

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

**JULIANA ZANATTA**

**PROCEDIMENTO PREPARATÓRIO FACE A FACE E RESPOSTAS DE  
ANSIEDADE E DOR EM JOVENS SUBMETIDOS À EXODONTIA DE TERCEIRO  
MOLAR**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
APRESENTADA À FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA DE PIRACICABA, DA  
UNICAMP PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO  
DE MESTRE EM ODONTOLOGIA, NA  
ÁREA DE SAÚDE COLETIVA.

**ORIENTADOR: ANTONIO BENTO ALVES DE MORAES**

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA  
DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA JULIANA  
ZANATTA, E ORIENTADA PELO PROF. DR. ANTONIO  
BENTO ALVES DE MORAES**

---

**Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes**

**PIRACICABA, 2011**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR

GARDÊNIA BENOSSI – CRB8/8644 - BIBLIOTECA DA  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

Z15p Zanatta, Juliana, 1982-  
Procedimento preparatório face a face e respostas de  
ansiedade e dor em jovens submetidos à exodontia de terceiro  
molar / Juliana Zanatta. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2011.

Orientador: Antonio Bento Alves de Moraes.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de  
Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Psicologia aplicada . 2. Ansiedade ao tratamento  
odontológico. 3. Medição da dor. I. Moraes, Antonio Bento Alves  
de. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de  
Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

**Título em Inglês:** Face to face preparatory procedure and answers of anxiety and pain in young people submitted a third molar extraction.

**Palavras-chave em Inglês:**

Psychology, Applied

Dental Anxiety

Pain Measurement

**Área de concentração:** Saúde Coletiva

**Titulação:** Mestre em Odontologia

**Banca examinadora:**

Antonio Bento Alves de Moraes [Orientador]

Áderson Luiz Costa Junior

Marcio de Moraes

**Data da defesa:** 01-07-2011

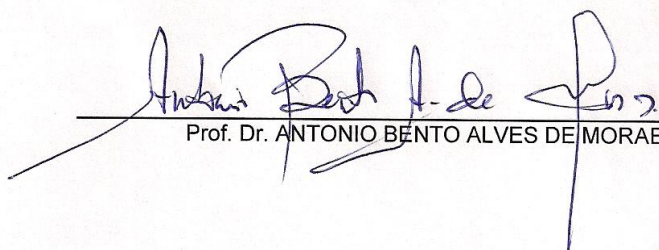
**Programa de Pós-Graduação:** Odontologia



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, em sessão pública realizada em 01 de Julho de 2011, considerou a candidata JULIANA ZANATTA aprovada.

  
Prof. Dr. ANTONIO BÊNTO ALVES DE MORAES

  
Prof. Dr. ÁDERSON LUIZ COSTA JÚNIOR

  
Prof. Dr. MARCIO DE MORAES



*Onde você vê um obstáculo,  
alguém vê o término da viagem  
e o outro vê uma chance de crescer.  
Onde você vê um motivo pra se irritar,  
Alguém vê a tragédia total  
E o outro vê uma prova para sua paciência.  
Onde você vê a morte,  
Alguém vê o fim  
E o outro vê o começo de uma nova etapa...  
Onde você vê a fortuna,  
Alguém vê a riqueza material  
E o outro pode encontrar por trás de tudo, a dor e a miséria total.  
Onde você vê a teimosia,  
Alguém vê a ignorância,  
Um outro compreende as limitações do companheiro,  
percebendo que cada qual caminha em seu próprio passo.  
E que é inútil querer apressar o passo do outro,  
a não ser que ele deseje isso.  
Cada qual vê o que quer, pode ou consegue enxergar.  
"Porque eu sou do tamanho do que vejo.  
E não do tamanho da minha altura."  
Fernando Pessoa*

Dedico este trabalho aos meus pais,  
Geraldo e Neusa, e ao meu irmão Julio  
Cesar, pelo carinho, amor incondicional,  
apoio e compreensão.



## AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por proteger cada passo e iluminar todos os meus caminhos.

*“Tudo posso naquele que me fortalece”*  
Filipenses, 4:13

Aos **meus pais**, pelo amor, dedicação e por compartilhar comigo esta etapa e entender a minha ausência durante as longas horas de estudo.

*“Os nossos pais amam-nos porque somos seus filhos, é um fato inalterável. Nos momentos de sucesso, isso pode parecer irrelevante, mas nas ocasiões de fracasso, oferecem um consolo e uma segurança que não se encontram em qualquer outro lugar”*  
Bertrand Russell

Ao **meu irmão**, Julio Cesar, por torcer pelas minhas conquistas e sempre estar de braços abertos para me acolher.

As **minhas amigas queridas**, Maylu Hafner, Tatiana Bruni, Luale Leão, Luísa Torres, Janice Simpson, Daniela Fischer, Janaína Righetto, Marina Lamounier, Roberta Sfalcin, Evelyn Brunhani, Gianni Marcon e Marcela Zamian, que souberam tornar minhas horas de cansaço em dias de alegria. Com vocês tenho a certeza do que é ter amigos.

*Pode ser que um dia deixemos de nos falar...  
Mas, enquanto houver amizade,  
Faremos as pazes de novo.  
Pode ser que um dia o tempo passe...  
Mas, se a amizade permanecer,  
Um de outro se há-de lembrar.  
Pode ser que um dia nos afastemos...  
Mas, se formos amigos de verdade,  
A amizade nos reaproximará.  
Pode ser que um dia não mais existamos...  
Mas, se ainda sobrar amizade,  
Nasceremos de novo, um para o outro.  
Pode ser que um dia tudo acabe...  
Mas, com a amizade construiremos tudo novamente,  
Cada vez de forma diferente.*

*Sendo único e inesquecível cada momento  
Que juntos viveremos e nos lembraremos para sempre.  
Há duas formas para viver a sua vida:  
Uma é acreditar que não existe milagre.  
A outra é acreditar que todas as coisas são um milagre.*  
Albert Einstein



## AGRADECIMENTOS

Ao **meu orientador**, Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes, pelo apoio e encorajamento contínuos durante o desenvolvimento deste trabalho. Sua confiança e orientação me fizeram trilhar caminhos que julgava impossíveis. Admiro seu brilhantismo acadêmico e sua dedicação em formar alunos capacitados.

Ao **colega de trabalho**, Prof. Dr. Gustavo Sattolo Rolim, pela paciência, dedicação, disponibilidade e apoio durante a realização deste trabalho. Tenha certeza que sua ajuda foi preciosa para meu crescimento acadêmico e que sua conduta e competência são exemplos de um sábio pesquisador.

Ao Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior, pelos ensinamentos, valiosa colaboração e disponibilidade prestadas durante a realização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Márcio de Moraes, por permitir que este trabalho se realizasse nas dependências do Centro Cirúrgico da Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Agradeço a confiança!

À **querida amiga e auxiliar de pesquisa**, Maylu Botta Hafner, pela paciência e colaboração valiosa durante a coleta de dados. Também agradeço a bela amizade que pude ter e a grande companhia durante este tempo de trabalho.

Às **pós-graduandas**, Rayen Drugowick, Aline Brasileiro, Karen Graner, Laura Tomita e Renata Rocha, pela amizade, carinho e convivência durante este tempo.

A todos os **pós-graduandos** do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Área de Concentração Saúde Coletiva, pelas horas de diversão, bate-papo descontraído e amizade.

Aos **estagiários**, Mariane, José Flávio e Caroline, pela ajuda durante a coleta de dados deste trabalho.



## **AGRADECIMENTOS**

À Universidade Estadual de Campinas, na pessoa do Magnífico Reitor Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, nas pessoas do Diretor Prof. Dr. Jacks Jorge Junior e do Diretor Associado, Prof. Dr. Alexandre Augusto Zaia.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Renata C. Matheus R. Garcia, coordenadora geral dos cursos de Pós-Graduação, e à Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cinthia Pereira Machado Tabchoury, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Área de Concentração Saúde Coletiva.

Aos professores do exame de qualificação Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Fernanda Klein Marcondes, Prof. Dr. Pedro Bordini Faleiros e Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Teresa Dondelli Paulillo Dal Pogetto

Ao Programa de Excelência Acadêmica (Proex) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento desta pesquisa.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo financiamento desta pesquisa (Processo FAPESP Nº 2009/01794-5).

Ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco – Maxilo - Faciais, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/Unicamp), na pessoa do Prof. Dr. Márcio de Moraes.

Aos Pós-Graduandos do Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica, Área de Concentração Cirurgia e Traumatologia Buco – Maxilo – Faciais, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/Unicamp).

Aos funcionários da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/Unicamp).

Aos voluntários que participaram desta pesquisa, que contribuíram com seriedade para a realização da mesma.

*Aprendi... Que vai demorar muito para me transformar na pessoa que quero ser, e devo ter paciência. Mas, aprendi também, que posso ir além dos limites que eu próprio coloquei.*

Charles Chaplin



## Resumo

O objetivo do trabalho foi identificar os efeitos de um procedimento preparatório de fornecimento de informação face a face sobre os níveis de ansiedade, mudanças fisiológicas e dor de pacientes odontológicos submetidos à exodontia de terceiros molares. Participaram 123 pacientes, de 14 a 24 anos, que necessitavam de exodontia de, pelo menos, um terceiro molar em uma sessão odontológica. Os pacientes foram selecionados e alocados, aleatoriamente, em dois grupos (Controle e Experimental). O planejamento experimental foi dividido em (1) Questionário de Identificação; (2) Pré-Cirúrgico; (3) Oferecimento de Informação Prévia Face a Face (Grupo experimental); (4) Procedimento Cirúrgico; (5) Pós-Cirúrgico Imediato; (6) Pós-cirúrgico Mediato; e (7) Remoção de Sutura. O Questionário de Identificação apresentou questões abertas e fechadas sobre hábitos, experiência cirúrgica odontológica e história de uso de medicamentos. O momento Pré-Cirúrgico envolveu medidas fisiológicas (pressão arterial e frequência cardíaca), a aplicação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), da Escala de Ansiedade Odontológica de Corah (DAS) e do Questionário McGill de Dor (Índice de Estimativa de Dor Sensorial, Índice de Estimativa de Dor Afetiva, Intensidade de Dor Presente e Avaliação Global da Experiência de Dor). Depois da etapa Pré-Cirúrgica, os pacientes do Grupo Experimental receberam a Informação Prévia Face a Face sobre a cirurgia de exodontia. As mesmas medidas do momento Pré-Cirúrgico foram repetidas no momento Pós-Cirúrgico Imediato, Mediato e Remoção de Sutura. Os dados obtidos pela entrevista e

escores obtidos pelos instrumentos IDATE, DAS e McGill e pelo equipamento de aferição de medidas fisiológicas foram analisados através de testes *Qui-Quadrado*, *Análise de Variância com Modelo Misto* e *Tukey* ( $\alpha=0,05$ ). Verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos escores obtidos por meio das medidas fisiológicas e das avaliações com os instrumentos DAS e IDATE em todos os momentos entre os Grupos (análise entre grupos) e na análise de cada grupo nos momentos (análise intra-grupo). A análise dos dados no relato de dor sugere haver redução significativa na variável Índice de Estimativa de Dor Sensorial no momento imediatamente após a cirurgia para os pacientes do Grupo Experimental (Pós-Cirúrgico Imediato: GC=6,83 - GE=4,43,  $p\leq 0,0001$ ). Estes resultados sugerem que a informação prévia face a face foi eficiente para a diminuição significativa dos relatos de dor sensorial imediatamente após a exodontia, mas não foi eficaz para a redução das medidas fisiológicas, das respostas de ansiedade e de outros relatos dor na exodontia de terceiros molares.

Palavras-chave: Ansiedade, Dor, Procedimentos preparatórios, Informação face a face, Adolescentes, Exodontia de terceiro molar.



## **Abstract**

The aim of this work was to identify the effects of a preparatory procedure for providing face to face information on the levels of anxiety, physiological changes and pain of dental patients undergoing extraction of third molars. Participants 123 patients, 14 to 24 years, who required extraction of at least one third molar in a dental session. The patients were selected and randomly allocated into two groups (Control and Experimental). The experimental design was divided into (1) Identification Questionnaire; (2) Pre-Surgical; (3) Providing Prior Face to Face Information (Experimental Group); (4) Surgical Procedure; (5) Immediate Post-Surgical; (6) Mediate Post-Surgical; and (7) Suture Removal. The Identification Questionnaire presented open and closed questions about habits, dental experience and history of drug use. The Pre-Surgical moment involved physiological measurements (blood pressure and heart rate), the implementation of the Trait-State Anxiety Inventory (STAI), Dental Anxiety Scale (DAS), and the McGill Pain Questionnaire (Sensory Pain Rank Index, Affective Pain Rank Index, Present Pain Intensity and Global Assessment of Pain Experience). After the preoperative phase, patients in the Experimental Group received prior face to face information about extraction surgery. The same measures of Pre-Surgical moment were repeated in the Immediate Post-Surgical, Mediate Post-Surgical and Suture Removal moments. Data obtained by interview and scores obtained by instruments STAI, DAS and McGill, and the measures of the equipment measuring physiological measures were analyzed using Chi-Square, Analyses of Variance with Mixed Model and Tukey ( $\alpha=0,05$ ). It was found that there was no statistically significant difference between the means scores on the physiological assessments with the DAS and STAI instruments at all moments between the groups (between groups analysis) and analysis of each group in moments (Intra-group analysis). Data analysis in the reporting of pain suggests that there is significant reduction in the Sensory Pain Rank Index at the moment immediately after surgery to Experimental Group patients (Immediate Post-Surgical: CG: 6,83 –

EG: 4,43,  $p \leq 0,0001$ ). These results suggest that prior face to face information was efficient for the significant decrease in the reports of sensory pain immediately after extraction, but was not effective for reduces physiological responses measures of anxiety and of others reports pain on third molar extraction. These results indicate that prior face to face information was efficient for significant decrease in reports of sensory pain immediately after extraction, but was not effective for reducing physiological measures and anxiety and other pain responses reports on third molar extraction.

Key words: Anxiety, Pain, Preparatory procedure, Adolescents, Face to face information, Extraction of third molars.

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

**DAS** – Escala de Ansiedade Odontológica de Corah

**GC** – Grupo Controle

**GE** – Grupo Experimental

**IDATE** – Inventário de Ansiedade Traço-Estado

**PC** – Pré-Cirúrgico

**PCI** – Pós-Cirúrgico Imediato

**PCM** – Pós-Cirúrgico Mediato

**PCMI** – Pós-Cirúrgico Mediato I

**PCMII** – Pós-Cirúrgico Mediato II

**PPI** - Intensidade de Dor Presente

**PRI-A** - Índice de Estimativa de Dor Afetiva

**PRI-S** - Índice de Estimativa de Dor Sensorial

**RS** – Remoção de Sutura

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**VAS** – Escala Analógica Visual



## SUMÁRIO

Introdução .....	1
Justificativa .....	10
Objetivo .....	11
Método .....	11
Local .....	11
Participantes .....	12
Seleção dos Participantes.....	12
Critérios de Inclusão e Exclusão .....	12
Procedimentos Éticos .....	13
Delineamento .....	13
Questionários e Protocolos de registro .....	18
Escala Psicométrica .....	20
Equipamentos .....	21
Capítulo 1	
O efeito da informação prévia face a face na ansiedade de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares.....	23
Capítulo 2	
A informação prévia face a face no controle da dor em exodontia de terceiros molares com jovens: um estudo randomizado.....	49
Discussão Geral.....	71
Conclusão .....	81
Referências .....	83
Apêndice .....	87
Anexo .....	99



## Introdução

A exodontia de um terceiro molar é considerada um procedimento cirúrgico invasivo e potencialmente adverso ao paciente odontológico por envolver algumas potenciais complicações durante e depois da intervenção, tais como dor, sangramento, trismos<sup>1</sup>, edema, infecção, osteíte alveolar<sup>2</sup>, lesão de nervo e dano ao dente adjacente (Silvestri Jr & Singh, 2003).

Por definição são considerados procedimentos invasivos quaisquer técnicas cirúrgicas ou diagnósticas que envolvam o uso de instrumentos, com ou sem penetração de um tecido, em qualquer parte ou orifício do corpo (Horne *et al.*, 1993). A exodontia de terceiro molar é realizada na cavidade bucal do paciente, envolve a penetração por agulhas, afastamento de tecidos por alavancas e retirada do dente por fórceps, portanto, é invasivo.

A segunda característica da exodontia está relacionada ao responder do paciente frente à adversidade da situação. Compreende-se que este envolve uma variedade de manifestações comportamentais, tais como estranhamento ou desconhecimento da situação cirúrgica, incertezas relacionadas aos possíveis benefícios ou malefícios, percepção de impotência, ou seja, a situação cirúrgica favorece a ocorrência de respostas indicadoras de ansiedade.

Ansiedade<sup>3</sup> é considerada um padrão de responder do indivíduo que é aprendido em diversos contextos. Este processo pode ser descrito como uma resposta diante de um estímulo que precede uma situação aversiva. Na história de aprendizado de cada indivíduo, este é exposto a diversas experiências aversivas. Esta exposição resulta no aprendizado de respostas que terminam ou adiam eventos aversivos. Por exemplo, ter de se submeter a uma cirurgia pode desencadear respostas de ansiedade e a pessoa pode adiar este evento. A ansiedade envolve uma diversidade de outras respostas como o aumento da

---

<sup>1</sup> Contração espasmódica do músculo masseter com alta freqüência da contratura.

<sup>2</sup> Infecção do tecido alveolar.

<sup>3</sup> Ansiedade é usualmente entendida como uma condição resultante da presença de um estímulo que precede um evento adverso, ou seja, é uma resposta diante de um provável evento aversivo (Silva, 2003).

frequência cardíaca, sudorese, tensão muscular, dentre outras reações (Straub, 2005; Spielberger *et al.* 2003).

Submeter-se a cirurgia afeta o responder do sujeito, por relacionar-se à possibilidade de sentir dor e desconforto. A dor<sup>4</sup> é um indicador de lesão tecidual que varia tanto pela qualidade da intensidade sensorial, como pelas características afetivo-motivacionais que a pessoa apresenta em determinado contexto. É um fenômeno multideterminado, associada a uma lesão tecidual ou potencial, que envolve aspectos sensoriais, emocionais e culturais, sendo uma experiência subjetiva desagradável (Merskey *et al.*, 1994; Bonica *et al.*, 1990).

Dor e ansiedade são as manifestações mais comuns do paciente exposto a procedimentos invasivos. Avaliar os indicadores e planejar intervenções que auxiliem o paciente a modificar o enfrentamento de eventos potencialmente dolorosos e ansiógenos e, assim, manejar os padrões comportamentais dos sujeitos envolvidos é uma tarefa essencial para os profissionais da saúde.

Horne *et al.* (1993) afirmam que estas manifestações comportamentais afetam o ajustamento do paciente antes, durante a realização dos procedimentos invasivos e na recuperação deste, no período pós-operatório. Neste sentido, a submissão de pacientes a procedimentos invasivos requer atenção tanto para as respostas emocionais, expectativas e conhecimentos do paciente sobre a cirurgia quanto para as habilidades de autocuidado que os usuários e seus cuidadores deverão apresentar após o tratamento e ao longo do curso de vida.

Devido à prevalência de complicações e desconfortos deste procedimento na população em geral, a exodontia de terceiros molares tem sido utilizada como modelo para a avaliação de analgésicos, antiinflamatórios, antibióticos, anestésicos e sedativos (Silvestri Jr & Singh, 2003), como também para a avaliação dos comportamentos do usuário, percepção de dor e ansiedade,

---

<sup>4</sup> Neste trabalho a dor será entendida a partir do conceito proposto pela *International Association for the Study of Pain*, que a define uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos dessa lesão (Silva & Ribeiro-Filho, 2006). Ressalta-se ainda que a dor é sempre subjetiva e que cada indivíduo aprende a aplicação da palavra dor através das experiências de injúrias sofridas desde seu nascimento (Bonica *et al.*, 1990).



e seguimento de recomendações dos profissionais no pré, durante e no pós-operatório (Muglali & Komerik, 2008).

Para Medeiros & Nunes (2001), os níveis de ansiedade dos pacientes tendem a aumentar consideravelmente quando procedimentos invasivos (por exemplo, exodontia de terceiros molares) são escolhidos como formas de tratamento. Os autores consideram que estas respostas emocionais são preditores de comportamentos de não-adesão, observadas em padrões de adiamento do início do tratamento, não seguimento de orientações, expectativas e percepções de dores intensas. Estas respostas de ansiedade também afetam a percepção de dor e a recuperação do paciente no pós-operatório.

Muglali & Komerik (2008) identificaram os efeitos antes e depois da exposição a procedimentos invasivos (pequenas cirurgias bucais, como por exemplo, exodontia de terceiro molar) sobre as respostas e indicadores de ansiedade e dor de pacientes. Participaram 120 pacientes. Os indicadores de ansiedade e dor destes foram avaliados antes, imediatamente após e uma semana depois do procedimento cirúrgico com os seguintes instrumentos: Escala de Ansiedade Odontológica de Corah (DAS), Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger (IDATE) e Escala Analógica Visual (VAS) para a mensuração da dor. Com relação aos escores de ansiedade da DAS, 31 pacientes relataram ansiedade severa antes da cirurgia e apenas 9 relataram após a cirurgia. Observou-se esta mesma tendência na aplicação do IDATE (55,8% apresentaram alta ansiedade antes do procedimento e 21,7% imediatamente após). Estes resultados demonstraram que os níveis de ansiedade pré-operatória dos pacientes foram maiores que os obtidos no pós-operatório. Quanto à percepção de dor, os autores observaram que após a cirurgia os escores médios mostraram-se menores que a expectativa de sentir dor, avaliada antes da cirurgia (VAS antes da cirurgia=46,9; VAS imediatamente após a cirurgia=18,2). Os autores sugerem que, após a cirurgia e no período pós-cirúrgico, os pacientes relataram uma percepção de dor menor quando comparada com à expectativa de dor anterior a cirurgia. Estes resultados sugerem que as respostas de ansiedade e

as expectativas de dor estão relacionadas funcionalmente às expectativas de eventos aversivos futuros.

Por esta razão, os profissionais da saúde devem planejar formas de diminuir a exposição dos pacientes a experiências dolorosas e/ou a situações evocadoras de respostas de ansiedade relacionadas à situação (Alemany-Martínez *et al.*, 2008), como, por exemplo, com o uso de fármacos ou de estratégias psicológicas.

Breemhaar *et al.* (1996) desenvolveram um trabalho descritivo com pacientes que se submeteram a cirurgias de colecistectomia (retirada cirúrgica da vesícula biliar) e herniorrafia (cirurgia de hérnia abdominal) com o objetivo de examinar os eventos que aconteciam com os pacientes e as informações oferecidas. Os autores realizaram observações da interação entre pacientes e profissionais da saúde e entrevista aberta com os profissionais e com os pacientes. Os resultados apontaram que durante a hospitalização, os pacientes sentem falta de *informações* sobre aspectos médicos da doença, da cirurgia e da anestesia, sobre as funções e responsabilidades dos diferentes profissionais da saúde que conhecem durante a hospitalização e recuperação no hospital, e sobre a alta hospitalar. Os autores sugerem que o conteúdo da informação oferecida aos pacientes deve ser melhorado, com aumento da quantidade de informações a respeito dos papéis de cada profissional da saúde, aspectos médicos da doença e preparação e recuperação da cirurgia e anestesia, e comportamentos que facilitem a recuperação após a alta.

Levinson & Chaumenton (1999) realizaram um estudo observacional que descreveu as práticas de comunicação entre ortopedistas ou cirurgiões gerais e pacientes durante as consultas. Como parte da pesquisa, 676 relatos de interação profissional-paciente gravados em áudio foram categorizados por conteúdo da temática e estrutura. Os médicos e pacientes responderam a um questionário que identificava informações demográficas e preocupações discutidas durante a consulta. Os resultados sobre o conteúdo geral das consultas teve como foco questões biomédicas: condições médicas do paciente, opções de tratamento,

educação e aconselhamento do paciente, durante a qual os cirurgiões ofereciam informações. Além disso, houve pouca discussão dos aspectos psicológicos do paciente, os cirurgiões falavam mais que os pacientes (média da relação entre as verbalizações 1,5:1,0) e as consultas duraram em média, 13 minutos. Os autores inferem que os pacientes podem revelar menos detalhes de suas vidas em uma consulta que seja breve e ficam mais satisfeitos quando os médicos exploram a doença no seu contexto da vida, compreendendo suas preocupações (e não apenas sua doença). Os autores inferem, com estes resultados, que é importante os profissionais da saúde desenvolverem habilidades que melhorem a comunicação com os pacientes.

Outro trabalho que enfatizou a necessidade de informações sobre procedimento cirúrgico foi realizado por Keulers *et al.* (2008). O objetivo foi identificar a importância da informação, observada da perspectiva do paciente cirúrgico e do cirurgião. Os pacientes e cirurgiões preencheram a um questionário com 80 questões relativas à doença, exames, período pré-operatório, anestesia, cirurgia, pós-operatório, auto-cuidado e informações gerais do hospital. As respostas foram quantificadas por meio de uma escala visual analógica (VAS), de 100 milímetros, onde os pacientes e cirurgiões deveriam colocar uma marca ao longo do comprimento, que variava de “totalmente irrelevante ser informado sobre este item” (escore mínimo = 0), “neutro” (escore = 50), a “muito relevante ser informado sobre este item” (escore máximo = 100). Os cirurgiões também emitiram parecer sobre o que achavam que os pacientes geralmente desejavam saber sobre o procedimento cirúrgico. De acordo com os resultados, os autores observaram que os profissionais subestimam as necessidades de informações pré-operatórias e que os pacientes revelaram interesse em saber de todo o processo cirúrgico (desde informações da sintomatologia, prognóstico, pré-operatório, anestesia, procedimento cirúrgico, período pós-operatório etc.). Segundo os autores, prover informações aos pacientes a respeito de todo o processo cirúrgico pode ser relevante, pois pode sanar dúvidas e, muito

possivelmente, os pacientes podem apresentar melhora mais significativa nos resultados da cirurgia.

Para intervir sobre as respostas de ansiedade de pacientes em situações de tratamento em odontologia, Melamed & Siegel (1980), por exemplo, enfatizam a eficácia do uso de estratégias, tais como: mecanismos de enfrentamento, relaxamento e distração. Destacam-se, dentre estas técnicas cognitivo-comportamentais: a modelação por vídeo ou *in vivo*, o oferecimento de informação, o *biofeedback*, a hipnose e o treino de autocontrole (Costa Jr, 1997; Moraes *et al.*, 2006; Jöhren *et al.*, 2007).

A estratégia *oferecimento de informação* inclui explicações das rotinas clínicas, dos benefícios destas e das sensações que o paciente poderá sentir durante e após a cirurgia. Esta estratégia pode ser realizada previamente a procedimentos invasivos com o objetivo de reduzir as respostas de ansiedade, estabelecer respostas mais eficientes de enfrentamento ao tratamento e a aumentar a adesão no pós-operatório (Horne *et al.*, 1993).

Um procedimento preparatório pode envolver um conjunto de intervenções cognitivo-comportamentais anteriores, imediatas ou não, à exposição do paciente a procedimentos invasivos. Este planejamento psicoinformativo tem como foco a redução de respostas de ansiedade e o estabelecimento de respostas favoráveis para a adaptação do paciente à intervenção cirúrgica. Este planejamento pode ser realizado de diversas maneiras: com recursos áudio-visuais, face a face, com folhetos ou cartazes ou com programas de internet (Hafner, 2011; Ng *et al.*, 2004; Wijk *et al.*, 2010; O’Coneer-Von, 2008).

Ghulam *et al.* (2006) realizaram um estudo com 3888 mulheres que precisavam se submeter a procedimentos cirúrgicos obstétricos ou ginecológicos. As pacientes receberam informações pré-operatórias verbais (por meio de conversa estruturada) e escritas (por meio de folhetos com informações básicas sobre a cirurgia) a respeito do diagnóstico, procedimento cirúrgico, evolução da doença com ou sem o tratamento, complicações, riscos cirúrgicos, cuidados pós-operatórios e resultados. Estas informações foram oferecidas no dia em que a

cirurgia era marcada. O objetivo foi avaliar a satisfação dessas pacientes a respeito das informações recebidas sobre o procedimento cirúrgico por meio de um questionário aplicado após a cirurgia, antes da alta hospitalar. Os resultados sugeriram que mais da metade das pacientes afirmaram que a informação recebida foi tranquilizadora; outro terço achou a informação neutra; e de 6% a 7% estavam com medo (ou assustadas). A combinação de informações escritas e verbais apresentou bom entendimento e resultou em um índice elevado de satisfação (apenas 2% das mulheres relataram estar insatisfeitas). Mais de 90% consideraram as informações como boas ou excelentes e de acordo com suas necessidades, indicando que o oferecimento de informações pré-operatórias (escritas e verbais) auxiliou as pacientes no enfrentamento do procedimento invasivo.

Wijk *et al.* (2010) fizeram um estudo com objetivo de avaliar a satisfação dos pacientes com relação à quantidade de informações oferecidas sobre a exodontia de terceiros molares. As informações foram oferecidas por meio de um texto e os participantes foram divididos em dois grupos: grupo com menor quantidade de informações (informações mínimas oferecidas aos pacientes sobre a possibilidade de sentir dor, acontecer sangramento, trismos e lábios ou queixos temporariamente dormentes) e grupo com maior quantidade de informações (além das informações mínimas, recebiam instruções sobre uso de analgésicos no pós-cirúrgico, descrição de sintomas normais e prováveis de acontecer após a cirurgia, como o inchaço, e medidas para melhorar a cicatrização). Foi utilizado o questionário *Krantz Health Opinion Survey* (HOS) como uma medida das preferências nas decisões de saúde, que consiste de 16 itens com declarações que os participantes tinham de assinalar “concordo” ou “discordo”. Também foi desenvolvido um questionário, aplicado imediatamente antes e imediatamente após a cirurgia, para avaliar variáveis relacionadas à exodontia de terceiros molares, tais como: perguntas sobre experiência em exodontia, níveis de ansiedade sentida na exodontia e sobre medo odontológico e avaliação das informações recebidas sobre a exodontia de terceiros molares. Todos os itens

deste questionário foram classificados em uma escala numérica de 11 pontos, variando de zero (não ansioso) a 10 (muito ansioso) para as questões de ansiedade, e de zero (discordo totalmente) a 10 (concordo totalmente) para as declarações de avaliação. Os resultados permitiram inferir que os participantes do grupo que recebeu maior quantidade de informações apreciaram mais estas informações que os participantes que a receberam em menor quantidade e exigiu menos informações adicionais, levando a uma maior satisfação.

Outro estudo que analisou o oferecimento de informações a pacientes foi realizado por Ng *et al.* (2004). O objetivo foi analisar a efetividade do oferecimento de informações pré-operatórias (verbais e por figuras ilustrativas) para reduzir a ansiedade de pacientes durante a cirurgia bucal. As informações foram oferecidas por dentistas imediatamente antes do procedimento cirúrgico. Os 192 pacientes foram divididos em quatro grupos: (A) recebimento de informações básicas; (B) recebimento de informações básicas e detalhes do procedimento cirúrgico; (C) recebimento de informações básicas e sobre expectativas de recuperação (processo de recuperação, inchaços, hematomas na face, chances de complicações); e (D) recebimento de informações básicas e detalhes do procedimento cirúrgico e da recuperação. Os pacientes foram questionados por um assistente de cirurgia (não envolvido no procedimento) para avaliarem sua ansiedade, numa escala de zero a 100 milímetros (0= nenhuma e 100= ansiedade mais intensa), em sete momentos: (i) antes da anestesia; (ii) antes do procedimento cirúrgico; (iii) 10, (iv) 20 e (v) 30 minutos após o início do procedimento; (vi) ao término da cirurgia; e (vii) 10 minutos após o término da cirurgia. Os resultados demonstraram que, em geral, o grupo A registrou maior nível de ansiedade (61,8), seguido pelo grupo B (53,4), que por sua vez apresentou maior ansiedade que os grupos C e D (45,5 e 43,5 respectivamente). Os autores puderam inferir que o oferecimento de informação sobre informações básicas, sensoriais e sobre o pós-operatório ao paciente é um procedimento preparatório mais eficaz para redução dos níveis de ansiedade.

Hafner (2011) realizou um estudo em que ofereceu informações pré-operatórias sensoriais, procedurais e sobre o período pós-operatório. A autora utilizou um recurso áudio-visual para verificar seu efeito sobre as respostas de dor e níveis de ansiedade de 140 pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares. Os pacientes foram randomizados em dois grupos: Controle (sem vídeo) e Experimental (com vídeo). Para a avaliação da ansiedade foi utilizado os instrumentos: Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Escala de Ansiedade Odontológica de Corah (DAS), e as medidas fisiológicas (frequência cardíaca, pressão arterial sistólica e diastólica). Estas avaliações ocorreram em quatro momentos de coleta de dados: (M1) pré-cirúrgico imediato, (M2) pós-cirúrgico imediato, (M3) pós-cirúrgico mediato e (M4) remoção de sutura. Para a avaliação das respostas de dor, utilizou-se o Questionário McGill de Dor – forma reduzida e aconteceu em cinco momentos: (M1) pré-cirúrgico imediato, (M2) pós-cirúrgico imediato, (M3) pós-cirúrgico mediato I, (M4) pós-cirúrgico mediato II e (M5) remoção de sutura. Os resultados do estudo sugerem não haver diferença significativa entre os grupos quanto à ansiedade (BAI do Grupo Controle: M1=7,1; M2=9,33; M3=4,43; M4=1,94; BAI do Grupo Experimental: M1=4,69; M2=5,59; M3=1,46; M4=0,87; DAS do Grupo Controle: M1=1,63; M2=3,63; M3=1,31; M4=0,46; DAS do Grupo Experimental: M1=0,94; M2=2,57; M3=0,5; M4=0,26). Quanto à avaliação das respostas de dor, o grupo que assistiu ao vídeo apresentou menor escore no Questionário McGill de Dor e o consumo de analgésicos foi significativamente menor para este grupo (Consumo de analgésicos GC =10,8 e Consumo de analgésicos GE=6,63). Pode-se inferir, com estes resultados, que o vídeo informativo foi eficaz para diminuição das respostas referidas de dor no período pós-operatório em pacientes que se submeteram à exodontia de terceiros molares.

Diante do exposto verifica-se a importância de estudos sobre procedimentos preparatórios nas áreas médica e odontológica. Entretanto, ainda não está clara a eficácia das diversas estratégias empregadas para a redução de indicadores de ansiedade e dor de pacientes. Destaca-se também que os recursos

pré-operatórios empregados e os tipos de informações técnico-sensoriais oferecidas (modo, quantidade, forma, qualidade) não revelam consenso nos protocolos de pesquisa e atendimento estudados. Desta maneira, o estudo de procedimentos preparatórios ainda é pouco explorado diante da diversidade de estratégias disponíveis e das metodologias que podem ser estudadas nesse campo.

### **Justificativa**

A extração de terceiros molares é um dos procedimentos mais realizados na área de cirurgia bucomaxilofacial e a investigação científica relacionada à preparação psicológica ainda apresenta resultados controversos, mesmo considerando que trabalhos sobre o tema do manejo comportamental em cirurgia odontológica têm sido realizados desde a década de 1970 (Schmitt *et al.*, 1973; Melamed *et al.*, 1975; Melamed *et al.*, 1978; Clum *et al.*, 1979; Muglali & Komerik, 2008).

O presente trabalho foi inserido em uma linha de pesquisa da Área de Psicologia Aplicada, do Departamento de Odontologia Social, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP – Unicamp) denominada “Pesquisa Comportamental em Odontologia”. Esta linha incluiu o desenvolvimento de uma pesquisa cujo objetivo foi descrever e analisar os comportamentos e as mudanças fisiológicas de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares que são expostos a procedimentos preparatórios.

O presente estudo manteve uma interlocução com o projeto de Hafner (2011) e avançou a pesquisa sobre o estudo de procedimentos preparatórios, com a utilização de disseminação de informação por meio do contato face a face entre pesquisador e usuário de serviço. Destaca-se que o trabalho de Hafner (2011) utilizou um vídeo animado, de cinco minutos de duração, para a disseminação de informação no qual não havia esse contato face a face.



## **Objetivo**

Analisar os efeitos de um procedimento preparatório de fornecimento de informação face a face sobre os níveis de ansiedade, mudanças fisiológicas e respostas de dor de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares.

## **Método**

A coleta de dados do trabalho foi desenvolvida por dois pesquisadores, um principal e outro auxiliar. Ambos receberam treinamento, antes do início da pesquisa, quanto ao uso de instrumentos psicológicos, protocolos de atendimento de uma clínica-escola de cirurgia odontológica, uso de equipamentos áudio-visuais e multimídia, aferição de pressão arterial e observação direta e registro de comportamentos durante intervenções em saúde, em especial cirurgias.

## **Local**

A coleta de dados foi realizada em dois ambientes: Centro Cirúrgico e Clínica Geral da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas (FOP/Unicamp).

A Clínica Geral é composta por uma sala de espera externa e uma ampla sala de atendimento dividida em quatro boxes, cada um com quatro cadeiras odontológicas, refletores, mochos e mesas auxiliares, com motores, sugadores e seringa tríplice. Estes boxes são localizados um ao lado do outro. A coleta foi feita em dois destes boxes, sendo utilizada uma cadeira odontológica para acomodar o participante e um mocho para o pesquisador. Ressalta-se que em dias de coletas concomitantes, pelos pesquisadores (principal e auxiliar), foram utilizados boxes distantes um do outro (primeiro e último boxe).

O Centro Cirúrgico é composto por um espaço com pia e material de assepsia e seis boxes cirúrgicos individuais equipados, cada um, com cadeira odontológica, refletor e negatoscópio. O Centro Cirúrgico possui uma ante-sala

com um banco (sala de espera). O Centro Cirúrgico e a Clínica localizam-se um ao lado do outro, possuindo comunicação entre os dois ambientes.

### ***Participantes***

Foram avaliados 123 pacientes, de 14 a 24 anos de idade, de ambos os gêneros que necessitavam de exodontia de, pelo menos, um terceiro molar em uma sessão odontológica.

### ***Seleção dos Participantes***

A indicação dos participantes foi realizada por profissionais cirurgiões-dentistas do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Área de Concentração Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FOP/UNICAMP. Os pacientes que necessitavam de exodontia de, pelo menos, um terceiro molar e estivessem na faixa etária indicada do estudo foram agendados e indicados ao pesquisador principal. Foi informada também a data e hora da cirurgia destes pacientes.

Os pacientes, encaminhados pelos cirurgiões-dentistas, foram abordados na sala de espera da Clínica Geral, no dia do procedimento, pelo pesquisador, e foram convidados a participar do estudo.

### ***Critérios de Inclusão e Exclusão***

Os critérios de inclusão são: adolescentes e jovens alfabetizados que realizariam a remoção de sutura no próprio centro cirúrgico onde foi feita a exodontia.

Os critérios de exclusão são: pacientes que apresentassem doenças psiquiátricas ou neurológicas durante a pesquisa, uso de drogas, dificuldades para a realização da leitura das instruções e dos instrumentos psicológicos, faltas em qualquer momento da pesquisa, erro ou não preenchimento de algum instrumento e aqueles que retirassem seu consentimento para a pesquisa.

### ***Procedimentos Éticos***

A participação dos sujeitos foi voluntária. Todos os pacientes foram informados sobre a natureza da pesquisa e receberam duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 1), devolvendo uma delas assinada para o pesquisador após a explicação sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa. Caso o paciente tivesse menos de 18 anos de idade, o cuidador ou responsável assinava o TCLE. Os participantes foram informados quanto à possibilidade de desistência a qualquer momento, sem qualquer ônus para o atendimento que receberia no Centro Cirúrgico - FOP/UNICAMP. Houve, ainda, a garantia de sigilo dos dados obtidos e a informação de que o pesquisador esteve à disposição para quaisquer esclarecimentos que julgassem necessários. O estudo foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, sendo aprovado e recebido o registro nº 052/2009 (Anexo 1).

### ***Delineamento***

Para a análise dos indicadores de ansiedade e de dor realizou-se um delineamento com grupos com pré-teste e pós-teste, com medidas repetitivas. O procedimento foi conduzido com dois Grupos: (1) Controle (GC) e (2) Experimental (GE).

O planejamento experimental foi subdividido em: Entrevista Inicial; Pré-Cirúrgico; Oferecimento de informação prévia face a face; Exodontia; Pós-Cirúrgico Imediato; Pós-Cirúrgico Mediato I, Pós-Cirúrgico Mediato II; e Remoção de Sutura. A Tabela 01 apresenta os passos do delineamento.

Tabela 01 – Delineamento Experimental da Pesquisa.

Pesquisador	Grupo Controle (n=61)	Grupo Experimental (n=62)	Avaliações Comportamentais e Fisiológicas			Dia
			Medidas Fisiológicas	IDATE, DAS	McGill	
1	Entrevista Inicial					
1	Pré-Cirúrgico		X	X	X	
1	-	<i>Oferecimento de Informação Prévia Face a Face</i>				1º dia
2	Exodontia					
2	Pós-Cirúrgico Imediato		X	X	X	
2	Pós-Cirúrgico Mediato I				X	1 dia após
2	Pós-Cirúrgico Mediato II			X	X	3 dias após
2	Remoção de Sutura		X	X	X	7 dias após

Os pacientes selecionados foram distribuídos aleatoriamente por meio de um programa de atribuição e seleção randômica simples, identificado no site da internet <<http://www.randomizer.org>>. O Grupo Experimental foi submetido a todo procedimento, tal como explicitado na Tabela 1, enquanto o Grupo Controle não foi submetido ao Oferecimento de Informação prévia face a face.

A coleta de dados foi conduzida por um pesquisador principal e um pesquisador auxiliar, para evitar o viés dos pesquisadores na manipulação de variáveis como instruções e apresentações de estímulos, que poderiam afetar os resultados na fase de análise dos dados. Antes da entrevista com os participantes, o pesquisador principal (ou o auxiliar) recebeu, separadamente, por escrito, em uma tabela de atendimentos, a distribuição dos participantes em cada grupo pelo professor orientador.

Os dois pesquisadores possuíam os mesmos equipamentos, incluindo notebook, instrumentos de aferição de pressão arterial e frequência cardíaca e instrumentos psicológicos de avaliação de ansiedade e dor em todos os

atendimentos. Os pesquisadores não acompanharam todos os procedimentos de cada participante. Os primeiros momentos (da Entrevista Inicial até o Oferecimento de informação prévia face a face - se fosse o caso) foram realizados pelo pesquisador que recebeu a indicação por escrito do professor orientador. Os demais momentos foram acompanhados pelo outro pesquisador. Segue, abaixo, o detalhamento de cada um dos momentos do delineamento experimental:

- **Entrevista Inicial:** realizada na sala de espera, externa à Clínica Geral, que seguia o Questionário de Identificação como roteiro (Apêndice 2). Esta entrevista continha os seguintes itens: dados de identificação do paciente, questões fechadas sobre prática de exercícios físicos, uso de tabaco e consumo de café nas últimas horas, histórico de doenças, tratamentos medicamentosos atuais; questões abertas sobre experiência cirúrgica odontológica e uso de medicação nas últimas horas; identificação do(s) terceiro(s) molar(s) extraído(s) e sua(s) posição(s), e espaço de identificação de GC ou GE, preenchido pelo pesquisador ao término da coleta de dados.

- **Pré-cirúrgico:** Este momento acontecia com o paciente sentado na cadeira odontológica, imediatamente antes do procedimento cirúrgico, dentro da Clínica Geral. Foram aplicados os instrumentos de avaliação de ansiedade (Inventário de Ansiedade Traço-Estado e Escala de Ansiedade Odontológica de Corah) e de dor (Questionário McGill de Dor - forma reduzida). Também foi aferida a pressão arterial e a frequência cardíaca do participante (foram realizadas cinco medidas consecutivas com intervalos de dois minutos entre elas) (Apêndice 3).

- **Oferecimento de informação prévia face a face:** Somente os participantes do Grupo Experimental participaram deste momento. Após o Pré-Cirúrgico, foram fornecidas informações sobre a cirurgia de exodontia de terceiro molar para o Grupo Experimental. Estas informações foram disponibilizadas face a face com auxílio de um notebook, no espaço da Clínica Geral. Estavam presentes um

paciente e um dos pesquisadores (pesquisador 1 – Tabela 1). O fornecimento de informações, por meio de vídeo assistido no notebook, seguiu um roteiro informativo (descrito na seção Recursos e Equipamentos da dissertação e no Apêndice 6). No roteiro, há nove questões e respostas sobre a cirurgia de exodontia de terceiro molar (Peterson, 2005).

O roteiro segue os seguintes itens:

- O que é o terceiro molar?
- Por que retirar este dente?
- Descrição do local em que será realizada a cirurgia.
- Quem estará com você (com o paciente)?
- Como se comunicar (durante a cirurgia)?
- Quais são os procedimentos cirúrgicos?
- O que fazer durante o procedimento (dicas)?
- Como será o pós-cirúrgico (cuidados e sensações)?
- Como será a recuperação?

Cada questão foi formulada verbalmente ao paciente, para avaliar seu conhecimento prévio (antes de qualquer fornecimento de informação). Após a resposta do paciente, o pesquisador mostrou um vídeo com a resposta à respectiva questão. As respostas, por meio de recurso áudio-visual, garantiram a uniformização das informações em termos de conteúdo e formato. Foi formulada uma pergunta de cada vez (totalizando nove perguntas). A cada três perguntas, o pesquisador fez um pergunta geral sobre o que já foi exposto, para avaliar a qualidade das informações retidas por ele(s). Houve a possibilidade de esclarecimentos ao paciente sobre eventuais dúvidas de compreensão acerca das informações transmitidas por áudio-visual. Os pesquisadores foram treinados previamente a usarem o protocolo (Apêndice 6) como guia de orientação para as explanações sobre o procedimento. Caso os pesquisadores observassem

eventuais manifestações emocionais, não deveriam questionar os pacientes sobre estas respostas, ou realizar qualquer intervenção comportamental de consolo ou apoio social. Após esse momento, o paciente foi conduzido à sala de espera do Centro Cirúrgico e seu prontuário foi entregue ao outro pesquisador (segundo pesquisador – Tabela 1), que acompanhou o paciente nos demais momentos do estudo: Procedimento Cirúrgico, Pós-Cirúrgico Imediato, Pós-Cirúrgico Mediato I e II e Remoção de Sutura.

- **Exodontia:** Ao longo da cirurgia, o pesquisador observou e registrou, na Ficha de Procedimentos e Intercorrências (Apêndice 4), o tempo de duração da cirurgia, a quantidade de tubetes anestésicos utilizados na exodontia e qualquer intercorrência, por exemplo: necessidade de troca de material ou instrumental odontológico, comunicações sobre a rotina de cirurgia entre cirurgião e auxiliar e entre paciente e cirurgião e movimentações físicas do paciente que dificultassem, impedissem ou adiassem o procedimento.

- **Pós-Cirúrgico Imediato:** logo após a cirurgia, ainda no Centro Cirúrgico, o paciente permaneceu na cadeira odontológica e foram realizadas as aferições fisiológicas e aplicados os mesmos instrumentos do Pré-Cirúrgico. Ainda, o paciente recebeu o Cronograma do Tratamento de Pesquisa e de Auto-Registro de Medicamentos Ingeridos (Apêndice 5). Anexado a este, o paciente recebeu uma cópia da Escala de Ansiedade Odontológica de Corah (Anexo 2), um do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (Anexo 3) e outra do Questionário McGill de Dor (Anexo 4).

- **Pós-Cirúrgico Mediato I:** aconteceu um dia após a exodontia. O paciente, que recebeu uma cópia do instrumento Questionário McGill de Dor logo após a exodontia, foi contatado por telefone para preencher e fornecer as respostas ao respectivo instrumento. O horário da ligação telefônica do pesquisador para o

paciente foi combinado previamente, na entrevista. O instrumento preenchido deveria ser devolvido no dia do retorno para a remoção de sutura.

- **Pós-Cirúrgico Mediato II:** aconteceu 3 dias após a exodontia. O paciente respondia aos instrumentos de ansiedade e dor (Inventário de Ansiedade Traço-Estado, Escala de Ansiedade Odontológica e Questionário McGill de Dor). O pesquisador contatou o paciente por telefone para lembrá-lo de preencher aos respectivos instrumentos. O horário da ligação telefônica do pesquisador para o paciente também foi combinado previamente, na entrevista. Os instrumentos preenchidos deveriam ser devolvidos no dia do retorno para a remoção de sutura.

- **Remoção de Sutura:** ocorreu sete dias após a exodontia e foram tomadas as mesmas medidas fisiológicas e aplicados os instrumentos psicológicos utilizados no Pré-Cirúrgico e Pós-Cirúrgico Imediato, repetindo as avaliações descritas nestes momentos. Os instrumentos foram aplicados antes da remoção de sutura.

### **Questionários e Protocolos de registro**

- **Roteiro Informativo** – Roteiro informativo elaborado pelos pesquisadores, baseado no documento da Organização Mundial da Saúde sobre preparação para procedimentos invasivos. Neste documento são apresentadas algumas técnicas cognitivo-comportamentais para a preparação de pacientes temerosos ou ansiosos (Horne *et al.*, 1993). O objetivo do roteiro foi guiar o pesquisador nos conteúdos e na ordem de fornecer informações aos pacientes do Grupo Experimental (GE) acerca do procedimento cirúrgico, informações sensoriais, procedurais e sobre o pós-operatório.

Estas informações foram fornecidas por meio de pequenos vídeos apresentados no notebook, face a face com o pesquisador, com duração aproximada de 5 minutos (Apêndice 6).



- **Questionário de Identificação** – Composto por questões de identificação do paciente; questões fechadas sobre hábitos recentes (últimas horas), histórico de doenças, tratamentos medicamentosos atuais; questões abertas sobre experiência cirúrgica odontológica e uso de medicação nas últimas horas. Neste mesmo instrumento existem dois espaços preenchidos pelo pesquisador: um de identificação do(s) terceiro(s) molar(s) extraído(s) e sua(s) posição(s), e outro espaço de identificação de GC ou GE, preenchido após o término da coleta de dados (Apêndice 2).

- **Ficha de Aferições de Medidas Fisiológicas** – A ficha divide-se em três partes, identificadas com três momentos de coleta de dados destas medidas (Tabela 01). Todas as partes possuem um mesmo quadro e a identificação de data e hora de início e término da coleta. Os quadros possuem cinco espaços para anotação de Frequência Cardíaca e Pressão Arterial Sistólica e Diastólica. Estas foram aferidas a cada 2 minutos por cinco vezes, em um período de 10 minutos (Apêndice 3).

- **Ficha de Procedimentos e Intercorrências** – Constituída de um quadro dividido em 3 colunas e 30 linhas. As colunas correspondem, nessa ordem: (1) Procedimento cirúrgico; (2) Comportamento do cirurgião dentista e do auxiliar; e (3) Comportamento do paciente. As intercorrências foram anotadas no tempo, e poderiam ser os comportamentos dos participantes e procedimentos ocorridos nesse mesmo período (minuto). Nessa mesma ficha há um espaço para anotação do número de tubetes anestésicos utilizados, hora do início e término da cirurgia e tempo da cirurgia. O anestésico utilizado nos procedimentos cirúrgicos foi *lidocaína 2% 1:100 000* (Apêndice 4).

- **Cronograma do Tratamento de Pesquisa e de Auto-Registro de Medicamentos Ingeridos** – Possui um quadro de três colunas, com identificação da data, hora e atividade. Foram agendados os seguintes itens: data e horário dos

contatos telefônicos e do retorno, de acordo com a disponibilidade do paciente. Na mesma ficha há o quadro de medicamentos ingeridos, com espaço para indicação do medicamento de dor utilizado e indicação da data de término da contagem da medicação utilizada neste período. Consta, também, uma tabela com 30 quadros numerados (de 1 a 30) que o paciente deveria assinalar, com caneta, cada vez que o medicamento fosse ingerido (Apêndice 5).

### ***Escalas Psicométricas***

- **Escala de Ansiedade Odontológica de Corah (DAS)** – Escala composta por 4 questões de múltipla escolha, cada uma com 5 alternativas, relacionadas com as reações do paciente. Estas questões avaliam: (1) o dia anterior da visita ao dentista; (2) o momento de espera antes do atendimento; (3) os momentos de atendimento que antecedem o uso de motor nos dentes; e (4) a raspagem dos dentes. Cada alternativa possui um escore que varia de 1 a 5 pontos, sendo o valor 1 para a primeira alternativa e o valor 5 para a última alternativa. O resultado é a somatória dos escores das 4 questões. O escore final pode variar entre 4 a 20 pontos (Corah, 1968) (Anexo 2).

- **Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)** – o instrumento é composto por duas escalas: uma que avalia a ansiedade enquanto estado (A-estado) e outra que avalia a ansiedade enquanto traço (A-traço). A A-estado é composta por 20 descritores de ansiedade e a pergunta como se sente “agora, neste momento” deve ser respondida, de acordo com cada descritor, em uma escala de 4 pontos: (1) absolutamente não; (2) um pouco; (3) bastante; e (4) muitíssimo. A A-traço também é composta por 20 descritores de ansiedade, e a resposta à pergunta como “geralmente se sente” deve ser escolhida, de acordo com cada descritor de ansiedade, em uma escala de 4 pontos: (1) quase nunca; (2) às vezes; (3) freqüentemente; e (4) quase sempre (Fioravanti *et al.*, 2006) (Anexo 3).

- **Questionário McGill de Dor** – Este instrumento refere-se à avaliação da dor sentida no momento de sua aplicação. Este questionário divide-se em três partes: Índice de Estimativa de Dor (PRI), Intensidade de Dor Presente (PPI) e Avaliação Global da Experiência de Dor.

O PRI é composto por 15 descritores da experiência de dor, sendo 11 sensoriais (PRI-S) e 4 afetivos (PRI-A). Cada descritor possui indicadores referentes à intensidade da dor e valores de 0 a 3. Os indicadores são: (0) nenhuma; (1) branda; (2) moderada; e (3) severa. Em cada descritor deve ser assinalada a intensidade de cada tipo de dor.

O PPI é composto por uma Escala Visual Analógica (VAS), sendo esta uma linha reta de 100 mm, com uma marcação em cada extremidade: “sem dor” e “a pior dor imaginável”. Nessa linha deve ser feita uma marca, indicando a intensidade da dor sentida no momento presente.

Na parte de Avaliação Global da Experiência de Dor são apresentadas 6 palavras que podem descrever uma experiência dolorosa: “nenhuma dor”, “branda”, “desconfortável”, “aflictiva”, “horrível” e “martirizante”. O participante assinala aquela que mais se aproxima da intensidade dolorosa no momento da avaliação (Silva & Ribeira-Filho, 2006) (Anexo 4).

### ***Equipamentos***

- **Cronômetro** - Cronômetro Kadio progressivo com função relógio. Dimensões 70 X 23 X 60 mm, com 3 botões: liga-desliga, modo relógio e reset. Possui alimentação de 01 bateria LR44.

- **Vídeo Informativo** – A resposta a cada questão do roteiro informativo foi gravada em vídeo em formato de telejornal, ou seja, um apresentador gravou as respostas e os vídeos foram exibidos aos pacientes após a formulação de cada pergunta e da resposta inicial de cada paciente. O vídeo exibiu a imagem do rosto

e tronco superior do apresentador sentado em uma bancada, sem estímulos distrativos em volta.

- **Aparelho de Aferição de Pressão Arterial e Frequência Cardíaca** – Um Monitor Automático de Pressão Arterial de Pulso OMRON, modelo HEM-631INT, com visor digital. Este monitor realiza a medição pelo método oscilométrico, com faixa de medição de pressão arterial (PA) de 0 a 299 mmHg e de frequência cardíaca (FC) de 40 a 180 batimentos por minuto. Sua precisão para medidas de PA é de  $\pm 3$  mmHg e para as medidas de FC  $\pm 5\%$  da leitura. Sua dimensão externa é de 72 X 56 X 44 mm e pesa aproximadamente 120 gramas. A fonte de alimentação são 2 pilhas AAA, com duração aproximada de 300 medições em memória. Possui um manguito colocado no pulso da pessoa. A posição da pessoa para medida é sentada, com pernas descruzadas e braço de medição fletido, junto ao peito, com a mão fechada na altura do coração.

- **Notebook** – Computador portátil da marca Accer, 14 polegadas, com processador Intel Centrino, 2 GB e Leitor de DVD. Possui bateria interna recarregável. Utilizou-se o software Windows Media Player para a apresentação dos vídeos.

- **Materiais de escritório** - Lápis, caneta, borracha, papel.

## **Capítulo 1**

### **Informação face-a-face sobre a ansiedade de pacientes submetidos à exodontia.**

Face-to-face information on anxiety in patients submitted a extraction.

Información de cara-a-cara sobre la ansiedad de los pacientes sometidos a extracción dental.

#### **Autores:**

Juliana Zanatta – Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/Unicamp

Antonio Bento Alves de Moraes – Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/Unicamp

Gustavo Sattolo Rolim – Faculdade de Psicologia - Uniararas

Maylu Botta Hafner – Faculdade de Ciências Médicas – FCM/Unicamp

#### **Correspondência:**

Juliana Zanatta

Email: [juzanatta@yahoo.com.br](mailto:juzanatta@yahoo.com.br)

Endereço: Depto de Odontologia Social/ Psicologia Aplicada à Odontologia. Av. Limeira, 901 – Bairro Areião – CEP: 13414-903 – Piracicaba – SP.

Fone/fax: +55(19)2106-5276

Artigo submetido à Revista Psicologia em Estudo / UEM-Maringá (Anexo 5)

Trabalho financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Processo N° 2009/01794-5

## Resumo:

Este artigo analisa os efeitos da informação prévia face-a-face sobre indicadores de ansiedade e medidas fisiológicas de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares. Participaram 123 pacientes, distribuídos nos grupos: Controle e Experimental. Utilizou-se para avaliação da ansiedade: Escala de Ansiedade Odontológica de Corah e Inventário de Ansiedade Traço-Estado. A avaliação da ansiedade ocorreu nos momentos: Pré-Cirúrgico, Pós-Cirúrgico Imediato, Pós-Cirúrgico Mediato e Remoção de Sutura. A avaliação fisiológica ocorreu nos momentos: Pré-Cirúrgico, Pós-Cirúrgico Imediato e Remoção de Sutura. A informação face-a-face foi oferecida ao Grupo Experimental após o primeiro momento. Utilizou-se os testes Qui-Quadrado, Análise de Variância com Modelo Misto e Tukey ( $\alpha=0,05$ ). Os resultados não apontaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto à ansiedade e as medidas fisiológicas. Entretanto, a pressão arterial sistólica e diastólica e os escores de ansiedade foram menores entre os pacientes do Grupo Experimental, sugerindo possível do efeito do procedimento preparatório.

Palavras-chave: Ansiedade; procedimento preparatório; exodontia de terceiros molares.

## Abstract

This article evaluates the effect of prior face-to-face information on anxiety and physiological measures of patients undergoing third molars extraction. Participants 123 patients divided into two groups: Control and Experimental. It was used for assessment of anxiety: Dental Anxiety Scale of Corah and State-Trait Anxiety Inventory. The assessment of anxiety occurred in moments: Pre-Operative, Immediate Postoperative, Mediate Postoperative and Suture Removal. The physiological occurred in moments: Pre-Operative, Immediate Postoperative and Suture Removal. The face-to-face information was offered to the Experimental Group after de first moment. It was used Chi-square, Analyses of Variance with Mixed Model and Tukey ( $\alpha=0,05$ ). The results suggested no statistically significance difference between groups regarding anxiety and physiological measures. However, the systolic and diastolic blood pressure and anxiety scores were lower among patients in Experimental Group, suggesting a possible effect of the preparatory procedure.

Key words: Anxiety; preparatory procedure; third molar extraction.

## Resumen

En este artículo se evalúa el efecto de la información cara-a-cara sobre la ansiedad y las medidas fisiológicas de los pacientes sometidos a extracción de los terceros molares. Participaron 123 pacientes divididos en grupos: Control (GC) y Experimental(GE). Se utilizó Escala de Ansiedad de Corah y Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. La evaluación de la ansiedad se produjo en momentos: Pre-Quirúrgico, Post-Quirúrgico Inmediato, Post-Quirúrgico Mediato y Remoción de Sutura. La evaluación fisiológica se produjo en momentos: Pre-Quirúrgico, Post-Quirúrgico Inmediato y Remoción de Sutura. La información cara-a-cara se le ofreció al GE después de lo primero momento. Se utilizó el Chi-cuadrado, Análisis de Varianza y Tukey ( $\alpha=0,05$ ). Los resultados sugieren que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a la ansiedad y las medidas fisiológicas. Sin embargo, la presión arterial y las puntuaciones de ansiedad eran más bajos en el GE, lo que sugiere un posible efecto de la información cara-a-cara.

Palabras clave: Ansiedad; procedimiento preparatorio; extracción del tercer molar.



Títulos de todas as figuras:

Tabela 1 - Frequência e porcentagem de pacientes quanto ao gênero, experiência cirúrgica odontológica, uso de tabaco e consumo de café, separados por Grupo Controle, Grupo Experimental e Total da Amostra.

Figura 1 - Média e desvio-padrão dos escores de ansiedade avaliados pelo Inventário de Ansiedade A-traço, A-estado e pela escala DAS dos grupos Controle (GC) e Experimental (GE), nos 4 momentos de coleta de dados (PC, PCI, PCM e RS).

Figura 2 - Média e desvio-padrão dos valores fisiológicos Frequência Cardíaca, Pressão Arterial Sistólica e Pressão Arterial Diastólica dos grupos Controle (GC) e Experimental (GE) nos 3 momentos de coleta de dados (PC, PCI e RS).

## Introdução

A exodontia de terceiros molares é um procedimento cirúrgico que implica em poucos riscos para os pacientes se comparada a outras cirurgias odontológicas (Kim, Kim & Myoung, 2010). Embora seja uma prática de rotina e relativamente simples, a exodontia é um procedimento odontológico invasivo e frequentemente associado a respostas de ansiedade do paciente.

Alguns estudos apontam que este procedimento é comumente realizado em jovens que, geralmente, ainda não tiveram qualquer experiência com cirurgias (Wijk & Lindeboom, 2008). O desconhecimento acerca do procedimento pode implicar uma maior probabilidade para a emissão de respostas de ansiedade (Muglali & Komerik, 2008). De acordo com Eli, Uziel, Baht e Kleinhauz (1997), estas respostas, de caráter emocional, estão relacionadas aos estímulos do contexto odontológico (anestésias, agulhas, motores, pinças, sondas) que são eliciadores de respostas incondicionadas e podem ser avaliados pelos pacientes como potencialmente ameaçadores, desconhecidos ou estranhos.

Os comportamentos indicadores de ansiedade são respostas aprendidas: (a) por exposição direta à situação de tratamento odontológico, quando o paciente é submetido a eventos estressantes e/ou dolorosos; ou (b) por exposição indireta, tal como quando uma pessoa relata a outra pessoa sua experiência de dor durante o tratamento odontológico ou, ainda, quando uma pessoa observa outra pessoa exposta ao tratamento e apresentando respostas indicadoras de sofrimento, denominada de aprendizagem vicariante (Rachman, 1977). Ambas as exposições podem generalizar-se, ainda, a outras situações estressantes, não necessariamente relacionadas a tratamentos odontológicos, tais como contextos de tratamento médico.

Neste sentido, a exposição de pacientes a procedimentos invasivos requer cuidados especiais para com o ambiente de cuidados, eliciador potencial de reações emocionais adversas, especialmente aquelas que indicam ansiedade. Alguns delineamentos de manejo ambiental têm sido planejados com objetivo de construir um repertório comportamental do paciente para o enfrentamento do procedimento invasivo através do fornecimento de informação distrativa ou contingente ao procedimento a ser executado. Dentre eles, destacam-se: recurso oral ou face a face (Ng, Chau & Leung, 2004; Wong, Chan & Chair, 2010), recurso áudio-visual (Jlala, French, Foxall, Hardman & Bedford, 2010), audição de música (Kim, Kim & Myoung, 2011), uso de informações escritas na forma de folhetos ou cartilhas (Sjöling, Nordhal, Olofsson & Asplund, 2003; Wijk, Buchanan, Coulson & Hoogstraten, 2010), programas educativos de internet (O'Conner-von, 2008), hipnoterapia (Schnur *et al.*, 2008) ou programas de relaxamento (Cheung, Molassiotis & Chang, 2003).

O fornecimento de informação face a face tem sido objeto de análise de alguns estudos e os efeitos desse procedimento preparatório sugerem diminuição potencial dos níveis de ansiedade (Wong *et al.*, 2010). Ng *et al.* (2004), por exemplo, analisaram a eficácia do fornecimento de informações pré-operatórias, por meio de relato verbal e figuras ilustrativas, sobre os níveis de ansiedade pré e pós-operatórias de pacientes que se submeteram a cirurgias odontológicas. Os autores sugerem que fornecer aos pacientes informações face a face sobre variáveis sensoriais e sobre o pós-operatório é um procedimento eficaz à redução dos níveis de ansiedade dos pacientes.

Wijk *et al.* (2010) avaliaram a satisfação e o bem-estar de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares quanto à quantidade de informações oferecidas sobre a exodontia. Os pacientes, divididos em dois, receberam informações mínimas (informações

de rotina) ou maior quantidade de informações (informações de rotina e instruções sobre uso de analgésicos, descrição de sintomas prováveis de ocorrer, e medidas para melhorar a cicatrização). Os resultados apontaram que os pacientes que receberam maior quantidade de informações apresentaram melhor o nível de satisfação e percepção de bem-estar.

Hafner (2011) avaliou os efeitos de um procedimento preparatório por meio de recurso audiovisual sobre o nível de ansiedade e medidas fisiológicas de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares. Os pacientes foram divididos em dois grupos: (a) controle - não assistiram ao vídeo educativo; e (b) experimental - assistiram ao vídeo educativo. O procedimento preparatório continha informações sensoriais, procedurais da exodontia e sobre o período pós-operatório. Os resultados permitiram inferir que não houve diferença estatisticamente significativa nos níveis de ansiedade e nas medidas fisiológicas, entre os dois grupos.

Resultados semelhantes aos de Hafner (2011) foram encontrados por Bytzer e Lindeberg (2007) que avaliaram o impacto do oferecimento de informação por meio de vídeo sobre a ansiedade de pacientes submetidos à colonoscopia. O procedimento preparatório continha informações técnicas sobre o procedimento invasivo. Os resultados não verificaram efeitos do procedimento preparatório sobre os níveis de ansiedade dos pacientes (grupo com vídeo=45,0; grupo sem vídeo=45,9).

Diante do exposto pode-se observar que não há consenso sobre os resultados de procedimentos preparatórios em situação de procedimentos invasivos. Assim, o presente trabalho tem como objetivo analisar os efeitos de um procedimento preparatório, realizado por meio de informação prévia face a face, sobre a ansiedade e as medidas fisiológicas de adolescentes submetidos à exodontia de terceiros molares.

## Método

O estudo foi submetido à avaliação de um Comitê de Ética em Pesquisa, tendo sido aprovado sob protocolo nº 052/2009, e a coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a dezembro de 2010, em um centro cirúrgico de uma faculdade de odontologia de uma universidade pública do Estado de São Paulo.

Trata-se de um delineamento de grupo com acompanhamento longitudinal, realizado com 123 indivíduos (81 do sexo feminino), com idades entre 14 e 24 anos, que necessitavam de exodontia de, pelo menos, um terceiro molar em uma sessão odontológica.

Foram incluídos no trabalho pacientes saudáveis, alfabetizados, selecionados para exodontia de terceiros molares e que realizaram a remoção de sutura neste mesmo local. Foram excluídos os pacientes (n=9) que, por qualquer motivo, não compareceram em algum dos momentos da coleta de dados ou que deixaram de preencher algum dos instrumentos de avaliação.

Os participantes foram aleatoriamente distribuídos em dois grupos: (a) Grupo Controle (GC) – não receberam informação prévia face a face; e (b) Grupo Experimental (GE) - receberam informação prévia face a face. A randomização seguiu a sequência de uma tabela aleatória gerada por um programa de atribuição e seleção randômica simples, disponível no site de internet <<http://www.randomizer.org>>.

A coleta de dados foi realizada por dois pesquisadores: um pesquisador realizava o procedimento no primeiro momento (denominado pré-cirúrgico - PC - anterior à cirurgia, com a apresentação da informação prévia face a face aos pacientes do GE) e o outro pesquisador, sem conhecimento dos dados pré-cirúrgicos dos pacientes, acompanhava os

demais três momentos: Pós-Cirúrgico Imediato (PCI); Pós-Cirúrgico Mediato (PCM) e Remoção de Sutura (RS). O uso de dois pesquisadores na coleta dos dados tinha objetivo de evitar eventuais vieses de pesquisa, tais como o conhecimento prévio dos resultados pré-cirúrgicos de cada participante pelo segundo pesquisador.

Os pesquisadores foram treinados previamente a seguirem os quatro momentos e a aplicarem os instrumentos de coleta de dados. Caso os pesquisadores observassem eventuais manifestações emocionais, não questionavam os pacientes sobre estas respostas, nem efetuavam qualquer intervenção comportamental de suporte ou apoio social. Após o oferecimento de informação prévia face a face, o paciente era conduzido à sala de espera do Centro Cirúrgico.

No primeiro momento, Pré-Cirúrgico (PC), todos os pacientes respondiam a questões relativas a hábitos de saúde (consumo de café e uso de tabaco) e sobre experiência cirúrgica odontológica, preenchiam os instrumentos de medida de ansiedade e medidas fisiológicas eram aferidas. Depois, os pacientes do GE passavam pelo procedimento preparatório (oferecimento de informação prévia face a face) e, em seguida, cada paciente era encaminhado para sala cirúrgica.

O segundo momento, Pós-Cirúrgico Imediato (PCI), ocorria imediatamente após a cirurgia e todos os pacientes, ainda na cadeira odontológica do centro cirúrgico, preenchiam os instrumentos de medida de ansiedade e eram aferidas as mesmas medidas fisiológicas do PC.

No momento Pós-Cirúrgico Mediato (PCM), que ocorria três dias após a cirurgia, os pacientes preenchiam os instrumentos de medida de ansiedade. Neste caso, os pacientes receberam uma cópia dos instrumentos de ansiedade logo após a cirurgia e foram

contatados por telefone para que preenchessem os respectivos instrumentos. A avaliação das medidas fisiológicas não foi realizada neste momento.

No último momento, Remoção da Sutura (RS), que ocorria sete dias após o procedimento cirúrgico, os pacientes passavam pela avaliação de ansiedade e das medidas fisiológicas, antes da remoção de sutura.

A informação prévia face a face foi apresentada aos participantes do GE imediatamente após o primeiro momento (Pré-Cirúrgico). Este procedimento preparatório foi elaborado pelos pesquisadores e avaliado por pesquisadores da área de psicologia aplicada à odontologia. Este recurso consiste em apresentações verbais sobre os procedimentos técnicos da cirurgia de exodontia e as possíveis sensações associadas às rotinas clínicas.

A apresentação seguia um roteiro informativo pré-definido sobre a cirurgia de exodontia de terceiro molar e era realizada com auxílio de um *notebook*. O objetivo do roteiro era guiar o pesquisador nos conteúdos e na ordem de fornecer informações aos pacientes do GE, acerca do procedimento cirúrgico, informações sensoriais e procedurais e sobre o pós-operatório. Com nove questões acerca da exodontia, os itens do roteiro incluíam: explicações sobre formação e localização dos dentes, local da cirurgia, formas de comunicar-se com o cirurgião-dentista, como era o preparo para cirurgia, assepsia, procedimento cirúrgico, informações sensoriais e indicações pós-cirúrgicas (Peterson, 2005). O pesquisador formulava cada questão verbalmente ao paciente para avaliar o seu conhecimento prévio (antes de qualquer fornecimento de informação). Após a resposta verbal do paciente, o pesquisador apresentava, por meio do *notebook*, um vídeo com a resposta à respectiva questão. O vídeo tinha formato de um telejornal e continha a imagem

da face e de parte do tronco superior de um apresentador. Estas respostas garantiam a uniformização das informações em termos de conteúdo e formato.

Na avaliação da ansiedade, realizada nos quatro momentos, utilizou-se o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e a Escala de Ansiedade Odontológica (DAS).

O IDATE é composto por duas escalas: uma que avalia a ansiedade enquanto estado (A-estado) e outra que avalia a ansiedade enquanto traço (A-traço). O A-estado é composto por 20 descritores de ansiedade e a pergunta como se sente “agora, neste momento” deve ser respondida, de acordo com cada descritor, em uma escala de 4 pontos: (1) absolutamente não; (2) um pouco; (3) bastante; e (4) muitíssimo. O A-traço também é composto por 20 descritores de ansiedade, e a resposta à pergunta como “geralmente se sente” deve ser escolhida, de acordo com cada descritor de ansiedade, em uma escala de 4 pontos: (1) quase nunca; (2) às vezes; (3) frequentemente; e (4) quase sempre (Fioravanti, Santos, Maissonette, Cruz & Landeira-Fernandez, 2006).

A escala DAS é composta por 4 questões de múltipla escolha, cada uma com 5 alternativas, relacionadas às reações do paciente. Estas questões avaliam: (1) o dia anterior da visita ao dentista; (2) o momento de espera antes do atendimento; (3) os momentos de atendimento que antecedem o uso de motor nos dentes; e (4) a raspagem dos dentes. Cada alternativa possui um escore que varia de 1 a 5 pontos, sendo o valor 1 para a primeira alternativa e o valor 5 para a última alternativa. O resultado é a somatória dos escores das 4 questões. O escore final pode variar de 4 a 20 pontos (Corah, 1968).

A avaliação das medidas fisiológicas (Pressão Arterial Sistólica, Pressão Arterial Diastólica e Frequência Cardíaca) ocorreu em 3 momentos do procedimento - PC; PCI e RS. As medidas fisiológicas foram aferidas em intervalos de dois minutos, ao longo de 10



minutos, totalizando 5 medidas para cada um dos três momentos. Esta avaliação foi realizada por um Monitor Automático de Pressão Arterial de Pulso OMRON, modelo HEM-631INT, com visor digital.

Os resultados obtidos foram submetidos à análise estatística, com utilização do teste não paramétrico Qui-quadrado para determinar a existência de diferenças significativas entre os grupos quanto às variáveis categóricas. Para comparar as variáveis contínuas (ansiedade e medidas fisiológicas) entre os grupos, nos quatro momentos, utilizou-se Análise de Variância com Modelo Misto. Quando a diferença foi significativa, realizaram-se testes de comparação múltipla e o Teste de Tukey para identificar as diferenças entre as médias ( $p < 0,05$ ).

## Resultados

Os resultados estão apresentados em uma Tabela, que mostra a frequência e porcentagem de participantes em relação às variáveis categóricas, bem como em Figuras (1 e 2), que apresentam as médias e desvio-padrão dos escores referentes às avaliações de ansiedade e medidas fisiológicas - INSERIR Tabela 1.

A Tabela 1 apresenta frequência e porcentagem de pacientes quanto ao gênero, experiência cirúrgica odontológica, uso de tabaco e consumo de café, separados por grupos (GC e GE) e total da amostra. Observa-se que mulheres e homens foram distribuídos de modo semelhante nos grupos (32,5% mulheres e 17,1% homens do GC e 33,3% mulheres e 17,15% homens do GE). As características da amostra, em ambos os grupos, revelaram homogeneidade no que diz respeito às variáveis categóricas (gênero, experiência cirúrgica odontológica, uso de tabaco e consumo de café). - INSERIR Figura 1.

Com relação à avaliação da ansiedade, observa-se na Figura 1 três gráficos com as médias e desvio-padrão referentes aos instrumentos DAS (superior), A-estado (ao centro) e A-traço (inferior), obtidos nos quatro momentos de coleta de dados. Em todos os gráficos, as linhas cheias com pontos vazados se referem às médias do Grupo Controle (GC) e as linhas tracejadas com pontos cheios se referem às médias do Grupo Experimental (GE). O eixo horizontal apresenta os quatro momentos da avaliação da ansiedade enquanto o eixo vertical mostra os valores médios obtidos.

Na parte superior da Figura, observa-se que as médias dos escores da escala DAS do Grupo Controle são superiores às do Grupo Experimental em todos os momentos (GC-PC=9,82 e GE-PC=9,59; GC-PCI =10,23 e GE-PCI=9,71; GC-PCM=10,09 e GE-PCM=9,67; GC-RS=9,90 e GE-RS=9,17) e não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos (análise entre grupos) e também não há diferença estatisticamente significativa na análise intra-grupo (o grupo comparado com ele mesmo dentro dos momentos) nos quatro momentos de coleta de dados.

Ao centro desta Figura, onde se observam as médias do inventário A-estado, nota-se que as médias do Grupo Controle também são superiores quando comparadas às do Grupo Experimental (GC-PC=43,45 e GE-PC=40,19; GC-PCI=43,63 e GE-PCI=40,17; GC-PCM=35,65 e GE-PCM=35,58; GC-RS=36,08 e GE-RS=32,82). Na análise entre grupos, pode-se notar que no momento Pré-Cirúrgico o Grupo Controle já possui média de escores de ansiedade superior à do Grupo Experimental e que esta condição se mantém no momento seguinte (Pré-Cirúrgico Imediato), mas não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em nenhum momento de coleta de dados. Na análise intra-grupo, os grupos diferem de forma semelhante nos momentos de coleta de dados: o PC

possui escores superiores que os momentos PCM e RS, para ambos os grupos, e esta diferença é significativa. Esta diferença se mantém para o momento PCI, que possui escores médios superiores que os momentos PCM e RS.

Na parte inferior da Figura 1 observa-se que as médias de ansiedade A-traço do GE são inferiores às médias do GC nos quatro momentos (GC-PC=38,47 e GE-PC=38,12; GC-PCI=37,95 e GE-PCI=37,32; GC-PCM=37,91 e GE-PCM=36,83; GC-RS=37,16 e GE-RS=35,22). Não houve diferença significativa entre os grupos (análise entre grupos) em nenhum momento de coleta de dados. Na análise intra-grupo, observa-se que no momento RS ocorreu uma queda nos escores de ansiedade, com diferença de médias estatisticamente significativas dos momentos PC e PCM e este declínio ocorre igualmente nos dois grupos - INSERIR Figura 2.

Na Figura 2 observam-se três gráficos: pressão arterial diastólica (superior), pressão arterial sistólica (ao centro) e frequência cardíaca (inferior), obtidos nos três momentos da avaliação fisiológica (PC, PCI e RS). As linhas tracejadas com pontos cheios se referem às médias do Grupo Experimental (GE) e as linhas cheias com pontos vazados são referentes ao Grupo Controle (GC). No eixo vertical são apresentados os valores médios e no eixo horizontal os momentos de coleta de dados.

As médias da pressão arterial diastólica estão na parte superior da Figura 2 e nota-se que ambos os grupos apresentam um aumento da pressão arterial diastólica no momento Pós-Cirúrgico Imediato, quando comparado aos outros momentos (GC-PC=74,48 e GE-PC=74,19; GC-PCI=80,31 e GE-PCI=76,97; GC-RS=73,71 e GE-RS=72,58). Não há diferença significativa entre os grupos (análise entre grupos). Na avaliação intra-grupo, a diferença dos escores no PCI é estatisticamente significativa quando comparadas aos outros

dois momentos e diferem igualmente em ambos os grupos. Além disso, o aumento das médias no PCI é maior no GC, o que pode ser um indício do efeito do procedimento preparatório sobre a pressão arterial diastólica, apesar de não se observar diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Ao centro da Figura 2, observa-se que ambos os grupos apresentam a mesma tendência que a pressão arterial diastólica: aumento dos escores no momento Pós-Cirúrgico Imediato, quando comparado aos outros momentos (GC-PC=115,20 e GE-PC=115,40; GC-PCI=122,62 e GE-PCI=119,48; GC-RS=114,49 e GE-RS=114,01). Os grupos apresentam a mesma tendência (aumento da Pressão Arterial Sistólica no PCI) e não há diferença significativa entre eles, apesar do Grupo Controle possuir médias superiores nos momentos PCI e RS quando comparadas às médias do Grupo Experimental. Isto pode indicar um possível efeito do procedimento preparatório sobre a pressão arterial sistólica. Na avaliação intra-grupo, a diferença no momento PCI é estatisticamente significativa dos outros momentos de coleta de dados para ambos os grupos.

Na parte inferior da Figura 2, observam-se que as médias da frequência cardíaca do GE são superiores às do GC nos momentos PC e PCI (GC-PC=83,25 e GE-PC=84,67; GC-PCI=82,05 e GE-PCI=86,64), mas no momento RS há diminuição da frequência cardíaca nos pacientes do Grupo Experimental (GE-RS=81,66) e aumento nos pacientes do Grupo Controle (GC-RS=84,07). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Este resultado sugere que não houve efeito do procedimento preparatório no GE, expresso em medidas de frequência cardíaca. Na análise intra-grupo, nota-se que apenas GE apresentou diferença significativa em um momento de coleta de dados: o Pós-Cirúrgico Imediato possui escores superiores que a Remoção de Sutura.

## Discussão

Os resultados do presente estudo, acerca dos efeitos da informação prévia face a face sobre indicadores de ansiedade de pacientes que se submeteram à exodontia de terceiros molares, não permitem afirmar que o procedimento preparatório foi eficaz para a redução dos escores de ansiedade e das medidas fisiológicas no Grupo Experimental. Entretanto, nota-se que na avaliação das respostas de ansiedade e das medidas fisiológicas de pressão arterial (sistólica e diastólica) o Grupo Controle apresentou escores médios maiores que o Grupo Experimental, principalmente imediatamente após a exodontia (Pós-Cirúrgico Imediato). Isto sugere um possível efeito da Informação Prévia Face a Face para os pacientes do GE.

Hafner (2011) também avaliou a eficácia de um vídeo com informações técnicas e sensoriais sobre os níveis de ansiedade e as alterações fisiológicas em situação de exodontia de terceiros molares. As avaliações foram feitas no período pré-operatório e pós-operatório (quatro momentos de coleta de dados) e observou-se que não houve diferença significativa entre o grupo que assistiu ao vídeo e o grupo controle. Hafner observou que o grupo experimental apresentou menores escores na escala DAS (GC1=1,63; GC2=3,63; GC3=1,31; GC4=0,46; GE1=0,94; GE2=2,57; GE3=0,5; GE4=0,26) e menores alterações nas medidas fisiológicas (frequência cardíaca: GC2=88,57 GE2=82,70; GC3= 81,89 GE3=76,71; GC4=84,49 GE4=80,03). Apesar de procedimentos preparatórios distintos (áudio-visual e face a face) os resultados encontrados por Hafner corroboram os dados do presente estudo (Figura 1 e 2).

Outro estudo em situação de exodontia de terceiros molares foi realizado por Kim *et al.* (2011). Os autores avaliaram a influência de uma intervenção com música sobre os

níveis de ansiedade e mudanças fisiológicas durante a exodontia. A avaliação da ansiedade, obtida pela escala DAS, e as medidas fisiológicas (pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, frequência cardíaca e frequência respiratória) ocorreram antes e durante a cirurgia. Observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo que ouviu música durante a exodontia e o grupo controle. Todavia, os níveis de ansiedade do grupo que ouviu música diminuíram durante a cirurgia e os níveis do grupo controle aumentaram quando comparados com a ansiedade pré-cirúrgica. No presente estudo, apesar da divergência quanto ao tipo de procedimento preparatório, observa-se a mesma tendência, pois o Grupo Experimental (que recebeu informação prévia face a face) apresentou uma tendência decrescente nos escores de ansiedade e uma menor dispersão (Figura 1).

Wong *et al.* (2010) investigaram a eficácia de uma intervenção educativa sobre os níveis de ansiedade em pacientes que foram submetidos a cirurgias ortopédicas. Os autores utilizaram o IDATE para a avaliação das medidas de ansiedade, coletadas em seis momentos ao longo do período pré e pós-cirúrgico. A intervenção educativa, de 30 minutos com cada paciente, era realizada um dia antes da cirurgia, e objetivava aumentar a auto-eficácia do paciente, proporcionando-lhe maiores conhecimentos sobre a dor e o uso de analgésicos, além do treinamento de exercícios de respiração e relaxamento. Os resultados mostraram que a ansiedade do grupo que foi submetido à intervenção educativa foi menor que a do Grupo Controle e esta diferença foi estatisticamente significativa (Grupo Controle: T0=55,27, T1=52,44, T2=47,38, T3=44,87, T4=40,89, T5=35,71; Grupo Experimental: T0=50,82, T1=43,97, T2=38,10, T3=37,65, T4=37,89, T5=36,14). Como Wong *et al.* utilizaram um pacote de intervenções, compostas por informação e exercícios respiratórios e de relaxamento, a cumulatividade de intervenções poderia ter potencializado os efeitos

redutores da ansiedade. Além disso, não é possível afirmar quais das variáveis foram mais efetivas sobre a redução dos escores de ansiedade: o oferecimento de informações ou o treino de respiração e relaxamento.

Jlala *et al.* (2010) também encontraram, em seu trabalho com pacientes que passaram por cirurgias de membros superiores ou inferiores, diferença significativa nos níveis de ansiedade do grupo que foi submetido a um procedimento preparatório. A ansiedade foi avaliada pelo IDATE e o grupo experimental assistiu a um vídeo com informações sobre o procedimento cirúrgico, anestesia, riscos envolvidos e apresentava, por meio desse vídeo, a situação real de um paciente desde sua consulta pré-operatória com o anestesista, sua entrada na sala de cirurgia, até a transferência para a sala de recuperação. Os níveis de ansiedade pré e pós-operatória do grupo que assistiu ao vídeo foram menores que o grupo controle.

No presente estudo, embora as médias de ansiedade avaliadas pelo IDATE, do grupo que passou pela informação prévia face a face, sejam menores que as do Grupo Controle, não foram estatisticamente significativas. Os resultados de Wong *et al.* (2010) e de Jlala *et al.* (2010) são divergentes e podem ser justificados por diferenças metodológicas dos estudos e, apesar de utilizarem o mesmo instrumento de avaliação de ansiedade (IDATE), abordaram conteúdos distintos nos procedimentos preparatórios: Wong *et al.* ofereceram informações e realizaram treino de respiração e relaxamento com os pacientes, e Jlala *et al.* ofereceram informações e apresentara um vídeo de um paciente na situação real de cirurgia.

Outro procedimento preparatório, em situação de procedimento invasivo, foi proposto por O'Conner-von (2008). Pacientes adolescentes (10-16 anos) foram submetidos

à cirurgia de retirada da amígdala e o objetivo era avaliar a eficácia de dois métodos de preparação pré-operatória sobre a ansiedade dos adolescentes. Um grupo de adolescentes foi exposto a um programa de preparação pela internet e outro grupo foi exposto a um programa de preparação padrão oferecido no hospital. Ambos ofereciam informações sensoriais e procedurais sobre a cirurgia ambulatorial de retirada da amígdala. Os resultados, avaliados pelo IDATE-C (*State-Trait Anxiety Inventory for Children*), demonstraram que não houve diferença significativa entre os grupos. Contudo, o grupo da internet apresentou maior nível de satisfação em relação ao método de preparação que o grupo de preparação padrão.

As informações contidas no procedimento preparatório de O'Conner-von (2008) e os resultados encontrados são semelhantes aos verificados no presente trabalho. Todavia, no presente trabalho não se investigou a satisfação dos pacientes do GE com relação ao fornecimento de informação sobre a exodontia de terceiro molar, o que pode ser considerado uma limitação do estudo.

### Considerações Finais

De acordo com os resultados do presente trabalho e com os resultados de outros trabalhos referidos, pode-se inferir que o procedimento preparatório, realizado por meio de informação prévia face a face, sugere a redução de medidas fisiológicas (Pressão Arterial) e de indicadores de ansiedade medidos pelo IDATE, entre adolescentes de 14 a 24 anos de idade submetidos à exodontia de terceiros molares, mas esta redução não foi estatisticamente significativa.



## Referências

- Bytzer, P. & Lindeberg, B. (2007). Impact of an information video before colonoscopy on patient satisfaction and anxiety – a randomized trial. *Endoscopy*, 39: 710-714.
- Cheung, Y. L., Molassiotis, A. & Chang, A. M. (2003). The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety and quality of life after stoma surgery in colorectal cancer patients. *Psycho-Oncology*, 12: 254–266.
- Corah, N. L. (1968). Development of a dental anxiety scale. *Journal of Dental Research*, 47: 154-157.
- Eli, L., Uziel, N., Baht, R. & Kleinhauz, M. (1997). Antecedents of dental anxiety: learned responses versus personality traits. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25: 233-237.
- Fioravanti, A. C. M., Santos, L. F., Maissonette, S., Cruz, A. P. de M. & Landeira-Fernandez, J. (2006). Avaliação da estrutura fatorial da escala de ansiedade-traço do IDATE. *Avaliação Psicológica*, 5(2): 217-224.
- Hafner, M. B. (2011). *Uso de recurso áudio-visual informativo no controle de ansiedade e dor em pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Jlala H. L., French, J. L., Foxall, G. L., Hardman, J. G. & Bedforth, N. M. (2010). Effect of preoperative multimedia information on preoperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 104(3): 369-374.
- Kim, Y. K., Kim, S. M. & Myoung, H. (2010). Independent predictors of satisfaction in impacted third molar surgery patients. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 38: 274–286.
- Kim, Y. K., Kim, S. M. & Myoung, H. (2011). Musical intervention reduces patients' anxiety in surgical extraction of an impacted mandibular third molar. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 69(4): 1036-1045.
- Muglali, M. & Komerik, N. (2008). Factors related to patients anxiety before and after oral surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 66: 870-877.
- Ng, S. K. S., Chau, A. W. L. & Leung, W. K. (2004). The effect of pre-operative information in relieving anxiety in oral surgery patients. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32: 227–235.
- O'Conner-von, S. (2008). Preparation of adolescents for outpatient surgery: using an internet program. *Association of Preoperative Registered Nurses Journal*, 87(2): 374-398.

- Peterson, L. J. (2005). *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear acquisition: a critical examination. *Behaviour Research & Therapy*, *15*: 375-387.
- Schnur, J. B., Bovbjerg, D. H., David, D., Tatrow, K., Goldfarb, A. B., Silverstein, J. H., Weltz, C. R. & Montgomery, G. H. (2008). Hypnosis decreases presurgical distress in excisional breast biopsy patients. *Anesthesia & Analgesia*, *106*: 440-444.
- Sjöling, M., Nordhal, G., Olofsson, S. & Asplund, K. (2003). The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling*, *51*: 169–176.
- Wijk, A. J., Buchanan, H., Coulson, N. & Hoogstraten, J. (2010). Preparatory information for third molar extraction: does preference for information and behavioral involvement matter? *Patient Education and Counseling*, *79*(1): 94-99.
- Wijk, A. V. & Lindeboom, J. (2008). The effect of a separate consultation on anxiety levels before third molar surgery. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, *105*: 303-307.
- Wong, E. M. L., Chan, S. W. C. & Chair, S. Y. (2010). Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. *Journal of Advanced Nursing*, *66*(5): 1120-1231.

Tabela 1 - Frequência e porcentagem de pacientes quanto ao gênero, experiência cirúrgica odontológica, uso de tabaco e consumo de café, separados por Grupo Controle, Grupo Experimental e Total da Amostra.

Variável		Grupo Controle		Grupo Experimental		Total da Amostra		p*
		n	%	n	%	n	%	
<b>Gênero</b>	feminino	40	32,5	41	33,3	81	65,9	0,9482
	masculino	21	17,1	21	17,1	42	34,2	
<b>Exp. Cirúrgica</b>	não	31	25,2	37	30,1	68	55,3	0,3232
	sim	30	24,39	25	20,3	55	44,7	
<b>Tabaco</b>	não	59	48,0	58	47,2	117	95,1	0,4141
	sim	2	1,6	4	3,3	6	4,9	
<b>Café</b>	não	56	45,5	55	44,7	111	90,2	0,5632
	sim	5	4,1	7	5,7	12	9,8	

\*Qui quadrado  $\alpha < 0,05$

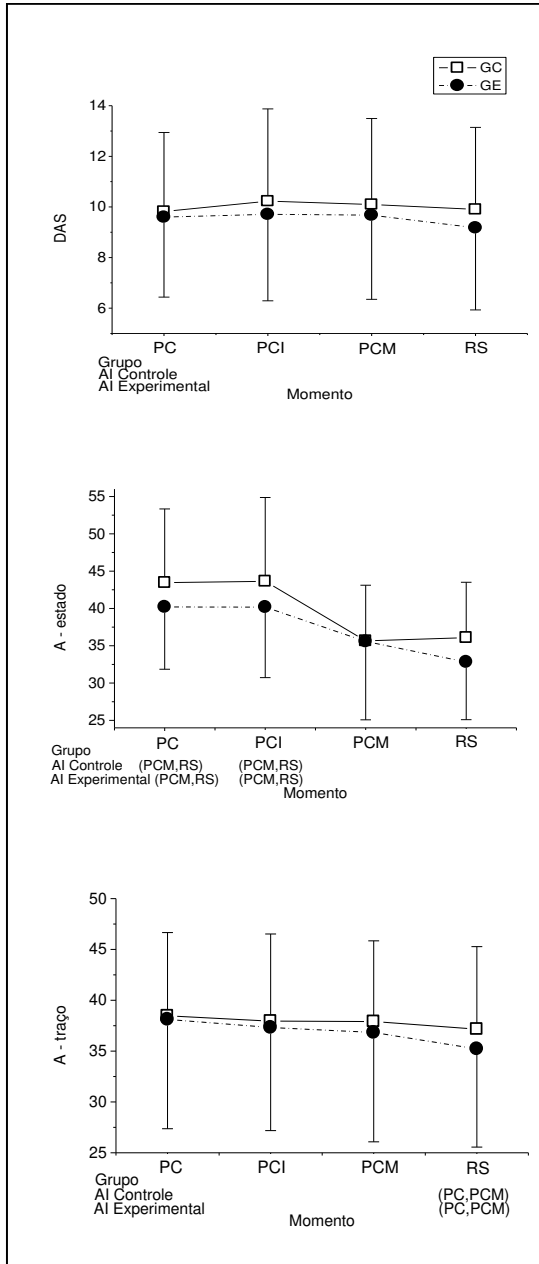


Figura 1 - Média e desvio-padrão dos escores de ansiedade avaliados pelo Inventário de Ansiedade A-traço, A-estado e pela escala DAS dos grupos Controle (GC) e Experimental (GE), nos 4 momentos de coleta de dados (PC, PCI, PCM e RS).

Legenda: GC: Grupo Controle; GE: Grupo Experimental; PC: Pré-Cirúrgico, PCI: Pós-Cirúrgico Imediato; PCM: Pós-Cirúrgico Mediato; RS: Remoção de Sutura; Grupo: diferença estatisticamente significativa entre os grupos nos momentos de coleta de dados; AI Control: diferença estatisticamente significativa entre os momentos de coleta de dados do Grupo Controle; AI Experimental: diferença estatisticamente significativa entre os momentos de coleta de dados do Grupo Experimental; Nas avaliações intra-grupos (AI GC e AI GE) as siglas destacadas entre parênteses indicam o (s) momento (s) em que há diferença significativa se comparado com esse momento. Teste: Análise de Variância Modelo Misto ( $p < 0.05$ )

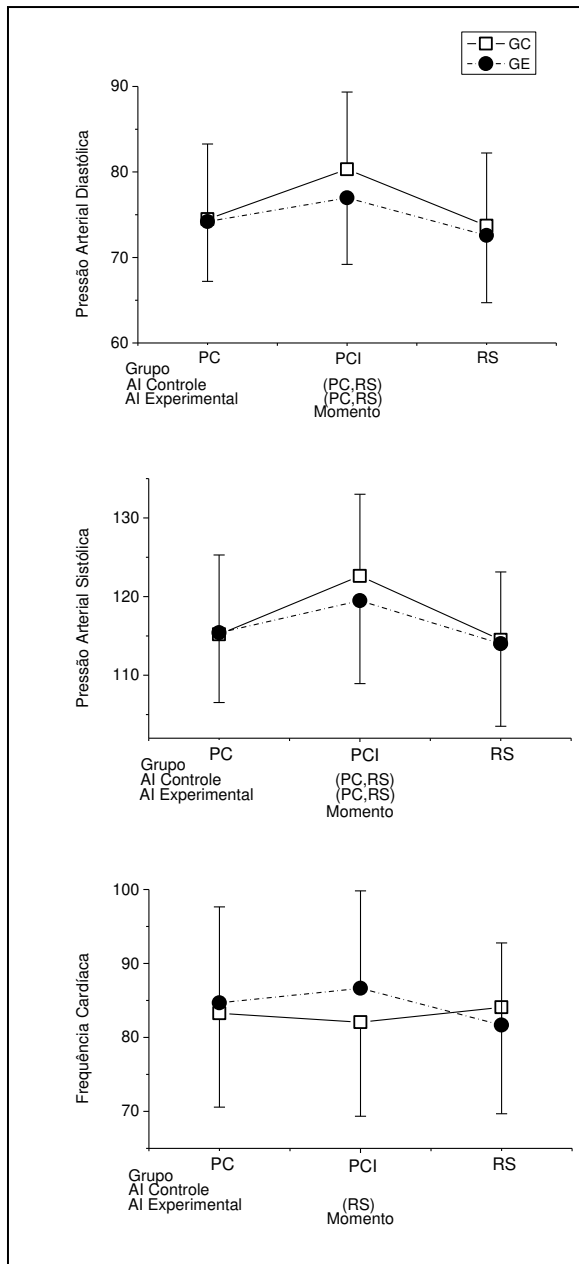


Figura 2 - Média e desvio-padrão dos valores fisiológicos Frequência Cardíaca, Pressão Arterial Sistólica e Pressão Arterial Diastólica dos grupos Controle (GC) e Experimental (GE) nos 3 momentos de coleta de dados (PC, PCI e RS).

Legenda: GC: Grupo Controle; GE: Grupo Experimental; PC: Pré-Cirúrgico, PCI: Pós-Cirúrgico Imediato; RS: Remoção de Sutura; Grupo: diferença estatisticamente significativa entre os grupos nos momentos de coleta de dados; AI Controle: diferença estatisticamente significativa entre os momentos de coleta de dados do Grupo Controle; AI Experimental: diferença estatisticamente significativa entre os momentos de coleta de dados do Grupo Experimental; Nas avaliações intra-grupos (AI GC e AI GE) as siglas destacadas entre parênteses indicam o (s) momento (s) em que há diferença significativa se comparado com esse momento.  
 Teste: Análise de Variância Modelo Misto ( $p < 0.05$ )



Capítulo 2

**A informação prévia face a face e controle da dor em exodontia de terceiros molares: um estudo randomizado.**

The prior information face to face and pain control in extraction of third molars: a randomized

**Autores:**

Juliana Zanatta – Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/Unicamp

Antonio Bento Alves de Moraes – Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/Unicamp

Gustavo Sattolo Rolim – Faculdade de Psicologia - Uniararas

Maylu Botta Hafner – Faculdade de Ciências Médicas – FCM/Unicamp

**Correspondência:**

Juliana Zanatta

Email: [juzanatta@yahoo.com.br](mailto:juzanatta@yahoo.com.br)

Endereço: Depto de Odontologia Social/ Psicologia Aplicada à Odontologia. Av. Limeira, 901 – Bairro Areião – CEP: 13414-903 – Piracicaba – SP.

Fone/fax: +55(19)2106-5276

Trabalho financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Processo N° 2009/01794-5

## Resumo

Objetivo: avaliar a eficácia de informação prévia face a face, sobre as respostas de dor pós-operatória e consumo de analgésicos de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares. Materiais e Método: trata-se de um estudo longitudinal com 123 pacientes, distribuídos randomicamente em dois grupos: Controle (GC) e Experimental (GE). Utilizou-se para avaliação das respostas de dor o Questionário McGill de Dor (forma reduzida), que ocorreu em cinco momentos: Pré-Cirúrgico, Pós-Cirúrgico Imediato, Pós-Cirúrgico Mediato I (um dia após exodontia), Pós-Cirúrgico Mediato II (três dias após exodontia) e Remoção de Sutura (sete dias após exodontia). A informação prévia face a face foi oferecida ao GE imediatamente após o primeiro momento, antes da exodontia. Para análise dos dados utilizou-se estatística descritiva (média e desvio-padrão), *Análise de Variância com Modelo Misto* e *Tukey* ( $\alpha=5\%$ ). Resultados: O resultado da análise sugeriu haver diferença estatisticamente significativa entre os grupos somente no Índice de Estimativa de Dor Sensorial no momento Pós-Cirúrgico Imediato ( $p\leq 0,0001$ ), isto é, o relato de dor pós-operatória imediata foi menor para os pacientes do GE. A diferença na quantidade de analgésicos ingeridos entre os grupos não foi estatisticamente significativa. Discussão: Estes resultados sugerem que a informação preparatória face a face não foi eficaz na redução nos relatos e comportamentos de dor ao longo do período pós-cirúrgico.

Palavras-chave: dor, procedimento preparatório, exodontia de terceiros molares.



## Abstract

**Objective:** To evaluate the effectiveness of face to face prior information on responses to postoperative pain and analgesic consumption of patients undergoing extraction of third molar. **Materials and Methods:** This is a longitudinal study with 123 patients randomized into two groups: control (GC) and experimental (GE). It was used to assess the pain responses McGill Pain Questionnaire (short form), which occurred in five stages: Pre-Surgical, Immediate Post-Surgical, Mediate Post-Surgical I (1 day after extraction), Mediate Post-Surgical II (3 days after extraction), and Suture Removal (7 days after extraction). The prior face to face information was given to GE immediately after the first time, before the extraction. It was used for data analysis descriptive statistics (mean and standard deviation), *Analysis of Variance Mixed Model* and *Tukey* ( $\alpha=5\%$ ). **Results:** The result of analysis suggested a statistically significant difference between groups only at the Sensory Pain Rank Index, in the Immediate Post-Surgical moment ( $p\leq 0,0001$ ), i.e., reports of immediate postoperative pain was lower for patients in the GE. The difference in the amount of analgesics intake between groups was not statistically significant. **Discussion:** These findings suggest that prior face to face preparatory information was not effective in reducing the reports and behaviors pain during the postoperative period.

**Key-words:** pain, preparatory procedure, extraction of third molars.

## Introdução

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), a dor é uma experiência subjetiva associada a uma lesão tecidual que pode ser identificada como dano real ou potencial (Merskey *et al.*, 1994). De acordo Bonica *et al.*(1990), cada indivíduo aprende a aplicação da palavra dor por meio da comunidade verbal em que se encontra e das experiências de ferimentos sofridos ao longo do curso de vida. A dor é um fenômeno multi-determinado que envolve aspectos sensoriais, emocionais e culturais, porém, qualificada sempre como uma experiência singular para aquele que a sente.

Importante como sinal de alerta de disfunções no sistema fisiológico, a dor é, certamente, uma das sensações mais temidas pelos indivíduos e, se ancorada em intensidades além dos limites suportáveis, pode exceder seu caráter de advertência e comprometer significativamente a qualidade de vida (Almeida, 2011). Assim, é natural que se evite a dor a qualquer custo, tanto por seu caráter aversivo, quanto pelo estresse que dela decorre. No entanto, diferentes contextos de vida podem envolver experiências de dor. Um destes contextos inclui a exposição a procedimentos curativos para restabelecimento de saúde. A exodontia de terceiros molares, por exemplo, é um dos procedimentos invasivos mais comuns dentre as cirurgias odontológicas e, do ponto de vista dos cirurgiões-dentistas, é uma cirurgia relativamente pequena e que implica em poucas complicações (Kim *et al.*, 2010a). Por ser um procedimento invasivo, muitos pacientes associam esta prática com reações desagradáveis, tais como a dor e o desconforto, o que pode aumentar a probabilidade de comportamentos de não adesão ou de resistência às recomendações odontológicas (Wijk & Lindeboom, 2008).

Diversos estudos observaram a eficácia dos procedimentos preparatórios em situação de procedimentos invasivos, com o objetivo de oferecer informações aos pacientes, adaptá-los a situação e diminuir a probabilidade de respostas de ansiedade e dor. Pode-se destacar: o uso de hipnose (Schnur *et al.*, 2008), de distração (Jaaniste *et al.*, 2007), de música (Meeuse *et al.*, 2010; Kim *et*

*al.*, 2010b), relaxamento (Cheung *et al.*, 2003), uso de recursos áudio-visual (Ruffinengo *et al.*, 2009; Bytzer & Lindeberg, 2007), uso de recursos verbais face a face (Wong *et al.*, 2010a), folhetos e livros (Sjöling *et al.*, 2003; Wijk *et al.*, 2009; Vallerand *et al.*, 1994), e programas de internet (O’Coneer-Von, 2008).

Rankinen *et al.* (2007) destacam que os pacientes cirúrgicos esperam receber mais conhecimentos sobre o procedimento do que realmente recebem. Os autores afirmam que as expectativas de conhecimento e os conhecimentos obtidos pelos pacientes cirúrgicos são muito importantes para a melhora da qualidade da educação do paciente.

Wijk *et al.* (2010) também apontam a preferência por maior quantidade de informações sobre o procedimento. Os autores verificaram a satisfação de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares quanto à quantidade de informações recebidas sobre a cirurgia. Para isso, dois grupos foram formados: menor e maior quantidade de informações. No grupo com menos informações eram oferecidas conhecimentos de rotina, tais como possibilidade de sentir dor, sangramento, trismo e lábios dormentes. E o grupo com mais informações, além de conhecimentos de rotina, havia instruções sobre o uso de medicamentos para dor no pós-operatório, descrição de sintomas prováveis e normais de acontecer e medidas para melhorar a cicatrização. Os resultados destacaram que o grupo que recebeu maior quantidade de informações ficou mais satisfeito e aproveitou melhor o conhecimento recebido.

Wong *et al.* (2010a) ofereceram informações sobre o manejo da dor e consumo de analgésico, e também realizaram exercícios de respiração e relaxamento em pacientes submetidos à cirurgia de fratura de membros. O objetivo foi verificar a eficácia dessa intervenção educativa sobre os níveis de dor pós-operatória e o consumo de medicamentos para dor. Os pacientes foram divididos em dois grupos: experimental (com intervenção educativa) e controle (sem intervenção educativa) e a coleta de dados aconteceu em quatro momentos (um dia antes da cirurgia, dois dias após, quatro dias após e sete dias após o procedimento). Os resultados, obtidos por meio da Escala Visual Analógica e pela

escala *The Modified Pain Barrier Scale*, sugeriram diferença estatisticamente significativa entre os grupos: o grupo experimental apresentou menores escores nas respostas de dor ao longo do pós-cirúrgico. Além disso, os pacientes do grupo experimental tiveram maior frequência de uso de analgésicos dois dias após a cirurgia e esta diferença foi significativa. Os autores sugeriram que a intervenção educativa desempenhou papel importante no controle e redução da dor e, ainda inferiram que a redução da dor do grupo que passou pela intervenção educativa pode ser resultado de mudanças de fatores cognitivos (mais conhecimento e mudança de crenças a respeito de analgésicos) ou fatores comportamentais (aceitação do uso de analgésicos, prática de relaxamento e respiração).

Diferentemente destes estudos, alguns trabalhos apontam que o procedimento preparatório não foi eficaz para a diminuição das respostas de dor. Meeuse *et al.* (2010) utilizaram a música durante exame médico do intestino grosso (sigmoidoscopia) para verificar sua eficácia sobre as respostas de dor dos pacientes durante o procedimento invasivo. Dois grupos foram formados: grupo que ouviu música de sua preferência durante o procedimento e grupo controle, que não ouviu música. As avaliações da intensidade de dor ocorreram antes e imediatamente depois do procedimento invasivo e o instrumento utilizado foi uma Escala Visual Analógica. Os resultados sugerem que os grupos não diferiram estatisticamente quanto à dor sentida durante o procedimento invasivo, ou seja, o grupo que ouviu música não apresentou menor escores de intensidade de dor durante o exame médico.

Outro estudo que aponta a não eficácia do procedimento preparatório sobre a dor de pacientes foi realizado por O'Conner-von (2008). A autora fez um trabalho com pacientes que se submeteram à cirurgia de retirada da amígdala e usou dois métodos de procedimento preparatório para avaliar o efeito dos mesmos sobre as respostas de dor pós-operatória. Os pacientes foram divididos em três grupos: (a) grupo que não recebeu informações; (b) grupo que recebeu informações pela internet; e (c) grupo que recebeu informações no próprio hospital (preparação padrão). Os grupos (b) e (c) receberam informações sensoriais e

procedurais sobre a cirurgia. A autora usou uma escala numérica de intensidade de dor (pontuação de 0 a 10) e os resultados sugeriram não haver diferença significativa entre os três grupos. Todavia, notou-se que o grupo que não recebeu informações (grupo a) referiu os maiores escores de dor e o grupo de preparação pela internet (grupo b) referiu os menores escores de dor. Estes dados sugerem que a falta de informações, para alguns pacientes, pode ter efeito adverso sobre a recuperação, já que estes pacientes não receberam informações importantes como manejo da dor e uso de analgésicos.

Desta maneira, considerando a exodontia de terceiros molares um procedimento invasivo e o oferecimento de informações procedurais, sensoriais e sobre pós-operatório um conhecimento potencialmente satisfatório, o objetivo do presente estudo é analisar a eficácia de um procedimento preparatório, realizado por meio de informação prévia face a face, sobre as respostas de dor pós-operatória e consumo de analgésicos de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares.

## Materiais e Método

Trata-se de um estudo longitudinal, realizado com 123 pacientes de idades entre 14 e 24 anos, que necessitavam de exodontia de, pelo menos, um terceiro molar em uma sessão odontológica.

O estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa de uma faculdade do interior do Estado de São Paulo, sendo aprovado sob registro nº 052/2009. A participação foi voluntária e todos os pacientes foram informados sobre a natureza da pesquisa e assinaram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Caso o paciente fosse menor de idade, o cuidador ou responsável era solicitado a assinar o TCLE.

Foram incluídos no trabalho os pacientes saudáveis, alfabetizados e selecionados para exodontia de terceiros molares no Centro Cirúrgico e que realizaram a remoção de sutura neste mesmo local. Foram excluídos nove

pacientes que não compareceram em algum dos momentos da coleta de dados ou que deixaram de preencher algum dos instrumentos de avaliação.

Os participantes foram randomicamente distribuídos em dois grupos: Grupo Controle (GC) – pacientes que não receberam informação prévia face a face, e Grupo Experimental (GE) – pacientes que receberam informação prévia face a face. Os pacientes foram distribuídos aleatoriamente nos grupos por meio de um programa de atribuição e seleção randômica simples do site da internet <<http://www.randomizer.org>>.

A coleta de dados foi realizada por dois pesquisadores: um pesquisador realizava o procedimento no primeiro momento (denominado Pré-Cirúrgico – PC), anterior à cirurgia e apresentava a informação prévia face a face aos pacientes do GE, e o outro pesquisador acompanhava os demais quatro momentos: Pós-Cirúrgico Imediato (PCI); Pós-Cirúrgico Mediato I (PCMI), Pós-Cirúrgico Mediato II (PCMII) e Remoção de Sutura (RS). Os pesquisadores foram treinados previamente a seguirem os cinco momentos e a aplicarem os instrumentos de coleta de dados. O uso de dois pesquisadores teve o objetivo de evitar eventuais vieses na manipulação de variáveis.

No momento Pré-Cirúrgico (PC), todos os pacientes respondiam questões relativas a hábitos de saúde (consumo de café e uso de tabaco), sobre experiência cirúrgica odontológica e preenchiam o instrumento de avaliação de respostas de dor. Depois, os pacientes do GE passavam pelo procedimento preparatório (oferecimento de informação prévia face a face). Caso os pesquisadores observassem eventuais manifestações emocionais dos pacientes, não deveriam questioná-los sobre tais respostas, ou realizar qualquer intervenção comportamental de suporte e/ou apoio social. Após o oferecimento de informação prévia face a face, o paciente era conduzido à sala de espera do Centro Cirúrgico.

O segundo momento, Pós-Cirúrgico Imediato (PCI), ocorria imediatamente após a cirurgia e todos os pacientes, ainda na cadeira odontológica do centro cirúrgico, preenchiam o instrumento de avaliação de dor.

Nos momentos Pós-Cirúrgico Mediato I (PCMI) e Pós-Cirúrgico Mediato II (PCMII), que ocorriam um dia e três dias após a cirurgia, respectivamente, os pacientes preenchiam o instrumento de avaliação de dor. Os pacientes receberam duas cópias do instrumento de avaliação de dor logo após a cirurgia e foram contatados por telefone para que o preenchessem.

Outra avaliação realizada neste estudo foi o auto-registro de uso de medicamentos para alívio da dor pós-operatória, ao longo dos sete primeiros dias após a cirurgia. Junto com as cópias do instrumento de avaliação de dor, os pacientes receberam uma ficha com um quadro de medicamentos ingeridos no período. No quadro havia um espaço para indicação do analgésico utilizado, indicação da data de término da contagem da medicação utilizada no período e uma tabela com 30 quadros numerados (de 1 a 30) para serem assinalados com um "X", pelo paciente, cada vez que o medicamento fosse ingerido. As cópias do instrumento de dor e a ficha com o quadro de medicamentos deveriam ser entregues no último momento de coleta de dados.

No último momento, Remoção da Sutura (RS), sete dias após o procedimento cirúrgico, os pacientes passavam pela avaliação das respostas de dor antes da remoção de sutura.

A informação prévia face a face, apresentada aos sujeitos do GE, imediatamente após o primeiro momento (Pré-Cirúrgico), foi elaborada pelos pesquisadores e avaliada por pesquisadores da área de psicologia aplicada à odontologia. Este procedimento preparatório consistiu de apresentações verbais sobre os procedimentos técnicos da cirurgia de exodontia e as possíveis sensações associadas às rotinas clínicas. A apresentação seguia um roteiro informativo pré-definido sobre a cirurgia de exodontia de terceiro molar e foi realizado face a face com auxílio de um *notebook*. O objetivo do roteiro foi guiar o pesquisador nos conteúdos e na ordem do fornecimento de informações aos pacientes do GE acerca do procedimento cirúrgico, informações sensoriais e procedurais e sobre o período pós-operatório. Com nove questões acerca da exodontia, os itens do roteiro incluíam: explicações sobre formação e localização

dos dentes, local da cirurgia, formas de comunicar-se com o cirurgião-dentista, como era o preparo para cirurgia, assepsia, procedimento cirúrgico propriamente dito, informações sensoriais e indicações pós-cirúrgicas. O pesquisador formulava verbalmente cada questão ao paciente para avaliar seu conhecimento prévio, antes de qualquer fornecimento de informação. Independente da resposta do paciente, o pesquisador mostrava um vídeo com a resposta à respectiva questão. Estas respostas, por meio de recurso áudio-visual, garantiram a uniformização das informações em termos de ordem, conteúdo e formato.

Para avaliação das respostas de dor, realizada nos cinco momentos de coleta de dados, utilizou-se o Questionário McGill de Dor (forma reduzida). Este instrumento refere-se à avaliação da dor percebida no momento de sua aplicação. O questionário divide-se em quatro partes: Índice de Estimativa de Dor Sensorial (PRI-S), Índice de Estimativa de Dor Afetiva (PRI-A), Intensidade de Dor Presente (PPI) e Avaliação Global da Experiência de Dor.

O PRI-S é composto por 11 descritores da experiência de dor sensorial e o PRI-A por quatro descritores da experiência de dor afetiva. Cada descritor possui indicadores referentes à intensidade da dor e valores de 0 a 3. Os indicadores são: (0) nenhuma; (1) branda; (2) moderada; e (3) severa. Em cada descritor deve ser assinalada a intensidade de cada tipo de dor.

O PPI é composto por uma Escala Visual Analógica (VAS), sendo esta uma linha reta de 100 mm, com uma marcação em cada extremidade: “sem dor” e “a pior dor imaginável”. Nessa linha deve ser feita uma marca, indicando a intensidade da dor sentida no presente momento.

Na Avaliação Global são apresentadas seis palavras que podem descrever uma experiência dolorosa: “nenhuma dor”, “branda”, “desconfortável”, “aflictiva”, “horrível” e “martirizante”. O participante assinala aquela que mais se aproxima da intensidade dolorosa no momento da avaliação (Melzack, 1987).

Análise dos dados: utilizou-se estatística descritiva (média e desvio-padrão) para análise das seguintes variáveis: número de dentes extraídos, idade, tempo pré-cirúrgico, número de anestésicos e quantidade de medicamentos



ingeridos. Além disso, os resultados obtidos com os escores do Questionário McGill de Dor e com o Consumo de Analgésicos foram submetidos ao teste *Análise de Variância com Modelo Misto*. Quando a diferença entre as médias foi significativa, entre os grupos, entre os momentos e a interação momento-grupo, foram realizados os testes de comparação múltipla e o Teste de *Tukey*. O nível de significância adotado no trabalho foi  $\alpha=0,05$ .

## Resultados

Os resultados, ilustrados na Tabela 1, incluem as médias e desvio-padrão do número de dentes extraídos, idade, tempo pré-cirúrgico, número de tubetes de anestésicos e quantidade de medicamentos ingeridos. - INSERIR Tabela 1.

Pode-se observar, na Tabela 1, que as variáveis estão separadas por grupos (GC e GE) e total da amostra. As características da amostra em ambos os grupos revelaram homogeneidade no que diz respeito às variáveis analisadas. Verifica-se que o número de anestésicos usados na exodontia e o consumo de analgésicos foi menor no GE (anestésicos: GC=5,1 e GE=4,9; analgésicos: GC=11,4 e GE=10,2). A diferença na quantidade de analgésicos e de anestésicos entre os grupos não foi estatisticamente significativa.

Na Figura 1 são apresentadas as médias e desvio-padrão dos escores referentes à avaliação das respostas de dor pelo instrumento McGill.

INSERIR Figura 1

Observa-se, na Figura 1, quatro gráficos com as médias e desvio-padrão dos escores obtidos com as quatro partes do Questionário McGill de Dor (Índice de Estimativa de Dor Sensorial (PRI-S), Índice de Estimativa de Dor Afetiva (PRI-A), Intensidade de Dor Presente (PPI) e Avaliação Global da Experiência de Dor), nos cinco momentos de coleta de dados. Em todos os gráficos, as linhas cheias com pontos vazados se referem às médias do Grupo Controle (GC) e as linhas tracejadas com pontos cheios se referem às médias do Grupo Experimental (GE). O eixo horizontal representa os cinco momentos da avaliação da dor, enquanto o eixo vertical mostra os valores dos escores.

Abaixo de cada eixo horizontal pode-se observar três linhas. A primeira denominada “Grupo” representa a análise realizada entre os grupos (GC e GE), ou seja, se houve diferença estatisticamente significativa entre eles, em cada momento. O símbolo asterisco (\*) indica os momentos em que houve diferença. A segunda e terceira linhas indicam a análise intra-grupo. Na análise do GC (segunda linha) e na do GE (terceira linha) observam-se siglas (PC, PCI, PCMI, PCMII e RS) entre parênteses, em cada momento de avaliação, que representam a diferença estatisticamente significativa entre o momento e os demais momentos.

Na parte superior da Figura 1 observa-se o PRI-S e o PRI-A, à esquerda e à direita, respectivamente. E na parte inferior, à esquerda, encontra-se o PPI e, à direita, a Avaliação Global da Experiência de Dor.

No gráfico da variável PRI-S observa-se que as médias do Grupo Controle são superiores nos momentos Pré-Cirúrgico (GC=2,85 - GE=2,64), Pós-Cirúrgico Imediato (GC=6,83 - GE=4,43), e Pós-Cirúrgico Mediato I (GC=5,04 - GEI=4,35). Nos demais momentos, as médias do Grupo Experimental são superiores (Pós-Cirúrgico Mediato II: GC=3,95 - GE=4,45; Remoção da Sutura: GC=2,39 - GE=2,43). Na análise inter-grupos, há diferença estatisticamente significativa entre GC e GE no momento PCI ( $p \leq 0,0001$ ), isto é, o relato de dor imediatamente após a cirurgia foi menor para os pacientes do Grupo Experimental. Este resultado sugere que a informação prévia face a face foi eficaz para a redução da dor sensorial, neste momento, para os pacientes do GE.

Na análise intra-grupo do GC, observa-se que o momento PC difere estatisticamente dos momentos PCI e PCMI; as médias do momento PCI são maiores e diferentes estatisticamente dos momentos PCMI, PCMII e RS; e as médias dos momentos PCMI e PCMII são superiores e diferem estatisticamente das médias do momento RS. Para a análise intra-grupo do GE as médias dos momentos PC e RS são menores e diferem estatisticamente das médias do PCI, PCMI e PCMII.

Para a variável PRI-A não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos (análise inter-grupos) nos cinco momentos de coleta de dados

(Pré-Cirúrgico: GC=1,06 e GE=1,22; Pós-Cirúrgico Imediato: GC=1,88 e GE=1,11; Pós-Cirúrgico Mediato I: GC=0,75 e GE=1,00; Pós-Cirúrgico Mediato II: GC=0,70 e GE=1,12; Remoção de Sutura: GC=0,34 e GE=0,67). As médias do GE são menores apenas no momento Pós-Cirúrgico Imediato, se comparadas à do GC. Isto sugere um efeito do procedimento preparatório, neste momento (imediatamente após a exodontia), para as respostas de dor afetiva. Há um aumento das respostas de dor imediatamente após a exodontia para os pacientes do GC, mas as médias tendem a baixar nos momentos seguintes. No GE, as respostas de dor afetiva são menores desde o momento Pós-Cirúrgico Imediato até a Remoção de Sutura, se comparadas ao primeiro momento de coleta de dados. Na análise intra-grupo do GC, observa-se que as médias do momento Pré-Cirúrgico diferem estatisticamente das médias do Pós-Cirúrgico Imediato. Já as médias do momento Pós-Cirúrgico Imediato são estatisticamente diferentes do Pós-Cirúrgico Mediato I, Pós-Cirúrgico Mediato II e Remoção de Sutura. Para a análise intra-grupo do GE, não houve diferença estatisticamente significativa entre os momentos.

Observa-se, na variável PPI, que as médias das respostas de dor do Grupo Controle são maiores em todos os momentos da coleta de dados (Pré-Cirúrgico: GC=7,63 e GE=6,11; Pós-Cirúrgico Imediato: GC=31,27 e GE=19,53; Pós-Cirúrgico Mediato I: GC=26,59 e GE=16,22; Pós-Cirúrgico Mediato II: GC=21,59 e GE=15,03; Remoção de Sutura: GC=12,34 e GE=6,06), embora esta diferença não seja estatisticamente significativa (análise inter-grupos). Nota-se a mesma tendência para ambos os grupos: aumento das médias dos escores de dor no PCI e redução nos momentos seguintes (PCMI, PCMII e RS), mas, como já observado, o GE possui escores menores que o GC, o que pode sugerir um efeito do procedimento preparatório. Na análise intra-grupo, observa-se que GC e GE diferem igualmente em todos os momentos de coleta de dados, ou seja, as médias dos momentos PC e RS são diferentes estatisticamente dos momentos PCI, PCMI e PCMII, para ambos os grupos. E o momento PCI possui diferença significativa do momento PCMII.

Para a variável Avaliação Global da Experiência de Dor, nota-se a mesma tendência da variável PPI, isto é, os escores de dor relatados pelos pacientes do Grupo Controle, em todos os momentos, foram maiores que os escores dos pacientes que passaram pela informação prévia face a face (Pré-Cirúrgico: GC=0,60 e GE=0,38; Pós-Cirúrgico Imediato: GC=1,60 e GE=1,12; Pós-Cirúrgico Mediato I: GC=1,47 e GE=1,16; Pós-Cirúrgico Mediato II: GC=1,26 e GE=1,08; Remoção de Sutura: GC=0,85 e GE=0,59). Nota-se que as médias dos escores de dor aumentam nos momentos após a exodontia (PCI, PCMI e PCMII) e diminuem na remoção de sutura. Na análise intra-grupo, os grupos diferem de forma igual em todos os momentos: os momentos Pré-Cirúrgico (PC) e Remoção de Sutura (RS) são diferentes estatisticamente dos momentos PCI, PCMI, PCMII.

## Discussão

Este estudo verificou a eficácia de um procedimento preparatório, por meio de informação prévia face a face, sobre a redução das respostas de dor de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares. Os resultados permitem afirmar que o procedimento preparatório foi eficaz à redução das respostas de dor sensorial nos participantes do Grupo Experimental, no Pós-Cirúrgico Imediato (Figura 1). Não se pode afirmar, no entanto, que a informação prévia face a face foi eficaz para a redução das outras respostas de dor (PRI-A, PPI e Avaliação Global da Experiência de Dor – Figura 1) e para a diminuição do consumo de analgésico no período pós-operatório para os pacientes do Grupo Experimental. Pode-se observar que, na Intensidade de Dor Presente e na Avaliação Global da Experiência de Dor, os pacientes do Grupo Experimental apresentaram menores escores que o Grupo Controle, o que pode sugerir efeito da informação prévia face a face. Além disso, o consumo de medicamentos para dor no período pós-operatório foi menor nos pacientes do GE, apesar da diferença não ser estatisticamente significativa (Tabela 1).

Resultados semelhantes foram encontrados por Wong *et al.* (2010b). Os autores utilizaram uma intervenção educativa para avaliar as respostas de dor

em pacientes que se submeterem a cirurgias ortopédicas. Este procedimento preparatório, que ocorria um dia antes da cirurgia, disponibilizava conhecimento sobre dor e consumo de analgésico, e também treino de exercícios de respiração e relaxamento. Foi utilizada uma Escala Visual Analógica (VAS) em seis momentos de coleta de dados ao longo do período pré e pós-operatório. Os resultados indicaram não haver diferença significativa na avaliação de dor e no consumo de analgésicos entre o grupo que passou pela intervenção educativa e o grupo controle, o que corrobora os dados do presente estudo. Entretanto, Wong *et al.* observaram melhor controle da dor entre os pacientes do grupo de intervenção. Os autores sugerem que isto pode estar relacionado com a quantidade de analgésicos utilizados entre os pacientes do grupo que passou pela intervenção educativa, já que houve maior consumo de medicamentos nos pacientes deste grupo no segundo dia após a cirurgia. Também pode estar relacionado com os exercícios de respiração e relaxamento, já que os resultados apontam maior prática no segundo dia, quarto dia e sétimo dia após a cirurgia, sugerindo que o grupo experimental utilizou a respiração e o relaxamento para lidar com a dor. Apesar de se observar uma diferença entre os procedimentos preparatórios de Wong *et al.* e deste estudo, pode-se inferir que os resultados têm a mesma tendência, já que o Grupo Experimental apresentou menores respostas de dor em alguns momentos da coleta de dados (PPI e Avaliação Global da Experiência de Dor - Figura 1).

Outro estudo que aponta resultados semelhantes foi apresentado por Bytzer & Lindeberg (2007), que avaliaram o efeito de um vídeo informativo sobre as respostas de dor em pacientes submetidos a exame de colonoscopia. O procedimento preparatório consistia de informações procedurais sobre o exame de colonoscopia e, para avaliar a dor, foi utilizado a Escala Visual Analógica (VAS), somente imediatamente após o exame, e o registro de consumo de analgésicos. Os resultados encontrados não permitem afirmar que houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo que assistiu ao vídeo informativo e o grupo controle, resultados estes que corroboram os dados do presente estudo

(Figura 1). Quanto ao consumo de analgésicos, apesar de não haver diferença significativa entre os grupos, houve maior consumo entre os pacientes do grupo que assistiu ao vídeo, diferentemente do presente estudo, em que há menor consumo de medicamentos para dor nos pacientes submetidos à informação prévia face a face (Tabela 1). Esta diferença de resultados, para consumo de medicamentos de dor, pode ser justificada pelo conteúdo da informação prévia face a face, que não se restringe apenas a aspectos técnicos do procedimento invasivo e abordou também aspectos sensoriais e sobre o período pós-operatório.

Sjöling *et al.* (2003) realizaram um trabalho para verificar o impacto da informação pré-operatória verbal e por meio de folhetos sobre a dor pós-cirúrgica em pacientes submetidos à artroplastia total do joelho. Os pacientes foram divididos em dois grupos: controle (recebiam informações procedurais) e experimental (informações procedurais e informações que enfatizavam o papel dos próprios pacientes no tratamento da dor pós-operatória, tentando melhorar seu conhecimento para o próprio bem-estar). A avaliação de dor foi feita por uma Escala Visual Analógica (VAS) antes da cirurgia e a cada três horas nos primeiros três dias após a cirurgia. Os resultados sugeriram não haver diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto à avaliação de dor e ao consumo de analgésicos, dados estes que corroboram os resultados do presente estudo. Sjöling *et al.* ressaltaram que os relatos de dor pós-operatória decaíram mais rapidamente nos pacientes do grupo experimental. Observa-se que o estudo de Sjöling *et al.* e o presente trabalho ofereceram informações sobre o pós-operatório para o grupo experimental, e apesar da distinção entre a metodologia e a quantidade de informações dos procedimentos preparatórios, há declínio nos relatos de dor da escala VAS ao longo do período pós-cirúrgico para ambos os estudos.

Além disso, no estudo de Sjöling *et al.* todos os pacientes do grupo experimental estavam satisfeitos com o manejo da dor pós-cirúrgica, enquanto que no grupo controle esta satisfação é relatada por 87% dos pacientes. Esta diferença foi estatisticamente significativa, o que pode ser justificado pelo maior

consumo de analgésicos entre os pacientes que receberam informações sobre manejo de dor.

Um estudo realizado com pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares foi realizado por Vallerand *et al.* (1994), que avaliaram a eficácia de um procedimento preparatório, com disseminação de informação por meio de folhetos após a exodontia. A avaliação das respostas de dor foi feita por uma Escala Visual Analógica (VAS), a cada três horas após a exodontia, nas primeiras 45 horas. Os pacientes foram divididos randomicamente em grupo controle (informações técnicas básicas de cuidados pós-operatórios) e grupo de tratamento (informações completas sobre o pós-operatório, cuidados, complicações, sensações e consumo de medicamentos para dor). Os resultados sugerem que o grupo de tratamento relatou menos dor no período de 12 a 18 horas e 24 horas após a cirurgia, mas não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto ao consumo de analgésicos. Os autores enfatizaram que as informações oferecidas no pós-operatório, ao grupo de tratamento, foram responsáveis pela diminuição de dor sem aumento no consumo de analgésicos. No presente trabalho, resultados semelhantes foram obtidos com relação ao consumo de analgésicos (Tabela 1) e o Índice de Dor Presente (PPI), composto por uma escala VAS, possui a mesma tendência que os dados encontrados por Vallerand *et al.* (menor relato de dor para o Grupo Experimental), apesar da diferença não ser estatisticamente significativa (Figura 1). A semelhança quanto ao tipo de informações oferecidas pelo folheto e pela informação face a face fortalecem os pontos comuns entre os trabalhos.

Nesse sentido, os resultados do presente estudo permitem inferir que o oferecimento de informação prévia face a face no período pré-operatório, sugere diminuição nos relatos de dor pós-operatória e no consumo de analgésicos durante a recuperação, mas, como se pode observar, não há diferenças estatisticamente significantes entre os grupos.

## Referências

Almeida FF. Análise de variáveis psicossociais relacionada à experiência dolorosa entre pacientes cirúrgicos. [dissertação]. Brasília. DF, Universidade de Brasília, 2011.

Bonica JJ, Loeser JD, Chapman CR, Fordyce WE. *The management of pain*. Vol 1. Philadelphia : Lea and Febiger, 1990.

Bytzer P, Lindeberg B. Impact of an information video before colonoscopy on patient satisfaction and anxiety – a randomized trial. *Endoscopy*. 2007; 39: 710-714. DOI: 10.1055/s-2007-966718.

Cheung YL, Molassiotis A, Chang AM. The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety and quality of life after stoma surgery in colorectal cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2003; 12: 254–266. DOI: 10.1002/63.

Jaaniste T, Brett H, Baeyer CL. Effects of preparatory information and distraction on children's cold-pressor pain outcomes: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2007; 45: 2789-2799. DOI: 10.1016/j.brat.2007.07.005.

Kim YK, Kim SM, Myoung H. Independent predictors of satisfaction in impacted third molar surgery patients. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2010; 38: 274–286. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2010.00532.x.

Kim YK, Kim SM, Myoung H. Musical intervention reduces patients' anxiety in surgical extraction of an impacted mandibular third molar. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2011; 69(4): 1036-1045, 2011. DOI: 10.1016/j.joms.2010.02.045.

Meeuse JJ, Koornstrab JJ, Reyners AKL: Listening to music does not reduce pain during sigmoidoscopy. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2010; 22(8): 942-945. DOI: 10.1097/MEG.0b013e328336ec6e.



Melzack R: The short-form McGill pain questionnaire. *Pain*. 1987; 30(2): 191-197. DOI: 10.1016/0304-3959(87)91074-8.

Merskey H, Lindblom U, Mumford JM, Natham PW, Sunderland SS. *Pain terms: A current list with definitions and notes on usage*. New York: IASP Press, 1994. p. 207-214.

O'Conner-Von S. Preparation of adolescents for outpatient surgery: using an internet program. *Association of Preoperative Registered Nurses Journal*. 87(2): 374-398, 2008.

Rankinen S, Salanterä S, Heikkinen K, Johansson K, Kaljonen A, Virtanen H, Leino-Kilpi H. Expectations and received knowledge by surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007; 19(2): 113-119. DOI: 10.1093/intqhc/mzl075.

Ruffinengo C, Versino E, Renga G. Effectiveness of an informative video on reducing anxiety levels in patients undergoing elective coronarography: An RCT. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2009; 8: 57–61. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2008.04.002.

Schnur JB, Bovbjerg DH, David D, Tatrow K, Goldfarb AB, Silverstein JH, Weltz CR et al. Hypnosis Decreases Presurgical Distress in Excisional Breast Biopsy Patients. *Anesthesia & Analgesia*. 2008; 106: 440-444. DOI: 10.1213/ane.0b013e31815edb13.

Sjöling M, Nordhal G, Olofsson S, Asplund K. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling*. 2003; 51: 169–176.

Vallerand WP, Vallerand AH, Heft M: The effects of postoperative preparatory information on the clinical course following third molar extraction. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 1994; 52: 1165-1170.

Wijk AJ, Buchanan H, Coulson N, Hoogstraten J. Preparatory information for third molar extraction: does preference for information and behavioral involvement matter? *Patient Education and Counseling*. 2010; 79(1): 94-99. DOI: 10.1016/j.pec.2009.07.013.

Wijk AV, Lindeboom J. The effect of a separate consultation on anxiety levels before third molar surgery. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*. 2008; 105: 303-307. DOI: 10.1016/j.tripleo.2007.07.028.

Wong EML, Chan SWC, Chair SY. The effect of educational intervention on pain beliefs and postoperative pain relief among Chinese patients with fractured limbs. *Journal of Clinical Nursing*. 2010a; 19: 2652-2655. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03260.x

Wong EML, Chan SWC, Chair SY. Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. *Journal of Advanced Nursing*. 2010b; 66(5): 1120-1231. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05273.x.

Tabela 1 - Média e desvio-padrão do número de dentes extraídos, idade dos pacientes, tempo pré-cirúrgico, número de tubetes anestésicos utilizados durante a exodontia e quantidade de analgésicos ingeridos no pós-operatório, separados por Grupo Controle, Grupo Experimental e Total da Amostra.

<b>Variável</b>	<b>Grupo Controle</b>	<b>Grupo Experimental</b>	<b>Total da Amostra</b>
<b>Número de dentes extraídos</b>	2,6 (1,1)	2,6 (1,0)	2,6 (1,1)
<b>Idade</b>	20,2 (3,1)	19,8 (3,0)	20,0 (3,1)
<b>Tempo Pré-Cirúrgico</b>	31,6 (26,1)	27,2 (27,1)	29,4 (26,6)
<b>Número de anestésicos*</b>	5,1 (2,1)	4,9 (1,8)	5,0 (2,0)
<b>Quantidade de analgésicos**</b>	11,4 (7,1)	10,2 (7,9)	10,8 (7,5)

\*Lidocaína 2% 1:100 000

\*\*Dipirona Sódica 500mg

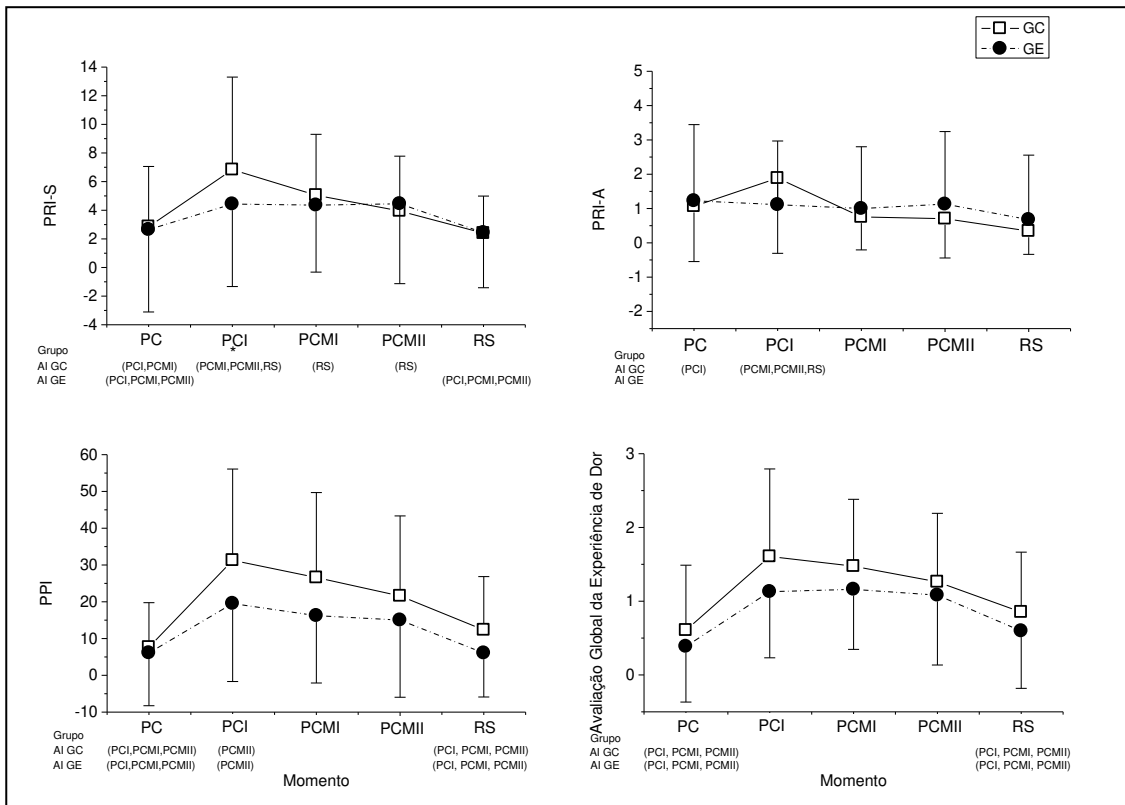


Figura 1 - Média e desvio-padrão dos escores de dor avaliados pela Forma Reduzida do Questionário McGill de Dor (PRI-S, PRI-A, PPI e Avaliação Global da Experiência de dor) dos grupos Controle (GC) e Experimental (GE), nos cinco momentos de coleta de dados.

Legendas: GC: Grupo Controle; GE: Grupo Experimental; No item "Grupo" a presença asterisco indica diferença estatisticamente significativa entre os grupos para o momento de coleta de dado avaliado (Teste Tukey  $p < 0,05$ ). AI GC: diferença estatisticamente significativa entre os momentos de coleta de dados do Grupo Controle; AI Experimental: diferença estatisticamente significativa entre os momentos de coleta de dados do Grupo Experimental; Nas avaliações intra-grupos (AI GC e AI GE) as siglas destacadas entre parênteses indicam o (s) momento (s) em que há diferença significativa se comparado com esse momento. PC: Pré-Cirúrgico, PCI: Pós-Cirúrgico Imediato; PCMI: Pós-Cirúrgico Mediato I; PCMII: Pós-Cirúrgico Mediato II; RS: Remoção de Sutura. O valor de significância adotado foi  $p < 0,05$ .

## **Discussão Geral**

O estudo de procedimentos preparatórios em saúde tem se revelado uma instigante área de pesquisa. Os dados desta pesquisa, no entanto, ainda são relativamente “contraditórios”, o que sugere a importância da continuidade da atividade de pesquisa na área.

O presente trabalho verificou que o procedimento preparatório, realizado por informação prévia face a face, não reduziu de modo efetivo os indicadores de ansiedade e de dor em pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares.

Os dados relatados no primeiro artigo (Capítulo 1) indicam que os escores de ansiedade e das medidas fisiológicas (Pressão Arterial Sistólica e Diastólica) dos pacientes do Grupo Experimental foram menores que os do Grupo Controle, principalmente no momento Pós-Cirúrgico Imediato. Neste mesmo momento pode-se observar que houve redução estatisticamente significativa das respostas de dor sensorial (item PRI-S do Questionário McGill de Dor) nos participantes do Grupo Experimental (Figura 1- Capítulo 2) ( $p < 0,05$ ). Esta diferença estatisticamente significativa não foi observada para os outros indicadores de dor (PRI-A, PPI e Avaliação Global da Experiência de Dor) e para a diminuição do consumo de analgésicos no período pós-operatório. No entanto, os pacientes do Grupo Experimental também apresentaram menores escores médios destas medidas quando comparadas com as médias do Grupo Controle. Desta maneira, sugere-se um possível efeito do procedimento preparatório sobre a redução dos indicadores de dor sensorial dos pacientes que foram submetidos à informação prévia face a face e uma tendência geral de diminuição dos demais indicadores de dor e ansiedade para todos os participantes.

O primeiro artigo (Capítulo 1) avaliou os efeitos da informação prévia face a face sobre as respostas de ansiedade e de medidas fisiológicas dos pacientes submetidos à exodontia. As avaliações permitiram inferir que a informação face a face não foi eficaz na redução destas respostas ao longo do pós-operatório. Resultados semelhantes foram encontrados por O'Conner-von

(2008), Kim *et al.* (2010b) e Hafner (2011), apesar dos procedimentos preparatórios serem distintos do presente estudo (informações por meio de programa de internet, música durante o procedimento, recurso informativo áudio-visual e informação prévia face a face, respectivamente).

O segundo artigo (Capítulo 2) verificou a eficácia da informação prévia face a face sobre as respostas de dor e consumo de analgésicos dos pacientes submetidos à exodontia. As avaliações permitiram inferir que o procedimento preparatório foi eficaz na diminuição dos relatos de dor sensorial imediatamente após a exodontia (momento PCI), avaliados pelo Índice de Estimativa de Dor Sensorial (item PRI-S do Questionário McGill de Dor).

Os resultados encontrados no Capítulo 2 se assemelham aos encontrados por Sjöling *et al.* (2003), Bytzer & Lindeberg (2007), Wong *et al.* (2010). Deve-se destacar que estes três estudos utilizaram como instrumento de avaliação de dor a Escala Visual Analógica (VAS), um instrumento unidimensional que pode ter sido pouco sensível às mudanças nos relatos de dor ao longo do período pós-cirúrgico.

Diferentemente destes estudos, Vallerand *et al.* (1994) e Hafner (2011) destacaram a eficácia do oferecimento de informações sobre a dor de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares. Hafner usou recurso áudio-visual com informações sensoriais, procedurais e sobre o período pós-operatório. Vallerand *et al.* ofereceram informações por meio de folhetos sobre o pós-operatório, cuidados, complicações, sensações e consumo de analgésicos. Nesse sentido, pode-se sugerir que o recurso áudio-visual e o uso de folhetos podem ser mais eficazes para a diminuição dos relatos de dor que a informação prévia face a face.

As respostas de ansiedade devem ser consideradas como um fenômeno complexo, afetado por diversas variáveis, tais como: gênero, idade, experiências anteriores, relato de experiências adversas de pessoas próximas (amigos e familiares) etc. Estes comportamentos aprendidos em diversos contextos se relacionam a experiências potencialmente aversivas evitáveis ou não

(Rachman, 1977). Na presente pesquisa não foi possível controlar o efeitos destas diferentes variáveis que estavam presentes no contexto da exodontia de terceiros molares e atentar sobre os efeitos de quais delas o paciente estava sob controle. Porém, ressalta-se que os grupos não apresentaram diferença estatisticamente significativa com relação à variável categórica “experiência cirúrgica odontológica anterior” (Tabela 1, capítulo 1). Ou seja, os resultados mostraram que os grupos possuíam “história” semelhante com relação à exodontia. Além desta semelhança, os grupos também não apresentaram um aumento nos escores de ansiedade no período pós-operatório imediato (aumento observado para as respostas de dor).

A seguir, faz-se uma discussão dos dados obtidos com o instrumento Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), composto por duas escalas: A-traço e A-estado.

Os pacientes apresentaram ansiedade moderada na escala A-estado, que é a parte do inventário que se refere à ansiedade enquanto um estado emocional transitório (como os pacientes se sentem “no momento”). Os escores médios do A-estado ficaram entre 32 a 44 nos quatros momentos de coleta de dados. No momento Pré-Cirúrgico, que antecede imediatamente a exodontia, os pacientes apresentaram os maiores escores de ansiedade (Grupo Controle=43,45 e Grupo Experimental=40,19) e estes escores mantiveram valores semelhantes no momento imediatamente após a exodontia (Pós-Cirúrgico Imediato: GC=43,63 e GE=40,17). Os momentos Pré-Cirúrgico e Pós-Cirúrgico Imediato aconteceram no dia da exodontia e, conseqüentemente, os pacientes estavam sob controle dos estímulos possivelmente aversivos presentes neste procedimento.

No momento Pós-Cirúrgico Mediato os pacientes estavam em casa e, como pode se observar, os escores médios obtidos por meio da escala A-estado apresentaram um declínio para todos os pacientes (Figura 1- Capítulo 1). No momento de Remoção de Sutura os pacientes voltaram ao mesmo local da exodontia e, antes de tal procedimento, os escores médios de ansiedade dos grupos apontaram um declínio e diferença estatisticamente significativa em relação ao momento Pré-Cirúrgico (Grupo Controle =36,08 e Grupo Experimental=32,82).

Aparentemente, a exposição a procedimentos de exodontia não é um evento que desencadeia respostas de ansiedade muito elevadas, mas de ansiedade moderada.

Nesse sentido, pode-se inferir que o dia da exodontia está mais relacionado à evocação de respostas de ansiedade. Possivelmente há estímulos aversivos presentes antes da exodontia e, logo após a mesma o paciente ainda poderia estar sob controle destes estímulos do que em relação ao dia da remoção de sutura, já que os escores apontam um declínio ao longo do período pós-operatório.

A escala de ansiedade A-traço se refere às diferenças na tendência dos indivíduos de reagir a situações percebidas como ameaçadoras (como geralmente os pacientes se sentem). Nesta escala os escores médios ficaram entre 35 a 39 nos quatro momentos de coleta de dados. Isto sugere que os pacientes geralmente apresentam ansiedade moderada (Figura 1 – Capítulo 1). Da mesma maneira que na escala A-estado, os escores médios da escala A-traço apresentaram um declínio no momento de Remoção de Sutura quando comparados aos demais momentos (com diferença estatisticamente significativa entre Remoção de Sutura e Pré-Cirúrgico).

Talvez os pacientes que procuraram por atendimento odontológico estivessem, de alguma maneira, preparados para enfrentar esta situação. Pode-se observar na Figura 1 (Capítulo 1) que as médias dos escores da Escala de Ansiedade Odontológica de Corah (DAS) durante os quatro momentos de coleta de dados apontaram pouca variação nos escores (a variação média de escores foi de 9 a 10 pontos para os pacientes de ambos os grupos). Não houve um declínio ou aumento considerável em qualquer destes momentos, o que indica um padrão de respostas semelhantes ao longo do tempo, mesmo frente a estímulos distintos, já que houve momentos em que os pacientes estavam no ambiente cirúrgico e momentos em que se encontravam em ambiente familiar (momento Pré-Cirúrgico Mediato).



Destaca-se que a dor sensorial (item PRI-S do Questionário McGill de Dor) no Pós-Cirúrgico Imediato para o Grupo Controle foi maior do que a relatada pelo Grupo Experimental (Figura 1 – Capítulo 2). Supostamente, a ansiedade deveria acompanhar este fenômeno. Os dados, porém, sugerem que não há diferenças ou aumento nos escores de ansiedade. Os participantes apresentavam indicadores de dor maiores do que os indicadores de dor no Pré-Cirúrgico e, além disso, estavam mais ativados fisiologicamente. A Figura 2 do Capítulo 1 mostra que a Pressão Arterial Sistólica e Diastólica apresentaram elevação de escores no momento Pós-Cirúrgico Imediato em ambos os grupos e o aumento foi maior para os pacientes do Grupo Controle. O aumento das medidas fisiológicas e das respostas de dor não foram seguidas de um aumento nas respostas de ansiedade. Aparentemente existe um “contra-senso” entre os resultados e as definições.

A dor pré-operatória referida pelos pacientes de ambos os grupos mostrou-se baixa. Observou-se que na Avaliação Global da Experiência de Dor no momento Pré-Cirúrgico, o Grupo Controle apresentou escores médios de 0,6 e o Grupo Experimental apresentou escores médios de 0,38. Não se pode afirmar que a dor referida pré-cirúrgica é no dente ou em qualquer outra parte do corpo. Sabe-se que a dor existe e foi menor no pré-operatório. As respostas de dor aumentaram no momento Pós-Cirúrgico Imediato e as respostas de ansiedade mantiveram-se estáveis. Considerando a ansiedade uma resposta frente a um estímulo que precede um evento aversivo, não é esperado que os escores médios de ansiedade aumentem, pois os estímulos aversivos já ocorreram. Supostamente, eles tenderiam a ser menores, como foi observado. Porém as pessoas “identificaram” dor, e este fenômeno aparentemente não desencadeou respostas de ansiedade.

Pode-se inferir, diante do exposto, que os pacientes estavam ativados fisiologicamente no momento imediatamente após a exodontia, apresentaram respostas de dor neste mesmo momento, mas estes estímulos não desencadearam respostas de ansiedade. Esta relação não se mantém no último momento de coleta de dados (Remoção de Sutura), no qual os pacientes

apresentam declínio nos escores médios de ansiedade, de dor e de medidas fisiológicas. Os pacientes não estavam mais sob efeito dos estímulos potencialmente aversivos que estavam presentes no dia da exodontia.

Destacam-se a seguir algumas reflexões metodológicas referentes ao presente trabalho e a área de estudo na qual esta inserido:

- os indicadores de ansiedade do Grupo Controle no momento Pré-Cirúrgico (PC) foram maiores que os mesmos indicadores do Grupo Experimental. Hafner (2011) também encontrou estes resultados em seu trabalho. Este resultado pode ser atribuído ao acaso ou a alguma variável interveniente do delineamento experimental relacionado à coleta de dados, apesar da seleção dos pacientes ter sido aleatória. A aplicação dos instrumentos foi realizada por mais de dois pesquisadores. Até o presente momento não há clareza sobre a natureza desta diferença nos resultados obtidos. Para trabalhos futuros, ressalta-se a importância de caracterizar os pacientes com relação à ansiedade antes do primeiro momento de coleta de dados. Sugere-se a formação de grupos com a mesma quantidade de pacientes com *alta* e *baixa* ansiedade para poder, assim, realizar o procedimento de coleta de dados.

- o tempo decorrente entre o momento Pré-Cirúrgico e início da cirurgia não pode ser controlado considerando a dinâmica de funcionamento da clínica de cirurgia. A média geral de tempo de espera dos pacientes foi de 29 minutos (GC=32 minutos e GE=27 minutos,  $p=0,07$ ). Talvez esta espera possa ter afetado as medidas de ansiedade. Na dinâmica de funcionamento da Clínica-Escola, há vários atendimentos ocorrendo simultaneamente, diferentes procedimentos sendo realizados no mesmo local, tempo variável de cada cirurgia, pessoas esperando para serem atendidas no plantão da cirurgia e há horários a serem cumpridos pelos profissionais que trabalham neste ambiente. Desta maneira, o horário agendado para a exodontia não pode ser “totalmente” controlado, dadas as condições do funcionamento da clínica de cirurgia.

- a aferição das medidas fisiológicas ocorreu simultaneamente à aplicação dos instrumentos de medida de dor e ansiedade (DAS, IDATE e McGill),

dada a dinâmica de funcionamento da clínica de cirurgia. Entretanto, em um momento da coleta de dados (Pré-Cirúrgico Mediato, que aconteceu três dias após a cirurgia) realizou-se apenas a aplicação dos instrumentos de dor e ansiedade (não houve aferição das medidas fisiológicas neste momento, já que o paciente estava em casa) e observou-se que não houve diferença significativa destas medidas entre os grupos e entre os momentos. Parece que a aplicação dos instrumentos de medida de dor e ansiedade e a aferição das medidas fisiológicas de forma simultânea não tenha prejudicado os resultados do trabalho;

- o aparelho de aferição de medidas fisiológicas permaneceu no pulso do paciente após cada medida (foram realizadas cinco medidas em um intervalo de dez minutos). Ainda há dúvidas se este procedimento afetou os resultados obtidos;

- neste trabalho não houve controle absoluto da interação pesquisador-paciente e profissional-paciente. Havia um protocolo para abordar cada paciente, porém cada pesquisador pode ter se relacionado de diferentes maneiras com os pacientes (empatia, simpatia, acolhimento etc.). O atendimento dos pacientes não foi realizado por um mesmo profissional (havia vários profissionais realizando as exodontias). Os cirurgiões-dentistas não participaram da pesquisa como pesquisadores e, desta forma, a relação paciente-profissional não foi totalmente “padronizada”. Isto indica que cada profissional pode ter oferecido informações sobre a exodontia aos seus pacientes com forma e conteúdo distintos, além da relação estabelecida ser diferente de acordo com cada profissional.

- o Grupo Controle pode ter sido beneficiado pelo procedimento de coleta de dados. Deve-se destacar que todos os pacientes receberam atenção dos pesquisadores antes da cirurgia: foram convidados a participar do estudo e informados sobre a profissão dos pesquisadores (psicólogos) e sobre a natureza da pesquisa (dor e ansiedade). Além disso, ao invés de aguardarem pela exodontia na sala de espera, junto com os demais pacientes que não participariam da pesquisa ou que não seriam submetidos ao mesmo tipo de procedimento, tiveram um atendimento “especial”. Os pacientes foram atendidos por psicólogos,

receberam questionários para preencherem, tiveram suas medidas fisiológicas aferidas e foram encaminhados diretamente para a exodontia. A única diferença que houve entre os grupos foi o oferecimento de Informação Prévia Face a Face.

Este trabalho pode contribuir com o avanço dos conhecimentos sobre procedimentos preparatórios em situação de exodontia e seus resultados sugerem que para projetos futuros, considerem-se as seguintes questões:

- oferecer informações procedurais, sensoriais ou sobre pós-operatório separadamente;

- oferecer informações procedurais, sensoriais e sobre pós-operatório por meio de folhetos;

- comparar os efeitos gerados pela aplicação de diferentes recursos preparatórios que utilizam a mesma quantidade de informações: vídeos, folhetos e face a face;

- oferecer as informações sobre o pós-operatório imediatamente após a exodontia; e

- realizar entrevistas com os pacientes antes e depois da cirurgia de exodontia para a obtenção de informações sobre expectativas, percepção de dor, satisfação etc.

O estudo de procedimento preparatório por meio de informação prévia face a face em situação de exodontia de terceiros molares pode contribuir com os conhecimentos existentes na interface Psicologia e Odontologia e alcançou seu objetivo, mostrando a importância da adoção de um modelo biopsicossocial de atenção para intervenção e pesquisa em saúde.

Com relação à produção de tecnologia, este trabalho desenvolveu um protocolo baseado em um documento da Organização Mundial da Saúde, sistematizou-o em um vídeo e avaliou um modo de aplicação deste recurso. O protocolo pode ser utilizado em diversos contextos da área da Saúde de forma sistemática a fim de facilitar o contato profissional-usuário e humanizar os atendimentos em saúde. Com relação ao Ensino, o procedimento preparatório de Oferecimento de Informação Face a Face é uma forma de instruir profissionais da

Saúde a utilizar este recurso com um instrumento potencialmente eficaz à redução de respostas de dor e ansiedade frente a situações invasivas, também tendo como objetivo, a humanização dos atendimentos em saúde.

Este trabalho tem como resultado final a análise e a produção de um procedimento preparatório em Odontologia, que valoriza a comunicação entre profissional e paciente, e o contato face a face entre eles. Receber informação é um direito do paciente e um dever do profissional. Produzir conhecimento e tecnologia que permita ao paciente se apropriar dos procedimentos técnicos e que também sensibilize os profissionais às necessidades dos pacientes, é imprescindível ao desenvolvimento da interface Psicologia e Odontologia.



## **Conclusão**

Conclui-se que o uso de informação prévia face a face, como procedimento preparatório, não foi eficiente para a diminuição das medidas fisiológicas (pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica e frequência cardíaca) e das respostas de ansiedade e de dor de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares. Apesar dos escores das medidas supracitadas serem menores no Grupo Experimental, a diferença não foi estatisticamente significativa.





## Referências<sup>5</sup>

Alemaný-Martínez A, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Hemodynamic changes during the surgical removal of lower third molars. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery*. 2008; 66 (3): 453 – 61.

Bremhaar B, Van De Borne HW, Mullen PD. Inadequacies of surgical patient education. *Patient Education and Counseling*. 1996; 28: 31-44.

Clum GA, Scott L, Burnside J. Information and locus of control as factors in the outcome of surgery. *Psychological Reports*. 1979; 45: 867–873.

Costa Jr, AL. O papel da experiência inicial sobre o processo de desenvolvimento infantil: uma breve discussão. *Psicologia Argumento*. 1997; 15: 47-54.

Ghulam AT, Kessler M, Bachmann LM, Haller U, Kessler TM. Patients' Satisfaction with the Preoperative Informed Consent Procedure: a multicenter questionnaire survey in Switzerland. *Mayo Clinic Proceedings*. 2006; 81(3): 307-312

Horne DJL, Careri A, Vatnamidis P. Preparation for Invasive Procedures. Behavioral Science Learning Modules. Switzerland: World Health Organization; 1993.

Jöhren P, Enkling N, Heinen R, Sartory G. Clinical outcome of a short-term psychotherapeutic intervention for the treatment of dental phobia. *Quintessence International*. 2007; 38(10): 589-96.

Keulers BJ, Scheltinga MRM, Houterman S, Van Der Wilt GJ, Spauwen PHM. Surgeons underestimate their patients' desire for preoperative information. *World Journal of Surgery*. 2008; 32: 964-970.

Levinson MD, Chaumeton N. Communication between surgeons and patients in routine office visits. *Surgery*. 1999; 125 (2): 127–134.

---

<sup>5</sup> De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseadas na norma do International Committee of Medical Journal Editors – Grupo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Medeiros RHA, Nunes MLT. A influência do vídeo de informação adicional em pacientes submetidas à mastectomia: o estudo da ansiedade. *Psicologia em Estudo*. 2001; 6 (2): 95-100.

Melamed BG, Siegel LJ. *Behavioral medicine*. New York: Springer; 1980.

Melamed BG, Weinstein D, Hawes R, Katin-Borland M. Reduction of fear-related dental management problems with use of filmed modeling. *Journal of the American Dental Association*. 1975; 90 (4): 822-826.

Melamed BG, Yurcheson R, Fleece EL, Hutcherson S, Hawes R. Effects of film modeling on the reduction of anxiety-related behaviors in individuals varying in level of previous experience in the stress situation. *Journal of Clinical Psychology*. 1978; 46: 1357–1367.

Moraes ABA, Possobon RF, Costa Jr AL, Fonseca CMM, Silva ARC, Rolim GS. *Psicologia aplicada a odontopediatria*. In: Crepaldi MA, organizador. *Temas em Psicologia Pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. cap 7. p. 219-257.

Schmitt FE, Wooldridge PJ. Psychological preparation of surgical patients. *Nursing Research*. 1973; 22: 108-116.

Silva JA, Ribeiro-Filho NP. *Avaliação e mensuração de dor: Pesquisa, teoria e prática*. 1 ed. Ribeirão Preto: FUNPEC editora; 2006.

Silva MTA. *Modelos Comportamentais em Neurociências [tese]*. São Paulo, USP/IP, 2003.

Silvestri Jr AR, Singh I. The unresolved problem of the third molar. Would people be better off without it? *Journal of the American Dental Association*. 2003; 134 (4): 450–455.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Inventário de Ansiedade Traço-Estado*. 2. ed. trad. Biaggio AMB, Natalício L. Rio de Janeiro: CEPAL; 2003.

Straub RO. Psicologia da Saúde. Porto Alegre: Artmed; 2005.



## Apêndice 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um termo e um convite para participar, como voluntário, de pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, assine ao final. Não haverá qualquer problema caso você recuse. Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos como voluntário de pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa na Faculdade de Odontologia de Piracicaba: Av. Limeira 901, FOP-Unicamp, CEP 13.414-903, Piracicaba – SP. Fone/Fax (19) 2106-5349, e-mail cep@fop.unicamp.br e *webpage* www.fop.unicamp.br/cep.

#### **Informações sobre a pesquisa:**

Título do projeto: *Efeito da informação prévia face a face sobre a ansiedade e dor em pacientes submetidos à exodontia de terceiro molar.*

Pesquisador responsável: Juliana Zanatta.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes.

Telefone para contato: (19) 2106-5363.

Esta pesquisa justifica-se por trabalhar uma área pouco estudada, que é a dimensão psicológica do paciente submetido a procedimentos cirúrgicos, buscando melhores resultados pós-cirúrgicos. Ela será desenvolvida no Centro Cirúrgico da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/Unicamp, com o objetivo de descrever os efeitos da preparação psicológica, realizada pelo oferecimento de informação prévia face a face, sobre as respostas de ansiedade e dor de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares. Os pacientes serão alocados aleatoriamente em 2 grupos: grupo controle e grupo experimental. O delineamento está proposto em 4 momentos: Entrevista e Pré-cirúrgico imediato, Pós-cirúrgico imediato, Pós-cirúrgico mediato e Remoção de sutura. Esta pesquisa envolve questionário de identificação, preenchimento de inventário de ansiedade, preenchimento de uma escala de ansiedade odontológico, avaliação de dor por questionário específico e aferições de frequência cardíaca e pressão arterial feitas por um aparelho de pressão, que ficará preso ao punho do paciente. Estas avaliações serão realizadas ao longo do tratamento e cada sessão durará, em média, quinze minutos. Há métodos alternativos para coleta de dados apenas para o grupo experimental: há uma etapa de oferecimento de informação face a face somente para pacientes deste grupo e será gravada em gravador de áudio, visto que permite maior fidedignidade em relação à obtenção dos dados. Não serão divulgados dados individuais ou que permitam a identificação do sujeito. Pode-se supor que o procedimento de coleta de dados possa causar constrangimento ao participante, mas será garantido o sigilo de todas as informações pessoais obtidas e isto será informado e enfatizado ao paciente no momento da aceitação de participação na pesquisa. Os dados coletados serão divulgados em reuniões científicas e sem informações pessoais. Todos os dados de identificação do paciente serão mantidos em sigilo.

Não é possível prever qualquer tipo de risco ou prejuízo que a pesquisa possa provocar ao paciente que participa da mesma, porém a gravação em áudio pode causar desconforto aos pacientes do grupo experimental. Os procedimentos e instrumentos não representam qualquer tipo de perigo ao paciente. Também não há qualquer vantagem ou benefício direto ao paciente. Ainda, não há previsão de ressarcimento, pois não há previsão de custos para o voluntário.

Para qualquer esclarecimento o paciente poderá entrar em contato com a pesquisadora Juliana Zanatta: Av. Limeira, 901, Bairro Areião, CEP: 13.414-903 Piracicaba – SP. Fone: (19) 2106-5276, e-mail [juzanatta@yahoo.com.br](mailto:juzanatta@yahoo.com.br). A qualquer momento é garantido a recusa ou sua retirada da pesquisa sem que isso lhe cause qualquer dano ou perda. Assegura-se que cada voluntário receberá uma cópia deste termo de consentimento.

Eu, \_\_\_\_\_, R.G. \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em colaborar com a pesquisa intitulada “Efeito da informação prévia face a face sobre a ansiedade e dor em pacientes submetidos à exodontia de terceiro molar.” como participante. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Juliana Zanatta sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso me cause qualquer penalidade ou interrupção do tratamento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura Responsável

Piracicaba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



## Apêndice 2

### Questionário de Identificação

Prontuário de Pesquisa: \_\_\_\_\_ Prontuário Clínica: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Prática de exercícios: ( ) Sim ( ) Não

Fumo: ( ) Sim ( ) Não

Café: ( ) Sim ( ) Não

Faz algum tipo de tratamento medicamentoso?

( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

( ) Não

Possui alguma doença?

( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

( ) Não

Experiência cirúrgica odontológica: \_\_\_\_\_

Medicação (nas últimas horas): \_\_\_\_\_

Extração: ( ) 18 – In/ Erup

( ) 28 – In/ Erup

( ) 38 – In/ Erup

( ) 48 – In/ Erup

Grupo: ( ) Controle

( ) Experimental





### Apêndice 3

#### Frequência Cardíaca e Pressão Arterial – 2” X 2”

Paciente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Pront.: \_\_\_\_\_

**Momento 02** Data: \_\_/\_\_/\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Medida	1º	2º	3º	4º	5º
FC					
Sistólica					
Diastólica					

**Momento 05** Data: \_\_/\_\_/\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Medida	1º	2º	3º	4º	5º
FC					
Sistólica					
Diastólica					

**Momento 07** Data: \_\_/\_\_/\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Medida	1º	2º	3º	4º	5º
FC					
Sistólica					
Diastólica					



## Apêndice 4

### Ficha de Procedimentos e Intercorrências

Nome: \_\_\_\_\_ Pront.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
CD: \_\_\_\_\_ Aux.: \_\_\_\_\_  
Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_ Nº tubetes anest.: \_\_\_\_\_

Procedimento	Comportamento CD + Auxiliar	Comportamento do Paciente



## Apêndice 5

### Cronograma de Tratamento e Quadro de Medicamentos

Piracicaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Você recebe hoje um Cronograma do Tratamento e Pesquisa, um Quadro de Medicamentos Ingeridos e um Questionário.

O Cronograma possui datas para contato e retorno ao Centro Cirúrgico para retirada dos pontos da cirurgia.

#### Cronograma de Tratamento e Pesquisa:

Data Combinada	Hora Combinada	Atividade
		Cirurgia
		1º Contato telefônico
		2º Contato telefônico
		Retorno

**É importante que você não perca as datas e horas combinadas.**

Entraremos em contato por telefone com você nos dias \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ para o preenchimento dos questionários que estão juntos à essa folha.

**Por favor, nos dois contatos telefônicos e no retorno esteja com estas folhas em mãos.**

Quadro de Medicamentos Ingeridos até o dia: \_\_\_\_\_

Marque com um X na tabela abaixo cada vez que você utilizar o medicamento para dor recomendado pelo seu dentista:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

Medicamento de Dor utilizado: \_\_\_\_\_

**Agradecemos a sua colaboração!**

Pesquisadores responsáveis: **Juliana Zanatta e Prof. Antonio Bento Alves de Moraes**

Telefone para contato: **(19) 2106-5276**



## Apêndice 6

### **Roteiro para Procedimento Preparatório em Cirurgias de Extração de Terceiro Molar – Oferecimento de Informação Face-a-Face.**

#### **O que é?**

Os terceiros molares, mais conhecidos como dentes do siso ou do juízo, são os últimos dentes da cavidade bucal (ficam no fundo da boca). Eles costumam se desenvolver na adolescência e a maior parte das pessoas têm os quatro sisos: dois superiores e dois inferiores.

#### **Por que retirar?**

Muitas vezes, por estarem mal posicionados, podem causar dores ou complicações e, sendo assim, retirá-los pode curar inflamações e acabar com dores na face e na cabeça.

#### **Local**

Nesta Universidade a extração de terceiro molar é realizada no Centro Cirúrgico, local este parecido com um consultório odontológico. Nele há várias divisórias, cada qual com uma cadeira odontológica e duas cadeiras, uma para o dentista e outra para o dentista auxiliar.

#### **Quem estará com você?**

Você se sentará em uma cadeira odontológica e do seu lado direito ficará o cirurgião dentista e do esquerdo um dentista auxiliar. Além destes, um pesquisador o acompanhará durante a cirurgia. Todos estarão vestidos para a cirurgia, usando máscara, luvas e gorro.

#### **Como se comunicar?**

Caso precise se comunicar em qualquer momento do procedimento, basta levantar a mão.

#### **Extração/Procedimento**

Para realizar o procedimento cirúrgico, alguns cuidados são necessários, como é o caso da **assepsia** (limpeza), procedimento realizado dentro e fora da boca. Na assepsia intra-bucal você terá de fazer um bochecho de clorexidina por um tempo aproximado de 1 minuto; e na extra-bucal o cirurgião dentista irá espalhar iodo ou clorexidina em gel no seu rosto com uma gaze e depois disso, seu rosto e parte de seu tronco serão cobertos por um campo, deixando apenas sua boca exposta.

Após esta etapa de assepsia, o cirurgião dentista aplicará **anestesia** no local a ser realizado o procedimento. Esta anestesia é chamada de infiltrativa, que é uma injeção dada na gengiva, próximo da inervação do dente que vai ser extraído. Ela fará com que você sinta apenas estímulos táteis, tais como **pressão, calor e frio, e não sinta dor**. O tempo de duração desta etapa é aproximadamente 2 minutos. Após esta etapa, o cirurgião preparará o local a ser trabalhado com alguns instrumentos odontológicos e extrairá o dente. A *sutura* é a última etapa da cirurgia, que é a junção dos tecidos de onde o dente foi retirado.

Durante este tempo, o cirurgião conversará com você e oferecerá informações sobre barulhos, odores e sensações que freqüentemente ocorrem durante a cirurgia.

#### **Dicas (durante o procedimento)**

Atente para seus pés, suas pernas e seus braços enquanto estiver na cadeira odontológica: se eles estiverem tensos, procure respirar fundo pelo nariz e devagar. Procure pensar em coisas agradáveis, lugares e situações que você goste.

#### **Pós-cirúrgico**

Depois destas etapas o dentista finalizará a cirurgia e conversará com você, oferecendo informações importantes tais como: cuidados após a cirurgia, possíveis desconfortos e a medicação indicada.

#### **Recuperação**

Após a cirurgia é normal acontecer desconfortos e inchaços no local. Nos próximos 3 dias você terá que repousar, ter uma alimentação pastosa (como a dos bebês) e fria, Sorvetes e sopas frias são ótimas opções. Além disso, terá de colocar compressas frias no local, não usar canudinhos, não fumar e não fazer esforço físico. Estes dias são mais complicados, mas basta seguir as recomendações que o cirurgião ofereceu para ter uma boa recuperação e em uma semana você já poderá retirar os pontos.



## Anexo 1



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**



### CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa **"Efeito da informação prévia face a face sobre a ansiedade e dor em adolescentes submetidos à exodontia de terceiro molar"**, protocolo nº 052/2009, dos pesquisadores Juliana Zanatta, Antonio Bento Alves de Moraes e Maylu Botta Hafner, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 08/03/2010.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project **"Effects of face to face previous information on anxiety and pain in adolescents submitted a third molar extraction "**, register number 052/2009, of Juliana Zanatta, Antonio Bento Alves de Moraes and Maylu Botta Hafner, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 03/08/2010.

**Prof. Dr. Pablo Agustin Vargas**  
Secretário  
CEP/FOP/UNICAMP

**Prof. Dr. Jacks Jorge Junior**  
Coordenador  
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.  
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.



## Anexo 2

### Corah's Dental Anxiety Scale (DAS)

**Momento:** \_\_\_\_\_

**Paciente:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_ **Pront.:** \_\_\_\_\_

- 1) Se você tivesse 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 acho que 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 o dentista preparar o motor para trabalhar nos seus dentes, como você se sentiria?
  - 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. Enquanto você aguarda o dentista pegar os instrumentos 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 3

### Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

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 (a) .....1 2 3 4
2. Sinto-me seguro (a) .....1 2 3 4
3. Estou tenso (a) .....1 2 3 4
4. Estou arrependido (a) .....1 2 3 4
5. Sinto-me à vontade.....1 2 3 4
6. Sinto-me perturbado (a) .....1 2 3 4
7. Estou preocupado (a) com possíveis infortúnios .....1 2 3 4
8. Sinto-me descansado (a) .....1 2 3 4
9. Sinto-me ansioso (a) .....1 2 3 4
10. Sinto-me "em casa" .....1 2 3 4
11. Sinto-me confiante .....1 2 3 4
12. Sinto-me nervoso (a) .....1 2 3 4
13. Estou agitado (a) .....1 2 3 4
14. Sinto-me uma pilha de nervos .....1 2 3 4
15. Estou descontraido (a) .....1 2 3 4
16. Sinto-me satisfeito (a) .....1 2 3 4
17. .. Estou preocupado (a) .....1 2 3 4
18. Sinto-me superexcitado (a) e confuso (a) .....1 2 3 4
19. Sinto-me alegre .....1 2 3 4
20. Sinto-me bem .....1 2 3 4

#### AVALIAÇÃO

Quase sempre 4 ..... Às vezes  
Frequentemente 3 ..... Quase nunca

1. Sinto-me bem .....1 2 3 4
2. Canso-me facilmente.....1 2 3 4
3. Tenho vontade de chorar.....1 2 3 4
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser
5. Perco oportunidades porque não consigo ..... 1 2 3 4  
tomar decisões rapidamente .....1 2 3 4
6. Sinto-me descansado (a) .....1 2 3 4
7. Sou calmo (a), poderoso (a) e senhor (a) 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
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas ..... 1 2 3 4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo (a) ..... 1 2 3 4
13. Sinto-me seguro (a) ..... 1 2 3 4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas ..... 1 2 3 4
15. Sinto-me deprimido (a) ..... 1 2 3 4
16. Estou satisfeito (a) ..... 1 2 3 4
17. Às vezes, as idéias sem importância me entram cabeça  
e ficam me preocupando.....1 2 3 4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo  
tirá-lo os da cabeça ..... 1 2 3 4
19. Sou uma pessoa estável..... 1 2 3 4
20. Fico tenso (a) e perturbado (a) quando penso em meus  
problemas do momento..... 1 2 3 4









## Anexo 5

### Submissão à Revista Psicologia em Estudo

[Imprimir](#) - [Fechar janela](#)

Assunto: [PsicolEstud] Agradecimento pela Submissão  
De: Silvana Calvo Tuleski (revpsi@uem.br)  
Para: juzanatta@yahoo.com.br;  
Data: Ter, 07 Jun 2011 15:33:45

Juliana Zanatta,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Informação face-a-face sobre a ansiedade de pacientes submetidos à exodontia" para Psicologia em Estudo. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

Endereço do Manuscrito:

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/author/submission/13667>

Login: juzanatta

Siga o TUTORIAL com os passos para utilizar o sistema e acompanhar seu artigo.

<http://vivawebinternet.com.br/projetos/eduem.uem.br/downloads/AUTOR.pdf>

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez por considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Silvana Calvo Tuleski  
Psicologia em Estudo

---

Psicologia em Estudo

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud>

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud>