

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

**PRÓTESE DE PALATO EM SUJEITOS COM DISFUNÇÃO VELOFARÍNGEA:
EXPECTATIVA E ANSIEDADE**

ROBERTA RIBEIRO ORTELAN

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para exame de Qualificação para a obtenção do título de MESTRE em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Distúrbios da Comunicação Humana.

BAURU
2007

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

**PRÓTESE DE PALATO EM SUJEITOS COM DISFUNÇÃO VELOFARÍNGEA:
EXPECTATIVA E ANSIEDADE**

ROBERTA RIBEIRO ORTELAN

Orientadora: Profa. Dra. Mariza Ribeiro Feniman

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para exame de Qualificação para a obtenção do título de MESTRE em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Distúrbios da Comunicação Humana.

**BAURU
2007**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

Rua Sílvio Marchione, 3-20
Caixa Postal: 1501
Cep: 17012-900 – Bauru – SP – Brasil
Telefone: (14) 3235-8000

Prof. Dra. Suely Vilela – Reitora da USP
Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas – Superintendente do HRAC/USP

Autorizo, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos, a
reprodução total ou parcial desta dissertação.

Roberta Ribeiro Ortelan

Bauru, de de 2006.

O8p **ORTELAN, ROBERTA RIBEIRO**
Prótese de palato em sujeitos com disfunção velofaríngea:
expectativa e ansiedade./ Roberta Ribeiro Ortelan. Bauru,
2007.
51f.: il.; 30cm.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação – Área de
Concentração: Distúrbios da Comunicação Humana) –
HRAC/USP

Orientador: Prof. Dra. Mariza Ribeiro Feniman
Descritores: 1.Expectativa 2.Ansiedade 3. Prótese de
Palato

FOLHA DE APROVAÇÃO

Dissertação apresentada e defendida por

ROBERTA RIBEIRO ORTELAN

é aprovada pela Comissão Julgadora em ____ / ____ / ____

Prof.(a) Dr.(a):
Instituição:

Prof.(a) Dr.(a):
Instituição:

Prof.(a) Dr.(a):
Instituição(Orientador):

Profa. Dra. Inge Elly Kiemle Trindade
Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP

Data de depósito da dissertação junto à SPG: ____ / ____ / ____

Roberta Ribeiro Ortelan

25 de agosto 1975 Mogi das Cruzes-SP	Nascimento
Formação Acadêmica	
1996 - 2001	Graduação em psicologia –Universidade do Sagrado Coração, Bauru/SP.
2001 - 2002	Curso de Especialização em Psicologia Clínica – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, Bauru-SP.
2001 - 2003	Psicóloga voluntária da Fundação Inácio de Loyola - Departamento Família de Narazé- Bauru/SP.
2004 – 2006	Psicóloga voluntária do Programa de Fonoaterapia Intensiva do Projeto Florida do HRAC – USP. Psicóloga voluntária do Programa de Prótese de Palato responsável pela orientação de pacientes, pais e profissionais quanto aos aspectos psicossociais.
2004 - 2007	Curso de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, área de concentração: Distúrbios da Comunicação, nível Mestrado – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – Universidade de São Paulo, Bauru-SP.

Uma dedicação especial aos meus Pais.

Tente Outra Vez (Raul Seixas)

Veja

Não diga que a canção está perdida
Tenha em fé em Deus, tenha fé na vida
Tente outra vez

Beba

Pois a água viva ainda está na fonte
Você tem dois pés para cruzar a ponte
Nada acabou, não não não não

Tente

Levante sua mão sedenta e recomece a andar
Não pense que a cabeça agüenta se você parar,
Há uma voz que canta, uma voz que dança, uma voz que gira
Bailando no ar

Queira

Basta ser sincero e desejar profundo
Você será capaz de sacudir o mundo, vai
Tente outra vez

Tente

E não diga que a vitória está perdida
Se é de batalhas que se vive a vida
Tente outra vez

AGRADECIMENTOS

A Deus pela graça da vida.

Aos meus pais, mesmo ausentes, eternamente presentes em minha vida.

“saudade é o sinônimo da presença eterna”

À minha Avó, **Linda Tentor Ribeiro** uma das pessoas mais importantes em minha vida, exemplo de altruísmo, fê, o meu eterno agradecimento.

Ao meu marido **Beto**, pelos momentos de conforto.

Fácil é agradecer todos que colaboraram com esse estudo, e difícil escrever os adjetivos pertinentes à todas as pessoas que estiveram presentes durante essa caminhada.

À Profa. Dra. **Mariza Ribeiro Feniman**, minha orientadora durante o mestrado e principalmente na vida.

À Profa. Dra. **Sandra Leal Calais** chefe do Departamento de Psicologia da UNESP-Bauru pelas orientações e contribuições nesse estudo.

À Dra. **Márcia Ribeiro Gomide**, exemplo de ética e competência.

À Professora de Inglês **Fernanda Ribeiro Pinto de Carvalho**, pelas correções e motivações durante esse estudo.

Ao Professor de literatura portuguesa da USP/SP, Prof. Dr. Doutor **Hélder Garmes**, pelas correções ortográficas e gramaticais.

À Dra. **Jeniffer de Cássia Rillo Dutka-Souza**, pelas sugestões desse trabalho, apoio e sonhos compartilhados em pesquisa.

À Profa. Dra. **Maria Inês Pegoraro-Krook**, que possibilitou a realização deste trabalho no setor de prótese de palato.

À Profa. Dra. **Dagma Venturini Marques Abramides**, pelas sugestões e estudos compartilhados.

Aos Professores que participaram da pré-qualificação: Prof. Dr. **Alceu Sérgio Trindade Júnior**, Profa. **Dra. Kátia Flores Genaro**, **Maria Lúcia Rubo de Rezende**.

À minha professora querida Profa. Dra. **Maria de Lourdes Merighe Tabaquim**, pelas sugestões desse trabalho, conselhos e exemplo de cientista.

Ao setor de **Prótese de Palato** que me acolheu desde o início: Érica, Homero, Simone, Mônica e especialmente a Fonoaudióloga **Josiane**, amiga e companheira e agora mãe, pelas conversas construtivas e momentos compartilhados.

Ao Prof. Dr. **José Roberto Pereira Lauris e Marcel Frederico de Lima Taga** pela análise estatística desse estudo.

À Profa. Dra. **Inge Elly Kiemle Trindade**, presidente da comissão de pós-graduação do HRAC-USP.

A todos da **Secretária de Pós-Graduação**, pelo respaldo necessário.

Aos **pacientes**, que colaboraram para realização desse estudo.

A todos que diretamente ou indiretamente colaboraram para realização desse estudo e principalmente por essa nova etapa alcançada.

A **CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal e Nível Superior**, pelo apoio financeiro durante a realização deste estudo.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE SIGLAS.....	viii
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xi
ÍNDICE DE TABELAS.....	xii
RESUMO.....	xiii
SUMMARY	xiv
1. Introdução.....	1
2. Revisão de Literatura.....	4
2.1 Disfunção Velofaríngea	4
2.2 Prótese de Palato	7
2.3 Expectativas.....	11
2.4 Ansiedade.....	14
3. Objetivo	26
4. Material e método	27
4.1 Seleção da casuística	27
4.2 Caracterização dos sujeitos	28
4.3 Procedimento	31
5. Resultados e discussão.....	34
6. Conclusões.....	43
7. Referências bibliográficas.....	44
ANEXOS	

ÍNDICE DE SIGLAS

USP	Universidade de São Paulo
HRAC	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

FLP	Fissura labiopalatina
DVF	Disfunção Velofaríngea
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço - Estado
MVF	Mecanismo Velofaríngeo

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Mecanismo velofaríngeo (dentro do círculo) em fechamento durante produção de um som oral.....	4
Figura 2.	Velofaringe normal após cirurgia de palato. Ar e som saem somente da boca durante produção da palavra "papai"	6
Figura 3.	Disfunção velofaríngea após cirurgia de palato. Ar e som saem da boca e do nariz durante produção da palavra "papai".	6
Figura 4.	Prótese de palato completa	7
Figura 5.	Moldagem da porção intermediária	9
Figura 6.	Porção anterior em acrílico	9
Figura 7.	Moldagem em cera da porção intermediária	9
Figura 8.	Moldagem com cera Adaptol® da porção do bulbo faríngeo	10
Figura 9.	(a) Fissura Transforame Incisivo Bilateral, (b) Fissura Transforame Incisivo Unilateral.....	28
Figura 10.	(a) Fissura Pós Forame Incisivo Completa, (b) Fissura Pós-Forame Incisivo Incompleta.....	29

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Distribuição percentual e numérica dos sujeitos segundo grau de escolaridade	29
Gráfico 2.	Distribuição percentual e numérica dos sujeitos segundo estado civil.....	30
Gráfico 3.	Distribuição percentual e numérica dos sujeitos segundo situação sócio-econômica.....	30
Gráfico 4.	Distribuição percentual e numérica dos sujeitos segundo ocupação	30
Gráfico 5.	Distribuição percentual e numérica dos sujeitos segundo procedência (Regiões do Brasil)	31

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo gênero e idade...	29
Tabela 2.	Distribuição numérica e percentual das respostas dos sujeitos segundo as questões 1 e 2, respectivamente.....	34
Tabela 3.	Distribuição numérica e percentual das respostas dos sujeitos segundo as questões 3 e 4, respectivamente.....	35
Tabela 4.	Distribuição numérica e percentual das respostas dos sujeitos segundo a questão 5.....	36
Tabela 5.	Distribuição numérica e percentual das respostas dos sujeitos segundo a questão 6	37
Tabela 6.	Distribuição numérica e percentual das respostas dos sujeitos quanto à questão 7.....	37
Tabela 7.	Distribuição numérica e percentual dos sujeitos estudados (n=30), de acordo com o nível de ansiedade e faixa etária	39
Tabela 8.	Distribuição numérica e percentual dos escores e nível de intensidade da ansiedade segundo o gênero.....	40
Tabela 9.	Distribuição numérica e percentual dos escores e nível de intensidade da ansiedade segundo nível de escolaridade	40
Tabela 10.	Distribuição numérica e percentual dos sujeitos estudados (n=30), de acordo com o nível de ansiedade e o estado civil.....	41
Tabela 11.	Distribuição numérica e percentual dos sujeitos estudados (n=30), de acordo com o nível de ansiedade e situação sócio econômica.....	41

RESUMO

Objetivo: Considerando que a fissura labiopalatina (FLP) 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, o 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 por exemplo, a utilização de prótese de palato, o presente estudo tem como objetivos mensurar a gravidade dos sintomas de ansiedade e verificar a expectativa de sujeitos de ambos os gêneros, com disfunção velofaríngea, indicados à colocação da prótese de palato.

Método: Estudo transversal e descritivo. Foram analisados 30 sujeitos, do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP com disfunção velofaríngea, de ambos os gêneros na faixa etária de 15 a 64 anos, com idade média de 28 anos, indicados para colocação da prótese de palato, no ano de 2005. Como instrumentos foram utilizados um questionário de expectativa formulado pela própria pesquisadora e o inventário de ansiedade de Beck.

Resultados/Conclusões: Ocorreu expectativa com relação à modificação da fala em todos os sujeitos; a expectativa de mudança nos aspectos profissional e afetivo foi a mais relatada; a idade e os sujeitos do gênero feminino e do masculino não foram fatores relevantes nos níveis de ansiedade; o nível mínimo de ansiedade foi o de maior ocorrência; a expectativa foi mais freqüente que a ansiedade na população amostrada.

Descritores: Ansiedade, expectativa, prótese de palato, escala de beck, disfunção velofaríngea .

SUMMARY

Objective: 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.

Method: 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.

Results/Conclusions: 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.

Key words: Anxiety, expectation, palatal prosthesis, Beck Scale, velopharyngeal dysfunction.

1. Introdução

Ao longo de seus 30 anos, o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), vem atendendo sujeitos com fissura labiopalatina (FLP) isolada ou associada a outras anomalias craniofaciais, abrangendo todas as etapas da reabilitação e pesquisa nesta área.

O sujeito 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 sujeito e sua família criam muitas expectativas frente ao seu tratamento e resultados.

Apesar dos protocolos para correção cirúrgica da FLP variarem entre os diversos centros ao redor do mundo, 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 2003).

A cirurgia primária de lábio é esperada com muita ansiedade e expectativa pelos pais e/ou cuidadores da criança, uma vez que resulta em alterações estéticas as quais têm 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 essa malformação congênita. 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 (Bzoch 1997 e Pegoraro-Krook et al. 2004).

O reparo cirúrgico da FLP nem sempre estabelece um mecanismo velofaríngeo adequado, resultando na disfunção velofaríngea (DVF) para fala, a qual se caracteriza pela comunicação indesejada 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 intra-oral e do uso de pontos articulatorios atípicos (articulação compensatória).

Esses comprometimentos da fala podem produzir angústia, pelo fato do sujeito não ser entendido pelos outros. A hipernasalidade da voz, mais especificamente, pode produzir estigma e promover apelidos, dando a impressão de limitações intelectuais, física e inabilidade social (Behlau e Pontes 1995, Amaral 1997 e 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 ou 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).

A prótese de palato, em particular, consiste em um aparelho removível, que possui uma extensão fixa em direção à faringe, o bulbo, cuja função é atuar dinâmica e funcionalmente em interação com a musculatura da faringe, participando no direcionamento do fluxo e pressão aéreas para a cavidade oral durante a 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 a prótese de palato antes da cirurgia para a modificação do padrão de funcionamento velofaríngeo para então ser definida a melhor conduta cirúrgica para o caso. A prótese de palato pode ainda ser usada como opção primária de tratamento da

fissura nos casos em que o sujeito não pode ser submetido a uma cirurgia ou ainda por opção do mesmo (Dutka-Souza 2004).

Tendo em vista a trajetória hospitalar do sujeito com FLP e seu constante contato com a equipe da saúde, o mesmo acaba esperando dessa equipe 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, segundo Bandura (1977) citado por Reinecke et al. (1999).

Refletindo, então, sobre a expectativa que o sujeito possa ter com relação à colocação da prótese de palato, podemos considerar que tal expectativa poderá desencadear respostas emocionais inadequadas em relação à antecipação do problema, gerando assim ansiedade (Epstein e Schlessinger 1999).

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 sujeito, contribuindo para aumento de faltas, cancelamento de atendimentos e até mesmo levar as complicações pós-cirúrgicas (Regina et al. 2004 e Antonio et al. 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. Assumindo que, assim como no tratamento cirúrgico e odontológico, possíveis níveis elevados de ansiedade e expectativa no tratamento da FLP e DVF por meio da prótese de palato influenciem na colaboração e compreensão desse procedimento por parte do paciente, considerou-se relevante verificar a ansiedade e expectativa de sujeitos encaminhados para a confecção da prótese de palato.

2. Revisão de Literatura

Este capítulo apresenta uma revisão dos conceitos da DVF, prótese de palato, expectativa, ansiedade e de trabalhos encontrados nessa área, visando uma melhor compreensão da proposição, como também da população amostrada nessa dissertação.

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 (MVF) pode envolver o movimento para cima e para trás do palato mole concomitante ao movimento mesial das paredes laterais da faringe e ao movimento anterior da parede posterior, resultando no seu fechamento (Bzoch 2004). Este fechamento é essencial durante as atividades de fala, sopro e assobio e durante atividades como sucção, deglutição e reflexo de vômito (Pegoraro-Krook et al. 2004). Com exceção dos sons nasais, todos os demais sons do português são sons orais e requerem fechamento do mecanismo velofaríngeo (Figura 1 e 2).

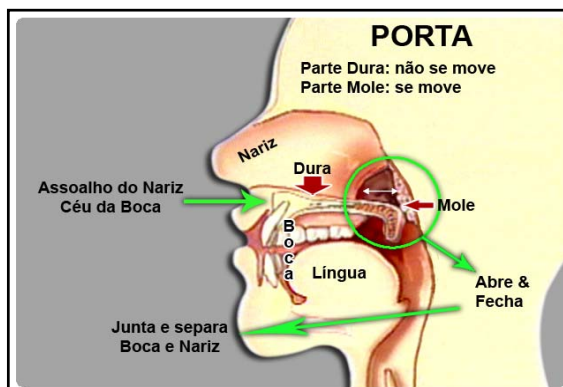


Figura 1 - Mecanismo velofaríngeo (dentro do círculo) em fechamento durante produção de um som oral

Quando o mecanismo velofaríngeo não funciona adequadamente durante produção da fala ou outras atividades, 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 fala do sujeito (Bzoch 2004). A hipernasalidade, o escape de ar nasal, a fraca pressão intra-oral 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 das vogais consoantes nasais. 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, 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 et al. (2004), podem comprometer a inteligibilidade de tal forma que até mesmo familiares próximos não entendem o que o sujeito diz (Figura 3).

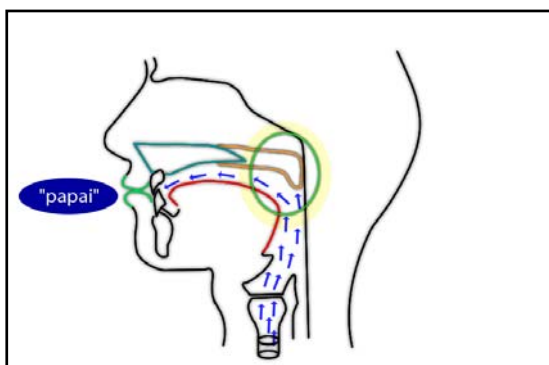


Figura 2 - Velofaringe normal após cirurgia de palato. Ar e som saem somente da boca durante produção da palavra “papai”

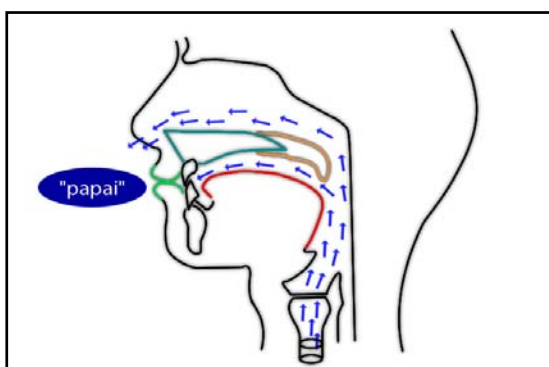


Figura 3 - Disfunção velofaríngea após cirurgia de palato. Ar e som saem da boca e do nariz durante produção da palavra “papai”

A correção da DVF pode envolver tratamento cirúrgico, protético, fonoterápico, ou ainda a combinação desses. A cirurgia é com frequência a opção mais utilizada para 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 a correção da DVF ou ainda pode preceder o tratamento cirúrgico e ser utilizado em combinação com a fonoterapia. Quando combinado com a fonoterapia 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 (Dutka-Souza 2004).

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 realizados por equipe interdisciplinar, preocupada em se adaptar às necessidades dos sujeitos, indicando e realizando os procedimentos mais adequados, cirúrgicos ou não (Schwedtfeger 2006).

Essa abordagem não cirúrgica pela prótese de palato que se constitui em um aparelho removível, com uma extensão fixa em direção à faringe, o bulbo, cuja função é atuar dinâmica e funcionalmente em interação com a musculatura da faringe para o controle de fluxo de ar oro-nasal (Figura 4).



Figura 4 - Prótese de palato completa

Segundo Pegoraro-Kook (1995), 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 brasileiros pesquisaram a utilização da prótese de palato para correção da DVF (Mattos 1990, Pegoraro-Krook 1995 e Pinto 2003). Mattos (1990) realizou um estudo em sujeitos com história de fissura labiopalatina e DVF após correção cirúrgica da fissura. Nesses 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 8 e 74 anos, sendo 42 com história de fissura palatina (operada ou não), 2 com história de câncer e ressecção total ou parcial do palato e 4 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 satisfeito com a prótese, reportando melhoras na qualidade de vida após o uso da mesma.

A prótese de palato é confeccionada pelo cirurgião-dentista com auxílio do fonoaudiólogo, respeitando as diferenças anatômicas individuais de cada sujeito. A confecção prótese de palato envolve algumas etapas: primeiramente é realizada a moldagem da prótese de palato; depois é realizado o desenho a 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.



Figura 5 - Moldagem da porção intermediária



Figura 6 - Porção anterior em acrílico

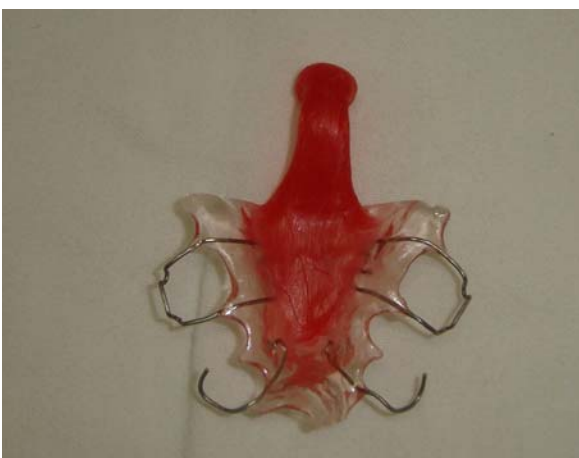


Figura 7 - Moldagem em cera da porção intermediária



Figura 8 - Moldagem com cera Adaptol® da porção do bulbo faríngeo

A prótese de palato 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 uma estratégia com objetivo de estimular o movimentos das paredes faríngeas durante a fonoterapia. A prótese também pode ser indicada nos casos de contra indicação 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 recurso para corrigir ou minimizar as conseqüências da DVF, enquanto se aguarda a evolução do caso (Pegoraro – Krook et al. 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 (Peterson-Falzone et al. 2006 e Sell 2005).

2.3 Expectativas

Etimologicamente, segundo Ferreira (2002), expectativa pode significar esperança fundada em supostos direitos, probabilidade ou promessas.

Informações, artigos científicos ou pesquisas relacionadas à expectativa do sujeito em relação à utilização de prótese de palato, um dos objetivos desta investigação, não foram encontrados na literatura pesquisada, porém verificou-se a existência de trabalhos em outros contextos.

Com o propósito de avaliar sujeitos submetidos à reabilitação oral, Queluz e Dometti (2000) verificaram a expectativa deles em relação à nova prótese total. Participaram desse 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, mudança em relação a essa perda, motivo da procura pelo tratamento protético e expectativas de mudanças após colocação da prótese total nova. A maioria dos sujeitos possuía primeiro grau incompleto (69,2%), sendo 61,5% de sujeitos do gênero feminino. A maioria dos casos da perda de dentes (59,6%) foi ocasionada por cárie dentária e por 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 etc.). Analisando as expectativas de mudança após a colocação da prótese total nova, 48,1% esperavam melhora na mastigação, 13,5% na estética e nada foi referindo à fonação.

Independentemente do gênero dos sujeitos, uma preocupação maior com a mastigação do que com a estética foi observada nesse estudo.

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 conseqüências para melhor qualidade de vida, Kara-Júnior et al. (2001) avaliaram 331 sujeitos, com idades entre 50 e 97 anos, de reduzido nível sócio-econômico. 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, observada em 59,8% da amostra, significou melhoria em sua qualidade de vida.

Marques (2001) com objetivo de analisar a expectativa frente à realização da cirurgia plástica secundária, entrevistou 30 adolescentes com fissura lábiopalatina, por meio de uma entrevista individual, elaborada pela pesquisadora e aplicada durante a internação cirúrgica. Constatou a existência de alta expectativa desses sujeitos para ambos os gêneros, os quais visavam melhoria estética, ganhos pessoais e sociais.

Souza et al. (2003) realizaram um estudo com sujeitos 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 revelaram que 37,5% da população pertencia à classe 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 demonstrou que a grande maioria 15 (93,75%), esperava obter um ou mais benefícios, sendo que apenas 1 (6,25%), por acreditar que sua situação era irreversível, esperava somente pela diminuição da dor. Das dificuldades apresentadas anterior à cirurgia, 93,75% dos sujeitos apresentavam 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 que faziam uso, relatando ausência de dor. Os autores 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, José et al. (2002) e Guidini-Lopes et al. (2004) publicado em dois anos diferentes, avaliaram o conhecimento, a expectativa e o interesse na realização de cirurgias corretivas ópticas. Para isso foi utilizado um questionário auto-aplicável. Embora 92,8% dos avaliados já tinham ouvido falar em 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 contra-indicação médica, falta de oportunidade, falta de conhecimento e problemas financeiros e, embora 83,7% tivessem se consultado com o oftalmologista nos últimos três anos, 81,5% dos entrevistados gostariam de se informar melhor sobre a cirurgia refrativa. Concluíram então que entre os estudantes existiu pouco conhecimento e falsa expectativa em relação à cirurgia refrativa.

2.4 Ansiedade

Algumas definições para ansiedade são observadas na literatura (Freud 1936, Skinner 1938, Ajuriaguerra 1976, Spielberg 1981, Peregrino 1996, Graeff e Guimarães, 2001 e Bernik 2004).

Freud (1936) considerou a ansiedade como um estado ou condição emocional desagradável, incluindo componentes fisiológicos e comportamentais, acompanhados por descargas motoras, resultantes de uma situação de perigo. Ao longo de seu desenvolvimento, o ego adquiriria a capacidade de produzir ansiedade quando surgisse uma situação de perigo e, mais tarde, em antecipação ao perigo.

De acordo com Skinner (1938), as emoções seriam produtos do controle externo e as idéias modeladas por controles ambientais e, nesse contexto, o medo e a ansiedade seriam formas de defesa do organismo contra a ameaça do perigo. Entretanto, enquanto o medo sempre se instalaria antes de uma ameaça concreta, a ansiedade seria um estado emocional motivado por um estímulo ameaçador antecipado.

Para Spielberger (1981) autor do Inventário de Ansiedade Traço-Estado, o IDATE, a ansiedade é um fenômeno de natureza emocional, que se manifesta de duas maneiras: 1) como estado psicológico, ou seja, uma condição transitória que varia de intensidade a depender das formas de reação - essas reações envolvendo manifestações subjetivas e sinais fisiológicos relacionados com alterações da taxa respiratória e da pressão arterial, manifestando-se dentre outras formas, pela postura do corpo, os tipos de respostas ao stress, a maneira de executar certas tarefas; 2) como traço de personalidade, ou seja, a ansiedade considerada como uma tendência básica da pessoa, que a leva a estabelecer formas bem definidas de defesa.

Autores como Graeff e Guimarães (2001) são unânimes na definição da ansiedade como um sentimento vago e incômodo, de desconforto e temor, acompanhado de uma resposta autônoma. Sua fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo: um sentimento de apreensão causado pela antecipação do perigo. É um sinal variável que alerta para um perigo iminente e pertinente ao indivíduo, impulsionando-o a tomar medidas para lidar com a ameaça.

A ansiedade é vista em tais posições teóricas como um termo adequado para caracterizar situações e reações desagradáveis para a pessoa, sentido em que o termo é definido na *Classificação de transtornos mentais e de comportamento* (CID-10) e no *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV), fontes da operacionalização da noção de ansiedade. No transtorno de ansiedade, conforme o CID-10, há uma variabilidade grande dos sintomas dominantes, estando entre as queixas comuns e contínuas as palpitações, os tremores, a sudorese, o nervosismo, o desconforto epigástrico, a tensão muscular, a sensação de cabeça leve e as tonturas, além de medo relacionados a si mesmo ou a parentes adoecer e/ou sofrer acidentes e uma série de outros pressentimentos e preocupações. O DSM-IV traz como sintomas de ansiedade a irritabilidade, a perturbação de sono ou o sono insatisfatório, a fatigabilidade, a inquietude ou a sensação de estar com os nervos à flor da pele, a tensão muscular e dificuldade em concentrar-se. Sugere, ainda, que a ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo na convivência social ou profissional ou em outras áreas importantes da vida do sujeito.

Segundo Banaco e Zamignani (2004) o termo ansiedade pode referir-se a eventos diversos, tanto aos estados internos do falante, quanto a processos comportamentais que produzem tais estados. 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 ela adquire o *status* de queixa clínica.

Constatamos, portanto, que a ansiedade tem sido estudada por diversos pesquisadores e relacionada às mais diferentes variáveis. A quantidade de artigos publicados não deixa dúvida quanto à sua importância.

Singh et al. (2000), por exemplo, realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o medo, a ansiedade e o controle relacionados ao tratamento odontológico, envolvendo 364 crianças da faixa etária de 7 a 13 anos. Como instrumentos, foram utilizados três questionários com questões de múltipla escolha, aplicados em grupos de 10 crianças. O primeiro questionário destinou-se à avaliação do medo ao tratamento odontológico e às outras situações, tendo sido traduzido e adaptado do *Childs Fear Survey Schedule*. O segundo questionário continha 20 itens relacionados às situações potencialmente produtoras de ansiedade, traduzido e adaptado do *State Trait Anxiety Inventory for Children*. O terceiro, com 40 itens, dos quais 20 eram relacionados ao controle percebido e 20 ao controle desejado, foi traduzido e adaptado do *Child Dental Control Assessment*. Em relação ao medo e ansiedade, a média dos escores foi mais elevada para o gênero feminino do que para o gênero masculino. Em relação à idade, as crianças da faixa de 11 a 13 anos revelaram-se em média mais temerosas que as de 7 a 9 anos. Quanto ao controle percebido, as crianças mais novas possuem mais controle do que as mais velhas. Em geral, os dados indicam que valores mais altos de medo relacionaram-se com valores mais baixos de controle percebido. As crianças que tinham realizado tratamento odontológico com anestesia demonstraram-se mais temerosas do

que as não submetidas a ela, permitindo inferir que a etiologia de medo pode relacionar-se a esse procedimento por envolver a percepção de incontrolabilidade.

Com objetivo de identificar e verificar a relação entre estado de ansiedade e estratégias de enfrentamento no período pré-operatório, Medeiros (2002) estudou 40 sujeitos adultos cirúrgicos utilizando para isto dois instrumentos auto-aplicáveis: o inventário de estado de Spielbergl e o inventário de estratégias de Lazarus, Folkamnl. Os resultados demonstraram baixo e médio estados de ansiedade. Correlação negativa significativa entre o estado de ansiedade e as estratégias de suporte social e resolução de problemas foi observada, ou seja, quanto mais os sujeitos utilizavam-se dessas estratégias de enfrentamento menos ansioso permaneceram no período pré – operatório.

A avaliação da frequência de sujeitos com ansiedade ou medo do tratamento odontológico foi realizada também por Konegane et al. (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 ao início dos sintomas. Foram identificados 28,2% de sujeitos com algum grau de ansiedade, segundo a MDAS, revelando serem as 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% da amostra, 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 ao atendimento odontológico.

A ocorrência de ansiedade e sintomas depressivos entre sujeitos com cefaléia tipo tensional (CTT), episódica (CTTE) e crônica (CTTC), foi verificada por Matta e Filho (2003), por meio de uma pesquisa constituída de 50 sujeitos com CTTE e 50 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 et al. (2004) em 300 sujeitos submetidos ao tratamento odontológico, por meio de uma Escala de Ansiedade Odontológica (DAS), levando em conta questões sócio-econômicas e de comportamento. Sujeitos com escore igual ou maior que 15 foram considerados ansiosos e nessa amostra a prevalência foi de 18%. O escore médio da DAS para a amostra 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 freqüentemente o tratamento odontológico independente do nível social ou escolaridade.

Ignácio (2004) objetivou mensurar o nível de ansiedade em cardíacos isquêmicos em

três momentos distintos: antes de receber orientações, após o recebimento dessas orientações e após dez minutos antes de entrar na sala para o procedimento de angioplastia coronariana transluminal percutânea (ACTP). A amostra consistiu de 20 sujeitos cardíacos isquêmicos, adultos, encaminhados via Sistema Único de Saúde ao primeiro procedimento de ACTP. O método foi composto por observação participativa em três momentos de mensuração da pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória e aplicação do (IDATE); no primeiro momento também foi aplicado o IDATE-Traço. Os resultados encontrados foram que a pressão arterial sistólica manteve-se acima dos valores limites, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, nas três etapas, em mais de 60% dos casos. Os padrões observados para frequência cardíaca mantiveram-se na faixa de normalidade para 85% do grupo, porém, em 70% dos casos havia uso associado de betabloqueadores. A frequência respiratória mostrou-se ascendente durante o evoluir das etapas, com taquipnéia em 50% dos casos no segundo momento e em 70%, no terceiro. Os valores, segundo categorização do IDATE, tiveram as médias do estado de ansiedade em faixa moderada nos três momentos, sendo que entre o segundo e terceiro houve variação de mais ou menos seis pontos, levando alguns pacientes ao nível elevado. Para ansiedade-traço a faixa também foi moderada. O autor concluiu que a ansiedade, provocada pela ACTP, já estava alterada (moderada), mantendo-se ou agravando-se ao longo da espera, e as orientações de enfermagem não reduziram a ansiedade, tendo aumentado em alguns casos. Mesmo utilizando medicações anti-hipertensivas, os pacientes desenvolveram hipertensão, de leve a severa, acompanhada por elevação da frequência respiratória nos três momentos. O ambiente ao qual o sujeito era exposto contribuiu para desencadear ansiedade. A amostra do estudo foi considerada pequena, permitindo apenas a generalização naturalística.

Kiyohara et al. (2004) compararam o grau de ansiedade no dia anterior à cirurgia entre sujeitos, no que se refere ao seu diagnóstico, à cirurgia e à anestesia que seriam submetidos. Como instrumento para verificar a ansiedade foi utilizado o IDATE. A ansiedade-estado foi semelhante para homens e mulheres, mas a ansiedade-traço foi maior entre mulheres. O nível de educação não influenciou a ansiedade-estado, porém mostrou-se inversamente relacionado à ansiedade-traço. O diagnóstico foi claro para 91,7% dos sujeitos entrevistados, a cirurgia para 75% e a anestesia para 37,5%. Os autores concluíram que o conhecimento sobre a cirurgia a ser realizada pode reduzir o estado de ansiedade.

Em um estudo transversal com 120 sujeitos, Karkow et al. (2004) avaliaram hormônios do estresse-objetivo com a finalidade de correlacioná-los com queixas subjetivas, estimadas pelo (BAI) em casos ambulatoriais e hospitalizados. Três populações foram investigadas, nominalmente doentes clínicos 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 uma psicóloga especializada. 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 subjetivo (ansiedade). Os autores concluíram que: as anormalidades subjetivas (BAI) foram comuns tanto em populações internadas quanto ambulatoriais, sem diferenças entre esses grupos; o estresse-objetivo (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 et al. (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 (ASA) 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 11. 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 11 (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 pré-operatória do que do gênero masculino.

Godoy et al. (2005) realizou um estudo com o objetivo de analisar os efeitos da psicoterapia sobre os níveis de sintomas de ansiedade e depressão, qualidade de vida e capacidade de exercício em sujeitos com doença pulmonar obstrutiva crônica, submetidos a um programa de reabilitação pulmonar. Como método, foi utilizado ensaio clínico prospectivo, controlado e cego, realizado com 49 sujeitos randomizados divididos em três grupos: programa de reabilitação pulmonar completo (grupo 1); sem exercícios físicos (grupo 2); e sem psicoterapia (grupo 3). Foram utilizados para avaliação: inventários de ansiedade e de depressão de Beck, questionário respiratório de *Saint George* e o produto da distância caminhada pelo peso. Os resultados obtidos para os grupos 1 e 2 demonstraram melhora absoluta estatisticamente significativa na capacidade de realizar exercícios, bem como redução significativa dos níveis de ansiedade e depressão, e melhora no índice de qualidade de vida. O grupo 3 demonstrou redução no nível de ansiedade, mas não no nível de depressão, nem melhora de qualidade de vida. Como conclusão os autores relataram que as sessões de psicoterapia em um programa de reabilitação pulmonar auxiliaram sujeitos com doença pulmonar obstrutiva crônica no manejo das limitações impostas pela doença, por meio da redução dos níveis de sintomas comportamentais, especialmente depressão, melhorando a capacidade de realizar exercícios físicos e a qualidade de vida relacionada à saúde.

Um estudo foi realizado por Chaves e Cadê (2004) com o objetivo de conhecer a relação da ansiedade com os níveis de pressão arterial em mulheres hipertensas e com o tempo de tratamento dessa enfermidade. Foram pesquisadas 78 mulheres em tratamento no InCor, mediante o IDATE, utilizando-se para verificação da pressão arterial a medida indireta, obtida pelo método auscultatório. A amostra apresentou traço e estado de ansiedade moderados e médias de pressão acima do normal, compatível com hipertensão estágio 1. Não houve diferença estatisticamente significativa entre níveis de

ansiedade e pressão arterial, nem diferença entre o tempo de tratamento para hipertensão e os níveis de ansiedade.

Com a finalidade de verificar o nível de ansiedade de alunos de graduação em enfermagem frente à primeira instrumentação cirúrgica, Carvalho et al. (2004) estudaram uma amostra de 30 alunos do sexto semestre, que cursaram a disciplina Enfermagem em Centro Cirúrgico. Utilizou-se o Teste IDATE, identificaram que 27 alunos (90,0%) apresentaram baixo nível de ansiedade-traço. Quanto à ansiedade-estado, verificaram maiores incidências: baixo nível de ansiedade no primeiro dia de aula teórica (76,7% dos alunos), médio nível de ansiedade no laboratório (53,4% dos alunos) e médio nível de ansiedade no estágio supervisionado (80,0% dos alunos). Observaram ainda, baixo percentual 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 ao que o aluno estava acostumado, sendo acrescido da expectativa do aluno frente à supervisão do docente e o procedimento que irá realizar de instrumentação cirúrgica.

Medeiros e Peniche (2006) estudaram 40 sujeitos cirúrgicos com o objetivo de identificar e verificar a relação entre o estado de ansiedade e as estratégias de enfrentamento desses sujeitos em um período pré-operatório, utilizando para isso dois instrumentos auto-aplicáveis: o inventário de estado de Spielberger e o de estratégias de Lazarus e Folkamn. Os resultados mostraram que a amostra 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, foi obtida 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 ansioso permaneceram no período pré-operatório.

Uma pesquisa realizada por Giuntini (2006) teve o objetivo de quantificar e comparar, mediante a utilização de escalas, questionários e dosagem do cortisol salivar, o grau de ansiedade de sujeitos submetidos a cirurgias. Foram avaliados dois grupos de 12 sujeitos cada um: grupo RA, no qual os sujeitos foram operados eletivamente sob regime ambulatorial e grupo RI, 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, e para a quantificação do cortisol salivar. Avaliou-se ainda o comportamento hemodinâmico. Saliva para quantificação do cortisol também foi coletada no sétimo e oitavo dias 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 regime ambulatorial apresentaram, na Escala Analógica Visual, escores de ansiedade maiores que os sujeitos do regime de internação. Na escala de Spielberger, o traço-ansiedade encontrado nos grupos foi similar e o estado-ansiedade, na véspera da cirurgia, foi maior no grupo operado sob regime ambulatorial. Não houve diferença entre os grupos no tocante ao cortisol salivar.

A autora concluiu que os sujeitos operados sob regime ambulatorial apresentaram maior grau de ansiedade que as operadas sob regime de internação.

3. Objetivo

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.

4. Material e método

Inicialmente foi elaborado um projeto de pesquisa, que depois de submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), local do desenvolvimento da Pesquisa, obteve parecer favorável sob o Protocolo nº 038/2005 (Anexo 1).

Para a participação dos sujeitos nesse estudo foi elaborada e lida a Carta de Informação ao Sujeito da Pesquisa (Anexo 2), firmando a aceitação por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo 3).

4.1 Seleção da casuística

A fim de se selecionar 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 seqüências genéticas;
- alfabetizados;
- nascidos com fissura labiopalatina já corrigidos cirurgicamente;
- apresentando disfunção velofaríngea (DVF), com indicação ao uso da prótese de palato.

4.2 Caracterização dos sujeitos

O grupo estudado caracteriza-se pelo predomínio masculino, sendo nessa amostra (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 (Spina 1972). O tipo transforame incisivo é uma

fenda congênita, uni ou bilateral, que envolve lábio, arcada dentária, palato duro e palato mole até a úvula, colocando em comunicação total as cavidades nasal e bucal (Figura 9a e Figura 9b).

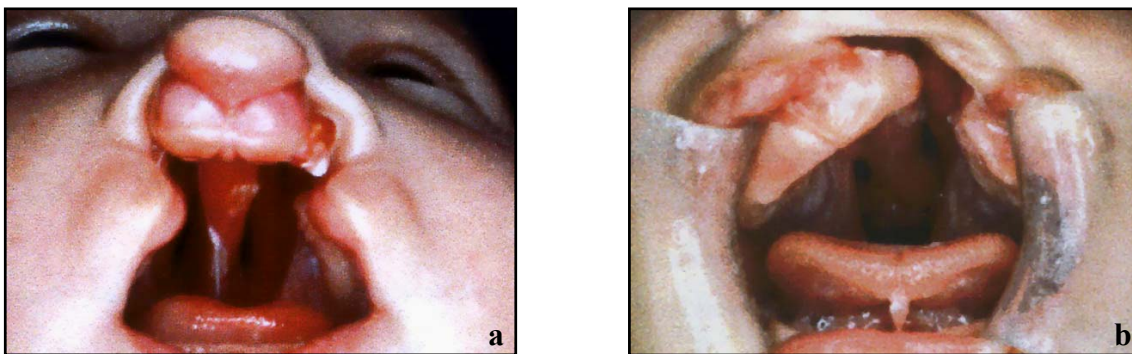


Figura 9 - (a) Fissura Transforame Incisivo Bilateral, (b) Fissura Transforame Incisivo Unilateral

A fissura pós-forame incisivo está localizada posteriormente ao forame incisivo anterior. É sempre mediana e seu grau pode variar quanto à largura e extensão, podendo ser representada desde as formas mais simples em que somente a úvula é fendida, ou comprometendo também o palato mole (pós-forame incompleta), ou ainda atingindo até o forame palatino anterior, com comprometimento do palato duro (pós-forame completa). Nesse tipo de fissura, há a comunicação da cavidade nasal posterior com a cavidade bucal em maior ou menor grau (Figura 10a e 10b).

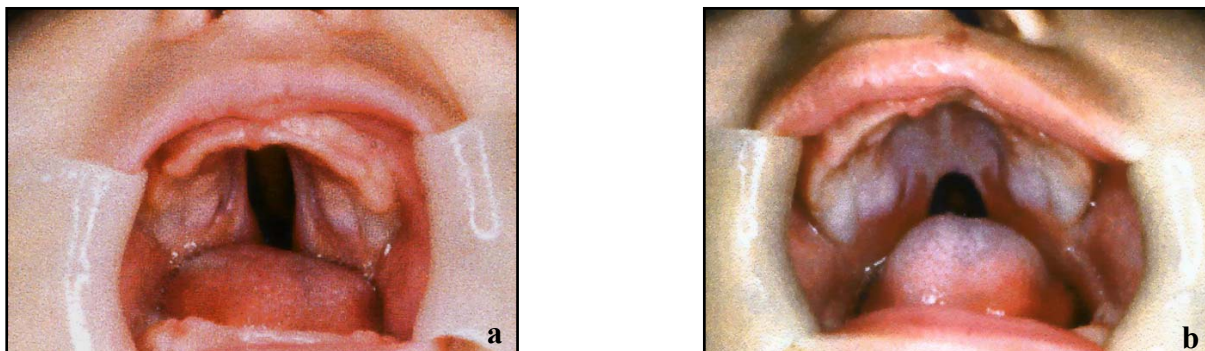


Figura 10 - (a) Fissura Pós-Forame Incisivo Completa, (b) Fissura Pós-Forame Incisivo Incompleta

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos sujeitos amostrados, segundo a idade e gênero e os Gráficos de 1 a 5 demonstram o grau de escolaridade, o estado civil, a situação sócio-econômica, a ocupação e a procedência, bem como a sua correspondente porcentagem na casuística.

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo gênero e idade

Idade (anos)	Gênero		N (%)
	Masculino	Feminino	
15 a 19	4	4	8 (27)
20 a 29	7	3	10 (34)
30 a 39	4	2	6 (20)
40 a 49	1	3	4 (13)
50 a 59	0	1	1 (3)
60 a 64	0	1	1 (3)
Total	16	14	30 (100)

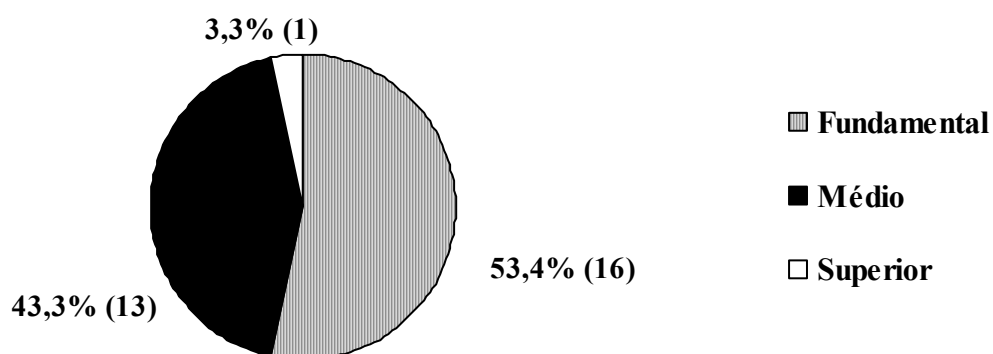


Gráfico 1 - Distribuição percentual e numérica dos sujeitos segundo grau de escolaridade

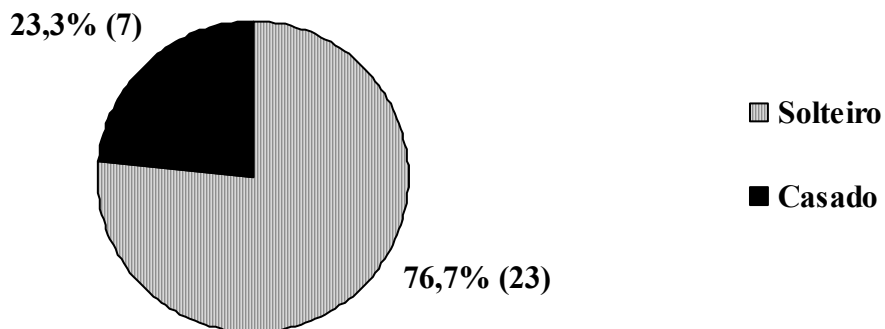


Gráfico 2 - Distribuição percentual e numérica dos sujeitos segundo estado civil

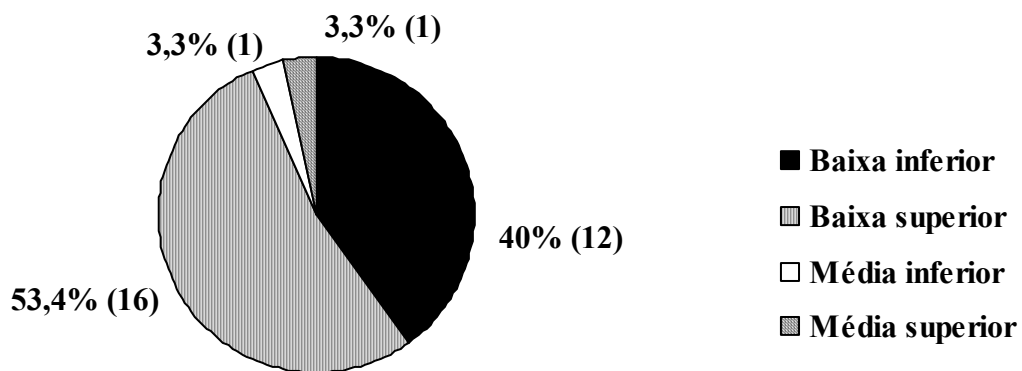


Gráfico 3 - Distribuição percentual e numérica dos sujeitos segundo situação sócio-econômica

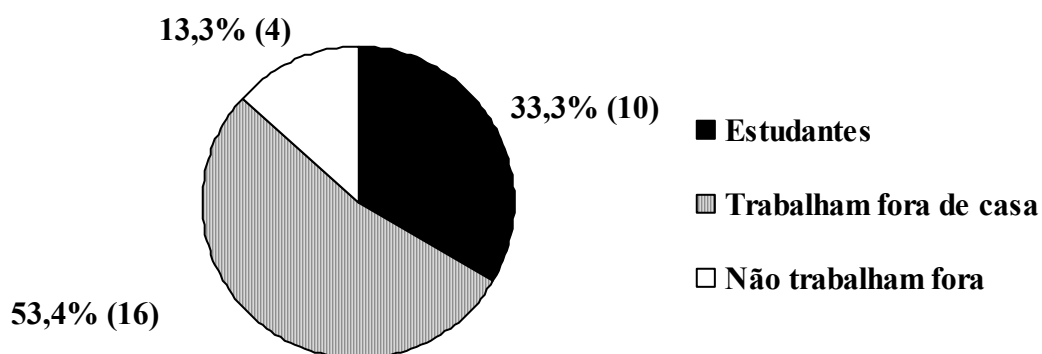


Gráfico 4 - Distribuição percentual e numérica dos sujeitos segundo ocupação

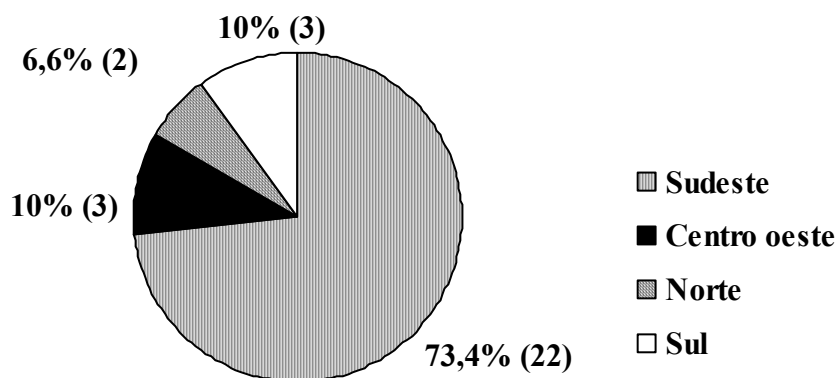


Gráfico 5 - Distribuição percentual e numérica dos sujeitos segundo procedência (regiões do Brasil)

4.3 Procedimento

Inicialmente, com o objetivo de caracterizar a amostra, foi utilizado um protocolo de coleta de dados, assim denominado e preenchido pela própria pesquisadora, 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 (Anexo 4).

Seguindo a proposição desse estudo, dois instrumentos foram utilizados em um único momento: primeiramente, uma entrevista, dirigida em forma de questionário, denominada Questionário de Expectativa e, em seguida, o 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 (Anexo 5) foi formulado pela própria pesquisadora, baseado em Pinto (2003). Este questionário é composto de sete perguntas, contemplando os seguintes aspectos: conhecimento sobre a prótese de palato, apreciação do sujeito sobre sua fala, questões relacionadas à expectativa no que se refere 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 a apreciação, em número de duas, são diretivas e consistem em respostas fechadas, já as questões relacionadas às sensações e expectativa de mudança, são compostas de alternativas de múltiplas escolhas.

Para a análise da ansiedade foi utilizado o BAI (*Beck Anxiety Inventory*), Inventário de Ansiedade de Beck (Beck e Steer, 1993) (Anexo 6). É uma escala sintomática, destinada a medir a gravidade dos sintomas de ansiedade. É composto por 21 itens, em que o sujeito deve pontuar conforme os sintomas que o afetam, numa escala de quatro itens:

- absolutamente não = zero;
- levemente (não incomodou muito) = 1;
- moderadamente (foi muito desagradável, mas pude suportar) = 2;
- gravemente (dificilmente pude suportar) = 3.

O escore total é obtido pela somatória dos escores de cada item, que pode variar entre 0 e 63. A classificação recomendada e adotada no presente estudo segue as normas da versão em português validada no Brasil por Cunha (1999). Esta classificação brasileira foi realizada com cinco mil casos, propondo a seguinte pontuação:

- 0 a 10 = mínimo;
- 11 a 19 = leve;
- 20 a 30 = moderado;

- 31 a 63 = grave.

Importante considerar que os pontos de corte sugeridos por Cunha (2001) e utilizados neste estudo mostram-se mais elevados que o proposto na versão original de 1993 (Beck e Steer, 1993), na qual é salientado levar em conta a amostra e os objetivos de seu uso. Assim, na utilização para a triagem de casos com possíveis sintomas de ansiedade, os limites superiores dos níveis devem ser diminuídos e, com isso, diminuindo o número de falsos negativos. Para a obtenção de uma amostra mais pura, em caso de pesquisa, o procedimento contrário deve ser adotado, reduzindo o número de falsos positivos (Cunha 2001).

Conforme Bernik (1998), o principal problema estatístico que resulta de avaliações de sintomas é a transformação de adjetivos em números e a posterior utilização desses cálculos estatísticos descritivos e testes estatísticos.

Seguindo a sugestão do estatístico, 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 sua melhor visualização dos achados.

5. Resultados e discussão

Seguindo o objetivo de mensurar a gravidade dos sintomas de ansiedade e verificar a expectativa de sujeitos de ambos os gêneros, com disfunção velofaríngea, indicados à colocação de prótese de palato, inicialmente será apresentado os resultados referentes ao questionário de expectativa (Tabelas 2 a 6). A seguir em relação ao inventário de ansiedade.

Expectativa

Questões do questionário de Expectativa

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

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual das respostas dos sujeitos segundo as questões 1 e 2, respectivamente

Questões	Sim N (%)	Não N (%)	Total
Você sabe o que é uma prótese de palato?	12 (40)	18 (60)	30 (100)
Você recebeu algum tipo de informação sobre a prótese de palato?	20 (67)	10 (33)	30 (100)

De acordo com os resultados acima, houve incoerência entre as duas respostas, nas quais é verificado que 60% dos participantes demonstraram desconhecimento ou a falta de compreensão em relação à prótese de palato, embora afirmassem terem recebido alguma informação sobre a mesma. Este dado é relevante, uma vez que a literatura aborda a questão da informação como algo importante, poderoso instrumento da medicina, pois além de facilitar o contato com o sujeito, é um intermediário no processo diagnóstico e no tratamento (Perosa et al. 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 colaboração dos mesmos, bem como possibilitar complicações após procedimentos invasivos (Antonio et al., 2002 e Regina et al. 2004),

além de que pode ser visto como um indicador da distância na relação entre médico – sujeito (Bazon 2004).

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

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual das respostas dos sujeitos segundo as questões 3 e 4, respectivamente

Questões	Sim N (%)	Não N (%)	Total
Você gosta de sua fala?	9 (30)	21 (70)	30 (100)
As pessoas acham a sua fala diferente?	23 (77)	7 (23)	30 (100)

Os dados da Tabela 3 destacam que 70 % dos sujeitos não apreciam sua fala, porcentagem alta e bastante similar à percepção que os outros têm sobre sua fala ser diferente.

Esse dado pode estar relacionado a alguns aspectos psicológicos que envolvem os sujeitos com fissura labiopalatina já relatados em estudos com relação a sua baixa auto-estima e dificuldades nas habilidades sociais. Pereira (2000) relata que os problemas de comunicação e fala acompanham freqüentemente desajustes e podem prejudicar a auto-estima desses sujeitos. Cabe ressaltar que, mesmo não sendo alvo desse estudo, a percepção que eles têm sobre a sua fala não pode deixar de ser comentada, mesmo que seja 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 (Fante 2006). Esse dado foi evidenciado pela experiência vivenciada pela pesquisadora quando trabalhou com as queixas realizadas pelos pais de crianças com fissura labiopalatina e pela própria criança. Tal constrangimento tem conseqüências na

adolescência e possivelmente na idade adulta dessas crianças, se tomarmos por base as respostas desse estudo, merecendo assim atenção.

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

Tabela 4 - Distribuição numérica e percentual das respostas dos sujeitos segundo a questão 5

Questões	Sim N (%)	Não N (%)	Total
Você espera modificar sua fala com a prótese de palato?	30 (100)	0	30 (100)

Segundo resultados da Tabela 4, 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 obtida também no estudo de Marques (2001), que relacionou a expectativa, melhoria estética, ganhos pessoais e sociais após a realização da faringoplastia. Concordando também com Kara-Junior et al. (2001) e Queluz e 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 resultado da confiança depositada no tratamento realizado pelo próprio hospital, e a expectativa na equipe que o acompanha e indica o 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.

Vem de encontro, portanto, com a credibilidade que o sujeito deposita na equipe que o atende, refletindo o conceito de expectativa de Bandura (1977).

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

Tabela 5 - Distribuição numérica e percentual das respostas dos sujeitos segundo a 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)

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

Tabela 6 - Distribuição numérica e percentual das respostas dos sujeitos quanto a questão 7

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

Na Tabela 5 e Tabela 6 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 com o desconhecimento do que seja a prótese, com a confiança no hospital, ou ainda com o fato de intervenções cirúrgicas fazerem ou não parte de seu cotidiano, a depender do histórico do sujeito.

Quanto à questão 7, percebe-se a expectativa no que se refere à mudança com a colocação da prótese em todos os aspectos. Em ordem decrescente: no aspecto profissional, no afetivo e no familiar, o que vem a reforçar a conclusão de Marques et al. (2001). Relacionando esse dado com a amostra caracterizada neste estudo, a sua maioria trabalha fora de casa, necessitando assim da comunicação transmitida por meio da fala (Del Prette 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 transformação que a utilização da prótese de palato pode produzir em suas vidas.

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

Ansiedade

Inventário de ansiedade

A seguir (tabela 7) serão apresentados os dados relacionados aos níveis de ansiedade, por meio do BAI.

Tabela 7 - Distribuição numérica e percentual dos sujeitos estudados (n=30), de acordo com o nível de ansiedade e faixa etária

Idade (anos)	Nível de ansiedade				Total
	Mínimo(%)	Leve(%)	Moderada(%)	Grave(%)	N (%)
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)

Na Tabela 7 é possível verificar que a idade em sujeitos do gênero masculino concentra-se entre 15 e 46 anos (idade média 25,8) e no feminino entre 15 e 64 anos (idade média 32,2). Na literatura pesquisada trabalhos (Konegane 2003, Conceição et al. 2004) demonstraram que a ansiedade não tem correlação com a idade, o que também foi verificado neste estudo. Todavia, a relação entre ansiedade no grupo de idosos foi evidenciada em alguns trabalhos recentes, como o de Oliveira et al. (2006), que estudou idosos asilares e não-asilares por meio da Escala de Beck, investigando a relação entre ansiedade, depressão e desesperança, concluindo ser a ansiedade como a de maior ocorrência nessa população de idosos asilares.

Tabela 8 - Distribuição numérica e percentual dos escores e nível de intensidade da ansiedade segundo o gênero

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)

Apesar dos escores de ansiedade obtidos em ambos os gêneros terem sido classificados como nível mínimo e leve (Tabela 8), podendo-se até inferir uma ausência desse sintoma na população amostrada, nota-se escores mais elevados obtidos para o feminino. Trabalhos de (Seinh et al. 2000, Konegane et al. 2003, Conceição et al. 2004) demonstram que as mulheres são mais ansiosas, se comparadas aos homens.

Tabela 9 - Distribuição numérica e percentual dos escores e nível de intensidade da ansiedade segundo nível de escolaridade

Escolaridade	Nível de ansiedade				Total
	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)

No que se refere à escolaridade (Tabela 9), pesquisas Konegane et al. (2003), Ferreira et al. (2004) e Conceição et al. (2004), não encontraram diferença estatisticamente significativa com relação aos níveis de ansiedade. Semelhante achado também foi constatado no presente estudo.

Similarmente à idade e à escolaridade, o nível sócio-econômico também se mostrou relevante em relação à ansiedade, o que já fora relatado no trabalho de Ferreira et al. (2004) em seu estudo com sujeitos submetidos a tratamento odontológico.

Tabela 10 - Distribuição numérica e percentual dos sujeitos estudados (n=30), de acordo com o nível de ansiedade e o estado civil

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

Não foram encontrados estudos referentes à relação entre o estado civil e a ansiedade. Na população deste estudo (Tabela 10) verificou-se que os sujeitos eram solteiros (77%) em sua maioria, o que pode estar relacionado com a faixa etária da maioria da amostra ou às dificuldades de se relacionar afetivamente devido à fala prejudicada pela condição (DVF) e à baixa auto-estima já verificada nos estudos sobre a auto-estima e tempo de convivência de sujeitos nascidos com FLP realizado por Pereira (2000).

Tabela 11 - Distribuição numérica e percentual dos sujeitos estudados (n=30), de acordo com o nível de ansiedade e situação sócio-econômica

Situação sócio-econômica	Nível de ansiedade			
	Mínimo(%)	Leve(%)	Moderada(%)	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

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, teriam alto grau de ansiedade.

Nesse sentido, faz-se necessário a realização de mais estudos ligados ao tema, para que se responda aos novos questionamentos que se mostraram ao pesquisador após a realização deste trabalho, bem como a reavaliação do mesmo juntamente com outras medidas de ansiedade em diferentes fases da confecção da prótese, assim como o aumento de participantes e em situações diferentes, para posterior comparação com os dados aqui obtidos, permitindo, assim, a generalização dos resultados encontrados.

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 era causa ou consequência das variáveis explicativas estudadas, relacionadas à indicação da prótese de palato, como também a expectativa. Também não participaram desta amostra sujeitos em outras fases da confecção da prótese de palato, o que provavelmente pudesse levar a uma possível ocorrência de ansiedade.

6. Conclusões

Com base nos dados coletados e nos resultados obtidos, após a análise dos mesmos, pode-se concluir que:

- ocorreu expectativa com relação à modificação da fala em todos os sujeitos;
- a expectativa de mudança nos aspectos profissional e afetivo foi a mais relatada;
- os sujeitos do gênero feminino e do masculino não diferiram nos níveis de ansiedade;
- a idade dos sujeitos não interferiu na ansiedade;
- o nível de ansiedade de maior ocorrência foi o mínimo;
- a expectativa foi mais freqüente que a ansiedade na população amostrada.

7. Referências bibliográficas

Ajuriaguerra J. *Manual de psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Masson; 1996.

Amaral VLAR. Aspectos psicossociais. In: Altmann ECR, organizadora. *Fissuras labiopalatinas*. 4. ed. Carapicuíba: Pró-Fono; 1997. p.500-14.

Antonio PS, Munari DB, Costa HK. 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]. 2002 Disponível: URL: <http://www.fen.ufg.br>

Banaco RA & Zamignani DR (2004). An analytical-behavioral panorama on the anxiety disorders. Em T. C. C. Grassi (Org.), *Contemporary challenges in the behavioral approach: A brazilian overview* (pp. 9-26). Santo André: Esetec.

Bandura A (1977) apud Epstein N, Schlesinger SE. Tratamento de Família. In: Reineck MA, Dattilio FM, Freeman A. organizadores. *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p.233.

Bazon FVM, Campanelli EA, Assis SMB. A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. *Psi.Teo e Pesq* 2004; 6: 89-99.

Beck AT, Steer RA. *Beck anxiety Inventory*. Manual. San Antonio. TX: Psychological Corporation; 1993.

Behlau M, Pontes P. *Avaliação e tratamento das disfonias*. São Paulo: Lovise; 1995.

Bernik MA. Dificuldades na utilização de escalas de avaliação de sintomas ansiosos em psicofarmacologia clinica experimental. *Rev Pesq Clin*. 1998; 25:326-330.

Bernik MA. Ansiedade e depressão podem ser simultâneas. Entrevista concedida a *Folha de São Paulo São Paulo*, 25 março 2004. Caderno equilíbrio, p.5.

Bernik MA. Ansiedade. *Revista de Medicina* 1989; 46: 99.

Bzoch KR. Introduction to the study of communication disorders in cleft palate and related craniofacial anomalies. In: Bzoch, K.R. (Ed.) *Communicative Disorders Related to Cleft Lip and Palate*, 4 th. ed. Austin : Pro-Ed; 1997.

Bzoch KR. *Communicative disorders to cleft lip and palate*. 5 th. ed. Austin: Pro-ed; 2004.

Carreira S, Lessa S, Zanini AS. *Tratamento das Fissuras Labiopalatinas* 2nd ed. Rio de Janeiro:Revinter;1996.

Carvalho R, Farah O GD, Galdeano LE. Níveis de ansiedade de alunos de graduação em enfermagem frente à primeira instrumentação cirúrgica. *Rev.Latino-Am. Enfermagem*. 2004; 2: 918-923.

Chaves EC, Cade NV. Efeitos da ansiedade sobre a pressão arterial em mulheres com hipertensão. *Rev. Latino-Am Enfermagem* 2004; 12: 162-167.

Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Conceição DB, Schonhorst L, Conceição MJ. Heart rate and blood pressure are not good parameters to evaluate preoperative anxiety. *Rev Brás Anestesiologia* 2004 ; 54: 769-773.

Cunha JA. *Manual da versão em português das Escalas de Beck* São Paulo: Casa do Psicólogo ; 2001.

Del Prette ZA, Del Prette A. *Psicologia das Habilidades Sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis :Vozes; 2006.

Dutka-Souza JCR. Fonoterapia para Pacientes com Prótese de Palato In: *Curso de curta duração*; 2004 21-28 out; Bauru, Brasil: Setor de Eventos do HRAC-USP.

Epstein N, Schlesinger SE. Tratamento de Família. In: Reineck MA, Dattilio FM, Freeman A. organizadores. *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p.229-247.

Fante CAZ, O fenômeno bullying e as suas conseqüências psicológicas [on line] 2006 [consultado em 20 de novembro 2006]; [on-line] Disponível: URL:<http://www.psicologia.org.br/internacional/pscl84.htm>.

Ferreira ABH. *Minidicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2000.

Ferreira CM, Filho EDG, Valverde GB, Moura EH, Deus G, Filho-Coutinho, T. Ansiedade Odontológica: Nível, Prevalência e Comportamento. *Rev Brás Prom Saúde* 2004 ; 17:51-5.

Freud S. *The problem of anxiety*. New York: The Psychoanalytic Quarterly Press.

Garcia RCM. *Aspectos psicossociais de sujeitos com e sem distúrbio de comunicação decorrentes da fissura labiopalatina* [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Universidade de São Paulo; 2006.

Giuntini PB. *Avaliação do estado de ansiedade em sujeitos submetidos a cirurgias eletivas sob regime ambulatorial ou sob regime de internação*. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo; 2006.

Godoy DV, Godoy RF, Becker Junior B, Vaccari PF, Michelle M, Teixeira PJZ, et al. O efeito da assistência psicológica em um programa de reabilitação pulmonar para sujeitos com doença pulmonar obstrutiva crônica. *J Bras Pneumol* 2005; 31: 499-505.

Graeff MA, Guimarães F, Deakin J. Serotonina, a molécula da ansiedade e da depressão Serotonina: a molécula da ansiedade; *Ciência Hoje* 1993; 16 : 50-57.

Guidini-Lopes A, Valadares da Costa EM, Boldignon I, Balducci I, Silva MCC. Reabilitação oral por próteses totais: expectativas dos sujeitos. *Rev Odont* 2004; 12: 30-8.

Ignácio DS. *Ansiedade e Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea (ACTP): uma contribuição para enfermagem* [Dissertação] Ribeirão Preto: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2004.

José FCK, Passos LB, Jervásio AC, Salomão GH. Interesse e conhecimento em cirurgia refrativa entre estudantes de medicina. *Arq Bras Oftalmol* 2002; 65:71-4.

Kara-Junior N, Temporini ER e Kara-José N. Cirurgia de catarata:expectativas de sujeitos atendidos por projeto comunitário em São Paulo. *Rev Hosp Clin* 2001; 56: 163-68.

Karkow FJ, Spiandorello WP, Godoy RF. et al. Subjective versus objective stress in noncritically hospitalized and outpatient adult men. *Rev Hosp Clin* 2004; 59: 161-67.

Kiyohara LY, Kayano LK, Oliveira LM, Yamamoto UM, Inagaki MM, Ogawa NY, et al . Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Rev. Hosp. Clin* 2004; 59: 51-6.

Konegane K, Penha SS, Borsatti MA, Rocha RG. Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência *Rev Saúde Pública* 2003; 37: 786-792.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. Tradução de Deyse Batista.

Marques LC, Rodrigues OMPR, Pimentel MCM. *Cirurgias plásticas secundárias: a satisfação gerando expectativas* [monografia]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais Universidade de São Paulo; 2001.

Marques, LC. *Implicações psicossociais de realização da faringoplastia em sujeitos com fissura labiopalatina* [dissertação] Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais Universidade de São Paulo; 2004.

Matta APC, Filho PFM. Sintomas depressivos e ansiedade em sujeitos com cefaléia do tipo tensional crônica e episódica. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003; 61: 991-94.

Mattos CMC. *A prótese de fala como forma de reabilitação dos sujeitos portadores de fissura lábio palatal Bauru* [Monografia] Hospital de Pesquisa e Reabilitação Lábio palatais Universidade de São Paulo; 1990.

Medeiros VCC, Peniche ACG. A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. *Rev Esc Enferm USP* 2006;40:86-92.

Medeiros VCC. *Sujeito cirúrgico: a influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório*. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo ; 2002.

Oliveira KL, Santos AAA, Cruvinel M, Neri AL. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupo de idosos. *Psicol Estud* 2006;11:351-359.

Pegoraro Krook MI *Avaliação da fala de sujeitos que apresentam insuficiência velofaríngea e que utilizam prótese de palato São Paulo*. [Tese]. São Paulo Escola Paulista de Medicina ; 1995.

Pegoraro-Krook MI, Dutka-Souza JCR, Magalhães LCT, Feniman MR. Intervenção fonoaudiológica na fissura labiopalatina. In: Ferreira LP, Lopes-Befi DM, Limongi SCO. organizadores. *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Rocca; 2004. p. 439-455.

Pereira ACMM. *Auto-conceito e auto-estima em sujeitos com fissura labiopalatina: influência do tipo de fissura e do tempo de convivência com a mesma* [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2000.

Perosa GB, Gabarra LM, BossolanRP, Ranzani PM, Pereria VM. Aspectos psicológicos na comunicação médico-sujeito no setting pediátrico. In: Crepaldi MA, Linhares MBM.

Perosa GB. *Temas em Psicologia Pediátrica* . São Paulo:Casa do Psicólogo; 2006. p.57.

Peterson-Falzone SJ, Trost-Cardamone JE, Karnell MP, Hardin-Jones MA. *Special Therapy Techniques, in The Clinicians Guide to Treating Cleft Palate Speech*, Ed.

Peterson-Falzone SJ, Trost-Cardamone JE, Karnell MP, Hardin-Jones MA, Chapter 9, 163-177, 2006, Mosby: St Louis, MI.

Pinto JHN *Avaliação de sujeitos portadores de disfunção velofaríngea tratados com prótese de palato* [tese]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 1998.

Pinto JK, Pegoraro-Krook MI. Sujeitos portadores de disfunção velofaríngea tratados com prótese de palato. *J Applied Oral Science* 2003; 11: 192-7.

Pinto JK, Pegoraro-Krook MI. Sujeitos portadores de disfunção velofaríngea tratados com prótese de palato. *J Applied Oral Science* 2003; 11:192-7.

Queluz DP, Dometti SS. Expectativa do sujeito em relação a prótese total. *Rev Bras Clin Lab* 2000; 9 : 57-60.

Regina MCOR, Carvalho KM, Silva RJR. Reações iniciais do sujeito infanto-juvenil ante a indicação de cirurgia de estrabismo. *Arq Bras Oftalmol* 2004; 64: 455-9.

Schwerdtfeger CMMA. *Faringoplastias: influências das medicações utilizadas em anestesia e complicações no período pós-operatório precoce*. [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2006.

Sell DA, Grunwell P. *Avaliação e Terapia de Fala em Tratamento de fissura labial e fenda palatina*. Ed. Watson ACH, Sell DA, Grunwell P, Chapter 16, 227-257; 2005, Santos:São Paulo.

Silva MLN, Silva Filho OG, Freitas JAS. Abordagem interdisciplinar no tratamento das fissuras labiopalatinas. In: Campos CAH, Costa HOO, editores. *Tratado de otorrinolaringologia*. São Paulo: Rocca; 2003.V.3.p.534-66.

Singh KA, Moraes ABA, Ambrosano GMB. Medo relacionado e controles relacionados ao tratamento odontológico *Pesq Odont Brás* 2000; 14: 131-6.

Skinner BF. *The behavior of organisms: an experimental analysis*. New York: Appleton Century Co.; 1938.

Sousa VLF, Reis RS, Bernarbé AC. Análise da qualidade de vida dos pacientes do grupo de quadril adultos operados com enxerto ósseo. *Acta Ortop Brás* 2003; 11:176-183.

Spielberg CD. *Tensão e Ansiedade*. São Paulo : Harper e Row do Brasil. 1981.

Spina V, Psillakis JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classification of cleft lip and cleft palate. Suggested changes. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo* 1972; 27:5-6.

Suguimoto MLFCP. *Análise da fala de sujeitos operados de palato, entre 12 e 24 meses de idade: estudo retrospectivo* [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais Universidade de São Paulo; 2002.

Anexo 1



Ofício nº 038/2005-UEP-CEP

Bauru, 03 de março de 2005.

Prezado(a) Senhor(a)

O projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado “*Indicação prótese de palato: expectativa e ansiedade.*”, de autoria de ROBERTA RIBEIRO PINTO desenvolvido sob sua orientação, foi enviado ao relator para avaliação.

Na reunião de **23 de fevereiro de 2005** o parecer do relator, **aprovando o projeto**, foi aceito pelo Comitê, considerando que não existem infrações éticas pendentes para início da pesquisa. Solicitamos a V.Sª a gentileza de comunicar o parecer à pesquisadora.

A pesquisadora fica responsável pela entrega na Unidade de Ensino e Pesquisa dos relatórios semestrais.

Informamos que após o recebimento do trabalho concluído, este Comitê enviará o parecer final para publicação.

Atenciosamente



PROF. DR. ALCEU SÉRGIO TRINDADE JÚNIOR

Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do HRAC-USP

Ilmo(a) Sr(a)

Dra. Mariza Ribeiro Feniman

Curso de Fonoaudiologia (Secretaria) – FOB/USP

Anexo 2

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS
SETOR DE PRÓTESE DE PALATO



CARTA DE INFORMAÇÃO

A referida pesquisa de título: **“Prótese de palato em sujeitos com disfunção velofaríngea: expectativa e ansiedade”**, realizada por Roberta Ribeiro Ortelan, psicóloga, especialista em Psicologia Clínica pelo HRAC-USP, tem como objetivo realizar um estudo sobre a expectativa e ansiedade de sujeitos que foram indicados para usar uma prótese de palato. Para isso é necessário responder um questionário e uma escala. O questionário é composto de perguntas elaboradas pela própria pesquisadora, de forma a contemplar questões relativas à sua expectativa quanto ao uso da prótese de palato. A escala é padronizada e composta de 21 itens relativos à sua ansiedade. Tanto o questionário como a escala não promovem desconforto e/ou risco para você e deverão ser respondidos em dois momentos: antes e após a colocação da prótese.

Qualquer dúvida a respeito das perguntas constantes no questionário, bem como de assuntos relacionados ao estudo, será esclarecida.

Ressaltamos que a sua participação no estudo é inteiramente voluntária. A não aceitação em participar do mesmo, sem expor as razões, ou a desistência da sua participação a qualquer etapa, não o prejudicará e nem comprometerá o seu tratamento no HRAC-USP.

Sua identidade será mantida em sigilo. As informações obtidas no estudo serão divulgadas apenas na literatura especializada.

Caso você queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do HRAC-USP, pelo endereço Rua Silvio Marchione,3-20 na Unidade de Ensino e Pesquisa ou pelo telefone (14) 3235 8421

Estou ciente e de acordo com os termos de realização deste estudo, e autorizo, por meio deste documento, a inclusão dos meus dados no presente estudo.

Bauru, _____ de _____ de 200

.....
Assinatura do paciente (responsável)*
Caso de menor de 21 anos*

Pesquisador: Roberta Ribeiro Ortelan
Endereço: Rua Silvio Marchione n.3-20
Cidade: Bauru Estado: SP CEP: 17012-901

Telefone: 14 235 8000 Ramal 8096

Anexo 3

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS
SETOR DE PRÓTESE DE PALATO



“TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO”

Eu, _____

Portador de RG _____ .Rua _____

No _____ Cidade _____ Estado _____

Matriculado no HRAC N° _____, concordo em participar na (autorizo sua participação na)* pesquisa de título: **“Prótese de palato em sujeitos com disfunção velofaríngea: expectativa e ansiedade”**, realizada por Roberta Ribeiro Ortelan, psicóloga, especialista em Psicologia Clínica pelo HRAC-USP e aluna do curso de mestrado do setor de Prótese de Palato, sob orientação da Profa. Dra. Mariza Ribeiro Feniman, CRFa. 1379 e co-orientação da Psicóloga Profa. Dra. Sandra Leal Calais.

A referida pesquisa tem como objetivo realizar um estudo sobre a expectativa e ansiedade de **você** que foi indicado para usar uma prótese de palato. Para isso necessita-se aplicar um questionário e uma escala. O questionário compõe-se de perguntas elaboradas pela própria pesquisadora, de forma a contemplar questões relativas à sua expectativa quanto ao uso da prótese de palato. A escala é padronizada, composta de 21 itens relativos à sua ansiedade. Tanto o questionário como a escala não promovem desconforto e/ou risco para você e deverão ser aplicados em dois momentos: antes e após a colocação da prótese.

Qualquer dúvida a respeito das perguntas constantes no questionário, bem como de assuntos relacionados ao estudo, será esclarecida.

Ressaltamos que a sua participação no estudo é inteiramente voluntária. A não aceitação em participar do mesmo, sem expor as razões, assim como a desistência da sua participação a qualquer momento, não o prejudicará e nem comprometerá o seu tratamento no HRAC-USP.

Sua identidade será mantida em sigilo. As informações obtidas no estudo serão divulgadas apenas na literatura especializada.

Estou ciente e de acordo com os termos de realização deste estudo, e autorizo por meio deste documento, a inclusão dos meus dados no presente estudo.

Bauru, ____ de _____ de 200

.....
Assinatura do paciente (responsável)*
Caso de menor de 21 anos*

Pesquisador: Roberta Ribeiro Ortelan
Endereço: Rua Silvio Marchione n.3-20
Cidade: Bauru Estado: SP CEP: 17012-901
Telefone: 14 235 8000 Ramal 8096

Anexo 4

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS
SETOR DE PRÓTESE DE PALATO

PROTOCOLO PARA COLETA DE DADOS

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

Identificação

Data:.....

Nome:.....RG.....
DN:.....IdadeEstado Civil:.....
Escolaridade :Profissão:.....
Tipo da Fissura:.....
Nível sócio-econômico.....Religião:.....
Endereço:.....
Procedência:.....

Cirurgia de Palato

Palatoplastia	Nenhuma	1X <input type="checkbox"/>	2X <input type="checkbox"/>	3 ou + <input type="checkbox"/>
Correção de fistula	Nenhuma	1X <input type="checkbox"/>	2X <input type="checkbox"/>	3 ou + <input type="checkbox"/>
Faringoplastia	Nenhuma	1X <input type="checkbox"/>	2X <input type="checkbox"/>	3 ou + <input type="checkbox"/>

Encaminhamento

Nasoendoscopia	<input type="checkbox"/>							
Fonoaudiologia	<input type="checkbox"/>							
Caso novo	<input type="checkbox"/>							
Outro	<input type="checkbox"/>							

Indicação de Prótese

- Obturadora sem bulbo faríngeo
- Obturadora com bulbo faríngeo
- Elevadora de palato
- Elevadora de retalho faríngeo

Realização de Fonoaterapia

Sim Não

Anexo 5

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS
SETOR DE PRÓTESE DE PALATO

QUESTIONÁRIO: EXPECTATIVAS

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

Identificação

Nome :

Data:.....

RG:.....

1. Você sabe o que é uma prótese de palato?

Sim

Não

2. Você recebeu algum tipo de informação sobre a prótese de palato?

Sim

Não

3. Você gosta da sua fala?

Sim

Não

4. As pessoas acham que sua fala é diferente?

Sim

Não

5. Você espera modificar sua fala com a prótese de palato?

Sim

Não

6. Qual a sensação que você imagina sentir ao colocar a prótese ?

Mole

Duro

Corpo Estranho

Incômodo

Vômito

Nenhuma

7. Qual aspecto em sua vida você espera modificar com a prótese de palato?

Afetivo Familiar Profissional Não sei

Anexo 6

BAI		Data: _____		
Nome: _____		Estado Civil _____	Idade: _____	Sexo _____
Ocupação: _____		Escolaridade _____		
Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje , colocando um X no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.				

Absolutamente não	Levemente Não incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
--------------------------	---	--	--

1.	Dormência ou formigamento				
2.	Sensação de calor				
3.	Tremores nas pernas				
4.	Incapacidade de relaxar				
5.	Medo que aconteça o pior				
6.	Atordoado ou tonto				
7.	Palpitação ou aceleração				
8.	Sem equilíbrio				
9.	Aterrorizado				
10.	Nervoso				
11.	Sensação de sufocação				
12.	Tremores nas mãos				
13.	Trêmulo				
14.	Medo de perder o controle				
15.	Dificuldade de respirar				
16.	Medo de morrer				
17.	Assustado				
18.	Indigestão ou desconforto no abdômen				
19.	Sensação de desmaio				
20.	Rosto afogueado				
21.	Suor (não devido ao calor)				

