

O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO COMO GERADOR DE ANSIEDADE

Rosana de Fátima Possobon^{*}
Karina Camillo Carrascoza[#]
Antonio Bento Alves de Moraes[¶]
Áderson Luiz Costa Jr[∞]

RESUMO. A situação de tratamento odontológico é potencialmente ansiogênica para todos os envolvidos. Do ponto de vista do paciente, aspectos clínicos - em especial os invasivos, tais como a injeção da anestesia - e aspectos relacionados aos comportamentos do profissional podem gerar ansiedade e respostas de esquiva ao tratamento. Para o cirurgião-dentista, a necessidade de lidar com a ansiedade do paciente, que requer, muitas vezes, estratégias diferenciadas de manejo do comportamento, além de toda a exigência pela perfeição técnica e atualização de conhecimentos clínicos, pode tornar estressante sua rotina de trabalho. A situação se agrava na medida em que a formação do profissional de odontologia seja deficiente na aquisição de conhecimentos teóricos e práticos sobre a relação profissional-paciente e estratégias de manejo de comportamentos.

Palavras-chave: relação profissional-paciente, medo de dentista, ansiedade.

DENTAL TREATMENT AS A CAUSE OF ANXIETY

ABSTRACT. Dental treatment causes anxiety in patients and professionals. In the case of patients, the clinical aspects, mainly invasive factors, such as local anesthesia, and, in the case of professionals, their behavior may produce anxiety with their evasive answers. The need to deal with the patient's anxiety requires complex procedures of the dentists. Coupled to the dentist's own anxiety for technical preciseness and permanent clinical knowledge acquisitions, the dentist's routine turns into a physically and emotionally stressing procedure. Such a situation may worsen when the professional training of the dentist is somewhat deficient in knowledge acquisition on the doctor-patient relationship and in behavior management techniques.

Key words: Professional-patient relationships, dental fear, anxiety.

EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO COMO GENERADOR DE ANSIEDAD

RESUMEN. La situación de tratamiento odontológico es potencialmente ansiogénica para todos los involucrados. Del punto de vista del paciente, aspectos clínicos - en especial los invasivos, tales como la inyección de la anestesia - y aspectos relacionados a los comportamientos del profesional pueden generar ansiedad y respuestas de elusión al tratamiento. Para el cirujano dentista, la necesidad de lidiar con la ansiedad del paciente, que requiere, muchas veces, estrategias diferenciadas de manejo del comportamiento, además de toda exigencia por la perfección técnica y actualización de conocimientos clínicos, pueden volver estresante su rutina de trabajo. La situación se agrava a medida que la formación del profesional de odontología sea deficiente en la adquisición de conocimientos teóricos y práticos sobre la relación profesional-paciente y estrategias de manejo de comportamientos.

Palabras-clave: relación profesional-paciente, miedo al dentista, ansiedad.

* Doutora em Odontologia. Professora da Área de Psicologia Aplicada da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp.

Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Unicamp. Supervisora de Pesquisa do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais – Cepae/FOP/Unicamp.

¶ Doutor em Odontologia. Professor Titular da Área de Psicologia Aplicada da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp.

∞ Doutor em Psicologia. Professor Adjunto do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

ANSIEDADE E MEDO SÃO ELEMENTOS COMUNS AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO?

A submissão a tratamento odontológico tem sido relatada, por muitos pacientes, como uma condição geradora de estresse e de ansiedade (Moraes, Costa Junior & Rolim, 2004; Possobon, Caetano & Moraes, 1998; Poulton, Thomson, Brown & Silva, 1998). Além dos fatores aversivos inerentes ao tratamento, incluindo equipamentos e instrumentos, é possível que a sensação de ter parte de seu corpo físico invadida leve o paciente a perceber a situação como ameaçadora (Klatchoian, 2002), gerando maior probabilidade de comportamentos de esquiva e/ou fuga. O próprio consultório odontológico pode ser considerado um local potencialmente ansiogênico, no qual um indivíduo, com dor e em estado de vulnerabilidade a situações de agressão física e mental requer atendimento por um profissional que, preferencialmente, saiba lidar com os transtornos de ansiedade e comportamentos decorrentes do tratamento a ser realizado.

Medo e ansiedade não são particularidades do tratamento odontológico, ocorrendo também em outros contextos de tratamento médico e de saúde em geral, especialmente quando procedimentos invasivos fazem parte das rotinas terapêuticas. O medo de dentista, no entanto, tem sido caricaturado como um dos mais frequentes e mais intensamente vivenciados. Nathan (2001), por exemplo, observa que um dos principais elementos que parecem interferir no comportamento de grande parte dos indivíduos que buscam atendimento odontológico é a crença de que serão submetidos a algum tipo de desconforto durante o tratamento.

Este texto pretende trazer à luz uma discussão a respeito dos aspectos aversivos relacionados à situação de tratamento odontológico, em que pese à importância da interação entre o profissional e o paciente e do autocontrole da ansiedade do profissional. Para tanto, o texto cita alguns dos artigos clássicos da literatura que aborda o tema “psicologia aplicada à odontologia”, além de artigos recentes, que contribuíram para evidenciar a importância da aquisição de conhecimento sobre os aspectos psicológicos de interesse do profissional de odontologia.

A ORIGEM E O MANEJO DO MEDO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Alguns estudos que investigaram as origens da ansiedade e do medo relacionados à situação de

tratamento odontológico sugerem que o paciente percebe como aversivos elementos relacionados aos comportamentos dos profissionais e aos procedimentos utilizados durante o tratamento. Milgrom, Mancl, King e Weinstein (1995), por exemplo, aplicaram um questionário a 895 crianças na faixa etária de 05 a 11 anos, que investigava estímulos evocadores de medo na situação odontológica. O instrumento, em escala de Likert, previa cinco opções de resposta, que variavam de “nenhum medo” até “muito medo”. Entre as situações que evocaram os maiores escores de medo estavam aspectos técnicos relacionados ao tratamento, tais como “aplicação de injeção” e “uso da broca”. Resultados semelhantes foram encontrados por Kleinknecht, Klepac e Alexander (1973). Já Costa e Moraes (1994) destacam que os pacientes apontaram como aversivos alguns aspectos relacionados à falta de interação entre o profissional e o paciente, relatando como desagradável “ter um estranho mexendo em minha boca”. Os autores ressaltam, ainda, a importância das práticas odontológicas preventivas, que, além de evitarem a instalação e/ou agravamento de doenças bucais, ainda podem prevenir o medo provocado por tratamentos altamente invasivos.

Mais recentemente, Moraes, Possobon, Costa Junior e Rolim (2005), observam que a utilização de estratégias de controle aversivo, especialmente em odontopediatria, como contingência para o controle de comportamentos não colaborativos com o tratamento, pode ser um dos fatores funcionalmente relacionado à aquisição do medo de dentista no consultório.

Como a função principal do cirurgião-dentista é manter uma boa condição de saúde bucal de seu paciente e, para tanto, necessita avaliá-lo em visitas preventivas frequentes, é essencial esse profissional fazer uso de intervenções que ajudem o paciente a adquirir e manter comportamentos de saúde, bem como a enfrentar a situação odontológica com um mínimo de estresse. Entretanto, para que o cirurgião-dentista possa implementar estratégias que minimizem o estresse comumente gerado pelo tratamento e pelo ambiente do consultório, é necessário que aprenda a identificar comportamentos indicadores de ansiedade e seja capaz de estabelecer uma adequada relação com o paciente.

Infelizmente, a observação e a identificação de comportamentos e mudanças comportamentais não são tarefas fáceis para o odontólogo clínico, cuja formação raramente inclui treino observacional de comportamento ou de manejo em ciências do comportamento (Pico & Kopp, 2004). Sua atuação técnica, produto de um sistema de ensino em que

habilidades manuais e procedimentos tecnológicos são preponderantemente ensinados e reforçados, contrasta, muitas vezes, com a necessidade de uma atuação mais humanística, exigida pela própria situação de proximidade física e pelo estado emocional vulnerável de muitos pacientes. Observa-se que um profissional preocupado apenas com o procedimento a ser realizado pode não perceber manifestações de ansiedade e, por isso, não oferecer o amparo necessário e imediato ao paciente.

Veerkamp, Gruythuisen, Van Amerongen, Hoogstraten e Weerhijm (1995) investigaram a capacidade dos dentistas de avaliar mudanças no nível de medo e ansiedade manifestados por 55 crianças, na faixa etária de 6 a 11 anos, durante o tratamento odontológico. Após o término de cada sessão, o dentista atribuía um escore para o nível de medo percebido e para o comportamento geral do paciente. Dois observadores treinados assistiam, posteriormente, às sessões gravadas em videotape e também atribuía um escore a cada criança. A comparação entre os escores atribuídos pelos dentistas e pelos observadores mostrou que os dentistas tendem a julgar o paciente como mais temeroso do que os observadores. Os dentistas apresentaram uma tendência a julgar em termos de igualdade o medo da criança e sua capacidade de aceitar o tratamento, ou seja, a criança tensa, mas colaboradora, poderia passar despercebida pelo profissional e não receber auxílio para enfrentar a situação de tratamento. Quando o dentista acreditava que o medo da criança era devido a sua personalidade, o escore atribuído era mais alto do que quando o medo era atribuído ao procedimento ou à interação dentista-criança. Os autores concluíram que, por estarem diretamente envolvidos com a situação de tratamento, os dentistas estavam menos aptos a avaliar o grau de ansiedade e de colaboração da criança do que os observadores externos que tiveram acesso aos registros em vídeo.

Veerkamp e cols. (1995) ainda apontam a necessidade de que os cirurgiões-dentistas recebam treinamento especializado em identificação de repertório de comportamentos, de modo a poderem avaliar, com maior precisão, as reações da criança durante a realização do tratamento, e implementar, de imediato, estratégias psicológicas que minimizem a ansiedade e aumentem a frequência de comportamentos colaborativos.

Embora medo, ansiedade e comportamentos de não-colaboração sejam estudados há algum tempo e estejam relacionados ao tratamento odontológico de crianças, ainda não foi possível esclarecer funcionalmente esta relação, nem sua origem (Moraes,

Costa Junior & Rolim, 2004). Por exemplo, nem todo comportamento de não-colaboração representa uma condição de medo e nem toda criança temerosa é não-colaboradora (Ingersoll, 1982). Pinkham (1993) já ressaltava que o medo pode ser um fator predisponente para comportamentos de fuga e/ou esquiva, mas estes mesmos comportamentos também podem ocorrer com crianças já familiarizadas com o tratamento e que não evocam qualquer reação de medo do dentista e/ou receio de rotinas do tratamento odontológico.

As crianças que evocam alta frequência de comportamentos que dificultam ou impedem a atuação do cirurgião-dentista devem ser submetidas a sessões planejadas de tratamento, nas quais práticas educativas e estratégias cognitivas e comportamentais podem permitir o manejo do comportamento sem a necessidade de contingências aversivas (Moraes, Possobon, Costa Junior & Rolim, 2005). Não obstante, algumas situações, tais como as de urgência, a criança não-colaboradora pode ser contida fisicamente para que seja realizado o tratamento emergencial e proporcionada a eliminação da dor e/ou interrupção do processo infeccioso. A partir desta sessão, várias outras sessões podem ser necessárias para a adaptação comportamental da criança à situação odontológica e a continuidade ao tratamento com a sua colaboração.

Situação potencialmente mais estressante enfrentam as crianças cujos tratamentos não podem ser adiados até que elas apresentem comportamentos adequados, devido à possibilidade iminente de agravamento do quadro clínico. Nestes casos, embora a contenção física aumente a probabilidade do atendimento em sessões relativamente rápidas, sem a necessidade de colaboração voluntária da criança, o procedimento pode comprometer a participação futura das crianças em outros tratamentos odontológicos e evocar respostas duradouras de medo ou ansiedade (Moraes, Possobon, Costa Junior & Rolim, 2005).

O risco do desenvolvimento de respostas duradouras de medo é particularmente preocupante e, por outro lado, alguns trabalhos relatam que a obtenção do controle do medo é essencial nas primeiras sessões de atendimento odontológico. Townend, Dimigen e Fung (2000), por exemplo, em um estudo com 60 crianças, sendo 31 classificadas como temerosas, investigaram a relação entre medo e experiências precoces desagradáveis. Entre as crianças temerosas havia mais histórias de experiências odontológicas adversas, com casos de tratamento invasivo (como exodontia) realizado na primeira visita da criança ao odontopediatra. Além disso, estas

crianças apresentavam maior número de dentes cariados do que as consideradas não temerosas, o que aponta uma relação entre medo e comportamentos de esquiva. Os autores destacaram que muitos cirurgiões-dentistas ainda evitam o uso de anestesia e outros métodos de controle da dor em crianças, como forma de poupá-las de procedimentos invasivos, além de não empregarem estratégias psicológicas de manejo do comportamento, por conhecê-las insuficientemente.

Resultados semelhantes foram obtidos por Litt (1996), que demonstrou a relação entre ansiedade e dor, observando que pacientes ansiosos anteriormente sido submetidos a experiências dolorosas em situações odontológicas tinham maior probabilidade de referir dor durante o tratamento. Segundo o autor, pacientes ansiosos tendem a superestimar a dor que sentiram e a recordar-se das experiências desagradáveis com mais intensidade do que provavelmente ocorreram.

Ainda investigando a relação entre as primeiras experiências odontológicas adversas e o desenvolvimento de medo, De Jongh, Muris, Ter Horst e Duyx (1995) apontaram uma correlação positiva entre o medo e o grau de percepção de dor em tratamentos passados e a intensidade com que estas experiências traumáticas eram relatadas. Mostraram, ainda, que os indivíduos que referiram medo da situação de tratamento odontológico foram aqueles que relataram um período de tempo bastante curto entre a primeira visita ao dentista e a lembrança da primeira experiência dolorosa. Ao contrário, os indivíduos menos temerosos declararam ter passado por experiência de dor bem mais tarde do que os mais temerosos. Para os autores, o medo de dentista pode ter contribuído, significativamente, para que os indivíduos considerassem suas experiências odontológicas traumáticas e dolorosas; por outro lado, as experiências traumáticas vivenciadas nas primeiras consultas podem ter levado o indivíduo a tornar-se temeroso em relação a tratamentos subseqüentes.

De Jongh e cols. (1995) destacam que, embora esta questão ainda não tenha sido inteiramente esclarecida, a relação entre medo e experiência odontológica adversa é inquestionável e deve ser incentivada a possibilidade de se realizarem sessões iniciais agradáveis, para treinar a criança a familiarizar-se com o tratamento, antes da execução de procedimentos curativos. Resultados coincidentes também foram encontrados por Liddell e Gosse (1998), que aplicaram um questionário a 510 estudantes universitários de várias áreas, e os investigadores perceberam que, além da relação entre medo e dor, experiências traumáticas ocorridas na

primeira infância constituíam bons preditores de medo e ansiedade em faixas etárias mais avançadas.

Está claro que, para que a criança não desenvolva medo do tratamento odontológico, é necessário disponibilizar experiências odontológicas agradáveis. Porém, além do fato de isso não ser possível em todos os episódios de tratamentos, o medo pode ser adquirido em qualquer fase da vida, quando o indivíduo se submete a um procedimento aversivo sem o amparo necessário por parte do profissional, e/ou, quando outras variáveis interferem na percepção de ansiedade e na evocação de respostas de medo. Rachman (1977), por exemplo, acredita que o medo não precisa ser adquirido por experiências necessariamente traumáticas ou dolorosas. Segundo o autor, é necessário investigar outros fatores igualmente importantes na instalação de ansiedade e medo, tais como as características individuais, que podem determinar maior ou menor vulnerabilidade às experiências vicariantes ou habilidade em lidar com a própria insegurança.

O papel do cirurgião-dentista não deveria se limitar à execução do tratamento bucal, mas incluir a identificação de situações geradoras de ansiedade para o paciente e a investigação de suas possíveis origens. Desse modo, evitar-se-ia a evocação de comportamentos de medo e poder-se-ia intervir no sentido de ensinar o paciente a perceber a situação odontológica sob outro aspecto, com menor suscetibilidade à ansiedade. A colaboração de pesquisadores de psicologia treinados em estratégias comportamentais e cognitivas tem sido cada vez mais comum em alguns grandes centros de atendimento odontológico (Moraes, Costa Junior & Rolim, 2004).

O ATENDIMENTO A CRIANÇAS TEMEROSAS

A necessidade de um alto grau de colaboração por parte do paciente durante a execução dos procedimentos odontológicos clínicos, especialmente daqueles de natureza invasiva, aliada à inexperiência do profissional em identificar e manejar comportamentos indicadores de ansiedade, pode tornar a execução do tratamento uma tarefa quase impossível. Por este motivo, grande número de cirurgiões-dentistas considera crianças não-colaboradoras um dos problemas de maior dificuldade a serem enfrentados na clínica odontológica (Ingersoll, 1982; Kuhn & Allen, 1994). Estatísticas apontam que uma em cada quatro crianças apresenta comportamentos de não-colaboração durante o tratamento odontológico e que um clínico geral pode

esperar de uma a duas crianças com problemas de comportamento entre cada 10 crianças atendidas, informação sugestiva de que muitos profissionais se deparam com tais dificuldades no cotidiano dos consultórios (Ayer & Corah, 1984; Kuhn & Allen, 1994).

Alguns autores chegam a afirmar que as dificuldades frequentemente envolvidas no atendimento odontológico de crianças não-colaboradoras podem ser tão evidentes que desencorajam os clínicos de atendê-las (Ingersoll, Nash & Grammer, 1984). Comportamentos inadequados da criança atrasam e, muitas vezes, impedem a atuação do odontopediatra, que, em geral, não é remunerado pelo tempo empregado no tratamento, mas pela realização de procedimentos específicos e completos.

Assim, estabelecer uma boa relação com a criança, ajudando-a a enfrentar a situação de tratamento odontológico com o mínimo de ansiedade, e manejar comportamentos de não-colaboração, sejam ou não manifestações de ansiedade e/ou medo relacionados ao tratamento, são habilidades indispensáveis ao clínico. Ao atender uma criança, o odontopediatra deve estar ciente de que o comportamento do paciente pode determinar a evolução da sessão, ou seja, muitas vezes os procedimentos programados não são plenamente realizados devido à não-colaboração do paciente. Isto equivale a dizer que, em muitas circunstâncias, quem controla a sessão é a criança, e não o cirurgião-dentista.

Ten Berge, Veerkamp e Hoogstraten (1999), por exemplo, avaliando a relação entre o comportamento do cirurgião-dentista e o da criança ao longo das sessões de atendimento, observaram que os comportamentos do profissional estavam diretamente relacionados ao nível de medo evocado pela criança, avaliado por uma escala específica. Durante o tratamento de crianças que apresentavam comportamentos que as classificavam como altamente temerosas, o cirurgião-dentista utilizava mais estratégias de direção e de controle físico do que quando lidava com crianças mais tranquilas. Os autores asseveram que é praticamente impossível tratar uma criança incontrolável, altamente temerosas e resistente ao tratamento, sem utilizar contenção física. Embora esta estratégia seja descrita como aversiva, neste estudo, apresentou o efeito de reduzir o medo da criança ao tratamento.

Para Ten Berge e cols. (1999), o fato de o profissional ser empático e tranquilizador não é, necessariamente, suficiente para diminuir o nível de

medo, isto é, nem sempre é possível quebrar o ciclo da não-colaboração apenas por meio de uma adequada interação dentista-criança.

Sobre o estudo de Ten Berge e cols. (1999), pode-se questionar se a contenção física realmente reduziu o medo das crianças ou apenas colocou o comportamento das crianças sob o controle do risco da exposição a novos episódios de contenção física caso respostas de não-colaboração voltassem a ocorrer. Além disso, simpatia e tranquilidade não são, isoladamente, características psicológicas que garantam o aumento da probabilidade de comportamentos colaborativos de crianças expostas a tratamento odontológico, mas podem ser auxiliares do cirurgião-dentista quando técnicas de distração, persuasão e visualização são utilizadas para obtenção de colaboração da criança, por exemplo (Possobon, Moraes, Costa Junior & Ambrosano, 2003).

A influência da relação profissional-paciente sobre os comportamentos de crianças também foi estudada por Weinstein, Getz, Ratener e Domoto (1982a). Os autores avaliaram videotapes de 72 sessões de atendimento de 50 crianças, observando os comportamentos de dentistas e pacientes. Os resultados mostraram que, em geral, os comportamentos indicadores de medo são menos frequentes quando o dentista dirige e reforça positivamente os comportamentos da criança. Coerentemente com princípios da análise do comportamento, o reforçamento específico, quando o dentista elogia o comportamento da criança imediatamente após sua manifestação foi considerado mais eficaz do que o reforçamento geral por meio de elogios apresentados ao final das sessões. Ignorar ou negar os sentimentos da criança não proporcionaram uma redução do medo; ao contrário, mostrar-se atento aos sentimentos da criança apresentou correlação positiva com a diminuição da frequência de comportamentos indicadores de medo.

Relatos de pais parecem apontar para o fato de que a criança desenvolve melhor interação social com odontopediatras que demonstram preocupação com os sentimentos da criança ao longo das sessões de tratamento, o que poderia influenciar positivamente a percepção da criança em relação ao profissional (Majstorovic, Skrinjaric, Glavina & Szivovicza, 2001).

Observa-se que a relação entre a atitude do paciente em face do tratamento e a sua percepção sobre a pessoa do cirurgião-dentista não é um tema novo de pesquisa. Kleinknecht, Klepac e Alexander (1973) aplicaram um teste a 487 crianças com mais de seis anos e observaram que as que relatavam mais medo da situação odontológica atribuíram tal reação à

falta de afeição com o cirurgião-dentista. Ao contrário, as crianças que se mostraram menos temerosas citaram características pessoais positivas do profissional como importantes. Os autores já apontavam que mostrar segurança e disponibilizar estratégias que diminuam a ansiedade são comportamentos do dentista que agradam ao paciente e o auxiliam no enfrentamento da situação de tratamento. Estar atento às possíveis sensações físicas provocadas pelo tratamento, evitando que o paciente sinta dor, parece constituir um fator indispensável à construção de uma boa relação profissional-paciente (Cardoso, Loureiro & Nelson-Filho, 2004).

Estabelecer uma adequada interação não é vantajoso apenas para o paciente, que se sente mais seguro e amparado na situação de tratamento, mas também para o clínico, que pode contar com um paciente mais tranquilo e relaxado, facilitando a realização do procedimento. Além disso, um paciente calmo e confiante tem maior probabilidade de aderir às orientações oferecidas pelo profissional e de manter visitas mais frequentes ao consultório. O cirurgião-dentista não pode esquecer que o medo relacionado à situação odontológica pode levar o paciente a esquivar-se do tratamento e, assim, agravar o seu estado de saúde bucal e ainda impedi-lo de receber informações sobre cuidados preventivos.

Costa e Moraes (1994) demonstraram uma relação entre medo odontológico e esquiva ao tratamento em um trabalho com 1045 estudantes, de idade entre 15 e 20 anos, por meio da aplicação do inventário "*Dental Fear Survey*", que avalia a extensão e a gravidade do medo manifestado na situação odontológica e está entre os mais citados instrumentos de avaliação de medo de dentista da literatura internacional. Os autores observaram que 7% da amostra apresentava "alto medo odontológico" e, dentre estes indivíduos, um terço frequentemente, ou quase sempre, adiava a remarcação de consultas. Dentre os indivíduos identificados como não temerosos, apenas 0,9% esquivou-se do tratamento.

Em um estudo semelhante com adultos, Schuller, Willumsen e Holst (2003) identificaram 6,6% de indivíduos com medo de dentista. Entre estes indivíduos estavam aqueles que apresentavam, significativamente, um maior número de dentes com necessidade de tratamento, mais dentes perdidos e menor número de dentes tratados, mostrando que o medo pode ser responsável pela evocação de comportamentos de esquiva ou fuga da situação de tratamento odontológico.

Poulton, Thomson, Brown e Silva (1998) também investigaram a relação medo-esquiva, examinando e

entrevistando 936 pacientes com mais de 18 anos de idade. Os autores encontraram 10% dos indivíduos com medo da situação de tratamento odontológico, destacando-se que, neste grupo de pacientes, encontravam-se, significativamente, as condições de saúde bucal mais precárias.

O medo pode fazer com que o indivíduo entre em um ciclo no qual a esquiva ao tratamento conduz ao agravamento da saúde bucal, exigindo tratamentos mais complexos e invasivos, portanto, com maior potencial para provocar dor, que por sua vez aumenta a ansiedade em relação à situação de tratamento e leva o indivíduo a esquivar-se mais intensamente, submetendo-se ao tratamento apenas quando a sintomatologia de dor se torna insuportável. Este ciclo pode ser rompido por um profissional que seja atento e treinado no manejo psicológico de pacientes, hábil na identificação de manifestações comportamentais típicas de pacientes temerosos e ofereça amparo técnico e emocional a fim de minimizar a dor e o desconforto físico.

A experiência do profissional parece constituir um fator determinante no modo como as questões comportamentais são abordadas no consultório. Weinstein, Getz, Ratener e Domoto (1982b) desenvolveram um estudo com 24 crianças da faixa etária entre cinco a doze anos, divididas em dois grupos segundo o nível de medo relatado (alto ou baixo) e necessitadas de tratamento odontológico restaurador. Os atendimentos foram realizados por seis cirurgiões-dentistas, dos quais apenas três tinham experiência em lidar com crianças altamente temerosas. Os resultados mostraram que os dentistas foram mais comunicativos com as crianças consideradas altamente temerosas do que com as outras crianças da amostra. Os dentistas mais experientes foram mais comunicativos do que aqueles sem experiência. Entretanto, curiosamente, os resultados mostraram que as crianças tratadas pelos dentistas experientes mostraram uma frequência mais alta de respostas de medo do que as crianças tratadas pelos dentistas inexperientes. Levantou-se a hipótese de que, por trabalharem mais rapidamente, os profissionais experientes podem não ter percebido as dicas (*sutis*) evocadas pelos pacientes e, por isso, eliciaram maior frequência de respostas de medo. Os resultados obtidos por Weinstein e cols. (1982b) parecem demonstrar que mesmo o profissional bastante experiente precisa manter-se alerta quanto à influência do seu próprio comportamento sobre as respostas do paciente, a fim de minimizar os aspectos aversivos inerentes à situação odontológica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A ANSIEDADE DO DENTISTA

Os relatos de pesquisa mencionados demonstram que o profissional de odontologia lida, de forma rotineira, com pacientes vulneráveis à dor e ao medo. Ao mesmo tempo em que trabalha sob intensa pressão pela busca da perfeição técnica e estética, parece que o treinamento em habilidades de manejo da dor, medo e outras variáveis psicossociais não acompanha a evolução tecnológica da odontologia, ou não é valorizado em todos na mesma medida. Tal como em outras profissões da área da saúde, deve-se considerar, ainda, a influência adversa e cumulativa dos comportamentos não-colaborativos dos pacientes sobre o estado emocional do próprio profissional. Além da habilidade requerida para manejar o medo e a ansiedade do paciente, o profissional, muitas vezes, deve cuidar de sua própria ansiedade.

Segundo Klatchoian (2002), a odontologia, por ser uma área sujeita a uma grande quantidade de estressores, destacando-se entre eles a dificuldade em lidar com o paciente, pode levar à exaustão profissional. A autora faz referência a diversos trabalhos de pesquisa que avaliam a incidência de doenças relacionadas ao estresse em cirurgiões-dentistas. Os dados apontam que a incidência de alterações coronarianas e hipertensão arterial é 25% mais freqüente nestes profissionais do que na população geral.

Quando o paciente é uma criança, além de todo o estresse gerado pela condição do trabalho, ainda há a relação profissional-paciente, que deve ser estabelecida não somente com a criança, mas também com seus cuidadores. Sem a cooperação dos familiares, é muito difícil conduzir o tratamento de maneira adequada.

Kan, Ishikawa e Nagasaka (1999) mostraram que a relação entre o nível de não-colaboração da criança e o estresse profissional não é direta. Avaliando quais comportamentos da criança geravam mais estresse no cirurgião-dentista, os autores perceberam que o nível de estresse relatado diante de comportamentos que compunham o conjunto classificado como “resistência moderada” foi mais elevado do que aquele verificado no conjunto de “resistência intensa”, resultado exatamente oposto ao que os autores esperavam. Levantou-se a hipótese de que o dentista reconhece de imediato a criança que apresenta “resistência intensa” e se prepara psicologicamente para enfrentar o desafio da situação, o que não ocorre quando a criança é “moderadamente resistente”. Os autores ressaltam, ainda, a importância de estudar a ansiedade do dentista, bem como a necessidade de implementar

estratégias para sua detecção e o controle, evitando prejuízos à saúde.

Ingersoll (1979) já havia referido resultados semelhantes aos encontrados no trabalho de Kan e cols. (1999), incluindo na lista dos eventos mais ansiogênicos para o cirurgião-dentista, questões relacionadas às “dificuldades de lidar com os pais”.

A ansiedade do profissional não está, necessariamente, relacionada à não-colaboração do paciente. Alguns estudos mostram que a mera expectativa de execução de alguns procedimentos pode gerar ansiedade profissional. Mamiya, Ichinohe e Kaneko (1998), por exemplo, avaliaram o grau de ansiedade experimentado pelo paciente e pelo cirurgião-dentista antes de uma exodontia e depois de sua realização. Os escores foram mais altos antes do que depois da realização do procedimento, tanto para os pacientes quanto para os dentistas, sugerindo que o profissional também fica ansioso antes da execução de determinados procedimentos.

Por este motivo, o cirurgião-dentista não pode se esquecer de observar o seu próprio comportamento e estar atento não somente aos aspectos técnicos da prática odontológica, mas também aos efeitos desta prática sobre o repertório de comportamentos do paciente, dos acompanhantes e sobre si mesmo (Moraes & Pessotti, 1985).

Assim, a capacitação do estudante de odontologia para avaliar as reações do paciente e para empregar estratégias psicológicas que minimizem a ansiedade e aumentem a freqüência de emissão de comportamentos colaborativos deveria ser considerada tão importante quanto a sua preparação técnica.

REFERÊNCIAS

- Ayer, W. A. & Corah, N. L. (1984). Behavioral factors influencing dental treatment. In L. K. Cohen & P. S. Bryant (Eds.), *Social sciences and dentistry: A critical bibliography* (pp. 267-322). Berlim: Quintessence.
- Cardoso, C. L., Loureiro, S. R. & Nelson-Filho, P. (2004). Pediatric dental treatment: Manifestations of stress in patients, mothers and dental school students. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, 18(2), 150-155.
- Costa, S. M. & Moraes, A. B. A. (1994). Medo em odontologia: um estudo com escolares. *Revista Brasileira de Odontologia*, 51(5), 26-31.
- De Jongh, A., Muris, P., Ter Horst, G. & Duyx, P. M. A. (1995). Acquisition and maintenance of dental anxiety: The role of conditioning experiences and cognitive factors. *Behaviour Research and Therapy*, 33(2), 205-210.
- Ingersoll, B. D. (1979). An overview of behavioral dentistry. In B. D. Ingersoll & W. R. Cutchegon (Eds.), *Behavioral*

- aspects in dentistry (pp. 01-08). Morgantown: West Virginia University.
- Ingersoll, B. D. (1982). *Behavioral aspects in Dentistry* (pp. 107-133). New York: Appleton - Century - Crofts.
- Ingersoll, B. D., Nash, D. A. & Gramber, C. (1984). The use of contingent audio taped material with pediatric dental patients. *Journal of American Dental Association*, 109(5), 717-720.
- Kan, M., Ishikawa, T. & Nagasaka, N. (1999). A study of psychological stress created in dentists by children during pediatric dental treatment. *Journal of Dentistry for Children*, 66(1), 41-48.
- Klatchoian, D. A. (2002). A relação dentista-paciente. Em D. A. Klatchoian (Org.), *Psicologia Odontopediátrica* (pp. 13-27). São Paulo: Santos.
- Kleinknecht, R. A., Klepac, R. K. & Alexander, L. D. (1973). Origins e characteristics of fear of dentistry. *Journal of American Dental Association*, 86(4), 842-848.
- Kuhn, B. R. & Allen, K. D. (1994). Expanding child behavior management technology in pediatric dentistry: A behavioral science perspective. *Pediatric Dentistry*, 16(1), 13-17.
- Liddell, A. & Gosse, V. (1998). Characteristics of early unpleasant dental experiences. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29(3), 227-237.
- Litt, M. D. (1996). A model of pain and anxiety associated with acute stressors: Distress in dental procedures. *Behaviour Research and Therapy*, 34(5/6), 459-476.
- Majstorovic, M., Skrinjaric, I., Glavina, D. & Szivovicza, L. (2001). Factors predicting a child's dental fear. *Collegium Antropologicum*, 25(2), 493-500.
- Mamiya, H., Ichinohe, T. & Kaneko, Y. (1998). Dental patients feel more stress than dentists expected: Evaluation of expected stress during dental treatment by patients who receive it and by dentists who give it. *Dentistry in Japan*, 34(1), 112-115.
- Milgrom, P., Mancl, L., King, B. & Weinstein, P. (1995). Origins of childhood dental fear. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 313-319.
- Moraes, A. B. A., Possobon, R. F., Costa Junior, A. L. & Rolim, G. S. (2005). Contingências aversivas em serviços de saúde. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição* (pp. 83-94). Santo André: Esetec.
- Moraes, A. B. A., Costa Junior, A. L. & Rolim, G. S. (2004). Medo de dentista: ainda existe? Em M. Z. S. Brandão (Org.), *Sobre Comportamento e cognição* (pp. 171-178). Santo André: Esetec.
- Moraes, A. B. A. & Pessotti, I. (1985). *Psicologia Aplicada à Odontologia*. São Paulo: Sarvier.
- Nathan, J. E. (2001). Behavioral management strategies for Young pediatric dental patients with disabilities. *Journal of Dentistry for Children*, 68(2), 89-101.
- Pico, B. F. & Kopp, M. S. (2004). Paradigm shifts in medical and dental education: Behavioural sciences and behavioural medicine. *European Journal of Dental Education*, 8(1), 25-31.
- Pinkham, J. R. (1993). The roles of requests and promises in child patient management. *Journal of Dentistry for Children*, 60(3), 169-174.
- Possobon, R. F., Caetano, M. E. S. & Moraes, A. B. A. (1998). Odontologia para crianças não-colaboradoras: relato de casos. *Revista Brasileira de Odontologia*, 55(2), 80-83.
- Possobon, R. F., Moraes, A. B. A., Costa Junior, A. L. & Ambrosano, G. M. B. (2003). O comportamento de crianças durante atendimento odontológico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(1), 59-64.
- Poulton, R., Thomson, W. M., Brown, R. H. & Silva, P. A. (1998). Dental Fear with and without blood-injection fear: Implications for dental health and clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 36(6), 591-597.
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5), 375-87.
- Schuller, A. A., Willumsen, T. & Holst, D. (2003). Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? *Community Dentistry of Oral Epidemiology*, 31(2), 116-121.
- Ten Berge, M., Veerkamp, J. & Hoogstraten, J. (1999). Dentists' behavior in response to child dental fear. *Journal of Dentistry for Children*, 66(1), 36-40.
- Townend, E., Dimigen, G. & Fung, D. (2000). A clinical study of child dental anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 38(1), 31-46.
- Veerkamp, J. S. J., Gruythuisen, R. J. M., Van Amerongen, W. E., Hoogstraten, J. & Weerhijm, K. L. (1995). Dentist's ratings of child dental-patients' anxiety. *Community of Dental Oral Epidemiology*, 23(6), 356-359.
- Weinstein, P., Getz, T., Ratener, P. & Domoto, P. (1982a). The effect of dentist's behaviors on fear-related behaviors in children. *Journal of American Dental Association*, 104(1), 32-38.
- Weinstein, P., Getz, T., Ratener, P. & Domoto, P. (1982b). Dentists' response to fear and nonfear related behaviors in children. *Journal of American Dental Association*, 104(1), 38-40.

Recebido em 09/02/2006

Aceito em 14/05/2006

Endereço para correspondência: Rosana de Fátima Possobon. Av. Limeira, n. 901, Bairro Areião, CEP 13.414-903, Piracicaba-SP. E-mail: possobon@fop.unicamp.br