



Preparação Psicológica para Cirurgia de Prognatismo

CELINA M. RODRIGUEZ

Chefe do Ambulatório Bucomaxilofacial da FCM da Unicamp.

CRISTINA R. DE SOUZA PINTO
GABRIEL LUIS DE SORDI

Estagiários do Ambulatório Bucomaxilofacial da FCM da Unicamp.

VERA LUCIA P. ALVES

Bacharelada em Psicologia pela PUCCAMP.

Resumo

Os autores relatam a experiência de um trabalho integrando cirurgião-dentista e psicólogo, na prática da cirurgia de prognatismo.

Introdução

Ao observarmos na clínica diária que os pacientes cirúrgicos apresentavam quadros psicorreativos, tais como ansiedade, medo, tensão, depressão e agressividade, chegamos à conclusão de que necessitávamos de um trabalho que integrasse cirurgião-dentista e psicólogo, de forma a fornecer uma assistência integral a este tipo de paciente, visando seu bem-estar biopsicossocial e também facilitar nossa própria atuação clínica.

O trabalho multidisciplinar que desenvolvemos visa à preparação psicológica para a cirurgia de prognatismo, envolvendo seus três momentos:

- Pré-operatório: período que vai desde o momento em que o paciente fica sabendo que vai operar até o momento da cirurgia.
- Per-operatório: momento do ato cirúrgico.
- Pós-operatório: período que vai desde o momento em que o paciente sai da cirurgia até sua recuperação.

Desenvolvimento

Consideramos a cirurgia como um evento que provoca no paciente a sensação de invasão e agressão, decorrentes da dor e da manipulação de seu corpo, bem como da quebra que ocorre em sua rotina diária e da perda de autonomia que ele sofre quando da internação hospitalar.

No período pré-operatório abordamos dois momentos com o paciente:

Num primeiro momento, abordamos o motivo pelo qual o paciente busca a cirurgia. Muitos indivíduos nos procuram relatando motivos fisiológicos, quando na verdade têm por motivo real a estética facial. Nestes casos procuramos conscientizar o paciente de seus reais anseios e trabalhamos com ele (assim como com pacientes que apontam a estética facial como motivo) os sentimentos que estão envolvidos nesta cirurgia, os quais muitas vezes se apresentam como:

Fantasias de ganho secundário — O paciente imagina que com um "rosto novo" e não mais "queixudo" deixará de ser socialmente marginalizado, tendo portanto mais chances de evolução social. Assim como também pode estar esperando obter com a cirurgia um rosto além do seu padrão de beleza.

Ambigüidade de sentimentos em relação à cirurgia — O paciente pode apresentar no pré-operatório o comportamento "contraditório" de procurar o cirurgião, marcar com ele a cirurgia e não aparecer para realizá-la, apontando depois desculpas esdrúxulas. Este tipo de comportamento (é óbvio que nem sempre) pode ser consequência do medo que o paciente tem de que, fazendo a cirurgia e corrigindo seu defeito facial, não mais receba dos outros o carinho e a atenção que julga obter não pela pessoa que é, mas sim pelo defeito que possui.

Através da preparação psicológica pré-operatória, o paciente passa gradativamente a se conscientizar das suas fantasias e a elaborar seus sentimentos de uma forma mais real, tendo portanto oportunidades menores de manifestar reações pós-operatórias que venham a dificultar não só sua recuperação, como também a atuação da equipe de saúde.

O segundo momento é aquele no qual abordamos com o paciente os sentimentos envolvidos quanto à preparação pa-

ra o ato cirúrgico propriamente dito, que se mostram na maioria das vezes como:

Medo de eventos cirúrgicos

- Exames pré-operatórios: medo de agulhas contaminadas e medo de exames com resultados alterados.
- Anestesia: medo de não voltar da anestesia, medo de intubação e medo de afixia.

Fantasia de morte — O paciente imagina que vai morrer devido à indução ao sono, que representa o máximo de dependência externa, como também manifesta o medo de morrer gerado por acidentes cirúrgicos veiculados na imprensa.

Ansiedade, tensão e "stress" — Estas reações estão intimamente ligadas aos medos que envolvem o ato cirúrgico. Sendo que a ansiedade também pode estar ligada ao desejo de fazer a cirurgia o mais rápido possível. Desejo este que, não sendo dissipado, acarreta algumas vezes na prática imediata da cirurgia, deixando a ortodontia para o pós-cirúrgico (quando possível), a fim de eliminar a ansiedade e buscar maior colaboração do paciente.

Medo de possíveis seqüelas — Medo de ficar com cicatrizes e medo de que ocorra afundamento ou aparecimento de quelóide.

Uma vez que se discuta com o paciente quais seus medos e como ocorrem, e que se faça para ele uma decodificação dos eventos cirúrgicos, este paciente enfrentará muito melhor a cirurgia, assim como terá um pós-operatório mais tranquilo, porque irá passar por um processo a respeito do qual sabe tudo aquilo que necessitou saber.

No *per-operatório*, ou ato cirúrgico, a atuação psicológica ocorre junto à família e(ou) acompanhante, que têm manifestações muito semelhantes às do próprio paciente, podendo facilitar ou dificultar sua recuperação, assim como di-

ficular a atuação da equipe de saúde.

Um outro tipo de atuação psicológica é o acompanhamento do paciente ao centro cirúrgico, a fim de desmistificar para ele a sala de cirurgia e a UTI.

No pós-operatório imediato prossegue-se com o trabalho de decodificação (iniciado no pré-operatório) quanto aos processos pelos quais o paciente passa neste período, em termos de:

- Remoção da cânula e o que ela provoca.
- Contenção com anéis de borracha a que deve ser submetido o paciente.
- Ida para a UTI como processo rotineiro de pós-cirúrgico.
- Edemas que podem ocorrer.

Passa-se a seguir ao trabalho de reabilitação, que consiste em esclarecer o paciente quanto à amarrria, quanto à dificuldade em falar e às limitações a que está sujeito. Assim como também acompanhamos o paciente neste processo, procurando sentir como está sua nova auto-imagem e como está reagindo à mudança de seu esquema corporal, trabalhando com ele a fim de ajudá-lo a elaborar tais sentimentos.

Conclusão

A prática do trabalho multidisciplinar vem nos mostrando que, conjugando especialidades de atuação dos profissionais de saúde, nos aproximamos mais do conceito que a OMS tem para

saúde, que é o bem-estar biopsicossocial do indivíduo. E nos mostra também que temos tido a oportunidade de realizar um trabalho contando com dificuldades menores ou chances maiores de solucioná-las quando surgem.

Summary

The authors shows their experience in doing a integrated work between the dentist and the psychologist about the practices of prognact surgery.

Referências

1. BIRELI, B. — *Conversando com o paciente*. São Paulo, Editora Manole, 1978.
2. ANGERAMI, V. — *Psicologia hospitalar*. São Paulo, Editora Taça, 1984.
3. SANDERS, B. — *Problems, oral and maxillofacial surgery*. The CV Mosby Company, 1979.
4. MORAES, A.B.A. & PESSOTTI, I. — *Psicologia aplicada a Odontologia*. Campinas, Editora da Unicamp, 1985.

Endereço para correspondência:
CRISTINA K.S. PINHEI
Rua Sacramento, 809
13100 — Campinas-SP