

Pedro José Peneda de Oliveira

**Influência do Espaço do Consultório Dentário na
Ansiedade dentária – Uma Reflexão...**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2009

Pedro José Peneda de Oliveira

**Influência do Espaço do Consultório Dentário na
Ansiedade dentária – Uma Reflexão...**

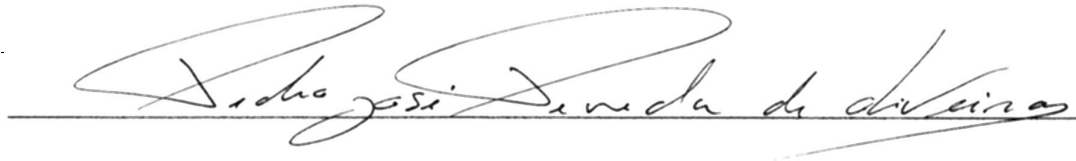
Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2009

Influência do Espaço do Consultório Dentário na Ansiedade dentária – Uma Reflexão...

Pedro José Peneda de Oliveira

A handwritten signature in black ink, reading "Pedro José Peneda de Oliveira", written over a horizontal line. The signature is fluid and cursive, with large loops and a long tail.

“Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Medicina Dentária.”

Resumo

A ansiedade dentária apresenta um leque diversificado de definições. A melhor aceite actualmente, é tratar-se de uma alteração da condição psicológica do paciente, que afecta o seu tratamento dentário e bem-estar. Os pacientes que padecem desta alteração adiam consulta, condicionando deteriorações consecutivas com agravamento da cavidade oral. Desta forma, quando o paciente recorre à consulta, mais tardiamente, o tratamento será mais invasivo, provocando ao paciente um desconforto psicológico adicional, que se traduzirá num aumento da ansiedade dentária. É este o ciclo vicioso que se procura evitar e só através da actuação num dos elos deste ciclo, isto se torna possível.

Numerosos estudos tem abordado a ansiedade dentária contudo esta abordagem centra-se apenas, na sua vertente psicológica, fornecendo ao Médico Dentista poucas medidas correctivas passíveis de serem aplicadas no dia-a-dia com benefício evidente das partes envolvidas.

O espaço do consultório dentário poderá também interferir de forma a minimizar a ansiedade dentária. No entanto, existem alguns (poucos) estudos que relatam com pormenor quais as possíveis alterações que tornam efectivas esta melhoria.

Este trabalho de revisão bibliográfica tem como objectivo de estudar e reflectir sobre a possível correlação de duas áreas temáticas ainda pouco relacionadas: o Espaço do consultório médico dentário e a ansiedade dentária. Como já foi referido anteriormente, pensa-se que a análise do espaço do consultório dentário, pode representar um factor importante na equação que é o tratamento de pacientes que sofrem de ansiedade dentária.

No decorrer da pesquisa e reflexão para este trabalho constou-se que poderá existir uma relação directa entre estas áreas, porém esta causalidade só pode ser verificada mediante a realização de um maior número de estudos científicos que avaliem especificamente estes dois factores.

Ao longo deste trabalho, tentamos dar algumas respostas relativas às características do consultório ideal. Reflectimos e discutimos várias perspectivas e conceitos nesta árdua tentativa de definir as características perfeitas do consultório. É nosso objectivo que o leitor no final da leitura deste trabalho, consiga ele próprio, reflectir e identificar a sua filosofia e o conceito sobre o consultório ideal, à sua imagem e à imagem dos pacientes que o visitam.

Abstract

The Dental anxiety presents a wide range of definitions. The one currently accepted deals with the patient psychological condition changing. This affects the patient dental treatment and his well-being. Patients suffering from this pathology keep on postponing their surgeries. As a result, they cause consecutive deterioration and degeneration of oral cavity. In this way when patients come to the dentist treatments become more invasive, causing a high level of psychological discomfort and dental anxiety this is what we don't expect to happen and want to avoid as well as this kind of patient behavior. It's important to take efficient precautionary measures in this field.

Dental anxiety has been the subject of many studies. However these studies are only directioned in the psychological dimension, providing the Dentist few accurate measures, possible of being applied in day by day, with obvious benefit to the involved parts.

The Dentist surgery can also interfere in a way that may reduce dental anxiety. Nevertheless, there are some studies which report in detail the possible changes, that become operative this improvement.

This study is focused in a General Literature Review which aim is study and reflects upon the possible correlation of these two thematic areas, that are still not very related: The Dental Surgery and Dental Anxiety. As it was mentioned before, the analysis of the Dental Surgery may perform an important factor in the patients treatment, who suffer from Dental Anxiety.

Throughout this research and reflection of this work one may conclude that can exist a direct relation between these areas, however this chance may be confirmed through a number of scientific studies which estimate specific this relation.

In this work, we tried to give some solutions in what concerns the ideal surgery. We thought over it and questioned many concepts and perspectives in this arduous attempt

of defining the ideal characteristics of the “perfect” surgery room. It’s our aim that the end of this work, the reader himself may identify the concept of ideal surgery, according to the type of patients.

“Não sigas o caminho traçado.

Em vez disso, vai por onde não há caminho

E deixa um trilho”

Helen Exley (2001)

Agradecimentos

A realização de um trabalho desta natureza, que envolve inúmeras colaborações e que exige um enorme empenho pessoal, carece de constantes orientações, aferições, mudanças de rumo, e sobretudo, grandes doses de paciência por quem se atreve ajudar. Por este motivo os agradecimentos são muitos e de diferentes âmbitos, desde a participação científica, até ao apoio emocional, sem o qual este projecto seria muito difícil de concretizar.

Antes de mais, pretendo agradecer, ao Professor Doutor Salvato Trigo, pela possibilidade de existência da Universidade Fernando Pessoa, e pelo incentivo moral aos alunos a progredirem pela sua carreira académica.

À Mestre Sandra Gavinha por ter sido simples inextinguível, pela disponibilidade e paciência em todas as fases do trabalho, pelos conhecimentos e conselhos transmitidos, que directa ou indirectamente contribuíram para a construção deste projecto.

Agradeço também a disponibilidade de todos Professores, que sempre propulsionaram um bom ambiente de estudo e que sempre estiveram disponíveis para discutir todas as questões que surgiram, e se “atreveram” a participar dando opiniões e conselhos brilhantes que me ajudaram a atravessar alguns desertos ideias, e a consolidar os lagos construídos.

Aos meus colegas de turma e amigos, agradeço o ambiente que me proporcionaram, quer na partilha de conhecimentos, quer na relação humana que mantiveram comigo: Aida Meneses, Ângela Ribeiro, Daniela Carreira, Filipa Oliveira, Filipe Vilela, Pedro Reis, Rita Carvalho, Ricardo Paixão, Rita Paim, Rita Motta Rita Sousa e Tânia Oliveira.

Agradeço aos meus pais por me disponibilizarem todo o apoio que necessito em todos os momentos, por me rodearem de um ambiente altamente estimulante e facilitador e por me terem possibilitado a realização de todos os meus sonhos. Agradeço também a paciência, a solidariedade, a compreensão, o carinho, os raspanetes, as lições e as

chamadas de atenção que me ajudam a manter o equilíbrio com que tento reger a minha vida e que tem consequências em tudo o que faço.

À minha avó Arminda, pelo seu afecto, seu carinho, pelas chamadas de atenção, e por me ajudar tornar na pessoa em que sou.

À minha irmã Dora, agradeço pela sua generosidade, a sua amizade, ao seu amor, a sua dedicação que sempre me demonstrou, mostrando novos caminhos, novas ideias, novos horizontes, permitindo que um grande obstáculo se tornasse num pequeno grão de areia. Sem ela as dificuldades seriam seguramente muitas mais e o projecto custaria muito mais a ser realizado.

Ao meu segundo “irmão” Ricardo sincero agradecimento pela sua dedicação, pela busca constante de soluções para todos os problemas que foram emergindo, e pelo auxílio absoluto que sempre demonstrou.

Finalmente, e por ser a mais especial, agradeço à “minha” Catarina pela sua audácia, a sua persuasão, a sua inteligência, a ternura do seu afecto, o seu carinho, pelos puxões de nos momentos certos, pela sua alegria, pelo seu humor, o seu companheirismo, a sua presença e incentivos. Com ela o mundo parece sempre mais pitoresco, agradável, relaxado e sobretudo fácil de ser vivido.

Índice

Índice de Figuras	i
Índice de Abreviaturas	ii
INTRODUÇÃO	1
DESENVOLVIMENTO	5
I. ANSIEDADE	5
II. ANSIEDADE DENTÁRIA	9
1. Conceito	9
2. Factores/Causas	10
3. Escalas Medição da Ansiedade dentária	13
i. Escalas para Adultos	15
ii. Escalas para Crianças e Adolescentes	17
iii. Escalas Gerais	17
III. ABORDAGENS NA ANSIEDADE DENTÁRIA	19
1. Abordagens centradas na relação médico-paciente	19
2. Abordagens farmacológicas	20
3. Abordagens psicológicas e psicoterapêuticas	20
4. Uso de meios audiovisuais durante o tratamento	21
5. Musicoterapia	22
IV. OUTRAS SOLUÇÕES: FILOSOFIAS E TERAPIAS	23
1. Feng Shui	23
2. Cor	24
i. Etiologia da Cor	24
ii. Classificação das cores	26
A. <i>Qualidade da Cor</i>	26
iii. Percepção da cor	26
iv. A cor no ambiente de trabalho	27

v. A cor no ambiente da área da saúde.	30
V. ANSIEDADE DENTARIA E O ESPAÇO DO CONSULTÓRIO DENTÁRIO... QUE RELAÇÕES?	32
1. Ansiedade dentária ... uma questão de Saúde Pública e de Qualidade de Vida	32
2. Espaço do Consultório Dentário	35
<i>i. Definição de Espaço</i>	35
<i>ii. Normas clínicas do Espaço do Consultório Dentário</i>	36
<i>iii. Outras considerações...</i>	37
O ESTADO DA ARTE – UMA REFLEXÃO...	39
CONCLUSÃO	46
BIBLIOGRAFIA	48

Índice de Figuras

Fig. 1 – Sala de espera e corredor de um consultório dentário inspirado na ondulação das dunas do deserto, adaptado tendo em conta a funcionalidade de cada espaço. (adaptado de Gaerig, 2008, pp.2) _____43

Fig. 2 – Consultório Dentário inspirado no Mar, adaptado tendo em conta a funcionalidade de cada espaço. (adaptado de Gaerig, 2008, pp.3) _____43

Índice de Abreviaturas

AFDTCI – Adolescent’s Fear of Dental Treatment Cognitive Inventory

CFSS-DS – Children’s Fear Survey Schedule – Dental Subscale

DAI – Dental Anxiety Inventory

DAS – Dental Anxiety Scale

DCQ – Dental Cognitions Questionnaire

DFS – Dental Fear Survey

DSM-IV – Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition

FSS-II – Fear Survey Schedule II

GFS – Escalas de Medos de Geer

MCDAS – Modified Child Dental Anxiety Scale

MDAS – Modified Dental Anxiety Scale

SPA – “*Sanus Per Aqua*” - Hotel ou estabelecimento comercial com tratamentos de saúde e/ou beleza, que incluem alimentação natural, actividades físicas, massagens, banhos medicinais, sauna, etc.

STAY – State-Trait Anxiety Inventory

VPT – Veham Picture Test

WFQ – Weiner Fear Questionnaire

INTRODUÇÃO

“ ... Particularizando um pouco mais, houve uma consulta, que foi alvo de especial consideração e motor para uma sessão intensa de brainstorming interna ... Numa primeira abordagem, o paciente, mostrou-se muito pouco receptivo ao tratamento. A todas as questões que lhe eram colocadas, respondia com lábios semicerrados, como se não quisesse mostrar os dentes. A sua atitude mostrava um estado de nervosismo preocupante, parecendo mesmo estar na cadeira contra a sua própria vontade. Porém, com o passar do tempo, e durante a conversa estabelecida entre aluno e paciente, com o objectivo de obter a história adequada que conduzisse à queixa clínica, o paciente ficou mais calmo, relaxado e descontraído.

Num momento seguinte, e numa tentativa de visualização da cavidade oral, o paciente rapidamente voltou a mudar de atitude: fechou os olhos, as suas mãos agarraram com muita intensidade os braços da cadeira, a sua respiração ficou mais ofegante. Ficou pálido, com frio e com sudorese visível. O procedimento foi parado imediatamente, e tentou-se, novamente, dialogar com o paciente de forma a acalmá-lo.

Após a consulta e explicação ao professor responsável pela orientação da minha prática clínica do sucedido, achou-se que seria melhor adiar o procedimento dentário necessário. Num momento posterior de reflexão conjunta e mais aprofundada sobre o sucedido, concluiu-se que o comportamento demonstrado pelo paciente estaria a ser afectado pela sua ansiedade. A prática recomendada, para esta situação e para outras idênticas, foi a de adiar a consulta de forma a não colocar a integridade do paciente numa situação de risco. No entanto, foi também explicado ao aluno que é também prática clínica o encaminhamento do paciente para o seu Médico de Família de modo a avaliar e orientar (geralmente, a solução encontrada, passa pela prescrição de ansiolíticos), e porque não dizê-lo, resolver este problema extremamente limitativo que é a ansiedade dentária...”

Excerto do **Diário de Bordo** do Aluno Pedro Oliveira,
da disciplina Clínica Integrada

Durante o percurso académico, especialmente, nos três anos de aulas clínicas, foi possível constatar que, na abordagem da maioria dos pacientes, o objectivo de promover um melhor e maior bem-estar está perfeitamente ao alcance da maioria dos profissionais de Medicina Dentária. Contudo, e no contexto do atendimento nas Clínicas Pedagógicas da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa e apesar de todo o esforço, quer por parte dos professores quer por parte dos alunos, ainda por parte dos mais diversos colaboradores (desde as auxiliares da clínica às secretárias clínicas), este objectivo, em algumas situações, não foi totalmente atingido.

A descrição e a reflexão sobre o sucedido na consulta, citada no início deste trabalho, foram a principal fonte de motivação para a realização do trabalho. Numa tentativa inicial de esclarecimento, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e foi encontrada uma bibliografia extensa relativa a este tema, o que ainda fomentou mais a motivação inicial para a realização deste trabalho.

Hu et al., (2007), sugerem que cerca de 5 a 22% da população adulta mundial sofre de ansiedade dentária. Na mesma linha de pensamento, Eli et al., (1992), afirmam que 6% da população evita a consulta de Medicina Dentária, recorrendo apenas após o aparecimento de sintomas dolorosos. Estes dados são também confirmados por muitos outros autores como Locker & Liddel 1991, Frere et al., 2001 e Jongh et al., 2008.

A deterioração da saúde oral, por si só, não se reflecte necessariamente apenas pela diminuição da capacidade mastigatória, ou pela dor mais ou menos crónica. Reflecte-se, igualmente, pela alteração da estética facial com consequências na auto estima e no relacionamento interpessoal do indivíduo (Locker, 2003). Por sua vez, o United States Department of Health and Human Services (2000), afirma que a deterioração da cavidade oral conduz a um aumento da necessidade consultas, o que representa um maior custo directo nas mesmas.

Os estudos relativos à problemática da ansiedade dentária, nomeadamente, aos factores que a desencadeiam são numerosos. Entre os factores predisponentes para a ansiedade mais estudados actualmente, encontram-se os factores inter e intra individuais (Corah,

1969; Corah et al., 1979). É extensa a bibliografia encontrada que correlaciona a ansiedade dentária com diversas e distintas variáveis, tais como o estatuto sócio-económico, a idade e o género. No entanto, os estudos que relacionam o paciente com ansiedade dentária e o consultório médico dentário, particularmente, o espaço, são em número consideravelmente inferior e mesmo quase inexistentes.

Se reflectirmos bem esta é uma oportunidade única de saciar esta curiosidade. O tema começa também a ser apontado em alguma da bibliografia consultada, uma vez que muitas das vezes não está em causa a técnica utilizada pelo Médico Dentista, as características inter e intra individuais, mas sim as condições que o consultório dentário proporcionam ao paciente com vista a promover o seu bem-estar, qualidade de vida e a diminuir a sua ansiedade dentária.

Após percorrer este caminho de dúvidas, avanços, recuos, pensámos que o estudo detalhado dos factores referidos nas questões anteriores, assim como a posterior sensibilização dos profissionais Médicos Dentistas, poderá representar ganhos significativos para os interlocutores mais envolvidos numa consulta de Medicina Dentária: o Médico Dentista e o paciente. Desta forma, este trabalho surge com o principal objectivo de estudar e reflectir sobre a correlação de duas áreas temáticas ainda pouco equacionadas: o “Espaço do Consultório Dentário” e a “Ansiedade dentária”. Pensamos que a análise do espaço do consultório dentário, poderá representar um factor importante no tratamento de pacientes que sofrem de ansiedade dentária.

Deste modo, foram muitas as questões que se levantaram ao longo deste processo de reflexão, pesquisa e estudo: Será que o espaço do consultório dentário interfere no tratamento do paciente com ansiedade dentária? Será que a cor e o Feng Shui, poderão representar uma mais valia no tratamento do paciente com ansiedade dentária? E a música ambiente, temperatura e o odor do consultório poderão exercer influência no paciente? Que outros aspectos são apresentados nos estudos, como possíveis factores que maximizem o bem-estar do paciente? Será que pode ser definido o consultório médico dentário ideal?

Este trabalho consiste numa revisão bibliográfica baseada na evidência científica existente. As fontes de pesquisa principais a que se recorreu para a realização deste trabalho foram as seguintes: motores de busca da Internet como sejam B-on, Elsevier e Scielo, Google, Google académico, Jada online, Medline, Pubmed, Science Direct, com a utilização de palavras chave como as seguintes “ansiedade dentária”, “anxiety”, “anxiety dentaire”, “colours”, “cores”, “dental anxiety”, “dental fear”, “dental phobia”, “dentistry definition”, “fear”, “Feng shui”, “legislação consultório dentário”, “legislação Medico Dentista”, “fobia dentária”, “medo”, “musicoterapia”, “musitherapy”, “odores”, “odors”, “phobic dentaire”. Esta pesquisa foi realizada no período compreendido entre Novembro de 2008 até Novembro de 2009, contendo como anos de publicação 1964 a 2009. Foram também utilizadas revistas e artigos científicos disponíveis nas bibliotecas da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Coimbra, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa e da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Interessa salientar que a pesquisa bibliográfica que orientou o suporte teórico deste trabalho é caracterizada por algumas restrições, pois como já foi referido, os artigos encontrados que relacionam estas duas áreas directamente, são escassos. Contudo, como já foi referido, pensámos que apesar de este processo ter sido difícil e moroso, a relação entre estes dois aspectos é muito importante e valiosa para a mudança de alguns paradigmas existentes na actuação do Médico Dentista relativamente à ansiedade dentária.

Os estudos parecem apontar para uma relação directa destas duas áreas, e acrescentam factores que merecem ser alvo de estudo. No entanto, enfocam também a necessidade de um estudo científico destes mesmos. A existência destas variáveis poderão desta forma, influenciar a construção do conceito de consultório ideal.

DESENVOLVIMENTO

I. Ansiedade

Os transtornos de ansiedade situam-se entre as perturbações psiquiátricas mais prevalentes do Mundo Ocidental, e, curiosamente, na grande maioria das populações estudadas. Além disso, a publicação dos resultados de diversos estudos, tem vindo a demonstrar de uma forma consistente que existe uma morbilidade desordenada, com uso de serviços de saúde e comprometimento de desempenho incomuns. Adicionalmente, achados recentes também sugerem que transtornos crónicos de ansiedade podem aumentar a taxa de mortalidade relacionada com problemas cardiovasculares. Devido a estes factores, os clínicos que lidam com este tipo de patologia devem ser capazes de estabelecer o diagnóstico apropriado com rapidez e iniciar o respectivo tratamento ou estratégias de controlo, caso se justifiquem (Sadock & Sadock, 2007).

Considerando a perspectiva neurobiológica, um correcto estudo do transtorno de ansiedade torna-se fundamental. Por outro lado, a compreensão e o conhecimento da biologia molecular da ansiedade promete, num futuro breve, novos conhecimentos sobre a etiologia e especificidade de tratamentos. Actualmente, os tratamentos disponíveis para esta condição são muito eficientes. Entre eles, encontrámos abordagens farmacológicas, cognitivo-comportamentais e psicodinâmicos (American Psychiatric Association, 2006).

Um outro aspecto deveras fascinante associado aos transtornos da ansiedade, diz respeito à interacção especial entre os factores genéticos e a experiência. Enquanto que quase não residem dúvidas de que genes anormais predispõem a estados considerados patológicos de ansiedade, a evidência indica, também, que os acontecimentos traumáticos surgidos ao longo da vida e o stress que lhes está associado são igualmente etiologicamente importantes. Esta área mostra pouca consideração por explicações que se assumem como puramente biológicas *versus* psicológicas sobre a patogenia e a terapêutica. Perante estas definições, torna-se crucial definir conceitos, pois habitualmente, recorre-se a diferentes nomes para denominar iguais significados. No

que diz respeito à ansiedade, com frequência diversos interlocutores (clínicos, investigadores e a população em geral) utilizam intuitiva e empiricamente, palavras como o medo, fobia, pânico e ansiedade de forma indiscriminada (Sadock & Sadock, 2007).

O termo ansiedade tem as suas raízes em Freud. Começou por lhe atribuir a denominação de neurose de ansiedade. Acreditava dizer respeito à libido contida, ou seja, um aumento fisiológico da tensão sexual que conduzia a um aumento da libido, e à representação mental desse evento fisiológico. Como vemos, já nesta altura precoce do surgimento da psicologia, se discutiam e tentavam encontrar explicações e base biológica para fenómenos evidentes ao olho humano, mas de difícil explanação perante as circunstâncias do consultório (American Psychiatric Association, 2006).

Todas as pessoas em diversos momentos experimentam ansiedade, dita normal, ou seja

“ (...) uma sensação difusa, desagradável e vaga de apreensão, por vezes acompanhada de sintomas autónomos, tais como cefaleias, palpitações, dor pré cordial, leve mau estar epigástrico e agitação, indicada pela incapacidade de ficar sentado ou em pé quieto por muito tempo” (Sadock & Sadock, 2007, pp630).

De todas as definições consultadas, uma das mais completas parece ser a apresentada pela American Psychiatric Association (2006, pp.429), que define a ansiedade como sendo uma “antecipação apreensiva de futuro perigo ou desgraça, acompanhada por um sentimento de disforia ou sintomas somáticos de tensão”. É assim um estado orientado para o futuro, funcionando para motivar o organismo, de tal modo que, o perigo futuro seja prevenido. Este estado é também caracterizado por se fazer acompanhar de pensamentos catastróficos ou de incompetência pessoal. A sintomatologia varia de uma forma inter pessoal, sendo por isso, por vezes, de complicada classificação e orientação.

Segundo o Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (DSM-IV), descreve seis principais distúrbios de ansiedade:

1. Distúrbio de Pânico com e sem Agorafobia,
2. Distúrbio Obsessivo-Compulsivo,
3. Fobia Social,

4. Distúrbio de Ansiedade Generalizada,
5. Fobia Específica,
6. Stress Pós-Traumático (American Psychiatric Association, 2006).

Concomitantemente com a ansiedade dentária pode-se observar com frequência outros tipos de problemas: o Pânico envolve um sentimento de terror intenso e súbito, com grande restrição social, uma vez que as pessoas que sofrem um ataque de pânico, normalmente aumentam os seus receios e acabam por se isolarem; as Fobias, ou também chamados de medos intensos sobre certos objectos ou situações, são também elas muito limitativas do ponto de vista social; as Alterações Obsessivas e Compulsivas caracterizam-se por sentimentos ou pensamentos persistentes e incontroláveis (obsessões) e rotinas ou rituais nos quais os indivíduos recorrem para se protegerem desses pensamentos/sentimentos; e por fim, alguém que sofra um trauma físico ou psicológico, pode viver uma ansiedade pós traumática, com forte receio devido às lembranças do evento doloroso (American Psychological Association, 2009).

Após estas considerações do conceito central em que o trabalho assenta, parece-nos importante explicar de uma forma mais particular os conceitos que habitualmente se confundem com ansiedade e que são muitas das vezes, até mesmo na linguagem clínica usados como sinónimos, mas que também se relacionam intimamente com ela.

Para Beck (1985), o Medo define-se como sendo uma emoção básica, que difere da ansiedade por ser uma resposta súbita de “fuga ou luta” a um perigo imediato, no qual o corpo se prepara para uma resolução da situação. Esta resposta é composta por três elementos relativamente independentes: cognitiva, fisiológica e comportamental.

Segundo DSM-IV, um Ataque de Pânico é “ um discreto período de tempo de intenso medo ou desconforto durante o qual quatro (ou mais) ” de uma lista de 13 sintomas “se desenvolvem abruptamente e atingem um pico em 10 minutos”. Os ataques de pânico devem ser codificados em conjunto com a patologia ansiosa com a qual ocorrem (American Psychiatric Association, 2006, pp.430).

A Fobia é uma sensação especial de medo intenso, sendo definida como:

“um medo marcado e persistente de objectos ou situações claramente discerníveis e circunscritas.

A exposição ao estímulo fóbico provoca quase invariavelmente uma resposta de ansiedade imediata”

(Sadock & Sadock, 2007, pp649).

II. Ansiedade dentária

1. Conceito

O conceito de ansiedade dentária levanta, ainda hoje, calorosas discussões e bastante controvérsia. Na opinião de Fiset et al., (*cit in* Frias-Bulhosa, 1996), não é claro se pode considerar a ansiedade dentária um síndrome, ou se as pessoas com ansiedade dentária são indivíduos normais que desenvolvem comportamentos de aversão aos tratamentos dentários.

São muitos os estudos que relacionam o aumento do grau de ansiedade dentária com a urgência dentária e conseqüentemente com a dor (Corah et al., 1978; Vassend, 1993). Yañes et al., (1992), nos seus estudos, concluem que a dor continua a representar o principal motivo de marcação de consulta de Medicina Dentária, o que por si só influenciará o aumento de grau de ansiedade.

Kent (1990), na análise da problemática de ansiedade dentária destaca que esta engloba alterações fisiológicas, comportamentais, convicções e pensamentos relativamente aos tratamentos. Salienta ainda que os pensamentos apresentados pelas pessoas no momento que precede a consulta são sempre mais negativos do que os que são experimentados no momento da consulta.

Weiner & Sheehan (1990), classificam as pessoas que sofrem ansiedade, quanto à sua origem, em dois grandes grupos:

Grupo Exógeno:

- As experiências directas, envolvem, geralmente, experiências negativas que decorrem no *setting* clínico, sob a forma de dor ou susto ou então, de uma interacção negativa entre o dentista e o paciente. Os estereótipos, crenças que são veiculados pelos média em jornais, revistas, entre outros também podem conduzir a comportamentos por imitação.

- As experiências indirectas podem incluir a generalização de estímulos, por exemplo de uma outra situação ou contexto para a Medicina Dentária; as sensações de impotência, e, por fim, intimamente relacionado com estas a sensação de perda de controlo. Esta última pode ser facilmente percebida quando o Médico Dentista não respeita a vontade do doente que pede para parar ou então quando solicita mais anestesia.

Grupo Endógeno:

- As pessoas com ansiedade são consideradas com uma componente de distúrbios ansiosos evidenciados por medos múltiplos, ansiedade generalizada.

2. Factores/Causas

A ansiedade em geral, e a ansiedade dentária em particular, têm um conjunto de etiologias de difícil definição. Isto prende-se com facto de os pacientes, tal como todo o ser humano, ser um grupo bastante heterogéneo de indivíduos, com vivências e expectativas distintas. Se por um lado, alguns pacientes sentem a dor antes do procedimento, outros porém nunca se queixam. Todos estes comportamentos, alguns deles susceptíveis de ser tratados como um distúrbio devem ser encarados em função da personalidade de cada paciente (Sadock & Sadock, 2007).

Em todo o caso, podemos dividir e analisar a problemática da ansiedade segundo alguns aspectos importantes.

No que diz respeito à classe sócio-económica, existe uma aceitação que classes económicas e sociais mais baixas, tendem a ter uma ansiedade dentária superior às restantes. Isto deve-se a um efeito do tipo “bola de neve”, pois sendo mais carenciados, recorrem a menos cuidados de higiene e de vigilância médica, logo os problemas são mais difíceis de tratar, o que por sua vez introduzirá um receio maior, o que limitará a nova visita ao seu dentista. O paciente no momento em que a marcação da consulta, for inevitável, irá com a ideia pré-definida de que a consulta se revelará muito dolorosa, e com isso os seus níveis de ansiedade serão bastante mais elevados (Locke, 2003; Lopes, 2005).

Também o nível de instrução literário, parece desempenhar um componente bastante importante, pois existem mitos e fantasias comumente alimentadas por medos não compreendidos sobre os respectivos tratamentos (Raadal et al., 1995). Existem no entanto, alguns estudos que contrapõem o que foi exposto, afirmando que não existe clara relação entre o nível de instrução e o estatuto sócio-económico e o estado da saúde dentária (Doerr et al., 1998).

Quanto ao factor idade, parecem existir diferentes variáveis associadas em função daquilo que estivermos a considerar. Os mais jovens referem ansiedade dentária decorrente de factores psicológicos resultantes de experiências traumáticas passadas, ou de relatos negativos por parte de pais, avós ou outras entidades. Também é comum surgir como forma de retaliação a maus comportamentos, ou seja, os pais ameaçam a ida ao dentista se a criança não adequa o comportamento ao que os pais pretendem. Já durante o período da adolescência esta ansiedade é marcada por uma instabilidade emocional decorrente das próprias mudanças hormonais características da idade. Alguns autores referem que são estes desequilíbrios os principais responsáveis pela ansiedade presente na idade adulta (Thomson et al., 1997; Locker, 2003).

A ansiedade dentária tende a diminuir com o avanço na idade, não só devido à experiência que vai acontecendo com alguns dos procedimentos dentários, mas também porque a população mais idosa vai experimentar outros tipos de patologia, que por sua vez despertam outras sensações, algumas delas bem dolorosas. Alguns estudos de *Cohort* mostraram que os idosos tendem a ter uma habituação aos níveis de dor e uma maior passividade na visita ao dentista (Hagglin et al., 1999).

Quanto ao género, não parece existir nos autores uma clara concordância. No entanto, quase todos apontam as mulheres como o símbolo de maior ansiedade dentária (Singh et al., 2000; Maniglia-Ferreira et al., 2004, Mehrstedt et al., 2004,). Referem que estas apresentam uma maior fragilidade psicológica e menor aceitação social. Os homens apesar de também sentirem ansiedade, na hora de a exprimirem são mais conservadores, não demonstrando verdadeiramente aquilo que sentem, camuflando, desta maneira, o seu verdadeiro sentimento em relação ao Médico Dentista (Corah et al., 1978).

Schuurs et al., (1984), McNeil & Barryman (1989), Moore et al., (1990), Singh et al., (2000) e Settineri et al., (2004), nos seus estudos destacam que as principais causas de fobia dentárias são: experiência(s) traumática(s) vivida(s) e apreendida(s) durante a infância; atitudes de recusa aprendidas parentalmente e com os membros da sua rede pessoal, sentimento de perda de controlo da situação, dependência funcional de outras fobias relacionadas com acções dentárias específicas como por exemplo às agulhas, ao sangue, aos barulhos, nomeadamente os realizados pela broca, a anestesia, a preparação da cavidade dentária e ainda perturbação de ansiedade como traço da personalidade.

Scott & Hirschman (1982), Stouthard & Hoogstraten (1987), enfatizam nos seus estudos como principais causas predisponentes para a ansiedade dentária o medo das injeções e o ruído dos instrumentos de rotação. Estes autores acrescentam ainda que a origem da ansiedade reside na primeira consulta de Medicina Dentária. Todo este processo tem o seu início na sala de espera, como um conjunto de incertezas que se levantam sobre um processo que decorrerá numa outra sala que não está visível nem é familiar para o paciente.

O cheiro característico do consultório do Médico Dentista, da responsabilidade do eugenol, tem sido alvo de numerosos estudos como factor com influência na cognição, emoções, comportamentos e na ansiedade dentária ela própria como factor isolado. A associação entre odores, nomeadamente o eugenol, a ansiedade e o medo dentário pode ser explicada através do facto que o material de restauração, que contém eugenol, é frequentemente usado em restaurações em dentes vitais, restaurações estas que normalmente envolvem dor. Robin (1998), no seu estudo conclui que os odores são elementos que evocam memórias emocionais, dependendo também das experiências dentárias subjectivas já vividas pela própria pessoa.

Também Frias-Bulhosa (1996), salienta a importância da sala de espera e o tempo de espera para o início da consulta. Acrescenta ainda que o facto de durante o próprio acto, o clínico ocultar alguns instrumentos também pode conduzir a um estado de desconfiança para com o paciente.

Lamb & Plant (1971), através do seu estudo concluem, que o momento mais oportuno para aplicar medidas de redução da ansiedade é na sala de espera enquanto o paciente espera.

A relação médico-doente também influencia a ansiedade dentária. Alguns autores, nos seus estudos, mostram que a ansiedade dentária diminuiu à medida que a relação médico-doente é mais forte (Corah et al., 1978; Freeman, 1998; Morais, 2003).

Possobon et al., (2007), refere que o Médico Dentista deve ter cuidado com o seu próprio comportamento e de não estar, apenas, atento aos aspectos técnicos, lembrando-se dos pacientes como “Seres Humanos”.

Arntz et al., (1990), acrescentam que comportamentos agressivos por parte do Médico Dentista são também responsáveis pelo aumento da ansiedade dentária do paciente. O Médico Dentista pode aumentar a ansiedade do paciente quando faz uma descrição negativa do estado de saúde oral do paciente, ou então, pelo facto de não suspender ou mesmo parar o tratamento quando o paciente refere dor (Frias-Bulhosa, 1996).

3. Escalas Medição da Ansiedade dentária

Como já foi referido anteriormente, os pacientes no consultório Médico dentário estão sujeitos a circunstâncias emocionais que os podem conduzir a um quadro específico de ansiedade dentária. Portanto, é de extrema importância a descoberta da origem da ansiedade de forma a esclarecer acerca das características dos pacientes que experimentam este tipo de alteração para melhorar a qualidade prestada no consultório.

Existe uma grande polémica que envolve as escalas de avaliação da ansiedade dentária uma vez que, por um lado, o conceito de ansiedade é muito amplo e com diferentes interpretações para os diferentes autores e pelo facto de a sua medição e análise ser efectuada através de testes. No entanto, é essencial avaliar o mais cedo possível a ansiedade dos pacientes por forma obter um diagnóstico íntegro e exíguo (Frias-Bulhosa, 1996).

As técnicas utilizadas para medir a ansiedade, podem ser agrupadas em seis grupos: subjectivas (impressão clínica global baseada numa entrevista não estruturada), sistemáticas (abordagem a ansiedade nas mais variadas vertentes utilizando questionários), focais (focam apenas um aspecto da ansiedade), não objectivas (recorrendo a testes projectivos), semi-objectivas (utilizando questionários em que os sinais e sintomas específicos são apresentados bem como as instruções para os quantificar), e objectivas (utilizando variáveis psicológicas, como cardio-vasculares, respiratórias, músculo-esqueléticas) (Lopes et al., 2004; Lopes, 2005).

Humpris et al., (1995) e Lopes (2005), agruparam a medidas de avaliação da ansiedade dentária em três categorias:

- Medidas de Avaliação Fisiológica - fornecem dados objectivos através da monitorização contínua de parâmetros fisiológicos. As principais desvantagens são os custos elevados, a complexidade e as dificuldades de registo dos dados obtidos;
- Medidas de Avaliação Comportamental - aplicadas mais frequentemente em crianças. Nesta avaliação parte-se do pressuposto que as crianças demonstram a sua ansiedade através da não cooperação nos tratamentos dentários, fornecendo deste modo um indicador válido de actividade emocional negativa. O adulto, ao contrário, não demonstrará tal atitude, mas optará por um sofrimento silencioso, como por exemplo, a adopção duma postura mais rígida. Porém, apesar das medidas serem aparentemente atractivas, não é facilmente aplicável em consultório, pois os pacientes muito ansiosos que frequentam regularmente o consultório, são capazes de esconder as suas emoções e comportamentos;
- Medidas de Auto-Avaliação - consistem na aplicação de entrevistas ou questionários, fornecendo uma rápida recolha e análise de dados, permitindo assim, uma maior flexibilidade na análise dos diversos aspectos da ansiedade dentária.

Devido a questões de aplicação, comparabilidade das medidas, na objectividade de medição e na quantificação de dados, os questionários psicométricos tem sido alvo de diversos estudos (Lopes et al., 2004). No entanto, os mais referidos na literatura são: Dental Anxiety Scale (DAS), Dental Anxiety Inventory (DAI) e o Dental Fear Survey (DFS) (Newton & Buck 2000; Firat et al., 2006).

i. Escalas para Adultos

A DAS, é uma escala tipo-Likert de cinco pontos com quatro itens, que se optou por apresentar de seguida, tendo em conta a importância para este trabalho.

1. Se tivesse de ir ao dentista amanhã, como se sentiria?

- a) Encararia isso como uma experiência razoável e agradável.
- b) Não me preocuparia de uma maneira ou outra.
- c) Ficaria um pouco preocupado.
- d) Teria receio que fosse desagradável e doloroso.
- e) Ficaria muito assustado com o que o dentista me pudesse fazer.

2. Enquanto aguarda na sala de espera a sua vez, como se sente?

- a) Relaxado.
- b) Ligeiramente inquieto.
- c) Tenso.
- d) Ansioso.
- e) Tão ansioso que poderia começar a suar e sentir-me fisicamente doente.

3. Quando está sentado na cadeira dentária esperando enquanto o médico prepara as suas brocas para trabalhar nos seus dentes, como se sente?

- a) Relaxado
- b) Ligeiramente inquieto
- c) Tenso
- d) Ansioso
- e) Tão ansioso que poderia começar a suar e a sentir-me fisicamente doente.

4. Você está na cadeira do dentista para limpar os dentes. Enquanto está à espera e o dentista prepara o instrumental para lhe raspar os dentes em redor das gengivas, como se sente?

- a) Relaxado
- b) Ligeiramente inquieto
- c) Tenso
- d) Ansioso
- e) Tão ansioso que poderia começar a suar e a sentir-me fisicamente doente (Frias-Bulhosa, 1996).

Cada item representa uma situação relacionada com a consulta de Medicina Dentária, sendo solicitado ao sujeito que assinale a resposta mais idêntica ao seu comportamento em cada situação. É o questionário mais utilizado na avaliação da ansiedade dentária devido ao facto de ser a primeira escala a ser publicada e da sua fácil aplicabilidade, quer em ambientes clínicos, quer em ambientes de investigação. Trata-se de uma escala de 4 itens de escolha múltipla que contempla o comportamento das reacções subjectivas do paciente, em relação a uma ida ao dentista, aguardando na sala de espera do dentista

e aguardando no consultório para tratamento (Corah, 1969; Frias-Bulhosa, 1996; Dailey et al., 2001; Lopes et al., 2004; Hu et al., 2007).

Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) tem como objectivo corrigir algumas deficiências da DAS. Acrescenta ao questionário um quinto item referente à aplicação de anestesia local injectável, pois o original não incluía referência a este estímulo potencialmente ansiógeno. Outra alteração é a modificação no formato das respostas, sendo uniformizadas para todos os itens, numa escala de cinco pontos que varia desde o nada ansioso até extremamente ansioso, passando a medir o constructo de ansiedade dentária de uma forma ordinal e unidimensional (Corah, 1969; Humphris et al., 1995; Daily et al., 2002; Kanegane et al., 2003; Humphris et al., 2009).

DAI, é uma escala tipo Likert de cinco pontos com 36 afirmações. Mede ansiedade dentária através de três facetas: faceta tempo, faceta situação e faceta reacção (Stouthard et al., 1993; Stouthard et al., 1995; Lopes et al., 2004).

DFS, é também uma escala tipo-Likert de 5 pontos com 20 itens que na versão original mede a ansiedade dentária em três factores: evitar tratamentos dentários, sintomas somáticos da ansiedade e ansiedade provocada por estímulos dentários (Kleinknecht et al., 1973; Kleinknecht et al., 1984; Dailey et al., 2001; Lopes et al., 2004; Heaton et al., 2007).

ITEM de Seattle, é uma reformulação do item vinte do DFS, que diz respeito ao medo global relativo à consulta dentária mantendo a escala tipo-Likert de cinco pontos com a mesma graduação. Pergunta-se ao paciente “como classifica os seus sentimentos em relação ao tratamento dentário” com as opções de resposta: 1- nada receoso; 2- um pouco receoso; 3- algo receoso; 4- bastante receosos; 5- muito receoso (Newton & Buck, 2000; Lopes, 2005).

Dental Cognitions Questionnaire (DCQ), permite avaliar a frequência de cognições negativas relacionadas com tratamentos dentários e o grau com que o indivíduo acredita nessas mesmas cognições (Stouthard et al., 1993).

Gatchel's 10-Point Fear Scale é um instrumento formado por um único item, em que é pedido aos inquiridos que avaliem o seu medo relacionado com a consulta de Medicina Dentária de acordo com uma escala de dez pontos: um a quatro corresponde a ausência de medo baixo; cinco a sete corresponde a medo moderado; oito a dez corresponde a medo elevado (Gatchel, 1989; Kanegane et al., 2003).

ii. Escalas para Crianças e Adolescentes

Existem escalas para crianças e adolescentes, no entanto, como não é objectivo específico deste trabalho não se irá proceder á sua descrição detalhada. De seguida, apenas se enumeram as escalas existentes:

- Adolescent's Fear of Dental Treatment Cognitive Inventory (AFDTCI);
- Children's Fear Survey Schedule – Dental Subscale (CFSS-DS);
- Modified Child Dental Anxiety Scale (MCDAS);
- Veham Picture Test (VPT).

iii. Escalas Gerais

Escala de medos do Geer (GFS)/ Fear Survey Schedule II (FSS-II), é constituída por cinquenta e um itens com uma lista de estímulos de ocorrência comum. Referem-se diferentes situações, susceptíveis de produzir ansiedade, sendo a avaliação de zero (ausência de medo) a seis (medo aterrorizante) (Geer, 1965; Frias-Bulhosa, 1996; Lopes, 2005).

State-Trait Anxiety Inventory (STAY) é um inventário tipo-Likert de quatro pontos com quarenta itens, dividido em duas escalas de vinte itens. Sendo que uma escala mede a ansiedade estado em situação não específica, enquanto a outra mede a ansiedade traço. Ou seja, como a personalidade de um indivíduo com predisposição para a ansiedade e o grau para o qual a sua percepção do meio que o rodeia se baseia na concepção do perigo e do assustador e como o seu estado momentâneo varia em função da situação (Frias-Bulhosa, 1996; Daily et al., 2002; Lopes et al., 2004).

Weiner Fear Questionnaire (WFQ) é constituído por duas partes. Uma parte é constituída por dezasseis questões respondíveis segundo uma escala de cinco pontos, tendo como objectivo avaliar os medos dos inquiridos, quer de forma geral quer relacionados com a Medicina Dentária. A segunda parte é formada por dezoito questões relacionadas com a expressão fisiológica autonómica do stress, também com um formato de cinco pontos, e três destas questões dizem respeito a crises de ansiedade severa (Weiner & Sheehan, 1990; Lopes, 2005).

III. Abordagens na Ansiedade dentária

Mechanic (1992), interpreta a saúde como um produto da cultura e da estrutura social das populações. Sugere que a somatização induzida pelo stress é muito controversa, sendo que a correcção da forma como cada indivíduo lida com aquilo que o rodeia é provavelmente uma das opções mais eficazes na redução da ansiedade e da fobia dentária.

Na pesquisa bibliográfica realizada são várias as terapêuticas e estratégias apontadas para diminuir a ansiedade dentária.

1. Abordagens centradas na relação médico-paciente

São sugeridas algumas terapêuticas e técnicas que apresentam como principal pilar a mudança de atitudes e de competências da relação médico-doente. Dos vários estudos consultados, destaca-se o de Josefa Forneiro (*cit in* Frias-Bulhosa, 1996), que salienta que as atitudes de combate à ansiedade, stress ou fobia dentária devem englobar várias fases:

- Adaptação das atitudes tomadas pelo profissional de saúde oral ao paciente;
- Equipamento dos consultórios dentários com soluções tecnológicas que permitam reduzir a ansiedade dos pacientes tratados com esses materiais;
- Disponibilizar informações reais ao paciente sobre todos os procedimentos levados a cabo na sua terapêutica.

O Médico Dentista ao adoptar uma atitude que permita desenvolver uma relação de confiança deve assegurar que o paciente se encontra numa situação de tratamento calma e segura; aceita os possíveis sentimentos de ansiedade; e por fim, nada acontece ao paciente contra a sua vontade ou desejo. Deve também promover um nível muito elevado de predictibilidade de modo a que o paciente seja capaz de antecipar um momento ou situação inesperada e desconfortável (Freeman, 1999; Jongh et al., 2005).

Estudos comprovam que nas consultas e até mesmo procedimentos nos quais o paciente é continuamente informado sobre o tratamento que está a ser efectuado parecem ter

efeitos mais positivos na diminuição da ansiedade relativamente ao uso de sinais não verbais (como por exemplo, levantar a mão para parar o tratamento) ou até mesmo comparativamente ao uso de distractores visuais, como por exemplo, o uso de uma imagem (Muris et al., 1995; Jongh et al., 2005).

Bare & Dundes (2004), no seu estudo, verificaram que as pessoas com um maior grau de ansiedade preferem um dentista simpático e amigo, conversador, do sexo masculino, de preferência com idade superior a 45 anos que use roupa formal, por exemplo, uma bata branca e que tenha uma relação profissional estrita.

2. Abordagens farmacológicas

Um outro tipo de abordagem sugerida é a abordagem farmacológica, com recurso a fármacos ansiolíticos, principalmente os que apresentam curta acção e os que apresentam efeitos mistos relaxantes: benzodiazepinas (por exemplo, Diazepam, Lorazepam, Midazolam), no momento anterior à consulta (Frias-Bulhosa, 1996; Joren et al., 2000; Bare & Dundes, 2004; Jongh et al., 2005). No entanto, o uso de ansiolíticos no momento anterior ao tratamento pode constituir uma técnica com um menor efeito comparativamente ao uso de uma técnica de relaxamento (Litt et al., 1993).

Existe também alguma bibliografia que descreve o uso de sedação por inalação de Oxido Nitroso como abordagem farmacológica (Bare & Dundes, 2004; Jongh et al., 2005).

3. Abordagens psicológicas e psicoterapêuticas

São também sugeridas técnicas psicológicas, onde se destacam as técnicas de relaxamento. Estas podem assumir diferentes opções: relaxamento por instrução através de auscultador, ensino directo na própria consulta pelo Médico Dentista ou então, o relaxamento realizado por técnico específico (Frias-Bulhosa, 1996; Bare & Dundes, 2004; Jongh et al., 2005).

As principais críticas apontadas a este tipo de abordagem focalizam-se, essencialmente, no facto de estes processos serem muito morosos o que inviabiliza a sua utilidade na consulta do Médico Dentista (Frias-Bulhosa, 1996; Jöhren et al., 2000; Bare & Dundes 2004; Jongh et al., 2005).

Moore (*cit. in* Frias-Bulhosa, 1996), salienta a importância da terapia de grupo. Nos seus estudos verificou que indivíduos com elevados níveis de ansiedade dentária após terapia de grupo, apresentavam melhor capacidade de resposta ao stress e reduziram os valores de ansiedade comparativamente a outros que não haviam realizado qualquer tipo de terapia de grupo.

A hipnose é também sugerida como técnica psicoterapêutica, sendo considerada o método mais específico de relaxamento e que combina esta técnica com uma forma profunda de concentração. Contudo, tendo em conta a formação específica necessária e o tempo dispendido para a sua realização, só é considerada, muitas das vezes, em último recurso e em pacientes que apresentam sintomas psiquiátricos e com necessidades já referenciadas pelo Médico Psiquiatra ou até mesmo pelo Psicólogo (Moore et al., 1996; Jongh et al., 2005).

4. Uso de meios audiovisuais durante o tratamento

Seyrek et al., (1995), nos seus estudos, comprovaram que as técnicas de vídeo são mais efectivas que os programas de áudio (Frere et al., 2001; Jongh et al., 2005).

Outros estudos apontam ainda para uma maior efectividade no uso de um aquário com peixes comparativamente ao uso de quadros ou até mesmo de posters ou de música ambiente (Jongh et al., 2005).

O uso de televisão com auscultadores é sugerido em vários estudos. Bare & Dundes (2004), sugerem que estes meios não são colocados, muitas das vezes, como opções para os pacientes e este aspecto seria muito importante! Salientam ainda que as paredes deveriam ser adornadas com posters, imagens, quadros, e deveriam estar à disposição livros de diferentes categorias, revistas adaptadas a todos os tipos de pessoas e

interesses (Frere et al., 2001). Também desenvolveram um sistema audiovisual de realidade virtual a ser usado durante o tratamento tradicional de Medicina Dentária. Com o seu estudo comprovaram que este sistema apresentou benefícios na redução do medo, dor e tempo no tratamento dentário.

5. Musicoterapia

Na pesquisa realizada relativamente à área temática da musicoterapia são vários os estudos que apontam benefícios na diminuição da ansiedade (Salamon et al., 2003; Chu & Díaz-Pizán, 2005; American Music Therapy Association, 2006). Frere et al., (2001), sugerem que a música que apresenta um efeito relaxante e, conseqüentemente, capaz de estimular psicologicamente o relaxamento é a música clássica como por exemplo a J.S. Bach's "Ária" ou então a rock muito leve.

Relativamente à disposição do equipamento do consultório, à cor do mesmo, dimensões, não se encontram qualquer tipo de sugestões e estudos. Relativamente ao som e ao ambiente encontram-se algumas referências, já citadas anteriormente, mas que não são muito pormenorizadas. Encontra-se com alguma frequência, que a temperatura indicada, é a temperatura fria, porém não desenvolvem qualquer tipo de análise a este factor (Frere et al., 2001).

IV. Outras Soluções: Filosofias e Terapias

1. Feng Shui

O Feng Shui relaciona-se com a forma como os objectos interagem com a energia e com o modo como esta relação pode influenciar o nosso quotidiano. A forma como determinados objectos estão dispostos pode causar uma grande diferença como cada um de nós vê o futuro, assim como a forma da paisagem que nos rodeia se assume e influencia o nosso bem-estar (Englebert, 2002).

As primeiras referências relativas ao Feng Shui são de há 3500 anos, de origem chinesa. Estavam relacionadas como os chineses vêem o seu mundo, principalmente ao modo como o ambiente exterior influencia o seu bem-estar (Too, 2004; Sampaio, 2006).

Esta filosofia, antigamente, só era praticada pelos Imperadores, pois só estes e que dispunham de poder para ter acesso a esta Filosofia. Actualmente o Feng Shui é utilizado em todo o mundo, por vários tipos de pessoas, em todas as áreas socioculturais (Too, 2004).

A energia que o Feng Shui defende como sendo uma fonte de harmonia, estabilidade, sucesso, realização, e de bem-estar, denomina-se por “Chi”. É uma energia invisível que circula no nosso corpo e no meio ambiente (Englebert, 2002).

Um estabelecimento comercial, na filosofia de Feng Shui, para que obtenha um bom sucesso é necessário conseguir chamar atenção dos clientes, pois são estes que tem a energia necessária, o “*Chi*”, para que tal aconteça.

Na filosofia do Feng Shui, é necessário que a fachada do estabelecimento consiga chamar atenção de potenciais clientes com um letreiro apelativo e chamativo (letras grandes e bem legíveis). É importante aproveitar ao máximo o uso do espaço aos olhos do cliente de forma a cativar ao máximo a sua atenção (Englebert, 2002).

No que concerne ao espaço interior, segundo Englebert (2002), a primeira coisa que se deve fazer é evitar/anular/reduzir ao máximo todas as energias “más” que são enviadas para o cliente, (energia originadas por ângulos rectos de estantes, expositores, balcões, etc.). É necessário dar um papel importante aos empregados proporcionando-lhes uma visão directa sobre a porta, porém, não directamente sobre esta, permitindo-lhes encorajar e se for o caso, a personalizarem as suas secretarias, contudo sem prejudicar o actividade profissional praticada.

2. Cor

“(...)as cores estão presentes em tudo nas nossas vidas. E na Odontologia não podia ser diferente ... estão ligadas ao nosso comportamento e à maneira de expressarmos as nossas emoções! O cliente fica branco de medo, a secretária fica vermelha de vergonha ou então está tudo azul em relação ao tratamento realizado (...)” (Teles, 2008, pp1).

i. Etiologia da Cor

A luz é a condição para que ocorra percepção visual. Sem ela os olhos não conseguem perceber espaço, cor, forma ou movimento (Figueiredo, 2004).

Guimarães (2000, pp.37), descreve que

“A cor é uma informação visual, causada por um estímulo físico, percebida pelos olhos decodificada pelo cérebro. O estímulo físico, (ou meio), carrega consigo a materialidade de uma das fontes, ou causas da cor – a cor-luz ou cor pigmento. O cérebro é o órgão da visão como sua extensão – é o suporte que decodificará o estímulo físico, transformando a informação da causa em sensação, provocando, assim, o efeito da cor”.

Considera-se que a cor apresenta uma função tripla: impressionar, sentir e construir. Isto é, a cor impressiona a retina, é sentida como uma sensação e é construtiva, uma vez que, tem um valor simbólico e construtivo. Em suma, constrói a linguagem que transmite uma ideia (Farina, 1990).

Morton (*cit in* Battistella, 2003), afirma que esta deve ser considerada em várias áreas de conhecimento como a arte, a ergonomia, a medicina, psicologia, a segurança de

trabalho. Entre muitas outras aplicações, no sentido de ser capaz de servir os interesses das emoções dos observadores.

Na mesma linha de pensamento surge Nathans (*cit in* Battistella, 2003), onde, para ele, o simbolismo da cor está ligado aos sucessos, tradições, honras, bandeiras e celebrações. Para este autor, as cores são actualmente uma das características básicas do quotidiano e não podem ser analisadas apenas pelo estímulo visual, mas deve também ser considerada uma componente psicológica.

A cor está intimamente ligada à luz, pois não é possível de distinguir cores sem luz. Quando a luz está mal distribuída, seja por excesso, seja por deficiência, influenciará directamente o modo como as cores são visualizadas¹ (Neves, 2000).

Outros factores que se podem revelar como decisivo na influência do estímulo visual são “(...) a intensidade de iluminação, a distribuição dos brilhos no campo visual, o contraste entre os objectos e o espaço a sua volta e as sombras (...)” (GrandJean, 1983, pp.123).

No entanto, a cor pode ter algumas desvantagens, quando aplicadas de modo grosseiro e sem ciência, provocando cansaço visual, desconforto e o stress (Kwallek et al., 1999).

Outros autores, demonstraram que o uso de determinadas cores contribui satisfatoriamente para a segurança e bem-estar das pessoas que frequentam aqueles locais, sobretudo com especial atenção no plano de trabalho. Morton (*cit in* Battistella, 2003).

¹ [Devido ao facto da luz revelar espaços tridimensionais, formas, planos que afecta o modo como visualizamos, provocando diversas sensações.]

ii. Classificação das cores

A. Qualidade da Cor

Em vários estudos da cor, realizados por Arditi (2002), verificou-se que existe uma reacção do indivíduo ao visualizar uma determinada cor. Quando se provoca um determinado estímulo sobre o aparelho ocular, ocorre uma reacção que provoca uma sensação visual na mente. Estas reacções permitem classificar as cores em dois grupos: cores quentes e cores frias.

As cores quentes são psicologicamente dinâmicas e estimulantes, sugerindo, excitação, movimento e vitalidade, por sua vez as cores frias são calmantes, estáticas, suaves, dando a sensação de serenidade, frescura, e paz (Pilloto, 1980).

O uso adequado das cores torna possível adquirir efeitos de alteração dos espaços. Por exemplo, as cores quentes parecem sair dos planos onde se encontram, aproximam-se dos nossos olhos, são agressivas e salientes. Devido a esta suas características é aconselhado o seu uso em ambientes que não recebem muita luz natural, pois aquecem e iluminam o espaço. Em ambientes que recebem muita luz natural devem ser evitadas, pois transmitem sensação de claustrofobia e diminuem o espaço, acabando por se tornarem cansativas e pesadas.

iii. Percepção da cor

No que diz respeito à reacção dos indivíduos à cor, Roveri (1996, pp.14), argumentou que:

“A reacção dos indivíduos às cores manifesta-se de forma particular e subjectiva, relacionada com diversos factores. As cores são estímulos psicológicos que influenciam no facto de gostar ou não gostar de algo, negar ou afirmar, se privar ou agir. As sensações que as cores provocam baseiam-se em associações ou experiências agradáveis ou desagradáveis.”

A título de exemplo: as cores “quentes” aceleram a percepção do tempo no entanto, as cores “frias” diminuem essa mesma percepção. Já as cores em pastel em geral produzem um efeito calmante.

A cor provoca então um estímulo visual, que pode associar-se a percepções naturais de outros sentidos. A percepção visual da cor, interfere na visualização do espaço, da forma, do movimento e tamanho (Figueiredo, 2004). A luminosidade da cor é um factor importante para a percepção da amplitude ou redução do espaço. Superfícies de cores claras causam a sensação de um maior espaço. As cores escuras determinam uma percepção. O nível de iluminação no ambiente interfere, pois quanto mais iluminado o espaço estiver maior o espaço com que fica. Para Goldman (1964), a cor tem um factor dimensional, ou seja, duas salas das mesmas dimensões pintadas com cores distintas, condicionam percepções diferentes das dimensões da sala.

iv. A cor no ambiente de trabalho

No local de trabalho, a cor apresenta-se como um dos elementos capaz de provocar alterações no indivíduo e promover o seu bem-estar (BinsEly, 2003; Chery & Falke 2008). Contudo, Mahnke (1996), considera que o simples facto de “colorir” os espaços de trabalho não é o mais importante. Para o autor é necessário que a escolha da cor esteja adequada à função e às características que o espaço vai assumir.

A cor pode auxiliar os indivíduos a sentirem emocional e fisicamente mais confortáveis no seu ambiente trabalho (Beuren, 2008). É defendido que a cor é capaz de provocar sentimentos de conforto, bem-estar, energia e alegria, tais como:

- Reacções psicológicas positivas;
- Melhoria no padrão de qualidade do trabalho;
- Menor fadiga, através da adaptação dos contrastes;
- Redução do índice de acidentes;
- Melhoria no clima social de trabalho (Cassel, 1993).

Hayten (*cit in* Fonseca & Alvão, 2006), defende nos seus trabalhos que a utilização funcional das cores consiste na aplicação das cores segundo a função das necessidades de conforto. Esta função influenciará directamente o desempenho no local de trabalho.

Farina (1990), Unthank & True (1999), Pedrosa (2002), Marchi & Ribas (2004) e Beuren (2008), consideram que a cor tem determinada função dependendo do ambiente:

- Cor Branca: torna uma atmosfera serena, no entanto, pode torna-la monótona, levando inclusive à dispersão. Deste modo é aconselhável a composição com outras cores;
- Cor Preta: cria um ambiente depressivo, pois expressa um sentimento universal de agressividade, de isolamento e de distância;
- Cor Cinzenta: indicada para detalhes ou acabamentos;
- Cor Vermelha: pode ser utilizada em ambientes que solicitem uma atmosfera de excitação, porém, não deve ser utilizada em grandes extensões por pena de despertar reacções agressivas e irritantes. Deve ser utilizada em pequenas áreas (Morais, 2009);
- Cor Laranja: considerada cor “quente”, aconchegante. Assim, pode ser utilizada em áreas como de lazer, corredores e halls de entrada;
- Cor Amarela: considerada uma cor alegre, indicada para ambientes em que objectivo é a reflexão, criatividade, comunicação, uma vez que activa o raciocínio e estimula a memória;
- Cor Verde: considerada como cor do equilíbrio. Não provoca cansaço, uma vez que resulta da combinação amarelo e o azul, e estas são cores que por si só não fomentam um esforço ao aparelho ocular. Ajuda a amenizar o stress;
- Cor Azul: como anteriormente foi descrito, não provoca cansaço visual e como tal, pode ser utilizada em grandes áreas. Porém, a sua utilização deve ser criteriosa e coerente com o ambiente. Esta cor apresenta também um efeito terapêutico equilibrado;
- Cor Roxa ou Violeta: usada em ambientes muito luminosos, contudo poderá também provocar dispersão. Considerada como uma cor que tem interferência no estado psicológico da pessoa, principalmente no humor e emoções;
- Cor Castanha: Proporciona um ambiente clássico.

Apesar de a cor ter propriedades psico-modeladoras, Boccanera (2004), refere que a cor funciona como uma forma de identificar e localizar ambientes de trabalho e pode proporcionar uma orientação espacial.

O conhecimento das cores usadas para sinalização de objectos e áreas permite a prevenção de acidentes de trabalho. Desta forma, a cor funciona com o objectivo de

informar e identificar áreas potenciais de risco. A cor também apresenta capacidade para organizar os espaços classificando-os, através associações, de facilidade de leitura. Assim a cor apresenta o poder de associar ou separar os diferentes elementos que um ambiente proporciona em função da existência ou não da preocupação com os estímulos sensoriais induzidos pelos ambientes de trabalho. Podem então gerar-se comportamentos que comprometam ou não o desempenho de trabalho (Figueiredo, 2004).

O uso das cores nos ambientes de trabalho, carece de reflexão conjuntamente com a arquitectura a iluminação, os decoradores e do próprio profissional que usufruirá do espaço (Iida, 1992).

Boccanera (2004), descreve que cada área possui funções específicas e que na sua projecção deve ter-se em conta o seu espaço e a sua função. Por exemplo:

- Na restauração podem ser usadas cores suaves e quentes de forma a complementar o ambiente.
- Em hotéis, cores verdes e azuis são indicadas para peças que estejam viradas para o sol de modo a cortar a sensação de frio. As cores de rosa, bege e laranja devem ser utilizadas em ambientes em que o sol não esteja presente de forma a contrariar a sua função.
- Em áreas comerciais de venda a público, o factor de luz é de grande importância, tanto a artificial como a natural, pois este factor promove o bom desempenho profissional. Também é importante que o proprietário use cores apelativas de forma a chamar atenção do cliente, e como tinha possibilidade, na mudança de estações, variar as tonalidades de forma a contrariar o ambiente, cores quentes no Inverno e cores frias no verão
- Na educação, as cores têm de contribuir para criar um ambiente que proporcione uma boa visibilidade e atenção para o estudo. Goldmann (1964, pp.144), afirma que “(...) os modernos métodos de educação não são mais importantes para o aluno do que as qualidades psíquicas do ambiente escolar (...)” pois, cores mal projectadas podem provocar reacções negativas, (fadiga ocular por exemplo) sobre os alunos.

Azevedo & Santos, referem que a utilização da cor é um recurso económico, que facilmente promove mudanças em ambientes produzindo, por sua vez, alterações físicas, mentais ou cognitivas nos indivíduos; verificou igualmente que a luz afecta a visualização correcta da cor e que se deve recorrer a um estudo prévio de forma a obter os resultados submetidos desejados. Afirmaram, ainda, que se devem evitar cores com contrastes próximos de modo a evitar fadiga e conclui-se que o uso de cores diferentes deve ser usada para criar uma separação por áreas. Outra conclusão foi a que devem usar cores mais estimulantes nos ambientes de baixa permanência, de forma a torná-los mais atractivos. Finalmente afirma que deve ter-se sempre em consideração o local e função que vai exercer (Azevedo & Santos, 2000).

v. *A cor no ambiente da área da saúde.*

Na área da saúde (hospitais e clínicas) é necessário ter um cuidado redobrado na escolha das cores, uma vez que estamos a lidar com pessoas que apresentam muito provavelmente alguma fragilidade emocional, inerente a sua condição de doente. Deste modo, a escolha das cores tem de ser efectuada tendo em conta características psicológicas de cada ambiente. Porém, as cores nestas áreas podem estar relacionadas com propriedades terapêuticas (Boccanera, 2004).

Beck (2007), considera que é necessário proporcionar uma atitude adequada para actuar nas interfaces promovidas entre os utentes e a estrutura hospitalar na compreensão das mensagens, dos sinais disponíveis no sistema cromático. É notório o aumento de hospitais e clínicas particulares, que estão a investir na hotelaria hospitalar, isto é, no bem-estar dos pacientes, com o visual que em nada se compara com as clínicas médicas tradicionais. Na realidade, nos cuidados médicos públicos, existe uma enorme carência de recursos humanos e financeiros, o que prejudica, directamente, o desempenho dos profissionais nas suas actividades. Assim sendo é pertinente a humanização do ambiente hospitalar através do uso da cor.

Beck (2007, p.10), conclui, que:

“(…)diferentes instituições de saúde, devem aprofundar o conceito sobre a influência das cores no emocional, e do uso da cor no ambiente de trabalho, para o equilíbrio entre a apresentação visual e a sua função (...)”

Verificou igualmente que já existe alguma preocupação por parte dos técnicos que projectam estes espaços. Através do uso das cores podem tornar estes ambientes mais próximos, fortalecendo a capacidade de interacção entre as pessoas, criando um espaço mais saudável e humanizado.

Na mesma linha de pensamento, Carvalho (2006), verificou que é possível mudar o ambiente hospitalar tornando-o mais agradável, mudando apenas as cores. O ambiente pode se tornar mais harmonioso, mais moderno e mais próximo das pessoas.

Deste modo, Cunha (2004, p.4), conclui que:

“O uso da cor deve atender soluções específicas para diferentes ambientes, tendo em vista condições estéticas, conforto e que estabeleça a integração com os diversos espaços, que devem ser analisados mediante um critério, tendo sempre em conta o ser humano e suas fragilidades. Em suma, ambientes humanizados e coloridos são essenciais nas áreas de saúde. A cor não deve ser só considerada apenas como uma cor, mas como um meio estético para proporcionar conforto e tranquilidade aos pacientes e àqueles que trabalham nesta área em particular.”

Na pesquisa bibliográfica realizada não se encontraram qualquer tipo de estudos relativos à aplicação da cor no consultório do Médico Dentista. No entanto, por se acreditar que a aplicação desta filosofia poderá representar uma mais-valia no tratamento de indivíduos com ansiedade dentária optou-se por realizar e apresentar neste trabalho uma pesquisa desta área temática, a cor.

V. Ansiedade Dentaria e o Espaço do Consultório Dentário... que relações?

1. Ansiedade dentária ... uma questão de Saúde Pública e de Qualidade de Vida

O conceito de saúde pública tem tido uma mutação antropológica considerável. Esta mutação relaciona-se com as diferentes áreas de consciencialização da saúde individual e da saúde da sociedade em geral. Deste modo, para este trabalho em particular, optamos por nos socorrer da definição usada pela Administração Regional Saúde de Portugal da Região Centro (2009). Assim sendo, o conceito de Saúde Pública é o seguinte:

“A Saúde Pública é a resposta da sociedade à necessidade da salvaguarda da saúde e bem-estar dos indivíduos e das comunidades. Enquanto corpo organizado do conhecimento, a Saúde Pública integra o saber das mais diversas áreas - desde a Medicina e a Epidemiologia, passando pelas Ciências Aplicadas, Estatística, Demografia, Sociologia, Direito, etc.”

Jongh et al., (2005), estimaram que 5% a 7% da população apresenta receio de ir ao Médico Dentista, por sua vez cerca de 50% a 60% destes, sofrem de um medo específico dos procedimentos dentários e estímulos relacionados com estes procedimentos.

Berggren (1984), refere uma tentativa de modelo explicativo. Explica um ciclo vicioso da ansiedade dentária, para o processo de marcação e desmarcação das consultas, que levam a uma deterioração da saúde oral crescente. A falta de cuidados dentários continuados, quer de prevenção, quer de tratamento, terá necessariamente consequências, inicialmente na saúde oral e posteriormente no bem-estar do paciente. O ciclo pode descrever-se, de modo sumário da seguinte forma: os pacientes que sofrem de Ansiedade dentária só recorrem ao Médico Dentista quando são alvo de dores agudas, numa fase muito tardia. Contudo, a consulta é alvo de constantes adiamentos, o que aumenta a dor propiciando ainda mais a ansiedade dentária. Assim sendo, uma vez que o paciente evitou o Médico Dentista, a saúde oral foi-se agravando ao longo desse período de tempo. Por sua vez, os tratamentos a efectuar serão mais agressivos e mais

prolongados provocando assim, um mau estar emocional e psicológico ao paciente, fomentando ainda mais os seus receios e medos relativamente ao Médico Dentista. A relação circular destes comportamentos é descrita também pelo autor como ciclo vicioso da ansiedade dentária (Armfield et al., 2007).

Num estudo mais recente, foi verificado que a prevalência da ansiedade dentária tem vindo aumentar. É estimado que cerca de 5 a 22% da população sofre de fobia e ansiedade dentária (Hu et al., 2007).

Vários pacientes referem o medo como o sentimento mais frequente nos procedimentos dentários na consulta. Geralmente, a ida ao Médico Dentista torna-se uma autêntica guerra interna para estes pacientes, com relatos de negação muito vincados (Corah et al., 1978).

Deste modo, pode-se aferir que a ansiedade dentária é um problema de saúde pública pois interfere na salvaguarda e no bem-estar destes indivíduos, e na interacção destes com a sociedade envolvente (Domoto et al., 1991).

Qualidade de vida é um conceito multidimensional e bastante abrangente. Segundo as actuais definições sobre a qualidade de vida, podemos afirmar com segurança que, quando correctamente aplicadas, asseguram uma melhor qualidade de vida, onde o indivíduo terá com certeza uma vida mais gratificante, com uma percepção de melhor e maior valor sobre a mesma. É comum ouvirmos, dizer “a vida assim vale a pena” (Vermaire et al., 2008).

Segundo Abrahamsson (2000), nos pacientes considerados ansiosos, existe um duplo problema. De um lado existem responsabilidades por parte dos pacientes ansiosos, pois ao viverem a sua ansiedade, com os medos que lhe estão associados, não conseguem cultivar boas relações com nada do que os rodeia. Do outro lado, muitas das vezes os próprios familiares e amigos na tentativa frustrada de ajudar o paciente, acabam por cultivar ainda mais os sentimentos de medo e ansiedade que tanto queriam evitar.

Já Pedrosa (2002), verificou que os pacientes classificados como fóbicos negligenciam a prevenção e os cuidados de higiene oral, e conseqüentemente, apresentam maior probabilidade de patologias activas dentárias. Deste modo estes pacientes apresentarão uma baixa auto-estima e descontentamento do ponto de vista psicológico. Estes pacientes tornam-se alvos fáceis de susceptibilidade à necessidade de tratamentos mais invasivos com maior urgência, nomeadamente a exodontias. Mcgrath & Bedi (2004) vêm confirmar também esta teoria.

Adicionalmente, a ansiedade dentária, provoca alterações a três níveis: a nível fisiológico verificou-se alterações no paciente particularmente no dia ou véspera da consulta, notando mais actividade na sala de espera ou no consultório; a nível cognitivo verificou-se mudanças nos padrões de pensamento: presença de ilusões, pensamentos dramáticos e convicções (em que o tratamento ideal seria exodontia total, ao contrario de frequentar as consultas de Medicina Dentária várias vezes), sendo modelado por sentimentos negativos de insatisfação pessoal, perda de controlo, assim como, repetição de memórias traumáticas e aumento de sensibilidade oral a estímulos relacionados com a consulta (cheiro do consultório, ruído e vibração da broca); a nível comportamental mencionam a modificação de comportamentos associados com a alimentação, em que é diminuído o consumo de alimentos duros (com forma de diminuição da dor à mastigação) e frios (diminuindo a sensibilidade dentária). Relatam também, alterações comportamentais associadas com a própria consulta, em que apenas se socorrem da consulta quando existe dor aguda e já sob automedicação (Cohen et al., 2000).

Relativamente ao aspecto de saúde, foram aferidas alterações relacionadas com perturbações do sono (insónias ou pesadelos na noite anterior a consulta). Quanto ao aspecto social revelaram existir alterações ao nível de trabalho assim como ao nível do lazer (Abrahamsson et al., 2000; Cohen et al., 2000).

Portanto, desta forma, verifica-se que ansiedade dentária é um factor que contribui frequente e decisivamente para a deterioração da saúde oral, interferindo activamente no comportamento psicossocial do paciente alterando negativamente o seu bem-estar e conseqüentemente na sua qualidade de vida (Sharmrany, 2006; Vermaire et al., 2008).

2. Espaço do Consultório Dentário

Segundo o Journal of the American Dental Association (2009), a Medicina Dentária é a ciência de avaliação, diagnóstico, prevenção e/ou tratamento de doenças, distúrbios e/ou condições da cavidade oral, na região maxilo facial e/ou nas estruturas adjacentes. Não esquecendo, finalmente, o seu impacto sobre o corpo humano. Seguindo a mesma linha de orientação a Ordem dos Médicos Dentistas (2009), no Artigo nº8 do Código Deontológico, considera que:

“Médico Dentista tem o dever de assegurar ao seu paciente a prestação dos melhores cuidados de saúde oral ao seu alcance, agindo com correcção e delicadeza.”

Pela análise destas duas definições de objectivos pode-se facilmente inferir que o principal objectivo do Médico Dentista será o de restabelecer o paciente com a maior brevidade possível de forma que a sua patologia oral não afecte o restante organismo e, consequentemente a sua qualidade de vida. No entanto, apesar de teoricamente não ser alvo de qualquer tipo de questões, muitas das vezes a relação entre ambas e a aplicação na prática não é tão linear.

i. Definição de Espaço

O espaço tem sido alvo de análise das mais diversas áreas, deste modo, têm surgido diferentes e diversos conceitos. No entanto, todos apresentam unanimidade relativamente à sua divisão, podendo ser classificados em três tipos: espaço físico; espaço perceptivo e o espaço cognitivo.

O conceito de espaço físico baseia-se na perspectiva cartesiana que define o espaço pelo sistema de coordenadas, sem qualquer tipo de determinação qualitativa, reduzindo as coisas à sua essência. Pode ser limitado pelas paredes, chão e tecto de uma sala, e desta forma, refere-se a um espaço concreto, homogéneo e quantificável, constituindo assim, uma concepção de espaço ambiente envolvente, como uma entidade exterior ao indivíduo.

Quanto ao espaço perceptivo, assenta na experiência inerente á utilização do espaço físico e para orientação imediata do ambiente.

O espaço cognitivo, significa a representação mental que o indivíduo projecta do espaço físico, formando uma imagem do ambiente (espaço perceptivo) através das suas experiências directas ou indirectas.

Portanto, é evidente que a percepção do espaço é uma relação proveniente da inter-relação dos objectos com o homem, sem se abstrair da envolvência da dimensão temporal, em que as pessoas têm consciência do espaço como uma qualidade da sua experiência. Tendo em conta estes aspectos, o espaço não se caracteriza por apenas estímulos visuais mas também por estímulos sensoriais, tais como: a visão, a audição, o olfacto e o tacto (Muga, 2005).

Neste trabalho consideramos que o espaço do consultório dentário é também organizado nos três domínios apresentados inicialmente no conceito: o domínio físico, o domínio perceptivo e cognitivo.

ii. Normas clínicas do Espaço do Consultório Dentário

Segundo o Decreto-Lei nº233/2001 de 25 de Agosto de 2001, lei de Bases de Saúde, no Capítulo I Artigo 2º são consideradas clínicas ou consultórios dentários

“(…) as unidades ou estabelecimentos de saúde privados que prossigam actividades de prevenção, diagnóstico e tratamento das anomalias e doenças dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas, independentemente da forma jurídica designada e da designação adoptadas no âmbito das competências legalmente atribuídas a cada um dos grupos profissionais envolvidos.” (DIÁRIO DA REPÚBLICA – 1 Série-A Nº197 – 25 de Agosto de 2001). Este Decreto-Lei refere-se ao espaço do consultório dentário apenas em três artigos.

No Capítulo III, Artigo 22º do Decreto-Lei, determina que as instalações devem assegurar a qualidade técnica dos exames e tratamento efectuados. O consultório dentário deve dispor, no mínimo de uma área clínica composta por gabinete clínico,

uma sala de esterilização, e de uma área não clínica que compreenda um sector de recepção e atendimento de utentes e sala de espera com instalações sanitárias.

No artigo 23º, é referido que as paredes, tectos, divisórias, portas e revestimento do pavimento das áreas destinadas a tratamentos devem permitir manutenção e um grau de assepsia e isolamento compatível com actividade a que se destinam.

Relativamente ao artigo 25º, refere-se que os consultórios dentários devem ter: equipamento necessário para permitir diagnóstico e tratamento; aparelho de raio X (deve respeitar as normas técnicas em vigor a ser licenciadas pela entidade competente); cuba de ultra sons para limpeza e desinfeção instrumental.

Desta forma podemos verificar que o espaço arquitectónico quando interpretado segundo as normas, não é muito objectivo, deixando deste modo, à consideração do proprietário do espaço, a disposição e a decoração do mesmo.

iii. Outras considerações...

Para projectar um ambiente, neste caso, o consultório de Medicina Dentária, é necessário ter em conta as reais necessidades físicas e psicológicas, os desejos, as expectativas, e as características dos clientes. Esta não é uma tarefa muito fácil para o Médico Dentista e deverá ser resultado de um trabalho de equipa entre estes profissionais e outros da área do Marketing e da área da Arquitectura da Saúde, que nunca poderão colocar de lado as leis e normas já existentes no País que regulamentam a construção do consultório.

Morais (2008), introduz o conceito de Arquitectura Humanizada na Odontologia. Para esta autora este conceito significa que a projecção de um espaço de uma clínica ou consultório dentário deve centrar-se primordialmente nas pessoas/clientes que vão usar este espaço. O Médico Dentista, deverá ter em conta por um lado, a funcionalidade, o retorno do capital investido, um ambiente ergonómico e agradável para desempenhar as suas funções. Por outro lado, o paciente/cliente que paga o serviço prestado e que requer um bom nível de satisfação global.

Os estudos analisados na área da Arquitectura Humanizada na odontologia descrevem alguns factores que afectam a satisfação do paciente e que implicam por um lado a satisfação pessoal durante a realização do próprio tratamento bem como o regresso para a continuação dos tratamentos:

- O consultório deve estar localizado numa área que permita ter bons e fácil acessos, assim como a existência de placas de informação.
- A falta de um lugar e/ou parque de estacionamento é um problema que muitas das vezes o paciente coloca, devido a comodidade que o consultório proporciona a este nível, deixando o paciente mais sossegado com este detalhe. Também seria importante existir uma recepção de boas vindas ao paciente desde a saída da sua viatura, permitindo assim uma mais-valia na qualidade do atendimento.
- Relativamente a arquitectura, é necessário que o espaço transmita segurança, conforto, esterilidade, modernidade e talvez o mais importante, ser acolhedor, proporcionando a sensação de bem-estar, traduzindo-se num modelo de interacção entre o ser humano e o meio. O Hall de entrada, a sala de espera, e outros espaços existentes devem estar sempre com óptima preservação, para que o paciente generalize esta descrição para a competência técnica do Médico Dentista permitindo classificá-lo como competente (Morais, 2008).
- Relativamente à decoração e ambiente, o consultório deve ser convidativo, a música deve estar presente em toda a área criando um ambiente aconchegante e o mobiliário deve ser o mais simples possível estabelecendo um ambiente mais convidativo
- Referem ainda, a existência de múltiplas áreas (pedicure, manicure, cabeleireiro e centro de estética), inseridas num só espaço, fornecendo deste modo uma panóplia de serviços ao utente, traduzindo assim numa mais-valia, sem ter a necessidade de se deslocar para efectuar outros tratamentos (Carvalho & Rossini, 2006).

O ESTADO DA ARTE – Uma Reflexão...

Já foi possível constatar, quer por inferência, quer por reflexão que a ansiedade dentária constitui um problema de Saúde Pública que apesar de ter uma gravidade considerável na nossa sociedade, não é ainda alvo da atenção que merece. A ansiedade dentária interfere grandemente no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas que padecem desta situação, assim como de todo o grupo social que o rodeia. Enquanto futuro Médico Dentista esta tem sido uma das preocupações que mais me tem assolado e preocupado.

Foi igualmente possível deslumbrar com os textos anteriores que a ansiedade dentária é uma patologia tratável. As formas convencionais de tratamento ainda não correspondem às expectativas criadas quanto ao seu sucesso. Pensamos que apesar da contribuição importante de muitos estudiosos, curiosos e interessados nestes domínios temos assistido a uma melhoria consistente no alcance de tratamentos destas condições. No entanto, pensamos que, ainda, podemos introduzir outras variáveis no tratamento de modo a incrementarmos resultados, e a aferir propostas de tratamento.

Ansiedade dentária, contudo, é um conceito bastante controverso. A componente psicológica é bastante marcada, contudo, alvo de diferentes interpretações e confusões com outros conceitos também do âmbito de psicologia.

Esta ambiguidade na definição e, porque não dizê-lo, do reconhecimento do conceito em si, dificulta a percepção do clínico na identificação do doente que sofre de ansiedade dentária. É evidente que o objectivo primário de qualquer Médico Dentista não passa pela identificação de doentes que padecem de ansiedade dentária, mas pensamos que esta identificação precoce da patologia, através de aquisição das competências certas, deveria passar por um trabalho multidisciplinar e ser parte integrante de uma intervenção. No entanto, existem limitações. A maior delas prende-se com aspectos económicos, pois os pacientes não estão sensibilizados para este tipo de intervenção e por isso menos perceptíveis a gastarem as quantias de dinheiro necessárias ao tratamento.

Deste modo, e sem retirar o devido valor ao trabalho de equipa e à importância das competências da área do foro psicológico, a existência de um instrumento que permitisse medir a ansiedade dentária seria muito útil para a actuação do Médico Dentista. No entanto, seria igualmente importante que as Escalas de Medição da ansiedade dentária não se centrassem somente na avaliação mais psicológica do conceito, mas que a própria escala traduzisse medidas de aplicação prática para o Médico Dentista. Não seria importante que a aplicação das escalas se traduzisse em algumas *guide lines* que pudessem ser aplicadas no dia a dia do Médico Dentista? Não será que pelo facto das escalas se resumirem mais à avaliação e medição do conceito na vertente psicológica, que os Médicos Dentistas vão deixando a sua aplicação de lado por não sentirem qualquer tipo de mais-valia na sua aplicação?

Apesar das inúmeras tentativas observadas para resolução na literatura desta morbilidade que é a ansiedade dentária, em muitos são propostas ou mesmo sugeridas vector ou medidas operacionais e objectivas no sentido de combater, ou mesmo, utopicamente, resolver esta patologia. Não nos parece que baste dizer que se devem adaptar as atitudes do profissional ao paciente, tal como é sugerido por Josefa Forneiro (*cit in* Frias-Bulhosa, 1996). Se não houver um enquadramento e sugestões de medidas correctivas claras e objectivas, sobre a adequação do tipo exacto de comportamentos e porque não sugeri-lo do próprio *timing* de acção desse próprio comportamento, não se conseguem atingir objectivamente.

Mesmo à luz dos dados analíticos da farmacologia não é de todo dogmático que pelo simples facto de administrarmos um ansiolítico ele vá ter a reacção desejada na ansiedade dentária. Nada tem a ver com o seu tempo de semi-vida ou o seu princípio activo mas apenas com todas as outras variáveis cujo controlo ainda não dominámos na sua totalidade.

Os estudos relativos à classe sócio-económica, instrução literária, idade e género na ansiedade dentária são numerosos e mesmo com resultados idênticos. O outro grande grupo de estudos, analisa e estuda factores que afectam a ansiedade dentária visualizada na sua vertente mais psicológica. É importante para o Médico Dentista perceber que uma experiência traumática vivida durante a infância, atitudes de recusa aprendidas

parentalmente, sentimentos de perda de controlo da situação, entre outros, podem afectar a ansiedade dentária do paciente (Schuurs et al., 1984; McNeil & Barryman 1989; Moore et al., 1996). Mas será que o Médico Dentista tem formação e competências para lidar e adaptar estes comportamentos do paciente? Será que adquire estas competências na sua formação inicial? Não seria importante incluir este tipo de formação durante o Curso? Mas por outro lado é premente evoluir também para outros factores no estudo da ansiedade dentária, como por exemplo o espaço do consultório dentário, com as suas diferentes organizações.

Por outro lado, são também variados os estudos que apontam como factores desencadeantes da ansiedade dentária os ruídos da broca, a anestesia, o cheiro característico do consultório (Scott & Hirschman, 1982). Será que os Médicos Dentistas têm conhecimento dos resultados destes estudos? Não seria já o momento de pensarem em alternativas ou formas de dissimular estes factores?

Como vemos as tentativas para resolver este problema têm sido constantes e diversificadas. São poucos os que arriscam dar contribuições reais do ponto de vista operacional para diminuir a morbilidade da ansiedade dentária. Justificam-se abordagens inovadoras com base em conhecimentos alternativos que nos permitam usufruir sobre as reais potencialidades que o Espaço Físico poderá ter no tratamento da ansiedade dentária. Só com esta ousadia e com muito rigor científico, poderemos caminhar para o controlo de variáveis que actualmente nos parecem incontroláveis, ou demasiado inter-subjectivas não permitindo a sua padronização.

As primeiras tentativas de medidas correctivas surgiram na área de uso de meios audiovisuais durante o tratamento e na de musicoterapia. Relativamente à primeira área, existe já um primeiro consenso quanto às medidas a aplicar, nomeadamente, o uso de técnicas de vídeo, uso de televisão com auscultadores e a decoração de paredes com posters, imagens, quadros, entre outros já descritos anteriormente.

Quanto à segunda área, quase que podemos considerar que as conclusões são ancestrais. Isto deve-se ao facto de existirem, inclusivamente, estudos favorecedores de audição de música em meio intra-uterino como factor de relaxamento e de desenvolvimento

(Bicudo, 2007). Com este conceito quase popular partiu-se para a tentativa da sua generalização em meio dentário. Contudo, e pensando na nossa experiência e até mesmo na situação da Clínica em que estagiámos, e outros gabinetes e consultórios de Medicina Dentária, podemos constatar que ainda não é uma técnica a que se recorre com muita frequência, apesar da sua facilidade de aplicabilidade.

Existem outras medidas que começam agora a ter um maior enfoque, e que na nossa opinião merecem grande destaque pois salientam o tema central deste trabalho e desta pesquisa.

Uma outra forma de resolução e que trará vantagens à visualização deste problema reside na aplicação dos conceitos de hotelaria à Medicina Dentária. Segundo Carvalho & Rossini (2006, p.73), entende-se por hotelaria

“(…) a arte de oferecer serviços repletos de presteza, alegria, dedicação e respeito, factores que geram a satisfação do cliente e, sobretudo, a humanização do atendimento e do ambiente (…)” A compreensão deste conceito conduz-nos à importância que deverá ser dada à sua estrutura física como factor de competitividade e inovação. Sabe-se que existem aspectos íntimos da doença como a dor e o sofrimento que não podem ser eliminados na sua totalidade, contudo, podem ser minimizados através da criatividade, sem claro deixar de lado, a ética e o carácter científico associado ao exercício da profissão.

Estamos na época dos “*Sanus Per Aqua*”, vulgarmente designada por SPA², faria sentido organizar e preparar o espaço físico do consultório como um centro de bem-estar de forma a que a pessoa possa não só criar experiências narrativas mas sim vivê-las. Gaerig (2008), em trabalhos realizados pela sua empresa de Design criou dois projectos que se inspiraram em fenómenos da natureza de forma a permitir a aplicação da premissa de estudo já referida. Esta empresa pretendia que os pacientes durante a estadia no consultório se descentrassem do tratamento e das técnicas que estavam a ser usadas para que vissem e desfrutassem do cenário criado por eles. Estes autores não descrevem qualquer tipo de resultados, no entanto, parece-nos importante aproveitar esta premissa teórica e testá-la.

² Hotel ou estabelecimento comercial com tratamentos de saúde e/ou beleza, que incluem alimentação natural, actividades físicas, massagens, banhos medicinais, sauna, etc. (Dicionário da Língua Portuguesa, 2009).



Fig. 1 – Sala de espera e corredor de um consultório dentário inspirado na ondulação das dunas do deserto, adaptado tendo em conta a funcionalidade de cada espaço. (adaptado de Gaerig, 2008, pp.2).



Fig. 2 – Consultório Dentário inspirado no Mar, adaptado tendo em conta a funcionalidade de cada espaço. (adaptado de Gaerig, 2008, pp.3).

É curioso observar-se que atitude perante a ideologia da cor tem sofrido mutações ao longo do tempo. Passou-se de um padrão mais ou menos rígido e estabelecido onde a cada cor primária correspondia um único significado emocional para outro um pouco mais liberal onde não excluindo a importância da resposta emocional que cada cor oferece, o facto é que o lema passou a ser uma cor por todas e todas por uma. Ou seja, mais importante do que o conceito inerente a cada cor, deve ter-se em conta a funcionalidade inter-subjectiva da cor na pluralidade dos ambientes que o consultório proporciona.

Às portas de entrada do século XXI assistimos a mudanças de paradigma que podem muito bem abalar os pilares de conhecimento até hoje estabelecidos. Esta é uma mudança que já se assistiu noutros séculos, por exemplo, tivemos a Revolução Industrial, práticas mecânicas da medicina, a descoberta da cirurgia, enfim, muitas outras.

Hoje avançamos na tentativa de compreensão da energia que nos rodeia. Até mesmo os físicos quânticos redescobriram o princípio energético exposto nos séculos passados. Para eles, todas os objectos animados ou inanimados têm uma base energética importante ou também denominados por “*Chi*”.

O curioso é que embora revolucionário este não é um conceito novo. Já a ciência Chinesa ancestral falava em harmonização de ambientes através da correcta utilização das energias. A esta técnica denominamos Feng Shui e tem ganho tanto protagonismo que mesmo empresas como a British Airways cuja competência e idoneidade são inquestionáveis, tem sido utilizado recorrentemente com sucessos assinaláveis (Jeffreys, 2000).

Uma vez que existem evidências científicas sobre a energia no ser humano: as sinapses neuronais são eléctricas, o coração bombeia mecanicamente, enfim entre outras possibilidades, deveríamos ter mais cuidado na forma como interagimos com estes diferentes pólos energéticos.

Desde logo, entendemos que o espaço é fundamentalmente para o equilíbrio destas energias. Quem de nos já não foi ouvir o mar para relaxar?

Urge transportar estes conhecimentos e experiência para o nosso local de trabalho. Isto torna-se tão importante quando pensamos que em saúde a pessoa que nos procura tem um balanço energético desequilibrado negativamente. Ao sabermos este facto de antemão, temos aqui um trunfo importante que pode condicionar um melhor restabelecimento desse desequilíbrio energético e porque não sermos audazes, o melhor restabelecimento da sua saúde com redução evidente das cormobilidades associado à pessoa.

Perante tudo isto, várias dúvidas se levantam. Pensamos ser importante questionar:

- O que torna o paciente feliz?
- O que promove o bem-estar do paciente?
- Como é que o ambiente influencia os resultados obtidos na intervenção do profissional? (Carrol, 2004).

Uma Janela para o Consultório Ideal...

Desde já se percebeu que para alguns autores o consultório ideal deverá satisfazer em primeiro lugar as necessidades dos clientes internos e externos. Também, desde logo, partindo desta condição e do facto de cada pessoa apresenta características que a torna única, está apresentado o motivo que torna esta problemática de tal difícil resolução. No entanto existem aspectos que já vão sendo apontados na bibliografia e que no mínimo, na minha opinião, deviam começar a ser tidos em conta.

Seria importante que se criassem momentos de reflexão internos (que poderiam até ser realizados no âmbito do conteúdos programáticos dos cursos de Medicina Dentária) ou até mesmo estudos já mais formais onde se debatessem estes aspectos já apontados.

O que deveria ser equacionado a colocar no Espaço do Consultório Ideal?

Música ambiente? Como dissimular o odor dos materiais utilizados? O uso de Auscultadores? Conforto? Atendimento? Estacionamento? Cor? Feng Shui? Aquários? Lareiras? Como ocultar o Ruído dos instrumentos? Elementos de distração visuais?

CONCLUSÃO

No início desta jornada o objectivo deste trabalho passava por descobrir um espaço idealmente perfeito para todos os intervenientes presentes numa consulta médico dentária de forma a reduzir a ansiedade dentária do paciente. Após reflexões constantes, mudanças de rumo, e mesmo avanços e recuos, o que podemos dizer sobre o consultório ideal é tão simples como: *não existe muito provavelmente consultório ideal, mas sim espaços que se adequam de uma maneira mais ao menos perfeita a diferentes pessoas.*

Um espaço ideal é aquele que permite baixar significativamente os níveis de ansiedade de um paciente. No entanto, devido a inter-subjectividade, percepções, vivências, comportamentos e flutuações de humor diferentes, do próprio indivíduo, é muito difícil aferir qual o espaço ideal para todos os pacientes.

O que podemos dizer, é que os poucos estudos realizados, apontam para conjuntos de elementos transversais que podem ser utilizados no sentido de proporcionar uma vivência agradável, positiva, e mesmo porque não dizê-lo, menos traumática da experiência que é uma consulta médico dentária.

Como foram explorados nos capítulos anteriores, não existem dados suficientes para estabelecer completamente relações de causalidade entre ansiedade dentária e o espaço do consultório. Pensamos ser esta uma excelente oportunidade para lançar a discussão e impulsionar novas perspectivas de estudo nestes domínios.

Por tudo aquilo que foi escrito e na nossa opinião pessoal, os pontos cruciais para uma boa experiência num consultório médico dentário passam por utilização equilibrada das cores; a utilização de painéis digitais para que se consiga mudar as cores, com um simples toque, de forma a personalizar o ambiente de acordo com cada paciente; a utilização de música ambiente assim como o uso de auscultadores; o uso de elementos decorativos de aquários e até mesmo de lareiras tornando o ambiente mais relaxante e acolhedor, respectivamente; a utilização de elementos de conforto, como cadeira, sofá e ou poltrona, enquanto o paciente espera, proporcionando um relaxamento através de massagens; utilização de meios visuais, como televisores ou outros dispositivos que

efectuem esta função, direccionados para cada paciente individualizando a sua distração enquanto espera; utilização ou aproveitamento de objectos naturais, como por exemplo plantas e luz natural, tornando o ambiente o menos artificial possível; utilização de silenciadores, ou até mesmo tentar criar instrumentos que não produzem ruído; utilização de materiais sem odores, ou construção de espaços que não permitem a contaminação de outros espaços; oferecer ao paciente um atendimento personalizado desde a sua chegada as instalações do consultório médico dentário...

Uma das conclusões mais importantes a retirar de todo este processo de investigação e reflexão, é que todos os intervenientes têm responsabilidades na melhoria desta morbidade que é a ansiedade dentária. Não existindo um espaço perfeito, haverá sem dúvidas, espaços cada vez mais adequados desde que se mantenham as tentativas na busca do conhecimento e da sua aplicação.

O consultório perfeito está mesmo aqui ao lado, só temos de saber abrir a porta...

BIBLIOGRAFIA

Abrahamsson, K. H., Berggren, U., Carlsson, S. G. (2000). Psychosocial aspects of dental and general fears in dental phobic patients. *Acta Odontol. Scand*, 58, p.37-43.

Administração Regional de Saúde do Centro. [Em linha]. Disponível em <<http://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/Paginas/default.aspx>>. [Consultado em 05/09/2009].

American Dental Association. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.ada.org/prof/ed/specialties/definitions.asp>>. [Consultado em 05/09/2009].

American Music Therapy Association. (2006). *Music Therapy in the Treatment and Management of Pain*. Silver Spring, American Music Therapy Association, pp. 1-4.

American Psychiatric Association. (2006). Perturbações da Ansiedade. In: American Psychiatric Association. (1 Ed). *Diagnosical and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Lisboa. CLIMEPSI. Pp.429-484.

American Psychological Association. (2009). Anxiety Disorders: The Role of Psychotherapy in Effective Treatment. [Em linha]. Disponível em <http://www.therapytribe.com/content/anxiety_disorders.html>. [Consultado em 08/08/2009].

Arditi, A. (2002). See Color. [Em linha]. Disponível em <www.colorvoodoo.com/cvoodoo6html>. [Consultado em 06/05/2009].

Armfield, J. M., Stewart, J. F., Spencer, A. J. (2007). The Vicious Cycle of Dental Fear: exploring the interplay between oral health, services utilization and dental fear. *BMC Oral Health*, 7, pp.1-15.

Arntz, A., Van-Eck, M., Heijmans, M. (1990). Predictions o Dental Pain: the Fear of any Expected Evil, Is Worse Than The Evil Itself. *Behav. Res. Ther.*, 28(1), pp.29-41.

Azevedo, M. d. F. M. & Santos, M. S. d. (2000). *O uso da cor no ambiente de trabalho: Uma ergonomia da percepção*. Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, pp.1-12.

Bare, L. C. & Dundes, L. (2004). Strategies for Combating Dental Anxiety. *Journal of Dental Education*, 68(11), pp.1172-1176.

Battistella, M. R. (2003). A importância das cores em ambientes de trabalho. Um estudo de caso. [Dissertação para obtenção do grau de Mestre]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

Beck, A. T., Emery, G., Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York, Basic Books.

Beck, C. L. C. (2007). A Linguagem Sígnico das Cores na Resignificação (Humanização) de Ambientes Hospitalares. *Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação*, 1, pp.1-11.

Berggren, U. & Meynert, G. (1984). Dental fear and avoidance - causes, symptoms and consequences. *Journal American Dental Association*, 109, pp.247-251.

Beuren, F. H. (2008). Symbology of color in hospital environment: pediatrics. *Anais do 8º Congresso Brasileiro de Pesquisa e Desenvolvimento em Design*, pp.3005-3010.

Bicudo, M. L. P. W. (2007). Os sons na vida intra uterina. *ONG Amigas do Parto.*, pp1-2.

BinsEly, V. (2003). *Ergonomia + Arquitetura buscando um melhor desempenho do ambiente físico*. Rio de Janeiro, Anais do 3º Ergodesign - 3º Congresso Internacional de

Ergonomia e Usabilidade de Interfaces Humanas - Tecnologias, Produtos, Programas, Informação, Ambiente Construído.

Boccanera, N. B. (2004), The colors in enviroment of the unit of intensive therapy. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(3), pp.368-373.

Carrol, R. A. (2004). How better to test the healing properties of pattern and color than with textiles? *HealthCareDesign*, pp.1-4.

Carvalho, A. M. & Rossini, S. (2006). Evolução dos conceitos de hotelaria em saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 7, pp.72-80.

Cassel, D. (1993). Effects of three colors in on office interior on mood and performance. *Perceptual and motor Skills*, 76, pp.235-241.

Chery, A. S. & Falke, L. (2008). The psychology of color in acute healthcare design. *HealthCareDesign*, pp.1-2.

Chu, C. M. C. & Diaz-pizán, M. E. (2005). Music as an alternative method to modify children's behaviour during dental treatment. *Revista de Estomatologia Herediana*, 15(1), pp.46-49.

Cohen, S. M., Fiske, J., Newton, J. T. (2000). The impact of dental anxiety on daily living. *British Dental Journal*, 189(7), pp.385-390.

Corah, N. L., Gale, E. N., Illig, S. J. (1978). Assessment of a dental anxiety scale. *Journal American Dental Association*, 97(5), pp.816-819.

Corah, N. L. (1969). Development of a Dental Anxiety Scale. *Journal Dental Research*, 48, pp.596.

Corah, N. L., Gale, E. N., Illig, S. J. (1979). Psychological Stress Reduction During Dental Procedures. *Journal of Dental Research*, 58(4), pp.1347-1351.

Cunha, L. C. R. (2004). A cor no ambiente Hospitalar. *Anais do I Congresso Nacional da ABDEH - IV Seminário de Engenharia Clínica*, pp.57-61.

Daily, Y. M., Humphris G. M., Lenon, M. A. (2002). Reducing Patients' State Anxiety in General Dental Practice: A Randomized Controlled Trial. *Journal Dental Research*, 81(5), pp.319-322.

DIÁRIO DA REPÚBLICA – 1 Série-A Nº197 – 25 de Agosto de 2001. [Em linha]. Disponível em <<http://dre.pt/pdf1sdip/2001/08/197A00/54585463.pdf>>. [Consultado em 19/11/2009].

Dicionário Língua Portuguesa. [Em linha]. Disponível em <<http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/spa>>. [Consultado em 10/11/2009].

Doerr, P. A., Lang, W. P., Nyquist, L. V., Ronis, D. L. (1998). Factors associated with dental anxiety. *Journal of American Dental Association*, 129, pp.1111-1119.

Domoto, P., Weinstein, P., Karno, Y., Wohlers, K., Fiset, L., Tanaka, A. (1991). Dental Fear of Japanese Residents in the United States. *Anesth Prog*, 38, pp.90-95.

Eli, I., Uziel, N., Blumensohn, R., Baht, R. (2004). Factors of dental anxiety. *British Dental Journal*, 196(11), pp.683.

Englebert, C. (2002). *Feng Shui Demystified*. Santa Cruz, USA, Editora Pregaminho.

Farina, M. (1990). *Psicodinâmica das Cores em Comunicação*. São Paulo, Edgard Blucher Ltda.

Figueiredo, J. (2004). Apostila e ergonomia e cor nos ambientes de locais de trabalho. [Dissertação apresentada para obtenção de grau de Mestre]. Rio de Janeiro: Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Firat, V., Tunc, E. P., Sar, V. (2006). Dental Anxiety Among Adults in Turkey. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 7(3), pp.1-8.

Fonseca, J. F., Alvão, C. M. (2006). Cor nos Locais de Trabalho. Como aplicá-la de forma adequada às necessidades dos usuários e às exigências da tarefa? *ABERGO*, pp.1-7

Freeman, R. (1998). Assessing and managing dental phobia in general practice: some practical suggestions. *British Dental Journal*, 184(5), pp.214-216.

Freeman, R. (1999). A psychodynamic understanding of the dentist-patient interaction. *British Dental Journal*, 186(10), pp.503-506.

Frere, C. L., Crout, R., Yorty, J., McNeil, D. W. (2001). Effects of Audiovisual Distraction During Dental Prophylaxis. *Journal American Dental Association*, 132, pp.1031-1038.

Frias-Bulhosa, J. (1996). Stress em Medicina Dentária. *Revista de Saúde Oral*, 2, pp.126-134.

Gaerig, C. (2008). Designing comforting Spaces. *HealthCareDesign*, pp.1-5.

Gatchel, R. J. (1989). The prevalence of dental fear and avoidance: expanded adult and recent adolescent surveys. *Journal American Dental Association*, 118(5), pp.105-118.

Geer, J. (1965). The development of a scale to measure fear. *Behav. Res. Ther.*, 3, pp.43-45.

- Goldman, S. (1964). *Psicodinâmica das cores*. Porto Alegre, Edições La Salle.
- GrandJean, E. (1983). *Precis d'ergonomie*. Paris, les éditions d'organisation. pp. 1-416.
- Guimarães, L. (2000). *A cor como informação: a construção biofísica, linguística e cultural da simbologia das cores*. São Paulo, Annablume.
- Hagglin, C., Berggren, U., Hakeberg, M., Hallstrom, T., Bengtsson, C. (1999). Variations in Dental Anxiety among Middle-aged and Elderly Women in Sweden: A Longitudinal Study between 1968 and 1996. *Journal of Dental Research*, 78(10), pp.1655-1661.
- Heaton, L. J., Carlson, C. R., Smith, T. A., Baer, R. A., Leeuw, R. d. (2007). Predicting anxiety during dental treatment using patients' self-reports. *Journal American Dental Association*, 138, pp.188-195.
- Hu, L. W., Gorenstein, C., Fuentes, D. (2007) Portuguese version of Corah's Dental Anxiety Scale: transcultural adaptation and reability analysis. *Depression and Anxiety*, pp.467-471
- Humphris, G. & Ling, M. (2000). *Bahavioural Sciences for Dentistry*. London, Churchill Livingstone.
- Humphris, G., Morrison, T., Lindsay, S. J. (1995). The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dental Health*, 12(3), pp.143-150.
- Humphris, G. M., Dyer, T. A., Robinson, P. G. (2009). The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age. *BMC Oral Health*, 9, pp.1-20.
- Iida, I. (1992). *Ergonomia Projecto e Produção*. São Paulo, Edgard Blücher Ltda.

Jeffreys, P. (2000). Feng Shui for the health sector: harmonious buildings, healthier people. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 6, pp.61-65.

Johren, P., Jackowski, J., Sartory, P., Thom, A. (2000). Fear reduction in patients with dental treatment phobia. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 38, pp.612-615.

Jongh, A. d., Adair, P., Meijerink, A. M. (2005). Clinical management of dental anxiety: what works for whom? *International Dental Journal*, 55(2), pp.73-80.

Jongh, A. d., Olf, M., Hollerff, H. V., Aartman, I. H. A., Broekman, B., Lindauer, R., Boer, F. (2008) Anxiety and post-traumatic stress symptoms following wisdom tooth removal. *Behaviour Research and Therapy*, pp.1-6.

Journal of the American Dental Association. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ada.org/prof/ed/specialties/definitions.asp>>. [Consultado em 05/09/2009].

Kanegane, K., Penha, S. S., Borsatti, M. A., Rocha, R. G. (2003). Dental Anxiety in an emergency dental service. *Revista Saúde Pública*, 37(6), pp.786-792.

Kent, G. G. (1990). Thinking about Anxiety. *British Dental Journal*, 169(5), pp.133-135.

Kleinknecht, R. A., Klepac, R. K., Alexander, L. D. (1973). Origins and characteristics of fear of dentistry. *Journal American Dental Association*, 38(4), pp.842-848.

Kleinknecht, R. A., Thorndike, R. M., McGlynn, F. D., Harkavy, J. (1984). Factor analysis of the dental fear survey with cross-validation. *Journal American Dental Association*, 108(1), pp.59-61.

Kwallek, N., Kokyung, S., Lewis, C. M. (2007). Work week productivity, visual complexity, and individual environmental sensitivity in three offices of different color interiors. *Color Research & Application*, 32(2), pp.130-143.

Lamb, D. H. & Plant, R. (1971). Patient Anxiety in the Dentist's Office. *Journal Dental Research*, 54(4), pp.986-989.

Litt, M. D., Nyle, C., Shafer, D. (1993). Coping with Oral Surgery by Self-efficacy Enhancement and Perceptions of Control. *Journal Dental Research*, 72(8), pp.1237-1243.

Locker, D. (2003). Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31, pp.144-151.

Locker, D. & Liddel, A. M. (1991). Correlates of Dental Anxiety Among Older Adults. *Journal of Dental Research*, 70(3), pp.198-203.

Lopes, P. N., Ponciano, E., Pereira, A., Medeiros, J. A., Kleinknecht, R. A. (2004). Psicometria da Ansiedade dentária: Avaliação das Características Psicométricas de uma Versão Portuguesa do Dental Fear Survey. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 43(3), pp.133-146.

Lopes, P. N. d. R. M. (2005). Contribuição Para O Estudo da Ansiedade dentária: Validação De Uma Versão Portuguesa Do Dental Anxiety Inventory Em Estudantes Do Ensino Superior. [Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestrado em Saúde Publica]. Coimbra: Universidade de Coimbra - Faculdade de Medicina, pp.127.

Mahnke, F. (1996). *Color, Environment and human response*. New York, Nostrand Reinhold.

Maniglia-Ferreira, C., Gurgel-Filho, E. D., Bonecker-Valverde, G., Moura, E. H., Deus, G. d., Coutinho-Filho, T. (2004). Dental Anxiety: score, prevalence and behaviour. *RBPS*, 17(2), pp.51-55.

Marchi, S. R. & Ribas, V. G. (2004). *Influence of the Color in the enviroment*. Coritiba, UFPR: pp.1-33.

McGrath, C. & Bedi. R. (2004). The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32(1), pp.67-72.

McNeil, D. W. & Barryman, M. L. (1989). Components of Dental Fear in Adults. *Behav. Res. Ther.*, 37(3), pp.233-236.

Mechanic, D. (1992). Health and Illness Behavior and Patient-Pracioner Relationships. *Social Science & Medicine*, 34(12), pp.1345-1350.

Mehrstedt, M., Tonnie, S., Eisentraut, I. (2004). Dental Fears, Health Status, and Life Quality. *American Dental Society of Anesthesiology*, 51, pp.90-94.

Moore, R., Abrahamsen, R., Brodsgaard, I. (1996). Hypnosis compared with group therapy and individual desensitization for dental anxiety. *European Journal of Oral Science*, 104(56), pp.612-618.

Moore, R., Brodsgaard, I., Birn, H. (1990). Manifestations, Acquisition and Diagnostic Categories of Dental Fear in a Self-Referred Population. *Behav. Res. Ther.*, 29(11), pp.51-60.

Morais, E. R. B. (2003). O medo do paciente ao tratamento odontológico. *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do RGS*, 44(1), pp.39-42.

Morais, S. (2008). *Arquitetura Humanizada em Odontologia*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.odontobrasil.net/imprensa/not0290.html>>. [Consultado em 16-04-2009].

Morais, S. (2009). Um Caso Real. [Em linha]. Disponível em <<http://www.odontosites.com.br/odonto/artigos.3.asp?id=78>>. [Consultado em 16/04/2009].

Muga, H. (2005). *Psicologia da Arquitectura*. Canelas, Edições Gailivro, Lda.

Muris, P., Jongh, A. d., Zuuren, F. J. V., Horst, G. T., Deforchaux, Y. K., Somers, P. (1995). Imposed and chosen monitoring and blunting strategies in the dental setting: Effects, self-efficacy, and coping preference. *Anxiety, Stress & Coping*, 8(1), pp.47 - 59.

Neves, P. S. (2000). *Esquemas Cromáticos Aplicados em Ambientes Internos - Uma Ênfase na Simulação Computacional*. Engenharia de Produção: Centro tecnológico. [Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, pp.1-101.

Newton, J. T. & Buck, D. J. (2000). Anxiety and Pain Measures in Dentistry: A Guide to Their Quality and Application. *Journal American Dental Association*, 131, pp.1449-1457.

Ordem dos Médicos Dentistas. [Em linha]. Disponível em <http://www.omd.pt/UploadImages/Documents/UPL_4200.pdf>. [Consultado em 05/09/2009].

Pedrosa, G. W. H., Ferreira, C. M., Gergel-Filho, E. D., Froner, L. C., Deus, G., Coutinho-Filho, T. (2002). Avaliação da ansiedade odontológica em pacientes submetidos ao tratamento de urgência odontológica. *Stoma*, 64, pp.14-17.

Pilloto, E. N. (1980). *Cor, e iluminação nos ambientes de trabalho*. São Paulo, Liv. Ciência e Tecnologia.

Possobon, R. d. F., Carrascoza, K. C., Moraes, A. B. A. D., Costa-Jr, A. L. C. (2007). Dental Treatment as a Cause of Anxiety. *Psicologia em Estudo*, 12(3), pp.609-616.

Raadal, M., Milgrom, P., Weinstein, P., Mancl, L., Cause, A. M. (1995). The Prevalence of Dental Anxiety in Children from Low-income Families and its Relationship to Personality Traits. *Journal of Dental Research*, 74(8), pp.1439-1443.

Robin, O., Alaoui-Ismaili, O., Dittmar, A., Vernet-Maury, E. (1998). Emotional Responses Evoked by Dental Odors: An Evaluation From Automatic Parameters. *Journal of Dental Research*, 77(8), pp.1638-1646.

Roveri, J. L. (1996). Colorindo com segurança. *Revista proteção*, 5(53), pp.20-21.

Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Transtornos de ansiedade. Compêndio de Psiquiatria - Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. São Paulo, Artmed. pp.630-685.

Salamon, E., Bernstein, S. R., Kim, S. A., Kim, M., Stefano, G. B. (2003). The effects of auditory perception and musical preference on anxiety in naive human subjects. *Med Sci Monit*, 9(9), pp.396-399.

Sampaio, A. A. P. d. (2006). *Feng Shui e a Orientação e Distribuição do Espaço Habitacional*. Arquitetura. [Dissertação para obtenção do grau de Licenciatura]. Porto: Universidade Fernando Pessoa. pp.74.

Schuurs, A. H. B., Duivenvoorden, H. J., Velzen, S. K. T. (1984). Dental Anxiety, the Parental Family and Regularity of Dental Attendance. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 12, pp.89-95.

Scott, D. & Hirschman, R. (1982). Psychological aspects of dental anxiety in adults. *Journal American Dental Association*, 104, pp.27-31.

Settineri, S., Tati, F., Fanara, G. (2005). Gender Differences in Dental Anxiety: Is the Chair Position Important. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 6(1), pp.1-6.

Seyrek, S. K., Corah, N. L., Pace, L. F. (1995). Comparison of three distraction techniques in reducing stress in dental patients. *Journal American Dental Association*, 108, pp.327-329

Sharmrany, M. A. (2006). Oral health-related quality of life: a broader perspective. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, 12(6), pp.894-901.

Singh, K. A., Moraes, A. B. A. d., Ambrosano, G. M. B. (2000). Fear, anxiety and control related to dental treatment. *Pesq Odont Bras*, 14(2), pp.131-136.

Stouthard, M. E., Mellenbergh, G. J., Hoogstraten, J. (1993). Assessment of dental anxiety: A facet approach. *Anxiety, stress, and coping*, 6(2), pp.89-105.

Stouthard, M. E. A. & Hoogstraten, J. (1987). Rating of Fears Associated with Twelve Dental Situations. *Journal Dental Research*, 66(6), pp.1175-1178.

Stouthard, M. E. A., Hoogstraten, J., Mellenbergh, G. J. (1995). A study on the convergent and discriminant validity of the Dental Anxiety Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 33(5), pp.589-595.

Teles, N. (2008). Odontologia e as cores. [Em linha]. Disponível em <<http://www.odontosites.com.br/odonto/artigos3.asp?id=11>>. [Consultado em 16/4/2009].

Thomson, W. M., Poulton, R. G., Kruger, E., Davies, S., Brown., R. H., Silva, P. A. (1997). Changes in Self-report Dental Anxiety in New Zealand Adolescents from Ages 15 to 18 Years. *Journal of Dental Research*, 76(6), pp.1287-1291.

Too, L. (2004). *A Enciclopédia Ilustrada do Feng Shui*. Lisboa, Quimera Editores.

United States Department of Health and Human Services. (2000). *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*. Rockville, National Institutes of Health.

Unthank, M. & True. G. (1999). Interior Design for Dentistry. *Journal America Dental Association*, 130, pp.1586-1587.

Vassend, O. (1993). Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment. *Behav. Res. Ther.*, 31(7), pp.659-666.

Vermaire, J. H., John, A. d., Artman, I. H. A. (2008). Dental Anxiety and quality of life the effect of dental treatment. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36(5), pp.409-416.

Walker, M. (1995). *O Poder Das Cores - As cores melhorando sua vida*. São Paulo, Saraiva.

Weiner, A. A. & Sheehan, D. V. (1990). Etiology of dental anxiety: psychological trauma or CNS chemical imbalance? *General Dentistry*, 38(1), pp.39-43.

Yanes, Q., Reis, S., Penin, S. (1992). Estudo da Ansiedade na "Pré-Consulta" Médico-Dentária. *Stoma*, 56, pp.51-56.