

# ANÁLISE DO PREPARO EMOCIONAL DE ACADÊMICOS E PROFISSIONAIS DA ODONTOLOGIA FRENTE A PACIENTE COM CÂNCER

*Analysis of the emotional prepare of the students and dentists in relationship patient with cancer*

EDER RICARDO BIAZOLLA<sup>1</sup> WILSON GALHEGO GARCIA<sup>2</sup> IZANILDO BARBOSA<sup>3</sup> NORBERTO PERRI MORAES<sup>4</sup>

*Os autores analisam, frente a uma situação hipotética, o preparo de acadêmicos e profissionais da odontologia quanto à atitude tomada por eles quando se deparam com um diagnóstico de câncer.*

*As respostas foram analisadas e distribuídas em 5 categorias:*

*Foram distribuídos questionários a acadêmicos e profissionais, obtendo-se 154 respostas.*

*1 - Entrevistados que não informariam ao paciente sua doença;*

*2 - Informariam de forma prolixa;*

*3 - Informariam de forma objetiva;*

*4 - Informariam após análise da ansiedade e angústia;*

*5 - Não responderam a pergunta.*

*As conclusões mostraram que os acadêmicos e profissionais entrevistados, na sua grande maioria, não estão preparados para enfrentar a situação hipotética, e as disciplinas relacionadas a humanidades não estão sendo valorizadas no contexto do relacionamento com pacientes.*

**Unitermos:** *Oncologia - psicologia - relacionamento profissional/pacientes - estudantes odontológicos - preparo emocional.*

**Keywords:** *Oncology - professional relationship/patient - emotional prepare - students dentists.*

*1 - Supervisor do Centro de Oncologia Bucal - Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba - Unesp.*

*2 - Professor Adjunto da Disciplina de Antropologia - Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Unesp.*

*3 - Anestesista do Centro de Oncologia Bucal - Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba - Unesp.*

*4 - Professor Adjunto da Disciplina de Estomatologia - Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Unesp.*

## Introdução

**N**os cursos de graduação em odontologia a disciplina da área de humanidades é necessária e fundamental para auxiliar o profissional na sua postura e conduta frente às várias situações e tipos de comportamento dos seus pacientes.

A grande dificuldade que se percebe é fazer com que o profissional aceite seu paciente desde o curso de graduação. Este fato é difícil, pois significa aceitar também sua cor, seu ambiente, seus hábitos, seus princípios religiosos e políticos, sua condição socioeconômica e sua doença. Uma falsa avaliação dos dados totais do paciente provocará um desconhecimento de suas necessidades reais e fatalmente prejudicará o tratamento, colocando sua profissão em uma fase anterior ao biologismo (15).

A humanização da área biológica, onde a doença e paciente são indissociáveis, surgiu na década de 70 através da medicina psicossomática e, atualmente, parece estar ganhando mais estudos e pesquisas. A medicina psicossomática de

**Endereço para correspondência:** Centro de Oncologia Bucal - Unesp - Rua José Bonifácio, 1.193 - Araçatuba - SP - CEP 16015-050 - Telefone (018) 624-5555.

cunho cognitivista está sendo desenvolvida em pesquisas, principalmente nas áreas relacionadas ao estresse e doença (4, 19, 21, 28).

Ao contrário da medicina, é relativamente nova a preocupação sistematizada com o relacionamento profissional/paciente na odontologia. Porém, trabalhos recentes mostram avanços nesta área (5, 8, 9, 12, 13, 16, 18, 22, 30).

Notadamente os pacientes que apresentam maior grau de angústia e ansiedade são portadores de doenças crônicas, e portadores de câncer. Assim, vários trabalhos de pesquisa dentro da medicina psicossomática e psicologia da saúde são voltados para a oncologia (3, 6, 11, 14, 17, 23, 27,29).

O grau de angústia e a ansiedade do paciente que procura assistência sabendo ser portador de uma doença, que pode ser câncer, apresenta emoções distintas daqueles que procuram tratamento estético. Pode-se dividir em três as fases de ansiedade e angústia que o paciente irá passar.

A primeira etapa é relativa ao diagnóstico. O comportamento profissional nesta etapa do diagnóstico é importantíssimo para a aceitação por parte do paciente da proposta terapêutica a ser instituída.

Numa segunda etapa, o paciente já ciente de seu estado de saúde se vê diante de outra situação, o tratamento. Ainda, dependendo do diagnóstico, o paciente ficará mais deprimido, em consequência da possibilidade de morrer.

Na terceira fase, após a remoção da lesão, dependendo da extensão da mutilação, o paciente estará diante de outro fato desconhecido. Nesta etapa, o paciente terá noção exata da extensão de sua limitação imposta pelo tratamento. Os pacientes submetidos a mutilações físicas tendem a ser mais agressivos.

Com a criação do Centro de Oncologia Bucal na Faculdade de Odontologia de Araçatuba (Unesp) cada vez mais o número de acadêmicos e profissionais estão em contato com pacientes portadores de câncer, bem como com o avanço científico das especialidades odontológicas, especialmente a estomatologia. Desse modo, os cirurgiões-dentistas devem estar preparados emocionalmente para assistir estes pacientes que apresentam maior grau de ansiedade, agressividade e mudanças rotineiras da personalidade.

### **Proposição**

O objetivo deste trabalho é analisar, através de uma situação hipotética, como está sendo administrada a relação profissional/paciente quanto ao preparo de cirurgiões-dentistas e acadêmicos frente ao diagnóstico do câncer.

### **Material e método**

Foram realizadas perguntas para acadêmicos, profissio-

nais e alunos de cursos de especialização em odontologia de diversas faculdades do Estado de São Paulo, durante eventos científicos.

A pergunta foi idealizada de modo que permitisse uma avaliação de como estão os profissionais e futuros profissionais da área odontológica, quanto ao contexto da relação profissional/paciente.

A pergunta feita aos entrevistados versou sobre como estes profissionais dariam a seu paciente a notícia de que está com câncer.

A pergunta feita foi a seguinte:

I - Como você comunicaria a um paciente seu que ele está com câncer?

Foram distribuídos 400 questionários desta pergunta, obtendo-se 154 devoluções.

### **Resultados**

A tabulação das 154 respostas revelou que:

I - 68 (44,15%) entrevistados que não informariam ao paciente sua doença;

II - 38 (24,67%) entrevistados que informariam ao paciente, porém não de forma objetiva;

III - 32 (20,78%) entrevistados que informariam ao paciente sobre sua doença, de forma objetiva;

IV - 10 (6,49%) entrevistados que informariam ao paciente, dependendo do comportamento ou ansiedade deles no momento da consulta;

V - 06 (3,91%) entrevistados que não responderam a pergunta.

Ao analisarmos cada resposta, obtivemos vários tipos de conduta, algumas corretas outras não. Dos entrevistados que não relatam ao paciente que ele é portador de câncer, 8 não revelam a ele sua doença de maneira compreensível, 4 não falam e encaminham o paciente para que outro profissional dê a notícia, 6 encobrem o diagnóstico do paciente, disfarçando dele a real situação de sua doença e 2 encobrem o diagnóstico de maneira incorreta.

No material analisado, além dos 6 profissionais que não responderam a pergunta, 14 não pronunciaram a palavra câncer.

### **Discussão**

A especialidade odontológica que recebe pacientes ansiosos e angustiados é a estomatologia. Este fato ocorre quando a pessoa que procura um profissional desta área já o vai sabendo ser portador de uma doença ou lesão, e que frequentemente associa com câncer. A ansiedade e angústia aumentam à medida que o paciente tem parentes ou amigos próximos que faleceram recentemente com câncer, ou pelo câncer.

Nos casos em que o paciente é portador de neoplasia ma-

ligna, a conduta para expor no momento certo o diagnóstico não está no conhecimento fisiopatológico do profissional.

Neste trabalho, o resultado obtido mostra que 44,15% (68) dos profissionais entrevistados não relatam a seus pacientes que sua doença seja câncer. Este resultado é semelhante ao obtido por *Sontag*, (1984) (26).

Se considerarmos que os profissionais estão envolvidos na cultura do povo, fica evidente o quanto as palavras “câncer” ou “portador de câncer” também podem promover um estigma. Em conseqüência, profissionais da saúde que deveriam, teoricamente, assistir integralmente o paciente, depararam-se com um quadro de negação da doença.

A omissão ou o disfarce do resultado do diagnóstico pelo profissional pode levar o paciente a pensar que seu estado de saúde é grave e que lhe resta pouca esperança de vida. Por outro lado, o paciente também pode pensar que o profissional não sabe identificar sua doença, ou seja, o profissional é incapaz de saber qual é sua enfermidade e como tratá-la. Ainda, a não informação ao paciente sobre sua doença de uma maneira clara geralmente contribui para o aumento do grau de ansiedade e angústia, levando-o a um quadro depressivo.

Entrevistados 24,67% (38) dos profissionais, que informam a seus pacientes que são portadores de câncer, não o fazem de forma objetiva, de maneira que o paciente entenda que sua doença seja câncer. Com este ato o profissional tenta, inconscientemente, tirar a responsabilidade de si e transferi-la à ignorância científica do paciente. Um exemplo, uma senhora portadora de melanoma maligno falava aos profissionais que a atenderam: “ainda bem que eu não tenho câncer, eu tenho é melanoma”. Neste caso o profissional disse à paciente que ela é portadora de um tipo de câncer, porém como não foi dita a palavra “câncer” a pessoa desconhece sua doença. Portanto, não deve ser aceito este tipo de informação como sendo o que esclarece o diagnóstico ao paciente.

Uma contribuição negativa e que leva um paciente a desistir do tratamento, principalmente o oncológico, se dá em razão do próprio profissional. Não só a população leiga tem tabu quanto ao câncer, mas alguns profissionais da área da saúde também. Evidente nesta pesquisa, onde 79,22% dos entrevistados não revelariam a seus pacientes sua doença, e alguns inclusive não referem a palavra câncer. Estes profissionais desconhecem a oncologia profundamente, apresentando um ponto de vista que coincide com a crença do povo, de que o tratamento oncológico às vezes é pior que o próprio câncer. Desse modo, o paciente reforça seu pensamento quanto ao câncer e não aceita tratamento. Muitos pacientes chegam a dizer “antes ficar do jeito que estou, pois se eu tratar morrerei antes”. Portanto, a crença popular é ampliada na proporção direta da ignorância profissional.

A análise feita deste material evidencia que a maioria dos

entrevistados não está preparada para receber ou trabalhar informações passadas pelos docentes desta disciplina por cursos sobre estes temas.

Um pensamento superficial e imediatista é crer que a responsabilidade de passar o conhecimento da relação profissional/paciente é de inteira competência dos docentes das disciplinas de humanidades, inseridas nos currículos de odontologia. Porém, análise mais correta parece ser aquela que fornecerá uma visão de conjunto no atendimento ao paciente.

Desse modo o docente de outras áreas, que orientará na intervenção junto ao paciente, também é tão responsável no relacionamento profissional/paciente quanto o docente da área de humanas.

*Nascimento-Schulze* (1993) (21) atribuem ao corpo médico o não esclarecimento do diagnóstico e prognóstico e a não informação ao paciente sobre o desenvolvimento e significado da doença.

Os 3,91% (06) dos entrevistados que não responderam a pergunta, devolvendo o papel sem qualquer anotação, provavelmente não estavam preparados para enfrentar tal situação, negando o problema. Este quadro de negação do problema pode ser relacionado como um bloqueio psicológico, onde o profissional quer acreditar que nunca estará diante de uma situação semelhante.

Os 6,49% (10) dos entrevistados revelam o diagnóstico a seus pacientes dependendo do comportamento durante os exames. Esta resposta é indicativa de uma análise mais profunda que um profissional faz sobre o comportamento psíquico de seu paciente. Neste caso, o profissional deve ter conhecimento, no mínimo superficial, de comportamento e reações que um paciente pode apresentar quando está sob forte carga emocional. Além disso, o profissional deve ter equilíbrio emocional para suportar a hostilidade do paciente e de seus familiares. Isto se dá porque na maioria das vezes o paciente e seus familiares transferem para o profissional a culpa pela fatalidade da pessoa ter desenvolvido um câncer. No caso deste trabalho, as perguntas foram entregues após curta explicação do tema, transparecendo que a grande maioria dos profissionais entrevistados não estavam preparados para enfrentar tal situação. Desse modo, esta parece ser uma resposta puramente teórica, que deveria ser aplicada para esta situação, porém não transpareceu que os entrevistados as colocariam em prática.

Apenas 20,78% (32) dos entrevistados informariam a seus pacientes que são portadores de câncer. Levando-se em consideração os resultados desta pesquisa, que apontam para a grande dificuldade que os entrevistados têm em analisar emocionalmente seus pacientes, somente a mínima parte destes profissionais é que realmente dariam a notícia.

Porém, caso os 20,78% digam a seus pacientes que são

portadores de câncer, restam 79,22% dos entrevistados que não revelam a seus pacientes que estão doentes. Esta afirmativa pode ser vista sob dois aspectos. Um sobre o conhecimento científico, ou seja, qual a modalidade terapêutica oncológica que deve ser utilizada e qual o prognóstico neste caso específico. O outro versa sobre a cultura do povo, onde o profissional cresceu junto à população e suas crenças. Desse modo, evidencia-se o armazenamento no subconsciente das pessoas do estigma da palavra câncer, inclusive prevalecendo sobre a razão científica dos especialistas.

Um aspecto que não pode ser deixado de lado diz respeito aos adolescentes que optam por seguir a área de saúde humana. Eles são levados a pensar somente na doença e na reabilitação física do enfermo. Grande parcela de docentes de universidades brasileiras relegam a um segundo plano o relacionamento profissional/paciente, sedimentando em seus alunos a falsa imagem de que doença e pessoa são entidades distintas entre si e podem ser tratadas dissociadamente como pensavam antes de optarem pela profissão. Em suma, há a tendência de tratar o paciente como objeto e não como sujeito da ação.

Com este raciocínio, quando ocorre a conscientização de que pessoa e doença são indissociáveis, um grande passo para entender melhor o paciente está sendo dado. Neste ponto se pode analisar melhor a ansiedade, angústia, pretensões, ambições e projetos de vida dos pacientes e ajustar a terapêutica de acordo com as necessidades de cada paciente.

Achado semelhante foi observado por *Garcia* (1992) (7), mostrando o forte preconceito de acadêmicos de odontologia quanto a pacientes excepcionais, e por *Nascimento-Schulze* (1991) (20) mostrando que familiares de cancerosos preferem que o diagnóstico seja omitido do paciente.

Análise mais profunda das respostas obtidas revela que acadêmicos e profissionais não estão preparados para enfrentar a situação proposta. Tampouco estão preparados para trabalhar com pessoas portadoras de alterações patogênicas ou comportamentais, que requerem conhecimento e preparo psicológico diferenciados para intervirem.

A análise leva à reflexão da relação vivida entre docente e aluno. Esta relação deve ser bem equacionada, tendo em vista que os entrevistados estão entrando no campo de trabalho sem estar preparados emocionalmente para atuarem junto a pacientes portadores de doença crônico-degenerativa.

Seguindo este raciocínio, a hipótese para esta situação também deve ser atribuída ao fato de docentes do curso de graduação estarem relegando a segundo plano o relacionamento docente/paciente/aluno.

Traçando-se um paralelo entre o acadêmico e a criança, torna-se mais fácil a compreensão. Na primeira infância, a criança tende a imitar atos de pessoas que ela gosta, na família ou na comunidade em que vive. O acadêmico, que está

formando sua personalidade profissional, geralmente busca nos seus docentes os padrões de conduta que seguirá. Mas qual docente o acadêmico busca como modelo? Diante das mais variadas vertentes, abordagens, problemas e oportunidades que surgem no decorrer do curso, associados a sua inexperiência profissional e imaturidade. Esta imaturidade é vivida diariamente pelos docentes, tendo em vista a idade e o despreparo com que o jovem está adentrando nos cursos universitários.

Esse despreparo que o acadêmico traz consigo é decorrente de um curso de segundo grau fraco, onde a grande maioria frequentou cursos preparatórios para vestibular. Longe do objetivo do ensinamento, os cursos preparatórios investem no imediatismo, ou seja, macetes para responder questões e garantir o maior número das vagas oferecidas pelas universidades. Isto acarreta no acadêmico a falta de cultura, instrução e não propicia uma evolução psicológica (25). O acadêmico é levado a não saber compor seus pensamentos, dificultando a expressão de seus sentimentos.

Associado a este despreparo, tem-se que os adolescentes que optam por seguir a área de saúde humana pensam somente na doença e na reabilitação física do enfermo. Colaborando com uma parcela de docentes de universidades brasileiras que relegam a um segundo plano o relacionamento profissional/paciente, estas instituições sedimentam em seus alunos a falsa imagem de que doença e pessoa são entidades distintas entre si, podendo ser tratadas dissociadamente. Deve-se ter cuidado em não se confundir tratar bem um paciente com entender sua angústia e ansiedade frente a doença.

*Ramos Jr.* (1992) (25), atribui ao docente não só a obrigação de informar a parte científico-tecnológica, mas também maior importância no exemplo transmitido aos acadêmicos. Refere que a austeridade e a responsabilidade transmitidas afetam o estudante e o levam a desenvolver a profissão com postura e ética, expressão máxima da relação profissional/família.

Nesta linha de pensamento, verifica-se que *Porto* (1990) (24) refere ser a relação docente/paciente/aluno a principal fonte no desenvolvimento das características dos futuros profissionais, devendo ser merecedora da maior importância dentro dos cursos de graduação.

A conduta docente é importantíssima para o acadêmico atingir um controle emocional necessário para o desenvolvimento da profissão.

Outra forma de minimizar o impacto emocional e não se chegar a um quadro de frustração profissional pode ser a reunião de vários profissionais, onde se troque as experiências vividas no dia-a-dia. Esta experiência foi iniciada em 1966 por *Michel Balint* (1,2), formando um grupo de clínicos gerais, que estudou a relação que os profissionais mantinham com seus pacientes.



Balint e Norel (1986) (1) concluíram que os profissionais que participavam destes grupos adquiriam mais controle emocional e conseguiam extravasar seus sentimentos, diminuindo o grau de frustração e tendo um desenvolvimento melhor no entendimento comportamental do paciente.

Um fator importantíssimo e associado ao contexto é a diminuição do poder aquisitivo da população brasileira, o descalço e a falta de uma política governamental para a saúde, que também está causando um aumento significativo do afluxo do paciente às universidades. Alguns docentes usam este argumento para justificar as deficiências pedagógicas. Porém, espera-se de um docente o equilíbrio emocional e a humildade para estabelecer seu limite, pois acima de sua capacidade de atendimento confunde-se ensino com prestação de servi-

ços, e conseqüentemente o ensino da relação profissional/paciente/família estará sendo aniquilado.

### Conclusões

Através da análise e reflexão das respostas obtidas, pode-se concluir que:

1 - Os acadêmicos e a maioria dos profissionais entrevistados não estão preparados emocionalmente para enfrentar um paciente com câncer;

2 - As disciplinas relacionadas à área de humanas não estão sendo valorizadas pelas áreas biológicas, especificamente as que atuam junto a pacientes.

Agradecimento ao CNPq - Processo 520721/93.

### Summary

*The present study was designed to estimate the degree of knowledge, facing the hypothetic situation of odontology's students and dentists about cancer's patients: What to do?*

*The answers were studied and ordered in 5 groups.*

*Questionary were delivered students and dentists for 154 replies.*

*1 - Interviews - don't give information about disease to the patient.*

*2 - Would give some diffuse information.*

*3 - Would give correct information.*

*4 - Information after analysis of anxiety and distress.*

*5 - No answer the questions.*

*In conclusion, they have been showed that the students and dentists aren't prepared to face the hypothetic situation and the disciplines about human being, they aren't valued in the context of relationship with the patients.*

### Referências bibliográficas

- 1 - BALINT, E.; NORELL, J. S. - *Seis minutos para o paciente*. São Paulo, Manole, 1986.
- 2 - BALINT, M. - *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1984.
- 3 - BLUM, R. H.; BLUM, D. S. - *Psychosocial care of the cancer patient: guidelines for the physician*. J Psychosocial Oncol., 6:119-35, 1988.
- 4 - CLARK, L. F. - *Approaching street and coping research from a social cognition perspective: a two-way street*. Social Cognition., 7:79-91, 1989.
- 5 - DREHER, B. B. - *Meeting emotional needs of the client and his family*. In: Leobell, E. (ed). XVI<sup>th</sup> International Congress of Logopedics and Phoniatrics. Basel, 1976. Proceedings.
- 6 - FOBAIR, P.; CORDOBA, C. S. - *Scope and magnitude of the cancer problem in psychosocial research*. In: Psychosocial aspects of cancer. Nova York, Raven Press, 1992, p. 9-31.
- 7 - GARCIA, W. G. - *O impacto do lexema excepcional sobre odontólogos calouros de 1991 da Faculdade de Odontologia de Araçatuba*. p. 34. Araçatuba, 1992. (Tese livre-docência Unesp, Araçatuba, 1992).
- 8 - GILBERT, G. H. - *Dental care administration*. J Am Dent Assoc., 118: 545-8, 1939.
- 9 - GRANTHAM, E. V.; BLOCK, M. J. - *Effect of extramural experiences on dental student's attitudes*. J Dent Educ., 47: 681-4, 1983.
- 10 - GREIMAS, A. J.; COURTÉS, J. - *Dicionário de semiótica*. São Paulo, Cultrix, 1989.
- 11 - HANKS, G. W. - *The management of pain in advanced cancer*. In: Wilkes, E. - Terminal care. Londres, Siebert, 1985, p. 16-26.
- 12 - KINNE, R. D.; STIEFEL, D. J. - *Assessment of student attitude and confidence in a program of dental education in care of the disabled*. J Dent Educ., 43:271-5, 1979.
- 13 - LEVINE, N. - *The hospital: a valuable adjunct to dental education*. J Hosp Dent Pract., 14: 27-8, 1980.
- 14 - LEVY, S. M.; WISE, B. D. - *Psychosocial risk factors, natural immunity, and cancer progression: implications for interventions*. Current Psychol Res Rev, 6:229-43, 1987.
- 15 - LIEBAN, R. W. - *Medical anthropology*. In: Honigman, J. J. - Handbook of social and cultural anthropology. Chicago, Rand McNally College, 1973.
- 16 - MARTIN, M. D.; NUSBACHER, C. J. - *The agoraphobic dental patient: report of case*. J Am Dent Assoc., 109:53-6, 1984.
- 17 - MARTIN, L. R. - *Overview of the psychosocial aspects of cancer*. In: Cohen, J. et al. - Psychosocial aspects of cancer. Nova York, Raven Press, 1982, p. 1-9.
- 18 - MERRILL, L. - *Communicative strategies of women in dentistry*. N Y J Dent., 54:207-9, 1984.
- 19 - MOSCOVICI, S. - *On social representation*. In: Forgas, J. - Perspectives social cognition, on everyday understanding. Londres, Academic Press, 1981.
- 20 - NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. - *The social representations of death: a study cancer patients, family members and healthy individuals*. In: Brown, L. B. - Religion, personality and mental health. New York, Springer Verlag, 1991. (in press)
- 21 - NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. - *As representações sociais de pacientes portadores de câncer*. In: Spink, J. M. - O conhecimento no cotidiano. São Paulo, Brasiliense, 1993.
- 22 - PHILLIPS, D. E. - *Home dental care programs (letter)*. J Can Dent Assoc., 56:837, 1990.
- 23 - PAIVA, L. E.; PINOTTI, H. W. - *Câncer: algumas considerações sobre a doença, o doente e o adoecer psicológico*. Acta Oncol Bras., 8:125-32, 1988.
- 24 - PORTO, C. C. - *Semiologia médica*. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1990.
- 25 - RAMOS Jr., J. - *Os erros e as incongruências do ensino médio no Brasil*. Acta Oncol Bras., 12:35-45, 1992.
- 26 - SONTAG, S. - *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro, Graal, 1984.
- 27 - STOLL, B. A. - *Coping with cancer stress*. Chicago, Martins Nijhoff, 1986.
- 28 - TAYLOR, S. E.; SCHNEIDER, S. K. - *Coping and the simulation of events*. Social cognition, 7:174-94, 1989.
- 29 - TWYDCROSS, R. G.; LACK, S. - *Symptom control in far advanced cancer: pain relief*. Londres, Pitman, 1990.
- 30 - YANOFF, J. M.; ANGER, R. - *Confronting dilemmas in dentistry. Strategies for success*. J Am Coll Dent., 47:76-87, 1980.