

Informação prévia face a face e controle da dor em exodontia de terceiros molares*

Previous face-to-face information and pain control for third molar extraction

Juliana Zanatta¹, Maylu Botta Hafner², Gustavo Sattolo Rolim³, Antonio Bento Alves de Moraes⁴

* Recebido da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (FOP/UNICAMP). Campinas, SP.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A exodontia de terceiro molar é um procedimento invasivo potencialmente adverso ao paciente, podendo causar dor. O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia de informação face a face sobre a dor pós-operatória e consumo de analgésicos de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares.

MÉTODO: Realizou-se um estudo longitudinal com 123 pacientes, distribuídos randomicamente nos grupos: Controle (GC) e Experimental (GE). Utilizou-se o Questionário McGill de Dor em sua forma reduzida (Índice de Estimativa de Dor Sensorial, Índice de Estimativa de Dor Afetiva, Intensidade de Dor Presente e Avaliação Global de Experiência de Dor), nos momentos: pré-cirúrgico, pós-cirúrgico imediato, pós-cirúrgico mediato I, pós-cirúrgico mediato II e remoção de sutura. A informação face a face foi oferecida aos pacientes do GE imediatamente após o momento pré-cirúrgico. Usou-se

para análise estatística o teste Qui-quadrado, modelos mistos para medidas repetidas (Proc Mixed do programa SAS) e Tukey ($\alpha = 5\%$).

RESULTADOS: Os dados sugerem uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos no Índice de Estimativa de Dor Sensorial no Pós-Cirúrgico Imediato apontando que o relato de dor pós-operatória imediata foi menor no grupo que recebeu a informação face a face.

CONCLUSÃO: A informação face a face reduziu a dor no pós-operatório. Estas estratégias são importantes para estabelecer respostas eficientes de enfrentamento e aumentar a adesão no pós-operatório.

Descritores: Cirurgia bucal, Dor, Terceiro molar.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Third molar extraction is an invasive and potentially adverse procedure and may induce pain. The objective of the study was to evaluate the efficacy of face to face information on postoperative pain and analgesic consumption in patients undergoing third molar extraction.

METHOD: This was a longitudinal study with 123 patients randomly distributed in two groups: Control (CG) and Experimental (EG). McGill Pain Questionnaire-short form (Sensory Pain Rank Index, Affective Pain Rank Index, Present Pain Intensity and Patient Global Assessment of Pain Experience) was used in the following moments: preoperative period, immediate postoperative period, mediate postoperative period I, mediate postoperative period II and suture removal. Face-to-face information was given to EG patients immediately after the preoperative moment. Chi-square test was used for statistical analysis, mixed models were used for repeated measures (SAS program's Proc Mixed), in addition to Tukey test ($\alpha = 5\%$).

RESULTS: The results suggest a statistically difference

1. Doutoranda em Odontologia, Área de Concentração em Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (FOP/UNICAMP). Campinas, SP, Brasil.
2. Doutoranda em Odontologia, Área de Concentração em Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (FOP/UNICAMP). Campinas, SP, Brasil.
3. Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (FOP/UNICAMP). Campinas, SP, Brasil.
4. Livre Docente da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (FOP/UNICAMP). Campinas, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Dra. Juliana Zanatta

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

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

E-mail: juzanatta@yahoo.com.br

between groups in Sensory Pain Rank Index in the immediate postoperative period, showing that immediate postoperative pain report was lower in the group receiving face-to-face information.

CONCLUSION: Face-to-face information has decreased postoperative pain. These strategies are critical to establish effective coping responses and to improve postoperative adherence.

Keywords: Oral surgery, Pain, Third molar.

INTRODUÇÃO

A exodontia de terceiros molares 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 complicações¹. Por ser um procedimento invasivo, muitos pacientes associam esta prática com reações desagradáveis, tais como dor e desconforto, o que pode aumentar a probabilidade de comportamentos de não adesão ou de resistência às recomendações odontológicas².

Diversos estudos observaram a eficácia dos procedimentos preparatórios em situação de procedimentos invasivos, com o objetivo de oferecer informações aos pacientes, adaptá-los à situação e diminuir a probabilidade de respostas de ansiedade e dor. Pode-se destacar: o uso de música³, relaxamento⁴, uso de recursos audiovisual⁵, uso de recursos verbais face a face⁶, folhetos e livros⁷⁻⁹, e programas de internet¹⁰.

Os pacientes cirúrgicos esperam receber mais conhecimentos sobre o procedimento do que realmente recebem. As expectativas de conhecimento e os conhecimentos obtidos são muito importantes para melhorar a qualidade da educação do paciente¹¹. Estudo aponta a preferência por maior quantidade de informações sobre o procedimento⁸.

Os autores verificaram a satisfação de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares quanto à quantidade de informações recebidas sobre a cirurgia. Para isso, formaram grupos com menor e maior quantidade de informações. Os resultados destacaram que o grupo que recebeu maior quantidade de informações ficou mais satisfeito e aproveitou melhor o conhecimento recebido.

Outro estudo ofereceu informações sobre o manuseio da dor e consumo de analgésico, e realizaram exercícios de respiração e relaxamento em pacientes submetidos à cirurgia de fratura de membros⁶. O objetivo foi verificar a eficácia dessa intervenção educativa sobre os níveis de dor pós-operatória e o consumo de analgésicos. Os pacientes foram divididos em dois grupos: experimental (GE) (com intervenção educativa) e controle (GC) (sem intervenção educativa). Os resultados sugeriram

diferença estatisticamente significante entre os grupos: o GE apresentou menores escores de dor ao longo do pós-cirúrgico. Além disso, estes pacientes 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 que a redução da dor do GE 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. Estudo³ utilizou música durante exame médico do intestino grosso (sigmoidoscopia) para verificar sua eficácia sobre 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. Os resultados sugeriram que os grupos não diferiram estatisticamente quanto à dor, ou seja, o grupo que ouviu música não apresentou menor escore de intensidade de dor durante o exame médico.

Outro estudo aponta a não eficácia do procedimento preparatório sobre a dor de pacientes. 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 sobre as respostas de dor pós-operatória¹⁰. Os pacientes foram divididos nos 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. Os resultados sugeriram não haver diferença significativa entre os grupos. Todavia, o grupo que não recebeu informações (a) referiu os maiores escores de dor e o grupo de preparação pela internet (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 manuseio da dor e uso de analgésicos.

Desta maneira, considerou-se 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 deste estudo foi analisar a eficácia de um procedimento preparatório, realizado por informação prévia face a face, sobre as respostas de dor pós-operatória e consumo de analgésicos de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares.

MÉTODO

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

A participação foi voluntária e 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 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 aleatoriamente distribuídos nos 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 portal 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), anterior à cirurgia e apresentava a informação prévia face a face aos pacientes do GE. 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), os pacientes respondiam questões relativas a hábitos de saúde como consumo de café e uso de tabaco, sobre experiência cirúrgica odontológica e preenchiam o instrumento de avaliação de dor. Depois, os pacientes do GE passavam pela 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 procedimento preparatório, o paciente era conduzido à sala de espera do centro cirúrgico. O PCI ocorria imediatamente após a cirurgia e todos os pacientes preenchiam o instrumento de avaliação de dor.

Nos momentos PCMI e 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 foi o autorregistro 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, 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, RS, sete dias após o procedimento cirúrgico, os pacientes passavam pela avaliação de dor antes da RS.

A informação prévia face a face, apresentada aos sujeitos do GE imediatamente após o pré-cirúrgico, foi elaborada pelos pesquisadores e avaliada por pesquisadores da área de psicologia aplicada à odontologia. 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 realizou-se 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 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 do recurso audiovisual, garantiram a uniformização das informações em termos de ordem, conteúdo e formato.

Para avaliação das respostas de dor utilizou-se o Questionário McGill de Dor – forma reduzida, que se refere 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: (0) nenhuma; (1) branda; (2) moderada; e (3) intensa. Em cada descritor assinala-se a intensidade de cada tipo de dor.

O PPI é composto por uma escala analógica visual (EAV), sendo esta uma linha reta de 100 mm, com uma marcação em cada extremidade: “sem dor” e “a pior dor imaginável”. O paciente faz uma marca ao longo da linha indicando a intensidade da dor sentida no momento da aplicação do questionário.

Na avaliação global são apresentadas seis palavras que descrevem uma experiência dolorosa: “nenhuma dor”, “branda”, “desconfortável”, “afitiva”, “horrível” e “martirizante”. O paciente assinala aquela que mais se aproxima da intensidade dolorosa no momento da avaliação¹².

Utilizou-se estatística descritiva com média e desvio-padrão, para análise das variáveis: número de dentes extraídos, idade, tempo pré-cirúrgico, número de anestésicos e quantidade de medicamentos ingeridos. Os resultados obtidos com os escores do Questionário McGill de Dor e com o consumo de analgésicos foram submetidos a modelos mistos para medidas repetidas (Proc Mixed do programa SAS) após a análise exploratória e a seleção da melhor estrutura de covariância. Quando a diferença entre as médias foi significativa, realizaram-se os testes de comparação múltipla e o teste de Tukey ($\alpha = 5\%$).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/UNICAMP), sob o registro nº 052/2009.

RESULTADOS

Na tabela 1 estão apresentadas as médias e desvio-padrão do número de dentes extraídos, idade dos pacientes, tempo pré-cirúrgico, número de tubetes de anestésicos e quantidade de medicamentos ingeridos.

No gráfico 1 são apresentadas as médias e desvio-padrão dos escores referentes à avaliação das respostas de dor pelo instrumento McGill.

Tabela 1 - Média e desvio-padrão do número de dentes extraídos, idade dos pacientes, tempo pré-cirúrgico, número de anestésicos utilizados durante a exodontia e quantidade de analgésicos ingeridos no pós-operatório.

Variáveis	Grupo Controle	Grupo Experimental	Total da Amostra
Número de dentes extraídos	2,6 (1,1)	2,6 (1,0)	2,6 (1,1)
Idade	20,2 (3,1)	19,8 (3,0)	20,0 (3,1)
Tempo pré-cirúrgico	31,6 (26,1)	27,2 (27,1)	29,4 (26,6)
Número de anestésicos*	5,1 (2,1)	4,9 (1,8)	5,0 (2,0)
Quantidade de analgésicos**	11,4 (7,1)	10,2 (7,9)	10,8 (7,5)

*Lidocaína a 2% 1:100.000; ** Dipirona sódica (500 mg).

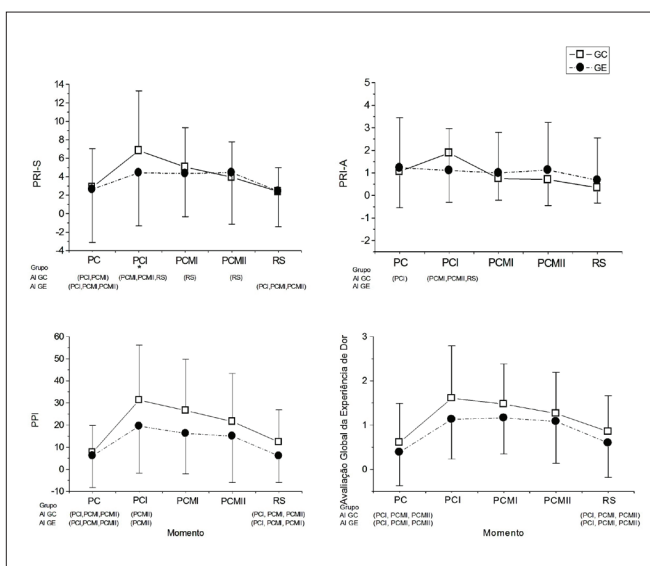


Gráfico 1 – Média e desvio-padrão dos escores de dor avaliados pela Forma Reduzida do Questionário McGill de Dor (PRI-S, PRI-A, PPI e Avaliação Global da Experiência de dor) nos dois grupos nos cinco momentos da coleta.

No item “Grupo” a presença do 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 GC; AI GE: diferença estatisticamente significativa entre os momentos de coleta de dados do GE; Nas avaliações intragrupos (AI GC e AI GE) as siglas destacadas entre parênteses indicam o (s) momento (s) em que há dife-

rença significativa se comparado com esse momento. O valor de significância adotado foi $p < 0.05$. Abaixo de cada eixo horizontal observam-se 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 intragrupo (o grupo comparado com ele mesmo nos momentos de coleta de dados). Na análise do GC (segunda linha) e na do GE (terceira linha) observam-se siglas (PC, PCI, PCMI, PCMI 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 do gráfico 1 observa-se o PRI-S e o PRI-A, à esquerda e à direita, respectivamente. 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 GC são superiores nos momentos pré-cirúrgico (GC = 2,85 – GE = 2,64), PCI (GC = 6,83 – GE = 4,43), e PCMI (GC = 5,04 – GE = 4,35). Nos demais momentos, as médias do GE são superiores (PCMI: GC = 3,95 – GE = 4,45; RS: GC = 2,39 – GE = 2,43). Na análise intergrupos, há diferença estatisticamente significativa entre os grupos no momento PCI ($p \leq 0,0001$), isto é, o relato de dor imediatamente após a cirurgia foi menor para os pacientes do GE, sugerindo que a informação prévia face a face foi eficaz para a redução da dor sensorial neste momento.

Na análise intragrupo 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, PCMI e RS; e as médias dos momentos PCMI e PCMI são superiores e diferem estatisticamente das médias do momento RS. Para a análise intragrupo do GE as médias dos momentos PC e RS são menores e diferem estatisticamente das médias do PCI, PCMI e PCMI.

Para a variável PRI-A não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos nos cinco momentos de coleta de dados (PC: GC = 1,06 e GE = 1,22; PCI: GC = 1,88 e GE = 1,11; PCMI: GC = 0,75 e GE = 1,00; PCMI: GC = 0,70 e GE = 1,12; RS: GC = 0,34 e GE = 0,67). As médias do GE são menores no PCI, se comparadas à do GC. Isto sugere possível efeito do procedimento preparatório para as respostas de dor afetiva imediatamente após a exodontia. 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 PCI até a RS, se comparadas ao primeiro momento de coleta de dados. Na análise intragrupo do GC, observa-se que as médias do momento PC diferem estatisticamente das médias do PCI. Já as médias do PCI são estatisticamente diferentes do PCMI, PCMI e RS. Para a análise intragrupo do GE, não houve diferença estatisticamente significativa entre os momentos. Observam-se na variável PPI, que as médias das respostas de dor do GC são maiores em todos os momentos da coleta de dados (PC: GC = 7,63 e GE = 6,11; PCI: GC = 31,27 e GE = 19,53; PCMI: GC = 26,59 e GE = 16,22; PCMI: GC = 21,59 e GE = 15,03; RS: GC = 12,34 e GE = 6,06), embora não haja diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Nota-se uma tendência para os grupos: aumento das médias dos escores de dor no momento PCI e redução nos momentos seguintes (PCMI, PCMI e RS). Como já observado, o GE possui escores menores que o GC, sugerindo possível efeito do procedimento preparatório. Na análise intragrupo, observa-se que GC e GE diferem igualmente em todos os momentos de coleta de dados: as médias dos momentos PC e RS são diferentes estatisticamente dos momentos PCI, PCMI e PCMI, para ambos os grupos. E o momento PCI possui diferença estatisticamente significativa do momento PCMI.

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 GC, em todos os momentos, foram maiores que os escores dos pacientes do GE (PC: GC = 0,60 e GE = 0,38; PCI: GC = 1,60 e GE = 1,12; PCMI: GC = 1,47 e GE = 1,16; PCMI: GC = 1,26 e GE = 1,08; RS: GC = 0,85 e GE = 0,59). Observa-se que as médias dos escores de dor aumentam nos momentos após a exodontia (PCI, PCMI e PCMI) e diminuem na RS. Na análise intragrupo, os grupos diferem de forma igual em todos os momentos: os momentos PC e RS são diferentes estatisticamente dos momentos PCI, PCMI, PCMI.

DISCUSSÃO

Este estudo verificou a eficácia do oferecimento 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 GE, no PMI (Gráfico 1). Entretanto, não se pode afirmar que a informação face a face foi eficaz para a redução das outras respostas de dor (PRI-A, PPI e Avaliação Global da Experiência de Dor –

Gráfico 1) e para a diminuição do consumo de analgésico no período pós-operatório para os pacientes do GE.

Observou-se que, na PPI e na Avaliação Global da Experiência de Dor, o GE apresentou menores escores que o GC, o que pode sugerir efeito da informação prévia face a face. Além disso, o consumo de medicamentos para dor no pós-operatório foi menor nos pacientes do GE, apesar da diferença não ser estatisticamente significativa (Tabela 1).

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo¹³, no qual foi utilizada 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. Os resultados indicaram não haver diferença significativa na avaliação de dor e no consumo de analgésicos entre os grupos, o que corrobora os dados do presente estudo. Entretanto, esses autores observaram melhor controle da dor entre os pacientes do grupo de intervenção. Isto pode estar relacionado com a quantidade de analgésicos utilizados por estes pacientes, já que houve maior consumo de medicamentos 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 do estudo¹³ e deste estudo, pode-se inferir que os resultados têm a mesma tendência, já que o GE apresentou menores respostas de dor em alguns momentos da coleta de dados (PPI e Avaliação Global da Experiência de Dor – Gráfico 1).

Outro trabalho que aponta resultados semelhantes foi apresentado em estudo⁵, que avaliou o efeito de um vídeo informativo sobre as respostas de dor em pacientes submetidos à colonoscopia e de informações procedurais sobre o exame realizado. 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 (Gráfico 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 analgésicos 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.

Outro estudo⁷ verificou 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 que recebiam as informações procedurais, e experimental em que recebiam as informações procedurais que enfatizavam o papel dos próprios pacientes no tratamento da dor pós-operatória, tentando melhorar seu conhecimento para o próprio bem estar. 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. Os autores ressaltaram que os relatos de dor pós-operatória decaíram mais rapidamente nos pacientes do grupo experimental. Observa-se que estes estudos 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 ao longo do pós-cirúrgico para ambos os estudos.

Um estudo realizado com pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares⁹ avaliou a eficácia da disseminação de informação por meio de folhetos após a exodontia. A avaliação das respostas de dor foi feita pela escala visual analógica (EAV), a cada três horas após a exodontia, durante as primeiras 45 horas. Os pacientes foram divididos randomicamente nos grupos controle, que recebeu as informações técnicas básicas de cuidados pós-operatórios, e de tratamento, que recebeu informações completas sobre o pós-operatório, cuidados, complicações, sensações e consumo de analgésicos. Os resultados sugerem que o grupo de tratamento relatou menos dor no pós-operatório, mas não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto ao consumo de analgésicos. Os autores enfatizaram que as informações oferecidas 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 pela EAV, possui a mesma tendência que os dados do estudo⁹, com menor relato de dor para o grupo experimental, apesar da diferença não ser estatisticamente significativa (Gráfico 1). A semelhança quanto ao tipo de informações oferecidas pelo folheto e pela informação face a face fortalecem os pontos comuns entre os trabalhos.

Este tipo de procedimento preparatório mostrou-se uma importante estratégia realizada previamente a procedimentos invasivos com o objetivo de estabelecer respostas mais eficientes de enfrentamento ao tratamento e aumentar a adesão do paciente no pós-operatório. Além disso, facilitou e valorizou o contato profissional-paciente no contexto de cuidados em saúde.

CONCLUSÃO

A informação prévia face a face não foi eficiente para a diminuição da intensidade da dor e o consumo de analgésicos em pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares. Entretanto, apesar da diferença entre os grupos não ser estatisticamente significativa, os pacientes submetidos ao procedimento preparatório apresentaram menores escores de dor no pós-operatório, do que os pacientes não submetidos à esta informação prévia, sugerindo possível efeito do procedimento preparatório.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Júnior, que colaborou com o estudo.

REFERÊNCIAS

1. Kim YK, Kim SM, Myoung H. Independent predictors of satisfaction in impacted third molar surgery patients. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010;38:274-86.
2. van Wijk A, Lindeboom J. The effect of a separate consultation on anxiety levels before third molar surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008;105(3):303-7.
3. Meeuse JJ, Koornstrab JJ, Reyners AKL. Listening to music does not reduce pain during sigmoidoscopy. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2010;22(8):942-5.
4. 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. *Psychooncology.* 2003;12(3):254-66.
5. Bytzer P, Lindeberg B. Impact of an information video before colonoscopy on patient satisfaction and anxiety – a randomized trial. *Endoscopy.* 2007;39(8):710-4.
6. Wong EML, Chan SWC, Chair SY. The effect of educational intervention on pain beliefs and postoperative pain relief among Chinese patients with fractured limbs. *J Clin Nurs.* 2010;19(17-18):2652-5.
7. Sjöling M, Nordhal G, Olofsson N, et al. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Educ Couns.* 2003;51(2):169-76.
8. van Wijk AJ, Buchanan H, Coulson N, et al. Preparatory information for third molar extraction: does preference for information and behavioral involvement matter? *Patient Educ Couns.* 2010;79(1):94-9.
9. Vallerand WP, Vallerand AH, Heft M. The effects of postoperative preparatory information on the clinical course following third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg.* 1994;52(11):1165-71.
10. O'Conner-von S. Preparation of adolescents for outpatient surgery: using an internet program. *AORN J.* 2008;87(2):374-98.
11. Rankinen S, Salanterä S, Heikkinen K, et al. Expectations and received knowledge by surgical patients. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(2):113-9.
12. Melzack R. The short-form McGill pain questionnaire. *Pain.* 1987;30(2):191-7.
13. Wong EML, Chan SWC, Chair SY. Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. *J Adv Nurs.* 2010;66(5):1120-231.

Apresentado em 02 de janeiro de 2012.

Aceito para publicação em 28 de junho de 2012.

Fontes de fomento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo N° 2009/01794-5.