

A INFLUÊNCIA ORGÂNICA E PSICOLÓGICA DA DOR EM PACIENTES DA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Castro, Aline M.¹; Machado, Claudia C.V.²; Rios, Rosana R.³; Soares, Lílian F. L.⁴; Martin, Mara W. L.⁵

¹ Universidade do Vale do Paraíba, Curso de Odontologia, amc.aline@uol.com.br

² Universidade do Vale do Paraíba, Curso de Odontologia, odontoclaui@bol.com.br

³ Universidade do Vale do Paraíba, Curso de Odontologia, rosanariossjc@ig.com.br

⁴ Universidade do Vale do Paraíba, Curso de Odontologia, lílian_fls10@hotmail.com

⁵ Universidade do Vale do Paraíba, Curso de Odontologia, wmartin@univap.br

Resumo - Grande parte dos indivíduos que procuram atendimento odontológico acreditam que serão submetidos a algum tipo de dor. O próprio consultório é uma fonte geradora de estresse e ansiedade. Vários fatores podem desencadear a percepção dolorosa no indivíduo, dentre eles: estresse, ansiedade, medo, ambiente, experiências anteriores. Cabe ao cirurgião dentista reconhecer esses fatores, para dar maior conforto e segurança ao paciente e assim, garantir um tratamento mais efetivo.

Palavras-chave: dor, estímulos, cirurgião dentista, psicologia, emoção

Área do Conhecimento: IV – Ciências da Saúde

Introdução

Grande parte dos indivíduos que buscam atendimento odontológico acredita que serão submetidos a algum tipo de desconforto durante o tratamento, incluindo expectativas de sensação de dor – ainda no consultório e por algumas horas depois – e medo de estímulos variados (anestésias, instrumentos e equipamentos) e efeitos imediatos dos procedimentos odontológicos – inchaço prolongado da boca ou das bochechas, sangramento, entre outros.

Interessante destacar que o comportamento de adiar a ida ao dentista por motivo de medo ou receio de dor, além de prejudicial à saúde, estabelece uma situação de reforçamento negativo da própria crença, tornando-a mais difícil de ser eliminada.

Deixar de ir ao dentista pode proporcionar uma evolução do estado de gravidade de um problema bucal simples, que com o passar do tempo passa a exigir um tratamento mais especializado, eventuais procedimentos invasivos (e, conseqüentemente, maior probabilidade de sentir desconfortos físicos), além de maiores custos financeiros para sua execução. Um problema dentário simples pode, se não tratado a tempo, levar destruição e perda de dentes, traumatismos e até neoplasias.

Portanto, objetivo desse trabalho é analisar os diferentes estímulos que podem desencadear a percepção dolorosa pelo paciente conhecendo a influência dos aspectos psicológicos, para se ter um efetivo tratamento do combate à dor no consultório odontológico.

Revisão Literária

A dor é uma experiência sensorial e individual que acomete seres humanos independentemente de sexo, idade, etnia, credo ou condição social, que resulta numa sensação de desconforto ou sofrimento.

Para MORAES (1991), o aumento da sensibilidade dolorosa pode ser resultado de altos níveis de angústia psicológica, uma vez que fatores psicológicos têm demonstrado alterar a sensibilidade da dor.

KINNEY et al.(1992), classificam a dor em dois níveis: Nível I, representa os fatores fisiológicos responsáveis pelo impulso nociceptivo, sem influência dos fatores psicológicos. A dor aguda está geralmente associada a fatores deste nível. Nível II que representa os fatores psicológicos que podem produzir ou influenciar a experiência da dor.

FILHO e cols (1998) afirmam que [...] *As bases anatômicas do fenômeno doloroso são as terminações nervosas que levam o estímulo por via aferente sensitiva às diversas estruturas da medula e do encéfalo, através das quais a dor se integra e se manifesta.*

De acordo com OKESON (1995), uma vez que os impulsos nociceptivos atingem os centros superiores, o paciente faz julgamento sobre a experiência dolorosa de acordo com no mínimo quatro fatores ou condições: (1) *nível de estímulo no tronco encefálico*, quando os impulsos que entram no sistema nervoso central estão sujeitos a modulação, à medida que ascendem para os centros cerebrais superiores. Essa modulação pode tanto aumentar quanto diminuir o impulso nociceptivo, com concomitante aumento ou diminuição da experiência da dor; (2) *experiências anteriores*, quando o impulso nociceptivo caminha rumo ao tronco encefálico e é, posteriormente,

conduzido aos centros superiores como o córtex cerebral e o sistema límbico. O córtex cerebral é responsável pela memória das experiências passadas do indivíduo, e desse modo, uma experiência altamente dolorosa no passado pode, no presente, evocar uma sensação dolorosa similar, mesmo na ausência de nocicepção. Quando os impulsos atingem o sistema límbico, a dor é influenciada a nível de emoção; (3) *estado emocional*, cuja tensão é definida como uma resposta do indivíduo a mudanças ambientais, onde ocorre a resposta de luta ou fuga diante de um agente agressor. Ataques prolongados podem causar grande impacto sobre o tronco encefálico e os centros superiores. Muitos desses ataques não são físicos, mas representam um desafio emocional constante. Já o estresse, é a resposta do organismo frente a desafios e situações ameaçadoras, ocorrendo um aumento da atividade do sistema nervoso autônomo simpático, das respostas fisiológicas e também das atividades cerebrais. Assim, o estado emocional do indivíduo pode afetar profundamente sua percepção da dor. Se o paciente está calmo e confiante, a experiência é minimizada, se estiver excitado, irritado ou agitado, a experiência da dor é aumentada; (4) *características comportamentais*, quando as pessoas também reagem à dor, de acordo com sua personalidade. Enquanto alguns apresentam atitudes “agressivas” para com a dor, solicitando ao profissional uma atitude rápida e radical, outros não obedecem ao tratamento proposto, que receosos da dor, tem uma atitude de “fuga”.

Segundo DAR et al. (1995), em seu estudo com militares que haviam sofrido ferimentos severos apresentavam, posteriormente, tanto limiares de percepção, como de tolerância à dor significativamente maiores que aqueles que sofreram ferimentos leves. O efeito da severidade do ferimento passado era mais pronunciado no limiar de tolerância à dor.

A ansiedade também pode ser citada como um fator desencadeante, pois quanto mais um indivíduo sente-se ansioso, maior será sua sensibilidade à dor. Portanto, os fatores que contribuem para o aumento da ansiedade, também contribuem para o aumento da percepção da dor, sendo também o inverso verdadeiro.

GALE (1995), em um estudo com 54 mulheres com dor facial crônica, relatou que a ansiedade e o comportamento hostil eram achados comuns. Esses comportamentos, segundo o autor, resultam da dor; quando não estão com dor, eles não são mais ansiosos do que a população em geral. A ansiedade nem sempre é reconhecida, pois ele pode encobrir seu estado emocional temendo uma análise crítica do profissional ou até mesmo da sociedade, ou

porque não aprenderam a exibir livremente seus sentimentos.

Segundo PEREIRA (1997), com o objetivo de verificar a influência do ambiente sobre os limiares de percepção e de tolerância à dor dentária, concluiu que os experimentos realizados em ambiente que simulava a de atendimento odontológico provocava maior sensibilidade dolorosa e menor tolerância à dor nos sujeitos, existindo correlação positiva entre limiar de percepção à dor e limiar de tolerância à dor num ambiente odontológico.

FILHO, FOURNIOL e cols. (1998) afirmam que as vias nervosas individuais, assim como os diferentes graus de desenvolvimento, saúde e aptidão, realizam sua própria variabilidade à transmissão do estímulo. As pessoas reagem à um estímulo de maneira muito parecida, mas diferente. Cada um tem seu próprio sistema sensorial, seus centros receptores que diferem como as impressões digitais.

Segundo BOWLBY (1995), privação materna é a situação na qual uma criança não encontra uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe natural ou mãe substituta. A separação será suavizada se a criança passar a ser cuidada por alguém que ela já conhece e confia, mas pode ser acentuada se a mãe substituta, embora amorosa, for uma estranha. Os efeitos perniciosos da privação variam de acordo com o grau da mesma. A privação parcial traz consigo a angustia, uma exagerada necessidade de amor, forte sentimentos de vingança e, em conseqüência, culpa e depressão, resultando em distúrbios nervosos e numa personalidade instável. A privação tem efeitos maiores sobre o desenvolvimento da personalidade e pode mutilar totalmente a capacidade de estabelecer relações com outras pessoas. Relações insatisfatórias na primeira infância predispõe às crianças a reagirem mais tarde, de forma anti-social diante das tensões.

FERREIRA (1984), afirma que após essa experiência de privação, a criança reluta em entregar novamente seu coração à alguém, para evitar ser novamente ferida. Em conseqüência, perde a capacidade de estabelecer relações afetivas e identificar-se com pessoas amadas, mas seu desejo de amor persiste, embora reprimido, resultando em comportamentos tais como relações sexuais promíscuas, furtos, sentimentos de vingança e atos anti-sociais. Esse apego mãe e filho na infância é refletido por toda a vida, e é imprescindível para estabelecer o interação (vínculo) entre profissional-paciente, que juntamente com um bom preparo técnico do profissional e um ambiente favorável é fundamental para o sucesso do tratamento odontológico.

No cotidiano da clínica odontológica, o profissional está sujeito a algumas situações imprevisíveis com relação à dor.

De acordo com SEGER (2002), não há um perfil de personalidade de dentista. Cada um age em uma determinada circunstância de acordo com sua subjetividade, sendo ele mesmo e usando seus próprios recursos.

Considerações Finais

Portanto, podemos concluir que a dor é o sintoma mais temido e desagradável dentro de um consultório odontológico, sendo necessário, muitas vezes, recursos psicológicos. Um ambiente agradável, com cores claras, sem ruídos de motor e sem instrumentais à vista, é essencial para o aconchego do paciente e diminuição do estresse que o consultório traz.

Assim, ainda é necessário a continuação desse trabalho para a descoberta de outras soluções que diminuam cada vez mais a dor e o estresse causado no consultório odontológico.

Deve-se sempre lembrar do vínculo que é essencial entre profissional-paciente para o sucesso do tratamento, em que se obtém cooperação e sinceridade do paciente, importante para o atendimento odontológico. Considerando o longo tempo que geralmente um tratamento dura.

Não esquecer a subjetividade de cada profissional agindo de maneira diferente, em momentos diferentes e com pacientes diferentes, respeitando, assim, a personalidade de cada um.

Sugestões

Sugere-se quando em atendimento odontopediátrico, a utilização de elementos decorativos neutros que não eliciem reações emocionais automáticas de surpresa, repulsa ou medo. Móveis e outros estímulos com motivos infantis tendem a desviar a tensão da criança para conteúdo que instigam a curiosidade e a distração. Cuidado especial em consultórios que também recebem adolescentes evitando-se uma excessiva infantilização do ambiente.

A música, se disponível na sala de espera deve ser neutra, evitando-se ritmos pesados ou temas musicais que eliciem reações emocionais intensas.

Odores e ruídos do consultório devem, na medida do possível, estarem inacessíveis a sala de espera.

A pontualidade do atendimento é uma das variáveis disposicionais correlacionadas positivamente com a satisfação dos serviços prestados.

O aspecto físico do consultório também deve ser agradável.

Antes da utilização de um procedimento psicológico, é interessante avaliar o perfil comportamental do paciente e nível de compreensão de informações, abordar questões relativas as experiências anteriores de tratamento odontológico, expectativa do paciente, história de interrupção do tratamento e porque.

Apresentar os instrumentais tem o objetivo de reduzir a ansiedade evitando a geração de temores e crenças disfuncionais.

A cada plano do tratamento explicar detalhadamente os procedimentos que serão realizados, desde que apresentados de modo a que possam ser devidamente compreendidas

Quando o C.D. utiliza o motor, um ruído característico, este produz uma sensação de dor. Para alguns indivíduos, é suficiente para desencadear reações de desconforto físico, que podem incluir mal-estar, náuseas e sensação de dor, diminuindo a probabilidade de que o indivíduo procure, voluntariamente um odontólogo. Outros elementos presentes, tais como imagens, objetos e cheiros que também podem produzir temores em pacientes.

Referências

- 1 – DENUCCI, D.J.; DIONNE, R.A.; DUBNER, R. Identifying a neurobiologic basis for drug therapy in TMDs. J. Am. Dent. Assoc., V. 127, P 581-83, 1996
- 2 – DWORKING, S.F.; MASSOTH, D.L.; New understanding of behavioral and psychosocial aspects of chronic orofacial pain. Dentistry today, v. 38 p. 40-5, 1993
- 3 – GATCHEL, R.J.; GAROFALO, J.P.; ELLIS, E.; HOLT, C. Major psychological disorders in acute and chronic TMD: na initial examination. J.M.Dent. Assoc., v. 127, p. 1365-74, 1996
- 4 - KINNEY, R.; GATCHEL, R.J. ELLIS, E.; HOLT, C. Major psychological disorders in chronic TMD patients: implications for successful management. J.Am. Dent. Assoc., v. 123, p. 49-54, 1992.
- 5 – MORAES, A. B. A. – A psicologia da dor *apud* ANTONIAZZI, J. H. Endodontia – bases para a prática clínica 2ª ed., São Paulo: Artes Médicas, p. 289-97, 1991.
- 6 – OKESON, J.P. Dores bucofaciais de Bell 5ª ed. São Paulo: Quintessence editora, 1995.
- 7 – OKESON, J.P. Dor orofacial, guia de avaliação diagnóstico e tratamento São Paulo: Quintessence editora, 1998

- 8 – PEREIRA, L.H.M.C.; RAMOS, D.L.P.; CROSATO, E. Ansiedade e dor em Odontologia – enfoque psicofisiopatológico. REVISTA APCD, v. 49(4), p. 285-90, 1995.
- 9 – REID, K. A rational approach to chronic Facial Pain of muscle origin – Orofacial pain management, v. 2(1) p. 1-5, 1992.
- 10- FILHO, A.F. Pacientes especiais e a odontologia 1ª ed. São Paulo: Santos editora, p. 149-167, 1998