

Dental Anxiety in Patients Undergoing a Routine Dental Treatment

Ansiedade ao Tratamento Odontológico no Atendimento de Rotina

INTRODUÇÃO

A ansiedade ao tratamento odontológico é o sentimento despertado por situações relacionadas ao atendimento que causam uma apreensão, um desconforto, criando uma expectativa negativa no paciente. Entre essas situações, as que mais evocam este sentimento são a exodontia e o preparo cavitário (AARTMAN¹, 1998) e o preparo cavitário e a anestesia (HUMPHRIS et al¹⁰, 1995). Entretanto, quando o paciente é exposto a uma situação desconhecida, esta é capaz de despertar o sentimento de medo, pois ele é uma reação primária a esse estímulo imediato que prepara o organismo para se defender.

A frequência de indivíduos com ansiedade ao tratamento odontológico não tem se alterado apesar dos avanços na odontologia como melhores anestésicos, instrumentos e técnicas. O tratamento ainda é cercado de muitas expectativas e incertezas (PEREIRA et al¹⁸, 1995). Muitos trabalhos demonstram que a ansiedade afeta entre 4% (VASSEND²², 1993) a 23,4% (LOCKER et al¹⁶, 1999) da população adulta no mundo. Esta diferença pode ser devida a variações entre as populações estudadas e entre as escalas utilizadas.

A ansiedade pode ser uma barreira importante para a procura por atendimento odontológico (VASSEND²², 1993). Pacientes com medo normalmente esperam longos períodos para marcar uma consulta, e frequentemente a desmarcam (MILGROM et al¹⁷, 1988; ROSA & FERREIRA²⁰, 1997). Na Suécia, um estudo envolvendo mulheres acima de cinquenta anos verificou que o padrão de visitas ao dentista está mais relacionado à condição da boca (dentada ou edentada) do que à ansiedade (HAGGLIN et al⁸, 2000). No Brasil, o fator econômico é quatro vezes mais importante que o medo para não ir ao dentista, pois foi constatado que, quando há necessidade, as pessoas tendem a buscar assistência mais do que fugir dela por medo (LOCKER et al¹⁶, 1999).

A lembrança de experiências traumáticas, especialmente na infância, a influência de indivíduos ansiosos e as fobias sociais contribuem para a ansiedade ao tratamento odontológico (LOCKER et al¹⁶, 1999). O relato de experiências dolorosas é igual tanto para o homem quanto para a mulher. Entretanto, há uma diferença em relação à ansiedade porque a percepção e o significado dessas experiências parece ser diferente entre eles (LIDDELL & LOCKER¹⁴, 1997). Além disso, pessoas com mais idade tendem a relatar menos experiências desagradáveis. Isto é um indicativo de que se o indivíduo passar por experiências que o levem a reavaliar as conseqüências de se expor à situação fóbica, ele poderá ter maior capacidade de enfrentamento. Essas pessoas conseguem se controlar, equilibrando a expectativa com experiência (DAVEY⁵, 1989).

Uma experiência odontológica adversa pode ser resultado de uma condição bucal pobre. Isto poderá levar ao desenvolvimento do medo, pois as intervenções necessárias podem ser mais invasivas e demoradas (POULTON et al¹⁹, 1997). Há o risco de se formar um ciclo vicioso de medo (ansiedade) → não comparecimento ao dentista → deterioramento da saúde bucal → manutenção ou agravamento do medo (ansiedade) (HAKBERG et al⁹, 1992). A auto percepção da condição bucal é pior

- Kazue Kanegane

Cirurgiã-Dentista em São Paulo.

- Sibelesarti Penha

- Maria Aparecida Borsatti

- Rodney Garcia Rocha

Professores do Departamento de Estomatologia da FO/São Paulo/USP.

Os AA verificam a frequência de medo e ansiedade, em pacientes atendidos na clínica integrada da Faculdade de Odontologia da USP

CONTATO C/AUTOR:

E-mail: sibsarti@usp.br

DATA DE RECEBIMENTO:

Janeiro/2005

DATA DE APROVAÇÃO:

Maior/2005

Sexo	Idade	MDAS		GFS	
		Ansiosos	Não ansiosos	Com medo	Sem medo
Feminino	Abaixo de 40 anos	4	16	2	18
	Acima de 41 anos	6	46	2	50
Masculino	Abaixo de 40 anos	0	10	0	10
	Acima de 41 anos	4	25	3	26

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes quanto ao sexo, idade e as escalas utilizadas.

nos indivíduos considerados ansiosos (KRUGER et al¹³, 1998). E pacientes com saúde bucal ruim apresentaram maiores escores na escala de ansiedade de Corah³, 1969, que os com boa saúde bucal. Entretanto, muitas vezes são estes pacientes que têm mais chances de serem aceitos para atendimento em clínicas-escolas, pois as suas necessidades vão de encontro aos objetivos de aprendizado do aluno (KAAKO et al¹¹, 1998).

A partir de dados coletados de pacientes em atendimento de rotina na Disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, procuramos verificar a frequência de ansiedade e medo nesses pacientes, assim como relacionar a ansiedade a algumas características dessa população. Também foi verificada a concordância entre a avaliação do paciente em relação ao medo do tratamento, e a opinião do aluno que o atendeu.

MATERIAL E MÉTODO

Foram entrevistados pacientes que receberam atendimento de rotina na Disciplina de Clínica Integrada da FOUSP no período de novembro de 2002 a maio de 2003. Os critérios para inclusão neste estudo foram: ter mais de 18 anos, estar em atendimento na Disciplina de Clínica Integrada da FOUSP e concordar em participar do estudo através de um termo de consentimento esclarecido. Para os pacientes que não sabiam ler e quiseram participar da pesquisa, o questionário foi lido. Todas as entrevistas foram feitas pelo mesmo operador, após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Protocolo nº 229/02).

O paciente foi caracterizado quanto ao sexo, idade, grau de escolaridade e renda familiar. O questionário continha perguntas sobre a frequência de visitas ao dentista antes de ser atendido na Disciplina e o motivo para o padrão de visitas apresentado, a existência de algum evento causador de medo ao tratamento odontológico, qual a situação dentro do atendimento odontológico que mais provoca ansiedade, o tempo de tratamento na Disciplina, se houve alguma diferença no nível de ansiedade antes do tratamento e no momento presente e a condição atual da boca, segundo a opinião do paciente.

A ansiedade ao tratamento odontológico foi medida através da escala *Modified Dental Anxiety Scale (MDAS)* e o medo através da *Gatchel Fear Scale (GFS)*.

A *Dental Anxiety Scale* foi desenhada originalmente com 4 questões por Corah³ em 1969. A *MDAS* é a escala modificada por Humphris et al¹⁰ em 1995, composta de 5 questões com cinco alternativas de respostas elaboradas. Esta modificação foi a inclusão de uma pergunta sobre anestesia e a padronização das respostas. Atribui-se valor 1 à alternativa correspondente a de menor grau de ansiedade e valor 5, a de maior grau de ansiedade. O mínimo escore possível é de 5 (sem ansiedade) e o máximo, de 25 (extrema ansiedade). Consideramos ansiosos dentais aqueles pacientes que apresentaram escores maiores ou iguais

a 16, sendo que escores acima de 19 identificaram o paciente com fobia¹⁰. Esta escala foi validada no Brasil em 2003 num trabalho feito com pacientes de atendimento de urgência¹².

A *Gatchel Fear Scale* é composta de uma pergunta na qual é solicitado ao paciente quantificar seu medo em relação ao atendimento odontológico numa escala de 1 a 10, onde 1 representa ausência de medo, e 10, medo extremo. Pacientes que apontaram escores maiores ou iguais a 8 foram classificados como tendo alto grau de medo⁷. Esta escala também foi utilizada para verificar a opinião dos alunos em relação ao medo do atendimento odontológico que seus pacientes demonstravam (GATCHEL⁷, 1989).

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística utilizando o Teste Exato de Fisher e o Teste de Correlação de Pearson e os resultados apresentados de forma tabular e descritiva.

RESULTADOS

Foram entrevistados 111 pacientes de uma média de 250 que são atendidos pela Disciplina durante o ano letivo tanto no período diurno quanto noturno, correspondendo a aproximadamente 44% do total. Destes entrevistados 72 eram mulheres com idade média de 47,3 anos e 39 eram homens com idade média de 50,1 anos.

A maioria dos pacientes apresentou escolaridade que variou de ensino fundamental completo a ensino médio completo (58,5%), e tinham renda familiar entre 1 a 6 salários mínimos (74,7%).

A ansiedade medida pela *MDAS* foi encontrada em 12,6%(14/111) dos pacientes, sendo 10 do sexo feminino e 4 do masculino. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros (teste exato de Fischer > 0,05). O medo foi relatado por 6,3%(7/111) dos pacientes através da *GFS*, sendo quatro do sexo feminino e três do masculino. Também não foi encontrada diferença estatisticamente significativa neste caso (teste exato de Fischer > 0,05).(Tabela 1)

Separando a amostra estudada em duas faixas etárias (acima e abaixo de 40 anos), não se encontrou diferença estatisticamente significativa tanto para a *MDAS* quanto para *GFS* (teste exato de Fischer > 0,05). (Tabela 1)

A maioria dos pacientes entrevistados relatou ir ao dentista somente quando necessário (57,6%) . Os motivos que mais influenciam o padrão de visitas ao dentista mais citados foram falta de condições financeiras e/ou problemas pessoais (48/111) e a procura por atendimento (38/111).

Os pacientes que afirmaram ir ao dentista com mais frequência são menos ansiosos do que os que disseram que só procuram atendimento quando necessitam (teste exato de Fischer = 0,05). Entretanto, em relação ao medo, não foi observada esta diferença (teste exato de Fischer > 0,05). (Tabela 2)

Padrão de visitas	MDAS		GFS	
	Ansiosos	Não ansiosos	Com medo	Sem medo
Até 2 em 2 anos	2	42	2	42
Só quando necessário	11	51	5	57
Foi direto à faculdade	1	4	0	5

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes em relação ao padrão de visitas ao dentista e as escalas utilizadas.

Não foi encontrada relação entre a existência de um evento vivenciado pelos pacientes e a ansiedade e/ou medo (teste exato de Fischer > 0,05).

Das situações que mais causam ansiedade, os mais citados foram: ser anestesiado (31 vezes), esperar ser atendido (21 vezes), extração dentária (13 vezes) e a raspagem (10 vezes).

O tempo decorrido desde o início do tratamento não pôde ser relacionado tanto com a ansiedade quanto com o medo (teste exato de Fischer > 0,05).

Não houve diferença estatisticamente significativa quando relacionamos a satisfação do paciente com a condição da boca no momento da entrevista e a ansiedade (teste exato de Fischer > 0,05) e mesmo com o medo (teste exato de Fischer > 0,05). (Tabela 3)

Ao comparar os escores relatados pelo paciente em relação ao medo e os atribuídos pelos alunos que os atendiam, houve uma correlação ao nível de 1% (r calculado = 0,6562).

DISCUSSÃO

Neste estudo, as entrevistas foram feitas na sala de espera da Clínica Odontológica da FOU SP enquanto os pacientes aguardavam ser atendidos. A prevalência da ansiedade encontrada foi menor que a observada em pacientes que procuraram por atendimento de urgência (KANEGANE et al¹², 2003) mas dentro dos valores encontrados na população adulta mundial. O mesmo foi verificado com a característica medo, uma prevalência maior em pacientes que precisam de atendimento imediato. Isto reforça a idéia de que pacientes ansiosos demoram mais para ir ao dentista (SCHULLER et al²¹, 2003) procurando atendimento somente em caso de necessidade, com maiores chances de sofrerem um procedimento invasivo e sentirem dor (LIDDELL & LOCKER¹⁵, 2000). Além disso, esses pacientes têm mais cáries e tendem a preferir fazer uma exodontia a um tratamento mais conservador (ROSA & FERREIRA²⁰, 1997).

Estudos anteriores mostram que mulheres se apresentam com mais ansiedade que os homens (CORAH et al⁴, 1978; KANEGANE et al¹², 2003; LIDDELL & LOCKER¹⁵, 2000; ROSA & FERREIRA²⁰, 1997). Neste estudo, apesar de numericamente mais mulheres terem sido detectadas como ansiosas, se compararmos o número de mulheres com o de homens que estão em tratamento e ao tentarmos relacionar estes dados realmente não encontramos esta diferença, ou seja, a ansiedade foi identificada em ambos os sexos na mesma proporção.

A idade do paciente não influenciou no nível de ansiedade e/ou medo como nos estudos de Milgrom et al.¹⁷, 1988, Hakeberg et al.⁹, 1992 e Liddell & Locker¹⁴, 1997 que afirmaram que a ansiedade tende a diminuir com o passar dos anos. A população deste estudo é composta de indivíduos com idade média superior a 40 anos, dado que concorre para a menor prevalência de ansiedade e/ou medo encontrada. Essa passagem do tempo

dá oportunidades ao paciente procurar atendimento conforme as suas necessidades e ter contato com a odontologia. E dessa maneira, estes pacientes conseguem lidar com a existência de um evento que talvez pudesse lhes causar medo em relação ao tratamento. Apesar de alguns pacientes relatarem ter tido algum tipo de experiência prévia desagradável, este fato não os impediu de buscar atendimento.

Ser anestesiado, esperar se atendido, a exodontia e a raspagem periodontal foram os mais citados como as situações que mais provocam ansiedade para os pacientes em atendimento de rotina. Há uma concordância com o trabalho de Doebing & Rowe⁶ (2000), que também encontrou o medo de injeções como o mais citado. Este fato mostra que apesar da MDAS ser uma escala sucinta, ela aborda a maioria das situações que possam desencadear a ansiedade.

O fator econômico e a presença de problemas pessoais foram importantes para determinar o padrão de visitas ao dentista. A situação pessoal do paciente muitas vezes não é um fator controlável, assim como o custo do tratamento odontológico dificulta bastante o acesso, principalmente se levarmos em conta o panorama econômico do país. Ao mesmo tempo, encontramos também pacientes que buscavam atendimento com certa regularidade, o que já era esperado pois os entrevistados já estavam recebendo tratamento.

Tanto os pacientes que declararam que não estão satisfeitos quanto os que estão satisfeitos com a condição da boca apresentam ansiedade e/ou medo, mas sem diferença importante entre eles. Mas devemos observar que a auto percepção da condição bucal no momento da entrevista depende do conceito que o paciente tem. Enquanto para uns estar em o tratamento é o suficiente para achar que está bom, para outros ainda não ter terminado o que foi planejado em um período desejado já os deixa desmotivados.

Embora a duração do tratamento seja relativamente longo, esse contato com a odontologia não foi suficiente para alterar a ansiedade e/ou medo de alguns pacientes. Era esperado que quanto maior o tempo decorrido desde o início do tratamento menos pessoas ansiosas fossem encontradas. Talvez esses pacientes tenham outros fatores que influenciam a ansiedade, que dificultam a superação desse sentimento.

Quando solicitamos aos alunos para dar a sua opinião sobre o medo que os pacientes demonstram durante o atendimento e que eles percebem, encontramos uma correspondência significativa com a opinião dos próprios pacientes. Isto indica que o profissional consegue na maioria das vezes reconhecer essas características no paciente. Entretanto não significa que o dentista consiga lidar com a situação e fazer com que o nível de ansiedade do paciente seja reduzido.

Apesar de pesquisas estudarem as causas e a avaliação do medo odontológico, o reconhecimento de pacientes ansiosos não é fácil, pois cada um tem uma maneira de demonstrar os seus sentimentos. Devemos observar que a amostra deste

Satisfação com a condição da boca	MDAS		GFS	
	Ansiosos	Não ansiosos	Com medo	Sem medo
Insatisfeitos	8	43	4	47
Satisfeitos	4	56	3	57

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes quanto a satisfação com a condição da boca no momento da entrevista e as escalas utilizadas.

trabalho é constituída de indivíduos que já são pacientes; e que o questionário é respondido a uma entrevistadora, e, apesar de ser confidencial e anônimo, os dados obtidos podem não ser totalmente precisos ou honestos.

Nossa amostra se apresentou como um grupo homogêneo, não se encontrando grandes diferenças nos aspectos analisados. Uma ampliação da amostra é necessária para podermos concluir se a idade é uma característica que interfere na ansiedade, pois a maioria da nossa amostra possui mais de 40 anos. Analisando os resultados, podemos presumir que existem pacientes que parecem ser refratários à exposição às situações causadoras de ansiedade ao tratamento odontológico apesar de serem assistidos. Estes necessitam de uma conduta diferenciada por parte do profissional para encontrar formas de reduzir a exposição a estímulos que desencadeiam a ansiedade e transformar o tratamento em uma experiência positiva como maneiras de reduzir a ansiedade e melhorar a saúde bucal destes indivíduos.

RESUMO

Este estudo apresenta dados sobre a presença de ansiedade e/ou medo ao tratamento odontológico em pacientes atendidos em uma clínica-escola de uma faculdade de odontologia de São Paulo. Foi utilizado um questionário dirigido com perguntas sobre idade, sexo, padrão de visitas ao dentista, tempo de tratamento e presença de história traumática e a opinião dos alunos em relação ao medo apresentado pelos pacientes. Para medir a ansiedade e/ou medo foram utilizadas duas escalas: Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) e Gatchel Fear Scale (GFS). A prevalência de ansiedade foi de 12,6% e de medo, 6,3%. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes em relação ao sexo, idade, tempo decorrido desde o início do tratamento ou uma experiência prévia e as escalas utilizadas. Entretanto, os pacientes ansiosos procuram o dentista somente quando precisam, enquanto os menos ansiosos fazem vão a consultas com maior frequência. Houve correlação quando comparamos as opiniões dos alunos e a do próprio. A partir desses dados, observamos que a ansiedade ainda é prevalente na amostra estudada e persiste durante o tratamento.

Palavras-Chave: Ansiedade ao tratamento odontológico, medo, faculdade de odontologia.

ABSTRACT

This study aimed to assess dental anxiety and/or fear in patients attended at a dental school clinic in São Paulo. A questionnaire about age, gender, dental visiting pattern, how long the treatment had been doing, aversive experiences and students' evaluation was completed. Dental anxiety was measured by the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) and dental fear was measured by the Gatchel Fear Scale (GFS). The frequency of dental anxiety was 12,6% and frequency of dental fear was 6,3%. No statistically significant differences were found for age, gender, treatment duration and aversive

experiences and both scales. But, anxious patients showed more episodic visiting pattern while non anxious patients were more regular attenders. There was a correlation when students' evaluation and patients' opinion were compared. The data suggest that dental anxiety is still prevalent in this sample and persists during the treatment.

Key Words Dental anxiety; fear, dental school.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AARTMAN, I.H.A., 1998. Reliability and validity of the short version of the Dental Anxiety Inventory. *Community Dent Oral Epidemiol*, 26: 350-354.
- CESAR, C.L.G.; NARVAI, P.C.; GATTÁS, V.L.; FIGUEIREDO, G.M., 1999. "Medo de dentista" e demanda aos serviços odontológicos. *RGO*, 47: 191-194.
- CORAH, N.L., 1969. Development of a Dental Anxiety Scale. *J Dent Research*, 48: 596.
- CORAH, N.L.; GALE, E.N.; ILLIG, S.J., 1978. Assessment of a dental anxiety scale. *J Am Dent Association*, 97: 816-819.
- DAVEY, G.C.L., 1989. Dental phobias and anxieties: evidence for conditioning processes in the acquisition and modulation of a learned fear. *Behav Research and Therapy*, 27: 51-58.
- DOEBLING, S., ROWE, M., 2000. Negative perceptions of dental stimuli and their effects on dental fear. *Journal of dental Hygiene*, 74: 110-116.
- GATCHEL, R., 1989. The prevalence of dental fear and avoidance: expanded adult and recent adolescent surveys. *J Am Dent Association*, 118: 591-593.
- HÄGGLIN, C.; HAKEBERG, M.; AHLQWIST, M.; SULLIVAN, M.; BERGGREN, U., 2000. Factors associated with dental anxiety and attendance in middle aged and elderly women. *Community Dent Oral Epidemiol*, 28: 451-460.
- HAKEBERG, M.; BERGGREN, U.; CARLSSON, S.G., 1992. Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol*, 20: 97-101.
- HUMPHRIS, G.M.; MORRISON, T.; LINDSAY, S.J.E., 1995. The modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dent Health*, 12: 143-150.
- KAACKO, T.; MILGROM, P.; COLDWELL, S.E.; GETZ, T.; WEINSTEIN, P.; RAMSAY, D.S., 1998. Dental fear among university employees: implications for dental education. *J Dental Education*, 62: 415-420.
- KANEGANE, K., PENHA, S.S., BORSATTI, M.A., ROCHA, R.G., 2003. Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. *Rev Saúde Pública*, 37: 786-92.
- KRUGER, E.; THOMSON, W.M.; POULTON, R.; DAVIES, S.; BROWN, R.H.; SILVA, P.A., 1998. Dental caries and changes in dental anxiety in late adolescence. *Community Dent Oral Epidemiol*, 26: 355-359.
- LIDDELL, A.; LOCKER, D., 1997. Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control. *Community Dent Oral Epidemiol*, 25: 314-318.
- LIDDELL, A.; LOCKER, D., 2000. Changes in levels of dental anxiety as a function of dental experience. *Behavior Modification*, 24:57-68.
- LOCKER, D.; LIDDELL, A.; SHAPIRO, D., 1999. Diagnostic categories of dental anxiety: a population-based study. *Behav Research and Therapy*, 37: 25-37.
- MILGROM, P.; FISET, L.; MELNICK, S.; WEINSTEIN, P., 1988. The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *J Am Dental Association*, 116: 641-647.
- PEREIRA, L.H.M., RAMOS, D.L.P.; CROSSATO, E., 1995. Ansiedade e dor em Odontologia – Enfoque psicofisiopatológico. *Rev APCD*, 49: 285-290.
- POULTON, R.; THOMSON, W.M.; DAVIES, S.; KRUGER, E.; BROWN, R.H.; SILVA, P., 1997. Good teeth, bad teeth and fear of the dentist. *Behav Research and Therapy*, 35: 327-334.
- ROSA, A.L.; FERREIRA, C.M., 1997. Ansiedade odontológica: nível de ansiedade, prevalência e comportamento dos indivíduos ansiosos. *RBO*,