



Boletim Academia Paulista de Psicologia

ISSN: 1415-711X

academia@appsico.org.br

Academia Paulista de Psicologia

Brasil

Ribeiro Pinto, Roberta; Cássia Macedo, Camila de; Trindade Jr., Alceu Sérgio; Ribeiro Feniman, Mariza; Cássia Rillo Dutka, Jeniffer de; Leal Calais, Sandra

Prótese de palato em sujeitos com disfunção velofaríngea: expectativas e ansiedade

Boletim Academia Paulista de Psicologia, vol. 30, núm. 79, julio-diciembre, 2010, pp. 306-328

Academia Paulista de Psicologia

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94615412007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

II - TEORIAS, PESQUISAS E ESTUDOS DE CASOS

• **Prótese de palato em sujeitos com disfunção velofaríngea: expectativas e ansiedade**
Palatal prosthesis in subjects with velopharyngeal dysfunction: expectations and anxiety

Roberta Ribeiro Pinto¹, Camila de Cássia Macedo² e Alceu Sérgio Trindade Jr.³
Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – HRAC-USP
Universidade de São Paulo

Mariza Ribeiro Feniman⁴ e Jeniffer de Cássia Rillo Dutka⁵
Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo – FOB-USP

Sandra Leal Calais⁶
Universidade Julio de Mesquita Filho - UNESP-Bauru

Resumo: Considerando que fissura labiopalatina é uma anomalia importante em nossa realidade clínica, que os procedimentos cirúrgicos têm como objetivo restaurar a forma e a função normal das estruturas alteradas, e que muitas vezes sujeitos com esse tipo de malformação por motivos variados não podem se beneficiar dessa forma de tratamento, sendo indicados outros procedimentos, como, a utilização de Prótese de Palato (PP), o presente estudo tem como objetivo mensurar a gravidade dos sintomas de ansiedade e verificar a expectativa de sujeitos com disfunção velofaríngea (DVF), indicados à colocação da PP. São analisados 30 sujeitos do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP com DVF, de ambos os gêneros, na faixa etária de 15 a 64 anos, com idade média de 28 anos. Como instrumentos de natureza psicológica, são utilizados um questionário de expectativa formulado pela primeira pesquisadora e o Inventário de Ansiedade de Beck. Ocorre expectativa com relação à modificação da fala em todos os sujeitos referente à: mudança nos aspectos profissional e afetivo, que é a mais relatada; idade e gênero não são fatores relevantes nos níveis de ansiedade; o nível mínimo de ansiedade é o de maior ocorrência, sendo que a expectativa aparece com menor frequência que a ansiedade.

Palavras-chave: Ansiedade, expectativa, prótese de palato, escala de beck, disfunção velofaríngea.

¹ Psicóloga Clínica, Doutoranda em Ciências da Reabilitação pelo HRAC-USP. Contato: Rua Silvio Marchione, 3-20, CEP 17012-901, Bauru – SP - Brasil. *E-mail:* robertaribeiro@usp.br

² Fonoaudióloga, Doutoranda em Ciências da Reabilitação pelo HRAC-USP. Contato: Rua Silvio Marchione, 3-20, CEP 17012-901, Bauru – SP. *E-mail:* camilamacedo@usp.com

³ Docente do Departamento de Ciências Biológicas da FOB-USP. Contato: Rua Silvio Marchione, 3-20, CEP 17012-901, Bauru – SP - Brasil. *E-mail:* atrind@usp.br

⁴ Fonoaudióloga; Docente da FOB-USP, Bauru, SP. Contato: Rua Silvio Marchione, 3-20, CEP 17012-901, Bauru – SP - Brasil. *E-mail:* feniman@usp.br

⁵ Fonoaudióloga; Docente da FOB-USP, Bauru, SP. Contato: Rua Silvio Marchione, 3-20, CEP 17012-901, Bauru – SP - Brasil. *E-mail:* jdutka@usp.br

⁶ Psicóloga; Docente do curso de Psicologia - UNESP. Contato: Rua Silvio Marchione, 3-20, CEP 17012-901, Bauru – SP. *E-mail:* scalais@fc.unesp.br

Abstract: *Cleft lip and palate (CLL) is a very common craniofacial anomaly. The cleft is usually corrected with surgery which may fail resulting in velopharyngeal dysfunction (VPD). The use of palatal prosthesis is an alternative treatment for correcting both, CLP and VPD. This study evaluated anxiety symptoms expectations of subjects of both genders, with velopharyngeal dysfunction, referred to palatal prosthesis program for VPD treatment. In this cross sectional and descriptive study 30 subjects with velopharyngeal dysfunction, aged 15 to 64 years old (mean age of 28) were interviewed at the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies (HRAC). All subjects referred to the palatal prosthesis program at HRAC in the year of 2005 were considered for participation in the study but only the first 30 candidates were included. A questionnaire addressing expectation elaborated by the researcher and the Beck Scale on anxiety were used. All subjects showed expectation regarding speech modification. Changes in professional and affective aspects of their lives after changes in speech were obtained with palatal prosthesis were the most reported expectations. Subjects' age and gender influenced anxiety levels significantly which were minimum across subjects. High levels of expectation were more frequent than anxiety in the sample population.*

Keywords: *Anxiety, expectation, palatal prosthesis, Beck Scale, velopharyngeal dysfunction.*

1. Introdução

Ao longo de seus 40 anos, o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), vem atendendo pacientes com fissura labiopalatina (FLP) isolada ou associada a outras anomalias craniofaciais, através das etapas previstas de reabilitação como hospital-escola e possibilitando pesquisas na área.

As fissuras labiopalatinas são causadas por falhas na fusão palatal e lábio dos processos embrionários. A frequência desta malformação é de 1 a cada 700 nascimentos, podendo acometer tanto o lábio quanto o palato ou conjuntamente. Segundo a classificação de Spina (1970), quando essa malformação acomete o lábio e o palato, é denominada fissura transforame incisiva; quanto acomete apenas o palato, é denominada pós-forame.

O sujeito que nasce com FLP é submetido a uma série de procedimentos diagnósticos, cirúrgicos e terapêuticos, para sua reabilitação. O ambiente hospitalar passa, então, a fazer parte de seu cotidiano. Sendo assim, esse paciente e sua família criam muitas expectativas frente ao seu tratamento e seus resultados.

Apesar de os protocolos para correção cirúrgica da FLP variarem entre os diversos centros nacionais e internacionais, de forma geral, o reparo cirúrgico primário da fissura de lábio ocorre depois dos três meses de idade e o reparo cirúrgico primário da fissura de palato, a partir do primeiro ano de vida (Silva, Silva Filho & Freitas, 2003).

A cirurgia primária de lábio é esperada com muita ansiedade e expectativa pelos pais e/ou cuidadores do filho, em geral quando criança, uma vez que resulta em alterações estéticas, as quais podem ter grande impacto social. No entanto,

é o resultado da cirurgia primária do palato que irá influenciar diretamente na aquisição e no desenvolvimento da fala no sujeito com FLP. Além de corrigir fisicamente a fissura no palato, a palatoplastia primária também tem o objetivo de estabelecer um mecanismo velofaríngeo funcional, que propicie o desenvolvimento adequado da fala e da audição (Pegoraro-Krook, Dutka-Souza, Magalhães & Feniman, 2004).

O reparo cirúrgico da FLP nem sempre estabelece um mecanismo velofaríngeo adequado, resultando na disfunção dessa natureza e refletindo na fala (DVF). Esta se caracteriza pela comunicação defeituosa entre as cavidades oral e nasal durante a produção de sons orais. Como consequência para a fala, a DVF implica na presença da hipernasalidade, do escape de ar nasal, da fraca pressão intraoral e do uso de pontos articulatorios atípicos (articulação compensatória).

Esses comprometimentos na linguagem oral podem produzir angústia, especialmente pelo fato de o sujeito não ser entendido pelos outros, podendo também eliciar o uso de adjetivos depreciativos em relação àquele. A hipernasalidade da voz, mais especificamente, pode produzir estigma e promover apelidos, dando a impressão de limitações intelectuais, física e inabilidade social (Pereira, 2000).

A prevenção e a correção dos distúrbios de fala decorrentes, tanto da FLP quanto da DVF, dependem diretamente do reparo físico da anomalia estrutural (seja da fissura aberta seja de um palato que ficou curto após a cirurgia primária da FLP). O reparo físico da fissura ou DVF pode ser feito por meio de cirurgia plástica ou da prótese de palato (Pegoraro-Krook, 1995). Esta última consiste em um aparelho removível, que possui uma extensão fixa em direção à faringe e ao bulbo, cuja função é atuar dinâmica e funcionalmente em interação com a musculatura da faringe, participando no direcionamento do fluxo e pressão aérea para a cavidade oral na produção de sons orais da fala.

A cirurgia, quando capaz de proporcionar reparo anatômico e funcional da fissura labiopalatina ou da DVF, é usada com mais frequência do que a prótese. Há certas situações, no entanto, em que a prótese pode ser a opção temporária tanto por sujeitos que aguardam uma cirurgia quanto por aqueles que necessitam da fonoterapia conjugada à prótese de palato antes da cirurgia para a modificação do padrão de funcionamento velofaríngeo para, então, ser definida a melhor conduta cirúrgica ao caso. A prótese de palato pode ainda ser usada como escolha primária de tratamento da fissura nos casos em que o paciente não pode ser submetido a uma cirurgia ou ainda por sua opção (Pegoraro-Krook e outros, 2004).

Tendo em vista a trajetória hospitalar do sujeito com FLP e seu constante contato com a equipe da saúde, ele acaba esperando desta, informações claras,

acolhimento, minimização de seu sofrimento, principalmente, quanto à busca de uma solução para o seu problema. Dessa forma pode-se dizer que o sujeito tem consigo expectativas sobre o que irá acontecer, tendo em vista suas experiências anteriores.

Refletindo, então, sobre a expectativa que o paciente possa ter com relação à colocação da prótese de palato, esta poderá desencadear reações emocionais inadequadas em relação ao problema antecipado, gerando, assim, ansiedade.

Vários estudos apontam a ansiedade como um fator importante no sujeito que se encontra em ambiente hospitalar, tanto na realização de cirurgias quanto em outros tratamentos invasivos como os odontológicos, por exemplo. O nível de ansiedade, por sua vez, pode interferir na colaboração do paciente, contribuindo para aumento de faltas, cancelamento de atendimentos e até mesmo levando às complicações pós-cirúrgicas (Antonio, Munari & Costa, 2002).

Na literatura pesquisada, não foram encontrados trabalhos que abordem a ansiedade e a expectativa de sujeitos frente ao tratamento da fissura labiopalatina e/ou DVF por meio da prótese de palato. Assume-se que, assim como o tratamento cirúrgico e odontológico provoca níveis elevados de ansiedade e expectativa no tratamento da FLP e DVF por meio da prótese de palato, considera-se relevante verificar esses comportamentos em sujeitos encaminhados para a confecção da prótese de palato.

2. Revisão de Literatura

Esta unidade apresenta uma revisão dos conceitos da DVF, prótese de palato, ansiedade e expectativa e dos trabalhos encontrados nesta área para melhor compreensão do objetivo deste estudo.

2.1 Disfunção Velofaríngea

O mecanismo velofaríngeo desempenha um papel essencial na produção da fala, pois, permite a separação da cavidade oral da nasal durante a produção dos sons orais. O funcionamento adequado do mecanismo velofaríngeo (MV) da fala pode envolver o movimento para cima e para trás do palato mole concomitantemente ao movimento mesial das paredes laterais da faringe e ao movimento anterior da parede posterior, resultando no seu fechamento (Bzoch, 2004). Este é essencial durante as atividades de fala, sopro e assobio e durante atividades como sucção, deglutição e reflexo de vômito (Pegoraro-Krook e outros, 2004). Com exceção dos sons nasais, todos os demais são orais e requerem fechamento do mecanismo velofaríngeo.

Quando esse mecanismo não funciona adequadamente durante a produção da fala, temos a condição denominada disfunção velofaríngea (DVF). Em particular, com relação à fala, a ausência de fechamento velofaríngeo durante a

produção de sons orais leva a alterações que podem comprometer seriamente a inteligibilidade de linguagem oral (Bzoch, 2004). A hipernasalidade, o escape de ar nasal, a fraca pressão intraoral e o uso de pontos articulatorios atípicos durante a produção de sons orais são alterações da fala associadas à presença da DVF.

Os sons orais incluem todas as vogais e consoantes com exceção daquelas de natureza nasal. Quando sons orais são produzidos sem o fechamento de MVF, a energia acústica que deveria ser emitida somente pela boca é também emitida pelo nariz, resultando em fala hipernasal (*fanhosa*) e em escape de ar. As consoantes, por sua vez, quando articuladas no ponto correto (na cavidade oral) podem ser emitidas com fraca pressão (pois parte do ar escapa pelo nariz). Durante a produção de consoantes na presença da DVF, quando o escape do ar pelo nariz é muito grande, os sujeitos podem articular os sons em pontos atípicos (articulação compensatória), ou seja, fora da boca (na garganta). Um sujeito que adquire fala na presença da DVF tem alto risco de desenvolver todas essas alterações de fala, as quais, segundo Pegoraro-Krook e outros (2004), podem comprometer a inteligibilidade de tal forma que até mesmo os familiares próximos não entendem o que o sujeito fala.

A correção da DVF pode envolver tratamento cirúrgico, protético, fonoterápico, ou ainda a combinação destes. A cirurgia é com frequência a opção mais utilizada para a correção da DVF, porém nem sempre proporciona reparo anatômico e em muitos casos requer o respaldo da fonoterapia para a correção das alterações funcionais. O tratamento protético, por sua vez, pode ser a opção primária para correção da DVF ou ainda pode preceder o tratamento cirúrgico e ser utilizado em combinação com a fonoterapia. Quando combinado com esta e precedendo a cirurgia, o tratamento protético da DVF tem o objetivo de modificar o padrão de funcionamento velofaríngeo, o que por sua vez, amplia as opções de técnicas cirúrgicas para posterior correção de uma insuficiência e ainda melhora o prognóstico de correção das alterações da fala.

2.2 Prótese de Palato

A abordagem e o tratamento dos sujeitos com disfunção velofaríngea no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC – USP) são realizadas por equipe interprofissional, preocupada em se adaptar às necessidades de seus sujeitos, indicando e realizando os procedimentos mais adequados, cirúrgicos ou não. Essa abordagem não cirúrgica, pela prótese de palato, que se constitui em um aparelho removível com uma extensão fixa em direção à faringe, ao bulbo, cuja função é atuar dinâmica e funcionalmente em interação com a musculatura da faringe para o controle de fluxo de ar oronasal.

No tratamento da DVF, a prótese pode ser indicada tanto como um estimulador físico das paredes faríngeas (nos casos de incompetência na qual

existe ausência de movimento), quanto como um obturador para reduzir o espaço velofaríngeo (nos casos de insuficiência por falta de tecido).

Alguns autores pesquisaram a utilização da prótese de palato para correção da DVF (Pegoraro-Krook, 1995; Pinto & Pegoraro-Krook, 2003); e Mattos (1990) em sujeitos com história de fissura labiopalatina e DVF após correção cirúrgica da fissura. Nestes sujeitos a DVF foi tratada com a prótese de palato tendo, a autora, observado eliminação da hipernasalidade, melhora da qualidade de voz, redução do escape de ar nasal, manutenção das articulações compensatórias (golpe de glote e fricativa faríngea, por exemplo), o que criou condições mais favoráveis para a fonoterapia. Pinto (1998) avaliou 48 sujeitos, com DVF, entre oito e 74 anos, sendo 42 com história de fissura palatina (operada ou não), dois com história de câncer e ressecção total ou parcial do palato e quatro com paralisia total ou parcial do palato mole. O autor utilizou um questionário de sua própria autoria para essa pesquisa com a finalidade de avaliar a opinião dos próprios sujeitos em relação à mastigação, fala, estabilidade e comodidade da prótese, estética e qualidade de vida. Os resultados demonstraram que a maioria dos sujeitos estava satisfeita com a prótese, reportando melhoras na qualidade de vida após o seu uso.

A prótese de palato é confeccionada pelo cirurgião-dentista com auxílio do fonoaudiólogo, respeitando as diferenças anatômicas individuais de cada sujeito. A confecção da prótese de palato envolve algumas etapas:

Primeiramente é realizada a moldagem da prótese de palato, depois é realizado o desenho da porção intermediária e, por último, a confecção do bulbo faríngeo. Todas essas etapas são confeccionadas por um protético e desenhadas pelo dentista com o auxílio do fonoaudiólogo. Para melhor compreensão, seguem as figuras das etapas da confecção da prótese de palato. Essa prótese tem três indicações principais: pode ser utilizada por tempo permanente para correção da fissura e/ou DVF, com utilização permanente de modo temporário enquanto se aguarda cirurgia ou evolução do caso, e ainda, como estratégia com o objetivo de estimular os movimentos das paredes faríngeas durante a fonoterapia. Pode também ser indicada nos casos de contraindicação médica para a cirurgia como, por exemplo, em sujeitos cardíacos graves, hipertensos ou em situações nas quais o procedimento cirúrgico deve ser adiado por algum motivo, e ainda nos casos com prognóstico cirúrgico obscuro no qual a prótese pode ser utilizada como recursos para corrigir ou minimizar as consequências da DVF, enquanto se aguarda a evolução do caso (Pegoraro-Krook e outros, 2004). A opção pelo tratamento protético combinado ao tratamento fonoterápico tem se tornado rotina no HRAC-USP e em vários casos precede a correção cirúrgica da DVF.

O sucesso de uma prótese de palato para eliminar a DVF depende quase que inteiramente da habilidade das paredes da faringe tocar o bulbo faríngeo em

toda a sua extensão. Nos casos de insuficiência velofaríngea com pouco ou nenhum movimento de paredes faríngeas, a prótese de palato com bulbo faríngeo combinada à fonoterapia é uma excelente opção para estimular o movimento das paredes (Sell & Grunwell, 2005).

2.3 Expectativas

Etimologicamente, a palavra *expectativa* pode significar esperança fundada em supostos direitos, probabilidade ou promessas. Informações, artigos científicos ou pesquisas relacionadas à expectativa do sujeito em relação ao uso de prótese do palato, um dos objetivos desta investigação, não foram encontrados na literatura pesquisada, porém verificou-se a existência de trabalhos em contextos correlatos.

Com o propósito de avaliar sujeitos submetidos à reabilitação oral, Queluz & Dometti (2000) verificaram a expectativa deles em relação à nova prótese total. Participaram deste estudo 52 sujeitos de ambos os gêneros, na faixa etária de 27 a 77 anos. Utilizaram um questionário, contendo perguntas sobre causa da perda dos dentes e suas mudanças, motivo da procura pelo tratamento protético e expectativas de mudanças após a colocação da prótese total nova. A maioria dos sujeitos possuía o ensino fundamental incompleto (69,2%), sendo 61,5% de sujeitos do gênero feminino. A perda dos dentes, na maioria (59,6%), foi devido à cárie dentária e doença periodontal. Em relação à perda dos dentes, 42,3% dos sujeitos admitiram problemas relacionados à mastigação, 21,2% relataram sentimentos de vergonha, arrependimento e timidez. Sobre os motivos da procura de tratamento protético, 34,6% relataram problemas funcionais (mastigação, dor nas gengivas). Analisando as expectativas de mudança após colocação de uma nova prótese total, 48,1% esperavam melhora na mastigação, 13,5% na estética e nada referindo à fonação. Independentemente do gênero dos sujeitos, foi observada neste estudo uma preocupação maior com a mastigação do que com a estética.

A fim de identificar as características sociais e as expectativas de sujeitos atendidos por projeto comunitário para tratamento da catarata senil, em relação aos resultados da cirurgia ocular e de suas consequências para melhor qualidade de vida, Kara-Júnior, Temporini & Kara-José (2001) avaliaram 331 sujeitos, com idades entre 50 e 97 anos, de reduzido nível socioeconômico. Por meio de entrevista, os autores verificaram que 80,0% dos entrevistados, sem diferença significativa entre os gêneros, tinham expectativa de resolução total da catarata por meio da cirurgia e que a esperança de retomar as atividades normais foi observada em 59,8% do grupo.

Marques, Rodrigues & Pimentel (2001), com o objetivo de analisar a expectativa frente à realização da cirurgia plástica secundária, entrevistou 30 adolescentes com fissura labiopalatina, durante a internação cirúrgica. Concluiu

a existência de alta expectativa desses sujeitos para ambos os gêneros, os quais visavam melhoria estética, ganhos pessoais e sociais.

Sousa, Reis & Bernarbé (2003) realizaram um estudo com adultos que necessitavam de enxerto ósseo no quadril, objetivando conhecer os benefícios e mudanças ocorridas com o tratamento cirúrgico e analisar a expectativa que eles tinham em relação ao tratamento. Como instrumento, utilizaram um formulário de entrevista estruturado com questões abertas e fechadas. Os dados apontaram que 37,5% da população pertenciam ao estrato social C, 37,5% à classe D e 25% à classe E. O suporte familiar foi satisfatório para 81,25% da população, sendo que 37,5% apresentaram rendimento mensal regular ou insatisfatório para o tratamento. No que se refere à expectativa dos pacientes com relação ao tratamento, o resultado revelou que a grande maioria, 15 (93,75%), esperava obter um ou mais benefícios, sendo que apenas um (6,25%), por acreditar que sua situação era irreversível, esperava pela diminuição da dor. Das dificuldades apresentadas anteriormente à cirurgia, 93,75% dos sujeitos apresentaram dor, o que causava limitações físicas e dificuldades de locomoção nas atividades da vida diária. Todos os sujeitos consideraram que a cirurgia trouxe benefícios para sua qualidade de vida e, destes, 56,25% aboliram os equipamentos ortopédicos de que faziam uso, relatando ausência de dor. Concluíram que o tratamento proporcionado pela equipe trouxe benefícios e resultados significativos para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos.

Em um estudo desenvolvido com estudantes da Faculdade de Medicina do ABC, Guidini-Lopes, Valadares da Costa, Boldignon, Balducci & Silva (2004) avaliaram o conhecimento, a expectativa e o interesse na realização de cirurgias corretivas ópticas. Para isso foi utilizado um questionário autoaplicável. Embora 92,8% dos avaliados já tinham ouvido falar desse tipo de cirurgia refrativa, apenas 34,2% conheciam efetivamente essa técnica e 17,6%, seus riscos e complicações pós-operatórias. Entre os 200 estudantes amétropes, 50,5% gostariam de ser submetidos à operação e 69,0% deles esperavam a cura definitiva por meio da cirurgia. Os autores constataram que apesar de muitos se interessarem pela cirurgia, poucos haviam se submetido a ela, devido principalmente à contraindicação médica, falta de oportunidade, falta de conhecimento e problemas financeiros. Embora 83,7% tivessem se consultado com o oftalmologista nos últimos três anos, 81,5% dos entrevistados gostariam de se informar melhor sobre esse tipo de cirurgia. Concluíram então que entre os estudantes existiu pouco conhecimento e falsa expectativa em relação à cirurgia refrativa.

2.4 Ansiedade

A ansiedade é vista como um construto para caracterizar situações e reações desagradáveis para a pessoa, sentido em que é definido na *Classificação*

de transtornos mentais e de comportamento (CID-10) e no *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV) (2000). No transtorno de ansiedade, conforme o CID-10, há uma variabilidade grande dos sintomas dominantes, estando entre as queixas comuns e contínuas de palpitações, tremores, sudorese, nervosismo, desconforto epigástrico, tensão muscular, tonturas, além de medo relacionados a si mesmo ou de parentes de adoecer e/ou sofrer acidentes e uma série de outros pressentimentos e preocupações. O DSM-IV traz como sintomas de ansiedade a irritabilidade, perturbação de sono ou sono insatisfatório, fadigabilidade, inquietude ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, tensão muscular e dificuldade em concentrar-se. Sugere, ainda, que no significado de ansiedade, inclui também a preocupação ou sintomas físicos, causando sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do sujeito.

Segundo Banaco & Zamignani (2004), o termo ansiedade pode referir-se a eventos diversos, tanto aos estados internos, quanto a processos que os produzem. Muitos eventos descritos como agradáveis podem implicar em um sentimento de ansiedade principalmente quando envolvem espera. Entretanto, é principalmente quando a ansiedade se refere à relação do sujeito com eventos aversivos em suas múltiplas possibilidades de interação que a ela adquire o *status* de queixa clínica. Sendo assim, a ansiedade tem sido estudada por diversos pesquisadores e relacionada às mais diferentes variáveis. A quantidade de artigos publicados não deixa dúvidas quanto a sua importância.

Com o objetivo de identificar e verificar a relação entre estado de ansiedade e estratégias de confronto no período pré-operatório, Medeiros (2002) estudou 40 adultos cirúrgicos, utilizando para isso dois instrumentos autoaplicáveis: o Inventário de Estado de Spielberger e o Inventário de Estratégias de Lazarus & Folkamn. Os resultados demonstraram baixo e médio estados de ansiedade. Foi observada correlação negativa significativa entre o estado de ansiedade e as estratégias suporte social e resolução de problemas, ou seja, quanto mais os sujeitos utilizavam-se dessas estratégias de enfrentamento menos ansioso permaneciam no período pré-operatório.

A avaliação da frequência de sujeitos com ansiedade ou medo do tratamento odontológico foi realizada por Konegane, Penha, Borsatti & Rocha (2003), da qual participaram 252 sujeitos com idade acima de 18 anos, que compareceram ao setor de urgência de uma faculdade de odontologia, da cidade de São Paulo. Para avaliar a ansiedade, foram utilizadas a *Modified Dental Anxiety Scale* (MDAS) e a Escala de Medo de *Gatchel*. O grupo estudado respondeu a questões sobre: tempo decorrido desde a última visita ao dentista e o início dos sintomas. Foram identificados 28,2% de sujeitos com algum grau de ansiedade, segundo a MDAS, considerando mulheres mais ansiosas que os homens e 14,3% de sujeitos com alto grau de medo, segundo a Escala de Medo de *Gatchel*. Em 44,4% do grupo,

a demora para procura de alívio dos sintomas foi maior que sete dias. Mulheres ansiosas procuraram atendimento mais rapidamente e em maior número. Experiência traumática anterior ocorreu em 46,5% dos sujeitos ansiosos. Não foi possível associar escolaridade e renda familiar com ansiedade e/ou medo. Os autores concluíram que sujeitos ansiosos, com destaque para as mulheres, foram frequentes no atendimento odontológico de urgência e que a experiência traumática prévia mostrou-se importante para o desenvolvimento da ansiedade em relação a esse atendimento. A ocorrência de ansiedade e sintomas depressivos entre sujeitos com cefaleia tipo tensional (CTT), episódica (CTTE) e crônica (CTTC) foi verificada por Matta & Filho (2003) por meio de uma pesquisa constituída de cinquenta sujeitos com CTTE e cinquenta com CTTC. Os autores utilizaram os inventários de depressão e de ansiedade de Beck (BAI), considerando somente sujeitos com escores moderado ou grave. Os resultados demonstraram que ansiedade e sintomas depressivos foram encontrados tanto em sujeitos com CTTE (60 e 32%, respectivamente) como com CTTC (44% e 40%, respectivamente), concluindo que ambas as comorbidades foram importantes em sujeitos com CTT. Negligenciá-las significaria risco de falência no tratamento, contribuindo para a queda na qualidade de vida.

A ansiedade foi investigada também por Ferreira, Filho, Valverde, Moura, Deus & Filho-Coutinho (2004) em 300 sujeitos submetidos ao tratamento odontológico, por meio da Escala de Ansiedade Odontológica (DAS), levando em conta questões socioeconômicas e de comportamento. Sujeitos com escore igual ou maior que 15 foram considerados ansiosos e nesta população a prevalência foi de 18%. O escore médio da DAS para o grupo total foi de 11,65, com resultados semelhantes entre mulheres e homens. Também não houve diferença na distribuição de sujeitos ansiosos ou não com relação à escolaridade e renda familiar. Concluíram que sujeitos ansiosos evitam frequentemente o tratamento odontológico independentemente do nível social ou escolaridade.

Em um estudo transversal com 120 sujeitos, Karkow, Spiandorello & Godoy (2004) avaliaram hormônios do estresse com a finalidade de correlacioná-los com queixas subjetivas, estimadas pelo (BAI) em casos ambulatoriais e hospitalizados. Três populações foram investigadas, nominalmente doentes ambulatoriais, enfermos clínicos hospitalizados e sujeitos cirúrgicos hospitalizados. Os sujeitos controles foram voluntários sadios recrutados entre profissionais da saúde e estudantes. Todos os casos hospitalizados foram documentados na admissão, antes de quaisquer procedimentos terapêuticos, e somente homens foram selecionados em todos os grupos, a fim de contornar interações hormonais. A adrenalina, noradrenalina e o cortisol foram mensurados pela manhã, e o (BAI) foi aplicado por um psicólogo especializado. Como resultados os três grupos de doentes exibiram níveis de ansiedade superiores aos dos controles. As taxas hormonais não estavam apreciavelmente alteradas

e não se correlacionaram com os achados de estresse e ansiedade. Os autores concluíram que: a ansiedade foi comum tanto em populações internadas quanto ambulatoriais, sem diferenças entre esses grupos; o estresse (hormonal) foi mais difícil de confirmar e os valores raramente ultrapassaram a faixa de referência; não se conseguiu demonstrar correlação entre as duas ordens de variáveis e estudos adicionais serão necessários para definir a quantificação e a interpretação de estresse em populações enfermas, especialmente para fins de diagnóstico nutricional e prescrição dietética.

Sujeitos cirúrgicos também foram estudados por Conceição, D.B., Schonhorst & Conceição, M.J. (2004) com o objetivo de avaliar o nível de ansiedade pré-operatória, detectando alterações de frequência cardíaca, pressão arterial e relacionando-as com a idade, o gênero, o grau de instrução e a experiência cirúrgica prévia. Foram avaliados 145 sujeitos adultos, de ambos os gêneros, estado físico segundo *American Society of Anaesthesiologists (ASA)* (1987) I, II ou III, escolhidos aleatoriamente, perfeitamente orientados no tempo e no espaço, alfabetizados e escalados para cirurgias eletivas. Foi aplicado o questionário de ansiedade pré-operatória de Amsterdã, durante a consulta pré-anestésica. Foram considerados ansiosos os sujeitos com escore igual ou maior que onze. Para cada sujeito anotou-se o gênero, a idade, o grau de instrução, a pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), a frequência cardíaca (FC), a experiência cirúrgica prévia e a história de hipertensão arterial. Os resultados demonstraram que 47,58% dos sujeitos apresentaram escores de ansiedade igual ou maior que onze (ansiosos). Não houve diferença significativa entre sujeitos ansiosos e não ansiosos quanto à idade, PAS, PAD e FC, nem em relação às prevalências de experiência cirúrgica prévia, grau de instrução e história de hipertensão arterial. Entre os sujeitos ansiosos, 68,12% eram do gênero feminino. Concluíram que a pressão arterial e a frequência cardíaca não refletem o nível de ansiedade pré-operatória, e que sujeitos do gênero feminino tiveram maiores probabilidades de apresentar ansiedade nessas condições do que do gênero masculino.

Com a finalidade de verificar o nível de ansiedade de alunos de graduação em enfermagem frente à primeira instrumentação cirúrgica, Carvalho, Farah & Galdeano (2004) estudaram um grupo de 30 alunos do sexto semestre, que cursaram a disciplina Enfermagem em Centro Cirúrgico. Utilizaram o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Identificaram que 27 alunos (90,0%) apresentaram baixo nível de ansiedade-traço. Quanto à ansiedade-estado, verificaram como maiores incidências: baixo nível de ansiedade no primeiro dia de aula teórica (76,7% dos alunos), nível médio de ansiedade no laboratório (53,4% dos alunos) e nível médio de ansiedade no estágio supervisionado (80,0% dos alunos). Observaram, ainda, baixos percentuais de alunos com alto nível de

ansiedade. As análises estatísticas comprovaram haver diferenças significativas entre as médias de ansiedade-estado nas três etapas da coleta dos dados. Os resultados obtidos podem ser justificados pelo ambiente cirúrgico ser diferente dos outros ambientes em que o aluno estava acostumado, sendo acrescidos da expectativa deste frente à supervisão do docente e o procedimento que irá realizar a instrumentação cirúrgica.

Medeiros & Peniche (2006) estudaram 40 sujeitos cirúrgicos com o objetivo de identificar e verificar a relação entre o estado de ansiedade e as estratégias de confronto desses sujeitos em um período pré-operatório, utilizando para isto dois instrumentos autoaplicáveis: o Inventário de Estado de Spielberger e o de Estratégias de Lazarus e Folkamn. Os resultados mostraram que o grupo apresentou baixo e médio estado de ansiedade, e que as estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram o suporte social e a resolução de problemas. Na relação entre o estado de ansiedade e as estratégias de enfrentamento, obteve-se uma correlação negativa e significativa entre o estado de ansiedade e a estratégia suporte social e a de resolução de problemas, ou seja, quanto mais os sujeitos se utilizavam dessas estratégias de enfrentamento menos ansiosos permaneceram no período pré-operatório.

Uma pesquisa realizada por Giuntini (2006) sobre ansiedade em pacientes submetidos a cirurgias comprovou que a ansiedade é um fator importante a ser verificado no ambiente hospitalar. O objetivo desse trabalho foi de quantificar e comparar mediante a utilização de escalas, questionários e dosagem do cortisol salivar e o grau de ansiedade de sujeitos submetidos a cirurgias. Foram avaliados dois grupos de 12 sujeitos cada um: grupo RA (regime ambulatorial), no qual os sujeitos foram operados eletivamente sob regime ambulatorial e grupo RI (regime de internação) sob regime de internação. Todos os sujeitos foram avaliados quanto ao estado de ansiedade na véspera e no dia da cirurgia por meio da aplicação das escalas de Spielberger (traço e estado), verbal e analógica visual para a quantificação do cortisol salivar. Na escala de Spielberger, estado-ansiedade, se refere a um estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos subjetivos de tensão que podem variar de intensidade de acordo com o contexto, já o traço-ansiedade, se refere às diferenças individuais relativamente estáveis na tendência a reagir a situações percebidas como ameaçadoras com elevações de intensidade no estado de ansiedade.

Avaliou-se ainda o comportamento hemodinâmico, coletando a saliva para quantificação do cortisol no sétimo e oitavo dias do período pós-operatório para avaliação do ritmo basal dos sujeitos. Os resultados dos dados demográficos entre os dois grupos, considerando idade e peso, mostraram-se estatisticamente idênticos. Em relação ao padrão hemodinâmico, não houve diferença entre os dois grupos de regime de internação na véspera da cirurgia. No dia da cirurgia, o

grupo RA apresentou pressão arterial diastólica maior do que o grupo RI. Nos demais parâmetros hemodinâmicos (pressão arterial sistólica e frequência cardíaca) não houve diferença entre os grupos. A avaliação da ansiedade verificada por meio da Escala Verbal não evidenciou diferença entre os grupos na véspera e no dia da cirurgia, enquanto que, no dia da cirurgia, os sujeitos do RA apresentaram, na Escala Analógica Visual, escores de ansiedade maiores que os sujeitos do RI. Sendo o traço-ansiedade encontrado nos grupos similar ao estado-ansiedade na véspera da cirurgia, tendo sido maior no grupo operado sob regime ambulatorial. Não houve diferença entre os grupos no tocante ao cortisol salivar. Dessa forma a autora concluiu que os sujeitos operados sob regime ambulatorial apresentaram maior grau de ansiedade que as operadas sob RI, evidenciando a ansiedade como algo transitório.

3. Objetivo da pesquisa

O objetivo desta pesquisa foi verificar a expectativa e mensurar a gravidade dos sintomas de ansiedade e de sujeitos de ambos os gêneros, com disfunção velofaríngea indicados à colocação de prótese de palato.

Material e método

A fim de selecionar-se a casuística para este estudo, foram obedecidos os seguintes critérios de inclusão:

- Sujeitos regularmente matriculados no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Bauru (HRAC-USP).
- Idade acima de 15 anos, de ambos os gêneros.
- Sem síndromes ou sequências genéticas de outros quadros clínicos.
- Alfabetizados.
- Nascidos com fissura labiopalatina já corrigida cirurgicamente
- Apresentando disfunção velofaríngea (DVF), com indicação ao uso da prótese de palato.

O grupo estudado caracterizou-se pelo predomínio masculino, sendo este o grupo estudado em número de 30 (n=30): 16 do gênero masculino e 14 do feminino, na faixa etária de 15 a 64 anos, com idade média de 28 anos. Desses, 24 apresentavam fissura transforame incisivo e 6 sujeitos fissura pós-forame.

Inicialmente, com o objetivo de caracterizar o grupo, foi utilizado um protocolo de Coleta de Dados, assim denominado e preenchido pelas próprias pesquisadoras, contendo informações a respeito da identificação do sujeito: nome, procedência, número de registro no hospital, tipo de fissura labiopalatina, cirurgias realizadas e realização de fonoterapia. As informações foram levantadas

por meio da análise de prontuários encaminhados ao Setor de Prótese de Palato do HRAC-USP, local onde foi desenvolvida a pesquisa.

Seguindo a proposição deste estudo, dois instrumentos foram utilizados em um único momento: primeiramente, uma entrevista, dirigida em forma de questionário, denominada Questionário de Expectativa e, em seguida, um inventário de ansiedade. Ambos foram aplicados de forma individual em uma sala clara e sem interferências exteriores. As dúvidas quanto aos seus conteúdos, quando existentes, foram esclarecidas durante a aplicação.

O Questionário de Expectativa foi formulado pela própria pesquisadora, baseado em Pinto & Pegoraro-Krook (2003). Esse questionário, composto de sete perguntas, contemplou os seguintes aspectos: conhecimento sobre a prótese de palato, apreciação do sujeito sobre sua fala, questões relacionadas à expectativa no que se referem aos aspectos sociais, sensações sinestésicas e de mudança, a partir da indicação para a colocação da prótese de palato.

As questões referentes ao conhecimento e à apreciação, em número de duas, foram diretivas e consistiam em respostas fechadas; já as questões relacionadas às sensações e expectativa de mudança, foram compostas de alternativas de múltiplas escolhas.

Para a análise da ansiedade foi utilizado o BAI (*Beck Anxiety Inventory*), Inventário de Ansiedade de Beck (Cunha, 2001).

Utilizou-se a análise descritiva dos dados.

Os achados do Questionário de Expectativa e do Inventário de Ansiedade foram armazenados em um banco de dados criado no programa Excel 2003, para a elaboração de tabelas e gráficos, possibilitando melhor visualização dos achados.

4. Resultados e discussão

Inicialmente serão apresentados os resultados referentes ao questionário de expectativa (Tabelas 1 a 4). A seguir, em relação ao Inventário de Ansiedade. *Expectativa*

Questões relacionadas ao conhecimento da prótese (questões 1 e 2).

Questões	Sim	Não	Total
	N (%)	N (%)	
1. Você sabe o que é uma prótese de palato?	12 (40)	18 (60)	30 (100)
2. Você recebeu algum tipo de informação sobre a prótese de palato?	20 (67)	10 (33)	30 (100)
3. Você gosta de sua fala?	9 (30)	21 (70)	30 (100)
4. As pessoas acham a sua fala diferente?	23 (77)	7 (23)	30 (100)
5. Você espera modificar sua fala com a prótese de palato?	30 (100)	0 (0)	30 (100)

Tabela 1: Expectativas: distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo as questões citadas.

De acordo com os resultados acima, houve incoerência entre as duas respostas, nas quais é verificado que 60% dos participantes demonstraram desconhecimento ou falta de compreensão em relação à prótese de palato, embora afirmassem ter recebido alguma informação sobre ela. Esse dado é relevante, uma vez que a literatura aborda a questão da informação como algo importante, pois além de facilitar o contato com o sujeito, é um intermediário no processo diagnóstico e tratamento (Perosa, 2006).

Segundo alguns estudos da literatura, o desconhecimento do sujeito a respeito dos procedimentos a serem utilizados em seu atendimento são geradores de ansiedade, podendo dificultar assim a adesão ao tratamento, bem como possibilitar complicações após procedimentos invasivos (Antonio e outros, 2002; Regina, Carvalho & Silva, 2004), além de que pode ser visto como um indicador da distância na relação entre médico e sujeito (Bazon, Campanelli & Assis, 2004).

Questões relacionadas à apreciação de fala (questões 3 e 4).

Os dados da tabela 1 para as questões 3 e 4 destacam que 70% dos sujeitos não apreciam sua fala, porcentagem esta alta e bastante similar à percepção que os outros têm sobre a fala deles serem diferentes.

Esse dado pode estar relacionado a alguns aspectos psicológicos que envolvem os sujeitos com fissura labiopalatina já terem sido relatados em estudos com relação a sua baixa autoestima e dificuldades nas habilidades sociais. Pereira (2000) aponta que os problemas de comunicação e fala acompanham frequentemente desajustes e podem prejudicar a autoestima desses sujeitos. Cabe ressaltar que mesmo não sendo alvo desse estudo a percepção que eles têm sobre a sua fala, esse aspecto não pode deixar de ser comentado, mesmo que de forma breve. Desde a infância esses sujeitos tendem a ser muitas vezes vítimas de chacotas e possivelmente “bullying” (conjunto de atitudes agressivas, intencionais e repetitivas, adotadas por um ou mais alunos contra outro(s), sem motivação evidente, causando dor, angústia e sofrimentos), pela aparência ou pela fala diferente. Esse dado foi evidenciado pela experiência vivenciada pela pesquisadora do estudo (Pereira) quando na observação de queixas realizadas pelos pais de crianças com fissura labiopalatina e pela própria criança, refletindo na adolescência e possivelmente na idade adulta, visto as respostas deste estudo, merecendo assim atenção.

Questão relacionada com a expectativa de mudança da fala após a colocação da prótese de palato (questão 5).

Segundo resultados da tabela 1 (questão 5), todos os sujeitos responderam que esperam modificar sua fala com a prótese de palato. Esse dado torna-se importante e parece demonstrar que todos os avaliados esperam que a prótese

promova uma mudança positiva em sua fala, conclusão esta obtida também no estudo de Marques e outros (2001), que relacionou a expectativa, melhoria estética, ganhos pessoais e sociais após a realização da faringoplastia, concordando também com Kara-Junior, Temporini & Kara-José (2001); Queluz & Dometti (2000).

Esses sujeitos esperam mudança com a colocação da prótese de palato, mesmo havendo desconhecimento do que seja a prótese. Isso pode ser visto, provavelmente, como a confiança depositada no processo terapêutico realizado pelo próprio hospital e a expectativa na equipe que o acompanha e indica melhor tratamento. No que se refere à expectativa, o trabalho de Garcia (2006) sobre os aspectos psicossociais e familiares de sujeitos com e sem distúrbio de comunicação decorrentes da fissura labiopalatina relatou haver expectativas nas áreas de fonoaudiologia, estética, cirurgia e odontologia. Colaborando assim com a credibilidade que o sujeito deposita na equipe que o atende. Reflete o conceito de expectativa de Bandura (1977).

Questão relacionada às sensações cinestésicas que sentirá após a colocação da prótese de palato (questão 6).

Qual a sensação que você imagina sentir ao colocar a prótese de palato?	N (%)
Mole	3 (10)
Duro	4 (13)
Corpo estranho	6 (20)
Incômodo	7 (23)
Vômito	6 (20)
Nenhuma	12 (40)

Tabela 2: Distribuição numérica e percentual de respostas dos sujeitos segundo a questão 6

Questão relacionada à expectativa de mudanças nos aspectos sociais (questão 7).

Qual aspecto em sua vida você espera modificar com a prótese de palato?	N (%)
Afetivo	14 (47)
Familiar	9 (30)
Profissional	15 (50)
Não sei	10 (33)

Tabela 3: Distribuição numérica e percentual das respostas dos sujeitos quanto à questão 7:

Na Tabela 2 e Tabela 3, os participantes podiam dar mais de uma resposta. Quanto à sensação (questão 6), aparece uma tendência nítida no sentido de

não esperarem nenhuma sensação na colocação da prótese, embora as sensações desagradáveis como de corpo estranho, incômodo e vômito tenham também sido relatadas. Esse dado pode estar relacionado tanto pelo desconhecimento do que seja a prótese, pela confiança no hospital, assim como pela própria condição em que se encontram, vindo com algumas cirurgias já realizadas, além de poder fazer parte de seu cotidiano, sempre muitas intervenções, cirúrgicas ou não.

Quanto à questão 7 (tabela 3), percebe-se expectativa no que se refere à mudança com a colocação da prótese, em todos os aspectos e em ordem decrescente: no aspecto profissional, no afetivo e no familiar, o que vem a reforçar o concluído por Marques e outros (2001). Relacionando este dado com o grupo caracterizado neste estudo, a sua maioria trabalha fora de casa, necessitando assim da comunicação transmitida por meio da fala (Del Prette, Z.A. & Del Prette, A, 2006). Destacando o que esse mesmo autor descreve quanto à comunicação verbal ser um dos componentes básicos do desempenho social, essas respostas refletem a importância da fala e conseqüentemente a influência que a utilização da prótese de palato exerce em suas vidas.

No presente estudo, os participantes apresentaram um tipo de malformação congênita com comprometimento do palato (fissura transforame incisivo e fissura pós-forame incisivo, acompanhadas de DVF), originando assim, uma fala “diferente”. Esses aspectos concordam com os dados da pesquisa de Pereira (2000) em relação à autoestima mais baixa em sujeitos com fissura palatina se comparados aos com fissura labial.

Ansiedade **Inventário de ansiedade**

A seguir (tabela 4) serão apresentados os dados relacionados aos níveis de ansiedade, por meio do BAI.

Idade (anos)	Nível de ansiedade				Total N (%)
	Mínimo(%)	Leve(%)	Moderada(%)	Grave(%)	
15-30 anos	16(53)	2(7)	0	0	18(60)
31-46 anos	8 (27)	1(3)	0	0	9(30)
47-52 anos	2(7)	0	0	0	2(7)
53-68 anos	1(3)	0	0	0	1(3)
Total	27(90)	3(10)	0	0	30(100)

Tabela 4: Distribuição numérica e percentual dos sujeitos estudados (n=30), de acordo com o nível de ansiedade e faixa etária

Na tabela 5 é possível verificar que a idade em sujeitos do gênero masculino, concentra-se de 15 a 46 anos (idade média 25,8) e no feminino de 15 a 64 anos

(idade média 32,2). Na literatura pesquisada, trabalhos (Konegane e outros, 2003; Conceição e outros, 2004) demonstraram que a ansiedade não apresenta correlação positiva com a idade, o que também foi verificado neste estudo. Embora tenha sido evidenciada em trabalho mais recente, como o de Oliveira e outros (2006), estudando idosos asilares e não asilares por meio da Escala de Beck, que investigou a relação entre ansiedade, depressão e desesperança, e obteve em seus resultados o primeiro sintoma como a de maior ocorrência nessa população.

Escores	Nível	Masculino (%)	Feminino (%)	N (%)
0 a 10	Mínimo	15 (50)	12 (40)	27 (90)
11 a 19	Leve	1 (3)	2 (7)	3 (10)
20 a 30	Moderado	0	0	0
31 a 63	Grave	0	0	0
Total		16 (53)	14 (47)	30 (100)

Tabela 5: Distribuição numérica e percentual dos escores e nível de intensidade da ansiedade segundo o gênero

Apesar dos escores de ansiedade obtidos em ambos os gêneros terem sido classificados como nível mínimo e leve (Tabela 5), podendo-se até inferir para uma ausência desse sintoma na população estudada, notam-se escores mais elevados obtidos para o feminino. Trabalhos (Konegane e outros, 2003; Conceição e outros, 2004) demonstram que as mulheres são mais ansiosas se comparadas com os homens.

Escolaridade	Nível de ansiedade				Total N (%)
	Mínimo(%)	Leve(%)	Moderada(%)	Grave(%)	
Fundamental	14(47)	2(7)	0	0	23(77)
Médio	12(40)	1(3)	0	0	7(23)
Superior	1(3)	0	0	0	1(3)
Total	27(90)	3(10)	0	0	30(100)

Tabela 6: Distribuição numérica e percentual dos escores e nível de intensidade da ansiedade segundo nível de escolaridade

No que se refere à escolaridade (Tabela 6), as pesquisas de Konegane e outros, 2003; Ferreira e outros, 2004; Conceição e outros, 2004 não encontraram diferença estatisticamente significativa com relação aos níveis de ansiedade. Semelhante achado foi visto neste estudo.

Estado civil	Nível de ansiedade			
	Mínimo(%)	Leve(%)	Moderada(%)	Grave(%)
Solteiro	21(70)	2(7)	0	0
Casado	6 (20)	1(3)	0	0
Total	27(90)	3(10)	0	0

Tabela 7: Distribuição numérica e percentual dos sujeitos estudados (n=30), de acordo com o nível de ansiedade e o estado civil

Similarmente à idade e à escolaridade, o nível socioeconômico também não demonstrou significância em relação à ansiedade, o que foi relatado no trabalho de Ferreira e outros (2004) em seu estudo com sujeitos submetidos a tratamento odontológico.

Socioeconômica	Nível de ansiedade			
	Mínimo(%)	Leve(%)	Moderado(%)	Grave(%)
Baixa inferior	11(37)	1(3)	0	0
Baixa superior	14(46)	2(7)	0	0
Média inferior	1(3)	0	0	0
Média superior	1(3)	0	0	0
Total	27(90)	3(10)	0	0

Tabela 8: Distribuição numérica e percentual dos sujeitos estudados (n=30), de acordo com o nível de ansiedade e situação socioeconômica

Na pesquisa bibliográfica realizada não foi encontrada referência entre o estado civil e a ansiedade. Na população deste estudo (Tabela 7) verificou-se que os sujeitos eram solteiros (77%) em sua maioria, o que pode estar relacionado com a faixa etária da maioria do grupo em estudo, dificuldades de relacionar devido à fala prejudicada pela própria condição (DVF) e baixa autoestima já verificada nos estudos sobre autoestima e tempo de convivência de sujeitos nascidos com FLP realizado por Pereira (2000).

De acordo com os dados obtidos por meio do inventário de ansiedade, notou-se que os sujeitos, em sua maioria (90%), demonstraram estar com nível mínimo de ansiedade quanto à colocação da prótese de palato, contrariando os achados de Ignácio (2004), que demonstrou em seu estudo que o ambiente e o tempo de espera, em sujeitos cardíacos isquêmicos submetidos ao procedimento de angioplastia coronariana transluminal percutânea, influenciaram na elevação da ansiedade.

Para todos os sujeitos desse estudo, independentemente da faixa etária, gênero, escolaridade, ocupação, a ansiedade não foi relevante, o que contraria a hipótese da própria pesquisadora de que os sujeitos com DVF, no momento em que fossem indicados para a colocação da prótese de palato, a resposta de ansiedade estivesse elevada.

Nesse sentido faz-se necessária a realização de mais investigações ligadas ao tema, para que se responda aos novos questionamentos que se mostraram ao pesquisador após a realização deste estudo, bem como sua reaplicação juntamente com outras medidas de ansiedade em diferentes fases da confecção da prótese, para posterior comparação dos dados obtidos e permitindo assim a generalização dos resultados encontrados, assim como o aumento de participantes e em situações diferentes.

O método do estudo, transversal, não permite estabelecer inferências de causas da ansiedade e expectativa e suas variáveis. Não se pode afirmar se o nível de ansiedade é causa ou consequência das variáveis explicativas estudadas, relacionadas à indicação da prótese de palato, como também à expectativa. Também não participaram deste grupo dos sujeitos estudados em outras fases da confecção da prótese de palato, o que, provavelmente pudesse levar a uma possível ocorrência de ansiedade.

5. Conclusões

A presente pesquisa forneceu subsídios para melhor entendimento da importância da informação ao paciente, colaborando com vários estudos realizados sobre o assunto.

Foi possível identificar que houve expectativa com relação à modificação da fala em todos os sujeitos, com maior relevância nos profissionais e membros da família.

Os resultados encontrados comprovam que ansiedade esteve presente em toda amostra estudada, mesmo com o nível mínimo, o que vem confirmar os estudos já encontrados por diversos autores sobre ansiedade e procedimentos médicos.

Esta pesquisa mostra os benefícios de um diálogo entre a Psicologia e outras áreas da saúde, como leituras complementares. Evidencia também a importância da investigação psicológica na área hospitalar, favorecendo o entendimento transdisciplinar e principalmente com o paciente.

Referências

- American Society of Anesthesiologists (ASA) – A Physical Status Classification System 2005 (Disponível em: www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm)

- Antonio P.S., Munari D.B. & Costa H.K. (2002). Fatores geradores de sentimentos do sujeito internado frente ao cancelamento de cirurgias. *Revista eletrônica de enfermagem* [consultado 10 fevereiro 2005]; [on-line] (4)1: [7 telas]. Disponível: URL: <http://www.fen.ufg.br> (resgatado em 05/07/2009).
- Banaco, R. A. & Zamignani, D. R. (2004). An analytical-behavioral panorama on the anxiety disorders. In T.C.C. Grassi (Org.), *Contemporary challenges in the behavioral approach: A brazilian overview*. Santo André: Esetec, p. 9-26.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bazon, F. V. M, Campanelli, E. A. & Assis, S. M. B. (2004). A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*. V. 6, p.89-99.
- Bzoch, K.R. (2004). *Comunicative disorders to cleft lip and palate*. (5th. ed.) Austin: Pro-ed.
- Carvalho, R., Farah, O. G.D., & Galdeano, L.E. (2004); Níveis de ansiedade de alunos de graduação em enfermagem frente à primeira instrumentação cirúrgica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. V. 2, p.918-923.
- Conceição, D.B., Schonhorst, L. & Conceição M.J. (2004). Heart rate and blood pressure are not good parameters to evaluate preoperative anxiety. *Rev Brás Anestésio*. V. 54, p.769-773.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. & Del Prette, A. (2006). *Psicologia das Habilidades Sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.
- Ferreira, C.M., Filho E.D.G., Valverde, G. B., Moura, E. H, Deus, G. & Filho-Coutinho, T. (2004). Ansiedade Odontológica: Nível, Prevalência e Comportamento. *Rev Brás Prom Saúde*. V.17, p.51-5.
- Garcia, R. C. M. (2006). *Aspectos psicossociais de sujeitos com e sem distúrbio de comunicação decorrentes da fissura labiopalatina*. [dissertação de Mestrado]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais Universidade de São Paulo.
- Giuntini, P. B. (2006). *Avaliação do estado de ansiedade em sujeitos submetidos a cirurgias eletivas sob regime ambulatorial ou sob regime de internação*. [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo.

- Guidini-Lopes, A, Valadares da Costa, E. M., Boldignon. I., Balducci, I. & Silva, M. C. C. (2004). Reabilitação oral por próteses totais: expectativas dos sujeitos. *Rev Odont.* V.12, p.30 -8.
- Ignácio, D. S. (2004). *Ansiedade e Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea (ACTP): uma contribuição para enfermagem.* [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- Kara-Junior, N., Temporini, E. R. & Kara-José, N. (2001). Cirurgia de catarata: expectativas de sujeitos atendidos por projeto comunitário em São Paulo. *Rev Hosp Clin.* V. 56, p.163-68.
- Karkow, F. J, Spiandorello, W. P., & Godoy, R. F. (2004). Subjetive versus objective stress in noncritically hospitalized and outpatient adult men. *Rev Hosp Clin.* V. 59, p.161-67.
- Konegane, K., Penha, S. S., Borsatti, M. A. & Rocha, R. G. (2003). Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência *Rev Saúde Pública.* V.37, p.786-792.
- Marques, L. C, Rodrigues, O. M. P. R., & Pimentel, M. C. M. (2001). *Cirurgias plásticas secundárias: a satisfação gerando expectativas* [monografia]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo.
- Matta, A. P. C. & Filho, P. F. M. (2003). Sintomas depressivos e ansiedade em sujeitos com cefaléia do tipo tensional crônica e episódica. *Arq Neuropsiquiatr.* V. 61, p. 991-94.
- Mattos, C. M. C. (1990). *A prótese de fala como forma de reabilitação dos sujeitos portadores de fissura lábio palatal.* [Monografia]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo.
- Medeiros, V. C. C. & Peniche, A C. G. (2006). A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. *Rev Esc Enferm USP.* V. 40, p.86-92.
- Medeiros, V.C.C. (2002). *Sujeito cirúrgico: a influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório.* (dissertação de Mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo
- Oliveira, K. L, Santos, A A A, Cruvinel, M., & Néri, A.L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupo de idosos. *Psicol Estud.* V. 11, p.351-359.
- Pegoraro-Krook, M.I. (1995). *Avaliação da fala de sujeitos que apresentam insuficiência velofaríngea e que utilizam prótese de palato* São Paulo. [Tese]. São Paulo Escola Paulista de Medicina.

- Pegoraro-Krook, M.I., Dutka-Souza, J. C. R., Magalhães, L. C. T., & Feniman, M. R. (2004). Intervenção fonoaudiológica na fissura labiopalatina. In: Ferreira LP, Lopes-Befi D.M., Limongi S.C.O. organizadores. *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Rocca, p. 439-455.
- Pereira, A.C.M.M. (2000). *Auto-conceito e auto-estima em sujeitos com fissura labio-palatina: influência do tipo de fissura e do tempo de convivência com a mesma*. Dissertação de Mestrado. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru.
- Perosa, G. B. (2006). *Temas em Psicologia Pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pinto, J. H. N. (1998). *Avaliação de sujeitos portadores de disfunção velofaríngea tratados com prótese de palato*. Tese de Doutorado. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru.
- Pinto, J. K. & Pegoraro-Krook, M. I. (2003). Sujeitos portadores de disfunção velofaríngea tratados com prótese de palato. *J Applied Oral Science*. V. 11, p.192-7.
- Queluz, D. P. & Dometti, S. S. (2000). Expectativa do sujeito em relação à prótese total. *Rev Bras Clin Lab*. V.9, p.57-60.
- Regina, M. C. O. R., Carvalho, K. M. & Silva, R. J. R. (2004). Reações iniciais do sujeito infante-juvenil ante a indicação de cirurgia de estrabismo. *Arq Bras Oftalmol*. V. 64, p. 455-9.
- Sell, D. A. & Grunwell, P. (2005). *Avaliação e Terapia de Fala em Tratamento de fissura labial e fenda palatina*, Ed. Watson A.C.H., Sell D.A., Grunwell P., Chapter. 16, p. 227-257. Santos: São Paulo.
- Silva, M. L. N., Silva Filho, O. G. & Freitas, J. A. S. (2003). Abordagem interdisciplinar no tratamento das fissuras labiopalatinas. In: Campos CAH, Costa HOO, editores. *Tratado de otorrinolaringologia*. São Paulo: Rocca. V.3, p.534-66.
- Sousa, V. L. F., Reis, R. S. & Bernarbé, A. C. (2003). Análise da qualidade de vida dos pacientes do grupo de quadril adulto operados com enxerto ósseo. *Acta Ortop Brás*. V. 11, p.176-183
- Spina V., Psillks J.M., Lapa F.S, Ferreira M.C. (1972). Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo*. V. 27, p.5-6.

Recebido em: 31/08/2010 / Aceito em: 30/09/2010.