecei a ficar ansioso. Eu tenho fobia de ficar em lugar muito fechado e eu estava me sentindo preso. Não estava conseguindo dormir direito e tinha medo de acordar assustado e dar problema nos pontos. Quando você não dorme direito, nada funciona direito. Fiquei ansioso com isso.” (P7)

Tabela 4

Complicações pós-operatórias e alterações sistêmicas

Paciente	Fase de entrevista	Respostas
P2	15 dias	Infecção pós-operatória / Celulite facial
P4	15 dias	Alergia emocional / Erupção cutânea / Febre
P9	15 dias	Hemorragia nasal / Rompimento de artéria
P8	15 dias	Dor pós-operatória
P10	15 dias	Vômitos pós-cirúrgicos
P4	30 dias	Infecção pós-operatória
P6	60 dias	Infecção pós-operatória / Remoção de placas

No questionário de 30 dias após a cirurgia, visualizou-se um ganho de recuperação física do paciente P2 devido a erradicação da infecção, através de agentes antimicrobianos prescritos pelo cirurgião e tratamento em câmara hiperbárica. Entretanto, o paciente P4 apresentou um quadro de infecção pós-operatória próximo à terceira semana de recuperação. Dessa forma, observou-se ligeira queda dos escores chegando a 47 pontos. Apesar de ainda permanecer abaixo da média dos escores para 60 dias ($M=85,44$), com 80 pontos, o paciente

P4 exibiu evolução positiva do quadro infeccioso, observando melhora significativa na recuperação pós-operatória.

Outra particularidade, contemplada na Figura 6, foi a queda abrupta do escore do paciente P6 no período de 60 dias. O escore anteriormente registrado em 77 pontos, no questionário dos 30 dias, foi reduzido em 17 pontos, chegando a 60, aproximadamente 25 pontos abaixo da média geral (M=85,44). O cirurgião relatou que o paciente precisou de uma intervenção cirúrgica, com anestesia local em ambiente clínico, para remoção de uma placa de titânio afixada pela ocorrência de proliferação bacteriana e consequente infecção tardia.

Após 180 dias da cirurgia ortognática, observou-se escores altos e excelentes níveis de recuperação entre os pacientes. Os indicadores que, para alguns pacientes, persistiram sem pontuação máxima foram a ausência de parestesia e a estabilidade de oclusão.

Por fim, para melhor investigar a relação dos indicadores clínicos de recuperação dos pacientes, observou-se aqueles cujo escore estava abaixo de cinco pontos na escala Likert do cirurgião. Por esse prisma, foi possível avaliar que os indicadores físicos mais negativos foram relacionados com a ausência de sensibilidade facial e ao edema facial nos questionários de 15 dias, enquanto que infecção/febre foi mais frequente no questionário de 30 dias, conforme ilustrado na Tabela 5.

Tabela 5

Indicadores clínicos negativos

Fase pós-operatória	Categorias de respostas	Frequência de respostas
15 dias	Ausência de sensibilidade facial	5
	Edema	3
	Limitação abertura bucal	2
	Dor/Desconforto	1
	Infecção/Febre	1
	Instabilidade de oclusão	1
	Sangramento	1
30 dias	Infecção/Febre	2
	Dor/Desconforto	1
	Limitação abertura bucal	1
	Sangramento	1

4.2. Análise da autopercepção emocional dos pacientes

No sentido de investigar o estado emocional percebido pelos pacientes durante o tratamento orto-cirúrgico, foi solicitado que eles identificassem, numa lista de oito categorias (triste, preocupado, arrependido, indiferente, realizado, confiante, tranquilo e feliz) e nos quatro encontros de entrevistas, como se recordavam e se percebiam nas diversas fases do tratamento. Através dessa designação geral do estado emocional foi possível avaliar as condições percebidas pelos próprios paciente ao longo de todo o tratamento. A distribuição das respostas encontra-se na Figura 7

Pode-se dizer que o estado emocional, atribuído pelo próprio paciente, relativo ao período anterior ao tratamento, designa sua percepção de condição geral de vida. Evidencia-se, todavia, que grande parte da amostra apresentou estados emocionais negativos: seis pacientes apontaram sentir-se preocupados ou tristes, enquanto um paciente assinalou indiferença.

	Antes do tratamento	Tratamento ortodôntico	Semana anterior a cirurgia	15 dias após cirurgia	30 dias após cirurgia	60 dias após cirurgia	180 dias após cirurgia
P1	Confiante Tranquilo Feliz	Tranquilo	Realizado	Realizado Feliz	Feliz	Feliz	Realizado
P2	Preocupado	Preocupado	Confiante	Tranquilo	Confiante	Tranquilo	Confiante
P3	Triste	Confiante	Feliz	Realizado	Tranquilo	Feliz	Confiante
P4	Confiante	Confiante Tranquilo	Confiante Preocupado	Confiante Tranquilo Feliz	Confiante	Tranquilo	Confiante Tranquilo Feliz
P5	Triste	Confiante	Preocupado	Feliz	Realizado	Realizado	Realizado
P6	Preocupado	Confiante	Preocupado	Confiante	Preocupado	Preocupado	Confiante
P7	Triste	Confiante	Tranquilo	Feliz	Realizado	Feliz	Feliz
P8	Indiferente	Preocupado	Preocupado	Triste	Indiferente	Indiferente	**
P9	Triste	Confiante	Preocupado	Tranquilo	Feliz	Realizado	**
P10	Confiante	Confiante	Feliz	Feliz	Confiante	**	**

Figura 7. Estados emocionais percebidos pelos pacientes ao longo do tratamento orto-cirúrgico.

Quando comparadas as condições gerais iniciais e finais, do tratamento, nota-se uma evolução positiva da percepção emocional ao longo do tempo. Ao final dos 180 dias, todos os pacientes entrevistados referiram estados emocionais positivos em suas avaliações.

Outro aspecto importante se refere ao aumento de estados emocionais positivos percebidos no início do tratamento. Oito pacientes apontaram estados emocionais positivos ao início do tratamento ortodôntico (tranquilo e confiante), enquanto que apenas dois pacientes disseram sentir-se preocupados. As verbalizações, a seguir, ilustram algumas narrativas:

No primeiro momento fiquei preocupado, mas ao mesmo tempo feliz porque descobri realmente a causa dessas dores. O cirurgião me explicou como funcionaria. Fiquei preocupado com a cirurgia, mas aliviado por conta do diagnóstico. (P2)

Eu ficava com medo. Será que não tem outra maneira de resolver isso que não seja cirurgia? Mas eu vi que não. Há 8 anos eu já tinha usado aparelho e nada resolveu. Usei por mais 2 anos e não resolveu nada. Aí uma ortodontista falou que eu poderia usar o quanto fosse que não ia resolver. Então eu descobri a cirurgia. Não ia adiantar eu ficar adiando. Fiquei com medo, mas eu tinha que começar o tratamento. (P8)

A proximidade com a cirurgia constitui uma etapa ansiogênica. Era esperado que estados emocionais referentes à preocupação fossem comuns nesse período. Cinco pacientes referiram emoções positivas (realizado, confiante, feliz e tranquilo), quatro pacientes designaram-se como preocupados, enquanto um paciente referiu emoções ambíguas quando apontou sentir-se confiante e, ao mesmo tempo, preocupado.

Nota-se que durante a fase pós-operatória, todos os indicadores emocionais foram positivos, exceto dois casos: P6 e P8. O paciente P6, nos períodos de 30 e 60 dias após a cirurgia, atribuiu sua condição emocional à categoria preocupado. Conforme já referido, esse paciente apresentou um quadro de infecção pós-operatória, próximo aos 35 dias, com necessidade de reintervenção cirúrgica. Essa condição emocional percebida parece, desta forma, compatível com seu histórico médico. Da mesma forma, a paciente P8 atribuiu os

estados emocionais triste e indiferente, também justificáveis pelas queixas frequentes de dor pós-operatória e manifestação de síncope por processo de ansiedade e pânico.

Outra questão foi aplicada aos pacientes, referente ao estado emocional, e tinha como objetivo a comparabilidade direta do paciente com ele mesmo, ao longo do tratamento, através dos seguintes rótulos discriminativos: melhor que antes, pior que antes e igual a antes. Além disso, optou-se por dar a chance de o participante levar em consideração o critério de percepção social do outro, através da resposta: as pessoas dizem que estou melhor. As respostas podem ser visualizadas através da Figura 8.

No que se refere às duas respostas classificadas como “pior que antes”, destaca-se que aos 15 dias após a cirurgia, os pacientes apresentam indicadores clínicos como edema, parestesia, dor, desconforto, dificuldades de respiração e alimentação, e, portanto, torna-se compreensível que o paciente classifique sua atual condição como pior, quando comparado a antes, sem a cirurgia. Observou-se, também, que a resposta “as pessoas dizem que estou melhor” apresentou-se frequente, sendo referida por cinco pacientes, em momentos distintos do tratamento, porém, evidenciando a importância da percepção do outro no tratamento ortocirúrgico.

	15 dias PO	30 dias PO	60 dias PO	180 dias PO
P1	Melhor que antes	Melhor que antes	Melhor que antes	Melhor que antes
P2	Pior que antes	Igual a antes	As pessoas dizem que estou melhor	As pessoas dizem que estou melhor
P3	Melhor que antes	Melhor que antes	Melhor que antes	Melhor que antes
P4	Melhor que antes	Melhor que antes	Melhor que antes	Melhor que antes
P5	Melhor que antes	Melhor que antes	Melhor que antes	Melhor que antes
P6	Pior que antes	As pessoas dizem que estou melhor	Melhor que antes	Melhor que antes
P7	Melhor que antes	As pessoas dizem que estou melhor	Melhor que antes	Melhor que antes
P8	As pessoas dizem que estou melhor	As pessoas dizem que estou melhor	Melhor que antes	**
P9	As pessoas dizem que estou melhor	Melhor que antes	Melhor que antes	**
P10	Melhor que antes	Melhor que antes	**	**

Figura 8. Estados emocionais percebidos pelos pacientes por meio de comparabilidade direta

As medidas de comparabilidade objetivas, utilizadas no estudo, foram importantes para gerar uma descrição geral da amostra. Todavia, sugere-se que em outros estudos sejam feitos questionamentos referentes à escolha da alternativa, para que as razões sejam claramente identificadas e seus conteúdos analisados.

4.3. Análise de entrevistas realizadas 15 dias após a cirurgia

A primeira entrevista deste estudo implicou em coletar dados sobre as informações recebidas pelos pacientes ao longo do tratamento e como eles percebiam e avaliavam a qualidade dessas informações.

Foi entregue uma tabela com informações relativas à fase pré-cirúrgica e à fase pós-cirúrgica, e, então, solicitado aos participantes que marcassem as informações que receberam e qual profissional os orientou (Anexo C - Roteiro de Entrevistas).

As informações sobre a fase pré-cirúrgica foram divididas em quatro categorias: (a) informações iniciais; (b) tratamento ortodôntico; (c) cuidados pré-cirúrgicos; e (d) orientações pré-operatórias.

Observou-se que em relação as informações iniciais, o cirurgião bucomaxilofacial foi referido pelos pacientes, majoritariamente, como o profissional responsável pelo primeiro contato sobre as informações relativas às vantagens, os resultados e os riscos da cirurgia ortognática. Porém, quanto à informação sobre a necessidade da cirurgia, além do cirurgião, outros profissionais foram mencionados, como o ortodontista, o neurologista e o otorrinolaringologista. Ainda no que tange às informações iniciais, os riscos da anestesia geral constituíram um elemento relevante, já que metade dos pacientes (n=5) relataram ter recebido a informação pelo cirurgião enquanto a outra metade (n=5) não obteve qualquer informação sobre esse assunto.

Quanto ao tratamento ortodôntico na fase pré-cirúrgica, ressaltou-se a dificuldade de comunicação do ortodontista. Cinco pacientes afirmaram não terem recebido do ortodontista pelo menos uma das informações necessárias a esse período. Desses cinco, três pacientes relataram que as informações sobre as mudanças de autoimagem foram dadas exclusivamente pelo cirurgião bucomaxilofacial, enquanto outros dois pacientes disseram não terem recebido essa informação de nenhum dos profissionais. Somente quatro pacientes relataram que tiveram acesso a todas as informações do tratamento ortodôntico pré-cirúrgico pelo próprio ortodontista. Entretanto um paciente afirmou não ter recebido qualquer informação sobre toda essa etapa pelo ortodontista, estando a par somente pelo cirurgião.

Dentre as informações referentes aos cuidados pré-cirúrgicos, investigou-se a necessidade da preparação psicológica para a cirurgia ortognática. Quatro pacientes afirmaram terem sido informados pelo cirurgião bucomaxilofacial e um paciente pelo ortodontista, sobre a possibilidade de auxílio psicológico, mas que não foram esclarecidos adequadamente sobre o tema e não tinham ciência da sua importância, conseqüentemente, não buscaram o tratamento psicológico. Cinco pacientes relataram não terem recebido qualquer informação pertinente à necessidade de preparação psicológica anterior a cirurgia, embora três pacientes tenham afirmado que tiveram contato com a informação pela internet.

A orientação nutricional pré-cirúrgica afigurou-se como outro aspecto significativo sobre os cuidados pré-cirúrgicos. Seis pacientes obtiveram dados referentes à alimentação e nutrição através do cirurgião bucomaxilofacial, porém, somente uma paciente mencionou iniciativa pessoal de buscar tratamento específico com uma nutricionista. Outros quatro pacientes referiram não terem recebido informações relativas ao assunto, embora dois desses pacientes tenham buscado informações pela internet e entraram em contato com outras pessoas que já tinham realizado o tratamento orto-cirúrgico.

Em relação às orientações pré-operatórias, a subcategoria denominada orientações sobre uso de etílicos e tabaco obteve destaque negativo, já que sete pacientes relataram não terem tido acesso a nenhum tipo de informação sobre o assunto. Dois desses participantes, fizeram referência à internet como forma de busca de informações. Um paciente afirmou ter obtido essa informação durante a consulta com o médico clínico, para realização de exames pré-operatórios, enquanto dois pacientes foram informados pelos cirurgiões bucomaxilofaciais.

Outra subcategoria que mereceu relevância foi a higienização do aparelho após a cirurgia, informação fundamentalmente ligada à atuação do ortodontista. Cinco pacientes referiram ter sido informados exclusivamente pelos cirurgiões, dois pacientes relataram ter obtido informação tanto do cirurgião quanto do ortodontista, dois pacientes foram orientados exclusivamente pelos seus ortodontistas, enquanto que um paciente afirmou não ter recebido qualquer orientação neste sentido.

As informações sobre a fase pós-cirúrgica foram divididas em duas categorias: (a) informações sobre a fase de recuperação; e (b) cuidados pós-operatórios.

Em referência às informações necessárias à fase de recuperação, todos os pacientes relataram a atuação ativa do cirurgião bucomaxilofacial no seu aconselhamento. Sete pacientes referiram que todas as informações, relativas à fase de recuperação, foram dadas pelo cirurgião, enquanto que três pacientes disseram que, juntamente com o cirurgião, o ortodontista também foi responsável por orientar sobre edema, parestesia, limitação da fala e mudanças de autoimagem pelo resultado da cirurgia. Um paciente afirmou não ter tido informação sobre congestão nasal e dificuldade de respirar.

Quanto aos cuidados pós-operatórios, mais uma vez, os pacientes destacaram a ação do cirurgião bucomaxilofacial em quatro das sete subcategorias: crioterapia, uso de elástico após a cirurgia, dor pós-operatória e medicações. Em relação ao uso dos elásticos, três

pacientes referiram, também, terem sido assistidos pelos ortodontistas, além dos cirurgiões. Porém, em três subcategorias, pode-se destacar a falta de informação sobre os tratamentos acessórios à recuperação da cirurgia ortognática. Dentre as informações não recebidas pelos pacientes foram mencionadas: a laserterapia (n=3), a fonoaudiologia (n=3) e a fisioterapia pós-cirúrgica (n=1).

Quando questionados sobre o momento do tratamento em que foram fornecidas as informações sobre a fase pós-cirúrgica, os resultados mostraram diferentes períodos, porém, as maiores frequências de resposta foram: 1 a 3 meses antes da cirurgia e no início do tratamento, conforme ilustrado na Tabela 6.

Tabela 6

Momento do tratamento que foram fornecidas orientações sobre fase pós-cirúrgica

Categorias de respostas	Frequência de respostas (n=10)
Início do tratamento	3
1-3 meses antes da cirurgia	4
1 semana antes da cirurgia	2
Na véspera da cirurgia	1
Após a cirurgia	0
Não recebi essas orientações	0

A respeito da importância da transmissão dessas informações aos pacientes, pelos profissionais de saúde na fase pré-operatória, com vistas à preparação psicológica para a cirurgia, pôde-se verificar uma associação positiva, referida por nove pacientes. Esses participantes relataram, espontaneamente durante a entrevista, acreditar que as informações recebidas sobre a fase de recuperação e cuidados pós-operatórios foram imprescindíveis ao auxílio ao enfrentamento da fase pós-operatória.

4.4. Análise de entrevistas realizadas 30 dias após a cirurgia

O registro da queixa principal caracteriza-se por uma breve descrição das razões pelo qual o(a) paciente procurou ajuda profissional. Dentre as justificativas listadas para a busca do tratamento ortodôntico-cirúrgico, a preocupação com a estética facial apresentou a mais alta frequência de respostas, como observado na Tabela 7. Outras queixas relatadas foram má-oclusão dentária, dores, dificuldades de respiração e perda óssea.

Tabela 7

Queixa principal

N	Estética facial	Má-oclusão dentária	Dores	Dificuldades de respiração	Perda óssea dentária
P1	X		X		
P2		X	X		
P3		X	X	X	
P4					X
P5	X			X	
P6	X	X			
P7	X	X			
P8	X		X		
P9	X				
P10	X	X			
Frequência de respostas	07	05	04	02	01

A respeito da motivação dos pacientes para se submeterem ao procedimento cirúrgico ortognático, percebeu-se que, quando questionados dentre as cinco categorias de respostas, ilustradas na Tabela 8, os pacientes apontaram, assim como na queixa principal, mais de um motivo que os levaram a buscar o tratamento.

Os motivos estéticos foram referidos por seis pacientes, enquanto os motivos funcionais relacionados a dificuldades de respiração foram citados por cinco pacientes. Dentre os seis pacientes que apresentaram como motivo as dores, quatro pacientes associaram a dores articulares e/ou faciais, ao passo que dois pacientes especificaram sentirem dores de

cabeça com frequência elevada. Nenhum participante indicou, como motivo, dificuldades funcionais relativas à alimentação.

Tabela 8

Motivação para o tratamento orto-cirúrgico

N	Estética Insatisfação com a aparência	Dificuldades funcionais Respiração	Dores articulares ou faciais	Dificuldades funcionais Alimentação	Outros: dores de cabeça
P1					X
P2	X		X		
P3		X	X		
P4		X	X		
P5	X	X			
P6	X	X			
P7	X				
P8	X				X
P9		X	X		
P10	X				
Frequência de respostas	06	05	04	00	02

Dos cinco pacientes que apresentaram motivação relacionada a dificuldades respiratórias (P3, P4, P5, P6 e P9), P4 afirmou ainda não possuir quaisquer sintomas de enfermidade, enquanto que os pacientes P3, P5, P6 e P9 sabiam da coexistência de outras doenças associadas à deformidade dentofacial. Três pacientes (P3, P5 e P9) referiram ter sido diagnosticados anteriormente com Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) e P6 afirmou ter desvio de septo e adenoide. O paciente P10 referiu ser respirador bucal, mesmo este fato não sendo, na sua percepção, um fator motivacional para a busca do tratamento.

Quando questionados quanto às expectativas relativas ao tratamento orto-cirúrgico, nove pacientes apontaram perspectivas que concernem aos benefícios e aos resultados esperados da cirurgia, enquanto que um paciente (P5) tangenciou o tema respondendo sobre tempo e dificuldades que teve durante o tratamento ortodôntico. Dentre as respostas mais

frequentes estão a melhora da estética facial, relatadas por seis pacientes, e a correção de má-oclusão dentária, referidas por quatro pacientes (Tabela 9) e exemplificadas nas seguintes verbalizações:

“Olhar no espelho e falar assim: nossa como você está linda. ” (P1)

“Correção da minha arcada, um sorriso diferente, a mordida fechada. ” (P6)

“Esperava por uma melhora na estética facial e na mordida”. (P7)

“Esperava que o tratamento fosse trazer um benefício estético, para minha imagem. ” (P9)

Outras categorias de respostas, como eliminação ou redução de dor, melhora da respiração e melhora da vida social, foram referidas pelos pacientes como aspectos de aspiração inicial, que poderiam ser alcançados com os resultados da cirurgia.

Tabela 9

Expectativas em relação ao tratamento orto-cirúrgico

N	Melhora da estética facial	Correção da má-oclusão	Eliminação ou redução de dor	Melhora da respiração	Melhora da vida social
P1	X		X		
P2		X	X		
P3			X	X	
P4		X			
P5	-	-	-	-	-
P6	X	X		X	
P7	X	X			X
P8	X				
P9	X				X
P10	X				
Frequência de respostas	06	04	03	02	02

Quando questionados a respeito da influência e participação de terceiros na decisão pelo tratamento, quatro pacientes responderam que a escolha foi exclusivamente pessoal, dois pacientes acreditam que os cônjuges foram influências positivas e três pacientes disseram que

peessoas que já tinham passado pelo tratamento e relataram suas experiências influenciaram a decisão. A influência positiva do cirurgião bucomaxilofacial ainda foi descrita por um paciente.

Quando indagados sobre quão dispostos eles estavam para serem submetidos a uma cirurgia na face e ainda passar pela fase pós-operatória, oito pacientes apresentaram disposição positiva, ilustradas por respostas como:

“Totalmente disposta a fazer a cirurgia. ” (P1)

“Já estava decidido, bem-disposto” (P2)

“100% disposta. ” (P4 e P5)

“Era o que eu mais queria, quanto mais rápido pudesse fazer, eu faria. ” (P7)

Dois pacientes relataram disposição negativa quanto ao tratamento, referindo medo da cirurgia, conforme ilustrado a seguir:

“Eu estava menos de 50% disposta porque eu estava com medo. ” (P6)

“Eu ficava com medo: será que não tem outra maneira de resolver isso que não seja cirurgia? ” (P8)

Por meio da questão que indagava sobre as preocupações com a aparência física antes do tratamento (Tabela 10), pode-se destacar as referências quanto à autoimagem e preocupação excessiva com a opinião de outras pessoas. Podemos exemplificar através dos seguintes relatos:

“Isso afetava muito a minha vida. ” (P2 e P7)

“Eu morria de vergonha. Eu usava o humor e a brincadeira para esquecer o problema. Não gostava de ficar em evidência por medo da opinião das pessoas. Medo de falarem alguma coisa. ” (P9)

“ Eu me preocupava muito. Eu andava com a mão no queixo escondendo ou vivia rindo para não ficar de boca fechada, colocava o cabelo para esconder. ” (P10)

Outras menções como *“só sofri bullying na escola”*, *“parei de me socializar”* e *“não queria me expor”* trouxeram à tona itens relacionados à percepção de dificuldades dos

pacientes nas relações sociais em função da deformidade facial, com referência a períodos anteriores do ciclo de vida, como a infância.

Tabela 10

Aparência e autoestima antes do tratamento

Perguntas	Sim	Não (n=10)
Preocupava-se com o que as pessoas achavam da sua aparência	7	3
Autoestima influenciada pelo seu problema facial	8	2

Os problemas com a imagem corporal podem levar a uma baixa autoestima, assim como ao desprovimento de bem-estar psicológico. A autoestima relacionada ao construto do autoconceito, o qual reporta a percepção que o indivíduo tem acerca de si próprio e também das suas características físicas, foi objeto de uma questão neste estudo. Os pacientes foram questionados sobre a relação entre a autoestima e a deformidade facial antes de iniciarem o tratamento. Indo ao encontro dos resultados sobre a preocupação com a aparência física, oito pacientes relataram que a sua autoestima era influenciada pelo seu problema facial, enquanto dois pacientes disseram que a autoestima não estava associada à deformidade. É possível ilustrar essa relação desfavorável quando analisamos os seguintes discursos:

“Eu não era confortável com meu sorriso” (P6)

“Não gostava da minha imagem, fiz até tratamento psicológico quando menor. Isso influenciava minha vida social” (P7)

“Minha autoestima nunca foi boa. Eu olhava no espelho e sentia diferente. ” (P8)

“Eu não tinha autoestima. A pessoa que tem deformidade não se sente bem com sua aparência. ” (P9)

Nesse mesmo sentido, percebeu-se que ao serem questionados sobre a satisfação com a autoimagem antes da cirurgia, seis pacientes referiram insatisfação ou um pouco de insatisfação, sem especificação (Tabela 11). Entretanto, dos quatro pacientes que afirmaram estar satisfeitos com sua autoimagem antes da cirurgia, dois deles apresentaram respostas

contradizentes durante a entrevista. P1, apesar de afirmar que era satisfeito com sua autoimagem anteriormente ao procedimento cirúrgico, assegurou que “*gostaria de se olhar no espelho e se sentir bonita*”, enquanto que P8 afirmou que “*me olhava no espelho e me sentia diferente*” e “*tinha vergonha de sorrir*”.

Tabela 11

Satisfação com autoimagem antes da cirurgia

Categorias de respostas	Frequência absoluta (N=10)
Satisfeito	4
Insatisfeito	3
Um pouco insatisfeito	3

Em relação à vivência do processo de recuperação pós-operatória, os pacientes foram questionados sobre quais razões, eles acreditavam, estavam relacionadas a uma boa ou má recuperação e as respostas foram categorizadas em três grupos: (a) adesão ao tratamento; (b) informações sobre o tratamento; e (c) bem-estar, conforme a Tabela 12 a seguir:

Tabela 12

Razões relacionadas a boa recuperação pós-operatória

N	Adesão ao tratamento	Informações sobre o tratamento	Bem-estar psicológico	Bem-estar físico
P1			X	
P2	X		X	
P3	X	X	X	
P4	X			
P5		X		
P6	X	X		
P7	X			X
P8			X	
P9	X	X		
P10		X		
Frequência de respostas	06	05	04	01

A categoria Adesão ao Tratamento foi definida como todo e qualquer comportamento do paciente em concordância às recomendações feitas pelos profissionais de saúde envolvidos com o tratamento orto-cirúrgico. As respostas para essa categoria, referidas por seis pacientes, formaram um conjunto de condutas relacionadas à adesão terapêutica:

“Cumprir as determinações e todas as dicas do cirurgião. ” (P3)

“Tem que ter realmente repouso. Não tem jeito. E fazer tudo o que o cirurgião fala. ” (P4)

“Respeitar todas as recomendações do seu cirurgião. ” (P7)

“Seguir expressamente o que o ortodontista e o cirurgião recomendam. ” (P9)

A necessidade de informações relativas ao processo de recuperação pós-operatória foi mencionada por cinco pacientes e constituiu a segunda categoria relacionada a uma boa ou má recuperação. As verbalizações, a seguir, ilustram essa categoria:

“Tem que estar preparada. Ler muito, ouvir relatos, conversar com outras pessoas, procurar coisa na internet. Ir anotando tudo. ” (P5)

“É fundamental o paciente estar ciente do procedimento e do pós-cirúrgico. Saber como se alimentar, saber que sua alimentação vai ser alterada, saber que a face vai alterar. ” (P6)

“A pessoa tem que tá preparada. O profissional orienta quais vão ser as complicações, o que ela vai poder comer, o que ela vai precisar evitar. ” (P10)

A terceira categoria, Bem-estar, se refere a um construto multidimensional e foi objeto de resposta para cinco pacientes. Com o objetivo de facilitar a visualização de conteúdo desta categoria, foi efetuada uma divisão em duas subcategorias: bem-estar físico e bem-psicológico (Tabela 12). O bem-estar físico foi citado por um paciente que descreveu a boa condição do corpo, aliada a uma vida saudável, como um agente de boa recuperação cirúrgica, uma vez que, o bom funcionamento metabólico do organismo aumenta a resistência física e a imunidade:

“Praticar esportes, não beber, não fumar e se alimentar bem. ” (P6)

Já o bem-estar psicológico foi referido por quatro pacientes e foram correlacionadas às relações sociais e positivas com outras pessoas - *“estar bem em casa e na família”* -, às emoções positivas - *“estar confiante e preparada”* -, à autoestima - *“pessoas com melhor autoestima recuperam melhor que pessoas com baixa autoestima”* - e à ansiedade, que, em excesso, pode levar a uma recuperação mais demorada.

Tendo em consideração as necessidades que não foram atendidas durante o tratamento orto-cirúrgico, sete pacientes disseram que todas as suas necessidades foram atendidas. Em discordância, três pacientes apresentaram queixas variadas: P2 fez críticas ao atraso no tempo de tratamento ortodôntico, P8 afirmou que necessitava de informações mais detalhadas para se preparar melhor e P9 lamentou sobre as limitações do seu caso, já que a septoplastia (reposicionamento do septo nasal) não pôde ser realizada concomitante à segunda cirurgia ortognática, por limitação dos erros da primeira.

Ainda dentro desse contexto, perguntou-se aos pacientes do que eles sentiram falta durante todo o tratamento, tanto na fase pré-operatória quanto na fase pós-operatória, e seis categorias de respostas foram encontradas. A primeira categoria diz respeito à alimentação, na qual três pacientes relataram *“sentir falta de comer”* e *“não poder comer”* e *“não poder mastigar”*. A segunda categoria, citada por dois pacientes, se refere à necessidade de uma equipe multidisciplinar para orientação de informações ainda na fase pré-operatória. A terceira categoria corresponde à falta de informação sobre o tratamento, referida por um paciente, que afirmou ter tido pouquíssimo contato com o cirurgião e que a ortodontista tentava sanar suas dúvidas, muitas vezes, não suficientemente atendidas. No que tange à rede de apoio social, uma quarta categoria caracterizou-se pela falta de apoio familiar, especificamente do marido, de uma paciente. A quinta categoria encontrada foi a falta de previsibilidade de tempo até a cirurgia, referida por um paciente e explicado pelas inúmeras mudanças de datas da cirurgia durante o percurso do tratamento. Por fim, a sexta categoria

diferenciou-se das demais por ser referida por dois pacientes que afirmaram não ter sentido falta de nada durante o tratamento.

A relação entre religiosidade/espiritualidade e a saúde tem se tornado uma referência para o profissional de saúde no exercício de suas atividades. Atendendo às indicações da literatura acerca do impacto da espiritualidade sobre o bem-estar, perguntou-se aos pacientes se possuíam religião ou crença religiosa e se, de alguma maneira, elas ajudaram durante o tratamento.

Quanto à caracterização da religião ou crença, quatro pacientes disseram ser católicos e três pacientes afirmaram não possuir religião ou crença, mas que acreditavam em Deus. Dois pacientes relataram acreditar na doutrina espírita e um paciente referiu ser evangélico (Tabela 13).

Quando questionados sobre os benefícios da religiosidade ou espiritualidade em relação ao tratamento, oito pacientes creditaram à fé e a sua relação com Deus como suporte diante das adversidades do tratamento.

Tabela 13

Religião / crenças e sua relação com o tratamento

Categorias de respostas	Frequência absoluta (N=10)
Católico	4
Ausência de religião	3
Espírita	2
Evangélico	1
Ter fé	8
Rezar	1
Leitura de livros sobre espiritualidade	1

Verificou-se, como característica do conteúdo desses relatos, que a ligação com uma instituição religiosa não foi determinante, mas a busca por um ser supremo afixou-se como forma de apoio, esperança e conforto, sendo ilustrada nos seguintes exemplos:

“A religião não me ajudou, mas a fé sim. ” (P3)

“Sou católica, mas não praticante. A fé me ajudou. É uma forma de apoio. ” (P5)

“Tenho religião, mas isso não influenciou. A crença em Deus me ajudou. ” (P8)

A percepção do paciente quanto à necessidade de acompanhamento psicológico na fase pré-cirúrgica foi o último objeto de investigação nessa fase de entrevistas. Todos os participantes afirmaram que a avaliação psicológica, no contexto da cirurgia ortognática, é necessária. Também afirmaram que gostariam de ter tido acesso a um psicólogo durante o tratamento e sugeriram quatro motivos principais para a necessidade de psicoterapia, ilustrados na Tabela 14.

Tabela 14

Acompanhamento psicológico na fase pré-cirúrgica

Categorias de respostas	Frequência absoluta (N=10)
Aspectos emocionais relacionados à autoimagem	5
Autocontrole de comportamento alimentar	1
Autocontrole de ansiedade	2
Aumento de autoconhecimento	2

A avaliação de aspectos emocionais relacionados à autoimagem foi referida por cinco pacientes, que avaliaram como imprescindível abordar questões relativas à modificação da face durante a fase ortodôntica, reconhecimento da nova face após a cirurgia e compreensão das expectativas, reais e ilusórias, quanto aos resultados do tratamento. Outros dois pacientes relataram que a ansiedade foi prejudicial, contribuindo para o aparecimento de estados emocionais e físicos desagradáveis durante o tratamento e interferindo significativamente sobre o enfrentamento das fases pré e pós-operatória. O acompanhamento psicológico

também foi referido por um paciente como meio para realização de uma psicoeducação nutricional, visando à preparação para modificações dos padrões de comportamentos alimentares durante a fase pós-operatória em cirurgia ortognática. E, tendo em vista uma necessidade mais ampla, além do contexto cirúrgico, dois pacientes consideraram o acompanhamento psicológico como uma oportunidade para realizar exercícios de autoconhecimento e desenvolver maior controle sobre as habilidades emocionais.

4.5. Análise de entrevistas realizadas 60 dias após a cirurgia

Nesta seção é apresentado um substancial conjunto de informações relativas ao *coping* ou enfrentamento, objeto principal dessa terceira etapa das entrevistas. Foram entrevistados nessa fase nove pacientes.

O enfrentamento é definido a partir de uma avaliação do indivíduo sobre estímulo(s) estressor(es). Para melhor análise desses eventos, três categorias foram criadas a partir das narrativas apresentadas: estressores físicos, estressores psicológicos e os estressores sociais.

Os estressores físicos foram relacionados às alterações provocadas no corpo, ou seja, a percepção de mudanças que envolvem a dimensão física. Os estressores psicológicos englobam preocupações e sentimentos que fazem parte da vida dos pacientes em decorrência do tratamento. Já os estressores sociais versam a respeito das interrelações do paciente com o meio ambiente social (Tabela 15).

Ações, comportamentos e pensamentos, referidos pelos pacientes como forma de lidar com esses estressores, foram classificados como estratégias de enfrentamento ou *coping*, podendo ser qualificadas como focalizada na emoção (reduzir os sentimentos negativos provocados pela situação) e focalizada no problema (eliminar o evento ameaçador ou diminuir seu impacto), não excludentes, podendo ser utilizadas de forma simultânea para lidar com a situação, conforme ilustrado na Tabela 16.

Ressalta-se que os estressores físicos e psicológicos relacionados intrinsecamente a deformidades dentofaciais foram referidos anteriormente pelos pacientes através das queixas e dos motivos que os levaram a buscar o tratamento. Nesse ponto de vista, as estratégias adotadas por oito pacientes estavam relacionadas a uma postura ativa, objetivando a busca de informações e esforços para lidar com os tratamentos. Um desses pacientes também referiu a busca por apoio social. Além disso, um paciente adotou estratégias de evitação.

Tabela 15

Estressores referidos pelos pacientes durante o tratamento orto-cirúrgico

Estressores físicos	Estressores psicológicos	Estressores sociais
Mudança autoimagem (fase ortodôntica)	Medos (da cirurgia, da anestesia, de morrer)	Afastamento do trabalho
Higienização do aparelho	Tempo de tratamento ortodôntico	Isolamento social
Alimentação com o aparelho	Dificuldade financeira	Julgamento social
Dores na manutenção ortodôntica	Ansiedade pré-cirúrgica	
Dificuldades de mastigação PO	Liberação do plano de saúde	
Dificuldades para dormir PO	Tempo de recuperação PO	
Dificuldades para respirar PO	Possibilidade de recidiva	
Ausência de exercícios físicos PO		
Medicações pós-operatórias		
Mudança na autoimagem após a cirurgia		

* PO: Pós-operatória

Tabela 16

Estratégias de enfrentamento

Focalizado no problema	Focalizado na emoção
Resolução de problemas	Pensamento positivo
Postura ativa	Distração
Autocontrole	Evitação
Autocuidado	Busca por suporte social
	Busca pela espiritualidade
	Resignação

As duas estratégias podem ser visualizadas através das seguintes verbalizações:

“Soube que precisava de um tratamento pesquisando na internet, vendo informações sobre mordida e sobre alguns problemas que eu tinha. Aí eu disse: eu vou precisar. Procurei um cirurgião e ele me explicou sobre o tratamento. Então eu pensei, vamos lá, fiquei muito motivado. ” (P3)

“No início eu nem queria tratar. Não queria ir no cirurgião. Não era questão de custo, nem nada. Só depois de algum tempo que eu percebi que seria necessário porque não adiantava arrumar meus dentes, porque eles quebravam. Arrumava e quebrava. E ainda tinha a questão do ronco. A aceitação vem com o apoio e com o processo. ” (P2)

A necessidade da cirurgia ortognática, nos casos de deformidade dentofacial, é compreendida, pelos profissionais da saúde, como inalterável e essencial para a resolução da desarmonia facial e dos problemas associados. Quando solicitados a relembrem a notícia da necessidade do procedimento cirúrgico e como lidaram com a situação, cinco pacientes referiram pensamentos que se focalizavam nos aspectos positivos da situação ou do que poderia advir dela, através de verbalizações motivadoras e postura confiante, conforme ilustrado nas verbalizações:

“Ótimo, vou melhorar. Eu já estava pronta. ” (P1)

“Quando descobri que precisava da cirurgia, pensei: vamos lá. Fiquei motivado. ” (P3)

“O que for para fazer, eu faria. A cirurgia era a melhor coisa a se fazer. ” (P5)

“Eu fiquei feliz em saber que meu caso tinha correção. ” (P7)

“Eu vi que tinha saída, uma esperança para aquilo que eu não gostava. Fiquei animado. ” (P9)

Outros quatro pacientes, por sua vez, referiram que a notícia do diagnóstico foi um momento de intensa vulnerabilidade. Dois pacientes apresentaram episódios de choro e sentimentos de apreensão e tristeza, com adoção de condutas passivas de aceitação e resignação. Outros dois pacientes já visualizaram na cirurgia uma forma de resolução do problema e buscaram o autocontrole, se esforçando para ajustar a condição do tratamento e procurando agir com tranquilidade frente a nova situação.

Iniciado o tratamento orto-cirúrgico, novos estressores e variadas estratégias de enfrentamento foram referidas. Constatou-se que durante o tratamento ortodôntico, os principais estressores físicos estavam relacionados à higienização do aparelho, seguidos de dificuldades para se alimentar, dores após as manutenções ortodônticas derivadas da movimentação dentária e as mudanças da autoimagem.

Outros estressores, de ordem psicológica, foram também referidos durante essa etapa do tratamento: ansiedade, tempo de tratamento ortodôntico prolongado e preocupações relativas ao investimento financeiro. Nessa fase, o paciente passa por mudanças faciais e dentárias decorrentes da movimentação ortodôntica. Essas modificações podem acentuar estados emocionais negativos e ocasionar alterações significativas em dimensões psicológicas em termos de ansiedade, depressão, autoestima e imagem corporal. Quando questionados a respeito dessas mudanças, sete pacientes responderam que as mudanças faciais afetaram negativamente suas vidas. Sintomas de humor deprimido e ansiedade, além de novas estratégias de enfrentamento, foram relatadas pelos pacientes, como a evitação social e a distração:

“Me incomodou um pouco. Não gostava de tirar fotos e comecei a sorrir menos.” (P3)

“Meu perfil estava horrível. A boca estava murcha, fiquei muito velha.” (P4)

“Nos últimos 2 meses fiquei com a mordida bem aberta. Eu dei uma isoladinha, não queria mais tirar fotos.” (P5)

“Impactou a minha imagem. Fiquei com os dentes separados.” (P6)

“Fiquei muito ansiosa. Pensei em desistir. Achava que não ia aguentar.” (P8)

“Comecei a ficar recluso. Evitava sorrir e olhar para as pessoas.” (P9)

Dois pacientes também afirmaram que as mudanças faciais decorrentes do tratamento ortodôntico impactaram a autoimagem, porém, as estratégias de *coping* adotadas foram o pensamento positivo e a postura ativa, conforme ilustradas a seguir:

“Para mim eu não estava piorando, estava melhorando. As pessoas olham pro espelho e pensam que estão feias. Cada vez que eu olhava no espelho, eu via uma coisa diferente e pensava: vai ficar muito bom. Pensava na cirurgia. ” (P1)

“Deu uma piorada, mas eu sabia que era para uma boa causa. Sabia que era fase e que estava indo rumo a cirurgia. ” (P7)

Adentrando à fase pré-cirúrgica, além dos estressores físicos pertinentes ao tratamento ortodôntico, os estressores psicológicos tornaram-se mais evidentes devido à proximidade do procedimento cirúrgico (invasivo). Dentre eles, as preocupações referentes à cirurgia propriamente dita e aos resultados, mas, em especial, à vivência do pós-operatório, referidas por oito pacientes. Sentimento de tristeza, ansiedade antecipatória e medo da cirurgia também foram relatados por sete pacientes.

Interessante notar que seis pacientes, mesmo ante a estressores percebidos, não relataram estratégias de enfrentamento nessa fase, enquanto três pacientes adotaram a estratégia da distração e busca por informações, ilustradas nas seguintes narrativas:

“A minha dificuldade foi a ansiedade. Eu vivia no grupo do Facebook. Todo mundo contando suas vitórias e eu esperando minha vez chegar. Passava o dia inteiro lá. ” (P5)

“Procurei me preparar para o pós, pegava informação com o pessoal na internet, dicas e tudo. ” (P3)

“Eu ficava ansiosa, com um pouco de medo da cirurgia acontecer e ao mesmo tempo querendo que acontecesse logo. Mais a ansiedade mesmo. Eu tentava não pensar muita coisa. Ficava com o pessoal no grupo relatando, tentava me ocupar no trabalho e tava numa fase de congressos, então foquei em outras coisas. ” (P6)

Dois pacientes afirmaram ter enfrentado dificuldades administrativas com a autorização dos procedimentos pelo plano de saúde, na semana da cirurgia, gerando emoções negativas e maior ansiedade, porém, as estratégias utilizadas foram a racionalização e a busca de suporte social.

Analisando o conteúdo das respostas relativas à fase pós-operatória, percebeu-se um número elevado de estressores físicos, apontados como pertinentes à recuperação cirúrgica. O fator mais estressor, referido por oito pacientes, foi a alimentação, sendo observada nos seguintes exemplos:

“A principal dificuldade do pós foi a alimentação. Eu deveria ter procurado um profissional, um nutricionista para me adaptar antes, para meu organismo chegar acostumado. Somando tudo perdi 13 quilos em 1 mês, é muita coisa, você fica muito debilitado. Cheguei até brigar com minha esposa. Com 45 dias ele liberou para mastigar novamente. Foi a melhor notícia, comer arroz, feijão batido, carne bem molinha. A minha esposa colocava na panela de pressão. Aquela coisa de doente para sempre tinha acabado. Coisa batida no liquidificador, eu não aguentava mais, discutia com ela. ” (P2)

“Alimentação é uma dificuldade. Você não pode comer comida saudável tipo salada. Eu não aguentava mais comer legume cozido porque a fase do pastoso você só come legume. E depois você começa a comer só massa porque é mais molinho. ” (P4)

“Comer, não conseguia comer. Você dá valor a comida quando não pode. Eu me irritava. ” (P5)

“A alimentação é difícil porque chega uma hora que você enjoa, só sopa e iogurte. ” (P7)

Outros dois estressores também muito citados, respectivamente, por quatro e três pacientes, foram dificuldades para dormir e dificuldades para respirar, sendo ilustrados nas seguintes verbalizações:

“Dormir, acho que até hoje não me recuperei das noites mal dormidas. Porque a cabeça fica pesada, o nariz entope demais. Não achava posição, ter que dormir de barriga para cima, não dormir de lado, isso me incomodava muito. ” (P3)

“Era muito difícil respirar. O nariz entope. Você está inchado. Parece que fecha, diminui o espaço. Aquilo me dava muita agonia. ” (P7)

Outros estressores foram relatados, tais como: “inchaço facial”, “parestesia ou dormência facial”, “higienização bucal” e “quantidade de medicações”, ilustrados pelas verbalizações a seguir:

“Eu achei que era muito medicamento. Toda hora eu tinha que parar para tomar algum medicamento. Meu celular vivia apitando, era muito remédio.” (P5)

“Quando ele puxava minha orelha em relação a limpeza do aparelho, eu forçava mais um pouco. Era angustiante, as vezes eu até chorava. Esse momento de escovar os dentes era o mais tenso para mim. Isso gerava uma tensão.” (P6)

“Quando você está naquela agonia do inchaço você acha que nunca vai passar. O sorriso fica travado e a dormência muito grande no começo. Depois vai melhorando. Você sempre fica pensando que não vai melhorar, mas passa.” (P7)

As limitações físicas e o retorno às atividades de rotina foram referidos por dois pacientes, nas seguintes narrativas:

“Você não pode sair, tem que ficar de repouso, não pode ficar andando muito, fica sentado assistindo televisão. Com o tempo isso cria uma angustia, você fica muito limitado.” (P9)

“Quería voltar a malhar, fazer esporte. Quería voltar a minha vida normal. Eu tava um pouco ansiosa para voltar a minha rotina. Não podia malhar, não podia comer direito, não podia fazer nada.” (P4)

Durante as entrevistas, questões negativas relativas aos estressores sociais foram visualizadas por meio do relato de dois pacientes, observadas nas seguintes verbalizações:

“Eu tive um impacto no início. Não encarava as pessoas porque todo mundo me olhava com espanto porque estava muito diferente. Eu baixava a cabeça. Estar no holofote me incomodava: você tá diferente, você tá mais bonita. Voltar com essa mídia toda me causou estranheza.” (P5)

“Eu tinha muita vergonha de andar na rua então usava máscara. Eu fiquei muito inchada. Claro que respeitando o conhecimento de que existem recuperações diferentes. O fato da minha recuperação ter sido mais extensa pesou.” (P6)

As estratégias de enfrentamento levantadas no período pós-cirúrgico foram: (a) autocuidado, objetivando cumprir as recomendações dos profissionais da saúde e minimizar a ocorrência de outros fatores estressores; (b) autocontrole, através de ajustes à nova condição e esforço para se manterem tranquilos; (c) postura ativa, através de busca de mais informações e

solução de dúvidas relativas à vivência no pós-operatório, aumentando, conseqüentemente, os sentimentos de confiança; (d) pensamento positivo, atrelado a raciais de esperança; e (e) distração, através de ações de mudança de foco, tais como leitura de livros, programas de televisão, suporte social e momento de reflexão espiritual.

Durante todas as fases do tratamento orto-cirúrgico, observou-se que uma relevante aplicação do *coping* foi relacionada à busca de suporte ou apoio social como uma estratégia comportamental. Desse modo, esses objetos foram abordados separadamente através dos elementos relativos aos constructos rede social e apoio social.

Quando questionados sobre seus relacionamentos sociais antes da cirurgia, cinco pacientes atribuíram pouca sociabilidade em suas relações, enquanto que quatro pacientes atribuíram boa sociabilidade, tal como ilustrado na Tabela 17. Verificou-se que dos cinco pacientes que referiram ter relacionamentos ruins, quatro deles perceberam melhora na sua vida social após a cirurgia e apresentaram relatos sobre tal evolução. Enquanto isso, um paciente relacionou a falta de progresso às dificuldades de mastigação e fonação que ainda possuía na fase do pós-operatório.

Quanto aos quatro pacientes que relataram ter bons relacionamentos sociais antes da cirurgia, dois pacientes mantiveram seus padrões de vida social e não apresentaram diferenças em suas relações, um paciente apresentou melhora de aspectos sociais associados ao aumento da confiança em relação à autoimagem frente a terceiros e um paciente ainda relatou ter piorado sua vida social devido a insegurança quanto a aspectos físicos da fase do pós-operatória, já que ainda apresentava edema facial.

Tabela 17

Relacionamentos sociais e percepção de mudança após a cirurgia

	Sociabilidade	Mudou após a cirurgia	Exemplo de relatos
P1	Boa	Melhorou	<i>“Me agrada o fato das pessoas olharem para mim e dizer que estou diferente. ”</i>
P2	Ruim	Melhorou	<i>“Depois da cirurgia eu estou muito mais relaxado justamente porque não estou sentindo dor. ”</i>
P3	Boa	Não mudou	<i>“Sempre tive muitos amigos, não senti diferença nenhuma. ”</i>
P4	Boa	Não mudou	<i>“Meus relacionamentos sempre foram bons. Acho que não mudou muito depois não. ”</i>
P5	Ruim	Melhorou	<i>“Eu tinha muita vergonha, eu não queria ser vista, mas agora não, me sinto à vontade comigo mesma, me sinto à vontade de falar e interagir. Melhorou demais. ”</i>
P6	Boa	Piorou	<i>“Estou insegura em relação a sair por conta do aparelho e do aspecto físico do pós-operatório, ainda estou inchada. ”</i>
P7	Ruim	Melhorou	<i>“Mudou muito e melhorou muito porque eu estou mais seguro de mim mesmo, estou mais feliz e mais confiante. ”</i>
P8	Ruim	Não mudou	<i>“Ainda tenho dificuldade para falar e comer, então evito sair. Ainda tenho vergonha. ”</i>
P9	Ruim	Melhorou	<i>“Mudou bastante porque hoje as pessoas me olham diferente. Elas não me olham como antes. Não tenho medo de me apresentar. ”</i>

Sobre a variável apoio social, como aspecto funcional e qualitativo da rede social, perguntou-se aos pacientes sobre disponibilidade e tipo de apoio que receberam para enfrentar o tratamento orto-cirúrgico. As respostas mais frequentes foram relacionadas a familiares e cônjuges. Além disso, os amigos, as redes sociais/internet e o próprio cirurgião bucomaxilofacial foram citados como forma de assistência (Tabela 18).

Dentre os dois pacientes que apontaram as redes sociais - Facebook e WhatsApp – como forma de apoio social, o relato da paciente P5 torna-se importante para o entendimento desse fenômeno:

“É bem complicado porque quem não conhece e quem não sabe a necessidade do tratamento, geralmente não apoia. Eu não tive apoio na família, eles não entendiam. Muitas pessoas comentavam que eu não precisava mexer com cirurgia, que eu ia me arriscar à toa. Nas redes sociais, especialmente o Facebook, era o local onde eu me sentia em casa. Eu conversava com muita gente com o mesmo problema.” (P5)

Tabela 18

Apoio social

N	Familiares	Cônjuges	Amigos	Redes sociais digitais	Cirurgião
P1			X		
P2		X			
P3	X	X	X		
P4	X				
P5				X	
P6	X		X		
P7	X			X	X
P8	X	X			
P9		X			
Frequência de respostas	05	04	03	02	01

O segundo paciente que referiu as redes sociais como forma de apoio, também atribuiu ao cirurgião esse papel, ilustrado pelas seguintes verbalizações:

“Minha mãe era contra porque tinha medo. Meu pai não era contra, mas sempre me perguntava se era isso mesmo que eu queria. Quem me apoiou mesmo foi o Dr. Fabrício e os outros pacientes que já tinham realizado a cirurgia e estavam no grupo do Facebook e do WhatsApp. Eles me ajudaram bastante.” (P7)

Considerando a transformação dos processos de comunicação decorrentes do surgimento da internet e da popularização das redes sociais (Twitter, Facebook e WhatsApp, por exemplo), tornou-se necessário avaliar os meios de interatividade social dos pacientes e como essas ferramentas podem ajudar o tratamento. Quando perguntados sobre o

conhecimento de grupos sociais relativos a cirurgias ortognáticas, sete pacientes afirmaram participar tanto de grupos do Facebook – Ortognática Brasília – quanto de grupos do WhatsApp – Ortognática Brasília ou Ortognática Faccia. Todos estes pacientes relataram experiências positivas e pontuaram como esses grupos ajudaram no tratamento, conforme visualizado nas respostas da Tabela 19.

Em contraposição, dois pacientes afirmaram que não tiveram interesse em participar de grupos de redes sociais. Um deles acreditava não ser necessário sua participação nos grupos, uma vez que era dentista e já tinha conhecimento suficiente sobre o tratamento. O outro, por sua vez, decidiu não se associar às redes pois não gostaria de saber sobre o pós-operatório, por medo de desistir do tratamento.

Tabela 19

Grupos sociais relativos a cirurgia ortognática

	Quais?	Como te ajudou
P1	Facebook	<i>“Fundamental para saber as experiências de outras pessoas que tinham vivido mesmo problema. ”</i>
P3	Facebook	<i>“Conheci pessoas que me passaram muitas informações: como me alimentar, dicas do pós. Eu via resultados positivos e o que as pessoas falavam da cirurgia. ”</i>
P5	Facebook	<i>“Conversava com pessoas que tinham mesmo problema que eu. Sofríamos juntos com as expectativas e vibrava com os resultados. ”</i>
P6	WhatsApp	<i>“Pessoal mostrava antes e depois, davam os depoimentos. Isso ajudava a me acalmar, ver que eu não era a única. ”</i>
P7	Facebook e WhatsApp	<i>“Esses grupos me ajudaram muito. Ver os resultados das outras pessoas me motivava e você acaba achando que vai acontecer com você também. ”</i>
P8	WhatsApp	<i>“Quanto eu estava com 8 dias de pós, estava com dificuldade de comer, perguntei no grupo e uma menina me ajudou. ”</i>
P9	Facebook e WhatsApp	<i>“Pessoal relata experiência e incentiva quem está fazendo o tratamento. Os depoimentos são fundamentais para motivar quem está começando. ”</i>

Outra perspectiva abordada em relação ao apoio social, neste estudo, foi relacionada ao sentimento de desamparo percebido pelos pacientes durante as fases do tratamento orto-

cirúrgico. Dos nove pacientes abordados, sete pacientes não referiram qualquer tipo de desamparo ou abandono, porém, dois pacientes relataram ter sentimentos de solidão e necessidade de informações sobre o tratamento, observadas nas seguintes respostas:

“Me senti sozinha. Muita gente desconhece essa cirurgia e as pessoas que eu convivia também não. Foi uma batalha sozinha. ” (P5)

“Eu senti que algumas vezes eu poderia ter tido mais informações dos cirurgiões. Eles foram ótimos, mas eu queria mais. Senti falta de mais explicações. ” (P7)

4.6. Análise de entrevistas realizadas 180 dias após a cirurgia

Os resultados obtidos através da cirurgia ortognática afiguram-se estáveis após 180 dias. Quando questionados sobre quais mudanças foram percebidas após o tratamento ortocirúrgico, cinco categorias de respostas foram encontradas: melhora da autoimagem, melhora da respiração, ausência de dor, melhora do sono e aumento de satisfação pessoal, sendo essas descritas de acordo com a frequência. Destaca-se que seis pacientes, num total de sete entrevistados nessa fase, referiram perceber melhora da autoimagem.

Já em relação às mudanças de qualidade de vida após a cirurgia, os pacientes identificaram diversos fatores positivos que contribuíram para essa melhora. A qualidade de vida relacionada à saúde foi definida como a percepção do indivíduo ou o valor atribuído por ele em relação a sua vida, aos prejuízos e aos benefícios influenciados pelo tratamento e a modificação de estados funcionais e oportunidades sociais.

Nota-se que as categorias mais referidas foram relativas à melhora da mastigação e melhora da respiração, seguidas de aumento de disposição e/ou resistência física e melhora do sono. O conteúdo das respostas está ilustrado na Tabela 20.

Tabela 20

Mudanças na qualidade de vida

Categorias de respostas	Frequência de respostas (n=7)
Melhora mastigação	3
Melhora respiração	3
Aumento disposição e/ou resistência física	2
Melhora do sono	2
Ausência de dor	2
Aumento convívio social	2
Diminuição no consumo de medicações	1

Tendo como foco a percepção do paciente em relação a sua aparência e autoestima após o tratamento orto-cirúrgico, pôde-se constatar que os resultados foram positivos, uma vez que, seis pacientes referiram melhora da autoestima, ilustradas pelas seguintes verbalizações:

“Minha autoestima hoje está extrapolando a estratosfera. ” (P1)

“Eu me sinto muito bem. Tem mais de 4 ou 5 anos que estou com esses dentes quebrando. Acho que quando fizer a estética, vou ficar 100%. ” (P2)

“Minha autoestima não era baixa antes, mas acho que o problema incomodava ne? Deixa a gente triste. Mas agora minha autoestima está bem alta. Estou bem feliz. ” (P3)

“Estou muito melhor. Antes eu vivia muito atrás de alguém. Eu me escondia atrás de estudar porque eu não me achava bonita. Hoje estou bem melhor. Tô me arrumando mais, passando batom vermelho. ” (P5)

“Melhorou bastante. Quando eu olhava no espelho ou tirava uma foto, eu me esquivava. Hoje estou me aceitando. Eu vejo e me acho muito bacana. Cada dia ficando melhor. ” (P6)

“Bem melhor do que antes. Bem melhor, bastante. Estou feliz demais. ” (P7)

Interessante notar que a paciente P4 afirmou que sua autoestima não foi influenciada pela cirurgia e referiu que isso tinha relação com o fato de ser dentista, já conhecer os resultados do tratamento e ter subsídios para ajustar suas expectativas, observada a seguir:

“Minha autoestima está igual. Algumas coisas da cirurgia eu não acho bonito, mas eu sabia que não existe ortognática sem mudança facial. Por ser dentista e da área estética, sou mais criteriosa, mas enxergo os resultados. Reconheço o trabalho e acho que ficou muito bom. ” (P4)

A última questão do roteiro de entrevistas objetivava verificar, na percepção dos pacientes, o que os profissionais poderiam fazer para melhorar o tratamento orto-cirúrgico. Todas as considerações apresentadas foram relacionadas à necessidade da multidisciplinaridade da equipe, assistência e/ou fornecimento de informações de forma detalhada. Os trechos, a seguir, ilustram algumas dessas respostas.

“Conversar com os pacientes, explicar tudo que envolve o pré e o pós. Discutir as dificuldades da cirurgia e do tratamento. Manter o diálogo e dar informações. ” (P3)

“É preciso ter uma equipe acessória. Fono, fisio, psicóloga, otorrino. Tem que ter multidisciplinaridade. E as informações devem ser antecipadas para o paciente se preparar. ” (P5)

“A equipe deveria orientar a busca por outros profissionais como a fono e o psicólogo. Poderia ser até algo casado no tratamento. Uma equipe completa pronta para atender. Aí vai ter toda informação que precisa. ” (P6)

4.7. Análise de questionário de satisfação com o tratamento

Sete pacientes preencheram o questionário de satisfação com o tratamento, ao final da última entrevista. Faziam parte desse questionário oito categorias: satisfação com o tratamento, melhora da autoestima, melhora da qualidade de vida, vida social, melhora funcional da mastigação e da respiração, ausência de dor e melhora na estética facial. Os pacientes atribuíam notas de zero a 10 (sendo zero equivalente a ruim e 10 equivalente a excelente), para cada categoria. Essa autoavaliação de satisfação pode ser visualizada através da Tabela 21.

Tabela 21

Autoavaliação de satisfação com o tratamento

Final do tratamento (Onde 0 insatisfeito e 10 é satisfeito)								
	Satisfação com tratamento	Melhora da autoestima	Melhoria da qualidade de vida	Vida social	Melhora funcional (Mastigação)	Melhora funcional (Respiração)	Ausência de dor	Melhora da estética facial
P1	10	10	10	10	6	10	10	10
P2	9	10	10	10	9	10	10	8
P3	10	10	10	10	10	9	10	9
P4	10	9	10	10	10	10	10	6
P5	10	10	10	10	10	10	10	10
P6	8	7	8	8	9	9	10	8
P7	10	10	9	8	10	9	10	10
P8	**	**	**	**	**	**	**	**
P9	**	**	**	**	**	**	**	**
P10	**	**	**	**	**	**	**	**

Importante ressaltar que nenhum paciente atribuiu notas abaixo de seis pontos em nenhuma categoria e a incidência de satisfação máxima, através de notas 10, foi muito frequente. Pode-se verificar, também, que a categoria relativa à ausência de dor apresentou nota máxima por todos os participantes.

Em contrapartida, a nota seis, conferida por dois pacientes, foi associada à melhora funcional (mastigação) pela paciente P1 e melhora da estética facial (P4), ilustradas nas seguintes narrativas:

“Ainda tenho dificuldade para comer. Eu sou muito carnívora. Voltei a comer carne tem 1 mês, antes eu não conseguia ainda. Pressionava e a carne não triturava. Mas agora estou com mais força. E ainda tem os dentes. Vou colocar os implantes. Vai melhorar. ” (P1)

“Tem algumas coisas da cirurgia que eu não acho bonito, por isso que eu não deixo isso interferir na minha autoestima. Mas se eu pudesse ter algumas coisas do meu rosto antigo junto com os benefícios atuais, eu preferiria. Eu não gosto desse ângulo da mandíbula marcado e eu acho que fiquei com cara de cavalinho. Isso eu já sabia que ia acontecer, então não posso reclamar. Eu sei que eles fizeram o melhor. Não tinha como fazer a ortognática sem mudança facial. ” (P4)

Já a paciente P6, em comparação às notas dos outros participantes, atribuiu notas gerais mais baixas, variando de sete a nove, e atribuiu nota 10 somente na categoria ausência de dor. Os motivos para notas mais baixas foram justificados através da seguinte verbalização:

“Hoje já melhorou bastante. Acho que pode ser melhor e vai ser. Quando eu olhava no espelho ou tirava uma foto, eu me esquivava. Hoje em dia eu estou me aceitando melhor. Mas ainda me adaptando a nova conformação facial. Eu me vejo e acho muito bacana. Vou plantando a sementinha de que está ficando cada dia melhor. Em relação a mastigação melhorou bastante. A respiração também. Mas ainda estou em processo de melhoria de vida por completo. Eu voltei a ser como criança, tenho que aprender a mastigar, posicionar a língua e até falar.” (P6)

5. DISCUSSÃO

Reconhecer a multidimensionalidade da temática da deformidade dentofacial e a relação funcional com variáveis biopsicossociais durante o tratamento orto-cirúrgico, foi relevante para a decisão de utilizar recursos qualitativos para essa pesquisa. O raciocínio metodológico baseou-se na compreensão dos fenômenos relacionados à deformidade, assim como na exploração, com a sistematicidade possível, das experiências individuais dos pacientes ao longo do tratamento. Nessa perspectiva, alguns conceitos não poderiam ser abordados a partir de variáveis apenas quantitativas, sendo importante a contribuição do método qualitativo.

Essa questão metodológica também foi considerada por Ryan, Barnard e Cunningham (2012) ao afirmar que a evidência de ensaios experimentais, ou de estudos clínicos bem conduzidos, responde somente a uma parte do enigma sobre a melhor forma de tratar nossos pacientes e que algumas indagações só podem ser respondidas por meio dos métodos em pesquisas qualitativas, em especial o estudo descritivo.

Nesse mesmo sentido, Malterud et al. (2001) afirma que os métodos qualitativos focalizam as especificidades dos grupos estudados e são potencialmente úteis para o estudo de experiências, sentimentos, pensamentos, motivações, expectativas, estados emocionais humanos e atitudes sociais, cruciais para o conhecimento clínico. Ou seja, o estudo de processos psicológicos e suas relações com as exigências do tratamento parece essencial para o trabalho profissional em ciências da saúde.

Igualmente importante para a escolha desse arranjo metodológico foi considerar os objetivos da pesquisa, cujo alcance esperado se depreende do título “análise de variáveis psicossociais”, admitindo-se a identificação e apreciação de aspectos psicológicos e sociais que se relacionam com a cirurgia ortognática, e “subsídios para preparação do paciente” que

justifica o uso de delineamento descritivo com fins exploratórios, fomentando a construção de uma proposta de protocolo de preparação psicológica.

5.1. Amostra e aspectos sociodemográficos relevantes

A amostra de 10 pacientes pode ser considerada relativamente pequena, limitando eventuais critérios de generalização. No entanto, os resultados dessa pesquisa permitem compreender o tratamento orto-cirúrgico a partir do ponto de vista daqueles que estão vivenciando essa condição e que, em conjunto com a literatura científica, contribuem para uma reflexão cuidadosa sobre os indicadores psicológicos e sociais que podem preludiar ou prejudicar o sucesso da cirurgia ortognática. Ademais, a análise do conteúdo das entrevistas permitiu o conhecimento mais próximo com a perspectiva do paciente, bem como certa verticalidade em que foram consideradas as experiências subjetivas.

No que se refere ao gênero, os resultados obtidos mostraram que o sexo feminino foi mais prevalente, sendo que essa tendência coincide com estudos anteriores (Alanko et al., 2017; AlKharafi, AlHajery & Andersson, 2014; Sato et al., 2013; Stirling et al., 2007; Kuhlefeld, Laine & Thorén, 2016). Uma explicação provável foi relacionada, por Lazaridou-Terzoudi et al. (2003), ao fato de que as mulheres tendem a estar mais preocupadas com a aparência do que os homens. Já Silvola et al. (2016) relataram que os sintomas de transtornos temporomandibulares, como as dores orofaciais, são mais frequentemente experimentados por mulheres do que pelos homens, explicadas por fatores biológicos, hormonais e psicossociais.

Dentre as variáveis sociodemográficas, a literatura tem referido a escolaridade e o nível socioeconômico como importantes para o estudo de tratamentos orto-cirúrgicos, numa associação negativa em relação à satisfação do paciente (AlKharafi et al., 2014). A isso corresponde dizer que nos grupos com maior escolaridade e renda, há maior insatisfação com os resultados do tratamento, atribuídos ao acesso a múltiplas opiniões médicas e à internet,

onde muito mais casos bem-sucedidos são publicados, produzindo expectativas, por vezes, irrealistas.

No presente estudo, isto não foi verificado considerando que, embora houvesse uma maior distribuição de indivíduos com ensino superior e com renda familiar elevada, os níveis de satisfação com o tratamento foram positivamente referidos pelos pacientes e relacionados por eles ao bom resultado técnico da cirurgia e a resolutividade da queixa principal.

5.2. Indicadores clínicos

O conhecimento dos indicadores clínicos dos pacientes, relacionados à recuperação física durante o tratamento orto-cirúrgico, afigura-se imprescindível ao planejamento da assistência a ser prestada. Para Santos et al. (2012), entender as dificuldades vivenciadas pelo paciente pode fornecer ao profissional um bom entendimento quanto às reais necessidades durante a continuidade do tratamento.

Para Lima Junior et al. (1999), as informações sobre os riscos e as complicações da cirurgia ortognática devem ser explicadas ao paciente antes do consentimento para o tratamento e, ainda, devem ser objetos de conhecimento dos pacientes: edema facial, vômitos decorrentes de anestesia geral, dor pós-operatória, sangramentos menores, alteração sensorial da face, infecções, complicações sinusais, limitação da abertura da boca e dificuldades de mastigação, dor na articulação temporomandibular e recidiva do tratamento.

Conforme apresentado no capítulo anterior, os indicadores clínicos avaliados mais negativamente nessa pesquisa, ao longo do período pós-operatório, foram: ausência de sensibilidade facial, edema facial e infecção/febre. A compreensão desses efeitos sobre a rotina de vida do paciente após a cirurgia tem relação com o impacto sobre a qualidade de vida. A diminuição da qualidade de vida foi observada por Choi, Lee, McGrath e Samman (2010), Corso et al. (2016), Lee et al. (2008) e Kavin, Jagadesan & Venkataraman (2012), no

período do pós-operatório imediato, e descrito como um momento típico de manifestação de morbidades associadas à cirurgia, tais como dor, inchaço, distúrbio neurossensorial, limitação da abertura bucal e redução da eficiência mastigatória.

A deterioração da capacidade física tem relação com a falta de informação adequada sobre o pós-operatório. Lee et al. (2008) verificou que a insatisfação dos pacientes se associou à falta de informação adequada. Enquanto que Philips, Brenner e Broder (1998) afirmaram que os pacientes que sobrestimam o desconforto durante o pós-operatório referem menos dificuldades em lidar com os sintomas. Isto quer dizer que a recuperação física do paciente está intimamente condicionada pelo nível de conhecimento que se tem do processo e como são antecipadas as consequências tanto físicas, quanto emocionais e sociais.

Além disso, deve-se destacar que a complicação pós-cirúrgica mais encontrada, nessa pesquisa, foi a infecção pós-operatória, referida por três pacientes. Dentre eles, um paciente necessitou submeter-se a outra intervenção cirúrgica para remoção de placa e parafusos.

As taxas de remoção de placas após a cirurgia ortognática variam de 7% a 18% dos pacientes e a principal razão para essa ocorrência se deve à infecção pós-operatória, em 60 a 100% dos casos (Kuhlefeld et al., 2016; Manor, Chaushu & Taicher, 1999; Theodossy, Jackson, Petrier & Lloyd, 2006). No estudo de Kuhlefeld et al. (2016) o fator mais significativo, relacionado à necessidade de remoção de placas, foi o tabagismo. As substâncias tóxicas do tabaco incluem uma série de efeitos locais e sistêmicos, prejudicando o processo cicatricial.

Torna-se interessante pontuar que, nesse estudo, os resultados quanto às orientações sobre uso de tabaco na fase pós-cirúrgica foram muito deficientes, sendo que sete em dez pacientes da amostra refere que não obteve qualquer informação dos profissionais de saúde sobre esse assunto. Sugere-se, portanto, que esses dados sejam explicados aos pacientes durante as orientações sobre a fase pós-operatória.

5.3. Fatores associados à satisfação com o tratamento

Como parâmetro para a discussão sobre os níveis de satisfação dos pacientes com o tratamento orto-cirúrgico, identificou-se na literatura o estudo de Pachêco-Pereira et al. (2016). Trata-se de uma revisão sistemática em que foram analisados oito artigos, totalizando 998 pacientes. Estes autores identificaram que dentre os fatores associados à satisfação, os mais prevalentes foram: resultado final estético, percepção de benefícios sociais após a cirurgia, gênero masculino e mudanças no autoconceito dos pacientes. Já os fatores associados à insatisfação foram: tempo prolongado do tratamento ortodôntico, comprometimento funcional temporário após a cirurgia e desconhecimento dos riscos cirúrgicos

Ao se esboçar associação com os resultados deste estudo, notou-se que todos os fatores identificados no presente estudo também o foram no trabalho de Pachêco-Pereira et al. (2016), com exceção do resultado final funcional e desconhecimento sobre as dificuldades do pós-operatório, encontradas apenas no primeiro.

Além disso, as dimensões emocionais e a necessidade de suporte social foram demonstradas nessa pesquisa como fatores de influência sobre a satisfação com o tratamento, como no estudo de Stirling et al. (2007). Pode-se considerar, desta forma, que houve uma razoável concordância entre os resultados dos estudos no que diz respeito aos fatores de satisfação.

Um quadro esquemático, ilustrado na Figura 9, foi proposto por Cunningham e Shute (2009) e representa os quatro fatores que potencialmente contribuem para a satisfação do paciente com o tratamento orto-cirúrgico.

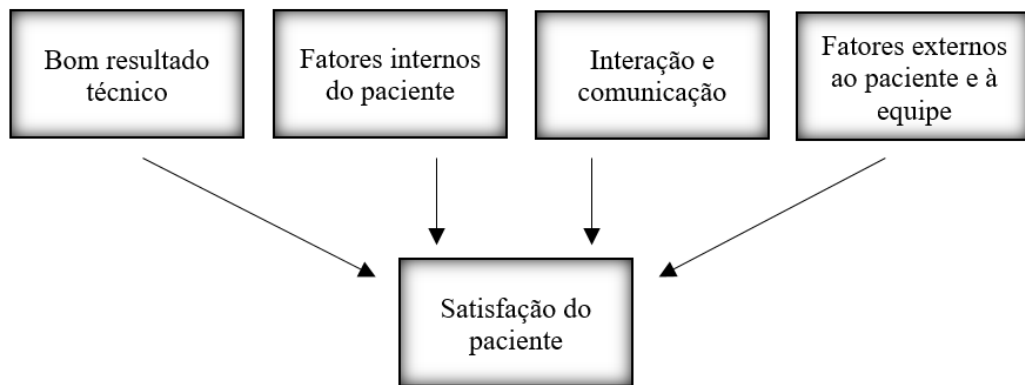


Figura 9. Quadro esquemático dos fatores que contribuem para a satisfação do paciente

Nessa pesquisa, analisou-se a relação das variáveis psicossociais encontradas com os fatores referidos pelos autores supracitados:

(1) O primeiro fator se refere ao bom resultado técnico cujo controle está relacionado diretamente às técnicas cirúrgicas, à habilidade do cirurgião bucomaxilofacial e experiência clínica do ortodontista. Porém, a consolidação desses resultados depende do controle do paciente através da adesão ao cumprimento das orientações dos profissionais.

Compreende-se que o processo de adesão envolve fatores educativos relacionados à habilidade dos profissionais e comporta ações aliadas a orientação, esclarecimentos e informação sobre o tratamento (Silveira & Ribeiro, 2005). Nessa pesquisa, a adesão ao tratamento foi a razão mais referida pelos pacientes para uma boa recuperação pós-operatória, seguidas de informações sobre o tratamento e manutenção de bem-estar psicológico. Adesão deve ser, portanto, um tema obrigatório a ser tratado entre o ortodontista, o cirurgião e o paciente. Um sistema de monitoramento comportamental poderia ser utilizado para assegurar maior agilidade na resolução de dificuldades dos pacientes, por exemplo, com a ajuda de psicólogos.

A falha na adesão ao tratamento pôde ser visualizada, no capítulo de Resultados, por meio do relato do cirurgião sobre o episódio em que o paciente P9 apresentou um rompimento da artéria nasal devido ao ato de assoar o nariz, no período de pós-operatório imediato, mesmo quando orientado a não o fazer. Observou-se que apesar do paciente ter recebido informações coerentes as suas necessidades, o mesmo não lidou eficientemente com as exigências do tratamento, resultando numa recuperação pós-cirúrgica mais complexa devido as complicações. Os motivos compartilhados pelo paciente para adesão irregular foram fatores emocionais (alto nível de ansiedade) e desconhecimento da gravidade a qual a não adesão acarretaria ao processo de recuperação. Esse dado reforça a afirmação de que uma informação não deve ser apenas transmitida ao paciente, ela também deve ser compreendida. Para tanto, a equipe envolvida nessa comunicação deve passar a informação de forma clara.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), a adesão é um fenômeno multidimensional determinados pela interação de cinco fatores: fatores relacionados ao paciente, ao tratamento, à doença, à equipe e aos sistemas de saúde, e aos níveis socioeconômicos. Importante ressaltar que os fatores relacionados ao paciente não podem ser analisados como exclusivos para uma boa adesão, pois outros fatores podem afetar o comportamento e desempenho frente ao tratamento. Sugere-se que estudos futuros investiguem as variáveis relacionadas funcionalmente à adesão ao tratamento no contexto ortognático e que sejam objeto de discussão detalhada com o paciente, incluindo, medidas instrucionais que facilitem o controle comportamental por parte de pacientes e acompanhantes.

(2) Os fatores internos, o segundo fator relacionado à satisfação, se referem à tendência dos pacientes com deformidade dentofacial de apresentarem sintomas depressivos, altos níveis de ansiedade, reduzida autoestima, personalidade defensiva e traços de

neuroticismo (Cunningham et al., 2001; Finlay, Moos & Atkinson, 1995; Kiyak, McNeill, West, Hohl & Heaton, 1986).

Cariati, Martínez e Martínez-Lara (2016), por exemplo, verificaram que os pacientes apresentavam grande desconforto e irritação devido a sua aparência física, ressaltando o quanto isso afetava o equilíbrio psíquico dos indivíduos e suas rotinas de vida. Acrescentam, ainda, que o sofrimento psicológico vivenciado por esses pacientes é, muitas vezes, subestimado pela sociedade.

Percebeu-se, por meio dos resultados dessa pesquisa, que os pacientes referiram uma ansiedade social fundamentada no medo de serem julgados com base no rosto ou nos dentes, e destacaram se sentir expostos e vulneráveis, assim como os achados de Ryan et al. (2012). Além disso, sentimentos de anseio para se parecer “normal” permitiu concluir que a vivência com a deformidade pode acarretar dificuldades psicológicas e emocionais, muitas vezes não investigadas e/ou não compreendidas pela equipe de saúde.

Eventualmente, o sofrimento prolongado pode estimular o aparecimento de distúrbios psicopatológicos ligados à imagem corporal (Vulink et al., 2008) que aparecem associados às queixas de dor e insatisfação com os eventos pós-operatórios (Panula, Finne & Oikarinen, 2001).

Na presente pesquisa, verificou-se esses eventos por meio do quadro de transtorno de somatização, referido pela paciente P8, mediante episódios de alteração de humor, altos níveis de ansiedade e síncope, cujo impacto afetou diretamente seu bem-estar psicológico e, conseqüentemente, sua recuperação pós-operatória com eventos de dor e verbalizações de insatisfação com o tratamento. Porquanto, pode-se pensar que esses fatores internos com fundamentos de diagnóstico psiquiátrico, podem caracterizar elementos contra indicativos ao tratamento. Todavia, conforme Carvalho et al. (2012), ainda não há dados empíricos consistentes que reforcem esse juízo. Nessa ótica, a inclusão de profissionais de saúde mental

nas equipes de tratamento orto-cirúrgico parece essencial para identificar e abordar esses transtornos, ajustando o tratamento de acordo com as especificidades de cada paciente.

Outros achados observados neste estudo, pertinentes aos fatores internos, foram a alta frequência de descontentamento com a autoimagem, antes do tratamento, e uma ampla influência do problema facial sobre a autoestima dos pacientes. Essas variáveis parecem se articular de algum modo entre si e ainda com outros fatores relacionados à aparência, tais como: a percepção individual das relações sociais, a percepção de insegurança emocional e a preocupação excessiva com a opinião de outras pessoas.

O impacto da deformidade dentofacial sobre a vida (o cotidiano) de um indivíduo, não está apenas relacionado à extensão e gravidade do defeito físico, mas também reflete as experiências passadas pela pessoa (Ryan et al., 2012). Coerente com o estudo em questão, os pacientes dessa pesquisa fizeram menção a experiências traumáticas (bullying) e comportamentos de fobia social relacionados à aparência facial. Porém, observou-se que a insatisfação com a autoimagem e a baixa autoestima, referidas pelos pacientes, fazem parte de uma condição transitória, cujos paradigmas começam a se modificar durante o tratamento orto-cirúrgico. No entanto, pode-se destacar que como são processos típicos que ocorrem entre os pacientes, devem ser objeto de análise dos profissionais de Odontologia.

De sobremodo, essas dimensões psicológicas ainda são afetadas durante a intervenção ortodôntica pré-cirúrgica por meio das mudanças faciais e dentárias conexas a essa fase do tratamento e após a cirurgia durante o período de ajuste às mudanças de aparência, caracterizados por Cadogan e Bennun (2011) como confusa e desorientadora.

Nesse sentido, o estudo de Tevik e Feragen (2014) demonstrou que a mudança da aparência pode criar alterações significativas na forma como os indivíduos lidam com o mundo e pensam sobre si mesmos. A longo prazo, cerca de seis meses da cirurgia, as mudanças positivas são percebidas na autoestima, na imagem corporal e no autoconceito

(Finlay et al., 1995; Lazaridou-Terzoudi et al., 2003; Türker, Varol, Ögel & Basa, 2008). Assim também, os participantes dessa pesquisa conferiram melhora dessas dimensões após 180 dias da cirurgia. A participante identificada como P4 sintetizou, de forma simples, a temporalidade desses fatores internos:

“Quando eu olhava no espelho ou tirava uma foto, eu esquivava. Hoje estou me aceitando. Eu vejo e me acho muito bacana. Cada dia ficando melhor.” (P4)

Ainda sobre os fatores internos, importante considerar que os cirurgiões bucomaxilofaciais apresentaram dificuldades de efetuar considerações acerca das condições emocionais dos pacientes nessa pesquisa. Esta descoberta pode refletir, novamente, o pouco envolvimento desses profissionais com o cuidado psicológico dos seus pacientes. Pachêco-Pereira et al. (2016) ressaltam que um fator importante a ser considerado é que o cuidado e a atenção percebidos pelo paciente em relação ao cirurgião aumentam a confiança do paciente com os resultados do tratamento.

Em grande parte, essa dificuldade do profissional de odontologia advém do modo como o ensino das ciências comportamentais é disponibilizado nas grades curriculares das universidades e faculdades no Brasil. Apesar da disciplina de Psicologia estar formalmente inserida no currículo mínimo de Odontologia, o que se vê são profissionais despreparados para manejar ou controlar o repertório geral de comportamentos do paciente. A capacitação do estudante para avaliar as reações do paciente e para empregar estratégias psicológicas que minimizem a ansiedade e aumentem os comportamentos colaborativos deve ser considerada tão importante quanto a sua preparação técnica.

Em síntese, sugere-se que os profissionais de saúde envolvidos no tratamento ortocirúrgico estejam atentos aos indicadores do estado psicológico de seus pacientes, não necessariamente para excluí-los da intervenção ortognática, mas para aumentar a assistência prestada e diminuir os níveis de desconforto, sofrimento e insatisfação com o tratamento.

(3) O terceiro fator de satisfação tem relação com a interação social e o processo de comunicação, tanto dentro da equipe ortognática quanto entre a equipe e o paciente. Braga e Da Silva (2007) ressaltam que no processo comunicativo é relevante o interesse pelo outro e a compreensão dos envolvidos, para que a resultante seja a clareza na transmissão da mensagem e o estabelecimento de relações terapêuticas entre os profissionais e pacientes.

Embora a satisfação com a cirurgia ortognática seja geralmente alta, uma importante minoria dos pacientes refere estar insatisfeita com o tratamento (Cariati et al., 2016; Cunningham, Hunt & Feinmann, 1996; De Sousa, 2008; Finlay et al, 1995; Kiyak, Hohl, West & McNeill, 1984; Kobayashi et al., 2006; Pachêco-Pereira et al., 2016). Os motivos de insatisfação foram descritos por Kobayashi et al. (2006) como resultados de problemas enfrentados no processo do tratamento e questões decorrentes de uma comunicação deficiente/ineficiente. AlKharafi et al. (2014) revelaram que o aumento da informação sobre desconforto e riscos cirúrgicos aumentou o nível de satisfação do paciente. Já Finlay et al. (1995) relacionaram os índices de insatisfação com a ocorrência de complicações pós-operatórias inesperadas cujos pacientes relataram terem recebido pouca informação e que as dificuldades pós-operatórias como dor, inchaço e parestesia eram muito piores do que antevisto. Do mesmo modo, Cunningham et al. (1996) descobriram que a maioria dos pacientes estava feliz com os aspectos técnicos da cirurgia e com o resultado final, no entanto, relataram que o aconselhamento pré-operatório e a comunicação precisavam ser melhorados.

As constatações anteriores sustentam os resultados encontrados nessa pesquisa cujos pacientes referiram satisfação com o resultado da cirurgia e estados emocionais positivos ao final do tratamento, contudo relataram a necessidade de informações mais discriminadas, assim como a atuação de uma equipe multidisciplinar para melhor assistência ao longo do tratamento.

Dentre as informações mencionadas pelos pacientes como fundamentais ao tratamento estão: detalhamento das fases do tratamento, dificuldades encontradas no período pós-operatório e descrição da importância das equipes auxiliares como psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta na preparação e na recuperação da cirurgia.

Frisa-se que a quantidade de informações fornecidas pelo cirurgião, referidas pelos pacientes, foram relevantes, porém a dificuldade se expressava no relacionamento, através da necessidade da ampliação do diálogo e descrição mais detalhada das informações oferecidas. Além disso, o pouco contato com o cirurgião na fase pré-operatória gerou insatisfação em alguns pacientes. Por esse ângulo, verificou-se, ainda, que os ortodontistas apresentaram dificuldades em prover informações essenciais ao tratamento ortodôntico, tais como: etapas do tratamento, mudanças faciais e dentárias provenientes da intervenção ortodôntica, necessidade do fio cirúrgico e higienização do aparelho durante o período pós-operatório.

Nesse sentido, observou-se que a falta da multidisciplinaridade e o baixo nível da qualidade das informações refletem a falta de competência comunicacional dos profissionais da Odontologia. Essa demanda de aprendizagem deve ser abordada nos currículos da área de saúde pois não se configura uma competência inata. Teixeira e Veloso (2006), por exemplo, sugerem abordar a comunicação ainda durante a graduação visando o desenvolvimento da habilidade de interação com o paciente, não apenas para a transmissão de informações, mas reconhecendo no ato comunicativo a realidade sociocultural do sujeito, suas representações e crenças (funcionais ou disfuncionais). Pode-se hipotetizar, ainda, que a melhora da comunicação por parte do profissional da saúde pode contemplar o desenvolvimento da integração entre as equipes envolvidas no tratamento orto-cirúrgico como o nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, dentre outros.

Os resultados dessa pesquisa refletem, também, o impacto provocado pela informação e os efeitos psicossociais da comunicação sobre o bem-estar psicológico do paciente.

Percebeu-se que após serem clinicamente diagnosticados e terem acesso a informações fornecidas pelo cirurgião e pelo ortodontista, os pacientes apresentaram uma melhora significativa da percepção emocional de vida. A maioria da amostra que, no período anterior ao tratamento referiram estado emocional negativo (preocupados, tristes), após serem instruídos sobre o tratamento, passaram a apresentar estados emocionais positivos (tranquilo e confiante). Desse modo, parece imprescindível planejar antecipadamente o conteúdo a ser disponibilizado, fornecendo informações adequadas ao paciente favorecendo, portanto, o autocuidado e propiciando melhores condições de vivência do tratamento.

O fornecimento de informações, como um elemento atrelado à satisfação com o tratamento, nessa pesquisa, também se relaciona com os fatores motivacionais do paciente, que, por sua vez, estão associados à queixa principal e às expectativas com o processo de tratamento ou com os resultados esperados. A queixa mais referida foi a preocupação com a estética facial seguida de problemas com a oclusão dentária. Já o principal fator motivacional foi a insatisfação com a estética facial. Tem-se identificado esse motivo em outros estudos (Abitante et al., 2010; Ambrizzi et al., 2007; Bellucci & Kapp-Simon, 2007; Flanary et al., 1985; Hunt et al., 2001; Jacobson citado por Kiyak, 1993; Sadek & Salem, 2007; Stirling et al., 2007; Vulink et al., 2008) e correlatado à influência dos padrões de beleza e preocupação com a aparência. Os motivos relacionados à funcionalidade respiratória também foram frequentes e corroboram os estudos de Nicodemo et al. (2007), Sato et al. (2013) e Westermark et al. (2001). Quanto às expectativas, a temática das respostas concerne aos benefícios e aos resultados da cirurgia, tendo como foco a melhora da estética facial e a correção da má-oclusão dentária.

Para Cunningham e Shute (2009) existe um processo cíclico que explora a motivação e as expectativas do paciente, visualizadas na Figura 10. Nesse contexto, as expectativas não são estáticas e mudam durante o tratamento como resultado de outras variáveis como o tempo

de tratamento ou mediante a interação do paciente com membros da equipe. Dessa forma, esse processo precisa ser revisado continuamente durante todo o tratamento para garantir que os pacientes ainda apresentem expectativas realistas e estejam suficientemente preparados e informados.

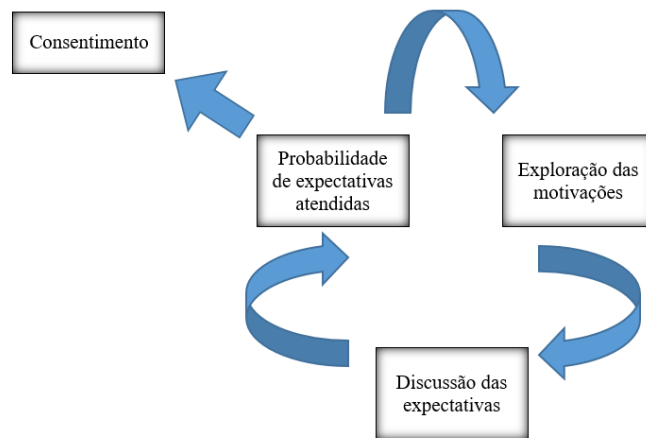


Figura 10. Exploração das motivações e expectativas no processo de consentimento informado.

Desse modo, sugere-se que, em estudos futuros, esses aspectos sejam avaliados nos diversos momentos do tratamento a fim de identificar expectativas irrealistas que prejudiquem a satisfação e o bem-estar psicológico do paciente.

(4) O quarto fator de satisfação é uma das áreas mais difíceis de mensurar e tem relação com os fatores externos do paciente e da equipe. O aspecto de maior relevância é a influência da rede de apoio, em especial da família e amigos. Há evidências na literatura de que os pacientes que possuem apoio social ao tomar decisões do tratamento são aqueles que tendem a ser mais satisfeitos (Chen, Zhang & Wang, 2002).

No que se refere à rede social, os pacientes dessa pesquisa referiram que o apoio de cônjuges e dos familiares constituíram elementos importantes na assistência do tratamento. Além disso, a percepção do outro foi também considerada nas respostas referentes aos estados

emocionais percebidos. A partir desses resultados, parece lógico que os membros da família ou os responsáveis pelo suporte do paciente sejam encorajados pela equipe a participar de determinados compromissos relacionados ao tratamento, como as consultas regulares ao cirurgião e o tratamento ortodôntico, a fim de obter conhecimento qualificado acerca do seu papel nos cuidados com o paciente além de adquirirem informações pertinentes ao tratamento. No período pós-operatório mediato, por exemplo, o familiar/cuidador pode se tornar um porta voz do paciente, já que nessa fase há limitação da fonação.

Para Bailey, Proffit e White (1999), é fundamental que a equipe odontológica, cirurgião e ortodontista, tenham uma boa comunicação com o paciente e seus familiares para a construção de uma relação de confiança, que contribuirá para o resultado final do tratamento.

Ainda no tocante às contribuições das redes de apoio, o suporte oferecido aos pacientes por outras pessoas por meio dos grupos do Facebook e do WhatsApp remete a um dispositivo de ajuda mútua e está relacionado ao compartilhamento de informações e ao auxílio em momentos de crise. Para Valla (1999), esse apoio social poderia ser um elemento a beneficiar o *empowerment* – conceito que, no contexto de saúde, significa os pacientes passarem a adotarem postura ativa no tratamento, buscando informações e assumindo responsabilidades por sua própria saúde (Andrade & Vaistman, 2002).

No contexto do tratamento orto-cirúrgico, esse envolvimento social pode ser expressivo fator psicossocial para o aumento da confiança, da motivação e dos ajustes das expectativas. Desse modo, faz-se necessário o envolvimento do cirurgião, do ortodontista e dos outros profissionais da saúde, em especial o psicólogo, nesses grupos sociais, com o intuito de viabilizar explicações relativas ao tratamento, informações comportamentais que serão vivenciadas além de dicas de estratégias de manejo cognitivo.

5.4. Estressores e estratégias de enfrentamento no tratamento orto-cirúrgico

Ressalta-se que não foram encontrados na literatura consultada estudos que tenham utilizado o conceito de *coping* ou enfrentamento, numa perspectiva cognitiva, no processo de tratamento orto-cirúrgico. Descrever os estressores que abrangem o tratamento pode subsidiar a estruturação de protocolos assistenciais que tenham como objetivo diminuir a exposição dos pacientes a esses estressores ou promover a adaptação do paciente a sua nova situação por meio do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais eficazes, e, conseqüentemente, favorecer a recuperação fisiológica menos traumática.

Segundo Lipp e Malagris (1998), conhecer os estressores é essencial para evitar que eles se tornem excessivos, além de criar possibilidades de controlar os seus efeitos negativos. Já Sebastiani e Maia (2005) destacam que conhecer os recursos utilizados pelos pacientes para o enfrentamento do estresse permite a análise da atuação dos profissionais que lidam com esses pacientes, com vista a aperfeiçoá-los às demandas emocionais e fisiológicas de um processo cirúrgico.

Apesar dos avanços tecnológicos alcançados pela área da cirurgia ortognática, o processo do tratamento, em todas as suas fases, impõe mudanças de ordem física e social, além de gerar potencial desconforto emocional. Para Sebastiani e Maia (2005) um paciente cirúrgico nunca se sente totalmente seguro frente a um procedimento invasivo, apresentando sentimentos de impotência, isolamento, medo da morte, da dor e das mudanças de imagem corporal.

Entende-se, então, que nenhum paciente está preparado para submeter-se a uma cirurgia, principalmente quando o procedimento está relacionado à autoimagem. Nessa pesquisa, quatro pacientes referiram que a notícia do diagnóstico foi um momento de vulnerabilidade e apresentaram estratégias de aceitação, resignação e autocontrole. Nesse sentido, acredita-se que o psicólogo deve atuar desde o esclarecimento sobre a necessidade da

cirurgia, em conjunto com o cirurgião bucomaxilofacial, com o intuito de minimizar a ansiedade do paciente e facilitar o entendimento de informações relativas aos riscos e complicações do tratamento, além de proporcionar a verbalização de fantasias e expectativas irrealistas advindas do processo cirúrgico.

Os estressores encontrados durante o período do tratamento ortodôntico prévio a cirurgia, tanto físicos quanto psicológicos, tiveram relação com os efeitos do uso do aparelho ortodôntico, as dificuldades financeiras e o tempo de tratamento. Quanto a higienização bucal, a alimentação com o aparelho e as dores durante a manutenção ortodôntica, percebe-se que esses estressores são passíveis de serem minimizados com uma orientação eficaz do ortodontista por meio de informações de cunho explicativo – folders e vídeos educativos.

Quanto ao estressor relativo às mudanças faciais durante o tratamento ortodôntico e sua relação com a autoimagem do paciente, as estratégias de enfrentamento referidas pelos pacientes dessa pesquisa foram evitação social e distração, assim como pensamento positivo e postura ativa. Esses resultados revelam a necessidade da atuação do psicólogo junto ao ortodontista, no sentido de reorganizar o esquema corporal do paciente, que foi modificado pela intervenção ortodôntica, além de ajustes de expectativas quanto aos resultados da cirurgia.

A reconstrução de uma nova imagem e as mudanças faciais ao longo do tratamento ortodôntico fazem parte de um processo transitório, que se admite ter repercussões na qualidade de vida. A descompensação dentária e o comprometimento à autoimagem do paciente foram percebidos por Al-Ahmad e Al-Bitar (2014), Bock, Odemar e Fuhrmann (2009) e Khadka et al. (2011) por meio de baixos índices de qualidade de vida. A descompensação dentária correlacionada a uma alta variação da estética facial também foi referida por Stagles, Popat e Rogers (2015).

Pode-se observar, até aqui, que um conjunto de sentimentos desordenados podem acompanhar o paciente do diagnóstico até a finalização do tratamento ortodôntico pré-cirúrgico. Para Sebastiani e Maia (2005), cada fase do tratamento cirúrgico é representada por oscilações emocionais, que estão intimamente ligadas às experiências e expectativas vivenciadas pelo paciente. Investigar experiências prévias e expectativas é, desta forma, uma obrigação da equipe que atende o paciente.

Na fase pré-cirúrgica, o medo e a ansiedade são reações consideradas típicas. Porém, na medida em que essas condições se elevam e se somam ao estresse ou outras condições adversas do estado emocional, o paciente sofre interferências em seu organismo que podem prejudicar o processo cirúrgico. Sebastiani e Maia (2005) afirmam que quanto maior a tensão e a ansiedade no pré-operatório, maior o risco de depressão e redução de adesão ao tratamento.

Os resultados do presente estudo indicam que os pacientes com deformidades dentofaciais que aguardam o tratamento cirúrgico ortognático experimentam níveis aumentados de sofrimento emocional e sentimentos de tristeza, expressados por meio dos estressores como: medo de morrer, medo de anestesia geral, medo da cirurgia, ansiedade pré-cirúrgica e possibilidades de recidiva. Agrava-se o fato de que alguns pacientes experimentam problemas administrativos com os planos de saúde referente a liberação de procedimentos para a cirurgia e falta de apoio social.

Um dado intrigante nessa pesquisa se refere ao pouco uso de estratégias de enfrentamento durante a fase pré-cirúrgica. Três pacientes referiram a distração como meio de *coping*, enquanto o restante da amostra não referiu qualquer estratégia, estando vulneráveis a níveis altos de ansiedade. Esses achados são consistentes com os de Bertolini, Russo e Sansebastiano (2000), cujos pacientes experimentaram níveis médios a altos de ansiedade pré-cirúrgica.

Nesse sentido, avalia-se a necessidade de intervenções que visem reduzir a ansiedade pré-operatória. Santos et al. (2000) obtiveram resultados positivos na indicação de técnicas de relaxamento e orientação cognitiva para pacientes em cirurgia ortognática. Para esses autores, essas técnicas facilitaram a adaptação pós-operatória, gerando melhores avaliações das condições psicológicas e orgânicas manifestadas pelos pacientes, contribuindo para a diminuição da ansiedade. Stoddard et al. (2005) também incluem técnicas de relaxamento e técnicas de reestruturação cognitiva e comportamental como forma de aconselhar os pacientes cirúrgicos sobre como controlar a ansiedade.

A intervenção psicológica também pode ser importante para o fornecimento de explicações e informações, além de promover a escuta empática e dar condições para o paciente expressar suas dificuldades. Para Stoddard et al. (2005), a psicoterapia assegura uma confiança mais significativa ao paciente, pode transmitir encorajamentos e proporcionar orientação comportamental adequada.

Desse modo, sugere-se que os pacientes orto-cirúrgicos sejam beneficiados de técnicas de relaxamento e visualização introduzidas no período pré-operatório além do acompanhamento psicoterapêutico. Indica-se também que mais estudos sejam realizados para verificar os efeitos dessas intervenções sobre a autopercepção de estados emocionais desses pacientes.

O período pós-operatório tem relação com a forma como o paciente elabora a situação vivida. Além disso, a recuperação está fortemente determinada pelo nível de conhecimento que se tem do processo. Sebastiani e Maia (2005) destacam que:

“É no pós-operatório imediato que o paciente irá, voltando da anestesia, gradativamente reencontrar-se com a vida e consigo mesmo, uma vez superado o evento crítico (cirurgia). Quanto maior o stress e tensão vividos pela pessoa, maiores as dificuldades em enfrentar, superar ou administrar os limites que a cirurgia lhe impôs.” (p.55)

Os principais estressores referidos nessa pesquisa, em relação ao período pós-operatório, foram: dificuldade de mastigação, dificuldades para dormir, dificuldade para respirar, ausência de exercícios físicos, mudanças na autoimagem, quantidade de medicação e o tempo de recuperação. O estressor predominante foi a dificuldade para se alimentar. Conforme Hammond et al. (2015), os pacientes experimentam uma série de eventos metabólicos e endócrinos semelhantes aos observados na fome. Em geral, perdem de 4-8% de sua massa corporal, a albumina sérica é reduzida e a massa muscular é perdida (Worrall, 1994).

Evidencia-se, mais uma vez, a necessidade de uma abordagem multidisciplinar. Um suporte psicológico prévio, junto ao cirurgião bucomaxilofacial, parece essencial ao esclarecimento ao paciente das dificuldades alimentares relativas aos cuidados pós-operatórios e das consequências emocionais advindas do processo, além de abordar a motivação do paciente frente às exigências dessa fase com vistas a melhorar a adesão. Além disso, o suporte nutricional fornecido pelos profissionais da área de nutrição se faz necessário, com objetivo de fornecer uma suplementação nutricional personalizada a cada paciente para reduzir a drástica perda de peso, principalmente naqueles cujo IMC está baixo ou normal.

Em relação às estratégias de enfrentamento, no período pós-operatório, foram relatadas nessa pesquisa: o autocuidado, o autocontrole, a postura ativa e o pensamento positivo. Outras estratégias também referidas foram a distração, a busca de apoio social e a busca pela espiritualidade.

A espiritualidade foi objeto de investigação dessa pesquisa e teve como resultado a creditação da fé como meio de estratégia de enfrentamento. A busca por uma energia superior ou a relação com Deus foram referidas pelos pacientes como forma de apoio, esperança e conforto para os momentos difíceis da recuperação. Avalia-se a necessidade de conhecer

melhor essa relação entre espiritualidade/religiosidade e saúde, objetivando entender o impacto sobre a atividade imunológica e recuperação física dos pacientes.

Por fim, uma abordagem cognitiva de enfrentamento parece importante, nesse campo da Odontologia, para evidenciar que alguns estressores podem ser abordados e controlados com o paciente, pelo cirurgião e pelo ortodontista, a partir de intervenções psicoeducacionais, enquanto outros dependem do auxílio especializado de psicólogos por meio de psicoterapia e intervenções específicas, além da integralidade do cuidado por meio de outros profissionais da saúde como o nutricionista.

5.5. Preparação psicológica em cirurgia ortognática

A preparação psicológica no contexto de cuidados cirúrgicos caracteriza-se por intervenções que podem ter por objetivo informar o paciente sobre o procedimento a ser realizado e sobre o processo de recuperação, tendo em conta os aspectos físicos e psicossociais (Costa Júnior et al., 2012). Considerando que a cirurgia ortognática implica em grande impacto sobre o bem-estar físico, social e psicológico, a indicação de uma preparação psicológica para os pacientes, durante o tratamento orto-cirúrgico, parece uma ação necessária.

Atualmente, vários procedimentos cirúrgicos têm em seus protocolos a previsão de avaliação e acompanhamento psicológico do paciente desde a indicação para a cirurgia. Destaca-se, nesse campo, os protocolos de cirurgia bariátrica, das cirurgias plásticas cosméticas e reconstrutivas, além dos transplantes entre pacientes vivos (Flores, 2014; Lazzaretti, 2006; Copetti & Copetti, 2005). A inexistência de um protocolo para o tratamento orto-cirúrgico dificulta a identificação, até mesmo por parte dos psicólogos, das dimensões que merecem atenção e quais procedimentos devem ser utilizados.

A partir dos resultados desse estudo, evidenciou-se alguns eixos relevantes à preparação psicológica e à assistência ao paciente ortognático: (a) transmissão de informações; (b) necessidade de avaliação e intervenção psicológica; e (c) atuação em equipe multidisciplinar.

5.5.1. Transmissão de informações

O nível de conhecimento relativo aos processos do tratamento, em especial aos que tinham relação aos eventos pós-operatórios, apresentaram relação com a recuperação física do paciente, com o cumprimento das orientações e adesão ao tratamento, com a variação das expectativas e com a satisfação com o tratamento.

Para planejar o conteúdo a ser disponibilizado ao paciente, recomenda-se, aos cirurgiões bucomaxilofaciais, inicialmente, a utilização de um sistema de check-list baseado na tabela de Informações sobre o Tratamento do Roteiro de Entrevistas (Anexo C), dessa pesquisa, para maior detalhamento das informações fornecidas e para que nenhum elemento essencial seja desconsiderado. Torna-se claro que a transmissão de informação não está relacionada somente à quantidade de conteúdo referida, mas a quais informações estão sendo acessadas, de acordo com a necessidade e desejabilidade de cada paciente, considerando diferenças pessoais e contextos históricos diversos. Além disso, ressalta-se a necessidade de que essas informações apresentem linguagem simples e acessível a compreensão de qualquer paciente.

Dessa forma, deve-se, concomitantemente ao fornecimento de informações, fazer uma ampliação do diálogo e do contato com o paciente, por meio do aumento da frequência das consultas durante o pré-operatório. Essas consultas devem ter um caráter educativo, viabilizando recursos audiovisuais (por exemplo, vídeos instrutivos e folhetos informativos) e

abertura de espaço de conversa, para que o paciente expresse dúvidas, pensamentos e expectativas sobre as informações dadas e seus significados.

Outro ponto importante afigura-se na preparação dos familiares ou indivíduos que configuram apoio social, tanto no sentido de conhecimento sobre as etapas do tratamento e cuidados com o paciente, quanto de intervenções psicológicas que os preparem para lidar com demandas emocionais próprias e do paciente.

Quanto ao ortodontista, que já dispõe desse contato mensal com o paciente, alerta-se sobre a necessidade de utilizar as consultas da manutenção ortodôntica para abordar temas relativos às mudanças faciais, aos resultados gradativos do tratamento ortodôntico, às possíveis dificuldades advindas das mudanças dentárias, além de abordar tópicos sobre as complicações pós-operatórias e cuidados com a manutenção do aparelho.

Nessa pesquisa, observou-se a importância das redes sociais (WhatsApp, Facebook e outros) na interação dos pacientes e na busca de conhecimento sobre o tratamento. Desse modo, a equipe ortognática deve estar atenta a esse recurso e utilizá-lo como forma de viabilizar informações adequadas aos pacientes. Conseqüentemente, expectativas irrealistas oriundas de informações inadequadas da rede podem ser abordadas também ao longo das consultas pré-operatórias. Crenças disfuncionais sobre o tratamento e a cirurgia devem ser desfeitas tão logo sejam percebidas pelo ortodontista.

5.5.2. Necessidade de avaliação e intervenção psicológica

A atuação do psicólogo no contexto do tratamento orto-cirúrgico se faz importante desde a notícia da necessidade de submeter-se à cirurgia. Nessa fase, a atuação psicológica pode ter como objetivo minimizar estados emocionais adversos e sentimentos de ameaça à integridade física, favorecendo a verbalização de fantasias, medos e angústias relacionadas ao tratamento.

Faz-se necessário, também, que o psicólogo atue no monitoramento dos indicadores de processos psicossociais intrínsecos do paciente, tais como autoestima, estruturação do autoconceito, níveis de ansiedade e depressão e fatores sociais, que podem relacionar-se com os estressores advindos do tratamento e tornarem-se empecilhos à qualidade de vida e satisfação com o tratamento. Além disso, identificar transtornos psiquiátricos prévios que interferem sobre o organismo e prejudiquem o processo cirúrgico, é fundamental ao cuidado integral do paciente.

A avaliação psicológica também é uma oportunidade de abordar as mudanças de autoimagem implicadas à cirurgia ortognática e preparar o paciente para as modificações comportamentais exigidas na fase pós-operatória, como, por exemplo, a alteração transitória no padrão alimentar. Costa Júnior et al. (2012) apontam que, além da disponibilização de informações adequadas, as intervenções preparatórias, fundamentadas nas estratégias de enfrentamento cognitivo baseadas no problema, são efetivas. Nesse sentido, conhecer os estressores associados ao tratamento orto-cirúrgico é essencial à construção dessas estratégias.

Porém, não se trata somente de transpor o modelo clínico de trabalho psicológico para o contexto da cirurgia ortognática, mas de desenvolver técnicas com a equipe para atenção a esses pacientes, que apresentam demandas específicas associadas ao processo do tratamento, trabalhando sob a ótica da Psicologia da Saúde.

Nesse sentido, transpondo as considerações de Sebatiani e Maia (2005) sobre contribuições da psicologia saúde-hospitalar, para o contexto do tratamento orto-cirúrgico, cabe aos profissionais da Odontologia possibilitarem a introdução dos psicólogos nas equipes, mas, sobretudo, ao próprio psicólogo instrumentalizar-se para conquistar, pelo seu conhecimento e pelo valor de seu trabalho, seu espaço dentro de equipes cirúrgicas.

5.5.3. Atuação em equipe multidisciplinar

Faz-se necessário a implementação de práticas multidisciplinares no processo de preparação e recuperação dos pacientes em cirurgia ortognática, fazendo valer a participação de vários profissionais, atendendo às diversas necessidades do tratamento.

Além dos profissionais de saúde mental, a presença de outros profissionais da área de saúde soma importante ajuda ao cirurgião bucomaxilofacial na identificação de dificuldades específicas de cada área. O nutricionista, por exemplo, pode fornecer, ainda na fase pré-operatória, informações nutricionais mais adequadas que preparem o paciente para o período de privação de mastigação no pós-operatório imediato. Essas informações estão alinhadas ao suporte psicológico e comportam as necessidades corporais individuais de cada paciente (Hammond et al, 2005).

Já a atuação da fisioterapia tem como enfoque minimizar as complicações pós-operatórias, como reduzir o edema, evitar contraturas musculares e formação de aderências teciduais, além de restaurar a funcionalidade da ATM (Silveira, Magalhães, Monteiro, Viana & Macena, 2011).

A assistência de enfermagem também oferece respaldo à recuperação, sendo um importante instrumento de suporte ao paciente durante a hospitalização e cuidados pós-operatórios (Medeiros e Peniche, 2006).

É importante, também, a atuação do fonoaudiólogo na reeducação da atividade muscular de lábios e de língua, para que o paciente compreenda as alterações relacionadas à cirurgia, faça as adaptações necessárias e retire qualquer hábito bucal ou funcional, evitando recidivas no tratamento (Ribeiro, 1999).

A necessidade de integração de todas as áreas envolvidas na preparação do paciente sugere mudanças no processo de comunicação interdisciplinar e a elaboração de eixos de

intervenções que precisam ser desenvolvidos pela própria equipe, para a assistência ao paciente.

É fundamental que haja continuidade das pesquisas sobre essas temáticas para que se possa construir um modelo de preparação adequado ao universo da cirurgia ortognática.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1. Principais achados do estudo

Ao investigar e descrever as variáveis psicossociais envolvidas no tratamento ortocirúrgico, o presente estudo indicou que as motivações e as expectativas são predominantemente estéticas e que estão acompanhadas de necessidades emocionais intrínsecas dos pacientes. Observou-se o impacto negativo da deformidade dentofacial sobre a autopercepção emocional, a autoestima e a autoimagem do paciente, além da influência adversa sobre os relacionamentos sociais e o bem-estar psicológico.

Os resultados e discussões deste estudo subsidiam a afirmação de que os cirurgiões bucomaxilofaciais não estão atentos às condições psicológicas dos seus pacientes e, em conjunto com o ortodontista, estão negligenciando informações essenciais ao autocuidado e melhores condições de enfrentar o tratamento. Essa afirmativa encontra amparo no pouco conteúdo sobre os estados emocionais referidos pelo cirurgião e no relato dos pacientes sobre o pouco envolvimento dos profissionais na assistência psicológica. Além disso, o fornecimento de informações pouco discriminadas e o reduzido contato com o cirurgião, no período pré-operatório, foram objetos de insatisfação com o tratamento.

Além disso, o estudo destaca a necessidade de ampliar os conhecimentos acerca dos estressores associados ao tratamento ortocirúrgico, para um maior respaldo aos profissionais envolvidos na busca de alternativas mais eficientes de acompanhamento e cuidado integral. Nesse sentido, avalia-se que a atuação do cirurgião e do ortodontista no tratamento ortocirúrgico deve incluir, além dos aspectos técnicos, a atuação em intervenções psicoeducativas que forneçam informações detalhadas sobre cada etapa do tratamento e suas implicações, além dos riscos e complicações da cirurgia e cuidados pós-operatórios. A assistência do psicólogo na equipe surge como meio de ajustar os comportamentos e estratégias de

enfrentamento baseadas no problema. Destaca-se ainda que o psicólogo pode auxiliar no acompanhamento dos processos psicológicos do paciente, na avaliação de possíveis transtornos que possam exacerbar-se com o tratamento e no monitoramento das expectativas e motivações do paciente com os resultados.

Os dados obtidos também permitem levantar a hipótese de que a falta de preparação psicológica para lidar com as mudanças recorrentes ao processo de tratamento pode afetar a recuperação física do paciente e a sua adesão ao cumprimento das orientações.

Outra implicação prática tem relação com a constatação de que o apoio social, principalmente de familiares, constitui elemento importante na assistência do tratamento. Seria interessante que o cirurgião bucomaxilofacial investisse em consultas mais frequentes com a família, ainda no período pré-operatório, para que os responsáveis pelo suporte fossem encorajados a fim de obter conhecimento sobre o seu papel no cuidado do paciente.

Quanto ao ortodontista, incentiva-se que as consultas de manutenção mensais sejam um espaço para transmissão de informações tanto sobre o tratamento ortodôntico e suas dificuldades, quanto para preparar o paciente para lidar com as complicações pós-operatórias.

Este estudo discute também a presença de outros profissionais da saúde na equipe ortognática para proporcionar ao paciente uma maior chance de obter informações adequadas e mais específicas aos cuidados de sua saúde, aumentando a qualidade de vida durante o tratamento e possibilitando uma recuperação física pós-cirúrgica mais eficiente.

Sugere-se que, como meio de suporte aos pacientes com deformidade dentofacial, sejam organizados ciclos de palestras multidisciplinares gratuitas, com frequência mensal, com o objetivo de esclarecer dúvidas sobre a cirurgia, mostrar a trajetória do tratamento e compartilhar informações essenciais. Além disso, torna-se importante que esses encontros sejam um espaço propício à desmistificação de crenças e à promoção de saúde. A palestra

pode contar, também, com a participação de pacientes que já finalizaram o tratamento para relatos de experiências.

6.2. Sugestões para pesquisas futuras

Faz-se necessário mais pesquisas de cunho qualitativo que analisem a relação das variáveis psicossociais no tratamento orto-cirúrgico. Interessante que as pesquisas investiguem um número maior de pessoas. Algumas variáveis deste estudo podem apresentar relevância limitada, dado o número pequeno da amostra. Além disso, torna-se necessário que essa investigação seja realizada em diferentes grupos socioeconômicos, para avaliar possíveis variações.

Neste estudo foram encontrados dados relevantes quanto à necessidade de pesquisar a variação das expectativas do paciente, ao longo de todo o tratamento, e quais fatores podem interferir sobre os comportamentos motivacionais. Além disso, sugere-se o aprofundamento da relação funcional entre as variáveis psicossociais e a adesão ao tratamento.

É importante, também, que futuras pesquisas sistematizem a investigação sobre os estressores, para subsidiar intervenções psicológicas que tenham como objetivo a estruturação de protocolos para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais eficazes, favorecendo aumento da qualidade de vida e uma recuperação menos traumática.

Dados sobre a influência positiva das redes sociais, como forma de enfrentamento, indicam que pode ser interessante a construção de um aplicativo de celular, por exemplo, que forneça informações adequadas e seguras, além de constituir um ambiente propício à troca rápida de experiências entre os pacientes e os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- Abitante, C., Schneider, L. E., Vargas, I. A., & Bridi, A. D. O. (2010). Análise quantitativa da motivação estética do paciente de cirurgia ortognática da ULBRA. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 9(3), 185–188.
- Al-Bitar, Z. B., & Al-Ahmad, H. T. (2016). Anxiety and post-traumatic stress symptoms in orthognathic surgery patients. *European Journal of Orthodontics*, 13, 1–6. doi: 10.1093/ejo/cjw029
- Al-Ahmad, H. T., & Al-Bitar, Z. B. (2014). The effect of temporomandibular disorders on condition-specific quality of life in patients with dentofacial deformities. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 117(3), 293–301. doi: 10.1016/j.oooo.2013.11.493
- Alanko, O., Tuomisto, M. T., Peltomäki, T., Tolvanen, M., Soukka, T., & Svedström-Oristo, A. L. (no prelo). A longitudinal study of changes in psychosocial well-being during orthognathic treatment. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. doi: 10.1016/j.ijom.2017.05.004
- Alkharafi, L., Alhajery, D., & Andersson, L. (2014). Orthognathic surgery: Pretreatment information and patient satisfaction. *Medical Principles and Practice*, 23(3), 218–224. <https://doi.org/10.1159/000360735>
- Ambrizzi, D. R., Franz, S. A., Pereira Filho, V. A., Gabrielli, M. A. C., Gimenez, C. M. M., & Bertoz, F. A. (2007). Avaliação das queixas estético-funcionais em pacientes portadores de deformidades dentofaciais. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, 12(5), 63-70. doi: 10.1590/S1415-54192007000500009

- Andrade, G. R. B. De, & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 925–934. doi: 10.1590/S1413-81232002000400023
- Angle, E. H. (1899). Classification of malocclusion. *Dental Cosmos*, 41, 248-264.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglío, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(2), 273-294.
- Araújo, M. G. M. (1988). *Ortodontia para clínicos* (4a. ed.). São Paulo: Editora Santos.
- Bailey, L. J., Proffit, W. R., & White, R. Jr. (1999). Assesment of patients for orthognathic surgery. *Seminars in Orthodontics*, 5(4), 209-222.
- Bellucci, C. C., & Kapp-Simon, K. A. (2007). Psychological Considerations in Orthognathic Surgery. *Clinics in Plastic Surgery*, 34(3), 11-16. doi: 10.1016/j.cps.2007.04.004
- Bergamini, C. W. (1990). Motivação: mitos, crenças e mal-entendidos. *Revista de Administração de Empresas*, 30(2), 23-34.
- Bertolini, F., Russo, V., & Sansebastiano, G. (2000). Pre and postsurgical psycho-emotional aspects of the orthognathic surgery patient. *Internacional Journal of Adult Orthodontic and Orthognathic Surgery*, 15(1), 16-23.
- Bock, J. J., Odemar, F., & Fuhrmann, R. a W. (2009). Assessment of quality of life in patients undergoing orthognathic surgery. *Journal of Orofacial Orthopedics*, 70(5), 407-19. <https://doi.org/10.1007/s00056-009-9903-4>
- Boeck, E. M., Gimenez, C. M. M., & Coleta, K. E. D. (2003) Prevalência dos tipos de más oclusões esqueléticas avaliadas em pacientes portadores de deformidades dentofaciais. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, 8(4), 73-78.
- Boker, A., Brownell, L., & Donen, N. (2002). The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 49(8), 792-798. doi: 10.1007/BF03017410

- Braga, E. M., & Da Silva, M. J. P. (2010). Como especialistas em Comunicação expressam a competência comunicativa. *Revista Interface Comunicação-Saúde*, 14(34), 529–538. doi: 10.1590/S1414-32832010005000005
- Brasil. (2013). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466 de 12 de setembro de 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 1, 59.
- Cadogan, J., & Bennun, I. (2011). Face value: An exploration of the psychological impact of orthognathic surgery. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 49(5), 376–380. doi: 10.1016/j.bjoms.2010.07.006
- Capelozza Filho, L. (2004). *Diagnóstico em Ortodontia*. Maringá: Editora Dental Press.
- Cariati, P., Martínez, R., & Martínez-Lara, I. (2016). Psycho-social impact of orthogathic sugery. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 8(5), 540-545. doi: 10.4317/jced.53007
- Carneiro Junior, J. T., Tabosa, A. K. S., & Kaura, S. (2008). Cirurgia ortognática para tratamento da síndrome da panéia obstrutiva do sono. *Revista Paraense de Medicina*. 22(4). Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2008/v22n4/a2239.pdf>
- Carvalho, S. C., Martins, E. J., & Barbosa, M. R. (2012). Variáveis psicossociais associadas à cirurgia ortognática: uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 477–490. doi: 10.1590/S0102-79722012000300007
- Chen, B., Zhang, Z. K., & Wang, X. (2002). Factors influencing postoperative satisfaction of orthognathic surgery patients. *The Internacional Journal of Adult Orthodontics & Orthognathic Surgery*, 17(3), 217-222.
- Choi, W. S., Lee, S., McGrath, C., & Samman, N. (2010). Change in quality of life after combined orthodontic-surgical treatment of dentofacial deformities. *Oral Surgery, Oral*

- Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, 109(1), 46–51 doi: 10.1016/j.tripleo.2009.08.019
- Copetti, C. M. V. S., & Copetti, J. M. (2005). Avaliação e acompanhamento psicológico em pacientes submetidos à cirurgia plástica. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 20(1), 63–64.
- Corso, P. F. C. de L., Oliveira, F. A. C. de, Costa, D. J. da, Kluppel, L. E., Rebellato, N. L. B., & Scariot, R. (2016). Evaluation of the impact of orthognathic surgery on quality of life. *Brazilian Oral Research*, 30(1), 1-6. <https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0004>
- Costa Júnior, A. L., Doca, F. N. P., Araújo, I., Martins, L., Mundim, L., Penatti, T., & Sidrim, A. C. (2012). Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(2), 271-284.
- Cunningham, S. J., Hunt, N. P., & Feinmann, C. (1995). Psychological aspects of orthognathic surgery: A review of literature. *The Internacional Journal of Adult Orthodontics & Orthognathic Surgery*. 10(3), 159-172.
- Cunningham, S., Gilthorpe, M., & Hunt, N. (2001). Are pretreatment psychological characteristics influenced by presurgical orthodontics? *European Journal of Orthodontics*, 23, 751-758.
- Cunningham, S. J., & Shute, J. (2009). Orthognathic treatment: See how they feel? *Journal of Orthodontics*, 36(1), 61–66. doi: 10.1179/14653120722923
- Cunningham, S. J., Hunt, N. P., & Feinmann, C. (1996). Perceptions of outcome following orthognathic surgery. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 34(3), 210–213. [https://doi.org/10.1016/S0266-4356\(96\)90271-5](https://doi.org/10.1016/S0266-4356(96)90271-5)
- Deda, M. R. D. C., Picinato-Pirola, M. N. D. C., Mello-Filho, F. V. De, & Voi Trawitzki, L. V. (2011). Inclinação de cabeça durante a mastigação habitual nas deformidades

- dentofaciais classe II e III. *Revista CEFAC*, 13(2), 253–258. doi: 10.1590/S1516-18462010005000133
- De Sousa, A. (2008). Psychological issues in oral and maxillofacial reconstructive surgery. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 46(8), 661–664. doi: 10.1016/j.bjoms.2008.07.192
- Douglas, C. R. (2006). Fisiologia geral do sistema estomatognático. In Douglas, C. R. (6a. ed.), *Tratado de Fisiologia Aplicado às Ciências Médicas*, (pp. 817-827). São Paulo: Editora Guanabara Koogan.
- Faria, L. (2005). Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 4, 361–371. doi: 10.14417/ap.554
- Ferreira, F. V. (2008). *Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico* (7a. ed.). São Paulo: Artes Médicas.
- Fish, L. C., Epker, B. N., & Sullivan, C. R. (1993). Orthognathic surgery: The correction of dentofacial deformities. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 51(1), 28-41. [https://doi.org/10.1016/0278-2391\(93\)90007-Z](https://doi.org/10.1016/0278-2391(93)90007-Z)
- Finlay, P. M., Moos, S. F., & Atkinson, J. M. (1995). Orthognathic surgery: Patient expectations; psychological profile and satisfaction with outcome. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 33(1), 9-14. doi: 10.1016/0266-4356(95)90078-0
- Flanary, C. M., Barnwell, G. M., & Alexander, J. M. (1985). Patient perceptions of orthognathic surgery. *American Journal of Orthodontics*, 88(2), 137–145. doi: 10.1016/0002-9416(85)90238-6
- Flores, C. A. (2014). Avaliação Psicológica Para Cirurgia Bariátrica: Práticas Atuais. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 27(1), 59-62.
- Garvill, J., Garvill, H., Kahberg, K. E., & Lundgreen, S. (1992). Psychological factors in orthognathic surgery. *Journal Cranio-maxillo-facial surgery*, 20, 28-33.

- Hammond, D., Williams, R. W., Juj, K., O'Connell, S., Isherwood, G., & Hammond, N. (2015). Weight loss in orthognathic surgery: A clinical study. *Journal of Orthodontics*, *42*, 220–228. doi: 10.1179/1465313314Y.0000000130
- Hunt, O. T., Johnston, C. D., Hepper, P. G., & Burden, D. J. (2001). The psychosocial impact of orthognathic surgery: A systematic review. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, *120*(5), 490-496. doi: 10.1067/mod.2001.118402
- Ito, F. A., Ito, R. T., Moraes, N. M., Sakima, T., Bezerra, M. L. D. S., & Meirelles, R. C. (2005). Conduas terapêuticas para tratamento da Síndrome da Apnéia e Hipopnéia Obstrutiva do Sono (SAHOS) e da Síndrome da Resistência das Vias Aéreas Superiores (SRVAS) com enfoque no Aparelho Anti-Ronco (AAR-ITO). *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, *10*(4), 143-156. doi: 10.1590/S1415-54192005000400015
- Jacobs, J. D., & Sinclair, P. M. (1983). Principles of orthodontic mechanics in orthognathic surgery cases. *American Journal of Orthodontics*, *84*(5), 399–407. doi: 10.1016/0002-9416(93)90003-P
- Juan, K. de. (2007). O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. *Psicologia Hospitalar*, *5*, 48-59. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092007000100004&nrm=iso
- Khadka, A., Liu, Y., Li, J., Zhu, S., Luo, E., Feng, G., & Hu, J. (2011). Changes in quality of life after orthognathic surgery: A comparison based on the involvement of the occlusion. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, *112*(6), 719–725. doi: 10.1016/j.tripleo.2011.01.002

- Kavin, T., Jagadesan, A. G., & Venkataraman, S. S. (2012). Changes in quality of life and impact on patients' perception of esthetics after orthognathic surgery. *Journal of Pharmacology adn Bioallied Science*, 4(2), 290-293. doi: 10.4103/0975-7406.100276
- Kim, S. J., Kim, M. R., Shin, S. W., Chun, Y. S., & Kim, E. J. (2009). Evaluation on the psychosocial status of orthognathic surgery patients. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, 108(6), 828-832. doi: 10.1016/j.tripleo.2009.07.044
- Kiyak, H. A. (1993). Psychological aspects of orthognathic surgery. *Psychology & Health*, 8(2), 197-212. doi: 10.1080/08870449308403179
- Kiyak, H. A., McNeill, R. W., West, R. A., Hohl, T., & Heaton, P. J. (1986). Personality characteristics as predictors and sequelae of surgical and conventional orthodontics. *American Journal of Orthodontics*, 89(5), 383-392. doi: 10.1016/0002-9416(86)90069-2
- Kiyak, H. A., Hohl, T., West, R. A., & McNeill, R. W. (1984). Psychologic changes in orthognathic surgery patients: A 24-month follow up. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 42(8), 506-512. doi: 10.1016/0278-2391(84)90009-0
- Kobayashi, T., Oda, Y., Hasebe, D., Kato, K., Niimi, K., Nakazato, T., ... Saito, C. (2006). Questionnaire Study after Orthognathic Surgery in Patients with Jaw Deformities. *The Japanese Journal of Jaw Deformities*, 16(3), 153-160.
- Kuhlefeld, M., Laine, P., & Thorén, H. (2016). Bilateral sagittal split surgery is not a predictable treatment for temporomandibular dysfunction in patients with retrognathia. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 121(6), 595-601. doi: 10.1016/j.oooo.2015.12.011
- Lages, N., Fonseca, C., Neves, A., Landeiro, N., & Abelha, F. J. (2005). Náuseas e vômitos no pós-operatório: uma revisão do “pequeno-grande” problema. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 55(5), 575-585. doi: 10.1590/S0034-70942005000500013

- Lazaridou-Terzoudi, T., Kiyak, H. A., Moore, R., Athanasiou, A. E., & Melsen, B. (2003). Long-term assessment of psychologic outcomes of orthognathic surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, *61*(5), 545–552. doi: 10.1053/joms.2003.50107
- Lazarus, R. S., & Folkmann, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nova York: Springer Publishing Company.
- Lazzaretti, C. T. (2006). Transplante de órgãos: avaliação psicológica. *Psicologia Argumento*, *24*(45), 35–43.
- Lee, S., McGrath, C., & Samman, N. (2008). Impact of orthognathic surgery on quality of life. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, *66*, 1194-1199.
- Leite, P. C. C., Camarini, E. T., Filho, L. I., Pavan, A. J., Farah, G. J., & Silva, M. B. (2004). Estudo epidemiológico das deformidades dentofaciais de Maringá/PR – 1997/2003. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, *4*(3), 217-220.
- Lessa, F. C. R., Enoki, C., Feres, M. F. N., Valera, F. C. P., Lima, W. T. A., & Matsumoto, M. A. N. (2005). Influência do padrão respiratório na morfologia craniofacial. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, *71*(2), 156–160. doi: 10.1590/S0034-72992005000200007
- Lima Júnior, N., Moro, M. A., Tanaka, F. Y., Sousa-Fattah, C. M. R., & Renon, M. A. (1999). O que significa cirurgia ortognática? *Arquivo de Ciências da Saúde da UNIPAR*, *3*(3), 273-276.
- Lipp, M. E. N., & Malagris, L. N. (1998). Manejo do stress. In Rangé, B. (Ed.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp. 279-291). Campinas, SP: Editorial Psy.
- Luther, F., Morris, D., & Hart, C. (2003). Orthodontic preparation for orthognathic surgery: How long does it take and why? A retrospective study. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, *41*(6), 401-406. doi: 10.1016/S0266-4356(03)00163-3

- Malterud, K., Horton, R., Sassower, R., Grodin, M., Stein, H., Wulff, H., ... Barbour, R. (2001). The art and science of clinical knowledge: Evidence beyond measures and numbers. *Lancet*, *358*, 397-400. doi: 10.1016/S0140-6736(01)05548-9
- Manor, Y., Chaushu, G., & Taicher, S. (1999). Risk factors contributing to symptomatic plate removal in orthognathic surgery patients. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, *57*(6), 679–682. doi: 10.1016/S0278-2391(99)90430-5
- Medeiros, V. C. C., & Peniche, A. C. G. (2006). Influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *40*(1), 86-92.
- Mitchell, M. (2007). Psychological care of patients undergoing elective surgery. *Nursing Standard*, *21*(30), 48–55.
- Moreira, T. P., Nations, M. K., & Alves, M. D. S. C. F. (2007). Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, *23*(6), 1383-1392. doi: 10.1590/S0102-311X2007000600013
- Nicodemo, D., Pereira, M. D., & Ferreira, L. M. (2007). Effect of orthognathic surgery for class III correction on quality of life as measured by SF-36. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, *37*(2), 131-134. doi: 10.1016/j.ijom.2007.07.024
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília, DF. Recuperado de http://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccc_exec_summary_port.pdf?ua=1
- Pachêco-Pereira, C., Abreu, L. G., Dick, B. D., De Luca Canto, G., Paiva, S. M., & Flores-Mir, C. (2016). Patient satisfaction after orthodontic treatment combined with orthognathic surgery: A systematic review. *Angle Orthodontist*, *86*(3), 495–508. <https://doi.org/10.2319/040615-227.1>

- Panula, K., Finne, K., & Oikarinen, K. (2001). Incidence of complications and problems related to orthognathic surgery: A review of 655 patients. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 59(10), 1128-1136. doi: 10.1053/joms.2001.26704
- Peniche, A. C. G., Jouclas, V. M. G., & Chaves, E. C. (1999). A influência da ansiedade na resposta do paciente no período pós-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 33(4), 391-403.
- Philips, C., Bennett, M. E., & Broder, H. L. (1998). Dentofacial disharmony: psychological status of patients seeking treatment consultation. *Angle Orthodontist*, 68(6), 547-556. doi: 10.1043/0003-3219(1998)068<0547
- Proffit, W.R., Fields, H. W. Jr., & Moray, L. J. (1998). Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment need in the United States: Estimates from the NHANES III survey. *The Internacional Journal of Adult Orthodontics and Orthognathic Surgery*, 13(2), 97-106.
- Proffit, W. R. & Fields, H. (1995). *Ortodontia Contemporânea* (2a. ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Proffit, W. R., Fields, H., & Sarver, D. M. (2008). *Ortodontia Contemporânea* (4a. ed.). Rio de Janeiro: Editora Elsevier.
- Reis, S. A. B., Abrão, J., Capellozza Filho, L., & Claro, C. A. D. A. (2006). Análise facial subjetiva. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, 11(5), 159-172.
- Ribeiro, M. C. (1999). *Atuação fonoaudiológica no pré e pós-operatório em cirurgia ortognática*. (Monografia de conclusão de especialização). CEFAC, Botucatu, SP.
- Rosa, L. P., Pastori, C. M., Marzola, C., Toledo Filho, J. L., & Dal Ponte, G. L. (2009). Prevalência das más oclusões em pacientes com deformidade dentofacial na cidade de Bauru, São Paulo, Brasil. *Revista ATO*, 6(4), 534-544.

- Ryan, F. S., Barnard, M., & Cunningham, S. J. (2012). Impact of dentofacial deformity and motivation for treatment: A qualitative study. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, *141*(6), 734-742. doi: 10.1016/j.ajodo.2011.12.026
- Sadek, H., & Salem, G. (2007). Psychological aspects of orthognathic surgery and its effect on quality of life in Egyptian patients. *Eastern Mediterranean Health Journal*, *13*(1), 150–159.
- Sant’Ana, E., & Janson, M. (2003). Ortodontia e Cirurgia Ortognática - do Planejamento à Finalização. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, *8*(3), 119–129.
- Santos, E., Neme, C. M. B., & Tavano, L. D. (2000). Efeitos de intervenção psicológica preparatória à cirurgia, no processo de adaptação pós-operatório, em pacientes submetidos à cirurgia ortognática. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *17*(2), 5-17.
- Santos, M. R. M. dos, Sousa, C. S., & Turrini, R. N. T. (2012). Percepção dos pacientes submetidos à cirurgia ortognática sobre o cuidado pós-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *46*, 78–85. doi: 10.1590/S0080-62342012000700012
- Sarwer, D. B., & Dilks, R. J. (2012). Invited Commentary: Childhood and Adolescent Obesity: Psychological and Behavioral Issues in Weight Loss Treatment. *Journal of Youth and Adolescence*, *41*(1), 98-104. doi: 10.1007/s10964-011-9677-z
- Sarver, D. M., & Johnston, M. W. (1993). Orthognathic Surgery and Aesthetics: Planning Treatment to Achieve Functional and Aesthetic Goals. *British Journal of Orthodontics*, *20*(2), 93-100. doi: 10.1179/bjo.20.2.93
- Sato, F. R. L., Mannarino, F. S., Asprino, L., & de Moraes, M. (2013). Prevalence and treatment of dentofacial deformities on a multiethnic population: A retrospective study. *Oral and Maxillofacial Surgery*, *18*(2), 173-179. doi: 10.1007/s10006-013-0396-3

- Sebastiani, R. W., & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirurgica Brasileira*, 20(1), 50–55. doi: 10.1590/S0102-86502005000700010
- Sebastiani, R.W. (1994). Atendimento psicológico no centro de terapia intensiva. In Angerami, V.A. (org), *Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática* (pp. 29-71). São Paulo, SP: Editora Pioneira.
- Serra, A. V. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2, 101–110.
- Silva, L. M. (2009). *Atratividade facial e cirurgia ortognática: aspectos físicos e emocionais*. (Tese de pós-graduação em Psicobiologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Silva, S., Teixeira, V., Pinhão Ferreira, A., & Ustrell-Torrent, M. J. (2016). A razão da intervenção psicológica na deformidade dentofacial. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 57(3), 171–176. doi: 10.1016/j.rpemd.2016.03.003
- Silveira, L. M. C., & Ribeiro, V. M. B. (2005). Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem ” para profissionais de saúde e pacientes. *Ineterface - Comunicação-Saúde*, 9(16), 91–104. doi:10.1590/S1414-32832005000100008
- Silveira, S. S., Magalhães, C. B. de A., Monteiro, L. T., Viana, S. M. do N. R., & Macena, R. H. M. (2011). Proposta de protocolo de assistência fisioterapêutica no pós-operatório de cirurgia ortognática. *Anais da Jornada de Fisioterapia da UFC*, 2(1), 12–13.
- Silvola, A.-S., Tolvanen, M., Rusanen, J., Sipila, K., Lahti, S., & Pirttiniemi, P. (2016). Do changes in oral health-related quality-of-life, facial pain and temporomandibular disorders correlate after treatment of severe malocclusion? *Acta Odontologica Scandinavica*, 74(1), 44-50. doi: 10.3109/00016357.2015.1040063

- Smith, A. T. (1993). The use of orthodontic chain elastic for temporary intermaxillary fixation. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, *31*(4), 250–251. doi: 10.1016/0266-4356(93)90150-U
- Söderman, E., Lisspers, J., & Sundin, O. (2007). Impact of depressive mood on lifestyle changes in patients with coronary artery disease. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *39*(5), 412–417. doi: 10.2340/16501977-0064
- Stagles, C., Popat, H., & Rogers, S. (2016). Factors influencing patient-reported quality of life in pretreatment orthognathic surgery patients. *Angle Orthodontist*, *86*(2), 331–336. doi: 10.2319/030415-132.1
- Stirling, J., Latchford, G., Morris, D., Kindelan, J., Spencer, R., & Bekker, H. (2007). Elective orthognathic treatment decision making: A survey of patient reasons and experiences. *Journal os Orthodontics*, *34*, 113-127.
- Stoddard, J. A., White, K. S., Covino, N. A., & Strauss, L. (2005). Impact of a brief intervention on patient anxiety prior to day surgery. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *12*(2), 99–110. doi: 10.1007/s10880-005-3269-6
- Teixeira, E., & Veloso, R. (2006). O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, *15*(2), 320–325. doi: 10.1590/S0104-07072006000200017
- Tevik, F., & Feragen, K. B. (2015). “I want the way I look to matter less”: A case study describing psychological aspects of changing appearance. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *20*(4), 626–639. doi: 10.1177/1359104514542303
- Theodossy, T., Jackson, O., Petrie, A., & Lloyd, T. (2006). Risk factors contributing to symptomatic plate removal following sagittal split osteotomy. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, *35*(7), 598–601. doi: 10.1016/j.ijom.2006.02.001

- Trench, J. D. A., & Araújo, R. P. C. (2015). Deformidades Dentofaciais: características Miofuncionais Orofaciais. *Revista CEFAC*, 17(4), 1202–1214.
- Todorov, J. C., & Moreira, M. B. (2005). O conceito de motivação na psicologia. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(1), 119–132.
- Türker, N., Varol, A., Ögel, K., & Basa, S. (2008). Perceptions of preoperative expectations and postoperative outcomes from orthognathic surgery - Part I: Turkish female patients. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 37(8), 710-715. doi: 10.1016/j.ijom.2008.04.014
- Valla, V. V. (1999). Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2), 7–14. doi: 10.1590/S0102-311X1999000600002
- Veronez, F., & Tavano, L. (2005). Modificações psicossociais observadas pós-cirurgia ortognática em pacientes com e sem fissuras labiopalatinas. *Arquivos de Ciência da Saúde*, 12(3), 133-137.
- Vulink, N. C. C., Rosenberg, A., Plooij, J. M., Koole, R., Bergé, S. J., & Denys, D. (2008). Body dysmorphic disorder screening in maxillofacial outpatients presenting for orthognathic surgery. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 37(11), 985–991. doi: 10.1016/j.ijom.2008.06.005
- Westermarck, A., Shayeghi, F., & Thor, A. (2001). Temporomandibular dysfunction in 1,516 patients before and after orthognathic surgery. *The International Journal of Adult Orthodontics & Orthognathic Surgery*, 16(2), 145–151.
- Worrall, S. F. (1994). Changes in weight and body composition after orthognathic surgery and jaw fractures: A comparison of miniplates and intermaxillary fixation. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 32(5), 289–292. doi: 10.1016/0266-4356(94)90048-5

ANEXOS

ANEXO A – TCLE



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa **Análise de variáveis psicossociais em cirurgia ortognática: construção de um protocolo de preparação psicológica**, sob a responsabilidade do pesquisador Fernanda Scoralick Gonçalves. O objetivo da pesquisa é analisar variáveis psicossociais do paciente, pertinentes ao processo do tratamento orto-cirúrgico, relacionando-as com aspectos físicos da sua recuperação pós-operatória. Pretendemos obter informações suficientes para subsidiar a construção de um protocolo de preparação psicológica de pacientes para cirurgia.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de quatro entrevistas semiestruturadas, realizadas 15 dias após a cirurgia, 30 dias após a cirurgia, 60 dias e 180 dias após a cirurgia. A primeira entrevista, terá questões fechadas, limitando seu repertório verbal ao mínimo possível. As demais entrevistas incluirão questões fechadas e abertas, acerca do tratamento, do diagnóstico à fase pós-operatória, sobre aspectos emocionais, apoio social, condições físicas, dificuldades e qualidade de informação. As entrevistas poderão ocorrer na sua casa, no consultório particular da pesquisadora ou na Clínica Faccia, em datas a serem agendadas. A duração, por entrevista, é de 15 a 30 minutos.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são: (1) Eventual desconforto físico, decorrente dos procedimentos cirúrgicos, para sua expressão verbal. Neste caso, a entrevista será interrompida e cuidados adequados disponibilizados por especialista; e (2) Desconforto emocional com o conteúdo de alguma questão. Neste caso, a entrevista será interrompida e apoio psicológico disponibilizado por profissionais do Instituto de Psicologia da UnB.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para aumentar o conhecimento sobre as variáveis psicossociais envolvidas nesse tratamento, subsidiando dados para a construção de um protocolo de atendimento psicológico aos pacientes orto-cirúrgicos. Dessa forma, melhorando o atendimento dos ortodontistas e cirurgiões bucomaxilofaciais de acordo com as necessidades dos pacientes.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pela pesquisadora responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se às disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na UnB, podendo ser publicados posteriormente. Dados e materiais serão utilizados somente para pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Fernanda Scoralick Gonçalves no telefone (61) 8219-0860, no horário de 08:00 as 12:00 horas.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da UnB. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou e-mail cepfs@umb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00h às 12:00h e de 13:30h às 15:30h, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
 Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise de Variáveis Psicossociais em Cirurgia Ortognática: Construção de um Protocolo de Preparação Psicológica.

Pesquisador: Fernanda Scoralick Gonçalves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54099015.4.0000.0030

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia -UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.529.064

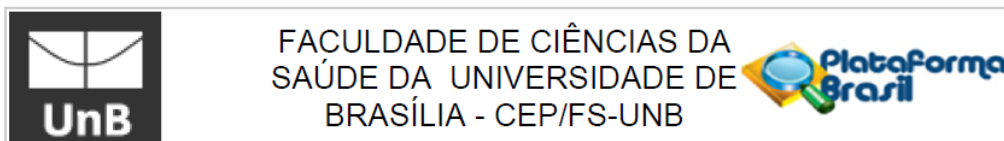
Apresentação do Projeto:

“A cirurgia ortognática é um procedimento cirúrgico odontológico indicado a pacientes com deformidades dentofaciais esqueléticas. Estes indivíduos apresentam desenvolvimento craniofacial fora do padrão normal e referem dificuldades funcionais, dores orofaciais e/ou insatisfação com a aparência física. Com a evolução das técnicas cirúrgicas e o aumento da procura pelo tratamento orto-cirúrgico, a necessidade do acompanhamento psicológico do paciente, como elemento integrante dos cuidados, parece essencial. É imprescindível avaliar, por exemplo, como o paciente se sente em relação à condição de se submeter a um tratamento prolongado e potencialmente estressante e como isso afeta a sua qualidade de vida e a seu processo de recuperação. Pretende-se, portanto, com esse estudo, analisar as variáveis psicossociais relacionadas ao processo de tratamento ortocirúrgico e seus impactos sobre a recuperação pós-operatória do paciente, para a construção de uma proposta de protocolo de preparação psicológica para cirurgia ortognática tratamento”.

Hipótese:

“Este projeto parte-se da hipótese que se as variáveis psicossociais forem consideradas, na fase pré-operatória do tratamento orto-cirúrgico, o processo de recuperação física será mais eficiente, diminuindo o tempo de cuidados pós-operatórios e aumentando a satisfação do paciente com o”

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

Continuação do Parecer: 1.529.064

Metodologia:

“O estudo pretende analisar as narrativas pessoais, obtidas por meio de entrevistas semiestruturadas, com os pacientes. O intuito é identificar as motivações, expectativas e aspectos emocionais intrínsecos relacionados ao tratamento. Além disso, serão utilizados questionários direcionados aos cirurgiões, para avaliar os aspectos físicos do paciente durante o pós-operatório. A combinação desses dados permitirá analisar a relação funcional entre os comportamentos do paciente, a percepção sobre o tratamento e o processo de recuperação física pós-operatória. Espera-se que o paciente que já realizou a cirurgia, e passou pelas etapas prévias a sua realização, possa fornecer esclarecimentos suficientes para subsidiar a construção de uma proposta de preparação psicológica adequada às exigências deste tratamento. O estudo contará com uma amostra de 25 pacientes que apresentam deformidade dentofacial, entre 18 e 50 anos, de ambos os sexos, submetidos a cirurgia ortognática. Essa amostra será selecionada dentre os pacientes tratados pela Clínica Faccia Cirurgia Ortognática e, se necessário, de outras clínicas particulares de Brasília. Em seguida, será realizado um Estudo Piloto para eventuais ajustes dos procedimentos de coleta e análise dos dados. Todos os pacientes serão informados que podem desistir da participação na pesquisa, a qualquer momento, sem prejuízo ao tratamento odontológico em andamento. Os pacientes serão entrevistados na fase pós-operatória. O primeiro roteiro de entrevista, aos 15 dias após a cirurgia, solicitará respostas fechadas, devido à limitação de repertório verbal do paciente após cirurgia, com Indagações sobre as condições psicofisiológicas e os estados emocionais, assim como as repercussões físicas, a alteração da rotina diária e a qualidade da informação pré-cirúrgica. No segundo roteiro de entrevista, aos 30 dias após cirurgia, espera-se que paciente já tenha retomado a função da fonação e mastigação, desse modo, o roteiro de perguntas contemplará um questionário fechado, retomando os dados obtidos anteriormente, e uma questão aberta para que o paciente relate dificuldades enfrentadas durante o processo pós-operatório. Após 60 dias, espera-se que paciente já esteja em fase de recuperação bem avançada, por isso, o terceiro roteiro de entrevista aberta abordará questões relacionadas à qualidade de vida, estados emocionais positivos e negativos, qualidade das informações no pré-operatório, aspectos desagradáveis do tratamento, motivação para submeter-se ao tratamento, superação das dificuldades e rede de apoio social. Após 180 dias, espera-se que o paciente tenha potencial para desenvolver um relato mais detalhado sobre como foi todo o preparo pré-cirúrgico, suas expectativas, suas motivações intrínsecas, suas dificuldades e sua preparação para a cirurgia. O roteiro de entrevista abordará os

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.529.064

tópicos supracitados, como também, o nível de satisfação com o resultado, a adaptação a nova aparência e benefícios pessoais. Além disso, ainda será explorada a satisfação do paciente quanto ao nível de informação dada na fase pré-cirúrgica e o contentamento com a equipe envolvida no tratamento. Em todas essas fases de entrevista, concomitante, será entregue ao cirurgião bucomaxilofacial um questionário estruturado, elaborado com vistas a descrever o processo de recuperação do paciente: condições sistêmicas e físicas, complicações pós-cirúrgicas, percepção da condição psicológica do paciente e nível de colaboração. Ao final, ele entregará ao pesquisador um laudo em que descreve a recuperação do paciente, isto é, se ainda apresenta alguma complicação oriunda da cirurgia, percepção do estado emocional do paciente e observações pessoais sobre o tratamento”.

Critério de Inclusão:

“Pacientes apresentando deformidade dentofacial que requerem tratamento cirúrgico e que estejam em acompanhamento ortodôntico. 2. Idade entre 18 e 50 anos. 3. Sexo masculino e/ou feminino”.

Critério de Exclusão: “Pacientes com doenças sistêmicas que podem alterar o processo de recuperação pós-operatória: imunodepressão, anemia, deficiência de vitaminas, insuficiência renal, diabetes não controlada, tabagista ou que passou por tratamento quimioterápico recente. 2. Pacientes indicados para cirurgia ortognática de benefício antecipado. 3. Pacientes que estão em acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico. 4. Pacientes que fazem uso de medicamentos psicotrópicos, imuno-supressores ou antibioticoterapia prolongada”.

Objetivo da Pesquisa:

“Analisar as variáveis psicossociais, referidas pelo paciente no pós-operatório de cirurgia ortognática, relacionadas a todo o processo de tratamento, da comunicação de diagnóstico à alta clínica, para a construção de um protocolo de preparação psicológica para cirurgia”

Objetivo Secundário:

“Fundamentar e motivar os cirurgiões bucomaxilofaciais e ortodontistas a incluírem um protocolo de preparação psicossocial para cirurgia ortognática”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro	
Bairro: Asa Norte	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947	E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.529.064

Riscos: "Durante a fases de coleta de dados e execução das entrevistas, se qualquer participante expressar desconforto físico (decorrente dos procedimentos cirúrgicos executados) que impeça a ocorrência de comportamentos verbais, a entrevista será interrompida e os cuidados adequados disponibilizados. Além disso, se os participantes manifestarem desconforto emocional com o conteúdo de alguma questão, o procedimento será interrompido e apoio psicológico disponibilizado por profissionais do Instituto de Psicologia da UnB."

Benefícios: "É esperado que o projeto tenha como resultado um maior conhecimento sobre as variáveis psicossociais em cirurgia ortognática e as suas relações com a recuperação física do paciente. Isso permitirá a possibilidade da construção de um protocolo de preparação psicossocial para os pacientes envolvidos neste tratamento resultando em melhores resultados nos tratamentos orto-cirúrgicos. Além disso, contribuirá para o estreitamento da relação entre ortodontistas e cirurgiões bucomaxilofaciais com equipe de psicólogos, buscando a interdisciplinaridade no tratamento."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se projeto de mestrado acadêmico sob a responsabilidade de Fernanda Scoralick Gonçalves, inscrita no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UNB, Darcy Ribeiro. O projeto apresentado tem como objetivo avaliar as variáveis psicossociais, referidas pelo paciente no pós-operatório de cirurgia ortognática, relacionadas a todo o processo de tratamento, da comunicação de diagnóstico à alta clínica, para a construção de um protocolo de preparação psicológica para cirurgia. O estudo contará com uma amostra de 25 pacientes que apresentam deformidade dentofacial, entre 18 e 50 anos, de ambos os sexos, submetidos a cirurgia ortognática. Essa amostra será selecionada dentre os pacientes tratados pela Clínica Faccia Cirurgia Ortognática e, se necessário, de outras clínicas particulares de Brasília. Os pacientes serão entrevistados na fase pós-operatória. O primeiro roteiro de entrevista, aos 15 dias após a cirurgia, solicitará respostas fechadas, devido à limitação de repertório verbal do paciente após cirurgia, com indagações sobre as condições psicofisiológicas e os estados emocionais, assim como as repercussões físicas, a alteração da rotina diária e a qualidade da informação pré-cirúrgica. No segundo roteiro de entrevista, aos 30 dias após cirurgia, espera-se que paciente já tenha retomado a função da fonação e mastigação, desse modo, o roteiro de perguntas contemplará um questionário fechado, retomando os dados obtidos anteriormente, e uma questão aberta para que o paciente relate dificuldades enfrentadas durante o processo pós-operatório. Após 60 dias, espera-se que paciente já esteja em fase de recuperação bem avançada, por isso, o terceiro roteiro

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro	
Bairro: Asa Norte	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947	E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.529.064

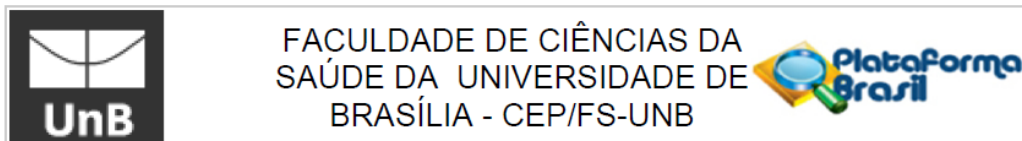
de entrevista aberta abordará questões relacionadas à qualidade de vida, estados emocionais positivos e negativos, qualidade das informações no pré-operatório, aspectos desagradáveis do tratamento, motivação para submeter-se ao tratamento, superação das dificuldades e rede de apoio social. Após 180 dias, espera-se que o paciente tenha potencial para desenvolver um relato mais detalhado sobre como foi todo o preparo pré-cirúrgico, suas expectativas, suas motivações intrínsecas, suas dificuldades e sua preparação para a cirurgia. Em todas essas fases de entrevista, concomitante, será entregue ao cirurgião bucomaxilofacial um questionário estruturado, elaborado com vistas a descrever o processo de recuperação do paciente: condições sistêmicas e físicas, complicações pós-cirúrgicas, percepção da condição psicológica do paciente e nível de colaboração. A análise das entrevistas abertas e dos questionários será qualitativa e quantitativa. Todo discurso do paciente será gravado, em áudio, e depois transcrito, na íntegra, buscando a apreensão dos significados das respostas, construindo o contexto em que o paciente se insere e delimitando os problemas de pesquisa. As respostas serão classificadas em categorias temáticas, definidas conforme o conteúdo, afim de tornar a análise de aspectos funcionais mais objetivos. As categorias temáticas serão analisadas por estatística descritiva, considerando taxas de ocorrência e frequência. Indicadores de estatística inferencial, não-paramétrica, poderão ser adotadas em função dos dados obtidos. O cronograma de execução do projeto apresenta previsão para coleta de dados entre 04/01/2016 à 05/09/2016 e o término do projeto 24/02/2017. O orçamento financeiro que consta na Plataforma Brasil apresenta valor de R\$ 330,00 que será custeado por recursos próprios do pesquisador responsável.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos que compõem o processo:

1. Informações básicas do projeto - documento não editável
"PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_623128.pdf", postado em 08/03/2016.
2. Folha de rosto assinada pela pesquisadora responsável e com assinatura e carimbo da Prof. Wânia Cristina de Souza do Instituto de Psicologia da Faculdade de Saúde da UnB, como instituição proponente – documento não editável "Folhaderosto.pdf" postado em 08/03/2016;
3. Carta de encaminhamento ao CEP/FS, assinada pela pesquisadora responsável informando tratar-se de projeto de trabalho de conclusão de curso do Curso de graduação em Saúde Coletiva – documento versão não editável assinada "encaminhamentoprojeto.pdf", postada em 30/11/2015;
4. Termo de responsabilidade e compromisso de ciência e cumprimento da Res. CNS 466/2012, assinada pela pesquisadora responsável – documento versão não editável e assinada "pesquisador.pdf", postada em 02/03/2016;

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

Continuação do Parecer: 1.529.064

5. Modelo TCLE - documento editável "TCLE.pdf", postado em 02/03/2016;
6. Modelo Termo de Autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa: documento editável "Autimagemesom.pdf" postado em 30/11/2015.

Documentos anexados ao projeto após parecer nº 1484561. de 11/04/2016.

1. Informações Básicas do Projeto: "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_623128.pdf", postado 26/04/2016.
2. Outros: "CartaResposta.pdf", postado em 26/04/2016. Carta resposta apresentando as modificações realizada pela pesquisadora responsável. Documentação em conformidade com solicitações deste CEP.
3. Projeto Detalhado: "ProjetoPesquisaEditado.pdf", postado em 26/04/2016. Documento atualizado, conforme solicitação deste CEP.
4. Modelo de TCLE: "TCLEEditado.pdf" postado em 26/04/2016 . Documento atualizado, conforme solicitação deste CEP.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em repostas as pendências emitidas no parecer consubstanciado no parecer nº1484561. de 11/04/2016

1. No cronograma de execução apresentado nos arquivos "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_623128" postado em 08/03/2016 e "Projetopesquisa.pdf", postado em 31/11/2015, solicita-se esclarecer quais as etapas do projeto foram realizadas, bem como, atualizá-lo, pois a etapa de coleta está prevista para 04/01/2016.

ANÁLISE: "O cronograma do projeto está atrasado devido ao tempo de tramitação do projeto desde a sua primeira submissão, em novembro de 2015, uma vez que, foi enviado primeiramente ao

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.529.064

CEP-IH da Universidade de Brasília e solicitado por mim, a pesquisadora, para ser recusado e enviado para apreciação ao CEP-FS. Nenhuma etapa do projeto foi realizada e o mesmo somente terá início para coleta de dados quando o CEP-FS liberar sua aprovação. Dessa forma, alterei no arquivo "Projeto de Pesquisa" as possíveis datas das etapas de conclusão do projeto. O cronograma alterado está na página 13 do arquivo anexado, subtítulo CRONOGRAMA". PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Quanto ao arquivo editável "TCLE.pdf", postado em 02/03/2016:

2.1. A escrita do TCLE deve ser clara e adequada no que se refere à terminologia utilizada no objetivo, uma vez que se apresenta muito técnica, dificultando o entendimento do participante da pesquisa. Deve-se descrever com detalhamento os procedimentos a serem aplicados nos participantes.

2.2. Solicita-se retirar restrição de horário para contato com o pesquisador responsável e disponibilizar ao participante de pesquisa a possibilidade de realização de ligação telefônica a cobrar.

ANÁLISE: O TCLE foi alterado para que o participante consiga ter mais clareza das informações ao ler o documento. Foram retiradas as terminologias técnicas do objetivo do projeto e substituídas por palavras de fácil entendimento e termos de odontologia habitualmente utilizados durante o seu atendimento. Já está descrito no TCLE, todas as etapas e tempo utilizado para realizar as entrevistas, além de uma breve informação do que falaremos nos encontros. Ao final do TCLE, também foi retirado, de acordo com sugestão do CEP-FS, a limitação de horário para entrar em contato com a pesquisadora e, também, acrescentado ao documento a possibilidade do paciente ligar a cobrar. PENDÊNCIA ATENDIDA.

Todas as pendências foram atendidas, não existem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

Continuação do Parecer: 1.529.064

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_623128.pdf	26/04/2016 20:34:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisaEditado.pdf	26/04/2016 20:34:17	Fernanda Scoralick Gonçalves	Aceito
Outros	CartaResposta.pdf	26/04/2016 20:33:56	Fernanda Scoralick Gonçalves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEEditado.pdf	26/04/2016 20:33:22	Fernanda Scoralick Gonçalves	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	08/03/2016 20:01:04	Fernanda Scoralick Gonçalves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/03/2016 23:43:20	Fernanda Scoralick Gonçalves	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesquisador.pdf	02/03/2016 23:21:03	Fernanda Scoralick Gonçalves	Aceito
Outros	Curriculolattesaderson.pdf	30/11/2015 11:17:55	Fernanda Scoralick Gonçalves	Aceito
Outros	Curriculolattesfernanda.pdf	30/11/2015 11:13:21	Fernanda Scoralick Gonçalves	Aceito
Orçamento	Orcamento.doc	30/11/2015 11:12:52	Fernanda Scoralick Gonçalves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetopesquisa.pdf	30/11/2015 10:56:33	Fernanda Scoralick Gonçalves	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Concordancia.pdf	30/11/2015 10:55:19	Fernanda Scoralick Gonçalves	Aceito
Outros	encaminhamentoprojeto.pdf	30/11/2015 10:52:38	Fernanda Scoralick Gonçalves	Aceito
Outros	Autimagemesom.pdf	30/11/2015 10:45:45	Fernanda Scoralick Gonçalves	Aceito

Situação do Parecer:

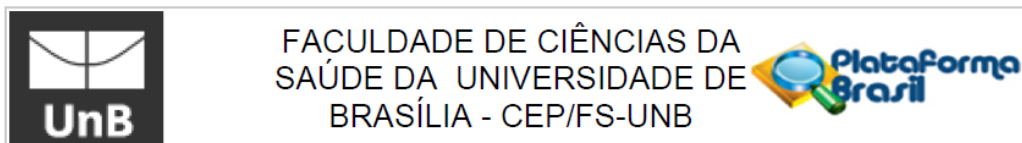
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.529.064

BRASILIA, 04 de Maio de 2016

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

ANEXO C – Roteiro de Entrevistas

1ª Entrevista – 15 dias após a cirurgia
ESTADO EMOCIONAL
<p>Como você estava se sentindo antes de iniciar o tratamento?</p> <p>() Triste () Preocupado () Arrependido () Indiferente () Realizado () Confiante () Tranquilo () Feliz</p>
<p>Como você estava se sentindo durante o tratamento ortodôntico?</p> <p>() Triste () Preocupado () Arrependido () Indiferente () Realizado () Confiante () Tranquilo () Feliz</p>
<p>Como você estava se sentindo na semana anterior a cirurgia?</p> <p>() Triste () Preocupado () Arrependido () Indiferente () Realizado () Confiante () Tranquilo () Feliz</p>
<p>Como você está se sentindo hoje em relação ao tratamento orto-cirúrgico?</p> <p>() Triste () Preocupado () Arrependido () Indiferente () Realizado () Confiante () Tranquilo () Feliz</p>
<p>Como você está emocionalmente hoje quando se compara a antes do tratamento?</p> <p>() Pior que antes () Igual a antes () Melhor que antes () As pessoas dizem que estou melhor</p>

INFORMAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO							
Quais informações você recebeu, ao longo do tratamento, sobre o pós-operatório? Quem te orientou?							
		Informação	Ortodontista	Cirurgião BMF	Outro profissional	Internet	Não recebi essa informação
FASE PRÉ-CIRÚRGICA	Informações iniciais	Necessidade da cirurgia					
		Vantagens e resultados da cirurgia					
		Riscos e complicações da cirurgia					
		Riscos da anestesia geral					
	Tratamento ortodôntico	Etapas do tratamento ortodôntico					
		Mudanças dentárias durante o tratamento ortodôntico					
		Mudanças na autoimagem durante o tratamento ortodôntico					
		Necessidade do fio cirúrgico					
	Cuidados Pré-cirúrgicos	Necessidade de preparação psicológica					
		Orientação nutricional pré-cirúrgica					
		Exames pré-operatórios (estado saúde geral)					
	Orientações Pré-operatórias	Higienização do aparelho após a cirurgia					
		Orientações sobre uso de etílicos e tabaco					
		Tempo de internação					
Tempo de recuperação (retorno às atividades)							
Dieta pós-operatória (alimentos permitidos)							
FASE PÓS-CIRÚRGICA	Informações sobre fase de recuperação	Dificuldades para respirar (congestão nasal)					
		Dificuldades para deglutir					
		Limitação da fala					
		Edema facial pós-cirúrgico					
		Parestesia facial (dormência)					
		Mudança na autoimagem pelo resultado da cirurgia					
	Cuidados Pós-operatórios	Crioterapia (aplicação de gelo)					
		Uso dos elásticos após a cirurgia					
		Dor pós-operatória					
		Medicações					
		Laserterapia					
		Fisioterapia pós-cirúrgica					
		Fonoaudiologia pós-cirúrgica					

<p><i>As próximas duas perguntas possuem uma escala. Leia atentamente a pergunta e atribua a pontuação que achar adequada, em que 0 (Zero) significa Insuficiente e 10 (Dez) significa Suficiente.</i></p>
<p>Você considera que as informações dadas pelo seu <i>ortodontista</i> foram suficientes para você se sentir seguro e bem informado sobre o tratamento?</p> <p>Numa escala de 0 a 10, que nota daria pelas informações dadas pelo <u>ortodontista</u>, em que 0 é insuficiente e 10 é suficiente.</p> <p>(Insuficiente) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Suficiente)</p>
<p>Você considera que as informações dadas pelo seu <i>cirurgião</i> foram suficientes para você se sentir seguro e bem informado sobre a cirurgia?</p> <p>Numa escala de 0 a 10, que nota daria pelas informações dadas pelo <u>cirurgião</u>, em que 0 é insuficiente e 10 é suficiente.</p> <p>(Insuficiente) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Suficiente)</p>
<p>As informações que você recebeu relativas a fase de recuperação e aos cuidados pós-operatórios foram suficientes para te auxiliar na fase pós-cirúrgica?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Por que?</p>
<p>Em que momento as orientações fornecidas sobre a fase pós-cirúrgica foram dadas?</p> <p>() Início do tratamento () 1-3 meses antes da cirurgia () 1 semana antes () Na véspera da cirurgia () Após a cirurgia () Não recebi essas orientações</p>
<p>Quais recursos foram utilizados para a transmissão das informações sobre os cuidados pós-operatórios?</p> <p>() Verbal () Escrito (cartilhas, livros...) () Audiovisual (vídeos ou vídeos clips) () Outros _____</p>
<p>Você procurou auxílio de outros profissionais durante o tratamento?</p> <p>() Não () Sim. Quais? () Enfermeiro () Fisioterapeuta () Fonoaudiólogo () Nutricionista () Psicólogo () Outros _____</p>

<p>Na fase pré-cirúrgica, você fez pesquisas na internet sobre o assunto “Cirurgia Ortognática”? () Sim () Não</p> <p>Considerou as informações encontradas nessas pesquisas confiáveis? () Sim () Não</p>
<p>Quais outras informações ou orientações você considera importante para o tratamento e gostaria de ter recebido?</p> <p>(Se o paciente quiser responder mais detalhadamente essa pergunta, ele pode escrever)</p>
<p>Você acredita que as transmissões de informações na fase pré-cirúrgica constituíram uma modalidade de preparação psicológica para a cirurgia? () Sim () Não</p>

2ª Entrevista – 30 dias após a cirurgia	
ESTADO EMOCIONAL	
Como você está se sentindo hoje em relação ao tratamento orto-cirúrgico?	
<input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Preocupado <input type="checkbox"/> Arrependido <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Realizado <input type="checkbox"/> Confiante <input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Feliz	
Como você está emocionalmente hoje quando se compara a antes do tratamento?	
<input type="checkbox"/> Pior que antes <input type="checkbox"/> Igual a antes <input type="checkbox"/> Melhor que antes <input type="checkbox"/> As pessoas dizem que estou melhor	
MOTIVAÇÃO	
1. Quando buscou o tratamento qual era sua queixa principal?	
2. Quais foram os motivos que te levaram a buscar o tratamento?	
<input type="checkbox"/> Estética - Insatisfação com minha aparência <input type="checkbox"/> Dificuldades funcionais – Alimentação <input type="checkbox"/> Dificuldades funcionais - Respiração <input type="checkbox"/> Dores articulares ou faciais <input type="checkbox"/> Outros _____	
3. Existia alguma doença associada à sua deformidade (DTM, Gastrite, Apneia do Sono, etc..)?	
4. Quais pensamentos/sentimentos você teve quando foi informado sobre a necessidade do tratamento cirúrgico?	
5. A sua decisão foi influenciada por terceiros (outras pessoas)?	
6. Quão disposto você estava para ser submetido a uma cirurgia na face e passar pelo pós-operatório?	
7. Preocupava-se com o que as pessoas achavam da sua aparência?	
8. Quão satisfeito você era com a sua autoimagem?	
<input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Um pouco insatisfeito <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito satisfeito	
9. Você acredita que sua autoestima era influenciada pelo seu problema facial?	
10. O que você esperava do tratamento?	
PERCEÇÃO DA DOENÇA/ENFRENTAMENTO	
1. Que causas você acredita estar relacionada a uma boa ou má recuperação pós-cirúrgica?	
2. Do que você sentiu falta durante todo o tratamento?	
3. Quais necessidades suas não foram atendidas durante todo o processo do tratamento?	
4. Você possui alguma religião ou crença? Como ela ajudou no seu tratamento?	
5. Qual sua opinião sobre um acompanhamento psicológico na fase pré-cirúrgica?	

3ª Entrevista – 60 dias após a cirurgia
ESTADO EMOCIONAL
<p>Como você está se sentindo hoje em relação ao tratamento orto-cirúrgico?</p> <p>() Triste () Preocupado () Arrependido () Indiferente () Realizado () Confiante () Tranquilo () Feliz</p>
<p>Como você está hoje emocionalmente quando se compara a antes do tratamento?</p> <p>() Pior que antes () Igual a antes () Melhor que antes () As pessoas dizem que estou melhor</p>
SUPORTE SOCIAL
1. Como eram seus relacionamentos sociais antes da cirurgia? O que mudou?
2. Você recebeu apoio social para enfrentar o tratamento orto-cirúrgico? (Explique quem, tipo de apoio e disponibilidade).
3. Em algum momento se sentiu desamparado?
4. O quanto o tratamento cirúrgico ajudou a melhorar a sua vida social?
5. Você participou de algum grupo social relativo a cirurgia ortognática? Como esses grupos o ajudaram durante o tratamento?
ENFRENTAMENTO
1. Como você lidou com a notícia da necessidade de um tratamento cirúrgico?
2. Como você lidou com as mudanças faciais na fase ortodôntica?
3. Quais foram as dificuldades encontradas no tratamento ortodôntico? Como lidou com elas?
4. Que sentimentos ou preocupações você tinha na fase do tratamento ortodôntico?
5. Quais foram as dificuldades encontradas na fase que antecede a cirurgia? Como lidou com elas?
6. Que sentimentos ou preocupações eram recorrentes nessa fase?
7. Quais foram as dificuldades encontradas na fase de recuperação pós-cirúrgica? Como lidou com elas?
8. Que sentimentos ou preocupações eram recorrentes nessa fase?
9. Na sua visão, o que os pacientes que estão iniciando o tratamento hoje podem fazer para melhorar a qualidade de vida durante a fase pré-cirúrgica? Qual seu conselho a eles?

4ª Entrevista – 180 dias após a cirurgia		
ESTADO EMOCIONAL		
Como você está se sentindo hoje em relação ao tratamento orto-cirúrgico?		
<input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Preocupado <input type="checkbox"/> Arrependido <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Realizado <input type="checkbox"/> Confiante <input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Feliz		
Como você está emocionalmente hoje quando se compara a antes do tratamento?		
<input type="checkbox"/> Pior que antes <input type="checkbox"/> Igual a antes <input type="checkbox"/> Melhor que antes <input type="checkbox"/> As pessoas dizem que estou melhor		
RESULTADOS		
1. O que mudou na sua vida desde a cirurgia?		
2. Como você considera sua autoestima hoje?		
3. O que mudou na sua qualidade de vida?		
4. O que você acha que os profissionais poderiam fazer para melhorar o tratamento orto-cirúrgico?		
Marque na escala de 0 a 10, a nota que você acredita representar seu grau de satisfação com os quesitos, em que 0 é INSATISFEITO e 10 é SATISFEITO.		
1	Satisfação com tratamento	(Insatisfeito) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Satisfeito)
2	Melhora na autoestima	(Insatisfeito) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Satisfeito)
3	Melhoria na qualidade de vida	(Insatisfeito) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Satisfeito)
4	Vida social	(Insatisfeito) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Satisfeito)
5	Melhora funcional (mastigação)	(Insatisfeito) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Satisfeito)
6	Melhora funcional (respiração)	(Insatisfeito) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Satisfeito)
7	Ausência de dor	(Insatisfeito) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Satisfeito)
8	Melhora da estética facial	(Insatisfeito) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Satisfeito)

Questionário Cirurgião	
Cirurgião:	
Paciente:	15 dias () / 30 dias () / 60 dias () / 180 dias ()
Marque na escala de 0 a 10, a nota que você acredita representar a atual situação de recuperação física do paciente, em que 0 é RUIM e 10 é EXCELENTE.	
Indicadores Clínicos	
1	Diminuição do EDEMA (Ruim) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Excelente)
2	Estabilidade da OCLUSÃO (Ruim) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Excelente)
3	Ausência de INFECÇÃO/FEBRE (Ruim) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Excelente)
4	Aspecto das MUCOSAS (Ruim) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Excelente)
5	Ausência de SANGRAMENTO (Ruim) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Excelente)
6	Ausência de DOR / DESCONFORTO (Ruim) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Excelente)
7	Sensibilidade facial (ausência PARESTESIA) (Ruim) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Excelente)
8	Qualidade da RESPIRAÇÃO (Ruim) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Excelente)
9	Abertura BUCAL (Ruim) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Excelente)
10	Retorno gradual a ALIMENTAÇÃO fibrosa. (Ruim) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Excelente)
O paciente apresenta alguma complicação pós-operatória não especificada acima ou alguma dificuldade na recuperação? Quais?	
Faça considerações sobre as condições sistêmicas atuais do paciente:	
Nível de colaboração do paciente da fase pós-cirúrgica: () Excelente () Bom () Indiferente () Ruim () Péssimo	
Faça considerações sobre sua percepção acerca da condição psicológica atual do paciente:	
Perguntas a serem respondidas após 180 dias	
1. O paciente ainda apresenta alguma complicação oriunda da cirurgia?	
2. O paciente relatou em algum momento estar insatisfeito com os resultados da cirurgia?	
3. Como você percebe o atual estado emocional do paciente?	
4. Você acredita que esse paciente estava pronto psicologicamente para passar pela cirurgia e sua recuperação?	
5. Qual sua opinião geral sobre a recuperação pós-operatória desse paciente?	