

DIMENSÕES PSICOLÓGICAS DOS PACIENTES ADOLESCENTES NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Danilo Mota de Jesus

Mara Augusta Cardoso Barreto

RESUMO

A adolescência possui características que tornam esta etapa da vida excepcional e merecedora de cuidados diferenciados na família, na escola e nos serviços de saúde. Essa fase apresenta um significado bastante importante na vida de cada indivíduo, requerendo atenção e linguagem especial. O interesse no estudo e no entendimento da adolescência remete ao final do século passado, quando já havia médicos interessados no crescimento e desenvolvimento dos adolescentes e em suas doenças. O presente estudo tem por objetivo discutir sobre algumas dimensões psicológicas dos pacientes adolescentes no atendimento odontológico, e considerar sentimentos ostentados por estes quando são submetidos a procedimentos odontológicos. Sabemos que o medo não é uma reação tida apenas pelas crianças; adultos também sentem medo e os adolescentes não fogem dessa regra. O medo do dentista é um dos tipos de medo que mais acomete a população, sendo considerado por vários autores como um fenômeno universal, e este tipo de medo tem íntima relação com a dor. A percepção da dor depende do medo, ansiedade, atenção concentrada no problema, na falsa interpretação da doença e da origem da dor.

PALAVRAS-CHAVE

Adolescente, atendimento odontológico, comportamento, dor, medo.

ABSTRACT

Adolescence has features that make this life stage exceptional and deserving of special care in family, school and health services. This phase shows an important meaning in the life of each individual requiring attention and special language. The interest in the study and understanding of adolescence sends to the end of the last century, when there were doctors interested in the growth and development of the adolescents and their illnesses. This study aims to discuss some psychological dimensions of adolescent patients for dental care, and consider these feelings when they are worn by undergoing dental procedures. We know that fear is not only a reaction taken by children; adults also feel fear and adolescents do not escape this rule. The fear of the dentist is one of a kind of fear that most affects the population and is considered by many authors as a universal phenomenon and that kind of fear has an intimate relationship with pain. The perception of pain depends on fear, anxiety, attention focused on the problem, the false interpretation of the disease and source of pain.

KEYWORDS

Adolescent, dental care, behavior, pain, fear.

1 INTRODUÇÃO

A dor sempre foi o principal empecilho para o término de um tratamento odontológico satisfatório e este fato fez com que muitas ideias erradas sobre os procedimentos odontológicos fossem disseminadas.

A odontologia evoluiu muito nos últimos tempos e a sensação dolorosa durante o tratamento odontológico é mínima ou até mesmo inexistente em pacientes psicologicamente preparados, mas o medo da dor continua sendo o principal motivo de fuga do tratamento dentário pelos pacientes.

Muitas crianças crescem e chegam à adolescência, e até mesmo à idade adulta, tendo conceitos errados, ou pré-conceitos, sobre os dentistas, assim, quando necessitam de tratamento odontológico, isso se transforma em uma situação geradora de ansiedade e tensão. Diante dos diversos fatores que influenciam esta ideia que as crianças fazem do dentista, é importante destacar a presença marcante da televisão e da internet que em certos momentos mostram o tratamento odontológico como uma situação de castigo, ou até mesmo de tortura, alterando assim o comportamento de crianças que nunca tiveram uma consulta odontológica.

Os adolescentes deixam de ser crianças para, fisicamente, parecerem adultos. O comportamento destes jovens muitas vezes tende a ser bastante infantil. Ocorrem flutuações de temperamento que ocasionam certa dificuldade de relação entre pais e filhos. É um período de atos e pensamentos paradoxais por parte do adolescente. E é nesta confusão que as doenças gengivais e cáries evoluem, promovendo, na fase adulta, as perdas dentárias, podendo dificultar o indivíduo na inclusão social, uma vez que é “caro” tratar os dentes, e o serviço público não dá conta de todos os atendimentos, tanto de atenção individual como coletiva.

Os termos puberdade e adolescência são, muitas vezes, empregados como sinônimos; no entanto, o primeiro deveria ser usado para indicar as alterações biológicas, enquanto o segundo, por ser um termo mais vasto, reportar-se-ia às alterações biopsicossociais.

A psicologia tem se tornado cada vez mais importante na educação, prevenção e tratamento odontológico. A aplicação de métodos psicológicos para o estudo do comportamento e de atitudes relevantes para saúde, doença e cuidados de saúde, em particular, medo de dentista, bem como a dor durante o tratamento odontológico, inclui uma vasta gama de abordagens e técnicas, especialmente o uso de questionários e medidas comportamentais que são confiáveis, válidos e aplicáveis para a população para a qual são destinados.

Medo de dentista é comum, e o problema é potencialmente preocupante. A pequena quantidade de estudos que enfoquem a maneira como os adolescentes se comportam diante de uma visita a um consultório odontológico torna este estudo

necessário e capaz de trazer novas informações que possam auxiliar o profissional da odontologia na execução de sua prática e a entender melhor os sentimentos do paciente quando ele se encontra na cadeira do dentista.

Este estudo tem como propósito discutir sobre algumas dimensões psicológicas dos pacientes adolescentes no atendimento odontológico, e considerar sentimentos ostentados por estes quando são submetidos a procedimentos odontológicos.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ADOLESCÊNCIA

Segundo o dicionário etimológico Larousse (PECHON, 1964 *apud* COLTINHO, 2005), o termo adolescência vem do latim *adulescens* ou *adolescens*, particípio passado do verbo *adolescere*, que significa crescer. Entretanto, nas línguas derivadas do latim, o termo apresentou durante um longo tempo um sentido, sobretudo, depreciativo e satírico, sendo somente por volta de 1850 que a palavra adolescência entrou para os dicionários e adquiriu um sentido mais próximo ao que tem atualmente. Assim, a adolescência é um conceito construído historicamente na Modernidade, que adquire vários desdobramentos até o momento atual.

A Academia Americana de Pediatria, em 1972, ampliou a responsabilidade do médico pediatra, que passou a assumir o paciente desde a sua gestação até a adolescência. No Brasil, a partir da década de 70, observou-se um aumento do interesse dos profissionais pela saúde dos adolescentes e, em 1989, o Ministério da Saúde oficializou o Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente, sob a responsabilidade da coordenação materno-infantil.

A adolescência é uma etapa evolutiva peculiar ao ser humano. Não pode ser considerada meramente uma etapa da transição entre a infância e a idade adulta, pois é nesta fase que culmina todo o processo da maturação biopsicossocial do indivíduo. Não se pode estudar separadamente os aspectos biológicos, psicológicos, sociais ou culturais do adolescente. Eles são indissociáveis, e é o conjunto de

características que dá unidade ao fenômeno da adolescência. Sob a ótica das modificações biológicas corporais da adolescência, podemos dizer que elas envolvem, aproximadamente, todos os órgãos e estruturas do corpo e que não se iniciam na mesma época, nem têm a mesma duração em todos os indivíduos. Essas manifestações são decorrentes da ação hormonal do eixo neuro-hipofisário e constituem a chamada puberdade (BRASIL, 1993).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 1993), existem características comportamentais que representam a "Síndrome da Adolescência Normal" tais como: 1) Busca de si mesmo e da identidade adulta; 2) Tendência grupal; 3) Necessidade de intelectualizar e fantasiar; 4) Crises religiosas, variando do total ateísmo a comportamentos religiosos de extremo fanatismo; 5) Deslocação temporal. 6) Evolução sexual do auto-erotismo até a heterossexualidade 7) Atitude social reivindicatória; 8) Contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta; 9) Separação progressiva dos pais e 10) Constantes flutuações de humor e estado de ânimo.

Souza (1998) *apud* Severo, Colares e Rosenblatt (2004) classificaram didaticamente o período da adolescência em três etapas: precoce: dos 10 aos 14 anos, fase em que todos os esforços estão direcionados à aceitação das modificações físicas, conquista da independência e separação dos pais, libertando-se das raízes da infância; média: dos 15 aos 17 anos, na qual a maioria das características da puberdade já foi manifestada. A preocupação maior seria com o culto à estética, através da cultura física e do vestuário, que geralmente tende a ocorrer de forma estereotipada; e tardia: dos 17 aos 20 anos, quando emergem os valores e os comportamentos adultos e predomina ou cristaliza-se uma identidade estável, buscando-se viabilidade econômica e estabilidade social.

Para Barreto (2002),

Os adolescentes estão passando por muitas transformações, sendo importantes a capacidade criadora e a flexibilidade diante delas. Ressalta-se que as transformações nesta ocasião da vida são inúmeras e não se restringem ao corpo; há, por exemplo, diversos aspectos psicossociais envolvidos. Neste período do desenvolvimento, a inquietação, comum

nesta fase, é referida por muitos como uma “Síndrome da Adolescência Normal” (BARRETO, 2002; p35).

De acordo com Barreto (2002), o profissional da odontologia, que atende adolescente, está apto a relacionar-se com este, abordando assuntos com certo grau de dificuldade, não se restringindo às ações, mas também aos objetos e eventos concretos. Debate sobre conceitos da vida, assim como a respeito de vastas temáticas abstratas muitas vezes bem-vindo, se de acordo com as especificidades dos contornos relacionais de outras extensões de desenvolvimento, por exemplo, a psicosexual.

Ainda seguindo a linha de pensamento de Barreto (2002),

Quem trabalha com este público sabe de muitas características deste momento da vida: confusão, conflito, auto-afirmação, namoros, busca de independência e dependência etc. Nesta etapa, podemos nos defrontar com algumas dificuldades devido à vulnerabilidade desta fase, bem como: suicídio, assassinato e outras formas de violência, uso de drogas e bebida alcoólica, problemas alimentares e psicológicos, riscos nas práticas sexuais, etc. (BARRETO, 2002; p.34).

É certo que o dentista necessita estar atento a esta fase do desenvolvimento, para formar uma boa conexão com os adolescentes e sua família, para que quando houver a necessidade de fazer encaminhamentos possa fazê-los. Também se faz necessário que o dentista tenha desenvoltura e capacidade para lidar com diversas situações que possam dificultar o atendimento, por exemplo, podem existir empecilhos na relação com os jovens por eles se trancarem em um universo próprio ou não admitirem seus erros (BARRETO, 2002).

Com o decorrer do tempo, o interesse pelo estudo da adolescência começou a crescer. Os conhecimentos da Medicina, Psicologia, Sociologia e Psicanálise contribuíram intensamente para a maior compreensão deste tema. Apesar de muito estudado, o adolescente parece continuar sendo pouco compreendido, pois é comumente chamado pelos adultos de “aborrecente”. Os conflitos vividos nessa etapa, decorrentes das alterações biológicas, psíquicas e sociais, apesar de serem de ordem interna, são exteriorizados com frequência através do comportamento (SEVERO, COLARES & ROSENBLATT, 2004).

A adolescência é uma oportunidade de fazer bons investimentos, sendo um período de desenvolvimento nos aspectos físico, emocional, psicológico e espiritual. Para conseguir seu pleno desenvolvimento, o adolescente precisa de espaços onde possa conviver com seus amigos, reforçar sua aprendizagem, gastar sua energia, se divertir e exercitar a criatividade (UNICEF, 2011).

O conceito de adolescência surge na cultura ocidental no contexto da consolidação do individualismo – cujo marco histórico fundamental é a Revolução Francesa – articulado à constituição dos limites entre as esferas pública e privada da vida social. A adolescência ainda hoje é amiúde entendida como um momento de desajuste e rebeldia frente aos valores instituídos, o que, obviamente, está em sintonia com o ideal cultural que ela representa e veicula (COUTINHO, 2005).

Ao longo da vivência histórica da humanidade, os adolescentes estiveram sempre na linha de frente dos conflitos: os soldados nas guerras, os manifestantes das ruas. Hoje, os adolescentes continuam na mesma posição: são as mais numerosas vítimas da desigualdade social, da falta de perspectiva no futuro, do desemprego, da violência e do uso de drogas (CARAMELLI; GIULIANO, 2005).

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990), é considerado adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006), o Brasil possui cerca de 36,8 milhões de indivíduos nessa faixa etária.

No entanto, do ponto de vista odontológico, a adolescência é caracterizada pela falta de atendimento direcionado às suas necessidades específicas, em especial no aspecto comportamental. A odontologia voltada para o adolescente requer algo mais que conhecimentos técnico-científicos, uma vez que se ocupa de um indivíduo, extrapolando intensas modificações biológicas, psicológicas e sociais, o que exige saúde mental e enorme equilíbrio emocional por parte do cirurgião-dentista (SAIANI *et al*, 2008).

Para que haja uma boa interação entre profissional e adolescente, os pais, sempre que possível, devem ser incluídos. Entretanto, o profissional deve ter em

mente que a figura central da consulta é o adolescente. Os pais, apesar de importantes, são figuras coadjuvantes durante o atendimento. Ao abordar o adolescente, o profissional deve portar-se de forma simples e honesta, sem demonstrar autoritarismo ou excesso de profissionalismo. Para estabelecer um relacionamento confortável, deve ter o cuidado de não subjugar e intimidar o paciente, uma vez que sua auto-estima está fragilizada. Alguns autores acreditam que conversar com o adolescente como se fosse um paciente pediátrico ou como um indivíduo adulto pode interferir na comunicação e fazê-lo perder a confiança no profissional (SAIANI *et. al*, 2008).

2.2 DIMENSÕES PSICOLÓGICAS DOS PACIENTES ADOLESCENTES NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Segundo Barreto e Barreto (2003),

Os pensamentos dos pacientes durante o atendimento odontológico são centrais para a compreensão psíquica de suas experiências de sofrimento ou prazer diante do cirurgião-dentista e de seus procedimentos. Considerando o valor das vivências internas dos pacientes odontológicos, não se pode esquecer do mito do dentista sádico, discutido por Seger (1998) e veiculado pela mídia, pois o mesmo imprime suas marcas nos formatos e conteúdos dos pensamentos individuais de diversos clientes (BARRETO; BARRETO, 2003).

A avaliação do desenvolvimento psicossocial do adolescente, de uma maneira preliminar na consulta clínica, deve ser feita qualquer que seja a causa da consulta. As informações colhidas na história clínica, e durante todo o contato da 1ª consulta, poderão ser complementadas nas consultas posteriores e em consultas com os familiares (BRASIL, 1993).

No que concerne à saúde oral, dados do Levantamento Epidemiológico Nacional realizado no Brasil (Saúde Bucal/SB 2003) revelaram um quadro não satisfatório para os adolescentes. Cerca de 14% dos adolescentes brasileiros nunca foram ao dentista. Um estudo mais atual do Ministério da Saúde avaliou adolescentes das cinco regiões do país, entre 2005 e 2006, e revelou que mais de 2,5 milhões de jovens (13% da população) nunca fizeram uma consulta

odontológica. Ainda segundo levantamento do Saúde Bucal Brasil 2003 existem desigualdades regionais marcantes: menos de 6% dos adolescentes da Região Sul relatam nunca ter ido ao dentista, enquanto que esta percentagem chega a quase 22% na Região Nordeste. Um dos principais motivos da ida ao dentista é a experiência de dor dentária a qual foi relatada por mais de 30% dos adolescentes. A ida ao dentista para consulta de rotinas/manutenção foi relatada por cerca de 34% dos adolescentes. A perda dentária precoce é grave e a necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade (BRASIL, 2004).

A odontologia mudou muito, e continua transformando-se. Quem sabe possa se embasar cada vez mais numa abordagem ou filosofia centrada no paciente e em suas necessidades emocionais. Em 2003, Barreto e Barreto investigaram os pensamentos de adolescentes diante da experiência odontológica. Para isso, houve a participação de 100 jovens de 11 a 18 anos de idade de ambos os sexos, alunos de uma escola particular de Aracaju (SE), aos quais foi aplicado um questionário para coleta de dados. Eles concluíram que, dentre outros aspectos, estes pensamentos diante dos procedimentos odontológicos se associam, sobretudo, à dor, referem-se a aspectos positivos e negativos da experiência com o cirurgião-dentista. Por outro lado, os adolescentes utilizam-se de estratégias defensivas (distração) para o alívio do sofrimento.

2.2.1 Medo e ansiedade odontológicos

Alguns estudos que pesquisaram a genealogia da ansiedade e do medo relacionados à situação de tratamento odontológico sugerem que o paciente percebe como aversivos elementos relacionados às condutas dos profissionais e aos procedimentos utilizados durante o tratamento. O cuidado com a saúde oral, considerando-se a atenção integral ao adolescente, constitui um componente importante na melhora da qualidade de vida (VALENTE, 1998). A ansiedade odontológica tem sido considerada a origem de vários problemas no manejo do paciente.

No trabalho realizado por Barreto e Barreto (2003) com adolescentes, 19% dos jovens afirmam "antecipar o que havia por vir". Pode-se perceber o grau de ansiedade dos estudantes em relação ao tratamento odontológico. Se pensarmos que esse adolescente é o mesmo que precisa permanecer com uma boa aparência, incluindo a de seus dentes, e que essa necessidade é também psicológica e social, e não só biológica, reforça-se o fato de que a atenção a essa faixa etária é de importância fundamental para a sociedade (BARRETO;BARRETO, 2003).

Para Ferreira *et. al.* (2004), o medo relacionado ao tratamento odontológico é um fenômeno universal, não apenas restrito a países específicos ou a grupos populacionais. Quando este medo ocorre de uma forma severa, pode comprometer a relação profissional/paciente, influenciando de maneira negativa na satisfação do paciente para com o profissional, assim como no rendimento do trabalho do profissional.

Vários estudos têm demonstrado diferenças nas prevalências da ansiedade odontológica entre os sexos, sendo que as mulheres normalmente são mais ansiosas que os homens, sendo que a ansiedade declina com o passar dos anos. De um modo geral, é aceito que o medo da dor, a partir de uma experiência desconfortável no passado, é o fator principal da causa da ansiedade odontológica e é responsável pela maioria dos casos de pacientes que evitam o tratamento odontológico (FERREIRA *et. al.*, 2004).

O conceito exato de medo define que esta é uma emoção de grande inquietação em consequência da noção de um perigo real ou imaginário, de uma ameaça; susto, pavor, temor ou terror. Atualmente, pode-se nomear esta sensação muito comum entre os pacientes que adentram os consultórios odontológicos para tratar de sua saúde bucal, como a odontofobia. A fobia, então, é um medo irracional percebido pelo próprio sujeito como excessivo e desproporcional, mas que, quando perante da situação temida, não consegue deixar de sentir (SANTOS; CAMPOS; MARTINS, 2007).

Para Budô (2007), a cultura exerce grande influência em todos os aspectos da vida das pessoas, incluindo suas crenças, comportamentos, percepções,

emoções, religião, estrutura familiar, linguagem, alimentação, vestuário, imagem corporal e, entre outras situações, exerce um poderoso efeito na tolerância ou não à dor. Isto pode ser constatado em situações nas quais estímulos, que produzem dor insuportável em uma pessoa, podem ser perfeitamente toleráveis por outra.

Segundo Santos, Campos e Martins (2007), a ansiedade odontológica é frequentemente associada com a tendência de pensamentos negativos e ameaçadores a respeito do tratamento e é correlacionada negativamente com a supressão bem sucedida do pensamento.

Ansiedade e estresse estão comumente relacionados ao tratamento dentário, pois ambos estímulos psicológicos, como a dor, reações emocionais a esse tratamento, são vistos por muitos pacientes como ameaças ao seu bem estar. Os sintomas mais comuns em relação à ansiedade são: sensação de frio na barriga, taquicardia, sudorese, náuseas, tonturas, palpitações, tremores visíveis, tremores das mãos, pontadas no peito, sensação de fraqueza, diarréias, sensação de alfinetadas nos dedos dos pés e das mãos e ao redor da boca, podendo ocorrer também a síndrome da hiperventilação (PEREIRA; QUELUZ, 2000 *apud* SANTOS; CAMPOS E MARTINS, 2007). A propagação da ansiedade pode resultar na caracterização do medo. Ocorre em resposta a alguma ameaça, sendo que a diferença entre o medo e a ansiedade parece ser somente de intensidade. Este tipo de paciente tende a evitar o tratamento dental e, uma vez no consultório, torna-se difícil a administração deste sentimento, ocasionando uma dificuldade a mais para o profissional da odontologia.

Possobon *et. al.* (2007) afirmam que o medo e a ansiedade não são particularidades do tratamento odontológico, ocorrendo também em outros contextos de tratamento médico e de saúde em geral, especialmente quando procedimentos invasivos fazem parte das rotinas terapêuticas. O medo de dentista, no entanto, tem sido caricaturado como um dos mais frequentes e mais intensamente vivenciados.

Como a função principal do cirurgião-dentista é manter uma boa condição de saúde bucal de seu paciente e, para tanto, necessita avaliá-lo em visitas preventivas frequentes, é essencial esse profissional fazer uso de intervenções que ajudem o

paciente a adquirir e manter comportamentos de saúde, bem como a enfrentar a situação odontológica com um mínimo de estresse (POSSOBON *et. al*, 2007). Todavia, para que o cirurgião dentista possa implementar estratégias que minimizem o estresse, frequentemente gerado pelo tratamento e pelo ambiente do consultório, torna-se necessário que o mesmo aprenda a identificar comportamentos indicadores de ansiedade e seja capaz de estabelecer uma adequada relação com o paciente.

Estudos demonstram a existência de uma relação muito forte entre medo/ansiedade em relação ao tratamento odontológico e fuga à consulta odontológica; além disso, indivíduos altamente temerosos têm pobre saúde oral, quando comparados aos não temerosos. É sabido que temor ao tratamento odontológico gera um problema cíclico. Quando o tratamento preventivo não ocorre, a patologia dentária pode assumir proporções que exigem tratamentos curativos ou emergenciais. Esses tratamentos geralmente são invasivos e, por vezes, desconfortáveis; conseqüentemente, o medo/ansiedade e a fuga ao tratamento odontológico se exacerbam, estabelecendo-se, assim, um ciclo (BOTTAN *et al*. 2008).

Carvalho *et al*. (2011), em seu estudo, perceberam que 40% dos adolescentes sentiam desconforto relacionado ao atendimento odontológico. Quando questionados os adolescentes sobre ficarem ansiosos em determinadas situações, 53,5% disseram que sim; destes, 20% ficavam ansiosos nas salas de aula e outros 53% apresentavam ansiedade na sala de espera do consultório odontológico.

2.2.2 Dor no tratamento odontológico

Para Klatchoian (2002), medo e dor são os fenômenos mais frequentes presentes na intervenção odontológica. No entanto, diferentemente do medo, os aspectos concernentes aos fenômenos dolorosos têm merecido pouca atenção dos psicólogos que tratam do desenvolvimento, como se pode comprovar na literatura nacional e internacional. Desta forma, encontra-se com pouca frequência menções

sobre o desenvolvimento, manifestações e expressão de dor em crianças e adolescentes.

A dor é uma experiência complexa, que não resulta somente de uma associação direta entre estímulos e sensações/percepções, estando, ao contrário, sempre associada a processos de atenção, emoção, memória e estado basal. Em odontologia, é muito comum a antecipação da dor; os pacientes esperam sentir mais dor do que aquela que vão experimentar. A dor, além de ser uma experiência subjetiva única, contém, também, um componente de comunicação, expressa uma mensagem que pede ajuda a uma outra pessoa. Este componente comunicativo da dor, no caso das crianças (e adolescentes), nem sempre é interpretado por adultos, mesmo estes que lidam profissionalmente com aqueles, como dentistas, enfermeiros e médicos (KLATCHOIAN, 2002).

A dor pode ser definida como uma experiência subjetiva que pode estar associada a dano real ou potencial nos tecidos. Independente da aceitação dessa definição, a dor é considerada como uma experiência genuinamente subjetiva e pessoal. A percepção de dor é caracterizada como uma experiência multidimensional, diversificando-se na qualidade e na intensidade sensorial, sendo afetada por variáveis afetivo-motivacionais (SOUZA, 2002).

Um dos sentimentos que tornam o ambiente odontológico gerador de ansiedade é a dor. A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor descrevem a dor como o quinto sinal vital que deve sempre ser registrado ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que também são avaliados os outros sinais vitais, quais sejam: temperatura, pulso, respiração e pressão arterial (POSSOBON *et al*, 2007).

A dor e o próprio medo de senti-la afastam o indivíduo do consultório odontológico, o que possibilita a ausência da prevenção e a instalação das doenças, devido principalmente à falta de promoção da saúde bucal. Os hábitos relacionados à saúde, uma vez estabelecidos na infância, são mantidos por toda vida. A dor desempenha um importante impacto na qualidade de vida dos indivíduos, devido ao sofrimento e às limitações causadas no dia-a-dia. A dor impulsiona o indivíduo ao

tratamento que, por sua vez, tem grande possibilidade de produzir mal-estar (CARVALHO *et al.*, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento insuficiente das alterações biopsicossociais, características da adolescência, aliado às constantes demonstrações de condutas a estas mudanças fazem do adolescente um paciente mal compreendido, podendo isto complicar seu relacionamento com o cirurgião-dentista. O papel do cirurgião-dentista não deve se limitar à execução do tratamento bucal, mas incluir a identificação de dimensões psicológicas e de situações geradoras de ansiedade para o paciente e a investigação de suas possíveis origens.

A odontologia, por ser uma área sujeita a uma grande quantidade de estressores, destacando-se entre eles a dificuldade em lidar com o paciente, pode levar à exaustão profissional. A adolescência é um período que merece atenção e cuidado, principalmente dos pais, educadores e profissionais de saúde, entretanto reconhecer essa fase da vida sob um prisma sombrio e obscuro pode limitar práticas potencializadoras. Reconhecer o aspecto alegre e de bom humor do adolescente minimiza a distância do adulto com essa fase da vida, o que possibilita uma convivência mais sadia e, para o adolescente, uma base segura para a estruturação de sua identidade.

SOBRE OS ATORES

Danilo Mota de Jesus (motadanilo@ymail.com) é formando do curso de odontologia da Universidade Tiradentes (UNIT); Mara Augusta Cardoso Barreto (marabarreto@saolucas-se.com.br) é mestre em odontopediatria pela Universidade de São Paulo e professora da Universidade Tiradentes (UNIT).

REFERÊNCIAS:

BARRETO, R. A. **O Desenvolvimento Humano e suas Interfaces com a Odontopediatria**. In: CORRÊA, M. S. N. P. Sucesso no Atendimento Odontopediátrico: Aspectos Psicológicos. 1. ed. São Paulo: Santos, 2002.

BARRETO, R. A; BARRETO, M. A. C. Os pensamentos dos adolescentes durante o atendimento odontológico. **J Brás Odonto-Psicol Pcientes Espec**. Curitiba, 2003. Jul/Ago: 1(4): 342-5.

BRASIL. Projeto SB Brasil. **Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003**. Ministério da Saúde, Brasil. [periódico na Internet]. 2004. [68 p]. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/04_0347_M.pdf> acessado em 14 Mar 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescente** - Vol. I - Brasília, Ministério da Saúde, 1993.

BOTTAN *et al*. Relação entre consulta odontológica e ansiedade ao tratamento odontológico: estudo com um grupo de adolescentes. **RSBO**. V. 5, n. 3, 2008.

BUDÔ, M. de L. *et al*. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. **Rev Esc Enferm. USP**, 2007; 41(1): 36-43.

CARAMELLI, B. GIULIANO, I. Adolescentes do mundo todo: mexam-se!!!. **Jornal de Pediatria**- Vol. 81, Nº6, 2005.

CARVALHO, R. W. F. de et al . Aspectos psicossociais dos adolescentes de Aracaju (SE) relacionados à percepção de saúde bucal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011.

COUTINHO, L. G. A adolescência na contemporaneidade: ideal cultural ou sintoma social. **Revista de Psicanálise**. Ano XVII n. 181, março/2005. p. 13-19.

FERREIRA, C. M; GURGEL-FILHO, E. D; GURGEL-FILHO G. B; MOURA, E. H; DEUS, G. DE; COUTINHO-FILHO, T. . Ansiedade odontológica: nível, prevalência e comportamento. **RBPS** 2004; 17 (2): 51-55.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA. **Qualidade de vida para todos os adolescentes**. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/qualidadedevida.html> > Acesso em: 05 mar. 2011.

IBGE. **Censo Demográfico 2006 - Resultados do universo**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/agropecuaria/censoagro/2006/default.shtm>> Acesso em: 20 dez. 2010.

KLATCHOIAN, D. A. A dor. In: KLATCHOIAN, D. A. **Psicologia Odontopediátrica**. 2.ed. Sarvier. São Paulo, 2002.

PEREIRA, A. A. **Representação Social de Adolescentes sobre Saúde Bucal**. Araçatuba, SP, 2006. 114f. Tese (Doutorado em Odontologia). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - Faculdade de odontologia de Araçatuba.

POSSOBON, R. F., CARRASCOZA, K. C., MORAES, A. B. A., COSTA JR. A. L. **Psicologia em Estudo**, Maringá, 2007. v. 12, n. 3, p. 609-616, set./dez.

SAIANI, R. A. S; QUEIROZ, A. M; RAFFAINI, M. S. G. G; BAGATIN-ROSSI, C. R. Odontohebiatria: uma nova especialidade na odontologia. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, 2008. jan-abr; 20(1):60-5

SANTOS, P. A. dos; CAMPOS, J. A. D. B; MARTINS, C. S. Avaliação do Sentimento de Ansiedade Frente ao Atendimento Odontológico. **Revista Uniara**, n.20, 2007. p.189-201.

SEGER, L. **Psicologia e Odontologia**: uma abordagem integrada. 3ed. São Paulo: Santos, 1998.

SEVERO, I. F., COLARES, V., ROSENBLATT, A. Abordagem psicológica do adolescente pelos cirurgiões-dentistas da cidade do Recife. **Rev Iberoam Odontopediatr Odontol Bebê**. 2004; 7(38):377-86.

SOUSA, F. A. E. F. Dor: o quinto sinal vital. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2002. maio-junho; 10(3):446-7.

VALENTE, M. S. G. Adolescencia y salud bucal. **Adolesc Latinoam**, 1998; 1:170-4.