

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

CAROLINE SCHIRMER

**DOR E CONSUMO DE ANALGÉSICO APÓS RASPAGEM E ALISAMENTO
RADICULAR SUBGENGIVAL E SUA RELAÇÃO COM ANSIEDADE
ODONTOLÓGICA PRÉ-OPERATÓRIA**

Porto Alegre

2011

CAROLINE SCHIRMER

**DOR E CONSUMO DE ANALGÉSICO APÓS RASPAGEM E ALISAMENTO
RADICULAR SUBGENGIVAL E SUA RELAÇÃO COM ANSIEDADE
ODONTOLÓGICA PRÉ-OPERATÓRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Patrícia Weidlich

Porto Alegre
2011

CIP- Catalogação na Publicação

Schirmer, Caroline

Dor e consumo de analgésico após raspagem e alisamento radicular subgingival e sua relação com ansiedade odontológica pré-operatória / Caroline Schirmer. – 2011.

38 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

Orientadora: Patrícia Weidlich

1. Debridamento periodontal. 2. Medição da dor. 3. Ansiedade. I. Weidlich, Patrícia. II. Título.

Elaborada por Ida Rossi - CRB-10/771

A Deus, por tudo que me proporciona na vida.

À minha mãe e meu pai, os quais amo muito, pelo exemplo de vida e família.

À minha irmã, por tudo que me ajudou até hoje.

Ao meu namorado Diego, pelo carinho, compreensão e companheirismo.

E à minha “filha” Dorothy pela alegria e diversão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, pela vida, por estar sempre no meu caminho, iluminando e guiando às escolhas certas.

Aos meus pais, Romualdo e Anelise Schirmer. Agradeço o apoio nos momentos difíceis, a força, confiança, amor, e pela ajuda a persistir nos meus objetivos e alcançá-los.

À minha irmã Isabella, agradeço pela companhia, carinho e pelos momentos de descontração vividos a cada dia, que me ajudou a superar os entraves da vida.

À minha avó Eneida, pelo carinho, incentivo e acreditar no meu potencial em todos os momentos.

Ao Diego, por sempre estar ao meu lado, pelo carinho e companheirismo. Você completa minha vida.

À Maria Arminda que tem sido a minha segunda mãe. Bem como a todos Fraga's, por serem tão maravilhosos em minha vida.

À Profa. Patrícia, agradeço por ter acreditado no meu potencial, disponibilizado as inúmeras horas durante a minha graduação e por ter me orientado não só visando o crescimento intelectual, mas com grande contribuição no meu crescimento pessoal.

À Ingrid, que me ajudou na pesquisa quando eu mais precisei e participou da realização deste trabalho.

Ao José Mariano, Martha, Tiago, que foram exemplos a ser seguido na pós-graduação.

Aos colegas do grupo de Periodontia, pelos inúmeros seminários e pelos ótimos momentos de descontração a cada findar de ano.

Aos meus colegas de graduação, em especial a Nessa, Ana Rita, Marina, Ju, Manu e Lu, pelo convívio, amizade, compreensão, incentivo constante e apoio sempre que precisei.

Aos pacientes que acreditaram na nossa proposta e aceitaram participar da mesma. Enfim, a todos que contribuíram para o sucesso deste trabalho.

Muito obrigada.

RESUMO

SCHIRMER, Caroline. **Dor e consumo de analgésico após raspagem e alisamento radicular subgingival e sua relação com ansiedade odontológica pré-operatória**. 2011. 38f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

Objetivo: Avaliar dor, ansiedade odontológica e uso de medicação analgésica em pacientes portadores de periodontite submetidos a tratamento periodontal não-cirúrgico. Materiais e Métodos: Trinta e um pacientes portadores de periodontite e com indicação de raspagem e alisamento radicular subgingival (RASUB) foram tratados por alunos do curso de graduação e de pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Previamente ao início do procedimento, os pacientes responderam à Escala de Ansiedade Dental de Corah (EADC). Ao término da RASUB, os pacientes eram orientados a preencher a Ficha de Controle de Dor Pós-operatório, composta por três instrumentos para medir dor - Escala Analógica Visual (EAV), Escala Numérica e Escala Verbal - e por espaço para reportar o uso e tipo de medicação. O paciente recebia prescrição e comprimidos de paracetamol em esquema de demanda no pós-operatório. As avaliações foram realizadas na 2^a, 6^a, 12^a, 24^a e 48^a horas após a RASUB. Resultados: Setenta por cento dos pacientes relataram dor em algum momento do pós-operatório, sendo que os pacientes classificados com alta ansiedade odontológica tiveram escores de dor significativamente mais altos que os pacientes com baixa ansiedade odontológica nos diferentes momentos de pós-operatório ($p < 0,05$). As maiores médias para a EAV e para a Escala Numérica ocorreram seis horas após o procedimento. Quanto ao uso de medicamento, 55% dos pacientes fizeram o uso de analgésico no pós-operatório e houve diferença no uso de analgésico em relação à ansiedade odontológica 24 horas após a RASUB. Conclusão: Dor de intensidade leve a moderada é um achado comum em pacientes que recebem tratamento periodontal não cirúrgico. Os pacientes com maior ansiedade odontológica apresentaram maiores escores de dor nos diferentes períodos após o tratamento e tendem a utilizarem mais medicamentos no pós-operatório.

Palavras-chave: desbridamento periodontal, medição da dor, ansiedade.

ABSTRACT

SCHIRMER, Caroline. **Pain and analgesic consumption after subgingival scaling and root planing and its relationship to dental anxiety preoperative.** 2011. 38f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

The purpose of this study was to evaluate pain, dental anxiety and use of analgesics in patients with periodontitis who underwent to non-surgical periodontal treatment. Methods: Thirty-one patients with periodontitis and with indication of subgingival scaling and root planing (SSRP) were treated by undergraduate and graduate students from School of Dentistry at UFRGS. Before beginning the procedure, patients answered to Corah's Dental Anxiety Scale (DAS). At the end of SSRP, patients were instructed to fill out the registration form for the post-operative pain, consisting of three instruments to measure pain - Visual Analog Scale (VAS), Numerical Scale and Verbal Scale - and questions about medication type and usage. The patients received prescription and paracetamol for optional use in the postoperative period. Evaluations were made on the 2nd, 6th, 12th, 24th and 48th hours after SSRP. Results: Seventy percent of patients reported pain at some point after SSRP, and patients classified as high for dental anxiety reported significantly higher pain scores than patients with low dental anxiety at different post operative periods ($p < 0.05$). The highest averages for VAS and the Numerical Scale occurred six hours after the procedure. Regarding the use of medication, 55% of the patients used analgesics in the postoperative period and there was difference in analgesic use in relation to dental anxiety 24 hours after SSRP. Conclusion: Pain mild to moderate is a common finding in patients receiving non-surgical periodontal treatment. Patients with higher dental anxiety had higher pain scores at different periods after treatment and tend to use more medications postoperatively.

Keywords: periodontal debridement, pain measurement, anxiety.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
RASUB	Raspagem e alisamento subgengival
EAV	Escala Analógica Visual
EADC	Escala de Ansiedade Dental de Corah
PS	Profundidade de sondagem
HD	Hipersensibilidade dentinária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	ARTIGO CIENTÍFICO: DOR E CONSUMO DE ANALGÉSICO APÓS RASPAGEM E ALISAMENTO RADICULAR SUBGENGIVAL E SUA RELAÇÃO COM A ANSIEDADE ODONTOLÓGICA PRÉ-OPERATÓRIA	11
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
	APÊNDICE A – FICHA DE CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	31
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	32
	APÊNDICE C – FICHA DADOS CLÍNICOS	33
	ANEXO A – ESCALA DE ANSIEDADE DENTAL DE CORAH	34
	ANEXO B – FICHA DE CONTROLE DE DOR PÓS-OPERATÓRIA	35
	ANEXO C – PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA	38
	ANEXO D – CARTA DE APROVAÇÃO DO CÔMITE DE ÉTICA	39

1 INTRODUÇÃO

A periodontite é uma doença infecto-inflamatória crônica e progressiva que afeta a gengiva, ligamento periodontal e osso ao redor dos dentes. Todas as formas de doenças periodontais são causadas por placa bacteriana – acúmulo de bactérias nas superfícies dos dentes, que em contato com os tecidos periodontais incitam uma resposta inflamatória na gengiva – associada a resposta do hospedeiro.

A terapia periodontal consiste no tratamento destinado a estabelecer uma relação favorável em relação a infecção e promover a manutenção de um periodonto saudável, resolvendo o problema inflamatório e prevenindo o processo destrutivo. Essa terapia consiste na instrumentação manual sob anestesia local onde são removidos cálculo e biofilme subgengival, com o uso de curetas e limas periodontais afiadas, desenvolvidas especificamente para esse fim.

Os procedimentos de raspagem e alisamento radicular subgengival podem causar sensações dolorosas ao paciente, torna-se necessário a oferta deste tipo de procedimento com o mínimo de desconforto para aumentar a sua adesão ao tratamento periodontal. Percebe-se que os pacientes referem diferentes experiências de dor após o procedimento de raspagem e alisamento radicular subgengival e que, os cirurgiões-dentistas prescrevem desde analgésicos não opióides e antiinflamatórios e até indicam que não há necessidade de cuidados com a analgesia após o tratamento.

A dor está relacionada com a existência de dois componentes, a sensação dolorosa (nocicepção) e a reatividade emocional a dor. Esta última corresponde a interpretação afetiva dessa sensação, de caráter individual e influenciada por estados ou traços psicológicos, dentre elas a ansiedade.

A necessidade de quantificarmos a dor experienciada pelo paciente é importante, também, para determinar a prescrição analgésica no pós-operatório.

2 ARTIGO CIENTÍFICO

DOR E CONSUMO DE ANALGÉSICO APÓS RASPAGEM E ALISAMENTO RADICULAR SUBGENGIVAL E SUA RELAÇÃO COM ANSIEDADE ODONTOÓGICA PRÉ-OPERATÓRIA

Caroline Schirmer

Patricia Weidlich

Resumo

Objetivo: Avaliar dor, ansiedade odontológica e uso de medicação analgésica em pacientes portadores de periodontite submetidos a tratamento periodontal não-cirúrgico.

Materiais e Métodos: Trinta e um pacientes portadores de periodontite e com indicação de raspagem e alisamento radicular subgengival (RASUB) foram tratados por alunos do curso de graduação e de pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Previamente ao início do procedimento, os pacientes responderam à Escala de Ansiedade Dental de Corah (EADC). Ao término da RASUB, os pacientes eram orientados a preencher a Ficha de Controle de Dor Pós-operatório, composta por três instrumentos para medir dor - Escala Analógica Visual (EAV), Escala Numérica e Escala Verbal - e por espaço para reportar o uso e tipo de medicação. O paciente recebia prescrição e comprimidos de paracetamol em esquema de demanda no pós-operatório. As avaliações foram realizadas na 2^a, 6^a, 12^a, 24^a e 48^a horas após a RASUB.

Resultados: Setenta por cento dos pacientes relataram dor em algum momento do pós-operatório, sendo que os pacientes classificados com alta ansiedade odontológica tiveram escores de dor significativamente mais altos que os pacientes com baixa ansiedade odontológica nos diferentes momentos de pós-operatório ($p < 0,05$). As maiores médias para a EAV e para a Escala Numérica ocorreram seis horas após o procedimento. Quanto ao uso de medicamento, 55% dos pacientes fizeram o uso de analgésico no pós-operatório e houve diferença no uso de analgésico em relação à ansiedade odontológica 24 horas após a RASUB.

Conclusão: Dor de intensidade leve a moderada é um achado comum em pacientes que recebem tratamento periodontal não cirúrgico. Os pacientes com maior ansiedade odontológica apresentaram maiores escores de dor nos diferentes períodos após o tratamento e tendem a utilizarem mais medicamentos no pós-operatório.

INTRODUÇÃO

Doença periodontal

A periodontite é uma doença infecciosa crônica e progressiva que afeta a gengiva, ligamento periodontal e osso ao redor dos dentes¹. É caracterizada pela inflamação dos tecidos de sustentação frente à presença de biofilme subgengival, o que resulta em perda de inserção periodontal^{1, 2, 3}.

De acordo com a Academia Americana de Periodontia⁴, a periodontite crônica afeta a maioria dos adultos no mundo. No Brasil, os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que o percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de 68% para a idade de 12 anos, 51% para a faixa de 15 a 19 anos, 17% para os adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos⁵. Uma meta-análise mostrou que a média de dente perdido aproximadamente em pacientes não tratados para a periodontite é de 0.28 dente/paciente/ano, enquanto a média de dente perdido em pacientes tratados é de 0.08 dente/paciente/ano – uma diferença de x3.5, sugerindo que o tratamento periodontal é um fator positivo proporcionando benefícios ao paciente⁶.

A terapia periodontal não-cirúrgica é o procedimento de escolha para tratar pacientes com periodontite⁷. Este tratamento consiste na instrumentação manual sob anestesia local onde são removidos cálculo e biofilme subgengival, com o uso de curetas e limas periodontais afiadas, desenvolvidas especificamente para esse fim^{2, 8, 9}.

Os procedimentos de raspagem e alisamento radicular subgengival podem causar sensações dolorosas ao paciente¹⁰. Assim, a capacidade de oferecer este tipo de procedimento com o mínimo de desconforto aumenta a sua adesão ao tratamento periodontal¹¹. Percebe-se que os pacientes referem diferentes experiências de dor após o procedimento de raspagem e alisamento radicular subgengival e que, os cirurgiões-dentistas prescrevem desde analgésicos não opióides e antiinflamatórios e até indicam que não há necessidade de cuidados com a analgesia após o tratamento^{7, 12}.

Dor

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos desse tipo de dano segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor¹³. Então se pressupõe a existência de dois componentes, a sensação dolorosa (nocicepção) e a reatividade emocional a dor. A nocicepção é a atividade do sistema nervoso aferente, induzida por estímulos nocivos, que podem ser exógenos (mecânico, químico) e endógenos (inflamação, exposição da dentina). Sua recepção se dá pelos nociceptores, em seguida os estímulos são conduzidos através de vias nervosas periféricas sensitivas até o sistema nervoso central, onde no tálamo e no córtex se faz a integração da sensação dolorosa. O cérebro modula a dor através de vias eferentes inibitórias, de modo que a sensação resulta desses dois processos antagônicos.

A reatividade emocional à dor corresponde a interpretação afetiva dessa sensação, de caráter individual e influenciada por estados ou traços psicológicos, experiências prévias e condições culturais, sociais e ambientais. Esses fatores podem filtrar, modular ou distorcer a sensação dolorosa¹³. Dentre eles, cabe destacar no tratamento da doença periodontal, a experiência prévia do paciente, grau de inflamação dos tecidos e profundidade da bolsa periodontal. Esses dois últimos relacionados com o aumento da sensação dolorosa.

A avaliação da experiência dolorosa é fundamental para se compreender a origem e magnitude da dor, para implementação de medidas analgésicas e verificação da eficácia das terapias instituídas. A necessidade de qualificar e quantificar a sensação dolorosa e medir o alívio obtido com as terapias levou ao desenvolvimento de instrumentos de avaliação de dor que facilitam a comunicação com o paciente, permitem comparações individuais e grupais, possibilitam maior compreensão da experiência dolorosa e das repercussões desta na vida do doente, auxiliando no diagnóstico e na escolha terapêutica¹⁴.

Os métodos mais utilizados pelos profissionais da saúde para avaliação da experiência dolorosa são as descrições verbais ou escritas da dor, que permitem o acesso aos componentes motivacional-afetivo; sensório-discriminativo e cognitivo-avaliativo. São exemplos desses métodos: escalas de dor, entrevistas, testes psicológicos, técnicas projetivas e diários de dor que permitem a compreensão da subjetividade do paciente e de diversas outras variáveis não acessadas pelos dois outros métodos¹⁵.

Nas escalas de dor, temos a Escala Analógica Visual (EAV), a Escala de Estimativa Numérica e a Escala de Categoria Verbal. A escala Analógica Visual consiste em uma linha de 10cm, onde numa extremidade é marcada “nenhuma dor” e na outra é indicada “pior dor possível”, ou frases análogas. A magnitude da dor é indicada pelo paciente ao marcar um traço sob a linha prévia, e uma régua é utilizada para mensurar na escala de 0-100mm. A EAV é uma ferramenta comumente usada em pesquisas e práticas clínicas, além disso sua confiabilidade e validade tem sido claramente mostradas em diversos estudos^{16, 17, 18, 19, 20}.

Na Escala de Estimativa Numérica, os pacientes são instruídos a selecionar e um número, de 0 a 10, que melhor representa a intensidade de sua dor, com o zero representando “nenhuma dor” e 10 indicando “a pior dor imaginável”. Essa escala, também é um método de mensuração da dor confiável e validado^{21, 22}.

A Escala de Categoria Verbal consiste numa lista de adjetivos descrevendo diferentes níveis de dor: ausente, fraca, moderada, forte, muito forte²³. Os participantes são questionados sobre qual a melhor palavra que descreve a intensidade de sua dor, e a resposta pode ser quantificada com escores 0, 2, 4, 6, 8 ou 10. Essa é uma escala de fácil aplicação, de análise dos resultados e de confiabilidade para mensuração da dor odontológica²⁴.

Como mostrado anteriormente, a reatividade emocional à dor influencia na sensação dolorosa. Estudos como Sardá²⁵, Sardá, Kupek e Cruz²⁶, Cruz²⁸, e Sardá²⁷ apontam que a presença de sintomas de ansiedade, depressão e somatização podem contribuir para a instalação, manutenção e exacerbação da percepção da dor.

Ansiedade

A ansiedade ao tratamento odontológico é o sentimento despertado por situações relacionadas ao atendimento que causam uma apreensão, um desconforto, criando uma expectativa negativa no paciente. Entre essas situações, as que mais evocam este sentimento são a exodontia e o preparo cavitário²⁹ e a anestesia³⁰. Com relação a fobia dental parece haver três fatores que estariam desencadeando esse processo: novidade, incerteza e expectativa. Experiências novas provocam desconforto, uma vez que há a necessidade de se adaptar à nova situação; o desconhecido não é agradável para o ser humano e, com relação a

expectativa, esta provoca um aumento no nível de ansiedade, fechando, assim, o círculo dos três fatores³¹.

Um possível mecanismo da relação ansiedade-dor seria que a ansiedade aumentaria a atividade simpática e, portanto, aumentaria a produção de epinefrina nos terminais simpáticos, ativando os nociceptores.

Canakçi e Canakçi⁹ avaliaram o nível de dor e hipersensibilidade pós-operatória e desconforto relatado por 56 pacientes, usando a EAV, que foram submetidos a raspagem e alisamento radicular subgengival (RASUB), retalho modificado de Widman, ressecção óssea com retalho e gengivectomia. Os pacientes foram orientados a completar a Escala de Ansiedade Dental de Corah (DAS). A dor pós-operatória foi avaliada 24 horas após o procedimento. Os autores verificaram que pacientes com alto escore da EADC tinham OR de 2.1 (1.2 – 9.9) para dor pós-operatória em comparação com pacientes com baixo escore.

O estudo de Leão e Lamarca³² avaliou a influência do estresse e da ansiedade na resposta do tratamento periodontal não cirúrgico em 66 pacientes. A ansiedade foi avaliada com Inventário de ansiedade traço-estado de Spielberger adaptado por Baggio (1977). Eles dividiram a ansiedade entre traço e estado. A média aritmética da pontuação para traço de ansiedade entre os três grupos teve diferença estatisticamente significativa para o exame inicial e 3 meses depois da terapia periodontal não-cirúrgica. A média do escore do traço para os três grupos (controle; T1 = PS >4mm e <6mm; T2 = PS >6mm) no exame inicial foi de 38.4, 40.5 e 45.3, respectivamente. Após a terapia, foi de 38.3, 41.7 e 47.2, respectivamente. Sugerindo então que há uma influência do traço de ansiedade na resposta da terapia periodontal não-cirúrgica.

A escala DAS, elaborada por Corah³³ e validada no Brasil por Li Wen Hu³⁴, permite aferir o nível de ansiedade do paciente em quatro situações relacionadas com reações subjetivas do paciente diante da consulta odontológica. Com ela podemos classificar o traço de ansiedade do paciente. Segundo achados em Canakçi e Canakçi⁹ e Leão e Lamarca³², torna-se imperativo o uso desta escala em estudos relacionados com dor em Odontologia, visto que a ansiedade influencia a percepção de dor dos indivíduos.

A literatura mostra poucos estudos quantificando os níveis de dor em pacientes que são submetidos a terapia periodontal não-cirúrgica. Tal fato é

relevante na medida em que o nível de dor experienciado pelo paciente é o que vai determinar a prescrição analgésica no pós-operatório.

Ettlin et al³⁵, analisaram a dor em 64 pacientes com periodontite moderada, divididos em grupo que recebeu ibuprofeno-arginina (800mg) antes e após o tratamento e outro grupo que recebeu placebo. A raspagem foi realizada com instrumentação manual e ultrassônica. Anestesia era administrada quando a dor fosse intolerável. A avaliação da dor foi feita com EAV eletrônica e escala numérica. Pacientes gravavam o nível de dor antes do procedimento, durante o procedimento, 15, 30min, 1, 2, 4, 6, 8, 10, 24h. A média de dor máxima durante o tratamento foi de 28 para o grupo placebo e 10 no grupo ibuprofeno-arginina. No pós-operatório, os níveis de dor em toda a amostra permaneceu baixo, mas foram sistematicamente menores no grupo ibuprofeno-arginina, embora não houvesse diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Fardal et al³⁶, analisaram 150 pacientes que precisavam de terapia periodontal incluindo cirurgia para avaliar o desconforto do tratamento. Foi realizado instrução de higiene bucal e raspagem/alisamento com curetas (Gracey e Columbia), com o uso de anestesia. Cirurgia periodontal foi prescrita para pacientes com sítios com sangramento à sondagem persistente ou PS persistente na avaliação de 6 semanas após o término do tratamento. A mensuração da dor foi realizada com a EAV, em mm. A dor para a anestesia ântero-superior foi de 18.70 e para anestesia inferior foi de 9.94. A raspagem periodontal obteve media de 7.03 e o desconforto pós-operatório nas mulheres teve média de 5.10 e nos homens de 6.10.

Philstrom et al⁷ pesquisaram a dor pós-raspagem e alisamento subgengival em 52 pacientes com periodontite moderada. A avaliação da dor foi realizada com a escala Heft-Parker (0mm – 170mm) e cada procedimento foi realizado sob anestesia local. Nos resultados os autores encontraram que 28% do pacientes relataram dor leve a fraca (até 25mm), 18% de fraca a suave (entre 25 e 50mm), 28% de suave a moderada (entre 50 e 85mm), 8 % de moderada a forte (entre 85 e 110mm) e 8% de forte a intensa. O tempo médio para o inicio da dor máxima (>110mm) foi aproximadamente 3h após a RASUB. A média de horas que os pacientes sentiram a dor máxima foi 2.8h após a raspagem. Ao despertar, os níveis de dor retornaram aos níveis pré-RASUB. Novos pacientes apresentaram maior média de dor moderada a intensa quando comparados com pacientes em manutenção (8.4h

contra 5.4h). Mulheres tiveram mais dor moderada a forte que homens (21% contra 13%, respectivamente).

Canakçi e Canakci⁹, avaliaram a dor experienciada por 56 pacientes após vários tipos de procedimento. Um quadrante foi tratado com RASUB e os outros quadrantes com cirurgia - retalho de Widman modificado, retalho com ressecção óssea e gengivectomia, randomizados por quadrante. A raspagem foi realizada com curetas Gracey afiadas e a dor foi avaliada com a EAV ao término de tratamento. Após o paciente ser submetido a outro procedimento e realizava-se novo EAV. A dor pós operatória foi maior no retalho com ressecção óssea (31.4) e gengivectomia (24.9) do que na RASUB (14) e retalho de Widman modificado (16). A ansiedade esteve relacionada com maior dor trans e pós-peratória.

Como temos dados escassos na literatura que avaliam os níveis de dor pós-operatória em pacientes submetidos à raspagem e alisamento radicular subgengival com anestesia local, o presente estudo tem por objetivo avaliar dor, ansiedade pré-operatória e uso de medicação analgésica em pacientes portadores de periodontite submetidos a tratamento periodontal não-cirúrgico.

MATERIAIS E MÉTODOS

Delineamento do estudo

Este foi um estudo longitudinal de caráter observacional, realizado na Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Amostra

O recrutamento dos pacientes foi realizado junto ao último período do Curso de Graduação e de Especialização de Periodontia da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Foram incluídos pacientes com gengivite tratada e que apresentem necessidade de tratamento da periodontite por meio de RASUB. Foram incluídos pacientes que apresentavam áreas com necessidade de ser submetidas à RASUB com pelo menos 2 sítios em 2 dentes distintos com profundidade de sondagem (PS) ≥ 5 mm e presença de exsudato subgengival. Considerando que, comumente, os pacientes com necessidade de tratamento periodontal possuem várias áreas com

necessidades de RASUB, foi selecionada aleatoriamente uma área que contemplasse os critérios de inclusão acima descritos.

Foram excluídos pacientes em uso sistêmico de analgésico, antimicrobiano, antiinflamatórios e/ou relaxante muscular, que apresentavam, quadro de dor crônica ou aguda relacionada ou não à cavidade bucal.

Para verificação dos itens citados acima foi preenchido uma Ficha com Critérios de Elegibilidade (Apêndice A). Pacientes que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo e foram incluídos mediante leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B).

O cálculo do número de indivíduos necessários para o estudo foi realizado estimando-se frequência de dor leve de 20% após tratamento periodontal não cirúrgico⁷, precisão da estimativa de 70% e nível de significância de 5%, o que indicou a necessidade de inclusão de 31 indivíduos.

Coleta de dados

Entrevista

O paciente respondia uma entrevista com informações sobre dados pessoais, foram anotados a PS e a PI dos dentes a serem tratados (Apêndice C) e para avaliação do grau de ansiedade da cada paciente, foi utilizado a escala proposta por Corah (Anexo A) e validada no Brasil por Li Wen Hu³⁴.

Tratamento periodontal

Após essa pequena entrevista, os pacientes selecionados para este estudo receberam tratamento periodontal não cirúrgico, realizado por alunos das Clínicas de Graduação e do Curso de Especialização em Periodontia da FO-UFRGS, seguindo todos os requisitos técnicos necessários para obtenção de efetividade na realização da técnica e minimização de eventos capazes de gerar desconforto adicional no pós-operatório. A RASUB é uma técnica de instrumentação subgengival por meio da qual são removidos cálculo e biofilme subgengival com o uso de limas e curetas afiadas e realizada sob anestesia local, onde são anestesiados os dentes e o periodonto adjacente aos dentes que serão instrumentados naquela sessão. Nas consultas foi utilizado como anestésico local, a cloridrato de lidocaína 2% em ampolas de 20ml. A técnica anestésica utilizada foi a regional e a quantidade de

anestésico administrado variou de 1 a 2 ampolas, de acordo com o número de dentes tratados na consulta. A raspagem da superfície radicular é realizada de forma fechada onde a instrumentação ocorre sem o afastamento intencional da gengiva. Ao final do procedimento, o entrevistador retornava e de acordo com a rotina de uma consulta de tratamento periodontal não-cirúrgico, os pacientes receberam uma prescrição para uso de paracetamol 500 mg de 6/6 horas em esquema de demanda. Tal prescrição é realizada com esse esquema apoiado na literatura^{9, 36} e com base na experiência da Área de Periodontia da UFRGS, que tradicionalmente observa variabilidade na necessidade, frequência e na duração de uso de analgésico após tratamento periodontal não-cirúrgico. Junto com a receita era entregue 8 comprimidos de paracetamol e a “Ficha de controle de dor pós-operatória”, composta por escala analógica visual^{16, 17, 18, 19, 20}, escala numérica^{21, 22} e escala verbal²⁴ onde o paciente registrava o nível de dor pós-operatória na área tratada na 2^a, 6^a, 12^a, 24^a e 48^a hora imediatamente após o término da anestesia e início da RASUB. Na Escala Analógica Visual, os pacientes deveriam marcar com um traço em cima de uma linha de 10cm a magnitude de sua dor, onde na extrema direita, representava a pior dor sentida e na extrema esquerda, nenhuma dor. Na Escala Numérica, os pacientes deveriam atribuir uma nota a dor sentida no momento e na Escala Verbal, o paciente deveria marcar uma das cinco alternativas corresponde a sua dor (ausente, fraca, moderada, forte ou muito forte). Na mesma ficha, também foi avaliado o consumo de analgésico (Anexo B). Para garantir o preenchimento da ficha de controle de dor pós-operatória nos horários corretos, um dos pesquisadores registrou na ficha de cada paciente quais os horários correspondentes a 2^a, 6^a, 12^a, 24^a e 48^a hora após a RASUB e fez contato telefônico nos horários estipulados para lembrar da necessidade de preenchimento da ficha pelo paciente. Além disso, os pacientes, ainda anestesiados, receberam treinamento do correto preenchimento da ficha.

Neste contexto, o presente estudo mensurou o número de pacientes que utilizaram medicação analgésica no pós-operatório e quantificou com os instrumentos abaixo mencionados a dor experienciada pelos pacientes. Salientamos que não houve restrição de uso da medicação rotineiramente indicada para esse procedimento e que, portanto, os pacientes não ficaram sem cobertura analgésica em caso de dor, pois tinham consigo a prescrição e a medicação para uso.

Análise dos dados

Para as variáveis contínuas foram calculadas médias e desvio padrão e as comparações foram realizadas com teste t para amostras independentes. Para as variáveis categóricas, foram calculadas frequência e intervalo interquartil e as comparações foram realizadas com teste de Qui-quadrado.

Conforme critério adotado por Corah³³ e validado por Li Wen Hu³⁴, as respostas da EADC foram quantificadas, sendo a = 1, b = 2, c = 3, d = 4, e = 5. Somando-se os valores atribuídos a cada questão, o intervalo possível de pontuação poderia variar entre 4 e 20 pontos. Os pacientes foram divididos em 2 grupos com relação à ansiedade odontológica, sendo que baixa ansiedade odontológica representada por escore total da EADC < 6 e alta ansiedade odontológica representada por escore total da EADC > 7, de acordo com a moda???

Para avaliar a interferência do tempo e da ansiedade odontológica na experiência de dor foram utilizados ANOVA de medidas repetidas, ANOVA e teste de Tule.

A unidade amostral foi o indivíduo e o nível de significância estabelecido foi de 5%.

Considerações éticas

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia e pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

RESULTADOS

A tabela 1 mostra as características demográficas e as variáveis clínicas da amostra, de acordo com o nível de ansiedade odontológica. Observa-se que a distribuição de homens e mulheres foi semelhante em ambas categorias, da mesma forma que a distribuição de pacientes que recebiam raspagem e alisamento radicular subgingival pela primeira vez. Os indivíduos estavam distribuídos de forma semelhante também para os demais parâmetros avaliados: tabagismo, presença de hipersensibilidade dentinária, tipo de periodontite, profundidade de sondagem média e número de dentes tratados na sessão.

Tabela 1- Caracterização da amostra, em relação ao nível de ansiedade odontológica.

	Baixa ansiedade (n=13)		Alta ansiedade (n=18)		Valor de p
	n	(%)	n	(%)	
Gênero					
feminino	4	(30,7)	12	(66,7)	0,07
masculino	9	(69,3)	6	(33,3)	
Primeira sessão RASUB					
Sim	6	(46,2)	12	(66,7)	0,29
Não	7	(53,8)	6	(33,3)	
Tabagista					
Sim	5	(38,5)	5	(27,8)	0,71
Não	8	(61,5)	13	(72,2)	
Hipersensibilidade dentinária					
Sim	6	(46,2)	7	(38,9)	0,73
Não	7	(53,8)	11	(61,1)	
Periodontite					
Crônica	12	(92,3)	18	(100)	0,41
Agressiva	1	(7,7)	0	(0)	
Número de dentes tratados na sessão (média/±dp)	3,31	(±1,65)	3,33	(±1,18)	0,96
Profundidade de sondagem (média/ ±dp)	3,45	(±0,83)	3,74	(±0,64)	0,27

A tabela 2 mostra os dados de dor mensurados a partir da EAV e da Escala Numérica. Observa-se valores crescentes das 2 para 6 horas e após há um decréscimos nos escores de dor. É importante notar também que os valores para ambas escalas estão muito próximos.

Tabela 2 - Média e desvio padrão para Escala Analógica Visual (EAV) e para Escala numérica nos diferentes momentos do pós-operatório (n=31).

	2 horas		6 horas		12 horas		24 horas		48 horas	
	média	(±dp)	média	(±dp)	média	(±dp)	média	(±dp)	média	(±dp)
EAV	2,13	(±2,91)	2,27	(±2,64)	1,26	(±1,69)	0,62	(±0,93)	0,71	(±1,29)
Escala Numérica	2,6	(±2,92)	2,87	(±2,93)	1,74	(±2,29)	0,97	(±1,62)	0,77	(±1,23)

A tabela 3 mostra a média e desvio-padrão para a EAV e Escala Numérica em diferentes momentos do pós-operatório. Para os pacientes classificados com “baixa ansiedade odontológica”, não houve diferença significativa na percepção de dor nos diferentes momentos de pós-operatório, independentemente da escala de dor utilizada (p=0,11 para EAV; p=0,12 para Escala numérica). Nos indivíduos

classificados com alta ansiedade odontológica, houve interferência significativa do tempo de pós-operatório na percepção de dor, sendo as maiores médias para a EAV e para a Escala Numérica ocorreram 6 horas após o procedimento de RASUB. Ao considerar indivíduos com baixo e alto grau de ansiedade odontológica, observou-se que os indivíduos com grau mais alto de ansiedade relataram maiores níveis de dor em todos os períodos do pós-operatório, exceto para o período de 6 horas.

Tabela 3 - Média e desvio padrão para Escala Analógica Visual (EAV) e para Escala numérica nos diferentes momentos do pós-operatório, em relação ao nível de ansiedade odontológica.

	2 horas		6 horas		12 horas		24 horas		48 horas		Wilk's λ	<i>p</i>
EAV												
baixa ansiedade	0,91	±1,09	1,28	±1,82	0,5	±0,86	0,15	±0,16	0,09	±0,12	0,470	0,11
alta ansiedade	3,0	±3,47	2,99	±2,94	1,82	±1,93	0,97	±1,10	1,16	±1,56	0,497	0,03
<i>p</i>		0,04		0,07		0,03		0,01		0,02		
Escala Numérica												
baixa ansiedade	1,38	±1,66	1,77	±2,38	0,54	±0,96	0,08	±0,27	0,08	±0,27	0,477	0,12
alta ansiedade	3,47	±3,35	3,61	±3,10	2,61	±2,59	1,61	±1,88	1,28	±1,40	0,486	0,03
<i>p</i>		0,04		0,08		0,01		0,007		0,005		

A figura 1 demonstra a percepção de dor nos diferentes momentos do pós-operatório medida por meio da Escala verbal. Observa-se que os indivíduos com baixa ansiedade odontológica apresentaram menor intensidade de dor em todos os períodos observados, sendo que após 24 e 48 horas da RASUB, 100% dos indivíduos do grupo de baixa ansiedade estavam sem dor. No grupo de indivíduos com alta ansiedade odontológica, houve presença de escores de dor forte (escore 3) até 12 horas após o procedimento, sendo que dor moderada permaneceu presente até 24 horas de pós-operatório. Em resumo, os indivíduos com maior ansiedade demonstraram dor de maior intensidade e por mais tempo em relação aos indivíduos com baixa ansiedade odontológica.

Seis horas após a RASUB, aproximadamente um terço dos pacientes relataram ausência de dor, medida tanto pela escala numérica (9/ 31 = 29%) quanto pela escala verbal (10/31=32,3%).

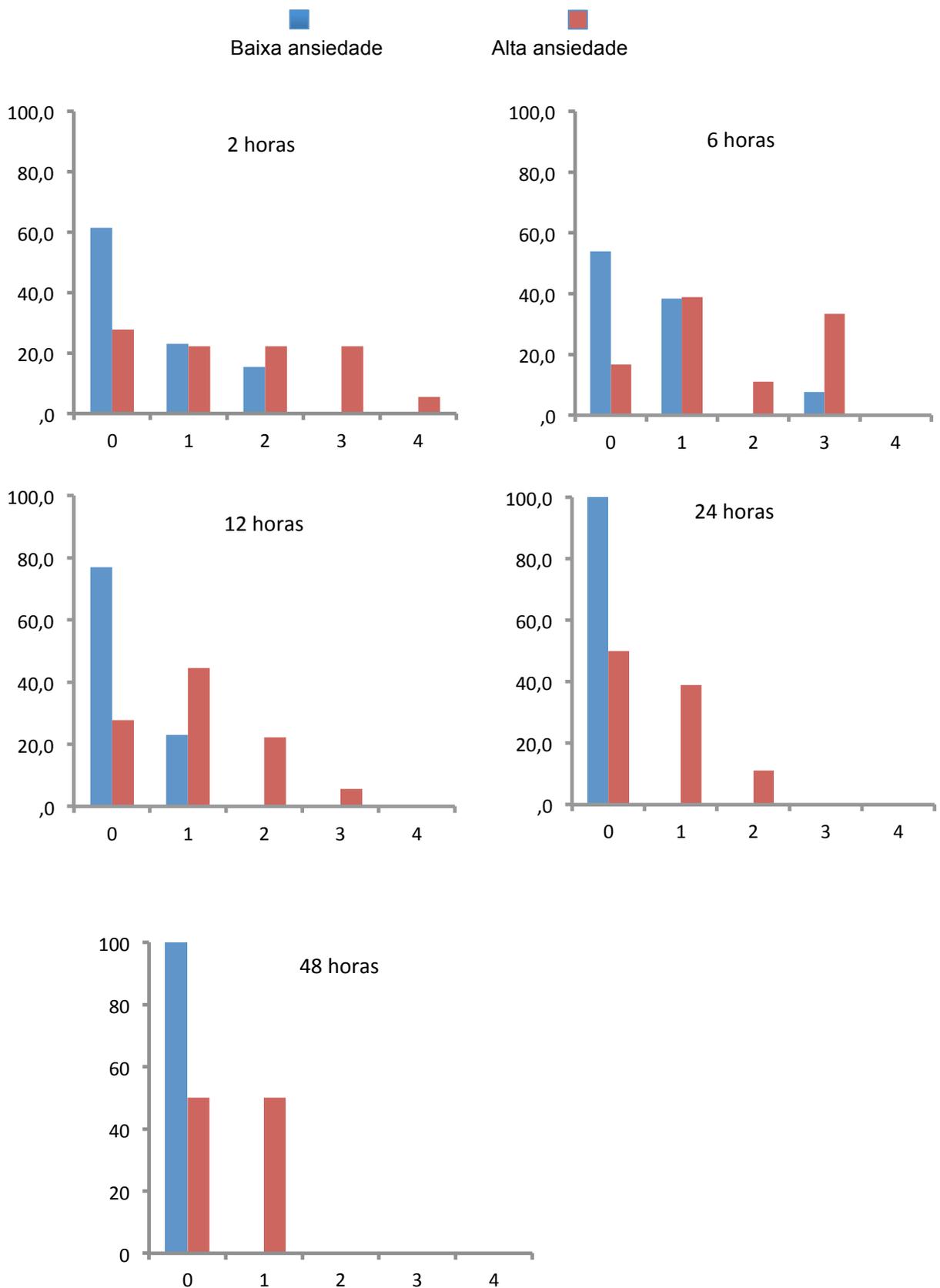


Figura 1 - Distribuição de frequência dos escores da escala de dor verbal (0= ausência de dor; 1= dor fraca; 2=dor moderada; 3= dor forte e 4= dor muito forte) ao longo de 2, 6, 12, 24 e 48 horas após RASUB em pacientes com baixo grau de ansiedade e com alto grau de ansiedade.

O uso de medicação analgésica no pós-operatório está demonstrado na tabela 4. Observa-se que após 24 horas da realização da RASUB, houve diferença significativa no uso de analgésico entre indivíduos com baixa e alta ansiedade ($p=0,04$), sendo que nenhum paciente do grupo “baixa ansiedade” necessitou usar analgésico a partir de 24 horas de pós-operatório. Independente do nível de ansiedade odontológica, 17 pacientes (17/31; 55%) usaram medicação analgésica ao longo das 48 horas de pós-operatório.

Tabela 4 – Frequência de uso de medicamentos nos diferentes momentos do pós-operatório em relação ao nível de ansiedade odontológica.

	Baixa ansiedade (n = 13)		Alta ansiedade (n = 18)		Valor de p
	n	(%)	n	(%)	
2h	4	(30,8)	8	(44,4)	0,44
6h	4	(30,8)	7	(38,9)	0,64
12h	2	(15,4)	7	(38,9)	0,15
24h	0	(0)	5	(27,8)	0,04
48h	0	(0)	4	(22,2)	0,06

Quanto ao tipo de analgésico utilizado (tabela 5), observa-se que os pacientes com alta ansiedade odontológica usaram outros medicamentos além daquele prescrito, enquanto que os indivíduos com baixa ansiedade odontológica usaram somente a medicação prescrita, entretanto não foi encontrada diferença estatisticamente significativa no tipo de medicamento utilizado para ambos grupos.

Tabela 5 – Tipos de medicamentos utilizados nos diferentes momentos do pós-operatório em relação ao nível de ansiedade odontológica.

	Baixa ansiedade(n = 13)		Alta ansiedade (n = 18)		Valor de p
	n	(%)	n	(%)	
2h					
Paracetamol	4	(30,8)	7	(38,9)	0,58
Auto-medicação *	0	(0)	1	(5,6)	
6h					
Paracetamol	4	(30,8)	5	(27,8)	0,46
Auto-medicação*	0	(0)	2	(11,1)	
12h					
Paracetamol	2	(15,3)	5	(27,8)	0,28
Auto-medicação*	0	(0)	2	(11,1)	
24h					
Paracetamol	0	(0)	4	(22,2)	0,11

Auto-medicação* 48h	0 (0)	1 (5,6)	
Paracetamol	0 (0)	3 (16,7)	0,19
Auto-medicação*	0 (0)	1 (5,6)	

* Inclui medicamentos não prescritos pelo cirurgião-dentista: como ibuprofeno + arginina, paracetamol + bochecho de malva e paracetamol + dipirona.

DISCUSSÃO

Esse estudo fornece informações sobre nível de dor pós-operatória e do consumo de analgésicos em pacientes submetidos a terapia periodontal não-cirúrgica com anestesia local e sua relação com ansiedade odontológica pré-operatória.

Foram utilizadas três escalas para mensuração da dor, a EAV, a Escala Numérica e a Escala Verbal. Essas escalas foram utilizados por serem simples de responder, confiáveis e validadas para avaliar dor^{16,17,21,22,24}.

Em nosso estudo encontramos os valores de dor pós-operatória, entre duas e seis horas, 2,13 e 2,27, respectivamente para EAV e 2,6 e 2,87, para Escala Numérica. Esses resultados coincidem com outros estudos. Estudo de Philstrom⁷, 28% relataram dor fraca, 18% fraca a moderada, 28% dor leve a moderada, 8% moderada a forte e 8% forte a intensa. Canakçi et al⁹ observou que pacientes com alto escore da EADC tiveram 2,1 vezes mais chance de demonstrar alto nível de dor que pacientes com baixo escore da EADC.

Como ansiedade é uma forte influencia para o componente da dor, todos pacientes responderam a escala proposta por Corah³³ e validada no Brasil por Li Wen Hu³⁴. Para fins de análise, os indivíduos foram divididos em dois grupos: baixa ansiedade odontológica (EADC_≤6) e alta ansiedade odontológica (EADC_>7). Observou-se que há padrões diferentes de percepção de dor no pós-operatório da RASUB em pacientes com alto e baixo grau de ansiedade odontológica. Estudos de Meyer³⁸, Pereira et al³⁹ e Brand et al⁴⁰ relataram que a ansiedade está diretamente relacionada a dor, funcionando como um ciclo vicioso, onde o aumento do grau de ansiedade leva a um aumento da sensibilidade dolorosa.

Se considerada a categorização de intensidade de ansiedade preconizada por Corah³³, apenas 3 indivíduos (9,7%) foram classificados com ansiedade odontológica moderada. Caumo et al⁴¹ observaram que indivíduos já submetidos anteriormente a

determinado procedimento apresentam menores níveis de ansiedade, quando comparados àqueles que o realizam pela primeira vez, pelo fato de que o conhecimento prévio a respeito do procedimento elimina o fator “novidade”, e conseqüentemente gera menor expectativa e incerteza para o indivíduo.

Esses dados poderiam salientar a baixa frequência de níveis elevados de ansiedade, visto que 59% da amostra já havia realizado tratamento periodontal não-cirúrgico anteriormente e que todos pacientes do estudo foram detalhadamente orientados com relação aos procedimentos a serem realizados. Este resultado foi semelhante aos encontrados por Locker et al⁴², Locker et al⁴³ e Maniglia-Ferreira et al⁴⁴, que relataram uma frequência de 16,4%, 12,5% e 18%, respectivamente, de pacientes com ansiedade odontológica após aplicarem a escala EADC.

O pico de dor nos pacientes ansiosos foi entre duas e seis horas, o que também é demonstrado pelo estudo de Philstrom et al⁷, onde na sua amostra, o valor máximo de dor foi entre duas e oito horas após a RASUB.

Quanto ao uso de medicação, 55% dos indivíduos analisados fizeram uso de analgésico em algum momento do pós-operatório, sendo que os indivíduos com maior ansiedade odontológica utilizaram quantidade significativamente maior de analgésico 24 horas após a RASUB. O uso de medicação neste estudo foi o dobro do relatado no estudo de Philstrom⁷, onde 23% dos pacientes usaram analgésico para aliviar a dor após procedimento de raspagem e alisamento radicular subgingival. Uma razão para o alto uso de medicação no nosso estudo pode ter sido o fato de que os pacientes recebiam a medicação, sendo que a facilidade de acesso ao medicamento pode ter contribuído para o seu maior uso.

Este estudo apresenta limitações. Como mencionado acima, o fato do paciente receber a medicação da equipe de pesquisadores pode ter influenciado no maior taxa de uso, se comparado com a literatura. Outro ponto que merece ser comentado é o nível relativamente baixo de ansiedade odontológica dos pacientes que participaram do estudo. Parte disso pode ser atribuído ao fato de quase metade dos pacientes (13/31 = 42%) já terem realizado anteriormente o procedimento de RASUB. Tal fato poderia ser contornado se fossem incluídos pacientes pertencentes a um terceiro grupo, com alta ansiedade odontológica. Por outro lado, mesmo com uma diferenciação pequena dos dois grupos em relação à ansiedade odontológica, foi possível observar, com as três escalas, que há um padrão diferente de dor pós-operatória em pacientes com alta e baixa ansiedade odontológica.

Considerando as limitações do presente estudo, pode-se concluir que dor de intensidade leve a moderada é um achado comum em pacientes que recebem tratamento periodontal não cirúrgico por meio de RASUB, o que reforça a necessidade de prescrição de analgésico pós-operatório. Contudo, há intensidades diferentes de dor entre os pacientes, que está relacionada com ansiedade de cada indivíduo em relação ao tratamento odontológico. Os pacientes com maior ansiedade odontológica apresentaram maiores escores de dor nos diferentes períodos após o tratamento e tendem a utilizarem mais medicamentos no pós-operatório.

REFERÊNCIAS

1. Arbitrage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol*. 1999 Dec; 4(1):1–6.
2. Canakçi V, Canakçi CF. Pain levels in patients during periodontal probing and mechanical non-surgical therapy. *Clin Oral Invest*. 2007 Jun 11:377-83.
3. Newman MG, Takei HH, Carranza FA Jr. Carranza's clinical periodontology, 9th ed. Philadelphia: Saunders; 2002. p. 398–402.
4. American Academy of Periodontology. Position paper: epidemiology of periodontal diseases. *J Periodontol*. 1996 Sep; 67(9):935-45.
5. Dab.saude.gov.br [internet]. Distrito Federal: SB Brasil 2010 [acesso em 2011 mar 11]. Disponível em http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/apresentacao_abbrasil_2010.pdf.
6. Cobb CM. Non-surgical pocket therapy: mechanical. *Ann Periodontol*. 1996 Jan; 1(1):443-90.
7. Phlstrom BL, Hargreaves KM, Bouwsma OJ, Doyle MJ. Pain after periodontal scaling and root planning. *J Am Dent Assoc*. 1999 Jun; 130:801-807.
8. Canakçi V, Orbak R, Tezel A, Canakci CF. Influence of different periodontal curette grips on the outcome of mechanical non-surgical therapy. *Int Dent J*. 2003 Jun; 53(3):153–158.
9. Canakçi CF, Canakçi V. Pain Experienced by Patients Undergoing Different Periodontal Therapies. *J Am Dent Assoc*. 2007 Dec; 138:1563-73.
10. Kocher T, Rodemerk B, Fanghanel J & Meissner G. Pain during prophylaxis treatment elicited by two power-driven instruments. *J Clin Periodontol*. 2005 May; 32(5):535–538.
11. Wilson TG Jr. How patient compliance to suggested oral hygiene and maintenance affect periodontal therapy. *Dent Clin North Am*. 1998 Apr; 42(2):389-403.
12. Steenberghe D, Garmyn P, Geers L, Hendrickx E, Maréchal M, Huizar K et al. Patient's experience of pain and discomfort during instrumental in the diagnosis and non-surgical treatment of periodontitis. *J Periodontol*. 2004 Nov; 75(11):1465-70.

13. Wannmacher L, Ferreira MBC. Princípios gerais do correto tratamento da dor. In: Farmacologia Clínica para Dentistas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 147-153.
14. Pimenta, CAM. Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In: Carvalho, MMJ. (Organizador) Um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus; 1999. p. 31-46.
15. Cruz RM, Alencar M, Scopel E. Medidas de avaliação da dor. Educ Física y Deportes. Revista Digital [internet]. 2007 Feb [acesso em 2011 mar 11]; nº 105. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd105/medidas-de-avaliacao-da-dor.htm>.
16. Hawksley H. Pain assessment using a visual analogue scale. Prof Nurse. 2000 Jun; 15(9):593-7.
17. Carlsson AM. Assessment of chronic pain. I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. Pain. 1983 May; 16(1):87-101.
18. Price DD, McGrath PA, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. Pain. 1983 Sep; 17(1):45-56.
19. Price DD, Harkins SW. The combined use of visual analogue scales and experimental pain in providing standardized assessment of clinical pain. Clin J Pain. 1987 Mar; 3:3-11.
20. Wade JB, Price DD, Hamer RM, Schwartz SM, Hart RP. An emotional component analysis of chronic pain. Pain. 1990 Mar; 40(3):303-10.
21. Jensen MP, Miller L, Fisher LD. Assessment of pain during medical procedures: A comparison of three scales. Clin J Pain. 1998 Dec; 14(4):343-9.
22. Paice JA, Cohen FL. Validity of a verbally administered numeric rating scale to measure cancer pain intensity. Cancer Nurs. 1997 Apr; 20(2):88-93.
23. Herr KA, Mobily PR. Comparison of selected pain assessment tools for use with the elderly. Appl Nurs Res. 1993; 6:39-46.
24. Ohnhaus EE, Adler R. Methodological problems in the measurement of pain: A comparison between the verbal rating scale and the visual analogue scale. Pain. 1975 Dec; 1(4):379-84.

25. Sardá JJ. Avaliação Psicológica de estados emocionais associados à síndromes dolorosas [dissertação mestrado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas; 1999.
26. Sardá JJ, Kupek E, Cruz RM. Aspectos Psicológicos associados à lombalgia e lombociática. Rev Cien Hum Florian. 2000; 28:51- 60.
27. Sardá JJ. Avaliação Psicológica em pacientes com dor crônica. In: Cruz RM, Alchieri JC, Sardá JJ (Organizadores) Avaliação e Medidas Psicológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. P.135-172.
28. Cruz RM. O Psicodiagnóstico de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho. [dissertação de doutorado] Florianópolis (RS): Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção; 2001.
29. Aartman IH. Reliability and validity of the short version of the Dental Anxiety Inventory. Community Dent Oral Epidemiol. 1998 Oct; 26(5):350-4.
30. Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJ. The modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. Community Dent Health. 1995 Sep; 12(3):143-50.
31. Pawlicki RE. Psychological/Behavioral Techniques in Managing Pain and Anxiety in the Dental Patient. Anesth Prog. 1991; 38:120-27.
32. Leão ATT, Lamarca GA, Monteiro da Silva AM, Quintanilha RS, Vettore M. The influence of stress and anxiety on the response of non-surgical periodontal treatment. J Clin Periodontol. 2005 Dec; 32(12):1226-35.
33. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. J Dent Res. 1969 Jul-Aug; 48(4):596.
34. Hu LW, Gorenstein C, Fuentes D. Portuguese version of Corah's dental anxiety scale: transcultural adaptation and reliability analysis. Depress Anxiety. 2007; 24(7):467-71.
35. Ettlín DA, Ettlín A, Bless K, Puhán M, Bernasconi C, Tillmann HC et al. Ibuprofen arginine for pain control during scaling and root planing: a randomized, triple-blind trial. J Clin Periodontol. 2006 May; 33(5): 345–50.
36. Fardal O, Johannessen AC, Linden GJ. Patient perceptions of periodontal therapy completed in a periodontal practice. J Periodontol. 2002 Sep; 73(9):1060-66.

37. Karadottir H, Lenoir L, Barbierato B, Bogle M, Riggs M, Sigurdsson T et al. Pain experienced by patients during periodontal maintenance treatment. *J Periodontol*. 2002 May;73(5):536-42.
38. Meyer FU. Haemodynamic changes under emotional stress following a minor surgical procedure under local anesthesia. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1987 dez; 16(6):688-94.
39. Pereira LHMC, Ramos DLP, Crosato E. Ansiedade e dor em odontologia - Enfoque psicofisiopatológico. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1995 jul/ago; 49(4):285-90.
40. Brand HS, Gortzak RA, Palmer-Bouva CC, Abraham RE, Abraham-Inppin L. Cardiovascular and neuroendocrine responses during acute stress induced by different types of dental treatment. *Int Dent J*. 1995 Feb; 45(1):45-48.
41. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D, et al. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2001 Mar; 45: 298-307.
42. Locker D, Liddell A, Shapiro D. Diagnostic categories of dental anxiety: a population-based study. *Behav Res Ther*. 1999 Jan; 37: 25-37.
43. Locker D, Poulton R, Thomson WM. Psychological disorders and dental anxiety in a young adult population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001 Dec; 29: 456-63.
44. Maniglia-Ferreira C, Gurgel-Filho ED, Bonecker- Valverde G, Moura EH, Deus G, Coutinho-Filho T. Ansiedade odontológica: nível, prevalência e comportamento. *RBPS*. 2004 mai-jun; 17: 51-55.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento de fatores preditivos da dor é de suma importância em nosso núcleo profissional. Ainda mais, pela história da odontologia estar ligada fortemente a dor. Avançamos muito na minimização da dor através de estudos e da descoberta de novas técnicas e medicamentos. Porém, ainda existe uma grande lacuna a ser estudada, principalmente na parte emocional da dor.

A importância desse estudo se mostra, não somente na adequada prescrição da analgesia e na adesão do paciente ao tratamento, mas, principalmente, na melhora da qualidade de vida do paciente nos dias seguintes ao procedimento.

Acredita-se que a continuação de investigações deste tipo parece ser extremamente necessária para o enriquecimento dos conhecimentos de formas de se investigar e avaliar o paciente com dor crônica.

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

FICHA DE CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Nome: _____ Idade: _____ Data: _____

O paciente apresenta:

1. Gengivite tratada? Sim Não
2. Necessidade de RASUB? Sim Não
3. Área com pelo menos 2 sítios em
2 dentes distintos com PS_≥ 5mm? Sim Não

O paciente usa:

1. analgésico? Sim Não
2. Antimicrobiano? Sim Não
3. Antiinflamatório? Sim Não
4. Relaxante muscular? Sim Não

O paciente:

1. Possui alguma doença sistêmica Sim Não
com sintoma de dor crônica ou aguda? Qual? _____
2. Já realizou tratamento periodontal? Sim Não

O paciente é elegível para o estudo? Sim Não

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós gostaríamos de convidar você para participar de um estudo que estamos realizando chamado “Níveis de dor em pacientes submetidos a terapia periodontal não-cirúrgica”. Este trabalho busca estabelecer o nível de dor que as pessoas sentem depois de receber tratamento para as gengiva com anestesia e avaliar a se precisa tomar remédio para dor depois deste tratamento. Com estes dados coletados, poderemos dar novas informações aos dentistas e aos pacientes que precisam receber este tipo de tratamento das gengivas.

Caso decida por participar do estudo, você responderá a um questionário, e após a raspagem que o seu dentista do curso de Especialização em Periodontia fizer, você receberá uma receita médica, oito comprimidos de Paracetamol e um questionário onde deverá marcar o nível de sua dor nas escalas e nas horas indicadas na ficha. Você deverá anotar também o horário que tomou remédio para dor nesta ficha. Depois de receber o tratamento, você terá menos sangramento nas gengivas, menos mau hálito e ausência de gengivas doloridas. Este tratamento pode deixar seus dentes mais sensíveis ao frio e a alimentos doces

E, caso isso ocorra, o seu dentista fará imediatamente o tratamento para dentes sensíveis. Frente a qualquer desconforto, estaremos à disposição para agendar pronto atendimento pelo telefone 9245 0700.

Se você decidir participar, as suas respostas serão apresentadas sem sua identificação, pois os questionários e todos os dados coletados serão numerados e codificados. Assim, com a sua participação no estudo, você estará colaborando para que sejam conhecidos qual o nível de dor e qual é o melhor remédio indicado para as pessoas que fizeram esse tratamento das gengivas. .

Se você tiver alguma dúvida, pode perguntar antes de se decidir. Você poderá retirar-se do estudo em qualquer momento se assim o desejar, sem qualquer prejuízo para seguimento do seu tratamento no Curso de Especialização em Periodontia ou para seu atendimento na Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Não haverá qualquer custo para a sua participação no estudo. Se houver necessidade de contato, ligue para 9245 0700 ou 3308 5318 e fale com a Acadêmica Caroline Schirmer ou com a Profa. Patrícia Weidlich.

Pesquisador

Entrevistada

Data:

Pesquisador responsável: Profa. Patrícia Weidlich

Comitê de Ética da UFRGS: 3308-3269

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Numero no projeto: _____

Nome: _____

Data de nascimento: ___ / ___ / ___ Prontuário: _____

Telefone: _____ Examinador: _____

Diagnóstico: _____ Data RASUB: _____

DENTE	D		V		M		P		D		V		M		P	

Observações:

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ESCALA DE ANSIEDADE DENTAL

Numero no projeto: _____ Nome: _____

1) Se você tiver que ir ao dentista amanhã, como você se sentiria?

- a) eu estaria esperando uma experiência razoavelmente agradável.
- b) Eu não me importaria.
- c) Eu me sentiria ligeiramente desconfortável.
- d) Eu temo que eu me sentiria desconfortável e teria dor.
- e) Eu estaria com muito medo o que o dentista me faria.

2) Quando você esta esperando na sala de espera do dentista, como você se sente?

- a) Relaxado.
- b) Meio desconfortável.
- c) Tenso.
- d) Ansioso.
- e) Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal.

3) Quando você está na cadeira odontológica esperando que o dentista comece a trabalhar nos seus dentes com a turbina, como você se sente?

- a) Relaxado.
- b) Meio desconfortável.
- c) Tenso.
- d) Ansioso.
- e) Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal.

4) Você está na cadeira odontológica para ter seus dentes limpos. Enquanto você aguarda o dentista pegar os instrumentos que ele usará para raspar seus dentes perto da gengiva, como você se sente?

- a) Relaxado.
- b) Meio desconfortável.
- c) Tenso.
- d) Ansioso.
- e) Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal.

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Número projeto: _____ **Dia:** _____ **Hora:** _____

O Sr(a) deverá marcar, na linha abaixo, o quanto sente de dor na gengiva neste momento?

Sem dor |—————| Pior dor que sentiu

Numa escala de 0 a 10, onde 0 corresponde a nenhuma dor e 10 corresponde a pior dor já sentida, qual a dor que o Sr (a). está sentindo na área onde foi feito a raspagem agora?

Nota de dor: _____

Quais das opções abaixo melhor explicam a dor que o Sr (a) está sentindo agora na área onde foi feito a raspagem ?

() ausente () fraca () moderada () forte () muito forte

O Sr(a) fez uso de algum medicamento para dor? () sim não ()

Qual o nome do medicamento? _____

Qual horário que tomou? _____

Dia: _____ **Hora:** _____

O Sr(a) deverá marcar, na linha abaixo, o quanto sente de dor na gengiva neste momento?

Sem dor |—————| Pior dor que sentiu

Numa escala de 0 a 10, onde 0 corresponde a nenhuma dor e 10 corresponde a máxima dor, qual a dor que você sente na gengiva neste momento?

Nota de dor: _____

Determinando a dor que sente em sua gengiva, neste momento, qual das opções abaixo seria a mais apropriada?

() ausente () fraca () moderada () forte () muito forte

O Sr(a) fez uso de algum medicamento para dor? Qual? E que hora?

Dia: _____ **Hora:** _____

O Sr(a) deverá marcar, na linha abaixo, o quanto sente de dor na gengiva neste momento?

Sem dor |—————| Pior dor que sentiu

Numa escala de 0 a 10, onde 0 corresponde a nenhuma dor e 10 corresponde a máxima dor, qual a dor que você sente na gengiva neste momento?

Nota de dor: _____

Determinando a dor que sente em sua gengiva, neste momento, qual das opções abaixo seria a mais apropriada?

() ausente () fraca () moderada () forte () muito forte

O Sr(a) fez uso de algum medicamento para dor? Qual? E que hora?

Dia: _____ **Hora:** _____

O Sr(a) deverá marcar, na linha abaixo, o quanto sente de dor na gengiva neste momento?

Sem dor |—————| Pior dor que sentiu

Numa escala de 0 a 10, onde 0 corresponde a nenhuma dor e 10 corresponde a máxima dor, qual a dor que você sente na gengiva neste momento?

Nota de dor: _____

Determinando a dor que sente em sua gengiva, neste momento, qual das opções abaixo seria a mais apropriada?

() ausente () fraca () moderada () forte () muito forte

O Sr(a) fez uso de algum medicamento para dor? Qual? E que hora?

Dia: _____ **Hora:** _____

O Sr(a) deverá marcar, na linha abaixo, o quanto sente de dor na gengiva neste momento?

Sem dor |—————| Pior dor que sentiu

Numa escala de 0 a 10, onde 0 corresponde a nenhuma dor e 10 corresponde a máxima dor, qual a dor que você sente na gengiva neste momento?

Nota de dor: _____

Determinando a dor que sente em sua gengiva, neste momento, qual das opções abaixo seria a mais apropriada?

() ausente () fraca () moderada () forte () muito forte

O Sr(a) fez uso de algum medicamento para dor? Qual? E que hora?

ANEXO C

PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA



Universidade Federal do Rio Grande do Sul



Faculdade de Odontologia

PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA

Parecer aprovado em reunião do dia 29 de abril de 2011. ATA 04/11.

A Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, após análise aprovou o projeto abaixo citado por apresentar mérito científico, estar descrito adequadamente e possuir metodologias apropriadas.

PROJETO: N°20390. DOR PÓS-OPERATÓRIA EM PACIENTES SUBMETIDOS A TERAPIA PERIODONTAL NÃO-CIRURGICA

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Patrícia Weidlich

OUTROS PESQUISADORES: Prof.ª. Caroline Schirmer

Porto Alegre, 29 de abril de 2011.

Prof. Dr. Alex Nogueira Haas
Coordenador da Comissão de Pesquisa

ANEXO D

CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFRGS



U F R G S

UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs



CARTA DE APROVAÇÃO

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 20390

Título: DOR POS-OPERATORIA EM PACIENTES SUBMETIDOS A TERAPIA PERIODONTAL NAO CIRURGICA

Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

PATRICIA WEIDLICH - coordenador desde 01/06/2011
CAROLINE SCHIRMER - pesquisador desde 01/06/2011

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo, em reunião realizada em 30/06/2011 - sala 1 de reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, Quinta-Feira, 30 de Junho de 2011

JOSE ARTUR BOGO CHIES
Coordenador da comissão de ética