

Rita Ponte Raposo

Medo e Ansiedade em Medicina Dentária

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto, 2017

Rita Ponte Raposo

Medo e Ansiedade em Medicina Dentária

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto, 2017

Rita Ponte Raposo

Medo e Ansiedade em Medicina Dentária

*Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para a obtenção do grau de
Mestre em Medicina Dentária*

(Rita Ponte Raposo)

Resumo

O Medo e Ansiedade Dentária são um problema comum e de Saúde Pública com um enorme impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados e no desempenho do Médico Dentista. Ambos definem uma apreensão: a um estímulo objetivo e a um estímulo subjetivo. O objetivo deste trabalho foi definir e compreender a etiologia, o impacto e soluções do Medo e Ansiedade Dentária, tendo como metodologia, a revisão literária efetuada na base de dados PubMed, sendo que os critérios de inclusão limitaram os artigos a um período entre 2006 e 2017, em inglês, português e espanhol, de acesso gratuito e os critérios de exclusão rejeitaram artigos que não se relacionassem com a temática e que incluíssem menores de 18 anos. Em conclusão, verificou-se que são poucos os estudos acerca das causas e dos fatores determinantes para o Medo e Ansiedade Dentária bem como acerca da eficácia das técnicas desenvolvidas para o seu combate. A prevalência desta problemática é maior nas mulheres, nos indivíduos com menor instrução e estrato socioeconómico baixo e com uma saúde geral débil, diminuindo com o aumento da idade.

Palavras-chave: ansiedade dentária; medo dentário; Medicina Dentária.

Abstract:

Dental Fear and Anxiety are a common problem of Public Health with a huge impact on individuals' quality of life and of the Dentists' performance. Both are defined as an apprehension, either to an objective stimulus or a subjective stimulus. The aim of this paper was to define and understand the etiology, the impact and the solutions of Dental Fear and Anxiety. The present literary review was accomplished by a rummage on the research engine PubMed. Inclusion criteria limited the research to a period situated between 2006 and 2017, either in english, portuguese or spanish and with free access. The exclusion criteria rejected all articles that did not match the theme and the ones that included children. In conclusion, it was found that there are few studies about the causes and the determining factors of Dental Fear and Anxiety and about the effectiveness of the developed technics for its eradication. The prevalence of this issue is higher among women, individuals with a low instruction and low socioeconomic stratum and with a poorer general health status, decreasing with the increase of age.

Keywords: *dental anxiety; dental fear; dental medicine.*

Índice Geral

I. INTRODUÇÃO.....	1
Metodologia.....	1
II. DESENVOLVIMENTO	3
1. Definição e Etiologia do Medo e Ansiedade Dentária.....	3
2. Escalas de Medição da Ansiedade Dentária.....	4
3. Caracterização dos Pacientes Ansiosos.....	5
4. Prevalência da Ansiedade Dentária.....	6
5. Fatores associados ao Medo e à Ansiedade Dentária.....	6
6. Impactos do Medo e Ansiedade Dentária na qualidade de vida e na Saúde Pública	7
7. Fatores e Técnicas para a diminuição do Medo e da Ansiedade Dentária.....	8
III. DISCUSSÃO	13
IV. CONCLUSÃO.....	15
Referências Bibliográficas	16

I. INTRODUÇÃO

O Medo e a Ansiedade Dentária são um problema de Saúde Pública presente no quotidiano do Médico Dentista, sendo que o primeiro se define como uma apreensão despoletada por um estímulo real, imediatamente presente ou específico (Jaakola et al., 2009) e o segundo como a apreensão ao perigo e ao medo, cujo estímulo não é claro ou identificável (Carlsson et al., 2013).

A etiologia desta problemática é multifatorial e a sua prevalência é variável de acordo com o *background* do estudo. Fatores como a idade, o sexo, o estrato socioeconómico, o nível de instrução e experiências prévias traumáticas são determinantes na caracterização do paciente ansioso e consequentemente na prevalência. Os pacientes ansiosos tendem a adiar e a evitar as consultas de Medicina Dentária (Syed et al., 2013 e Kumar, 2009). Esta prorrogação está associada a outras barreiras como a falta de acesso ao tratamento dentário, falta de consciencialização para a importância de uma boa saúde oral, recursos financeiros limitados e ainda a falta de verbas para a promoção da saúde oral por parte das instituições governamentais. Tendo em conta estes fatores, o Médico Dentista deve sinalizar e orientar os pacientes com maior ansiedade e estabelecer um plano de tratamento adequado às necessidades específicas de cada um.

O Medo e a Ansiedade Dentária têm um enorme impacto na saúde oral e geral dos indivíduos; constituem um problema quer para o paciente, para o Médico Dentista e para a sociedade em geral (Gaffar, Alagl e Al-Ansari, 2014 e Syed et al., 2013). Deste modo, torna-se necessário intervir, utilizando técnicas para o controlo, para o combate e erradicação deste problema a nível global. Neste âmbito e de acordo com Malvania e Ajithkrishnan, 2011 devem surgir mais estudos acerca da gestão do paciente antes e durante os tratamentos dentários e mesmo sobre o controlo e a eficácia das técnicas aplicadas.

Com este trabalho pretende-se perceber melhor o Medo e Ansiedade Dentária e formas de solucioná-los.

Metodologia

Para a realização deste trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica de artigos científicos na base de dados PubMed, entre março e abril de 2017.

Na base de dados PubMed, a pesquisa foi realizada, através da utilização dos termos MeSH: *dental anxiety; dental fear; dental anxiety/diagnosis; dental anxiety/etiology; dental anxiety/history; dental anxiety/physiology; dental anxiety/prevention and control; dental anxiety/psychology; dental anxiety/therapy; dental anxiety/epidemiology; dental anxiety/pathology; dental anxiety/physiopathology; anxiety; dentistry; humans; stress; psychological, pain, scaling, therapeutics;* e palavras-chave: *prevention and control* articulados com os marcadores booleanos *AND, OR e NOT* (para exclusão). Os termos MeSH excluídos foram: *child e children*.

Desta pesquisa resultaram um total de 322 artigos que, após a leitura do título foram reduzidos a 37 e após a leitura do abstract, reduzidos a 31 artigos. No final desta pesquisa e após a leitura integral dos artigos, foram utilizados 12 nesta revisão bibliográfica.

Foram ainda utilizados outros motores de busca para esta pesquisa como a Scielo e o Web of Science, porém todos os artigos encontrados foram rejeitados por não relacionarem o medo e a ansiedade com a Medicina Dentária.

A inclusão dos artigos foi feita de acordo com os seguintes critérios: artigos em língua portuguesa; inglesa e espanhola, artigos sob a forma de *meta-analyses, systematic review, practice guideline, guidelines e review*, artigos que relacionassem o Medo/Ansiedade Dentária e as implicações na saúde oral e geral; artigos que relacionassem o Medo/Ansiedade Dentária com a qualidade de vida e artigos que relacionassem o Medo/Ansiedade Dentária com os impactos na saúde pública; artigos que sugerissem técnicas e estratégias de prevenção e tratamento da Ansiedade Dentária e artigos disponibilizados gratuitamente.

Os critérios de exclusão para esta pesquisa foram os seguintes: artigos que não relacionassem o Medo/Ansiedade com a Medicina Dentária; artigos cuja população estudada tinha idade inferior a 18 anos e artigos que não estivessem escritos em língua portuguesa, inglesa e espanhola.

II. DESENVOLVIMENTO

1. Definição e Etiologia do Medo e Ansiedade Dentária

Segundo Beaton, Freeman e Humphris, 2013), o primeiro a adotar o termo Ansiedade Dentária foi Coriat, que a definiu como o medo excessivo de acontecer alguma coisa aos dentes (Coriat, I., 1946).

De acordo com Sinan, Deniz e Serkan, 2002 *cit. in* Malvania, E. e Ajithkrishnan, CG., 2011, a Ansiedade Dentária é definida como a apreensão ao perigo e ao medo, acompanhada de inquietação, tensão, taquicardia, dispneia; não ligados a um estímulo claro e não identificável. Sendo ainda um fenómeno bastante complexo, com aspetos psicossomáticos, bem como sociais (Carlson et al., 2013); podendo ainda ser um processo condicionado ou uma resposta apreendida que um indivíduo experienciou na vida (Peretz e Efrat, 2000 *cit. in* Syedet al., 2013). Sabemos, no entanto, que no caso da ansiedade, a origem dessa ameaça não é clara, não está imediatamente presente e é ambígua (Jaakola et al., 2009). A reforçar essa ideia, os autores, Shrestha et al., 2000 e Taani, 2002 *cit. in* Egbor e Akpata, 2014) afirmam que a ansiedade e os seus sintomas associados são de natureza antecipatória e são, frequentemente sentidos, quando um estímulo não está presente nem é facilmente identificável.

De acordo com Jaakola et al., 2009, existem três termos diferentes utilizados na literatura da Medicina Dentária para definir a apreensão. Um destes termos é o Medo Dentário, despoletado por um estímulo real, imediatamente presente ou específico (p.e. agulhas e broca dentária). Segundo os mesmos autores, o medo pode ser dividido em duas categorias: subjetivo, que inclui as emoções e cognições e o objetivo, que inclui o comportamento e reações fisiológicas. Shrestha et al., 2000 *cit. in* Egbor e Akpata, 2014, reforçam esta noção ao afirmar que o medo é uma emoção ou efeito desagradável que consiste em mudanças psicofisiológicas em resposta a uma ameaça realista ou a um perigo para a própria experiência. Em suma, é uma resposta emocional ao perigo objetivo.

Quer a Ansiedade, quer o Medo Dentário estão relacionados com fatores exógenos, tais como: a aprendizagem vicária, através dos media ou dos parentes mais próximos e experiências traumáticas prévias; e fatores endógenos, como: a hereditariedade e os traços de personalidade (Beaton, Freeman e Humphris, 2013). Nos fatores exógenos está compreendida ainda a falta de confiança nos Médicos Dentistas (Liddell e Locker *cit. in* Syed et al., 2013).

Segundo Coriat, I., 1946 *cit. in* Beaton, Freeman e Humphris, 2013, o Medo do Médico Dentista é uma ansiedade “antecipada”, decorrendo de um medo de perigo real e um perigo desconhecido antecipado.

Apesar de já existirem vários estudos, pouco se entende da história e do conceito do Medo e da Ansiedade Dentária (Malvania e Ajithkrishnan, 2011).

Uma condição *sine qua non* deve ser a colaboração entre Médicos Dentistas e Psicólogos, de forma a que se tenha um conhecimento mais abrangente da etiologia da Ansiedade Dentária, formando modelos generalizados para a compreensão de outras condições não acessíveis à pesquisa empírica (Carlsson et al., 2013).

2. Escalas de Medição da Ansiedade Dentária

- **Escala de Ansiedade Dentária de Corah**

De acordo com Corah, 1969 *cit. in* Syed et al., 2013, a Escala de Ansiedade Dentária de Corah é a escala mais utilizada. A Escala de Ansiedade Dentária é uma ferramenta confiável, simples e válida. Esta informação é comprovada por Roy-Byrne et al., 1994 e Corah, 1969 *cit. in* Egbor e Osagie, 2014 que afirma que a Escala de Ansiedade Dentária é um teste simples, fácil de pontuar, curto, válido e confiável para a ansiedade associada à consulta de Medicina Dentária. É constituída por quatro perguntas com cinco alternativas de resposta. A escala é pontuada de 4 a 20, sendo que 4 corresponde a uma baixa ansiedade e 20 a uma ansiedade elevada. De referir que pontuações superiores a 15 são indicativas de níveis elevados de ansiedade dentária (Lopes, 2009).

- **Escala de Ansiedade Dentária Modificada**

Esta escala foi citada pela primeira vez por Humphris, em 1995, com o objetivo de ser uma evolução da Escala de Ansiedade Dentária. A mesma introduz uma quinta questão relativa à injeção anestésica local. Esta expansão faz com que a escala de medição passe a variar de 5 a 25, sendo que valores ≥ 19 são indicativos de indivíduos com Ansiedade Dentária elevada (Lopes, 2009).

3. Caracterização dos Pacientes Ansiosos

De acordo com a literatura analisada e validada, o paciente ansioso caracteriza-se por um estrato socioeconómico mais baixo, pela maior preponderância no sexo feminino, baixo nível de escolaridade, deficiente higiene oral associada a problemas de saúde geral (Svensson, Hakeberge Boman, 2015) e por uma maior frequência nos pacientes mais jovens (Peretz e Efrat, 2000 *cit. in* Syed et al., 2013).

Segundo (Peretz e Efrat, 2000 *cit. in* Syed et al., 2013), indivíduos do sexo feminino são mais apreensivos relativamente ao tratamento dentário, exibindo um maior nível de ansiedade, quando comparados com os indivíduos do sexo masculino. Esta característica é corroborada pelos autores (Lahti et al., 2011; Udoye, Oginni e Oginni, 2005 e Brady, Dickinson e Whelton, 2012 *cit. in* Gaffar, Alagl e Al-Ansari, 2014) que afirmam que os pacientes do sexo feminino, os pacientes mais jovens, solteiros e com menor nível de escolaridade têm demonstrado uma Ansiedade Dentária mais elevada. Também os pacientes mais jovens, como acima referido, são comparativamente mais ansiosos que os pacientes idosos, uma vez que estes últimos já foram expostos a alguma forma de tratamento dentário, no passado (Peretz e Efrat, 2000 *cit. in* Syed et al., 2013). Segundo Thomson, Dixon e Kruger, 1999 *cit. in* Syed et al., 2013, a Ansiedade Dentária inicia-se a partir da primeira infância e pode regredir à medida que a idade avança. Segundo Hägglin et al., 1996; Hakeberg et al., 1992 e Locker et al., 1991 *cit. in* Svensson, Hakeberg e Boman, 2016, o pico de prevalência da Ansiedade Dentária ocorre, frequentemente, no início da idade adulta e decresce com o aumento da idade, especialmente após os 50 anos de idade. Conforme o mesmo artigo, o gráfico de estudo realizado, mostrou um aumento da Ansiedade Dentária desde o início da idade adulta até à faixa etária dos 31 aos 35 anos, estabilizando no intervalo dos 35 aos 60 anos e mostrou um decréscimo acentuado da Ansiedade Dentária após os 60 anos de idade. Outra das características do paciente ansioso é a prorrogação das consultas de Medicina Dentária ou até mesmo a evitação das mesmas (Syed et al., 2013), tal como se verifica que em indivíduos altamente ansiosos há uma maior probabilidade de evitação do tratamento dentário (Moore et al., 1996 *cit. in* Syed et al., 2013). Segundo (Freeman, 1999 e Boyle, Newton e Milgrom, 2009 *cit. in* Beaton, Freeman e Humphris, 2014), a ansiedade pode ter graves consequências para a saúde oral de um indivíduo, sendo considerada um entrave significativo à consulta de Medicina Dentária, resultando numa fraca afluência às consultas de Medicina Dentária. Isto é conhecido por evitação dentária e pode levar a uma saúde oral débil ou a uma necessidade de recorrer a especialidades da Medicina Dentária.

A hereditariedade, trazida pela carga genética pode também ser um fator preditivo da Ansiedade Dentária. Para além disso, outros fatores exógenos, como a observação da Ansiedade Dentária em familiares próximos pode também desencadear a mesma.

No que diz respeito ao estrato socioeconómico, estudos revelam que um baixo estrato socioeconómico pode ser um indicador da evitação do cuidado médico-dentário, consequentemente, aumentando os níveis de Ansiedade Dentária.

4. Prevalência da Ansiedade Dentária

“Vários estudos estimam que a prevalência da Ansiedade Dentária varia entre aproximadamente 5% e 30% na população em geral, dependendo da população e da definição de caso utilizada.” De acordo com Syed et al., 2013 um índice elevado de resultados da Escala de Ansiedade Dentária corresponde não só a um baixo nível de estudos, falta de consciencialização, mas também à variabilidade da amostra e as diferenças culturais. Num artigo de Svensson, Hakeberg e Boman, 2015 verifica-se que o pico da prevalência de uma Ansiedade Dentária severa ocorre entre os 31 e os 35 anos, estabilizando entre os 35 e os 60 anos e uma queda que se nota ser inversamente proporcional à idade. Segundo Gaffar, Alagl e Al-Ansari, 2014 os níveis de prevalência da Ansiedade Dentária têm-se mostrado estáveis nos últimos 20 anos. O valor da prevalência neste estudo situa-se nos 27%, enquanto que o intervalo a nível mundial se situa entre os 5% e os 20%. Num artigo de Egbor e Akpata, 2014 a taxa de prevalência situa-se entre os 4,2% e os 42%. Saliente-se que, e de acordo com Malvania e Ajithkrishnan, 2011 a prevalência da Ansiedade Dentária situa-se nos 46%. De realçar que em toda a literatura lida, os níveis de Ansiedade Dentária severa são mais elevados no sexo feminino.

5. Fatores associados ao Medo e à Ansiedade Dentária

São múltiplos os fatores identificados como responsáveis pela Ansiedade e Medo Dentário. Um dos primeiros fatores, frequentemente, associado ao medo e ansiedade é a dependência tabágica. Os fumadores têm tendência a não comparecer nas consultas de Medicina Dentária, com tanta frequência quando comparados com os não fumadores (Armfield, 2013 *cit. in* Svensson, Hakeberg e Boman, 2012). O mesmo artigo refere ainda que outro fator condicionante se relaciona com a falta de exercício físico.

“Há evidências de que a prevalência bem como as características da Ansiedade Dentária são influenciadas pela cultura” (Ekanayake, 2003 *cit. in* Malvania e Ajithkrishnan, 2011), ou seja, os fatores condicionantes da Ansiedade Dentária nas populações dos países desenvolvidos não serão as mesmas dos países subdesenvolvidos. Esta condicionante é reforçada pela opinião dos autores, Gaffar, Alagl e Al-Ansari, em 2014 que relatam que as experiências culturais podem fazer a diferença nos indivíduos com Ansiedade Dentária. Outro fator associado ao Medo e à Ansiedade Dentária é o local de residência, sendo assim, indivíduos que residiam em aldeias apresentaram níveis de Ansiedade Dentária maiores do que aqueles residentes na cidade (Emmanuel et al., 2007 *cit. in* Malvania e Ajithkrishnan, 2011). Os estudos de Townend, Dimigen e Fung, 2000 e Skaret et al., 2004 *cit. in* Egbor e Akpata, 2014 relataram níveis de ansiedade mais elevados entre os moradores rurais quando comparados com os moradores urbanos, sendo que os moradores das zonas rurais apenas procuraram cuidados médico-dentários quando tinham um problema, isto é, em situações emergentes (Skaret et al., 2004 *cit. in* Egbor e Akpata, 2014).

De acordo com Syed et al., 2013 existe uma clara correlação entre a Ansiedade e o Medo Dentário, o comportamento de evitação e os problemas de saúde oral. Estes conceitos coincidem com a aversão ao cuidado, assim como, com experiências negativas anteriores, levando a um comportamento de evitação e, posteriormente, a uma má saúde oral (Sohn e Ismail, 2000 *cit. in* Syed et al., 2013). “A experiência dentária desagradável anterior resulta numa ansiedade aumentada entre pacientes dentários.” (Egbor e Akpata, 2014). Assim sendo, são vários os fatores atribuídos a pacientes dentários com ansiedade, nomeadamente os fatores sociodemográficos, natureza do tratamento, comportamentais e variáveis psicológicas.

6. Impactos do Medo e Ansiedade Dentária na qualidade de vida e na Saúde Pública

Segundo Gaffar, Alagl e Al-Ansari, 2014, “a Ansiedade Dentária é um problema relevante que pode afetar o Médico Dentista, o paciente e a sociedade inteira.”

De acordo com Berggren e Meynert, 1984 e Schuller et al., 2003 *cit. in* Svensson, Hakeberg, e Boman, 2016, a Ansiedade Dentária é um problema de Saúde Pública que afeta uma parcela significativa da população. É um problema comum, que pode ter consequências para a saúde oral dos pacientes com dor e com um estado de saúde oral debilitado. Kumar et al., 2009 reforçam esta ideia com a frase “além disso, estudos anteriores sugeriram que a Ansiedade Dentária influencia, significativamente, o impacto da saúde oral na qualidade de vida.” Conforme Doebling e Rowe, 2000, a Ansiedade Dentária manifesta-se em várias dimensões

do ser humano, ou seja, na dimensão psicológica, cognitiva, comportamental, da saúde e social. Segundo os mesmos autores, os limites parciais e totais da Ansiedade Dentária são impeditivos da utilização dos serviços de cuidados médico-dentários, aumentando a prevalência de uma má saúde oral.

São várias as publicações que relatam um ciclo vicioso entre a Ansiedade Dentária e fatores concomitantes importantes que ao interagirem ao longo do tempo aumentam, eventualmente, os níveis de Ansiedade Dentária, diminuem a condição de saúde oral e comprometem as funções sociais e fisiológicas dos indivíduos afetados (Svensson, Hakeberg e Boman, 2016).

Será interessante referir que na literatura consultada se faz referência ao facto dos indivíduos com Ansiedade Dentária elevada reconhecerem a importância de uma boa saúde oral para uma o bem-estar geral (Svensson, Hakeberg e Boman, 2016). Do ponto de vista da Saúde Pública, a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral levanta questões de valor pessoal, comportamentais e daquilo que o paciente almeja alcançar através do seu tratamento (Syed et al., 2013 e Kumar et al., 2009). Para não falar no facto de que os pacientes com elevada Ansiedade Dentária aumentam a carga financeira sobre o sistema de saúde, uma vez que a prorrogação/evitação das consultas traz uma panóplia de consequências negativas em relação à saúde geral, requerendo meios de tratamento diferenciados de acordo com as patologias subsequentes de uma má saúde oral causada pela Ansiedade Dentária. É importante ainda referir que os pacientes com diversos graus de ansiedade exigem uma consulta mais demorada e uma maior empatia, exigindo tempo e esforço do Médico Dentista. Mais ainda, a Ansiedade Dentária permanece um obstáculo apesar dos vários avanços na Medicina Dentária, levantando um alerta no que concerne a fatores pessoais e de comunicação na relação paciente/Médico Dentista (Gaffar, Alagl e Al-Ansari, 2014).

7. Fatores e Técnicas para a diminuição do Medo e da Ansiedade Dentária

De acordo com Svensson, Hakeberg e Boman, 2016, os tratamentos dentários, hoje em dia, incluem diversos aspetos de importância relativamente à qualidade do serviço dentário, como a parte psicológica do tratamento dentário; comunicação clínica; relação paciente – Médico Dentista e satisfação do paciente. Segundo Syed et al., 2013, os profissionais da Medicina Dentária devem procurar formas de ajudar os pacientes ansiosos, assim sendo, uma das formas de se prevenir o Medo e a Ansiedade Dentária será uma modificação comportamental, com base numa educação para a saúde oral nos primeiros anos de vida, de forma a que a longo prazo, se possa racionalizar hábitos de higiene oral frequentes e a regularidade nas

visitas ao Médico Dentista. Mais ainda, de acordo com Beaton, Freeman e Humphris, 2014 é de extrema importância identificar, assinalar e tratar crianças que se encontram em risco de sofrerem com Medo e Ansiedade Dentária, de modo a prevenir a degradação e deterioração da saúde oral na idade adulta. De acordo com Freeman, 1985 *cit. in* Beaton, Freeman e Humphris, 2014, também é importante perceber os fatores etiológicos relacionados com o Medo e a Ansiedade Dentária, em termos das fontes endógena e exógena, de forma a melhorar a saúde oral e a qualidade de vida dos pacientes e despertar a atenção dos Médicos Dentistas para esse problema. Uma das formas de gerir pacientes com Ansiedade Dentária deve incluir estratégias consertadas de controlo da dor, de alteração do comportamento e ainda a consideração holística do paciente, não esquecendo a sedação adequada (Berggren, 2001 *cit. in* Syed et al., 2013). Neste sentido, o clínico dentário poderá lidar com pacientes com uma ansiedade regular, no entanto, quando essa ansiedade se torna severa deverá procurar ajuda quer psicológica quer farmacológica. Para que o Médico Dentista reconheça o grau de ansiedade do seu paciente deve ter conhecimento da história do mesmo e o impacto dos fatores exógenos e endógenos da ansiedade nesse paciente.

Segundo Carlsson et al., 2013 seria importante que a pesquisa sobre a Ansiedade Dentária identificasse diferentes perspetivas, visto que a mesma pode ser analisada tanto a partir de aspetos individuais como de saúde pública. Assim sendo, os estudos a serem efetuados, não só se devem focar nos métodos de tratamento, mas também devem enfatizar os fatores centrados no paciente, tais como: a qualidade de vida relacionada com a saúde, em relação à Ansiedade/Medo dentário.

Num estudo levado a cabo por Gaffar, Alagl e Al-Ansari, 2014 foram os próprios pacientes que enumeraram algumas recomendações para ultrapassar o Medo e a Ansiedade Dentária, tais como: educação para a saúde oral; uma consulta prévia ao tratamento em si; a prática de dentisteria sem dor; a decoração e o equipamento clínico; aumento do número de clínicas dentárias e uma boa relação entre o paciente e o Médico Dentista.

De acordo com Sharif, 2010 e Milgrom, Weinstein e Heaton, 2009 *cit. in* Armfield et al., 2014. a gestão da Ansiedade Dentária requer uma abordagem de tratamento adaptada que começa com a deteção eficiente e precisa da presença de ansiedade, e quanto mais cedo um Dentista puder determinar que um paciente tem medo, maior a probabilidade de sucesso do tratamento do paciente. Uma técnica interessante para combater e até mesmo ultrapassar o Medo e a Ansiedade Dentária seria a técnica desenvolvida por Wolpe, a Dessensibilização Sistemática, que induz um estado relaxado para superar a Ansiedade Dentária. A técnica consistia em ensinar ao paciente a relaxar numa situação neutra e só depois, ensinava o

paciente a relaxar enquanto se imaginava numa situação relacionada com o objeto causador de medo. Os cenários imaginados tornavam-se ameaçadores de uma forma crescente. Quando o paciente experimentava Medo ou Ansiedade Dentária era instruído para voltar a um estado relaxado. Essa técnica desenvolvida por Wolpe sofreu uma modificação para ser usada em pacientes no consultório de Medicina Dentária, ou seja, os cenários passaram a ser relacionados com o ambiente da clínica, com o equipamento e procedimentos dentários. Os pacientes envolvidos neste estudo mostraram uma diminuição significativa do seu medo, através dos dados estatísticos e nos tratamentos em si (Carlsson et al., 2009). Carlsson terá sido o primeiro a relatar a modalidade de tratamento onde foram indicadas melhorias significativas. O referido relatório deu lugar a várias modificações, das quais se destaca a utilização da realidade virtual como principal técnica de exposição dos pacientes ao motivo do Medo/Ansiedade Dentária (Carlsson et al., 2009). Nos últimos anos o modelo do tratamento psicológico tem ganho cada vez mais importância no tratamento da Ansiedade Dentária e tem-se mostrado mais eficaz que o tratamento sob anestesia geral (Berggren, 1984 e 1986 *cit. in* Carlsson et al., 2009).

Segundo Lovas e Lovas, 2007, embora existam provas que apoiem o uso de intervenções comportamentais para diminuir a ansiedade do paciente e possivelmente mitigar o stress dos profissionais, a grande maioria dos pacientes com Ansiedade Dentária leve é tratada sem recurso a nenhuma técnica formal para controlar o seu medo e ansiedade. Os dados sugerem que muito Médicos Dentistas têm dificuldade em identificar a Ansiedade Dentária e tratá-la efetivamente. Uma das primeiras abordagens a efetuar será uma conversa com o paciente sobre o método para gerir a sua Ansiedade Dentária, providenciando ao mesmo o sentimento de envolvimento no seu tratamento. Será óbvio que a gestão da ansiedade, para ser efetiva, deve ser talhada de acordo com cada um dos pacientes e não generalizada (Sharif, 2010).

São diferentes as técnicas e as formas de tratamento da ansiedade, entre estas, encontra-se um método pré-operatório chamado Relaxamento Rápido, desenvolvido por John Lovas que consiste na junção de elementos de hipnose e meditação num conjunto breve de instruções, sendo que a primeira parte desta técnica está relacionada com as *chairside manners* dos Médicos Dentistas. Mais do que a sua habilidade técnica, os Médicos Dentistas devem mostrar calma, gentileza e atenção para com o seu paciente, para além de terem um grande cuidado na escolha de palavras a utilizar (ex. utilizar desconforto em vez de dor). As instruções do Relaxamento Rápido são dadas durante 2 a 3 minutos, tempo suficiente para a administração da anestesia tópica. Estas incluem 6 passos: conversa circunstancial; avaliação da linguagem corporal; descrição de uma técnica simples e breve para relaxar; descrição de

como o paciente irá reagir à administração da injeção; durante o tratamento continuar a tranquilizar descrevendo o que pode ocorrer; congratulação do paciente pelo seu comportamento (Lovas e Lovas, 2007). Existe uma outra técnica de relaxamento, técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobsen, que consiste num primeiro momento de tensão de 5-7 segundos, seguidos de 20 segundos de relaxamento de 4 grupos de músculos: membros inferiores; membros superiores; abdómen; cabeça. Existem ainda outras técnicas de relaxamento: Terapia de Relaxamento Breve ou Terapia de Relaxamento Funcional que consiste na realização de movimentos minúsculos das pequenas articulações durante a expiração relaxada, ao mesmo tempo que se concentram nas mudanças corporais percebidas desencadeadas pelos movimentos; Relaxamento Autógeno que pode ser útil para reduzir a tensão muscular e controlar a respiração dos pacientes. Os exercícios autógenos devem ser práticos numa sala silenciosa com iluminação reduzida e envolve a repetição mental de frases verbais breves. Esta técnica requer um treino diário durante várias semanas; Técnica de Alongamento Muscular de Öst na qual os pacientes mantêm um registo detalhado das manifestações de ansiedade, especialmente, das sensações físicas para que mais tarde se tornem conscientes das mesmas. De realçar que é necessário o recurso a um Psicólogo para a realização desta técnica e Relaxamento Profundo ou Respiração Diafragmática que consiste numa forma relaxada de respirar, fazendo uso do diafragma para reduzir a tensão no tórax e fornecer um maior aporte de oxigénio para o corpo. Os passos para esta técnica consistem em: manter uma posição sentada e reta, com a cabeça na vertical e com uma mão no peito e outra no abdómen, seguida de uma expiração profunda até atingir uma sensação de vazio. Depois, inala-se até sentir os pulmões cheios de ar e expira-se. A expiração deverá ser mais prolongada que a inspiração. O Biofeedback ou feedback psicofisiológico aplicado é uma técnica mente/corpo, onde se utilizam instrumentos para medir, amplificar e transmitir informações fisiológicas ao paciente que está a ser monitorizado. Esta informação ajuda o paciente a obter uma autorregulação do processo fisiológico e utilizar essa informação para praticar e alcançar a sua autorregulação. Para implementar esta técnica seriam necessários instrumentos especiais e um Médico Dentista especializado (Appukuttan, 2016). Segundo a mesma autora, outra forma de tratamento para a Ansiedade Dentária é a imaginação guiada, definida como se de sonhar acordado se tratasse. Os pacientes são convidados a procurar mentalmente imagens de experiências agradáveis e tranquilas, que guiam conscientemente a sua atenção para atingir um estado de relaxamento. A hipnoterapia também é uma técnica usar para induzir um estado relaxado. Os termos usados pelos hipnotizadores na interação com os pacientes são apelidados de “sugestões” e estas divergem de todas as instruções do quotidiano

dos sujeitos. Estas “sugestões” têm sucesso, quando os sujeitos envolvidos realizam o tratamento sem esforço ou de forma voluntária. A acupuntura é também mencionada como uma técnica efetiva no tratamento de problemas dentárias como a ansiedade. É uma modalidade de tratamento simples, barata que requer um treino especial antes de ser incorporada na prática. Outra forma de minimizar a ansiedade do paciente será a técnica da distração através da qual se diverge a atenção do paciente daquilo que pode ser a causa da sua ansiedade; as formas de distração podem ir desde a música de fundo até aos óculos tridimensionais. Uma das técnicas referidas é a Técnica Dizer-Mostrar-Fazer que permite que o paciente se sinta mais seguro e confortável devido à informação que lhe é transmitida antes de iniciar o tratamento propriamente dito. O Reforço positivo mostra ser uma técnica efetiva de recompensa por comportamentos desejados, o que enaltece a importância dos mesmos. O Reforço positivo inclui expressões verbais e não verbais e demonstrações de afeto. Sempre que um comportamento é adequado, o Médico deve reforçar esse comportamento. A estratégia de Terapia Cognitiva tem como objetivo alterar e reestruturar o conteúdo das cognições negativas e melhorar o controlo sobre os pensamentos negativos. O foco do paciente é desviado das suas preocupações usando diferentes técnicas cognitivas como o encorajamento, a distração, o foco da atenção. Mais uma técnica descrita no mesmo artigo é a administração de anestésico local controlada por computador. Consiste na injeção de anestésico local com recurso a uma peça de plástico; o fluxo de anestésico é controlado pelo computador e a injeção é mais lenta, o que reduz a distensão dos tecidos e leva a uma injeção mais confortável e com menos dor no pós-operatório. A anestesia dentária eletrónica é uma anestesia produzida através de elétrodos que converte um fluxo de corrente iónica em anestesia, oferecendo um controlo da dor sem agulhas; os elétrodos podem ser colocados intra ou extra oralmente. O princípio desta técnica assenta na estimulação elétrica transcutânea dos nervos. Em casos mais extremos proceder-se-á ao uso de fármacos. O controlo farmacológico da dor e da ansiedade pode ser atingido através do uso de sedação ou anestesia geral e deve ser utilizado apenas nas situações em que o paciente não responde nem coopera com a intervenção psicoterapêutica, ou em pacientes com deficiências. A sedação consciente consiste na administração da sedação de forma a que se mantenha o contato verbal durante o tratamento, através da inalação de um agente farmacológico, por via oral, sublingual, intravenosa, inalação, intranasal, intramuscular ou por via retal. Os fármacos mais utilizados são o óxido nítrico, as benzodiazepinas “Midazolam e Diazepam” e uma combinação das benzodiazepinas com opiáceos como o Fentanil ou Demerol.

III. DISCUSSÃO

Com esta revisão constatou-se que os estudos e a formação relativos a esta área da Medicina Dentária são parcos e muito vagos, quer a nível nacional quer a nível internacional, sendo necessária uma abordagem mais ampla e estruturada no que concerne a esta temática.

O Medo e a Ansiedade Dentária são uma realidade presente e transversal a vários níveis. Pôde-se verificar que a definição do Medo e da Ansiedade Dentária é consensual entre a literatura revista; contudo, no que toca aos níveis da Ansiedade Dentária (ligeira, moderada, severa) e à prevalência da mesma verifica-se que não há uma uniformidade. Quer os níveis quer a prevalência variam muito de acordo com o contexto social e demográfico das populações em estudo, sendo que o sexo feminino, a idade, o grau de escolaridade, a cultura e o estrato socioeconómico são os fatores que mais evidenciam as discrepâncias nos estudos revistos. Posto isto, a Ansiedade Dentária poderá ser responsável pela evitação ou baixa frequência às consultas de Medicina Dentária, levando a uma saúde oral mais debilitada, fazendo uso do autocuidado, de medicamentos tradicionais ou paralelos e ainda dos serviços de emergência. A longo prazo existe a necessidade de tratamentos cada vez mais invasivos que, por sua vez, podem aumentar o nível de Ansiedade Dentária ou até mesmo levar ao comprometimento funcional dos indivíduos afetados (mastigação, fonação, autoestima).

Observou-se que a aprendizagem vicária é fundamental para o desenvolvimento do Medo e Ansiedade Dentária, seja através da observação do comportamento de pais e pares, experiências prévias traumáticas nas consultas de Medicina Dentária ou mesmo através dos media. Contudo, o papel dos media é controverso nos artigos confrontados. Há artigos que sugerem que os media podem ter um impacto negativo na prevenção do Medo e da Ansiedade Dentária, nomeadamente em indivíduos com um grau de escolaridade mais elevado que, reconhecendo as causas das doenças infecciosas relacionam as mesmas com os procedimentos praticados no consultório dentário (medo de contrair doenças infecciosas através dos instrumentos usados ou até mesmo através da carga microbiana das linhas de água) no entanto, outros estudos revelam que os media também podem ser fortes aliados no decréscimo do impacto do Medo e Ansiedade Dentária.

Notou-se que é de extrema importância rastrear pacientes que tenham ou possam vir a desenvolver Ansiedade Dentária e o nível da mesma, numa consulta agendada previamente ao tratamento dentário propriamente dito, de forma a poupar tempo e esforço e gastos financeiros extras quebrando assim o ciclo vicioso da Ansiedade Dentária. Saliente-se que num estudo de Carlsson, et al., 2013, uma interação entre Médicos Dentistas e Psicólogos seria benéfica para

diminuição ou erradicação do Medo e Ansiedade Dentária, através do uso de técnicas psicológicas, as quais mostraram uma maior eficácia do que as técnicas farmacológicas (Appukuttan, 2016). Outro fator de extrema importância será a comunicação paciente – Médico Dentista, onde as *chairside manners* são fundamentais para o desenvolvimento de uma empatia entre Médico Dentista e paciente.

As técnicas farmacológicas incluem o uso da anestesia geral ou o uso de sedação consciente com recurso à administração de agentes farmacológicos como o óxido nitroso, as benzodiazepinas ou uma combinação das benzodiazepinas com opiáceos. Contudo, serão necessários estudos para verificar qual o fármaco com a maior eficácia no combate ao Medo e à Ansiedade Dentária.

Verificou-se que as visitas irregulares ao Médico Dentista não estavam associadas ao Medo e à Ansiedade Dentária, pois os pacientes justificaram a falta de comparência regular nas consultas devido à dificuldade de acesso aos serviços dentários, quer pela distância, quer por motivos financeiros (Gaffar, Alagl e Al-Ansari, 2014). Tal como se implementou na Região Autónoma dos Açores, a presença de um Médico Dentista nos Centros de Saúde locais de acesso gratuito a menores de 18 anos, grávidas e beneficiários de Rendimento Social de Inserção, o mesmo se poderia implementar a nível nacional, podendo assim, baixar o nível de prevalência de Ansiedade Dentária entre estes grupos alvo, pois um estado deteriorado de Saúde Oral leva a comportamentos de vergonha e de evitação.

Fundamental é também implementar nas Universidades de Medicina Dentária de todo o país uma cadeira direcionada para esta temática, para que no futuro seja mais fácil para os Médicos Dentistas e suas equipas rastrear e racionalizar este problema, diminuindo assim os impactos do Medo e da Ansiedade Dentária na Saúde Pública.

Note-se que no confronto dos artigos não foi possível esclarecer a efetividade das técnicas utilizadas para a gestão do Medo e da Ansiedade Dentária, visto que são técnicas ainda pouco exploradas e utilizadas. Serão necessários mais estudos acerca das mesmas.

Outro aspeto relevante é a necessidade de serem efetuados estudos mais aprofundados sobre este tema, visto que a Ansiedade Dentária é e vai continuar a ser, apesar dos avanços tecnológicos do controlo da dor e dos procedimentos dentários, um problema de Saúde Pública que condiciona a vida dos pacientes e a atividade diária dos Médicos Dentistas.

IV. CONCLUSÃO

Embora a prevalência do Medo e da Ansiedade Dentária não apresentem um valor uniforme transversal a todos os estudos, verificou-se que a prevalência é maior no sexo feminino, diminui com o aumento da idade, sendo que é maior entre os mais jovens, mantém-se estável entre os 35 e os 60 anos de idade e diminui a partir dos 60 anos de idade. É maior nos indivíduos com menor nível de instrução, entre os indivíduos com um estrato socioeconómico mais baixo e nos indivíduos com uma saúde geral débil.

Apesar dos avanços tecnológicos nos países em desenvolvimento, ainda é necessário a realização de estudos para aprofundar e analisar as causas e os fatores determinantes para o Medo e a Ansiedade Dentária.

Apesar de todas as técnicas desenvolvidas para o combate a esta problemática, as *chairside manners* mostram ser um fator preponderante para a diminuição do Medo e da Ansiedade Dentária. Sendo que se estas forem cumpridas de acordo com a necessidade do paciente, não será necessário recorrer a outras técnicas, quer psicológicas, comportamentais ou farmacológicas. Outra medida importante antes do recurso a essas técnicas seria a marcação de uma consulta prévia aos atos dentários propriamente ditos e uma aliança entre Médicos Dentistas e Psicólogos.

O Medo e a Ansiedade Dentária podem ter impactos adversos na qualidade de vida de um indivíduo e da comunidade como um todo, sendo por isso inegável a identificação e alívio destes obstáculos para melhorar a Saúde Oral, bem estar geral do indivíduo e da sociedade.

Referências Bibliográficas

Appukutan, D. (2016). Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 8, pp. 35-50.

Armfield, J. *et al.* (2014). Dental anxiety screening practices and self-reported training needs among Australian dentists. *Australian Dental Journal*, 59, pp. 464-472.

Beaton, L., Freeman, R. e Humphris, G. (2013). Why are people afraid of the dentist? Observations and explanations. *Medical Principles and Practice*, 23, pp. 295-301.

Carlsson, SG. *et al.* (2013). Dental anxiety – a joint interest for dentists and psychologists. *European Journal of Oral Sciences*, 121, pp. 221-224.

Egbor, E. e Akpata, O. (2014). An evaluation of the sociodemographic determinants of dental anxiety in patients scheduled for intra-alveolar extraction. *Lybian Journal of Medicine*, 9(25433).

Gaffar, O., Alaghl, S. e Al-Ansari, A. (2014). The prevalence, causes and relativity of dental anxiety in adult patients to irregular dental visits. *Saudi Medical Journal*, 35(6), pp. 598-603.

Jaakkola, S. *et al.* (2009). Dental Fear: One Single Clinical Question for Measurement. *The Open Dentistry Journal*, 3, pp.161-166.

Kumar, S. *et al.* (2009). Does dental anxiety influence oral health-related quality of life? Observations from a cross-sectional study among adults in Udaipur district, India. *Journal of Oral Science*, 51(2), pp. 245-254.

Lopes, P. (2005). Contribuição para o estudo da Ansiedade Dentária: validação de uma versão portuguesa do dental anxiety inventory em estudantes do ensino superior. [Em Linha]. Disponível em <https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Lopes16/publication/259656940_Contribuicao_para_o_estudo_da_ansiedade_dentaria_Validacao_de_uma_versao_portuguesa_do_Dental_Anxiety_Inventory_em_estudantes_do_ensino_superior/links/0a85e52ed112e6e890000000/Contribuicao-para-o-estudo-da-ansiedade-dentaria-Validacao-de-uma-versao-portuguesa-do-Dental-Anxiety-Inventory-em-estudantes-do-ensino-superior.pdf> [Consultado em 02/05/2017].

Lovas, G. e Lovas, A. (2007). Rapid relaxation – practical management of preoperative anxiety. *Journal of the Canadian Dental Association*, 73(5), pp. 437-440.

Malvania, E. e Ajithkrishnan, C. (2011). Prevalence and socio-demographic correlates of dental anxiety among a group of adult patients attending a dental institution in Vadodara city, Gujarat, India. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.ijdr.in/article.asp?issn=0970-9290;year=2011;volume=22;issue=1;spage=179;epage=180;aulast=Malvania>> [Consultado em 08/03/2017].

Svensson, L., Hakeberg, M. e Boman, U. (2016). Dental anxiety, concomitant factors and change in prevalence over 50 years, *Community Dental Health*, 33, pp. 121-126.

Syed, S. *et al.* (2013). Dental anxiety among adult patients and its correlation with self-assessed dental status and treatment needs. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 63(5), pp. 614-618.