

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

GABRIEL BARATZ DE CASTRO

FATORES RELACIONADOS À ADESÃO EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS
PERIODONTAIS

Porto Alegre

2018

GABRIEL BARATZ DE CASTRO

FATORES RELACIONADOS À ADESÃO EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS
PERIODONTAIS

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: Profa. Dra. Patrícia Weidlich

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Castro, Gabriel Baratz de
Fatores relacionados à adesão em pós operatório de
cirurgias periodontais. / Gabriel Baratz de Castro.
-- 2018.
45 f.
Orientadora: Patrícia Weidlich.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre,
BR-RS, 2018.

1. dor pós-operatória. 2. ansiedade. 3.
analgésicos. I. Weidlich, Patrícia, orient. II.
Titulo.

RESUMO

Objetivo: Identificar fatores relacionados à adesão em um grupo de pacientes que recebeu prescrição analgésica em demanda para o manejo de dor após cirurgia periodontal. Materiais e métodos: Foram recrutados por meio de entrevistas e com critérios de elegibilidade 68 pacientes com indicação de aumento de coroa clínica ou raspagem radicular com acesso cirúrgico. Destes, 34 que utilizaram o esquema analgésico de demanda compuseram este estudo. Previamente ao início do procedimento os pacientes responderam à escala de Ansiedade Dental de Corah (CDAS) e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Após o procedimento os pacientes preenchem a Escala Analógica Visual (EAV), a Escala Numérica e a Escala Verbal de Dor para medição de dor juntamente com uma ficha para anotar o uso da medicação prescrita. Os pacientes receberam paracetamol e ibuprofeno comprimidos com esquema de demanda pós-operatório e foram orientados a preencher as escalas na 2^a, 6^a, 12^a, 24^a e 48^a horas após a cirurgia. Resultados: Quase 70% dos pacientes era composto pelo sexo feminino e setenta por cento por não-fumantes; o procedimento mais realizado foi o de aumento de coroa clínica com mais de noventa por cento dos casos. Pacientes classificados com baixa ansiedade CDAS apresentaram maior adesão ao tratamento ($P=0,007$), do mesmo modo que pacientes com VAS 6h baixa ($P=0,05$). Conclusões: Níveis altos de dor pós-operatória e de ansiedade odontológica podem interferir negativamente na adesão de esquema de analgesia pós-operatória com uso de medicamento em esquema de demanda e com medicamento de resgate.

Palavras-chave: Dor pós-operatória. Ansiedade. Analgésicos.

ABSTRACT

Aim: To identify factors related to adherence in a group of patients who received analgesic prescription on demand for pain management after periodontal surgery. **Materials and methods:** A total of 68 patients with an indication of clinical crown increase or open flap root scaling and planning were recruited. Thirty four patients from the “on demand” arm of the study comprised this study. Prior to the initiation of the procedure the patients answered to the Corah Dental Anxiety Scale (CDAS) and the Trait-State Anxiety Inventory (IDATE). After the procedure, the patient fulfilled the Visual Analogue Scale (EAV), the Numerical Scale and the Verbal Pain Scale for pain measurement along with a document to record the use of the prescribed medication. Patients received paracetamol and ibuprofen tablets with postoperative demand schedule and were instructed to complete the scales on the 2nd, 6th, 12th, 24th and 48th hours after surgery. **Results:** Almost 70% of the patients were female and seventy percent were non-smokers; the most accomplished procedure was the increase of clinical crown with more than ninety percent of the cases. Patients classified with low anxiety CDAS presented greater adherence to the treatment ($P=0.007$), in the same way as patients with low VAS 6h ($P=0,05$). **Conclusions:** High levels of postoperative pain and dental anxiety may interfere negatively in the adherence of a postoperative analgesia scheme with drug use in a “on demand scheme” and rescue medication.

Keywords: Postoperative pain. Anxiety. Analgesics.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACC	Aumento de coroa clínica
AINES	Anti-Inflamatórios Não Esteroides
CDAS	Escala de Ansiedade Dental de Corah
EAV	Escala Analógica Visual
EN	Escala Numérica
EVD	Escala Verbal de Dor
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	7
2	OBJETIVO.....	Erro!
	Indicador não definido.2	
3	ARTIGO.....	143
4	CONCLUSÃO.....	27
	REFERÊNCIAS.....	28
	ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	30
	ANEXO B - FICHA DE CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	33
	ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	34
	ANEXO D - FICHA COM DADOS DO PACIENTE.....	36
	ANEXO E - ESCALA DE ANSIEDADE DENTAL.....	39
	ANEXO F - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO.....	40
	ANEXO G - FICHA DE CONTROLE DE DOR PÓS-OPERATÓRIA.....	42
	ANEXO H - FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS.....	45

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Tratamentos periodontais cirúrgicos são empregados para oportunizar o tratamento das periodontites ou para oportunizar tratamentos restauradores e protéticos (GENCO; COHEN; GOLDMAN, 1996). Dentre as cirurgias periodontais existentes, duas delas empregam a mesma técnica, apesar de terem objetivos distintos e serem realizadas em situações clínicas muito diferentes. Uma das cirurgias é o aumento de coroa clínica (ACC), empregada para situações onde o remanescente dental não é suficiente para realizar a restauração ou reabilitação protética. Nestes casos, o aumento de coroa clínica é realizado para reestabelecer o espaço biológico do periodonto e isso é obtido através de confecção de um retalho de espessura total. Já as cirurgias de acesso ao biofilme subgingival são indicadas para casos onde o acesso radicular está dificultado por condições anatômicas. Assim, para estes casos, a confecção de um retalho de espessura total permite a correta instrumentação radicular (DEAS et al., 2005; PONTORIEIRO; CARNEVALE, 2001).

Em procedimentos cirúrgicos odontológicos mais extensos, assim como cirurgias periodontais, inúmeras questões surgem quanto aos riscos do tratamento, como complicações e possíveis dores (CURTIS; MCLAIN; HUTCHINSON, 1985).

Dor é um evento presente na clínica odontológica e pressupõe-se a existência de dois componentes nela inseridos: a sensação dolorosa, de caráter nociceptivo, e a sua reatividade emocional (IASP, 2018). Pode estar, segundo Cavassim et al. (2003), presente em dois momentos: quando associada a uma patologia que acomete a cavidade bucal ou como resultado de uma intervenção cirúrgica. A percepção, frequência e intensidade da dor após procedimentos cirúrgicos periodontais são variáveis, sendo as razões para essa variabilidade o sexo (FARDAL; JOHANNESSEN; LINDEN, 2002), hábito do fumo (SCHIRMER, 2015), o tipo e o local da cirurgia (CANAKÇI; CANAKÇI, 2007), o tempo cirúrgico (TAN et al., 2014), a ansiedade (BADNER et al., 1990) e a ansiedade odontológica (MANIGLIA-FERREIRA et al., 2004).

A prevalência e a intensidade de dor pós-operatória em tratamentos cirúrgicos periodontais foram relatadas em diversos estudos, comparando aspectos técnicos: envolvimento ósseo e mucogengival, duração da cirurgia; e singularidades de cada paciente: raça, sexo, idade. Curtis, McLain e Hutchinson (1985) constataram que apenas 4,6% dos pacientes submetidos à cirurgia periodontal relataram dor intensa. Afirmam também que homens tiveram menos dor pós-operatória que mulheres, que indivíduos brancos tiveram mais

complicações que indivíduos negros e que cirurgias de tecidos moles tiveram significante menor relato de dor que cirurgias com envolvimento ósseo, que por sua vez teve 3,5 vezes menor relato de dor que cirurgias mucogengivais, além de afirmarem que o aumento do tempo da cirurgia foi associado com maior dor pós cirurgia periodontal. Fardal, Johannessen e Linden (2002) concluíram em seu estudo que 19% dos pacientes tiveram desconforto pós-operatório e que apenas 3% relataram desconforto por mais de uma semana após o procedimento. Relataram também que mulheres sentiram menos desconforto que homens e que pacientes idosos eram mais tolerantes a dor que os demais pacientes. Pacientes com a idade entre 18 e 34 anos relataram mais dor pós-operatória que pacientes com mais idade; percebe-se que cirurgia com envolvimento ósseo ocasionou mais dor pós-operatória que outros procedimentos como gengivectomia e raspagem subgengival, sendo que essas diferenças podem ser explicadas pela duração do procedimento cirúrgico e de maior exposição do osso alveolar (CANAKÇI; CANAKÇI, 2007).

Respostas à dor após terapias cirúrgicas periodontais suportam o uso de analgésicos. Existem dois tipos de analgésicos para o tratamento da dor: analgésicos de ação periférica e analgésicos de ação central. Analgésicos de ação periférica têm indicação para dores leves a moderadas, deprimindo o nociceptor diretamente. Já analgésicos de ação central são indicados para dores moderadas a intensas, quando a utilização dos analgésicos de ação periférica não tem eficácia, ocasionando a depressão de mecanismos centrais envolvidos na nocicepção. Ainda, pode-se tratar a dor pela associação de analgésicos (FATTAH et al., 2005). Na prescrição de medicamentos, requisitos devem ser seguidos para ofertar as melhores opções terapêuticas aos pacientes. Definindo-se o problema que se quer tratar, devem-se seguir cinco etapas que contemplam se é necessária a intervenção medicamentosa, se o medicamento é o mais adequado, se a administração dele está correta, se a linguagem e relação paciente-profissional está adequada e se há um acompanhamento profissional do paciente após a prescrição (WANNMACHER; FERREIRA, 2013).

Crítérios de eficácia, segurança e acessibilidade/facilidade de administração são utilizados para a prescrição considerando o uso racional de medicamentos. Assim, para um procedimento de aumento de coroa clínica, onde o esperado são dores de intensidade leve a moderada (CURTIS; MCLAIN; HUTCHINSON, 1985; FARDAL; JOHANNESSEN; LINDEN, 2002), o controle pode ser feito com analgésicos não-opioides. Dentre eles, o paracetamol tem se mostrado eficaz e seguro para pacientes sem comprometimento hepático. Para casos onde a analgesia não se mostrou adequada com uso de paracetamol, opta-se então por AINES não-seletivos (que atuam tanto na COX-1 quanto na COX-2 na formação das

prostaglandinas), considerando as necessidades individuais de cada paciente. Dores de maior intensidade ou mesmo aquelas que não respondem ao uso dos medicamentos citados são então manejadas optando-se pelo uso de AINES seletivos (que atuam exclusivamente na COX-2 na formação das prostaglandinas, sempre considerando o alto risco de efeitos adversos provocados por estes medicamentos) ou então pela associação de analgésicos não-opioides e opioides (ONG; SEYMOUR, 2008).

As prescrições podem ser realizadas em esquema fixo ou em esquema de demanda. No esquema fixo o profissional prescreve a dosagem e a duração exata do uso do medicamento. No esquema de demanda, o paciente recebe a prescrição para usar caso ele sinta necessidade. Na prescrição de analgésicos em esquema de demanda, o paciente utiliza o medicamento prescrito apenas quando ele apresentar dor, sendo um esquema em que a decisão de ingerir o analgésico recai sobre o paciente. Ao contrário do esquema fixo de prescrição, no esquema de demanda o paciente pode escolher a hora de se medicar segundo sua própria percepção de dor. Tal esquema pode fazer com que o paciente consuma um número maior ou menor de medicamento se comparado ao esquema fixo. (ERSKINE; WIFFEN; CONLON, 2015).

A ansiedade dos pacientes é comum na prática odontológica, constituindo resposta emocional a perigo potencial ou real, relacionada a procedimentos específicos ou à simples visita ao consultório dentário (WANNMACHER; FERREIRA, 2013). A ansiedade acarreta sensação de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação e é um fator reconhecido de modificação da percepção da dor. Pacientes ansiosos tendem a sentir dor mais intensa no pós-operatório que pacientes não ansiosos (BADNER et al., 1990; SCOTT; CLUM; PEOPLES, 1983). Respostas de medo são acompanhadas de intensas alterações fisiológicas acometidas pelo sistema nervoso autônomo como aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial e aumento da ventilação pulmonar. A ansiedade ocorre pelo medo de possíveis adversidades e dor durante e após a cirurgia; a modificação da percepção ocorre, portanto, por vias sistêmicas que alteram a interpretação nociceptiva do sistema nervoso. Wannmacher e Ferreira (2013) afirmam também que há grande relação entre dor e ansiedade, fazendo com que a expectativa de dor contribua significativamente para a ansiedade. A ansiedade é dividida nos indivíduos em dois momentos: o estado de ansiedade e o traço de ansiedade. O estado de ansiedade varia de intensidade e flutua entre momentos, sendo um estado emocional transitório; enquanto que o traço de ansiedade pode ser entendido como a predisposição nata de ansiedade do indivíduo, sendo relativamente estável ao longo da vida (KAIPPER et al., 2010).

Existem escalas para avaliar os dois tipos de ansiedade, como o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), considerado padrão-ouro para tal avaliação, que questiona em vinte perguntas o indivíduo sobre como este se sente no momento antes do procedimento e, também em vinte perguntas, sobre como este se sente geralmente, procurando conhecer seu perfil de ansiedade. Em todas as questões, tanto sobre o traço, quanto sobre o estado de ansiedade, o participante tem quatro opções de resposta que aumentam gradativamente a frequência do quadro (FIORAVANTI et al., 2006). O inventário original é chamado de forma X, existindo uma segunda versão que integrou itens de positividade e negatividade chamado de forma Y. A escala IDATE foi traduzida para o português para melhor entendimento e aplicação na avaliação dos pacientes por Biaggio, Natalício e Spielberger (1977) que concluem que a forma experimental em português do IDATE pode ser utilizada para medir ansiedade em indivíduos brasileiros por conter forte evidência sobre sua validade e quanto às normas para nossa população. Posteriormente houve a validação de uma versão reduzida do IDATE para o português, que mostrou resultados robustos e de boa performance na análise psicométrica. Esta versão reduzida é composta pelo questionário IDATE estado com 13 itens e pelo questionário IDATE traço com 12 itens (KAIPPER et al., 2010).

Segundo Peretz e Moshonov (1998), ansiedade é um problema recorrente para pacientes que farão tratamento odontológico. Ainda, para complementar, Possobon et al. (2007) afirmam que a ansiedade ocorrida pré-consulta odontológica tem se caracterizada como das ansiedades mais frequentes e mais intensamente vivenciadas na área da saúde. Essa ansiedade sentida antes da consulta com o cirurgião-dentista é chamada de ansiedade odontológica. A grande taxa de ansiedade odontológica pode estar ligada ao fato de que pacientes, em sua maioria, procuram o serviço odontológico apenas quando sentem dor (MANIGLIA-FERREIRA et al., 2004). Pawlicki (1991) explica que três características são fundamentais para a promoção da ansiedade odontológica: novas experiências, incerteza e expectativa. O ser humano tende a se sentir mais confortável com práticas habituais, do mesmo modo que sente medo do desconhecido, do incerto. A expectativa, muitas vezes transmitida por pais, familiares e amigos, pode levar ao estado de medo e ansiedade, assumindo a forma de cognições negativas. O medo causador da ansiedade odontológica surge por inúmeros fatores, como experiência prévia, relato de outras pessoas, tipo de procedimento, tempo de uma consulta a outra, expectativas, etc. Corah (1969) elaborou, para contabilizar o grau de ansiedade odontológica, a Escala de Ansiedade Dental de Corah (CDAS), que contém quatro perguntas com cinco respostas cada que lidam com reações

subjetivas dos pacientes antes de uma consulta ao dentista. No Brasil, a escala EADC foi validada em 2007 (HU; GORESTEIN; FUENTES, 2007).

2 OBJETIVO

Este estudo teve por objetivo identificar fatores relacionados à adesão em um grupo de pacientes que recebeu prescrição analgésica em demanda para o manejo de dor após cirurgia periodontal.

3 ARTIGO

3.1 INTRODUÇÃO

Para Derry, Karlin e Moore (2015) a dor ocorre como resultado de dano tecidual ocasionado por lesão acidental ou procedimento cirúrgico, sendo o manejo da dor pós-operatória um componente crítico do cuidado ao paciente.

A maior complexidade dos procedimentos cirúrgicos em periodontia contribui para maiores escores de dor e o consumo de analgésicos foi correlacionado com a percepção e duração da dor pós-operatória. O pós-operatório periodontal tende a ter dores leves a moderadas (MEI; LEE; YEH, 2016).

Canakçi e Canakçi (2007) observaram que não houve diferenças significativas na percepção de dor entre diferentes idades, grupos étnicos e educação em ambos os sexos, assim como não se encontrou diferenças entre homens e mulheres nos escores de dor pós-operatória periodontal. Afirma, ainda, que a medição de dor e desconforto é difícil pelos fatores físicos e psicológicos sentidos pelos pacientes.

A dor não é mais vista como uma sensação e sim como uma percepção. A questão de dor, ansiedade e medo sempre foram parte importante da odontologia, compartilhando muitas características idênticas. A ansiedade e o medo têm papel significativo no operatório odontológico, podendo aumentar a experiência de dor (PAWLICKI, 1991).

Segundo Medeiros et al. (2013), uma das maiores barreiras ao atendimento daqueles que necessitam da visita ao dentista é a ansiedade odontológica. Afirma também, contrariando diversos estudos (SINGH; MORAES; BOVI AMBROSANO, 2000; SIVIERO; NHANI; PRADO, 2008) que não existe um gênero mais ansioso e que a idade também não interfere nesse dado. Alta ansiedade odontológica e tabagismo são fatores associados a maior probabilidade de ocorrência de dor (SCHIRMER et al., 2018).

Altos níveis de ansiedade podem interferir no tratamento odontológico, sendo esse medo um fato comum na população em geral, o que merece atenção do cirurgião-dentista. Quando se identifica e diminui a ansiedade odontológica, podem-se aumentar as chances de sucesso nos resultados almejados pelo profissional e desejados pelos pacientes (PETRY et al., 2006).

Fatores psicossociais como ansiedade e stress podem contribuir tanto para a etiologia da doença periodontal, quanto afetar o estado periodontal após tratamento, suportando a hipótese que fatores sociais devem ser considerados como variável importante na resposta ao tratamento periodontal (VETTORE et al., 2005).

O manejo da dor pós operatória com medicamento em esquema de demanda consiste em deixar para o paciente decidir se ele irá fazer uso do medicamento ou não. O uso de medicação de resgate consiste na prescrição de medicamento auxiliar para analgesia caso o agente prescrito em primeira escolha não tenha reduzido os níveis de dor após um dado espaço de tempo. A adesão ao esquema de medicação proposto é um dos fatores mais importante do manejo correto da dor pós-operatória. O estudo dos fatores associados com o seguimento correto da prescrição feita pelo cirurgião-dentista é importante na medida em que permite aumentar a ocorrência de uso correto de medicamentos na população.

Neste contexto, o objetivo do presente estudo foi comparar níveis de dor, ansiedade e ansiedade odontológica relacionadas ao consumo de analgésico em um grupo de pacientes que recebeu prescrição analgésica em demanda para o manejo de dor após cirurgia periodontal.

3.2 MATERIAIS E MÉTODOS

1) Delineamento do estudo e considerações éticas:

O presente estudo trata-se de uma análise secundária de um ensaio clínico randomizado que teve por objetivo comparar a prescrição de analgésico em esquema fixo com a prescrição em esquema de demanda em pacientes submetidos à cirurgia periodontal para aumento de coroa clínica ou raspagem radicular. O estudo primário foi realizado na Faculdade de Odontologia da UFRGS e as aprovações Institucionais e do Comitê de Ética da UFRGS são apresentadas no anexo A (CAAE: 38637714.2.0000.5347).

2) Amostra do estudo:

Neste estudo será analisado o total de pacientes que compuseram o braço de analgesia em esquema de demanda do estudo primário.

O recrutamento dos pacientes foi realizado junto aos Cursos de Graduação em Odontologia e de Especialização em Periodontia da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Foram incluídos pacientes adultos (idade igual ou superior a 18 anos), de ambos sexos, que apresentavam necessidade de cirurgia periodontal, com objetivo de acesso ao biofilme subgingival ou de aumento de coroa clínica. Somente foram incluídos procedimentos cirúrgicos periodontais realizados por alunos de pós- graduação, de forma a padronizar o nível de realização do procedimento.

Não foram incluídos:

- pacientes em uso sistêmico de analgésico, antimicrobiano, anti-inflamatório e/ou relaxante muscular,
- que apresentaram quadro prévio de dor crônica ou aguda, relacionada ou não à cavidade bucal,
- pacientes com dificuldade de compreensão de instruções (alterações cognitivas), que prejudiquem a aplicação das escalas propostas pelo estudo,
- pacientes analfabetos, com incapacidade de notação numérica e escrita dos parâmetros de dor propostos pelo estudo,
- pacientes com contraindicação para uso de paracetamol e/ou ibuprofeno.

Para tal triagem, foi preenchida a denominada Ficha com Critérios de Elegibilidade (Anexo B). 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 (Anexo C).

3) Coleta de dados:

Inicialmente, os pacientes responderam a questões sobre gênero, idade, anos de estudo e fumo. Tais dados foram registrados em ficha específica (Anexo D). Na mesma ficha, também foram anotados dados relacionados ao diagnóstico de doença periodontal (profundidade de sondagem [PS], perda de inserção [PI] e presença de inflamação na área dos dentes que seriam tratados) e à cirurgia realizada (tipo de cirurgia).

Para avaliação do nível basal de dor, foram aplicadas a Escala Analógica Visual (EAV), a Escala Numérica (EN) e a Escala Verbal de Dor (EVD), antes do início do procedimento odontológico. Estes escores foram registrados na ficha do Anexo D.

Para avaliação do grau de ansiedade foram aplicadas: (1) a Escala de Ansiedade Dental/Corah's Dental Anxiety Scale e validada no Brasil por Li Wen Hu (Anexo E) e (2) a versão reduzida do IDATE estado-traço, proposta por Kaipper e colaboradores (Anexo F). No anexo F, as questões do IDATE estão numeradas de forma não sequencial em função da manutenção dos números de identificação originais da versão completa do referido instrumento.

A entrevista foi realizada por dois entrevistadores previamente treinados para a aplicação dos instrumentos que constam nos anexos D, E e F.

O tratamento periodontal cirúrgico, que teve por objetivo remover cálculo e biofilme subgengival, consistiu de raspagem e alisamento radicular (RAR), com uso de limas e curetas afiadas. O procedimento de aumento de coroa clínica objetivou expor bordos ou cavidades dentárias ao meio supragengival, por meio da remoção de tecido gengival e/ou ósseo. Ambos

os procedimentos foram realizados por meio de retalho de espessura total, utilizando o retalho modificado de Widman como técnica cirúrgica. Em algumas situações, poderiam haver modificações menores da técnica, em função de características locais da área a ser operada, com o objetivo de conforto pós-operatório ou estética do paciente.

Ambos os procedimentos cirúrgicos foram realizados sob anestesia local, com o objetivo de abolir a dor em dentes e periodonto da área a ser abordada. Foram empregadas soluções contendo cloridrato de lidocaína a 2%, em associação com epinefrina, na concentração de 1:100.000; cloridrato de prilocaína a 3% em associação com felipressina, na concentração de 0,03 UI/mL e cloridrato de mepivacaína a 2% em associação com levonordefrina, na concentração de 1:20.000 (tubetes odontológicos de 1,8 mL). Foram utilizadas as técnicas anestésicas terminal e regional. O número de tubetes odontológicos administrados, o tipo de técnica utilizada e a duração do procedimento foram registrados (Anexo D). Todos os pacientes, após o procedimento cirúrgico, receberam prescrição de digluconato de clorexidina em concentração de 0,12% para realizar bochecho por 1 minuto, a cada 12 horas, por um período de 14 dias.

Finalizado o procedimento cirúrgico, os pacientes foram aleatoriamente distribuídos nos dois grupos propostos pelo estudo primário: o que deveria receber o esquema de analgesia fixa (grupo 1) e o que recebeu o esquema analgésico por demanda, ou seja, em uso “se necessário” (grupo 2), para controle de dor pós-operatória.

A randomização foi feita por tabela de números aleatórios gerada por computador e a alocação nos grupos 1 ou 2 ocorreu com uso de envelopes opacos numerados em série que continham o código gerado pela tabela de números aleatórios.

Para o grupo 1, foi feita prescrição de paracetamol, na dose de 500 mg, a ser usada a cada 4 horas, de forma fixa, por 48 horas. O esquema foi delineado deste modo, para reproduzir o que é feito na prática clínica de muitos profissionais, para os procedimentos periodontais propostos. Além disso, dados prévios sugerem que o período de relato mais comum de dor é o das primeiras 48 horas.

O grupo 2 recebeu prescrição de paracetamol, na dose de 500 mg, para uso nos momentos em que apresentasse dor (“se necessário”), com intervalo mínimo de 4 horas entre as doses e com número máximo de 6 administrações diárias. Este esquema foi prescrito para uso durante 48 horas após a realização do procedimento periodontal. Foi delineado para reproduzir o que é feito na prática clínica de outros tantos profissionais, para os procedimentos periodontais propostos.

Para os participantes de ambos os grupos, foi feita a prescrição de medicamento de resgate, para uso no caso de não haver cessação da dor em até 1 hora após o uso do paracetamol. Para resgate, foi prescrito ibuprofeno, na dose de 600 mg, com intervalo mínimo de 6 horas entre as doses e com número máximo de 4 administrações diárias. Foi selecionada a dose de 600 mg por sua eficácia e por ser a apresentação disponibilizada pelo Sistema de Saúde, na cidade de Porto Alegre, RS.

Os participantes de ambos os grupos que permaneceram com dor, após o uso do esquema analgésico proposto e do esquema de resgate, foram orientados a entrar em contato com os pesquisadores, para avaliação do caso e estabelecimento da conduta apropriada. Neste caso, a participação no estudo foi considerada concluída.

Após a realização do procedimento periodontal, foram anotados, também no Anexo D, parâmetros clínicos quanto a extensão de envoltórios de furca.

Juntamente com a prescrição, foram entregues os analgésicos e a “Ficha de controle de dor pós-operatória”, composta por escala analógica visual, escala numérica e escala verbal, na qual os pacientes registraram o nível de dor no período pós-operatório, na área tratada, nas 2^a, 6^a, 12^a, 24^a e 48^a horas, imediatamente após o término da cirurgia. Enquanto os participantes estavam ainda anestesiados, ao final do procedimento odontológico, receberam treinamento do correto preenchimento da ficha. Para tal, as escalas foram mostradas e os participantes, na presença dos pesquisadores, preencheram, considerando o nível de dor presente naquele momento, que deveria ser de dor ausente.

Na Escala Analógica Visual, o participante deveria marcar com um traço a magnitude de sua dor, em cima de uma linha de 10 cm (onde a extremidade direita representa a pior dor sentida e a extremidade esquerda, nenhuma dor).

Na Escala Numérica, o participante deveria atribuir uma nota à dor sentida no momento, e, na Escala Verbal, o participante deveria marcar, em cada uma das cinco alternativas, aquela que corresponda melhor a sua dor (ausente, fraca, moderada, forte ou muito forte).

Na mesma ficha, também foi registrado o consumo de analgésico (Anexo G).

Para garantir o preenchimento da ficha de controle de dor no período pós-operatório nos horários corretos, o pesquisador registrou, na ficha de cada paciente do grupo 1, quais os horários correspondentes às 2^a, 6^a, 12^a, 24^a e 48^a horas após a cirurgia. No grupo 2 foi deixado em branco.

Os medicamentos eram entregues aos participantes em envelopes de abertura manual não-eletrônica. Os envelopes que armazenavam paracetamol e ibuprofeno eram de cores

diferentes para facilitar a identificação pelos pacientes. As cores também identificavam os campos onde o paciente deveria fazer as anotações sobre o consumo de cada medicamento.

Todos os pacientes foram contatados após 24 horas do procedimento cirúrgico para serem lembrados das anotações referentes ao consumo de medicamento. Ainda, os pacientes foram orientados a levar no momento da remoção da sutura, 14 dias depois, o envelope contendo a ficha de controle de dor pós-operatória, a ficha de consumo de medicamento e as sobras dos medicamentos para fins de contagem. No dia anterior ao retorno do paciente para remoção de sutura, o mesmo era contatado via telefone para ser lembrado de trazer tal envelope. As sobras de medicamentos eram contadas e anotadas. Esta contagem era utilizada como critério de adesão ou não ao tratamento proposto pelo estudo. Neste momento também era preenchida a ficha de eventos adversos, caso ocorressem (Anexo H).

4) Análise dos dados:

Os dados foram digitados, de forma codificada, em banco de dados, por meio do Programa Epi-Data, versão 1.5 e foram analisados em software estatístico – SPSS for Windows, versão 18.0. A unidade amostral utilizada foi o indivíduo.

Foi realizada análise descritiva. Os dados foram expressos como frequência absoluta ou relativa, média e desvio padrão ou mediana e percentis 25 e 75%.

Foi realizada avaliação sobre a normalidade de distribuição dos dados. Para dados com distribuição normal, foram calculados média e desvio padrão. As comparações entre os grupos foram realizadas por meio do teste t de Student para amostras independentes. Para dados com distribuição não normal, foram calculados mediana, percentis 25 e 75, e as comparações entre grupos empregaram o teste de U de Mann-Whitney.

Os dados referentes às variáveis categóricas foram expressos por meio de frequências absolutas e percentuais. As comparações foram realizadas por meio do Teste Qui-quadrado.

Para tais análises, foi considerado o nível de significância de 5%.

3.3 RESULTADOS

Um total de 97 pacientes com indicação de cirurgia periodontal foram avaliados quanto aos critérios de elegibilidade no estudo primário. Deste total, 29 não possuíam os requisitos e foram excluídos. Os outros 68 indivíduos atenderam aos critérios de elegibilidade e aceitaram participar do estudo. Por ser esta uma análise secundária, este estudo analisou apenas dados referentes aos 34 pacientes do grupo de demanda do ensaio clínico randomizado de dois braços.

A tabela 1 mostra características sociodemográficas da presente amostra e referentes ao procedimento cirúrgico. A idade média da amostra foi de 41.2 (\pm 14.31), sendo composta majoritariamente por indivíduos do sexo feminino (67,6%), não- fumantes (79,4%) e com uma escolaridade média de 11 anos (\pm 2.8). Quanto ao tipo de procedimento cirúrgico, 91,2% caracterizaram aumento de coroa clínica e o tempo médio de duração dos procedimentos foi de 1:23 horas (\pm 0:25). Além disso, 76,5% dos casos necessitaram de remoção de tecido ósseo.

Na tabela 2 são apresentados dados relativos à adesão do grupo em esquema de demanda, distribuídos em variáveis sociodemográficas, relacionadas ao procedimento cirúrgico e referentes à questões de ansiedade. Embora se tenha observado maior adesão dos indivíduos não-fumantes (81,8%) em relação aos fumantes, esta não foi estatisticamente diferente dos outros grupos ($P=0,63$). Quanto ao tempo cirúrgico, observou-se maior adesão para procedimentos que duraram menos do que uma hora e meia (68,2%), no entanto, quando comparados aos procedimentos que tiveram duração de uma hora e trinta ou mais, não houve diferença estatisticamente significativa ($P=0,33$). Para a VAS 6h, observou-se maior adesão para os indivíduos com escore de VAS baixa (81,8%), quando comparados com os indivíduos com VAS alta ($P=0,05$). E quanto a ansiedade CDAS, houve maior adesão dos pacientes sem alta ansiedade CDAS (90,9%), sendo estatisticamente significativa quando comparados aos indivíduos com alta ansiedade CDAS ($P=0,007$).

Tabela 1 - Características sociodemográficas, de ansiedade e relativas aos procedimentos cirúrgicos (n=34).

	Total (n = 34)	%
Idade (\pm dp)	41,2 (\pm 14,31)	
Sexo		
Feminino	23	67,6
Escolaridade média em anos (\pm dp)	11 (\pm 2,8)	
Hábito de fumar n (%)		
Não-fumante	24	70,6
Fumante	7	20,6
Ex-fumante	3	8,8
Motivo do acesso n (%)		
Aumento de coroa clínica	31	91,2
Acesso para RAR	3	8,8
Tipo de anestésico n (%)		
Lidocaína	23	67,6
Mepivacaína	8	23,5
Prilocaína	2	5,9
Não-identificado	1	2,9
Tubetes utilizados n (\pm dp)	2,49 (\pm 0,81)	
Remoção tecido ósseo n (%)		
Não	8	23,5
Sim	26	76,5
Tempo de cirurgia (\pm sd)	1:23 (\pm 0:25)	
Lesão de furca n (%)		
Sim	2	5,9
Não	32	94,1
Total Traço (IDATE) IQ ₍₂₅₋₇₅₎	27,5	23-31,2
Total Estado (IDATE) IQ ₍₂₅₋₇₅₎	26	24-30
Total CDAS IQ ₍₂₅₋₇₅₎	8	5-10,5

Tabela 2 - Adesão ao esquema de analgesia de demanda de acordo com sexo, escolaridade, tabagismo, duração da cirurgia, intensidade de dor, traço de ansiedade, estado de ansiedade e ansiedade odontológica (n=34).

Variável	Não-adesão	Adesão	<i>P</i> *
Sexo			
Feminino	9 (75%)	14 (63,6%)	0,49
Masculino	3 (25%)	8 (36,4%)	
Escolaridade			
< 10 anos	4 (33,3%)	4 (18,2%)	0,32
> 10 anos	8 (66,7%)	18 (81,8%)	
Tabagismo			
Fumante	3 (25%)	4 (18,2%)	0,63
Não-fumante	9 (75%)	18 (81,8%)	
Tempo cirúrgico horas (média ± dp)			
< 1h 30min	10 (83,3%)	15 (68,2%)	0,33
> 1h 30min	2 (16,7%)	7 (31,8%)	
VAS 6H			
VAS baixa	6 (50%)	18 (81,8%)	0,05
VAS alta	6 (50%)	4 (18,2%)	
Ansiedade Traço			
Sem alta ansiedade traço	10 (83,3%)	14 (63,3%)	0,22
Com alta ansiedade traço	2 (16,7%)	8 (36,4%)	
Ansiedade Estado			
Sem alta ansiedade estado	11 (91,7%)	15 (68,2%)	0,12
Com alta ansiedade estado	1 (8,3%)	7 (31,8%)	
Ansiedade CDAS			
Sem alta ansiedade CDAS	6 (50%)	20 (90,9%)	0,007
Com alta ansiedade CDAS	6 (50%)	2 (9,1%)	

Teste t para amostras independentes -variáveis: idade e tempo cirúrgico; Teste U de Mann Whitney -variáveis: Ansiedade Traço, Ansiedade Estado e Ansiedade CDAS; Teste de qui-quadrado- variáveis: idade, sexo, osteotomia e tabagismo.

3.4 DISCUSSÃO

Esta análise secundária de um ensaio clínico randomizado teve por objetivo comparar níveis de dor, ansiedade e ansiedade odontológica relacionadas ao consumo de analgésico em um grupo de pacientes que recebeu prescrição analgésica em demanda para o manejo de dor após cirurgia periodontal. Indivíduos com VAS alta tiveram menor adesão ao esquema proposto quando comparados aos indivíduos com VAS baixa, no mesmo sentido, pacientes com alta ansiedade CDAS tiveram menor adesão (9,1%) ao esquema em comparação aos indivíduos com baixa ansiedade CDAS ($P=0,007$).

O presente estudo constatou que os pacientes que obtiveram adesão ao esquema proposto não tinham alta ansiedade traço, estado e CDAS, contrariando estudos como o de Schirmer (2015) que concluiu que a ansiedade influencia na percepção de dor dos indivíduos, Pawlicki (1991) que afirmou que a dor é uma percepção e o medo e ansiedade podem ampliar a percepção da dor, e também de Scott, Clum e Peoples (1983) que afirmaram que ansiedade aumentava a dor pós-operatória. Contudo, nos pacientes sem adesão, a grande minoria apresentava alta ansiedade, sendo estatisticamente relevantes os pacientes sem adesão do índice ansiedade CDAS, em que 50% apresentavam alta ansiedade e 50% não apresentavam. Por isso devemos levar em conta o grande número de pacientes com pouca ansiedade em todos os índices, o que pode ter influenciado o resultado do estudo.

3.5 CONCLUSÕES

A partir dos dados desta análise secundária de um ensaio clínico, é possível concluir que níveis altos de dor pós-operatória e de ansiedade odontológica podem interferir negativamente na adesão de esquema de analgesia pós-operatória com uso de medicamento em esquema de demanda e com medicamento de resgate.

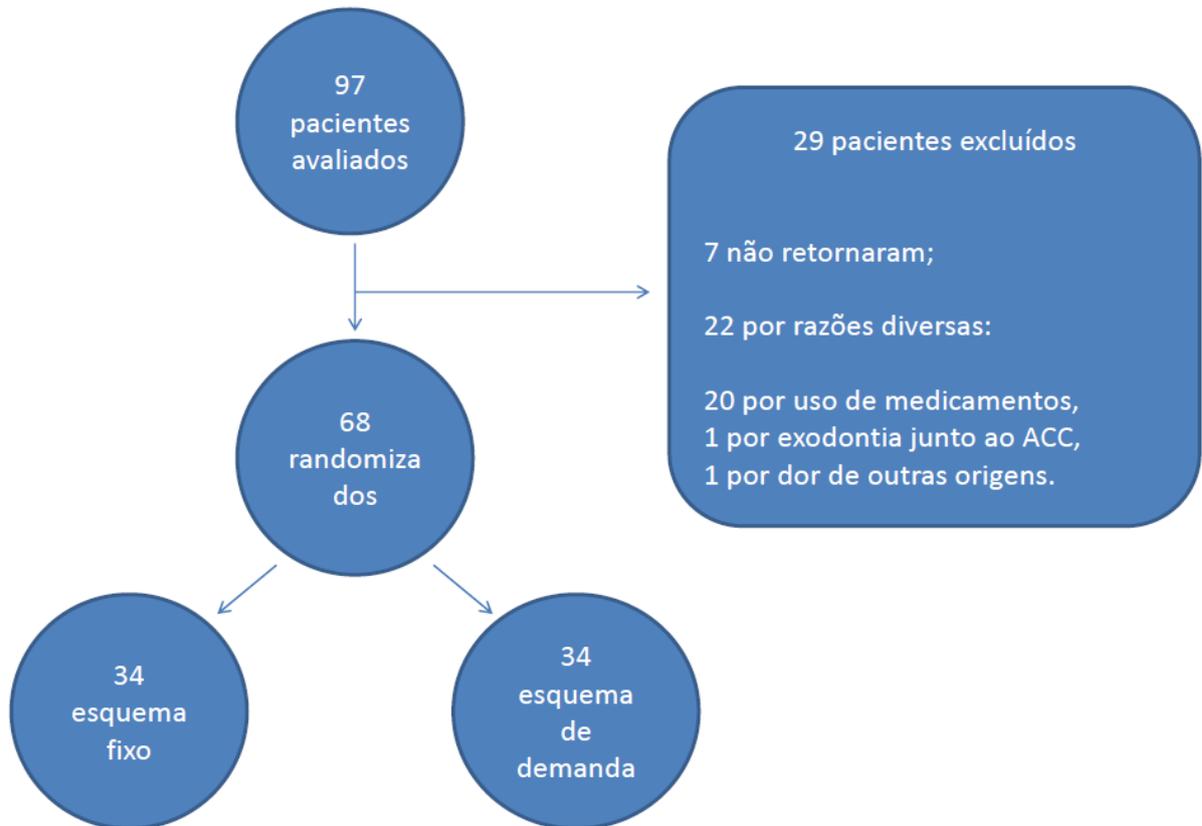


Figura 1 – Fluxograma de randomização dos pacientes e critérios de exclusão.

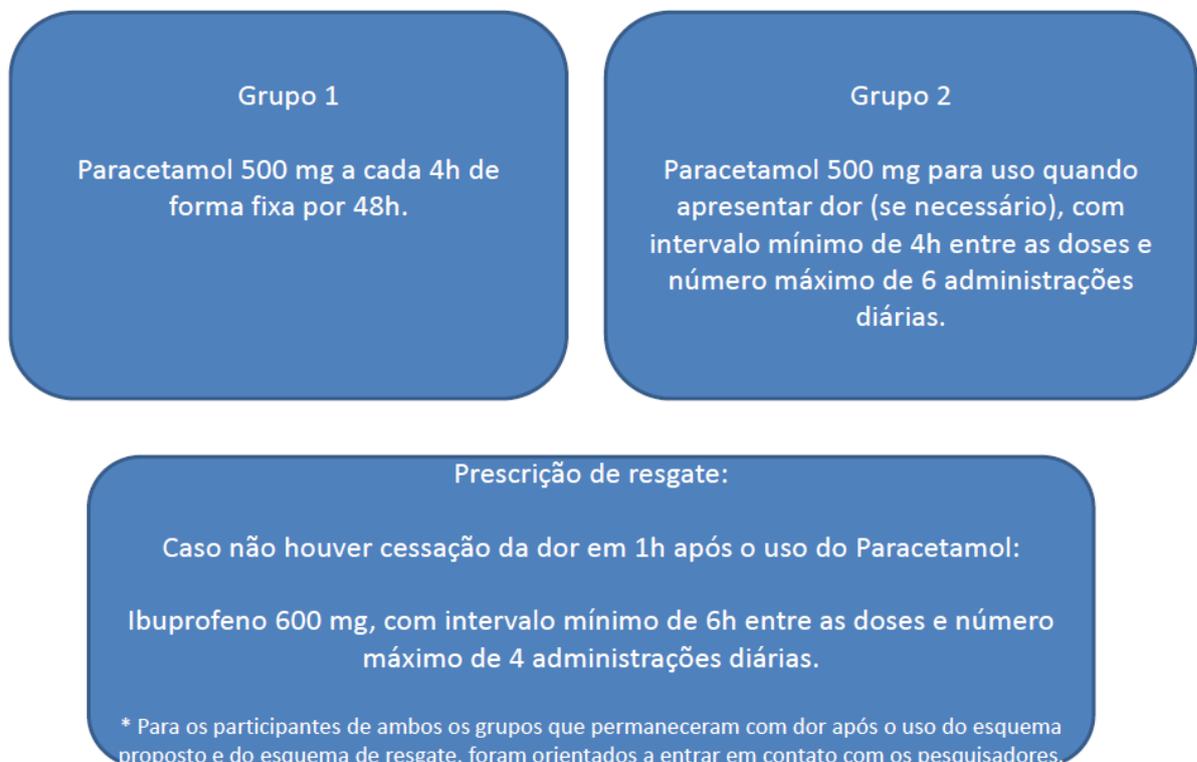


Figura 2 – Esquema de prescrição para esquema fixo, esquema de demanda e de resgate

REFERÊNCIAS

- BADNER, N. H. et al. Preoperative anxiety: detection and contributing factors. **CAN. J. ANAESTH.**, London, v. 4, no. 37, p. 444-447, 1990.
- BIAGGIO, A. M. B.; NATALÍCIO, L.; SPIELBERGER, C. D. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), de Spielberger. **Arq. Bras. Psic. Apl.**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 29, p.31-44, jul./set. 1977.
- CANAKÇI, C. F.; CANAKÇI, V. Pain experienced by patients undergoing different periodontal therapies. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 138, no. 12, p. 1563-1573, Dec. 2007.
- CAVASSIM, R. et al. Avaliação da intensidade de dor pós-operatória em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos periodontais: correlação entre diferentes escalas. **Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v. 9, n. 3, p. 37-44, set./dez. 2003.
- CORAH, N. L. Development of a dental anxiety scale. **J. Dent. Res.**, Chicago, v. 48, no. 4, p. 596, July/Aug. 1969.
- CURTIS, J. W. J.; MCLAIN, J. B.; HUTCHINSON, R. A. The incidence and severity of complications and pain following periodontal surgery. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 56, no. 10, p. 597-601, Oct. 1985.
- DEAS, D. E. et al. Osseous surgery for crown lengthening: a 6-month clinical study. **J. Periodontol.**, Lackland Air Force Base, v. 75, no. 9, p. 1288-1294, Sept. 2005.
- DERRY, S.; KARLIN, S. M.; MOORE, R. A. Single dose oral ibuprofen plus codeine for acute postoperative pain in adults (review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2015.
- ERSKINE, A.; WIFFEN, P. J.; CONLON, J. A. As required versus fixed schedule analgesic administration for postoperative pain in children. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], no. 2, 2015. DOI: 10.1002/14651858.CD011404.pub2.
- FARDAL, O.; JOHANNESSEN, A. C.; LINDEN, G. J. Patient perceptions of periodontal therapy completed in a periodontal practice. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 73, no. 9, p. 1060-1066, Sept. 2002.
- FATTAH, C. M. R. S. et al. Controle da dor pós-operatória em cirurgia bucal: revisão de literatura. **Rev. Odontol. Araçatuba**, Araçatuba, v. 26, n. 2, p. 56-62, jul./dez. 2005
- FIORAVANTI, A. C. M. et al. Avaliação da estrutura fatorial da Escala de Ansiedade-Traço do IDATE. **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 217-224, dez. 2006.
- GENCO, R. J.; COHEN, D. W.; GOLDMAN, H. M. **Periodontia contemporânea**. São Paulo: Liv. Santos, 1996. 726 p.

HU, L.W.; GORENSTEIN, C.; FUENTES, D. Portuguese version of Corah's Dental Anxiety Scale: transcultural adaptation and reliability analysis. **Depress. Anxiety**, New York, v. 7, no. 24, p. 467-471, 2007.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). **Pain**, 2017. Disponível em: <<https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#backtotop>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

KAIPPER, M. B. et al. Evaluation of the structure of brazilian state-trait anxiety inventory using a rasch psychometric approach. **J. Psychosom. Res.**, London, v. 68, no. 3, p. 223-233, Mar. 2010.

MANIGLIA-FERREIRA, C. et al. Ansiedade odontológica: nível, prevalência e comportamento. **RBPS.**, Fortaleza, v. 17, n. 2, p. 51-55, 2004.

MEI, C. C.; LEE, F. Y.; YEH, H. C. Assessment of pain perception following periodontal and implant surgeries. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, v. 43, no. 12, p. 1151-1159, Dec. 2016.

ONG, C. K. S.; SEYMOUR, R. A. An evidence-based update of the use of analgesics in dentistry. **Periodontol.** 2000, Copenhagen, v. 46, p. 143-164, Apr. 2008.

PAWLICKI, R. E. Psychological/behavioral techniques in managing pain and anxiety in the dental patient. **Anesth. Prog.**, Chicago, v. 38, no. 4/5, p. 120-127, July/Oct. 1991.

PERETZ, B.; MOSHONOV, J. Dental anxiety among patients undergoing endodontic treatment. **J. Endod.**, New York, v. 24, no. 6, p. 435-437, June 1998.

PETRY, P. C. et al. Ansiedade do Paciente Idoso Frente ao Tratamento Odontológico. **RGO.**, Porto Alegre, v. 54, n. 2, p. 191-194, abr./jun. 2006.

PONTORIERO, R.; CARNEVALE, G. Surgical crown lengthening: a 12-month clinical wound healing study. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 72, no. 7, p. 841-848, July 2001.

POSSOBON, R. F. et al. O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 609-616, set./dez. 2007.

SCHIRMER, C. **Dor e seus fatores preditores após tratamento periodontal não cirúrgico.** 2015, 35 f. Dissertação (mestrado) – Curso de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

SCHIRMER, C. et al. Factors associated with pain and analgesic consumption following non-surgical periodontal therapy under local anaesthesia and carried out by dental students. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, v. 45, no. 1, p. 68-77, Jan. 2018.

SCOTT, L. E.; CLUM, G. A.; PEOPLES, J. B. Preoperative predictors of postoperative pain. **Pain**, Amsterdam, v. 15, no. 3, p. 283-293, Mar. 1983.

SINGH, K. A.; MORAES, A. B. A.; BOVI AMBROSANO, G. M. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. **Pesqui. Odont. Bras.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 131-136, abr./jun. 2000.

SIVIERO, M.; NHANI, V. T.; PRADO, E. F. G. B. Análise da ansiedade como fator preditor de dor aguda em pacientes submetidos a exodontias ambulatoriais. **Rev. Odontol. UNESP**, Araraquara, v. 37, n. 4, p. 329-336, out./dez. 2008.

TAN, W. C. et al. Patient-reported outcome measures after routine periodontal and implant surgical procedures. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, v. 41, no. 6, p. 618-624, Feb. 2014.

VETTORE, M. et al. The influence of stress and anxiety on the response of non-surgical periodontal treatment. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, v. 32, no. 12, p. 1226-1235, Dec. 2005.

WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. **Farmacologia clínica para dentistas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 545 p.

4 CONCLUSÃO

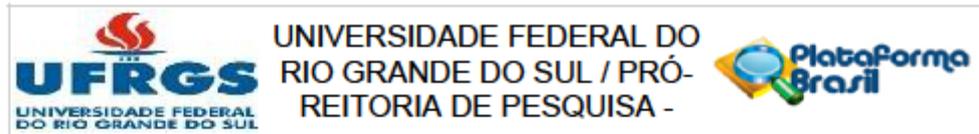
A partir dos dados desta análise secundária de um ensaio clínico, é possível concluir que níveis altos de dor pós-operatória e de ansiedade odontológica podem interferir negativamente na adesão de esquema de analgesia pós-operatória com uso de medicamento em esquema de demanda e com medicamento de resgate.

REFERÊNCIAS

- BADNER, N. H. et al. Preoperative anxiety: detection and contributing factors. **Can. J. Anaesth.**, London, v. 4, no. 37, p. 444-447, 1990.
- BIAGGIO, A. M. B.; NATALÍCIO, L.; SPIELBERGER, C. D. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), de Spielberger. **Arq. Bras. Psic. Apl.**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 29, p.31-44, jul./set. 1977.
- CANAKÇI, C. F.; CANAKÇI, V. Pain experienced by patients undergoing different periodontal therapies. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 138, no. 12, p. 1563-1573, Dec. 2007.
- CAVASSIM, R. et al. Avaliação da intensidade de dor pós-operatória em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos periodontais: correlação entre diferentes escalas. **Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v. 9, n. 3, p. 37-44, set./dez. 2003.
- CORAH, N. L. Development of a dental anxiety scale. **J. Dent. Res.**, Chicago, v. 48, no. 4, p. 596, July/Aug. 1969.
- CURTIS, J. W. J.; MCLAIN, J. B.; HUTCHINSON, R. A. The incidence and severity of complications and pain following periodontal surgery. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 56, no. 10, p. 597-601, Oct. 1985.
- DEAS, D. E. et al. Osseous surgery for crown lengthening: a 6-month clinical study. **J. Periodontol.**, Lackland Air Force Base, v. 75, no. 9, p. 1288-1294, Sept. 2005.
- ERSKINE, A.; WIFFEN, P. J.; CONLON, J. A. As required versus fixed schedule analgesic administration for postoperative pain in children. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], no. 2, 2015.doi: 10.1002/14651858.CD011404.pub2.
- FARDAL, O.; JOHANNESSEN, A. C.; LINDEN, G. J. Patient perceptions of periodontal therapy completed in a periodontal practice. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 73, no. 9, p. 1060-1066, Sept. 2002.
- FATTAH, C. M. R. S. et al. Controle da dor pós-operatória em cirurgia bucal: revisão de literatura. **Rev. Odontol. Araçatuba**, Araçatuba, v. 26, n. 2, p. 56-62, jul./dez. 2005
- FIORAVANTI, A. C. M. et al. Avaliação da estrutura fatorial da Escala de Ansiedade-Traço do IDATE. **Aval. Psicol.**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 217-224, dez. 2006.
- GENCO, R. J.; COHEN, D. W.; GOLDMAN, H. M. **Periodontia contemporânea**. São Paulo: Liv. Santos, 1996. 726 p.
- HU, L.W.; GORENSTEIN, C.; FUENTES, D. Portuguese version of Corah's Dental Anxiety Scale: transcultural adaptation and reliability analysis. **Depress. Anxiety**, New York, v. 7, no. 24, p. 467-471, 2007.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). **Pain**. [S.l.], 2017. Disponível em: <<https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#backtotop>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

- KAIPPER, M. B. et al. Evaluation of the structure of brazilian state-trait anxiety inventory using a rasch psychometric approach. **J. Psychosom. Res.**, London, v. 68, no. 3, p. 223-233, Mar. 2010.
- MANIGLIA-FERREIRA, C. et al. Ansiedade odontológica: nível, prevalência e comportamento. **RBPS.**, Fortaleza, v. 17, n. 2, p. 51-55, 2004.
- ONG, C. K. S.; SEYMOUR, R. A. An evidence-based update of the use of analgesics in dentistry. **Periodontol.** 2000, Copenhagen, v. 46, p. 143-164, Apr. 2008.
- PAWLICKI, R. E. Psychological/behavioral techniques in managing pain and anxiety in the dental patient. **Anesth. Prog.**, Chicago, v. 38, no. 4/5, p. 120-127, July/Oct. 1991.
- PERETZ, B.; MOSHONOV, J. Dental anxiety among patients undergoing endodontic treatment. **J. Endod.**, New York, v. 24, no. 6, p. 435-437, June 1998.
- POSSOBON, R. F. et al. O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 609-616, set./dez. 2007.
- SCHIRMER, C. **Dor e seus fatores preditores após tratamento periodontal não cirúrgico.** 2015, 35 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.
- SCOTT, L. E.; CLUM, G. A.; PEOPLES, J. B. Preoperative predictors of postoperative pain. **Pain**, Amsterdam, v. 15, no. 3, p. 283-293, Mar. 1983.
- TAN, W. C. et al. Patient-reported outcome measures after routine periodontal and implant surgical procedures. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, v. 41, no. 6, p. 618-624, Feb. 2014.
- WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. **Farmacologia clínica para dentistas.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 545 p.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dor e consumo de analgésico após tratamento periodontal cirúrgico

Pesquisador: Patricia Weidlich

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38637714.2.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 938.434

Data da Relatoria: 17/12/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa relacionado ao controle da dor após a realização de cirurgias das gengivas e demais tecidos de suporte dos dentes (cirurgia periodontal).

Objetivo da Pesquisa:

Comparar a eficácia, por meio de escores de dor e padrão de consumo, de dois esquemas analgésicos, prescritos para pacientes portadores de periodontite, submetidos a tratamento cirúrgico periodontal. Serão avaliadas, ainda, a segurança, por meio da avaliação de frequência e gravidade de reações adversas, dos referidos esquemas e a eventual associação entre padrões de dor e resposta analgésica com níveis de ansiedade.

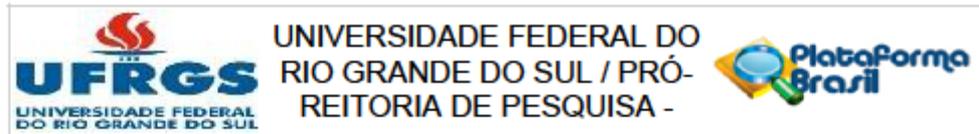
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos relacionados a realização do estudo foram considerados de forma apropriada e foram adotadas medidas para minimizá-los. As ponderações a respeito dos benefícios foram devidamente apresentadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será realizado ensaio clínico randomizado, controlado pela prescrição de paracetamol em esquema de demanda. Serão incluídos no estudo 68 pacientes adultos, de ambos os gêneros, portadores de periodontite, com indicação de tratamento periodontal cirúrgico. Serão considerados elegíveis pacientes submetidos a acesso cirúrgico ao biofilme subgengival e aumento de coroa clínica,

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farrupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 938.434

tendo em vista que estas cirurgias são realizadas rotineiramente na clínica odontológica, envolvem semelhantes técnicas operatórias e têm similares eventos esperados no período pós-operatório. Tais pacientes serão tratados nos Ambulatórios de Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Previamente ao início do procedimento periodontal, responderão ao Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e à Escala de Ansiedade Dental de Corah (EADC). Será registrado o nível basal de dor, por meio de Escala Analógica Visual (EAV), Escala Numérica e Escala Verbal de Dor. Ao término da cirurgia, os pacientes serão orientados sobre o preenchimento da Ficha de Controle de Dor Pós-operatória, que deverá ser realizado ao longo dos tempos previamente estabelecidos pela pesquisa. As avaliações deverão ser realizadas nas 2ª, 6ª, 12ª, 24ª e 48ª

horas após o procedimento. Aquela Ficha será composta por três instrumentos – EAV, Escalas Numérica e Verbal de Dor. Além disso, nela também constará espaço para anotação de consumo de analgésico, especificando momento da administração, e de eventuais reações adversas. Os pacientes receberão alocados, aleatoriamente, em um de dois grupos. O grupo considerado controle receberá prescrição de paracetamol, em

esquema de demanda ("se necessário"), para o período pós-operatório. Caso o paciente apresente dor, poderá usar, por via oral, dose de 1 g, a intervalo de, no mínimo, 6 horas, por 2 dias. O outro grupo receberá prescrição de paracetamol, em esquema de doses fixas, para o período pósoperatório.

O paciente deverá usar, por via oral, dose de 1 g, a cada 6 horas, por 2 dias, independentemente de apresentar dor ou não. Se o esquema estabelecido não se mostrar eficaz, o paciente será orientado a contatar os pesquisadores, para reavaliação da analgesia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto, Parecer da COMPESQ/Odontologia, TCLE, ficha de coleta de dados, cálculo de tamanho amostral, formulário para registro de efeitos adversos foram devidamente apresentados.

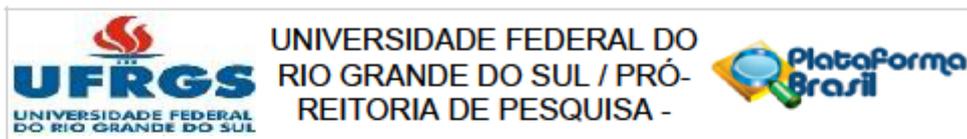
Recomendações:

Considerando que o projeto apresentado atende às recomendações das normativas vigentes no que diz respeito à Ética em pesquisa, o parecer é favorável à aprovação do mesmo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a acrescentar.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farrupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 938.434

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovação.

PORTO ALEGRE, 26 de Janeiro de 2015

Assinado por:

MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
FICHA DE CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Nome: _____ Idade: _____ Data: _____

O paciente apresenta:

- | | |
|---|---|
| 1. Gengivite tratada? | (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não |
| 2. Necessidade de RASUB? | (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não |
| 3. Área com pelo menos 2 sítios em
2 dentes distintos com PS > 5 mm? | (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não |

O paciente usa:

- | | |
|------------------------|---|
| 1. Analgésico? | (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não |
| 2. Antimicrobiano? | (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não |
| 3. Anti-inflamatório? | (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não |
| 4. Relaxante muscular? | (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não |

O paciente:

- | | |
|--|--|
| 1. Possui alguma doença sistêmica com sintoma de dor crônica ou aguda? | (<input type="checkbox"/>) Sim. Qual? _____ (<input type="checkbox"/>) Não |
| 2. Já realizou tratamento periodontal? | (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não |

O paciente é elegível para o estudo? () Sim () Não

ANEXO C
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós gostaríamos de convidar você a participar de um estudo que estamos realizando, chamado “Níveis de dor em pacientes submetidos a terapia periodontal cirúrgica”. Este trabalho busca estabelecer o nível de dor que as pessoas sentem depois de receber uma cirurgia na gengiva. Com as informações que forem obtidas, poderemos dar novas informações aos dentistas e aos pacientes que precisam receber este tipo de tratamento das gengivas, sobre qual será o remédio e a forma mais indicada para usá-lo depois desta cirurgia.

Caso decida por participar do estudo, você receberá remédio para tratar a dor que poderá ter depois da cirurgia. O remédio que irá usar é o paracetamol, bastante conhecido para tratar dor e febre. Algumas doses desse tratamento vão ser usadas em horários fixos. As outras doses serão usadas apenas quando você tiver dor. Os horários e como você deve usar cada comprimido desse tratamento estarão bem explicados e anotados na receita que você vai receber.

Você também responderá a um questionário com perguntas sobre idade, hábito de fumar, até onde você estudou, presença de doenças, remédios que você usa todos os dias e perguntas sobre ansiedade na sua vida e ansiedade quando você está em consulta com o dentista.

No final do atendimento com o dentista, você receberá a receita e os remédios para dor que deve usar. Receberá uma ficha, em que deverá anotar a intensidade da sua dor, nas horas que forem marcadas. Se precisar usar remédio a mais, além daquele que está na receita, você também poderá anotar nesta ficha.

Os possíveis benefícios de sua participação no estudo serão o recebimento da medicação para dor, para ser usada depois da sua cirurgia. Além disso, com a sua participação no estudo, você estará colaborando para que outros dentistas e pacientes que realizarem esta cirurgia de gengiva conheçam qual é o melhor remédio e a melhor forma de usá-lo, para prevenir a dor.

O desconforto associado à participação no estudo é o tempo que você precisará usar para responder as questões, tanto aqui (que será de mais ou menos 15 min), quanto depois em casa. Os riscos relacionados ao estudo são aqueles decorrentes da cirurgia que foi feita na suas gengivas: sangramento, inchaço na região operada e aumento temporário da sensibilidade

com alimentos frios e gelados. Há a possibilidade de você sentir dor, mesmo com o uso da medicação que lhe será entregue. Para evitar que isto ocorra, você vai receber também uma receita, com um outro medicamento, para ser usado quando sentir dor, mesmo usando o primeiro remédio que já foi receitado a você. Além disso, você terá um telefone para fazer contato com os pesquisadores (Celular 92 45 07 00) e agendar pronto atendimento caso qualquer um destes eventos ocorrer.

Se você decidir participar, as suas respostas serão anotadas sem a sua identificação, pois os questionários e as fichas serão numerados e codificados.

Não haverá qualquer custo associado à sua participação, assim como não haverá nenhum tipo de pagamento pela participação no estudo. Caso você permaneça com dor mesmo depois de usar os remédios que foram receitados, você ligará para os pesquisadores e será agendada nova consulta. Neste caso, você será ressarcido com o valor correspondente a 4 passagens de ônibus de Porto Alegre para vir a essa consulta e a outra consulta de reavaliação com os pesquisadores.

Se você tiver alguma dúvida, pode perguntar antes e durante o curso da pesquisa, através de contato com a pesquisadora responsável, a Profa. Patricia Weidlich, pelo telefone 3308 5318, ou com o Comitê de Ética da UFRGS, pelo telefone 3308-3738.

Você poderá se retirar do estudo em qualquer momento, se assim o desejar, sem qualquer prejuízo para seguimento do seu tratamento na Faculdade de Odontologia da UFRGS.

O presente documento terá duas vias. Uma será entregue a você, e a outra será mantida pelo grupo de pesquisadores.

_____ (Assinatura)

Pesquisador: _____

_____ (Assinatura)

Participante: _____

Data: _____

Pesquisadora responsável: Profa. Patrícia Weidlich – fone 3308 5318

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 - Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Cento-Porto Alegre/RS

Telefones: 3308-3738

Lesões de furca na área operada: Sim Não

Qual o motivo do procedimento cirúrgico?

aceso cirúrgico ao biofilme subgingival aumento de coroa clínica

Houve remoção de tecido ósseo durante a cirurgia?

sim não

Existiram modificações da técnica cirúrgica original?

sim não

Se sim, quais ? _____

Você fuma? sim não ex-fumante

Há quanto tempo fuma (em anos)? _____

Há quanto parou de fumar (em anos)? _____

Quantos cigarros você fuma por dia? _____

Você tem dentes que doem quando ingere algum alimento ou bebida gelada ou doce?

sim não

Se sim, quando isso começou?

- Antes do tratamento de gengiva
- Durante o tratamento de gengiva
- Após o tratamento da gengiva

Avaliação dos níveis basais de dor

1.O Sr(a) deverá marcar, na linha abaixo, o quanto sente de dor neste momento, no local onde foi feita a raspagem?

Sem dor _____ Pior dor que sentiu

2. Numa escala de 0 a 10, onde 0 corresponde a nenhuma dor e 10 à pior dor já sentida, qual a dor que o Sr(a) está sentindo neste momento, no local onde foi feita a raspagem?

Nota da dor: _____

3. Qual das opções abaixo melhor explica a dor que o senhor está sentindo neste momento, no local onde foi feita a raspagem?

ausente (sem dor) fraca moderada forte muito forte

4. Fez uso de algum medicamento para dor? sim não

ANEXO E
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
ESCALA DE ANSIEDADE DENTAL

Número de identificação no projeto: _____

Prontuário: _____

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 do que o dentista me faria.

2) Quando você está 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 F
IDATE – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO
QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO IDATE (PARTES I e II)

INSTRUÇÕES:

Nas páginas seguintes, há dois questionários para você responder. Trata-se de algumas afirmações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Não há respostas certas ou erradas. Leia com toda atenção cada uma das perguntas da parte I e assinale, com um círculo, um dos números (1, 2, 3 ou 4), à direita.

PARTE I – IDATE ESTADO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO	
Muitíssimo ---- 4	Bastante ---- 3
Um pouco ---- 2	Absolutamente não ---- 1
1 – Sinto-me calmo	1 2 3 4
2 – Sinto-me seguro	1 2 3 4
5 – Sinto-me à vontade	1 2 3 4
6 – Sinto-me perturbado	1 2 3 4
7 – Estou perturbado com possíveis infortúnios	1 2 3 4
8 – Sinto-me descansado	1 2 3 4
11 – Sinto-me confiante	1 2 3 4
13 – Estou agitado	1 2 3 4
14 – Sinto-me uma pilha de nervos	1 2 3 4
16 – Sinto-me satisfeito	1 2 3 4
17 – Estou preocupado	1 2 3 4
18 – Sinto-me confuso	1 2 3 4
19 – Sinto-me alegre	1 2 3 4
Os itens em negrito são as perguntas de caráter positivo do IDATE-estado.	
Para as questões 6, 7 e 18: 1=1; 2 e 3 = 2 e 4=4.	

PARTE II – IDATE TRAÇO

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente geralmente.

AVALIAÇÃO				
Quase sempre --- 4	Frequentemente --- 3	Às vezes --- 2	Quase nunca --- 1	
1 – Sinto-me bem				1 2 3 4
2 – Canso-me facilmente				1 2 3 4
5 – Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente....				1 2 3 4
7 – Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo				1 2 3 4
8 – Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver.....				1 2 3 4
9 – Preocupo-me demais com as coisas sem importância				1 2 3 4
10 – Sou feliz				1 2 3 4
12 – Não tenho muita confiança em mim mesmo				1 2 3 4
16 – Estou satisfeito				1 2 3 4
17 – Ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupado..				1 2 3 4
18 – Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça				1 2 3 4
20 – Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento				1 2 3 4
Os itens em negrito são as perguntas de caráter positivo do IDATE-traço				
Para as questões 1, 10 e 16: 1=1; 2 e 3=2 e 4=4				

ANEXO G
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Número de identificação no projeto: _____

Prontuário: _____

Data: _____

<p>Dia: _____ Hora: _____</p> <p>1.O Sr(a) deverá marcar, na linha abaixo, o quanto sente de dor neste momento, no local onde foi feita a raspagem?</p> <p>Sem dor _____ Pior dor que sentiu _____</p> <p>2. Numa escala de 0 a 10, onde 0 corresponde a nenhuma dor e 10 à pior dor já sentida, qual a dor que o Sr(a) está sentindo neste momento, no local onde foi feita a raspagem?</p> <p>Nota da dor: _____</p> <p>3.Qual das opções abaixo melhor explica a dor que o senhor está sentindo neste momento, no local onde foi feita a raspagem?</p> <p>() ausente (sem dor) () fraca () moderada () forte () muito forte</p> <p>4.Fez uso de algum medicamento para dor? () sim () não</p> <p>Qual o nome? _____ Que horas tomou? _____</p>
<p>Dia: _____ Hora: _____</p> <p>1.O Sr(a) deverá marcar, na linha abaixo, o quanto sente de dor neste momento, no local onde foi feita a raspagem?</p> <p>Sem dor _____ Pior dor que sentiu _____</p> <p>2. Numa escala de 0 a 10, onde 0 corresponde a nenhuma dor e 10 à pior dor já sentida, qual a dor que o Sr(a) está sentindo neste momento, no local onde foi feita a raspagem?</p> <p>Nota da dor: _____</p> <p>3.Qual das opções abaixo melhor explica a dor que o senhor está sentindo neste momento, no local onde foi feita a raspagem?</p> <p>() ausente (sem dor) () fraca () moderada () forte () muito forte</p> <p>4.Fez uso de algum medicamento para dor? () sim () não</p>

Qual o nome? _____ Que horas tomou? _____

Dia: _____ Hora: _____

1.O Sr(a) deverá marcar, na linha abaixo, o quanto sente de dor neste momento, no local onde foi feita a raspagem?

Sem dor _____ Pior dor que sentiu

2. Numa escala de 0 a 10, onde 0 corresponde a nenhuma dor e 10 à pior dor já sentida, qual a dor que o Sr(a) está sentindo neste momento, no local onde foi feita a raspagem?

Nota da dor: _____

3.Qual das opções abaixo melhor explica a dor que o senhor está sentindo neste momento, no local onde foi feita a raspagem?

() ausente (sem dor) () fraca () moderada () forte () muito forte

4.Fez uso de algum medicamento para dor? () sim () não

Qual o nome? _____ Que horas tomou? _____

Dia: _____ Hora: _____

1.O Sr(a) deverá marcar, na linha abaixo, o quanto sente de dor neste momento, no local onde foi feita a raspagem?

Sem dor _____ Pior dor que sentiu

2. Numa escala de 0 a 10, onde 0 corresponde a nenhuma dor e 10 à pior dor já sentida, qual a dor que o Sr(a) está sentindo neste momento, no local onde foi feita a raspagem?

Nota da dor: _____

3.Qual das opções abaixo melhor explica a dor que o senhor está sentindo neste momento, no local onde foi feita a raspagem?

() ausente (sem dor) () fraca () moderada () forte () muito forte

4.Fez uso de algum medicamento para dor? () sim () não

Qual o nome? _____ Que horas tomou? _____

Dia: _____ Hora: _____

1.O Sr(a) deverá marcar, na linha abaixo, o quanto sente de dor neste momento, no local onde foi feita a raspagem?

Sem dor _____ Pior dor que sentiu

2. Numa escala de 0 a 10, onde 0 corresponde a nenhuma dor e 10 à pior dor já sentida, qual a dor que o Sr(a) está sentindo neste momento, no local onde foi feita a raspagem?

Nota da dor: _____

3.Qual das opções abaixo melhor explica a dor que o senhor está sentindo neste momento, no local onde foi feita a raspagem?

() ausente (sem dor) () fraca () moderada () forte () muito forte

4.Fez uso de algum medicamento para dor? () sim () não

Qual o nome? _____ Que horas tomou? _____

ANEXO H - FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS (EA)

Indivíduo (número no estudo):	
Descrição do EA	
Data de início	
Medidas adotadas	
Data de resolução	
Resultado	
Gravidade	
Seriedade	
Relacionamento com a medicação em estudo	
Ações tomadas	