

## A ANSIEDADE FRENTE AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO E USO DE SERVIÇOS ENTRE MULHERES BRASILEIRAS

**SCHUCH, Helena Silveira<sup>1</sup>; TORRIANI, Dione Dias; ARDENGHI, Thiago Machado; DEMARCO, Flávio Fernando; GOETTEMS, Marília Leão<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas- [helena.schuch@hotmail.com](mailto:helena.schuch@hotmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – [mariliagoettems@hotmail.com](mailto:mariliagoettems@hotmail.com)

### 1. INTRODUÇÃO

O aspecto da percepção de ansiedade é definido como "uma reação cognitiva, emocional e física para uma situação perigosa ou a antecipação de uma ameaça" (EITNER et al., 2006). A ansiedade sobre o tratamento odontológico e o medo da dor permanecem generalizados, apesar dos avanços tecnológicos na Odontologia, como melhora na anestesia local e técnicas de tratamento (ARMFIELD et al., 2006). Como as diversas consequências do medo ao tratamento odontológico tornaram-se mais bem compreendidas, o estudo do medo e da ansiedade frente ao tratamento dentário tem se tornado cada vez mais relevante (ARMFIELD et al., 2009) e esta questão que tem despertado a atenção de pesquisadores, com diferentes aspectos de interesse.

Os indivíduos que apresentam medo odontológico são muitas vezes relutantes em visitar o dentista até que apresentem considerável desconforto ou dor, de modo que uma fobia pode levar não só à saúde bucal deficiente e uma perda de dentição, mas também a sentimentos de vergonha e inferioridade (KENT et al., 1996). A idéia de um ciclo vicioso de medo odontológico foi testada analiticamente por Armfield e os resultados foram consistentes com a hipótese do ciclo vicioso de medo odontológico, em que as pessoas com medo dental alto são mais propensas a adiar o tratamento, resultando em problemas dentários mais extensos e sintomáticos padrões de visita que reforçam a manutenção ou agravamento do medo dental preexistente (ARMFIELD et al., 2007).

A ansiedade dental além de representar uma barreira para o tratamento dentário, pode ocasionar dificuldades para a equipe odontológica, sendo um tema importante de estudo no campo da Odontologia. Tanto a alta prevalência do medo odontológico e as ramificações em termos de experiência da doença e tratamento tornam importante o estudo do medo odontológico. No Brasil, há informações limitadas sobre a ansiedade dental em nível populacional e suas consequências sobre os hábitos odontológicos relacionados. Este estudo, realizado com uma amostra de mulheres em Pelotas/RS, testou a hipótese de que a ansiedade dental entre as mulheres está associada com seu padrão de atendimento ao dentista, características demográficas e socioeconômicas.

### 2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas sob parecer nº 052/2008 e as mulheres que concordaram em participar da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Um estudo transversal foi conduzido com mulheres presentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Pelotas durante o dia da Campanha Nacional de Vacinação.

A amostra mínima para o estudo foi calculada e estimada em 456 mulheres. A amostra foi selecionada a partir de técnica de estratificação em duplo estágio.

Uma entrevista foi aplicada às mulheres por estudantes de Odontologia (FOP-UFPEL) previamente treinados, incluindo:

- Ansiedade Odontológica: avaliada segundo a versão brasileira (HU et al., 2007) da Escala de Ansiedade Dental de Corah (DAS) (CORAH, 1969). Esta medida tem sido amplamente usada em estudos epidemiológicos. Os respondentes são questionados sobre quatro situações odontológicas relacionadas e são convidados a indicar qual das opções seria sua provável resposta a essa situação. Cada item é pontuado em uma escala de 1 (calmo) a 5 (apavorado). A escala gera uma pontuação de 4 a 20, com altos escores indicando maior ansiedade. Segundo os autores do indicador, a ansiedade dentária pode ser classificada como baixa (pontuação do DAS de 11 ou menos), moderada (pontuação do DAS de 12-14), ou alta (pontuação do DAS de 15 ou mais), sendo pontuações superiores a 15 indicativos dos níveis fóbicos de ansiedade.

- Padrão de atendimento odontológico: o uso de serviços foi classificado como não regular se a entrevistada respondia que ela nunca vai ao dentista ou vai ao dentista quando sente dor ou tem um problema; e regular se era respondido vai ao dentista independente de ela ter um problema ou não ou vai ao dentista regularmente (CAMARGO et al., 2009).

- Renda familiar: coletada em reais e categorizada usando a mediana como ponto de corte.

- Escolaridade: categorizada em até 8 anos de idade e maiores de 8 anos, correspondentes ao Ensino Fundamental.

- Estado civil: as mulheres eram consideradas casadas se viviam com o marido/parceiro, ou solteiras, incluindo mulheres divorciadas e separadas.

- Idade: foi agrupada em 4 faixas: menos de 20; entre 21 e 30 anos; entre 31 e 40 anos; entre 41 e 50 anos.

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa Sata versão 10.0. A presença de ansiedade dental foi considerada uma variável dicotômica ("baixa ansiedade" versus "ansiedade moderada ou alta"). A associação de ansiedade dental com as demais variáveis foi avaliada usando modelos de regressão de Poisson com variância robusta. Esta estratégia permitiu o cálculo do risco relativo (RR) entre os grupos de comparação e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. As associações foram consideradas significativas se apresentavam um valor de  $p \leq 0,05$  após o ajuste.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Um total de 608 mulheres, com idade entre 16 e 50 anos de idade (média de 29,3) foi incluído. A taxa de resposta do estudo foi de 91,2%. O valor do DAS variou do mínimo (4) ao máximo possível (20), com um valor médio de 10,6. 136 mulheres (22,4%) eram altamente ansiosas, 110 (18,1%) apresentavam moderada e 362 (59,5%) baixa ansiedade dental. A prevalência de uso irregular de serviços odontológicos foi de 60,2% (366), considerada quando a mulher reportava nunca visitar o dentista ou visitar apenas quando sentia dor.

O nível de ansiedade dentária encontrada entre esta amostra de mulheres pode ser considerado alto, comparando com a prevalência de ansiedade encontrada em estudos realizados em nível populacional (POHJOLA et al., 2009;

LOCKER et al., 1999). Na Austrália, 16,1% dos indivíduos foram considerados muito ansiosos (ARMFIELD et al., 2006). No Brasil existe apenas um estudo, publicado com uma amostra de estudantes universitários (HU et al., 2007). Nesta amostra, os autores encontraram que os valores médios da DAS foram 9,76 para mulheres e 8,86 para os homens. Vale ressaltar que são esperados níveis de ansiedade dental maiores entre as mulheres (HU et al., 2007; HEFT et al., 2007).

A partir das análises observou-se aumento no padrão de atendimento irregular com um aumento do nível de ansiedade e uma diminuição no padrão de atendimento irregular acompanhando uma diminuição no nível de ansiedade odontológico.

Na análise bruta a presença de ansiedade foi associada com o aumento da idade, de baixa renda, baixa escolaridade e que com o padrão irregular de visita ao dentista. Após ajustes, a presença de algum nível de ansiedade permaneceu associada com baixa escolaridade (RR 1,43, IC 95% 1,11-1,84), baixa renda familiar (RR 1,33, IC 95% 1,06-1,68) e padrão de atendimento odontológico irregular (RR 1,83; 95% CI 1,41-2,37) (Tabela 1).

Tabela 1. Fatores associados com ansiedade odontológica (n=608). Pelotas/RS.

Variável	RR bruto (95% IC)	p	RR ajustado (95% IC)	p
<b>Idade</b>				
16-20	1,00		1,00	
21-30	0,78 (0,59-1,04)	0,09	0,88 (0,67-1,16)	0,361
31-40	0,70 (0,51-0,96)	0,03	0,84 (0,62-1,13)	0,245
41-50	0,85 (0,56-1,27)	0,41	0,90 (0,60-1,67)	0,597
<b>Renda Familiar</b>				
≥1.5 BMW	1,00		1,00	
<1.5 BMW	1,76 (1,44-2,15)	<0,001	1,33 (1,06-1,68)	0,01
<b>Escolaridade</b>				
> 8 anos	1,00		1,00	
≤ 8 anos	1,89 (1,51-2,37)	<0,001	1,43 (1,11-1,84)	0,005
<b>Estado Civil</b>				
Casada	1,00		1,00	
Solteira	1,04 (0,84-1,28)	0,71	0,94 (0,76-1,16)	0,563
<b>Padrão de atendimento</b>				
Regular	1,00		1,00	
Irregular	2,24 (1,75-2,88)	<0,001	1,83 (1,41-2,37)	<0,001

Um estudo conduzido na mesma amostra mostrou que mulheres ansiosas tiveram filhos com maior número de lesões de cárie dentária não tratadas (GOETTEMS et al., 2012), mostrando que a ansiedade dental das mães também pode refletir na família. Considerando que as origens do medo dental são as experiências da infância (LOCKER et al., 1999), que podem levar ao medo ao longo da vida odontológica, e que a experiência de cárie aos 5 anos de idade é um indicador significativo para a ansiedade dental durante a vida (THOMSON et al., 2009), a ansiedade pode influenciar negativamente não só a mulher, mas também a família.

#### 4. CONCLUSÕES

Em conclusão, verificou-se que a ansiedade ao tratamento odontológico é um sentimento afetado por características socioeconômicas individuais e está fortemente associado com o padrão de atendimento odontológico.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. EITNER, S.; WICHMANN, PA.; HOLST, S. Dental Anxiety – an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. **Journal of Oral Rehabilitation**. Alemanha, v. 33, n.8, p.588-593, 2006.
2. ARMFIELD, JM.; SPENCER, AJ.; STEWART, JF. Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? **Australian Dental Journal**. Austrália, v. 51, n.1, p.78-85, 2006.
3. ARMFIELD, JM.; SLADE, GD.; SPENCER, AJ. Are people with dental fear under-represented in oral epidemiological surveys? **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. Austrália, v.44, n.6, p.495-450, 2009.
4. KENT, G.; RUBIN, G.; GETZ, T.; HUMPHRIS, G. Development of a scale to measure the social and psychological effects of severe dental anxiety: social attributes of the Dental Anxiety Scale. **Community Dentistry Oral Epidemiology**. Inglaterra, v. 24, n. 6, p.394-397, 1996.
5. ARMFIELD, JM.; STEWART, JF.; SPENCER, AJ. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. **BMC Oral Health**. Inglaterra, v. 7, n.1, 2007.
6. HU, LW.; GORENSTEIN, C.; FUENTES, D. Portuguese version of Corah's Dental Anxiety Scale: transcultural adaptation and reliability analysis. **Dental Anxiety**. EUA, v. 24, n.7, p.467-471, 2007.
7. CORAH, NL. Development of a dental anxiety scale. **Journal of Dental Research**. Inglaterra, v. 48, n.4, p.596, 1969.
8. CAMARGO, MB.; DUMITH, SC.; BARROS, AJ. Regular use of dental care services by adults: patterns of utilization and types of services. **Cadernos de Saúde Pública**. Brasil, v.25, n.9, p.1894-1906, 2009.
9. POHJOLA, V.; LAHTI, S.; SUOMINEN-TAIPALE, L.; HAUSEN, H. Dental fear and subjective oral impacts among adults in Finland. **European Journal of Oral Sciences**. Espanha. v.117, n.3, p.268-272, 2009.
10. LOCKER, D.; LIDDELL, A.; DEMPSTER, L.; SHAPIRO, D. Age of onset of dental anxiety. **Journal of Dental Research**. Inglaterra, v.78, n.3, p.790-796, 1999.
11. HEFT, MW.; MENG, X.; BRADLEY, MM.; LANG, PJ. Gender differences in reported dental fear and fear of dental pain. **Community Dentistry Oral Epidemiology**. Inglaterra, v.35, n.6, p.421-428, 2007.
12. GOETTEMMS, ML.; ARDENGHI, TM.; DEMARCO, FF.; ROMANO, AR.; TORRIANI, DD. Children's use of dental services: influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. **Community Dentistry Oral Epidemiology**. Inglaterra. 2012.
13. THOMSON, WM.; BROADBENT, JM.; LOCKER, D.; POULTON, R. Trajectories of dental anxiety in a birth cohort. **Community Dentistry Oral Epidemiology**. Inglaterra, v.37, n.3, p.209-219, 2009.