

O RELACIONAMENTO DO PROFISSIONAL COM O PACIENTE

Veridiana Salles
Ronaldo de Moraes Telles
Daniel Telles

A maioria das pessoas tende a ficar preocupada com o seu futuro como portadoras de PTs. Muitas podem ter conhecimento de outras que possuem próteses mal adaptadas e de aparência artificial. Algumas destas pessoas podem sentir que, com a extração de seus últimos dentes, serão privadas de sua vida social e isto pode criar uma situação estressante, não só para o paciente como também para os seus familiares.

O cirurgião-dentista (CD) deve buscar minimizar as preocupações dos pacientes, esclarecendo-os que seus temores estão superestimados e que eles podem realmente ser beneficiados com o uso de próteses.

Com a possibilidade de utilização dos implantes na reabilitação, os ganhos são acentuados nos casos de sobredentaduras e podem ser ainda mais significativos quando a reabilitação inclui próteses fixas totalmente implantossuportadas.

POR QUE SE PREOCUPAR COM O “SER EMOCIONAL” EM VOLTA DA BOCA?

As mudanças físicas e psicológicas que ocorrem no decorrer da idade, inevitavelmente, resultam em mudanças na personalidade.

É necessário que se tenha conhecimento do

mecanismo pelo qual se forma a personalidade de uma pessoa, para que muitos fatores relacionados à conduta psicológica de um paciente sejam assim compreendidos, estabelecendo uma relação entre paciente e profissional de acordo com as expectativas de cada um.

Primeiramente, o desenvolvimento da criança baseia-se em estágios que se organizam de acordo com a maturação de determinadas regiões do corpo que são sensíveis a excitações do tipo sexual. Durante o período de desenvolvimento denominado por Freud¹ de fase oral, a região bucal é a principal fonte das excitações e também o local de realização das trocas do bebê com o mundo. Este local permite à criança a incorporação do sustento biológico, e o ato de receber o leite faz com que as primeiras impressões se registrem, dando origem ao psiquismo humano. Todas as experiências de prazer e desprazer estão relacionadas com este órgão fundamental².

Nesta fase, a boca corresponde à região onde os estímulos recebidos proporcionam excitação para a cavidade bucal e para os lábios, como o ato de sucção. A fase oral é muito importante não só pela alimentação, mas por permitir que a criança refaça seu vínculo com a mãe. Este órgão torna-se foco de uma forma de aproximação

dominante – a incorporação – que intervém não só na sucção do seio materno, mas também na absorção, pelos órgãos sensitivos e pela pele, de todos os estímulos que entram no campo acessível à criança³.

Quando os dentes irrompem, a incorporação pela sucção é substituída pela mordida, bem como o prazer de sugar pelo prazer de morder³. Além da conotação de força e capacidade de agressão, os dentes são também sentidos como um instrumento de defesa, pois através destes, o bebê pode causar dano ao mundo exterior⁴. O principal aspecto psicológico da primeira dentição reside na mudança de atitude de “passivo receptor” para “ativo destruidor”. Para os seres humanos, os dentes passam a ser símbolos de força, agressão, atitude ativa, e por isso perdê-los pode significar insegurança e nova onda de ansiedade⁵. Portanto, os dentes auxiliam na ampliação do conceito do “eu”⁶.

Desde a formação do seu “eu”, a criança vê-se confrontada com o ideal de se comparar. Isto lhe é imposto de fora e se constrói a partir dos valores, das críticas e das exigências familiares que, por sua vez, refletem o sistema de valores do campo social. A construção da identidade do sujeito subordina-se aos padrões culturais específicos e ao conjunto de símbolos que ali se expressam. No processo de incorporação, esses padrões sofrem uma espécie de metabolismo que fará com que cada indivíduo seja singular em seu modo de apreensão da realidade, comportamento e autoconceito.

TIPOS HISTÓRICOS DE PACIENTES

EDENTADOS

Em 1937, House⁷ classificou os pacientes sob o ponto de vista psicológico em 4 tipos: (1) histérico; (2) exigente; (3) equilibrado; e (4) indiferente.

O paciente *histérico* queixa-se que não encontra um CD que possa ajudá-lo, mas ele mesmo é desleixado e, não raramente, é o principal responsável pela perda dos seus dentes. Vai brigar eternamente com suas próteses. Este paciente pode também ser chamado de pessimista, porque por melhor que seja a prótese, “não era bem isso que ele queria”. Culpa outras pessoas pela sua situação: pais que não orientaram ou não puderam pagar por tratamentos dentários, dentistas incompetentes e protéticos ruins. Devem

ser feitas para ele próteses dentro dos mais rigorosos padrões técnicos; ele sempre irá se queixar, mas se a prótese estiver corretamente executada, ele falará sem razão. Deve-se ter atenção especial quando solicitar que ele opine sobre a confecção da prótese; em alguns casos, pode-se deliberadamente omitir que existe esta possibilidade. Esse tipo de paciente pode até entender essa situação como uma incompetência do profissional para orientar o tratamento. Cuidado!

O paciente *exigente* é um indivíduo metódico, difícil de contentar e extremamente preocupado com a sua aparência. Costuma entrar em conflito com o CD; ele julga saber mais que os outros. É difícil conseguir de sua parte uma opinião equilibrada em qualquer fase da reabilitação; sempre haverá um senão, em infindáveis ir e vir nas diferentes etapas de confecção. Uma prótese esteticamente bem realizada ajuda em sua satisfação final acalmando o relacionamento dentista/paciente.

O paciente *equilibrado* é sensível, racional e demonstra confiança no CD. É amigo e gosta de colaborar. Quando a ele é informado que pode opinar na estruturação estética da prótese, dá opiniões prestimosas. Usará a prótese com grande proveito, entendendo que pôde fazer alguma coisa em benefício próprio corrigindo ou compensando a perda de seus dentes naturais, pela qual muita vezes se sente responsável ou culpado. A reabilitação deste paciente geralmente traz muita satisfação para o profissional.

O paciente *indiferente* é pouco preocupado com a sua aparência e mesmo com o ato de mastigar. Por sua vontade não usaria as próteses, pois se sente muito bem sem elas, que normalmente ficam no fundo de uma gaveta. Este tipo de paciente é calmo e do seu estado de espírito flui um clima muito tranquilo para qualquer tipo de tratamento, principalmente para a realização de dentaduras. Em decorrência desta tranquilidade, as diferentes etapas da confecção correm bem e o resultado final é geralmente satisfatório. Se ele usará a prótese é outro assunto; na maioria dos casos, só as usam quando estão se relacionando com outras pessoas. Há um perigo com relação ao CD displicente, pois, a partir do momento em que percebe que não será cobrado pelo resultado do seu trabalho, tende a realizá-lo de qualquer maneira. Isto com frequência leva a um resultado desastroso, infelizmente despercebido pelo paciente, mas severamente notado pelos que o circundam.

O PERFIL ATUAL DOS PACIENTES EDENTADOS

Hoje, passados 70 anos, a humanidade passou a viver um senso estético e funcional dentro de novos conceitos que surgiram de beleza, harmonia e praticidade. Técnicas e maquinário de suporte à vida surgiram e abalaram os conceitos de House⁷. Não acabaram com eles, mas as necessidades da vida de relação inibiram a exteriorização do caráter genuíno dos indivíduos de cada grupo psicológico. Pela necessidade de integração com a nova sociedade, o homem passou a se preocupar com a coletividade, não sendo mais aceitável qualquer grau de edentulismo. Todos passaram a buscar a recuperação estética e funcional com o auxílio de próteses, pois em contrário são considerados inválidos orais, tendo dificuldades na vida profissional e pessoal.

Tempos atrás, era comum o idoso comparecer ao consultório acompanhado de um filho, que antes mesmo da anamnese fazia a seguinte solicitação: “– Por favor, coloque uma dentadura no papai. Ninguém agüenta mais. Almoçar ou jantar com ele à mesa é horrível. Faça dentes para ele comer junto a nós”. Com o aumento da longevidade e a lucidez, os idosos agora frequentam os consultórios sozinhos e conduzem a sua reabilitação com consistente avaliação e julgamento de suas necessidades, cabendo ao cirurgião-dentista (CD) a compreensão das informações para concluir com sucesso a reabilitação. Não se permitem mais ficar edentados nem por pequenos períodos, solicitando, mesmo que imediatamente às extrações necessárias, a colocação de próteses reabilitadoras.

A globalização e a rapidez com que se tem conhecimento do comportamento da vida de relação muito contribuíram para dar apoio ao paciente idoso, devolvendo a ele a sua personalidade. O contato com as técnicas de embelezamento, amplamente divulgadas pelos diferentes meios de comunicação, deu a eles um novo sentido de vida, agora ansiosos por beleza relativa e para se sentirem dentro do contexto social, afastando de vez a hipótese do edentulismo e, sobretudo, da segregação. O idoso hoje é consciente da sua situação e do seu lugar na sociedade. Contribuem para isto as campanhas de proteção, as aposentadorias remuneradas, os auxílios e benesses. O idoso sabe que é idoso, mas diferentemente dos

idosos de anos atrás, ele se sente responsável por si e, não raramente, ainda ajuda financeiramente familiares em necessidade.

Durante sua reabilitação, ele participa coerentemente, tentando colaborar com a sua melhoria estética e funcional com opiniões sensatas. Cabe ao cirurgião-dentista ouvi-lo e compreendê-lo, ajudando-o o mais que puder. Quanto maior a ajuda, maior o sucesso e o retorno para a clínica. Não basta ao CD a boa vontade; é absolutamente necessário que o mesmo se apoie em técnicas precisas e conhecimentos científicos plenos para traduzir clinicamente as informações recebidas e alcançar o sucesso esperado.

Em pacientes mais jovens, o enfoque é semelhante. Entretanto, pelo vigor natural da idade, estes tendem a ser mais exigentes, exigindo mais dedicação do profissional para compreender e atender aos seus anseios. Não existem duas formas de realizar as próteses; o relacionamento paciente/profissional é que pode se apresentar com um maior grau de complexidade.

O QUE É IATROSSEDAÇÃO E COMO UTILIZÁ-LA COMO ESTRATÉGIA FACILITADORA DO TRATAMENTO?

No planejamento do tratamento para o paciente edentado, duas categorias de pacientes devem ser consideradas: o paciente satisfeito com a prótese e o insatisfeito.

O paciente satisfeito não procura tratamento com frequência e na maioria das vezes já utiliza prótese há muitos anos, e retorna para o tratamento pela necessidade da substituição da prótese já existente. Para este tipo de paciente, o CD deve discutir as vantagens e desvantagens de diferentes tipos de tratamento, bem como o potencial para falhas ou complicações, pesando o tempo de tratamento, o custo e o potencial para a melhora da função.

O paciente insatisfeito está nesta condição por deficiências em sua prótese atual ou por problemas em sua conduta emocional⁸. Para o paciente portador de próteses mal adaptadas, o senso de perda e a certeza de uma vida de desconforto e descontentamento são fortes indícios para a criação de desesperança.

A iatrossedação é uma técnica utilizada para reduzir ou eliminar a maioria dos “medos odontológicos” presentes em clínica. A definição de iatrossedação é “fazer o paciente ficar calmo por

meio do comportamento do CD". O seu objetivo é criar uma experiência de reaprendizagem, onde os sentimentos aprendidos originalmente serão desaprendidos, e uma nova concepção de sentimentos será gerada como consequência da interação entre o paciente e seu dentista. A entrevista iatrossedativa é composta por quatro partes:

1. Reconhecer e entender o problema;
2. Explorar e identificar o problema;
3. Interpretar e explicar o problema;
4. Oferecer uma solução para o problema.

A partir deste momento, o CD atuará eliminando as condições desfavoráveis da prótese atual, o que consequentemente auxiliará na melhoria do quadro emocional do paciente, amenizando a sua ansiedade frente a uma insatisfação antiga.

Entretanto, o CD deve evitar assumir uma postura de superioridade frente ao paciente, o qual é facilmente intimidável. Os pacientes com frequência se submetem a tratamentos que conflitam com seus desejos, pois eventualmente são muito tímidos para colocar o que pensam frente ao profissional. Essa manipulação da aceitação do tratamento pelo paciente pode produzir um sucesso temporário, mas pode também levar a situações de rejeição difíceis de serem controladas pelo profissional. Deve-se, portanto, levar em consideração alguns determinantes que agem favoravelmente à aceitação positiva do paciente, sendo estes: (1) qualidade da prótese; (2) condição bucal; (3) relacionamento paciente/profissional; (4) atitude do paciente frente a próteses; (5) experiências anteriores; (6) personalidade do paciente; e (7) fatores socioeconômicos⁹.

Por outro lado, as exigências estéticas e funcionais dos pacientes podem estar acima da realidade. Um paciente perturbado, mesmo com uma prótese executada de forma tecnicamente correta, em geral não está satisfeito. O paciente pode responder negativamente, inclusive no aspecto funcional, agindo de forma discordante com os princípios do tratamento e, assim, assumir uma aparência estética não atraente. Se o CD não reconhecer e abordar os aspectos psicológicos do paciente edentado como aborda os aspectos tecnológicos do seu tratamento, o sucesso da reabilitação não será alcançado. Os elementos de uma reabilitação protética – adaptação, função e

estética – têm sido tradicionalmente considerados entidades separadas, quando, de fato, estão totalmente inter-relacionados¹⁰.

O CD deve discernir quando as solicitações e expectativas de melhora estética do paciente são razoáveis e sinérgicas com as técnicas protéticas convencionais. Esse grau de expectativa vai solicitar mais ou menos ênfase no início do tratamento ao verdadeiro potencial de melhora do caso. Se a aparência é a queixa principal do paciente, deve-se ter o cuidado de incluir o paciente em todas as decisões concernentes à estética. Devem-se prever múltiplas consultas para a prova dos dentes em cera e incluí-las no custo do tratamento. Nesses casos, a prótese nunca deve ser terminada até que o paciente tenha concordado plenamente com o padrão estético obtido com as provas em cera⁹.

Quando o paciente vai ao consultório odontológico para a colocação de prótese ou implante dentário, este estará buscando também a reconstrução de sua integridade física perdida. Mais do que uma reposição de dentes, o paciente deseja que o trabalho odontológico permita-lhe refazer sua imagem pessoal e social.

O CD deve estar atento não apenas aos aspectos técnicos do trabalho, mas também aos fatores psicológicos e às questões subjetivas que envolvem a situação. Seu trabalho deve visar a recomposição das estruturas dentária e facial e da aparência estética de pessoas que têm sentimentos, desejos e fantasias inconscientes e que, portanto, nem sempre sabem nomear o que sentem ou o que querem. Estando empenhado em compreender os sentimentos e as expectativas de seu paciente, o CD poderá melhor orientá-lo na situação de extração e substituição dos dentes, evitando dores, desajustes e frustrações desnecessárias.

REFERÊNCIAS

1. Freud S. Obras completas. Madri: Nueva; 1973.
2. Wolf SM. R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. Rev Assoc Paul Cir Dent. 1998 Jul/Ago; 52(4):307-16.
3. Lagache D. A psicanálise. São Paulo: Difusão Européia do livro; 1966.
4. Abraham K. Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e desenvolvimento da libido. Rio de Janeiro: Imago; 1970.
5. Giglio E. O significado psicológico dos dentes. Rev Odont Met. 1983; 4(2):37-40.

6. Aberastury A. Psicanálise da criança. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982.
7. House MM. Full denture technique. In: Conley FJ, Dunn AL, Quesnell AJ, Rogers RM, editors. Classic prosthodontic articles: a collector's item. Vol III. Chicago: American College of Prosthodontists; 1978. p. 2-24.
8. Rich BM, Augenbraun H. Treatment planning for the edentulous patient. J Prosthet Dent. 1991 Dec;66(6):804-6.
9. Berg E. Acceptance of full dentures. Int Dent J. 1993 Jun;43(3 Suppl 1):299-306.
10. Turner CH, Ritchie GM. The problems of maxillary complete dentures opposed by retained mandibular incisor and canine teeth (I). Quintessence Int Dent Dig. 1978 Aug;9(8):29-34.