

# Pain during dental care in family health units of Caruaru city, state of Pernambuco\*

*Dor durante o atendimento odontológico em unidades de saúde da família do município de Caruaru-PE*

Etenildo Dantas Cabral<sup>1</sup>, Glissia Gisselle Alves<sup>2</sup>, Gerlane Caitano de Souza<sup>2</sup>

\*Recebido do Curso de Odontologia da Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES). Caruaru, PE.

## ABSTRACT

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** Fear of pain may delay or prevent people going to the dentist, especially families assisted by Family Health Strategies. So, this study aimed at investigating pain perception of dental patients from Family Health Units of the city of Caruaru (UFSC), state of Pernambuco.

**METHOD:** This is a transversal, analytical and epidemiological study where socio-demographic data and history of 312 patients were collected through standardized personal interviews. Pain intensity was measured by the 21-point numerical scale (from 0 to 10, with 0.5 intervals), where patients themselves checked the number corresponding to perceived pain during treatment.

**RESULTS:** Pain during treatment was present in 22.1% of the sample and was more frequent in younger patients who only look for the dentist when they feel pain or who always or almost always have felt pain during previous treatments. Mean perceived pain intensity was 4.1 and was statistically higher for patients who usually only look for the dentist when they feel pain. Pain was more frequent during tooth extractions but its intensity has not significantly varied among procedures.

**CONCLUSION:** Pain during USFC treatment was less frequent as compared to other studies, however with higher intensity; and was more frequent among individuals who only look for the dentist when they feel pain.

**Keywords:** Dental assistance, Pain measurement, Pain perception, Primary health care.

## RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** O medo de sentir dor pode retardar ou impedir a ida de pessoas ao dentista, sobretudo na

população assistida pelas Estratégias de Saúde da Família. Portanto, o objetivo deste estudo foi investigar a percepção de dor dos pacientes odontológicos em Unidades de Saúde da Família de Caruaru (USFC), PE.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo epidemiológico transversal e analítico no qual foram coletados dados sociodemográficos e o histórico de atendimentos de 312 pacientes por meio de entrevista pessoal padronizada. A mensuração da intensidade da dor foi obtida por meio da escala numérica de 21 pontos (de 0 a 10, com intervalos de 0,5), em que o próprio paciente assinalava o número que correspondesse à dor percebida durante o atendimento.

**RESULTADOS:** A presença de dor durante o tratamento totalizou 22,1% da amostra e foi mais frequente em pacientes mais jovens, que costumam procurar o dentista apenas quando sentem dor, ou que sempre, ou quase sempre, sentiram dor durante tratamentos anteriores. A média de intensidade de dor percebida foi de 4,1 e foi estatisticamente maior em pacientes que costumam procurar o dentista apenas quando sentem dor. A dor esteve mais presente nas exodontias, mas sua intensidade não variou significativamente entre os procedimentos.

**CONCLUSÃO:** A dor durante o atendimento em USFC ocorreu com menor frequência que em outros estudos, porém com maior intensidade, e os indivíduos mais propícios a senti-la foram aqueles que só procuram o dentista quando estão com dor.

**Descritores:** Assistência odontológica, Atenção primária à saúde, Medição da dor, Percepção da dor.

## INTRODUÇÃO

A dor frequentemente está associada ao cuidado com os dentes, podendo muitos dentistas estarem desatentos à dor de seus pacientes, já que algum grau de dor, durante as visitas ao dentista, pode ser relatado por mais de 70% dos pacientes<sup>1</sup>. Essa dor concernente ao atendimento odontológico é influenciada por aspectos relativos ao procedimento clínico em si, ao paciente e às atitudes e estrutura de trabalho do profissional<sup>2-5</sup>.

O medo de sentir dor durante o atendimento pode ser um dos principais motivos que retarda ou, até mesmo, impede a ida de um grande número de pessoas ao dentista<sup>6</sup>. Isso, por sua vez, pode acarretar em piores condições de saúde bucal, sobretudo na população de baixa renda, que é a que geralmente é assistida pelas equipes de saúde bucal das Estratégias de Saúde da Família<sup>7</sup>. Tendo em vista que uma experiência dolorosa durante o aten-

1. Doutor em Odontologia. Professor Adjunto da Universidade Federal de Pernambuco e da Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES). Caruaru, PE, Brasil.

2. Cirurgiã-Dentista pela Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES). Caruaru, PE, Brasil.

Apresentado em 05 de janeiro de 2013.

Aceito para publicação em 12 de abril de 2013.

Endereço para correspondência:

Dr. Etenildo Dantas Cabral  
Rua Irmã Maria David, 210/1301 – Casa Forte  
52061-070 Recife, PE.  
E-mail: etenildo@gmail.com

dimento acentua a sua percepção em atendimentos futuros<sup>8</sup>, a capacidade e o cuidado da equipe de atenção básica em saúde bucal para controlar a dor durante o tratamento odontológico terão repercussão direta na percepção que o paciente venha a ter em suas consultas subsequentes, inclusive nos demais níveis de atenção do serviço de saúde.

Apesar da citada importância do aspecto dor durante o tratamento odontológico na atenção básica de saúde, a pesquisa a artigos científicos nas bases de dados Bireme, LILACS, Medline, Biblioteca Cochrane, Scielo, BBO e Pubmed – sem limitação de idioma e período de publicação, utilizando as palavras chaves “pain”, “dental pain”, “dental fear” e “dental anxiety”, sozinhas ou associadas às palavras “dentist”, “dentistry”, “treatment” e “odontology” – não encontrou nenhum artigo publicado que avalie diretamente a percepção de dor sofrida pelo paciente durante o atendimento odontológico na atenção básica.

Sendo assim, a presente pesquisa teve como propósito investigar a percepção de dor durante o atendimento odontológico nas unidades de saúde da família do município de Caruaru-PE, o que preenche uma lacuna na literatura científica e pode fornecer elementos tanto para contribuir com a assistência odontológica prestada e, por conseguinte, a saúde bucal da população do município, quanto para o entendimento do tema no âmbito internacional.

## MÉTODOS

Estudo epidemiológico do tipo observacional, transversal e analítico realizado na cidade do Caruaru-PE, Brasil. Nessa cidade existem 29 Unidades de Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal (USFSB), das quais 20 são da zona urbana<sup>9</sup>. Foi justamente para a população de adolescentes e adultos atendida nas USFSB da zona urbana desse município durante os meses de março a julho de 2011 que o presente estudo visou alcançar seus resultados.

O estudo utilizou uma amostragem por conglomerados (duplo estágio), na qual as USFSB foram os grupos. Portanto, selecionaram-se as USFSB e destas, os pacientes. Para a realização do cálculo do tamanho da amostra de pacientes, foi utilizado o programa estatístico PASS (Power Analysis and Sample Size), versão 2005. No referido cálculo, foram utilizados os parâmetros: tamanho da população-alvo considerado “infinito”, precisão de 5%, intervalo de confiança de 95% e prevalência esperada de experiência dolorosa durante o tratamento de 70%<sup>1</sup>. Como resultado desse cálculo, o tamanho total da amostra foi de 312 pacientes atendidos (o que representa em torno de 3,5% do universo total da população estudada).

As USFSB foram escolhidas por amostragem aleatória simples, sendo selecionadas 12 unidades, o que representou 60%. Cada USFSB foi acompanhada por um pesquisador, tendo o número de turnos completos que foram necessários para se entrevistar 26 pacientes atendidos e que se enquadraram nos critérios de inclusão (adolescentes e adultos com capacidade psíquico-cognitiva para responder à entrevista). Ou seja, foram incluídos os primeiros 26 pacientes elegíveis, de cada USFSB, que aceitaram participar do estudo.

A coleta de dados aconteceu em dois momentos. O primeiro momento foi na sala de espera da USFSB, em que foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados foram coletados por meio da entrevista pessoal padronizada, utilizando um formulário. Ainda antes do atendimento, foram coletados dados sociodemográficos e dados relativos ao histórico de atendimentos odontológicos do paciente.

O segundo momento ocorreu após o atendimento, na sala de espera da USFSB ou proximidades, de acordo com a preferência do paciente. Nesse momento, foram coletados os dados relativos ao atendimento, incluindo a percepção de dor do paciente, cuja mensuração da intensidade foi obtida em escala numérica de 21 pontos (de 0 a 10, com intervalos de 0,5), em que o próprio paciente assinalava o número que correspondesse à dor percebida durante o atendimento. Estudos piloto, conduzidos na fase preliminar desta pesquisa, indicaram essa escala como de melhor entendimento e de fácil utilização pela população estudada se comparada à escala analógica visual. Além do mais, essa escala tem sido bastante utilizada<sup>10</sup>.

Os dados foram analisados pelo programa estatístico SPSS, versão 15. Em análise bivariada, testou-se a associação entre a presença ou não de dor com as variáveis do paciente (idade, gênero, escolaridade, frequência e motivo principal de consultas ao dentista, além de histórico de dor em tratamentos odontológicos) e com o tipo de procedimento, por meio dos testes Qui-quadrado, Exato de Fisher ou Razão de Verossimilhança; testou-se também a diferença na intensidade da dor entre as categorias das variáveis do paciente e entre os tipos de procedimentos realizados, por meio dos testes de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis.

Procedeu-se ainda a análise multivariada com regressão linear e regressão logística para melhor compreensão da influência das variáveis dependentes na presença ou não de dor e na sua intensidade. Esta pesquisa foi realizada em acordo com princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki e na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética da Associação Caruaruense de Ensino Superior (CEP/ASCES, protocolo 135/2010).

## RESULTADOS

As características dos 312 pacientes entrevistados estão apresentadas na tabela 1. Pode-se destacar que a maioria pertencia ao sexo feminino (78,5%), estava na faixa etária de 22 a 40 anos (47,8%), tinha de 5 a 9 anos de estudos (47,4%), relatou que costumava ir ao dentista todo semestre (37,8%), que o motivo principal de consultas era a necessidade de algum tratamento que não a dor (55,8%) e que nunca sentiu dor (46,5%) durante o atendimento odontológico.

Conforme se pode verificar na tabela 2, a presença de dor durante o tratamento odontológico totalizou 22,1% da amostra. Essa presença de dor esteve associada ( $p < 0,05$ ) à faixa etária, o motivo principal de consultas ao cirurgião-dentista e o histórico de dor em tratamentos odontológicos. Os pacientes mais jovens, os que costumam procurar o cirurgião-dentista apenas quando sentem dor, assim como os que sempre ou quase sempre sentiram dor durante tratamentos anteriores, mais frequentemente relata-

Tabela 1 – Características gerais da amostra.

Características dos Pacientes	n	%
<b>Gênero</b>		
Masculino	67	21,5
Feminino	245	78,5
<b>Faixa etária (anos)</b>		
Até 21	101	32,4
22 a 40	149	47,8
41 a 59	51	16,3
60 ou mais	11	3,5
<b>Escolaridade (anos)</b>		
Até 4	48	15,4
De 5 a 9	148	47,4
De 10 a 12	109	34,9
13 ou mais	7	2,2
<b>Motivo principal de consultas ao cirurgião-dentista</b>		
Consulta de rotina	62	19,9
Necessidade de tratamento que não seja a dor	174	55,8
Dor	76	24,4
<b>Frequência de consulta</b>		
Todo semestre	118	37,8
Todo ano	110	35,2
2 anos ou mais	84	26,9
<b>Histórico de dor em tratamento odontológico</b>		
Nunca sentiu dor	145	46,5
Algumas vezes	123	39,4
Na maioria das vezes	26	8,3
Sempre	18	5,8

ram a presença da dor durante o tratamento (27,7%, 35,5% e 36,4%, respectivamente).

Como indicado na tabela 3, a média de intensidade de dor percebida pelos pacientes foi de 4,1. Essa intensidade variou e foi estatisticamente maior (5,6) em indivíduos que costumam procurar o cirurgião-dentista apenas quando sentem dor.

Considerando a intensidade da dor em categorias, em que dor ausente correspondia ao valor 0, dor leve entre 0,5 e 3,0, dor moderada de 3,5 a 6,5, dor intensa de 7,0 a 9,5 e dor insuportável correspondendo ao valor 10, encontraram-se os percentuais de 77,9%, 10,9%, 6,4%, 2,6% e 2,2% respectivamente.

Da tabela 4, pode-se destacar que a restauração foi o procedimento mais realizado (56,1%); entretanto o procedimento no qual a dor esteve mais presente foi a exodontia (38,5%). Mais da metade dos pacientes que sentiram dor durante a exodontia relataram a remoção do dente em si (luxação e exérese do elemento) como o causador da dor (60%). O uso da broca foi relatado pela maioria dos pacientes como sendo a principal causa da dor para o procedimento de urgência por dor de dente (71,4%). As diferenças no número de casos com dor entre os procedimentos foram significativas, porém as diferenças entre os procedimentos quanto à média de intensidade de dor não foram. Esse resultado foi similar mesmo quando se categorizou os procedimentos em não invasivos (exame clínico, profilaxia, aplicação de selante, verniz ou flúor), pouco invasivos (restauração, tartarectomia, urgência por dor de dente e remoção de pontos) e invasivos (exodontia e outras cirurgias), obtendo-se a presença de dor em 2,1%, 24,4%

Tabela 2 – Presença de dor durante o tratamento segundo as variáveis do paciente.

Características dos Pacientes	Presença de Dor				Valor de p
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
<b>Gênero</b>					
Masculino	55	82,1	12	17,9	p <sup>1</sup> = 0,876
Feminino	188	76,7	57	23,3	
<b>Faixa etária (anos)</b>					
Até 21	73	72,3	28	27,7	p <sup>2</sup> = 0, 048
22 a 40	117	78,5	32	21,5	
41 a 59	42	82,4	9	17,6	
60 ou mais	11	100	0	0	
<b>Escolaridade (anos)</b>					
Até 4	39	81,3	9	18,8	p <sup>2</sup> = 0,163
De 5 a 9	110	74,3	38	25,7	
De 10 a 12	87	79,8	22	20,2	
13 ou mais	7	100	0	0	
<b>Motivo principal de consultas ao cirurgião-dentista</b>					
Consulta de rotina	49	79	13	21	p <sup>1</sup> = 0,004
Necessidade de tratamento que não seja a dor	145	83,3	29	16,7	
Dor	49	64,5	27	35,5	
<b>Frequência de consultas</b>					
Todo semestre	96	81,4	22	18,6	p <sup>1</sup> = 0,436
De ano em ano	85	77,3	25	22,7	
2 anos ou mais	62	73,8	22	26,2	
<b>Histórico de dor em tratamento odontológico</b>					
Nunca sentiu dor ou algumas vezes	215	80,2	53	19,8	p <sup>1</sup> = 0,014
Na maioria das vezes ou sempre	28	63,6	16	36,4	
<b>Total</b>	<b>243</b>	<b>77,8</b>	<b>69</b>	<b>22,1</b>	

p<sup>1</sup> = Teste Qui-quadrado de Pearson, p<sup>2</sup> = Razão de verossimilhança.

e 38,5% respectivamente ( $p < 0,001$  para o teste de Qui-quadrado), e a média de intensidade de dor de 3, 4 e 4,6, respectivamente ( $p = 0,9$  para o teste de Kruskal-Wallis).

Tabela 3 – Intensidade de dor durante o tratamento segundo as variáveis dos pacientes.

Características dos Pacientes	Intensidade de Dor		Valor de p
	Média	Desvio-Padrão	
Gênero			
Masculino	3,5	3,5	$p^1 = 0,246$
Feminino	4,2	2,9	
Faixa etária (anos)			
Até 21	4,3	3,3	$p^2 = 0,547$
22 a 40	4,4	3,1	
41 a 59	2,8	1,4	
60 ou mais	0		
Escolaridade (anos)			
Até 4	3,5	2,5	$p^2 = 0,956$
De 5 a 9	4,2	3,1	
De 10 a 12	4,3	3,0	
13 ou mais	0		
Motivo principal de consultas ao cirurgião-dentista			
Consulta de rotina	2,8	2,9	$p^2 = 0,008$
Necessidade de tratamento que não seja a dor	3,3	2,1	
Dor	5,6	3,3	
Frequência de consultas			
Todo semestre	3,6	3,2	$p^2 = 0,337$
De ano em ano	4,8	3,2	
2 anos ou mais	3,8	2,5	
Histórico de dor em tratamento odontológico			
Nunca sentiu dor ou algumas vezes	3,8	3,0	$p^1 = 0,056$
Na maioria das vezes ou sempre	5,1	2,9	
Média Geral	4,1	3,0	

$p^1 =$  Mann Whitney,  $p^2 =$  Kruskal-Wallis.

Um ajuste de modelo de regressão logística, tendo a presença ou não de dor durante o tratamento como variável dependente, e as demais variáveis apresentadas na tabela 2, acrescentando-se a variável tipo de procedimento categorizado (não invasivo, pouco invasivo, invasivo), apresentou um resultado que foi similar ao da análise bivariada. Entretanto, nessa análise multivariada, o tipo de procedimento não apenas foi uma variável significativa como a de maior significância para o modelo.

Em análise multivariada tendo a intensidade da dor como variável dependente e as demais variáveis utilizadas na regressão logística, já descrita, como variáveis independentes, apresentaram como preditor significativo apenas o motivo principal de consultas. Históricos de dor e de idade foram fracos preditores de intensidade de dor ( $p = 0,10$ ).

Os resultados das análises multivariadas, tanto para a presença de dor quanto para a intensidade, não mudaram quando se incluiu a variável uso ou não de anestesia. E no caso da intensidade da dor, os resultados não mudaram quando se tratou a dor como categorias (leve ou moderada *versus* intensa ou insuportável) em regressão logística.

## DISCUSSÃO

A prevalência de dor encontrada no presente estudo diferiu de outros estudos que encontraram maior prevalência de dor (73,4%, e 42,5%)<sup>1,2</sup>. A menor prevalência encontrada pode ser reflexo dos tipos de procedimentos realizados na atenção básica, geralmente os menos invasivos, que estão menos associados à presença de dor se comparados a procedimentos mais invasivos<sup>1,2</sup>.

Por outro lado, um estudo em serviços particulares de clínica geral encontrou uma prevalência de 25% de dor durante o tratamento<sup>4</sup>. Assim, parece haver uma tendência temporal à diminuição dessa prevalência, talvez como reflexo do avanço técnico-científico e da melhoria da qualidade da assistência prestada.

Quanto à intensidade da dor, existem poucos estudos epidemiológicos disponíveis na literatura que tratem desta variável relativa a procedimentos odontológicos de uma maneira geral. Quando

Tabela 4 – Presença e intensidade de dor segundo os tipos de procedimentos odontológicos.

Tipos de Procedimentos Realizados	Dados Relativos a Cada Procedimento							
	Frequência		Casos com Dor		Média de Intensidade de Dor	Principal razão da Dor		
	n	%	n	%		Relato do Paciente	n	%
Exodontia	26	8,3	10	38,5	4,6	Não sabe	1	10
						Anestesia	3	30
						Remoção do dente	6	60
Urgência por dor de dente	23	7,4	7	30,4	4,78	Não sabe	1	14,3
						Uso da broca	5	71,4
						Água da seringa tríplice	1	14,3
Restauração	175	56,1	43	24,6	4,14	Não sabe	2	4,7
						Uso de broca	35	81,4
						Anestesia	6	14
Tartarectomia	33	10,6	7	21,2	2,92	Raspagem	7	100
Remoção de pontos	5	1,6	1	20	4,0	Remoção dos pontos	1	100
Polimento/ Profilaxia	9	2,9	1	3,0	3,0	Ferimento na gengiva	1	100
Exame clínico/Aplicação tópica de flúor/ selante/ verniz	9	12,5	0	0	0	-	-	-

a intensidade é apresentada, ela ocorre de formas diferentes entre os estudos. Assim, a comparação do estudo atual com os outros trabalhos torna-se limitada. Em todo caso, comparação possível de ser feita seria considerando apenas a categoria de intensidade de dor “maior que moderada” (intensa ou insuportável). Dessa forma, tem-se que, para o estudo atual, dentre aqueles que sentiram dor, 21,7% relataram dor maior que moderada; o que é maior do que outros estudos, nos quais a frequência foi de 11,6%<sup>2</sup> ou, no máximo, 10%<sup>4</sup>. Essa diferença talvez tenha sido influenciada pelo tipo de assistência prestada à população de estudo, ou seja, o presente estudo examinou pacientes assistidos no serviço público, enquanto os outros examinaram a população em geral<sup>2</sup> ou pacientes assistidos em serviço privado<sup>4</sup>. É sabido que a natureza do serviço influencia no tratamento que o dentista oferece<sup>11</sup>.

Um estudo observou que indivíduos do sexo masculino referem-se mais comumente a dor durante o tratamento odontológico, jovens e adultos sentem mais dor que idosos e, quanto maior o grau de escolaridade do indivíduo, maior é o relato da intensidade da dor vivenciada<sup>2</sup>. Já o trabalho atual não encontrou relação da dor nem com o gênero nem com a escolaridade do paciente, apenas com a idade.

Os presentes resultados apontaram a idade como fator determinante na presença ou não da dor durante o tratamento odontológico, mas não na intensidade da dor. A variável idade foi significativa para a presença de dor mesmo quando se incluíam todas as demais variáveis e também combinações de variáveis em diferentes modelos estatísticos.

Talvez a relação entre a idade e a dor não seja linear, uma vez que a diferença significativa com relação à dor do paciente foi, sobretudo, na faixa etária de 60 anos ou mais, ou seja, idosos, em que não houve nenhum caso de dor. Isso é condizente com achados de outro estudo<sup>2</sup>.

Com o avanço da idade, a dentina tornar-se mais esclerótica, diminuindo a sensibilidade ao preparo cavitário, o que poderia justificar o fato de os idosos terem relatado menor sensibilidade à dor, já que mais da metade dos procedimentos realizados na amostra estudada foi o tratamento restaurador. Além disso, resultado similar foi encontrado em um estudo que analisou tratamento endodôntico<sup>12</sup>, isto é, a idade foi determinante para a presença ou não de dor durante o tratamento, mas não para a intensidade da dor sentida.

Quanto ao histórico de dor em consultas anteriores, o presente estudo reforça a ideia de que a experiência odontológica dolorosa passada é diretamente impactante na determinação de dor ao atendimento atual<sup>2,8</sup>, ou indiretamente impactante, por meio do aumento da ansiedade ao tratamento<sup>13</sup>. Aliás, vale destacar que nenhuma das USFC usava algum protocolo de redução de estresse ou ansiedade.

Similarmente a estudo anterior<sup>2</sup>, verificou-se que pacientes que costumam procurar o cirurgião-dentista apenas quando sentem dor relataram uma maior presença e intensidade desta durante o atendimento. Dois fatores podem ter contribuído para esses resultados. Primeiro, a demora em procurar o cirurgião-dentista pode causar evolução do estado de gravidade do problema bucal, implicando em uma abordagem mais invasiva e, assim, com maior probabilidade de desconfortos<sup>14</sup>, o que leva a supor que

uma busca ativa aos pacientes não apenas previne a progressão de doenças bucais como também minimiza o desconforto que o paciente possa vir a sentir durante as consultas odontológicas. Segundo, a existência de dor antes do tratamento implica na presença de inflamação e esta produz uma imensa quantidade de substâncias que levam ao aumento da excitabilidade dos nociceptores e aferentes nociceptivos (sensibilização periférica), com aumento de responsividade aos estímulos e diminuição do limiar de ativação, podendo chegar a uma hiperalgesia primária, que é a acentuação da dor diante do estímulo no local da lesão, ou, até mesmo, a uma hiperalgesia secundária, que é o aumento da sensibilidade ao estímulo em locais afastados da lesão<sup>15</sup>. O presente estudo não avaliou o tempo prévio de dor existente ou os locais e extensão dessa dor, o que pode ser indicado como uma limitação, já que esses fatores podem estar associados às hiperalgesias<sup>15</sup>.

A exodontia foi o procedimento com maior frequência de dor, sendo este um resultado esperado, conforme os resultados similares de outros estudos<sup>2,16</sup> e por ser um procedimento invasivo<sup>2,9</sup>. Deve-se destacar também o atendimento de urgência por dor de dente como a segunda maior frequência de dor durante o tratamento, sendo esse resultado, por um lado, importante para a literatura, visto que não se tem dado atenção a esse procedimento, e, por outro lado, compreensível, já que, conforme discutido, a presença prévia de dor pode estar associada à sensibilização periférica e hiperalgesia. É importante salientar que o paciente que procura o serviço com dor de dente pode ser aquele que evita ir ao dentista por medo. Esse paciente, sentindo dor durante seu atendimento, provavelmente evitará mais ainda o dentista. Portanto, atenção redobrada deveria ser dada pelo dentista a esse tipo de atendimento.

Em que pese a importância do tipo de procedimento na probabilidade de o paciente vir a sentir dor durante o tratamento, isso não aconteceu com relação à intensidade da dor percebida. Isso resulta do fato de que mesmo naqueles procedimentos menos frequentemente associados à presença de dor, quando esta se apresenta, atinge, com considerável frequência, intensidade relativamente alta. Esse fato já foi identificado anteriormente, ao menos em menor proporção, em que 25% dos pacientes que receberam procedimentos pouco invasivos relataram dor e 1 em cada 20 relatou que a dor era de intensidade moderada/intensa<sup>2</sup>. Isso pode estar associado ao uso menos frequente da anestesia local em procedimentos menos invasivos e a um uso mais frequente de anestesia em procedimentos invasivos, ou seja, a anestesia minimiza a intensidade da dor nos procedimentos invasivos enquanto a ausência dela acentua a intensidade da dor que se apresenta nos procedimentos menos invasivos.

Infelizmente, não se obteve informação sobre o uso de anestesia local de todos os atendimentos, apenas da metade deles, o que foi uma limitação do presente estudo. Obteve-se, porém, a informação dos dentistas de que não se fazia uso da anestesia local preventivamente para os procedimentos restauradores, ou seja, o uso de anestesia nesses casos era reduzido. Mesmo assim, a anestesia foi citada como a razão principal da dor em 14% dos procedimentos restauradores. Também foi citada como tal para 30% das exodontias. Outros estudos reforçam a ideia de que a anestesia local tem sido um procedimento doloroso<sup>17</sup>. Alguns pacientes

relataram sentir mais dor quando eram submetidos à anestesia local do que durante cirurgias periodontais e raspagem<sup>18</sup>, assim o uso da anestesia local foi identificado como um dos mais fortes preditores da presença de dor durante o tratamento<sup>4</sup>.

Outro aspecto importante a se discutir com relação à anestesia é que esta não parece estar sendo efetiva. Isso pode ser ilustrado pelo fato de que, dos pacientes que sentiram dor durante a exodontia, 60% informaram que a causa da dor foi a própria exérese do elemento dentário. As razões das dores e das falhas da anestesia, se anatômicas, patológicas, farmacológicas ou técnica inadequada, como pressão excessiva de injeção, espera insuficiente do efeito etc., não foram avaliadas pelo presente estudo.

Apesar das informações e orientações disponíveis na literatura sobre como proceder a uma anestesia indolor<sup>19</sup>, ainda há muito que se fazer por parte dos dentistas e gestores de serviços de saúde para que os preceitos tornem-se realidade. Os pesquisadores, por sua vez, precisam investigar quais os fatores não técnicos que estão contribuindo com o desempenho desfavorável da anestesia local.

## CONCLUSÃO

A dor durante o atendimento em USFC ocorreu com menor frequência que em outros estudos, porém, com maior intensidade. Os indivíduos que foram mais propícios a sentir dor e dor de maior intensidade foram aqueles que só procuram o dentista quando estão com dor, indicando que uma busca ativa aos pacientes minimiza o desconforto que ele possa sentir durante as consultas, contribuindo para uma relação mais favorável do paciente com o atendimento odontológico.

## AGRADECIMENTOS

À Secretaria de Saúde do município de Caruaru e aos profissionais das Unidades de Saúde da Família que permitiram a realização da coleta dos dados.

## REFERÊNCIAS

1. Locker D, Shapiro D, Liddell A. Negative dental experiences and their relationship to dental anxiety. *Community Dent Health*. 1996;13(2):86-92.
2. Maggiri J, Locker D. Psychological factors and perceptions of pain associated with dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002;30(2):151-9.
3. Rasmussen JK, Frederiksen A, Hallonsten AL, et al. Danish dentists' knowledge, attitudes and management of procedural dental pain in children: association with demographic characteristics, structural factors, perceived stress during the administration of local analgesia and their tolerance towards pain. *Int J Paediatr Dent*. 2005;15(3):159-68.
4. Tickle M, Milsom K, Crawford FI, et al. Predictors of pain associated with routine procedures performed in general dental practice. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012;40(4):343-50.
5. Costa RSM, Ribeiro SN, Cabral ED. Fatores determinantes de experiência dolorosa durante atendimento odontológico. *Rev Dor*. 2012;13(4):365-70.
6. Kanegane K, Penha SS, Borsatti MA, et al. Dental anxiety in an emergency dental service. *Rev Saude Publica*. 2003;37(6):786-92.
7. Souza TM, Roncalli AG. Oral health in the Brazilian Family Health Program: a health care mode evaluation. *Cad Saude Pública*. 2007;23(11):2727-39.
8. van Wijki AJ, Makkes PC. Highly anxious dental patients report more pain during dental injections. *Br Dent J*. 2008;205(3):142-3.
9. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 20/06/2010.
10. Sousa FF, Silva JA. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. *Rev Dor*. 2005;6(1):469-513.
11. Cabral ED, Caldas Ade F Jr, Cabral HA. Influence of the patient's race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(6):461-6.
12. Segura-Egea JJ, Cisneros-Cabello R, Llamas-Carreras JM, et al. Pain associated with root canal treatment. *Int Endod J*. 2009;42(7):614-20.
13. Klages U, Kianifard S, Ulusoy O, et al. Anxiety sensitivity as predictor of pain in patients undergoing restorative dental procedures. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006;34(2):139-45.
14. Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health*. 2007;14(7):1-15.
15. Sessle BJ. Mecanismos periféricos e centrais da dor orofacial e suas correlações clínicas. In: Alves Neto O, Costa CMC, Siqueira JTT, et al. *Dor: princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 189-204.
16. Rousseau WH, Clark SJ, Newcomb BE, et al. Comparison of pain levels during pulpctomy, extractions, and restorative procedures. *J Endod*. 2002;28(2):108-10.
17. Siviero M, Nhani VT, Prado EFGB. Análise da ansiedade como fator preditor de dor aguda em pacientes submetidos a exodontias ambulatoriais. *Rev Odontol da UNESP*. 2008;37(4):329-36.
18. Siqueira AMP, Oliveira PC, Shcaira VRL, et al. Relação entre ansiedade e dor em anestesia local e procedimentos periodontais. *Rev Odontol UNESP*. 2006;35(2):171-4.
19. Kudo M. Initial injection pressure for dental local anesthesia: effects on pain and anxiety. *Anesth Prog*. 2005;52(3):95-101.