UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ÂNGELA CAROLINE NARDI BITTARELLO

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

Porto Alegre
2012

ÂNGELA CAROLINE NARDI BITTARELLO

DOR E CONSUMO DE ANALGÉSICO APÓS RASPAGEM E ALISAMENTO RADICULAR SUBGENGIVAL E SUA RELAÇÃO COM ANSIEDADE 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 a obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Profa. Dra. Patricia Weidlich

Porto Alegre
2012

CIP – Catalogação na Publicação

Bittarello, Ângela Caroline Nardi
Dor e consumo de analgésico após raspagem e alisamento radicular subgengival e sua relação com ansiedade pré operatória / Ângela Caroline Nardi Bittarello. – 2012.
40 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, 2012.

Orientador: Patrícia Weidlich

1. Debridamento periodontal não cirúrgico. 2. Doenças periodontais. 3. Alisamento radicular. I. Weidlich, Patrícia II. Título.

Elaborada por Eloisa Futuro Pfitscher – CRB-10/598

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UFRGS Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RASUB Raspagem e alisamento radicular subgengival

EAV Escala Analógica Visual

EN Escala Numérica

EV Escala Verbal

EADC Escala de Ansiedade Dental de Corah

IDATE Inventário de ansiedade Traço-Estado

PS Profundidade de sondagem

PI Perda de inserção

HD Hipersensibilidade dentinária

RESUMO

BITTARELLO, Ângela Caroline Nardi. **Dor e consumo de analgésico após raspagem e alisamento radicular subgengival e sua relação com ansiedade pré-operatória**. 2012. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

Este estudo longitudinal observacional tem por objetivo avaliar dor, ansiedade pré-operatória e uso de medicação analgésica no período pós-operatório em pacientes portadores de periodontite submetidos a tratamento periodontal não-cirúrgico. Trinta e nove pacientes portadores de periodontite e com indicação de raspagem e alisamento radicular subgengival (RASUB) foram tratados por alunos do curso de graduação ou de pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Previamente ao início do procedimento, os pacientes responderam ao Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e à Escala de Ansiedade Dental de Corah (EADC) e preencheram a ficha de controle de dor para registro do nível de dor basal. Ao término da RASUB, os pacientes foram orientados a preencher a Ficha de Controle de Dor do Período Pós-operatório, composta por três instrumentos para medir dor - Escala Analógica Visual (EAV), Escala Numérica (EN) e Escala Verbal (EV). Dados sobre uso, tipo e horário da medicação foram coletados também nesta ficha. O paciente recebeu prescrição para uso de paracetamol em esquema de demanda. As avaliações foram realizadas na 2ª, 6ª, 12ª, 24ª e 48ª horas após a RASUB. As maiores medianas de dor foram reportadas para 2 e 6 horas do período pós operatório para os três instrumentos utilizados para mensurar dor, e após 24 horas obteve-se mediana zero para as três escalas. Dezenove pacientes (48,7%) fizeram uso de analgésico em algum dos momentos observados após a RASUB, e o consumo de analgésico foi significativamente maior até 12 horas (p=0,014). Indivíduos com escore mais elevados para IDATE apresentaram tendência a relatar maiores escores de dor ao longo de todos períodos observados. Pode-se concluir que o procedimento de RASUB gera dor de intensidade leve com maior expressão clínica até as 6 horas do período pós- operatório e que a maior frequencia de uso de analgésicos ocorre até 12 horas após o procedimento.

Palavras-chave: Debridamento periodontal não cirúrgico. Doenças periodontais. Alisamento radicular.

ABSTRACT

BITTARELLO, Ângela Caroline Nardi. **Pain and analgesic consumption after subgengival scaling and root planning snd its relation with pre operative anxiety.** 2012. 40 f. Final Paper (Graduation in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

This longitudinal and observational study has the objective to evaluate pain, preoperative anxiety and consumption of analgesic in the postoperative period from patients with periodontitis who underwent to non-surgical periodontal treatment. Thirty-nine patients with periodontitis and in need 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 State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Corah's Dental Anxiety Scale (DAS) and filled out the registration form for basal pain. At the end of the SSRP, patients were instructed to fill out the registration form for postoperative pain, consisting of three instruments to measure pain - Visual Analog Scale (VAS), Numerical Scale (NS) and Verbal Scale (VS). Data about medication usage, time and type of medication were also registered in this form. The patients received prescription to use paracetamol for optional use in the postoperative period. Evaluations were made on the 2nd, 6th, 12th, 24th and 48th hours after SSRP. Higher medians were reported at the 2^{nd} and the 6^{th} hours of the postoperative period for the three sclaes used to quantify pain and after the 24^{th} hour all the scales had median equal to zero. Nineteen patients (48.7%) used analgesic at least once in the postoperative period after SSRP and the consumption of analgesic was significantly higher until the 12^{th} hour of the postoperative period ($p=0.014$). Individuals with higher scores for STAI had the tendency to report higher pain scores for all observed periods. It can be concluded that SSRP provokes pain of mild intensity with higher clinical expression until the 6^{th} hour of the postoperative period and higher frequency of analgesic consumpting occurs until the 12^{th} hour after the procedure.

Keywords: Periodontal debridement non-surgical. Periodontal diseases. Root planning.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 6

2 OBJETIVO 12

3 MATERIAIS E MÉTODOS 13

4 RESULTADOS 17

5 DISCUSSÃO 21

6 REFERÊNCIAS 23

APÊNDICE A - FICHA DE CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE 27

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 28

APÊNDICE C – DADOS PESSOAIS E DADOS CLÍNICOS 29

APÊNDICE D – FICHA DE DOR E CONSUMO DE ANALGÉSICO 30

ANEXO A – ESCALA DE ANSIEDADE DENTAL DE CORAH 33

ANEXO B – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO 34

ANEXO C – PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA 36

ANEXO D – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFRGS 37

ANEXO E – CARTA DE ADENDO AO PROJETO E PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFRGS 38

1 INTRODUÇÃO

Doença Periodontal

A periodontite é uma doença infecciosa crônica e progressiva que afeta a gengiva, ligamento periodontal e osso ao redor dos dentes[1]. É caracterizada pela inflamação dos tecidos de sustentação frente à presença de biofilme subgengival, o que resulta em destruição do periodonto de inserção[1, 2, 3].

De acordo com a Academia Americana de Periodontia[4], a periodontite crônica afeta a maioria dos adultos no mundo. No Brasil, o estudo de Porto Alegre demonstrou que periodontite moderada afeta mais da metade (64%) de adultos na faixa etária de 30 a 39 anos. Tanto a prevalência quanto a extensão de doença aumenta nas faixas etárias subsequentes, de forma que 92% dos indivíduos na sexta década de vida apresentam periodontite moderada em 75% dos dentes presentes[5].

A terapia periodontal não-cirúrgica é o procedimento de escolha para tratar pacientes com periodontite[6], sendo que esta forma de terapia periodontal é efetiva não somente para tratar a infecção periodontal, mas também responde por menores taxas de perdas dentárias em estudos longitudinais[7]. Este tratamento é realizado sob anestesia local e consiste na instrumentação manual da superfície radicular para remoção de 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 paciente[10]. Assim, a capacidade de oferecer este tipo de procedimento com o mínimo de desconforto aumenta a adesão ao tratamento periodontal[11]. 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 anti-inflamatórios ou mesmo 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 Dor[13]. Pressupõe-se então 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 à 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 dolorosa[13]. Dentre eles, cabe destacar em relação ao tratamento da periodontite, a experiência prévia do paciente, o grau de inflamação dos tecidos e a profundidade da bolsa periodontal. Esses dois últimos itens estão relacionados com o aumento da sensação dolorosa no período pós-operatório.

A avaliação da experiência dolorosa é fundamental para que se possa compreender a origem e magnitude da dor, para implementação de medidas analgésicas e para a 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 terapêutica[14].

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 métodos[15].

Nas escalas de dor, temos a Escala Analógica Visual (EAV), a Escala Numérica e a Escala Verbal. A escala Analógica Visual consiste em uma linha de 10cm, onde numa extremidade é marcada “sem dor” e na outra é indicada “pior dor

que sentiu", ou frases análogas. A magnitude da dor é indicada pelo paciente ao marcar um traço sobre 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 praticas clínicas, além disso sua confiabilidade e validade tem sido claramente mostradas em diversos estudos[16, 17, 18, 19, 20].

Na Escala Numérica, os pacientes são instruídos a selecionar 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 Verbal consiste numa lista de adjetivos descrevendo diferentes níveis de dor: ausente, fraca, moderada, forte, muito forte[23]. 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 odontológica[24].

Como mostrado anteriormente, a reatividade emocional à dor influencia na sensação dolorosa. Estudos como Sardá[25], Sardá, Kupek e Cruz[26], Sardá[27] e Cruz[28] 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 cavitário[29] e a anestesia[30]. 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 fatores[31].

Canakçi e Canakçi[9] 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 (EADC). A dor 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 no período pós-operatório em comparação com pacientes com baixo escore.

O estudo de Leão e Lamarca[32] 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 em 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 significante 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.

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) é considerado padrão ouro para avaliação da ansiedade[33]. É composto por duas escalas de auto relato separadas para medir o estado (na qual os indivíduos indicam como se sentem em momento específico e varia ao longo do tempo) e o traço (uma característica de personalidade, os indivíduos relatam como geralmente se sentem) [32, 33].

Kaipper et al. [33] avaliou o IDATE utilizando uma abordagem psicométrica Rasch e propôs uma versão reduzida. A análise das escalas de traço e de estado foram avaliadas separadamente. A escala reduzida foi retestada em duas amostras contendo 300 indivíduos em cada grupo e os resultados foram confirmados. A escala de estado de ansiedade reduziu de 20 para 13 itens, e a escala de traço de ansiedade reduziu de 20 para 12 itens. O uso da análise Rasch guiou o refinamento do IDATE original e produziu uma versão reduzida que apresenta desempenho psicométrico mais adequado.

A escala de Ansiedade Dental de Corah (EADC), elaborada por Corah[34] e validada no Brasil por Li Wen Hu[35], permite aferir o nível de ansiedade do paciente em situações relacionadas com reações subjetivas do paciente diante da consulta odontológica. Ainda que existam outras para avaliar ansiedade odontológica, a

EADC é muito utilizada na literatura e dentre as razões para seu uso amplo estão o fato dele ser um questionário composto por apenas quatro questões e de apresentar dados de reprodutibilidade e validação em vários países, dentre eles o Brasil.

Dor em pacientes em tratamento periodontal

A literatura mostra poucos estudos quantificando os níveis de dor em pacientes que são submetidos à 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 ou não de analgésicos para o período pós-operatório.

Ettlin et al[36], 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 período 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 al[37], 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 teve média de 18,70 mm e para anestesia inferior foi de 9,94mm. A raspagem periodontal obteve media de 7,03mm e o desconforto pós-operatório nas mulheres teve média de 5,10mm e nos homens de 6,10mm. Níveis muito baixos de desconforto foram relatados para teratpia periodontal não cirúrgica e cirúrgica.

Philstrom et al[6] 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 e110mm) 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 Canakci[9], 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.

2 OBJETIVO

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-cirurgico.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Delineamento do estudo

Este é um estudo longitudinal de caráter observacional, que está sendo realizado nos ambulatórios da Faculdade de Odontologia da UFRGS, sendo que dão elegíveis para o estudo pacientes atendidos nas clínicas odontológicas 3 e 4, no CEO de Periodontia e no curso de especialização em Periodontia. .

Amostra

O cálculo do número de indivíduos necessários para o estudo foi realizado com base nos seguintes parâmetros:

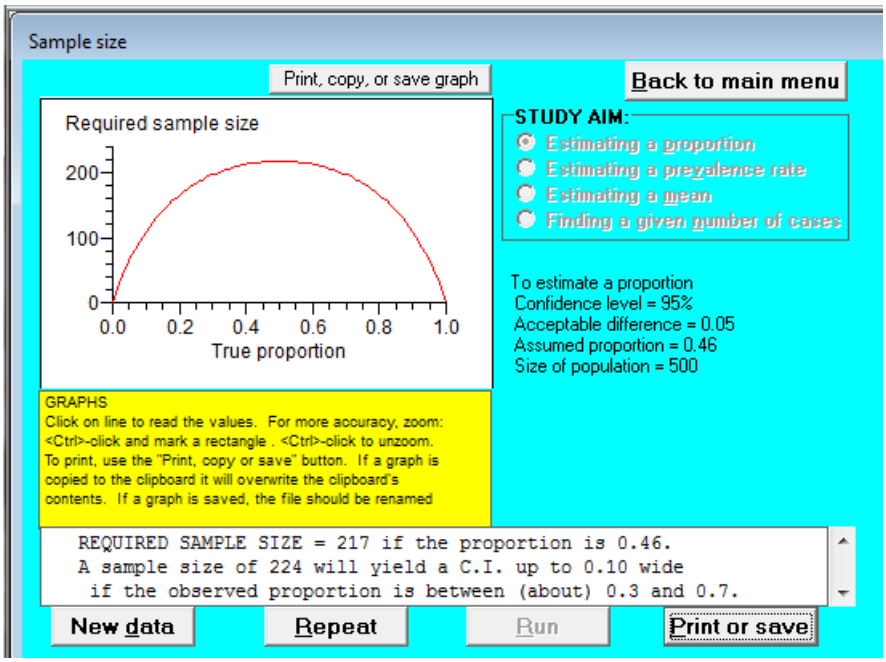
- População amostral total estimada em 500 pacientes (considerando média de 10 pacientes/ turno potencialmente elegíveis para o estudo nas clínicas da FO-UFRGS, 2 turnos semanais de coleta de dados e realização do estudo em 25 semanas);

-Frequência de dor leve a moderada de 46%;

- Diferença máxima prevista de 5% e

- Intervalo de confiança de 95%, obteve-se tamanho de amostra de 217 indivíduos (Programa WinPepi, versão 11.15, conforme figura abaixo).

Figura 1- imagem gerada pelo programa WinPepi



Fonte: da autora

Até a data de 14/11/2012 foram incluídos no estudo 39 pacientes e o presente trabalho de conclusão de curso apresentará o resultado destes indivíduos.

Foram incluídos pacientes sem gengivite que apresentavam necessidade de tratamento periodontal por meio de RASUB de uma área de no mínimo dois dentes e cada dente com pelo menos um sítio com PS≥5 mm. 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 contínuo de analgésico, antimicrobiano, antiinflamatórios e/ou relaxante muscular, ou que apresentavam quadro de dor crônica ou aguda relacionada ou não à cavidade bucal.

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

Coleta de dados

Entrevista

Etapa realizada antes do procedimento de RASUB. O paciente respondeu a uma entrevista com informações sobre dados pessoais, histórico de fumo e de hipersensibilidade dentinária. Foi registrado a PS, a PI e a presença de inflamação dos dentes que foram tratados (Apêndice C). E para avaliar ansiedade odontológica foi utilizada a escala proposta por Corah (Anexo A) e validada no Brasil por Li Wen Hu[35] e para traço e estado de ansiedade usamos a versão reduzida do IDATE proposta por Kaipper et al. [33] (Anexo B). Para registro de nível basal de dor, o paciente respondeu a Escala Analógica Visual, a Escala Numérica e a Escala Verbal.

Tratamento periodontal

Os pacientes selecionados para este estudo receberam tratamento periodontal não cirúrgico realizado por alunos das Clínicas do curso 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 período pós-operatório. A RASUB é uma técnica de instrumentação subgengival para remoção de cálculo e biofilme com o auxílio de limas e curetas afiadas e é realizada sob anestesia local. São anestesiados os dentes e o periodonto adjacente aos dentes que serão instrumentados naquela sessão. Nas consultas, o cloridrato de lidocaína 2% em ampolas de 1,8 ml é utilizado como anestésico local, em conjunto com o vasoconstritor adrenalina na concentração de 1:100 000. A técnica anestésica utilizada é a regional e a quantidade de anestésico administrado é variável, geralmente são utilizados entre uma e três ampolas, variando de acordo com o número de dentes que serão tratados na consulta. A raspagem da superfície radicular é realizada de forma fechada de maneira que a instrumentação ocorra sem o afastamento intencional da gengiva. Ao final do procedimento, os pacientes receberam uma prescrição para uso de paracetamol 500 mg em esquema de demanda, de acordo com a rotina de uma consulta de tratamento periodontal não-cirúrgico. Tal prescrição foi realizada apoiada 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 no período pós-operatório do tratamento periodontal não-cirúrgico. Foram disponibilizados oito comprimidos de paracetamol 500mg.

Registro de dor e consumo de analgésico

Após o procedimento o paciente recebeu a “Ficha de controle de dor pós-operatória”, esta ficha foi dividida em cinco momentos diferentes (2, 6, 12, 24 e 48 horas contados a partir do início da RASUB) e cada momento foi composto por Escala Analógica Visual[16, 17, 18, 19, 20], Escala Numérica[21, 22] e Escala Verbal[24]. Para registro do nível de dor Na Escala Analógica Visual, o paciente foi orientado a marcar com um traço a magnitude de sua dor em cima de uma linha de 10cm (onde a extremidade esquerda representa “sem dor” e a extremidade direira “pior dor já sentida”). Na Escala Numérica, o paciente atribuiu uma nota de zero a 10 a dor sentida para cada momento e na Escala Verbal, o paciente assinalou uma das cinco alternativas (ausente, fraca, moderada, forte ou muito forte), a que melhor representou sua dor. Na mesma ficha, também havia espaço para reportar o consumo de analgésico (Apêndice D). Para garantir o preenchimento da ficha de controle de dor no período pós-operatório nos horários corretos, o paciente foi

instruido sobre o correto preenchimento ao final da consulta e perguntado se desejava ser lembrado por meio de telefonema dos momentos a responder.

Análise dos dados

Os dados foram digitados de forma codificada em um software para banco de dados (Epidata versão 3.0) e analisados em software estatístico (SPSS for Windows, versão 18.0). Foi avaliado se as variáveis apresentavam distribuição normal por meio de histogramas e de teste de Kolmogorov-Smirnov. Para as variáveis contínuas e/ou com distribuição normal foram calculadas médias e desvio padrão e para as variáveis categóricas e/ ou sem distribuição normal, foram calculadas mediana e intervalos interquartis. Para a EV foram atribuídos valores de 0 até 4 para as diferentes categorias, sendo que dor ausente foi codificado com o número 0 e dor muito forte foi codificado com número 4. O consumo de analgésicos ao longo dos períodos observados foi comparado com testes de Friedman e Wilcoxon signed rank. O indivíduo foi considerado como unidade amostral e o nível de significância estabelecidos foi de 5%.

Considerações éticas

O estudo foi realizado após aprovação do projeto pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia e pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Anexos C e D).

4 RESULTADOS

A tabela 1 apresenta a distribuição dos dados demográficos, tabagismo, dados odontológicos e os escores das escalas de ansiedade aplicadas para os 39 pacientes avaliados até o momento. A amostra foi composta na sua maioria por indivíduos do sexo masculino (56,4% homens), com idade média 52,79 (± 9,62) anos, sendo que a maioria dos pacientes apresentou experiência prévia com fumo (43,6% de ex-fumantes somados a 12,8% de fumantes). Quanto à hipersensibilidade dentinária, observa-se que 38,4% dos indivíduos relataram que o tratamento periodontal não cirúrgico interferiu negativamente, sendo que 25,6% dos pacientes relataram que esta condição surgiu com o tratamento e 12,8% relataram que a hipersensibiliddade dentinária aumentou após o tratamento. A grande maioria dos pacientes apresentou diagnóstico de periodontite crônica e apenas dois pacientes apresentaram diagnóstico de periodontite agressiva. Para os parâmetros clínicos referentes aos dentes tratados obteve-se mediana de 2 (2-3) dentes tratados por sessão e esses dentes possuiam profundidade de sondagem média de 3,81 (± 0,90) mm e perda de inserção média de 4,83 (±1,38) mm. Para análise dos dados referente aos questionários de ansiedade, o IDATE foi separado em IDATE-Estado (estado de ansiedade pré-tratamento) e IDATE-Traço (traço de ansiedade), e a EADC (ansiedade odontológica). Foi realizado cálculo de mediana e intervalo interquartil para caracterização da amostra em relação à ansiedade e encontrou-se mediana de 21 (18-23) para IDATE-Estado, mediana de 19 (17-19) para IDATE-Traço, e mediana de 8 (5-10) para EADC.

(continua)

Tabela 1- Caracterização da amostra. (n=39)

	n (%)
Gênero	
feminino	17 (43,6)
masculino	22 (56,4)
Idade (média/±DP)	52,79 ±9,62
Fumo	
não	17 (43,6)
sim	5 (12,8)
ex-fumante	17 (43,6)

(conclusão)

Tabela 1- Caracterização da amostra. (n=39)

	n (%)
Hipersensibilidade dentinária	
ausente	12 (30,8)
prévia ao tratamento	9 (23,1)
surgiu com o tratamento	10 (25,6)
aumentou com o tratamento	5 (12,8)
reduziu com o tratamento	3 (7,7)
Diagnóstico	
periodontite crônica	37 (94,9)
agressiva	2 (5,1)
Dentes tratados na sessão (mediana - IQ)	2 (2-3)
Profundidade de sondagem (média/ ±DP)	3,81 ±0,90
Perda de inserção (média/ ±DP)	4,83 ±1,38
IDATE-Estado (mediana - IQ)	21 (18-23)
IDATE-Traço (mediana - IQ)	19 (17-21)
EADC (mediana - IQ)	8 (5-10)

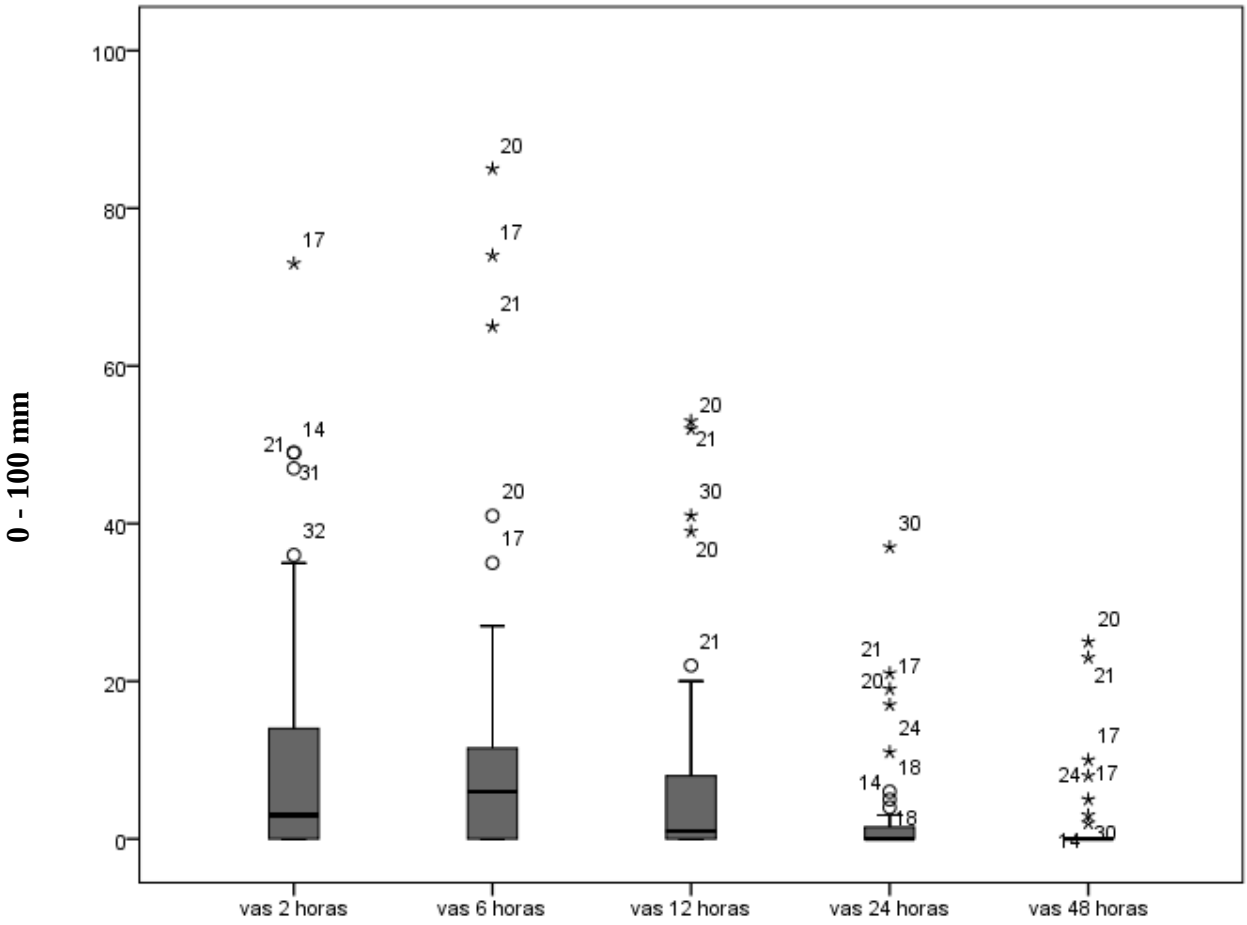
A tabela 2 mostra os valores de mediana e intervalo interquartil para as três escalas utilizadas para mensurar dor nos diferentes momentos observados. Para EAV a maior mediana foi observada após 6 horas do período pós-operatório que foi de 6 (0-12) mm, Para as outras duas escalas os resultados foram semelhantes para 2 horas e 6 horas, sendo que a mediana de dor para a EN foi de 1(0-3) e para a EV foi de 1 (0-2). Além disso, observou-se que a partir de 24 horas de pós-operatório, a mediana de dor foi zero para todas as escalas.

Tabela 2 - Mediana (IQ_{25} - IQ_{75}) para Escala Analógica Visual (EAV), Escala Numérica(EN) e Escala Verbal (EV) nos diferentes momentos observados (n=39).

	basal		2 horas		6 horas		12 horas		24 horas		48 horas	
	mediana	(IQ)	mediana	(IQ)	mediana	(IQ)	mediana	(IQ)	mediana	(IQ)	mediana	(IQ)
EAV	0	(0-1)	3	(0-15)	6	(0-12)	1	(0-8)	0	(0-2)	0	(0-0)
EN	0	(0-0)	1	(0-3)	1	(0-3)	0	(0-2)	0	(0-1)	0	(0-0)
EV	0	(0-0)	1	(0-2)	1	(0-1)	0	(0-1)	0	(0-1)	0	(0-0)

O gráfico 1 mostra as medianas de dor no pós-operatório para a escala EAV, identificando os escores para IDATE-Traço dos pacientes que ficaram acima do percentil 75 para EAV. Pode-se observar que dentre os pacientes que apresentaram os maiores escores para EAV em cada momento observado, havia pacientes com escore de IDATE-Traço igual ou maior que 21 (≥ percentil 75 desta amostra). Em outras palavras, parte dos indivíduos que sentiram mais dor no período pós-operatório, também foram os indivíduos considerados mais ansiosos.

Gráfico1 - Gráfico de caixa com a distribuição das medianas (linha transversal em cada caixa) e intervalo interquartil 25 (limite inferior da caixa) e intervalo interquartil 75 (limite superior da caixa). Os símbolos fora das caixas identificam os escores do IDATE-traço para os pacientes que tiveram escores da EAV acima do percentil 75.



Quanto ao uso de medicação analgésica, 19 pacientes (48,7%) fizeram uso de medicação em pelo menos um dos momentos observados do período pós-operatório e todos os pacientes que usaram medicação reportaram uso de Paracetamol 500mg. A tabela 3 mostra a frequência de uso de medicação analgésica nos diferentes momentos do período pós-operatório e nela observa-se que o consumo de analgésicos pelos pacientes foi significativamente maior nas primeiras 12 horas (p=0,014).

Tabela 3 – Frequência de uso de medicamentos nos diferentes momentos do pós-operatório (n=39).

	2 horas		6 horas		12 horas		24 horas		48 horas		p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sim	12	30,8	9	23,1	11	28,2	5	12,8	4	10,3	
Não	27	69,2	30	76,9	28	71,8	34	87,2	35	89,7	0,02
p#		0,31		0,53		0,014		0,65			

* Teste de Friedman
# teste de Wilcoxon (signed rank test)

5 DISCUSSÃO

Este trabalho apresenta informações sobre níveis de dor e consumo de medicação analgésica no período pós-operatório, assim como traço de ansiedade, estado de ansiedade pré-operatória e ansiedade odontológica de 39 pacientes submetidos a RASUB nas clínicas da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Foram utilizados três instrumentos para mensurar dor em todos os momentos observados: a Escala Analógica Visual, a Escala Numérica e a Escala Verbal. Essas escalas são simples de responder, confiáveis e validadas para mensurar dor[16, 17, 21, 22, 24].

Neste estudo observou-se maiores medianas de dor para 2ª e 6ª horas do período pós-operatório, para EAV 3 (0-15) e 6 (0-12) respectivamente, para EN 1 (0-3) para esses dois momentos, e para EV 1 (0-2) e 1 (0-1), respectivamente. Esses resultados assemelham-se ao estudo de Philstrom et al. [6] que observou que o tempo para início da dor máxima experimentada pelo paciente submetido a RASUB foi de três horas do período pós-operatório e que os maiores escores de dor (leve ou maior) foram observados em 6 horas após o procedimento.

Quanto ao uso de medicação analgésica, 48,7% fizeram uso de medicação em algum momento do período pós-operatório. No estudo de Philstrom et al.[6] 23% dos pacientes usaram analgésico para aliviar a dor após procedimento de raspagem e alisamento radicular subgengival. Uma razão para maior uso de medicação neste estudo pode se dever ao fato da disponibilidade da medicação, sendo que a facilidade de acesso ao medicamento pode ter contribuído para o seu maior uso. Tal fato pode ser caracterizado como uma limitação deste estudo. Neste sentido, a equipe de pesquisa explicava de forma enfática aos participantes que o uso da medicação não era obrigatória e que não havia necessidade de devolução em caso de não uso, para não estimular o uso nem constranger o paciente. Por outro lado, tendo outros estudos mostrado que dor é um evento comum no período pós-operatório de RASUB e que os pacientes podem referir necessidade de uso de analgésico, optou-se por padronizar o acesso à medicação a fim de permitir que o paciente fizesse seu uso no(s) momento(s) que achasse necessário.

Como mencionado na introdução deste trabalho, a reatividade emocional a dor influencia na sensação dolorosa. Estudos como Sardá[25], Sardá, Kupek e Cruz[26], Cruz[28], Sardá[27] apontam que presença de sintomas de ansiedade, depressão e somatização podem contribuir para a instalação, manutenção e exacerbação da

percepção da dor. O IDATE é considerado padrão ouro para avaliação da ansiedade[32,33]. O uso da versão refinada produzida por Kaipper[33], não só possibilita aplicar um questionário reduzido como também é um instrumento que apresenta desempenho psicométrico mais adequado. Canakçi et al[9] 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. Recentemente, Fardal et al[38] demonstraram que pacientes com maiores escores de ansiedade também apresentam maiores níveis de dor no pós-operatório de cirugia para acesso ao biofilme e para instalação de implantes.

O estudo de Fuentes[39] comparou IDATE-traço e EADC encontrou nos seus resultados que indivíduos com alta ansiedade odontológica tendem a apresentar alto traço de ansiedade, mas a relação contrária não foi verdadeira. Para futura comparação, quando aumentar a amostra deste estudo, se faz interessante o uso dos dois instrumentos para medir ansiedade e relacionar com a percepção da dor após terapia periodontal não cirúrgica.

Considerando os resultados preliminares deste estudo pode-se concluir que os pacientes submetidos à terapia periodontal não cirúrgica apresentam dor considerada leve com maior expressão clínica na 2ª e 6ª horas do período pós-operatório, assim como o consumo de medicação analgésica ocorre com maior frequência até a 12ª hora. Além disso, os resultados até aqui analisados indicam haver uma tendência de pacientes com maior traço de ansiedade relatarem maiores níveis de dor após raspagem e alisamento radicular subgengival.

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. Susin C, Dalla Vecchia CF, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Periodontal attachment loss in an urban population of Brazilian adults: effect of demographic, behavioral, and environmental risk indicators. J Periodontol. 2004 Jul; 75(7):1033-41.

6. Philstrom BL, Hargreaves KM, Bouwsma OJ, Doyle MJ. Pain after periodontal scaling and root planning. J Am Dent Assoc. 1999 Jun; 130:801-807.

7. Cobb CM. Non-surgical pocket therapy: mechanical. Ann Periodontol. 1996 Jan; 1(1):443-90.

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 TGJr. 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. Disponivel 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 sindromes 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, Alchieiri 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 Tecniques in Maning 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. Kaipper MB, Chachamovich E, Hidalgo MP, Caumo W. Evaluation of the structure of Brazilian State-Trait Anxiety Inventory using a Rasch psychometric approach. J Psychosom Res. 2010 Mar;68(3):223-33.

34. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. J Dent Res. 1969 Jul-Aug; 48(4):596.

35. Hu LW, Gorenstein C, Fuentes D. Portuguese version of Corah's dental anxiety scale: transcultural adaption and reliability analysis. Depress Anxiety. 2007; 24(7):467-71.

36. Ettlin DA, Ettlin A, Bless K, Puhan 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.

37. Fardal O, Johannessen AC, Linden GJ. Patient perceptions of periodontal therapy completed in a periodontal practice. J Periodontol. 2002 Sep; 73(9):1060-66.

38. Fardal O, McCoulloch AC. Impact of anxiety on pain perception associated with periodontal and implant surgery in a private practice. J Periodontol. 2012 Sep; 83(9):1079-85.

39. Fuentes D, Gorenstein C, Hu LW. Dental Anxiety and Trait Anxiety: an investigation of their relationship. Britsh Dental Journal. 2009 Dec; 206: E17.

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 gengivas com anestesia e avaliar 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 o atendimento realizado na Faculdade de Odontologia da UFRGS, 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 93641835.

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 na Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Não haverá qualquer custo para a sua participação no estudo. Se houver necessidade de contato, ligue para 93641835 ou 3308 5318 e fale com a Acadêmica Ângela Bittarello ou com a Profa. Patrícia Weidlich.

_____ _____

Pesquisador Entrevistado

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

DADOS PESSOAIS E DADOS CLÍNICOS

Numero no projeto: _____ Prontuário:_____

Nome:_____

Data de nascimento: ____/____/____ Escolaridade: _____

Telefone: _____ Examinador:_____

Diagnóstico: _____ Data RASUB: _____

DENTE	D		V		M		P		D		V		M		P	

Observações:

Fumante?_____

Hipersensibilidade dentinária?_____

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

FICHA DE CONTROLE DE DOR E CONSUMO DE ANALGÉSICO

Nome: _____ Data: _____

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 a pior dor já sentida, qual a dor que o Sr(a) está sentindo neste momento no local onde foi feita a raspagem?

Nota de 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 ( ) 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 a pior dor já sentida, qual a dor que o Sr(a) está sentindo neste momento no local onde foi feita a raspagem?

Nota de 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 ( ) 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 a pior dor já sentida, qual a dor que o Sr(a) está sentindo neste momento no local onde foi feita a raspagem?

Nota de 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 ( ) 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 a pior dor já sentida, qual a dor que o Sr(a) está sentindo neste momento no local onde foi feita a raspagem?

Nota de 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 ( ) 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 a pior dor já sentida, qual a dor que o Sr(a) está sentindo neste momento no local onde foi feita a raspagem?

Nota de 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 ( ) fraca ( )moderada ( ) forte ( ) muito forte

4.Fez uso de algum medicamento para dor? ( ) sim ( ) não
Qual o nome? _____ Que horas tomou? _____

ANEXO A

ESCALA DE ANSIEDADE DENTAL DE CORAH

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

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO

Nome: _____Projeto:_____
Data:_____ Entrevistador: _____ Testagem:_____

IDATE – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO
QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO
IDATE (PARTES I e II)

Idade: ____a____m Data de nascimento: ____/____/_____
Naturalidade: _____ Sexo: _____
Estado civil: _____ Nível de instrução: _____
Profissão: _____ Ocupação atual: _____

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 Um pouco ---- 2 Bastante ---- 3 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 Às vezes --- 2 Frequentemente --- 3 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 preocupando..... 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 C

PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA

UFRGS
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: Profª. Patrícia Weidlich

OUTROS PESQUISADORES: Profª. 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

PROPESQ

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

ANEXO E

CARTA DE ADENDO AO PROJETO E PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFRGS

Carta de adendo ao projeto para avaliação pelo comitê de Ética UFRGS para acréscimo do número de indivíduos

Porto Alegre, 03 de janeiro de 2012.

Ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Nesta Universidade
Referente à adendo ao projeto 20390

Venho por meio deste documento solicitar alteração do número de voluntários participantes do projeto 20390, intitulado "Dor pós-operatória em pacientes submetidos a terapia periodontal não cirúrgica" de acordo com a justificativa que segue:

- A previsão inicial de inclusão de 31 indivíduos foi obtida com base na literatura, que mostrou frequência de dor leve a moderada em 20% dos pacientes submetidos à terapia periodontal não cirúrgica (Philström et al., 1999). Após a conclusão do nosso estudo, observamos frequência de dor leve a moderada em 46% dos indivíduos submetidos a esse procedimento odontológico, o que corresponde ao dobro do até então relatado na literatura.

- Tal fato vai ao encontro do observado pelos professores durante o atendimento clínico de rotina na Faculdade de Odontologia da UFRGS (FO-UFRGS), em função do fato de que os indivíduos recebem anestesia local previamente à realização deste procedimento na nossa Faculdade. Isso permite instrumentação subgengival mais minuciosa e completa se comparado à realização da técnica sem anestesia local prévia, como é o caso no estudo que baseou o cálculo de amostra inicial (Philstrom et al., 1999) e em grande parte das escolas americanas de Odontologia, de onde provêm a maioria dos estudos similares a este. Neste contexto, é plausível de haja maior frequência de indivíduos reportando dor pós-operatória se o procedimento é realizado sob anestesia local, pois permite que cirurgião-dentista faça instrumentação minuciosa e detalhada da área subgengival. A questão da anestesia prévia à terapia periodontal não cirúrgica tem relação direta com o entendimento da patogênese das doenças periodontais, e o fato de que a anestesia local é imprescindível para a técnica baseia-se no entendimento de que este tipo de tratamento é resolutivo e capaz de tratar a doença (Heitz-Mayfield et al., 2002; Lang et al., 2008; Sanz et al., 2008). Em contraposição, as escolas que dispensam o uso de anestesia para tratamento periodontal não cirúrgico justificam que este tipo de tratamento é intermediário e que o tratamento das periodontites deverá ser realizado de forma resolutiva com uso de técnicas cirúrgicas.

- A escassez de estudos na literatura que reportam frequência de dor e consumo de analgésicos após terapia periodontal não cirúrgica com uso de anestesia local prévia foi justamente um dos aspectos que motivou a realização deste estudo, visto que a maioria dos protocolos clínicos de analgesia baseia-se em uma técnica diferente daquela que é realizada na FO-UFRGS.

- Com relação aos aspectos éticos relacionados à inclusão de mais voluntários no estudo, salienta-se que, conforme a metodologia descrita no projeto, o estudo tem caráter observacional, sendo que não implica em mudança no atendimento clínico rotineiramente prescrito para os pacientes portadores de periodontite. Como benefício direto aos participantes, há o fornecimento de medicação analgésica para uso de acordo com livre demanda, aspecto este também previsto no projeto. Indiretamente, a ampliação do número de indivíduos observados no estudo contribuirá para melhorar a qualidade do atendimento prestado aos pacientes da FO-UFRGS e para estabelecer protocolos clínicos de analgesia para um dos procedimentos mais comumente utilizados em Periodontia e na prática odontológica. Como inconveniente, os voluntários que concordarem em participar do estudo precisarão preencher o questionário com informações sobre dor e uso de medicação no pós-operatório.

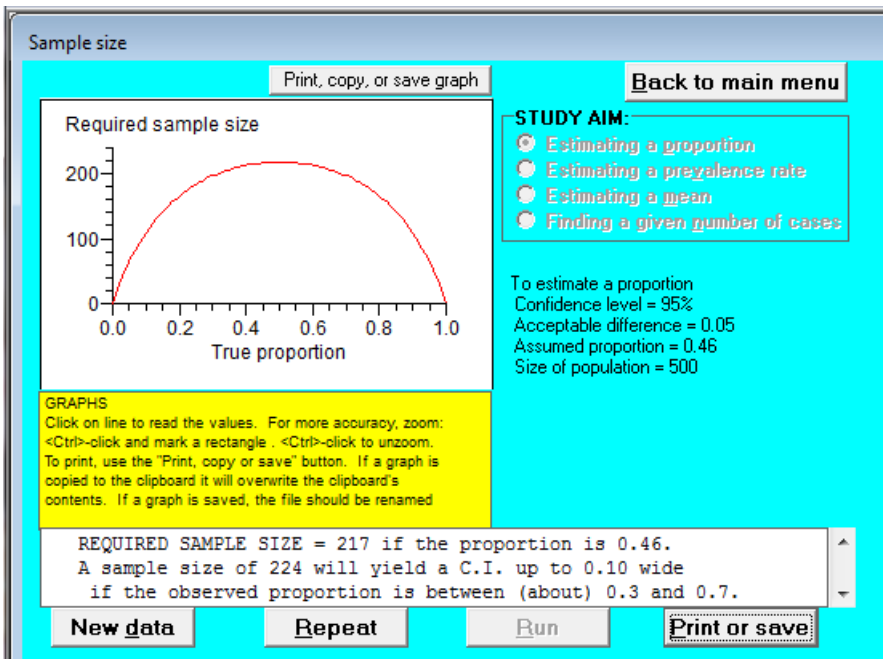
- Diante do exposto até aqui e a partir dos dados obtidos com o estudo, estamos propondo readequação do cálculo do tamanho da amostra, com base nos seguintes parâmetros:

- População amostral total estimada em 500 pacientes (considerando média de 10 pacientes/ turno potencialmente elegíveis para o estudo nas clínicas da FO-UFRGS, 2 turnos semanais de coleta de dados e realização do estudo em 25 semanas);

-Frequência de dor leve a moderada de 46%;

- Diferença máxima prevista de 5% e

- Intervalo de confiança de 95%, obteve-se tamanho de amostra de **217** indivíduos (Programa WinPepi, versão 11.15, conforme figura abaixo).



Neste contexto, espero ter fornecido argumentos sólidos que permitam a consideração de inclusão de maior número de participantes no estudo. Sendo o que tinha para o momento, reitero votos de estima e apreço por este Comitê.

Atenciosamente,

_____

Profa. Patricia Weidlich - Pesquisador responsável

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRGS

PROJETO DE PESQUISA/ADENDO

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

Nº: 20390

Pesquisador Responsável: PATRICIA WEIDLICH

PARECER

O referido adendo consiste em alterar o número de voluntários participantes do projeto intitulado "Dor pós-operatória em pacientes submetidos a terapia periodontal não cirúrgica".

A justificativa é que a previsão inicial foi baseada na literatura mas, após conclusão da fase inicial do projeto (aprovado pelo CEP), os autores observaram índices de dor superiores aos relatados até então. A partir desta observação, novo cálculo amostral foi realizado e o número de indivíduos necessário para a obtenção de resultados significativos chegou a 217. É importante que os autores acrescentem o texto deste adendo no Sistema UFRGS.

Os autores apresentam o novo cálculo amostral, justificando os parâmetros utilizados. Metodologia, TCLE e orçamento seguem os padrões do projeto inicialmente aprovado. O cronograma está adequado.

Sendo assim, observa-se que trabalho está adequado em seus aspectos éticos e sugere-se aprovação do presente adendo.

Porto Alegre, 20 de março de 2012