

# COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS DE CIRURGIA DE TERCEIROS MOLARES

## POST-OPERATIVE COMPLICATIONS OF THIRD MOLARS SURGERY

Gabriel L. Santos; Sydney Mandarino

### RESUMO

A cirurgia de exodontia dos terceiros molares é o procedimento mais comumente realizado na especialidade de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial e está indicada devido a várias problemáticas que tais elementos dentários podem vir a desenvolver, seja pela topografia óssea, pela falta de espaço nas arcadas ou ainda pela posição do segundo molar. A remoção cirúrgica de terceiros molares pode resultar em uma série de complicações e acidentes, incluindo: dor; trismo; edema; sangramento; alveolite; parestesia temporária ou permanente, entre outras decorrências. O objetivo deste estudo será identificar e analisar a prevalência de acidentes e complicações relacionados à exodontia de terceiros molares. Após um levantamento de dados que será realizado nas clínicas de especialização e atualização em cirurgia do UNIFESO. Com a análise dos resultados obtidos no presente estudo, notou-se que o número de pacientes do gênero masculino foi igual ao do feminino e também se concluiu que a dor pós-operatória é a complicação local mais frequente.

**Descritores:** Terceiro molar; Complicações pós-operatórias; Cirurgia bucal; Dente Impactado.

### ABSTRACT

Third molar extraction surgery is the procedure most commonly performed in the specialty of bucomaxillofacial surgery and traumatology and is indicated due to several problems that such dental elements may develop, either by bone topography, lack of space in the arches or by the position of the second molar. Surgical removal of third molars can result in a number of complications and accidents, including: pain; trismus; edema; bleeding; alveolite; temporary or permanent paraesthesia, among other consequences. The aim of this study will be to identify and analyze the prevalence of accidents and complications related to third molar extraction. After a data collection that will be carried out in the specialization and updating clinics in surgery of UNIFESO. With the analysis of the results obtained in the present study, it was observed that the number of male patients was equal to that of the female and it was also concluded that postoperative pain is the most frequent local complication.

**Keywords:** Third molar; Post-operative complications; Oral surgery; Impacted tooth

### INTRODUÇÃO

A cirurgia para remoção de terceiro molar, seja por motivo preventivo ou de cárie dentária, doença periodontal, reabsorções radiculares, cistos, tumores, impactiones dentárias, é segundo Peterson *et al* (2004), o procedimento mais realizado por cirurgiões bucomaxilofaciais. Os terceiros molares, considerando-se uma escala normal de cronologia irruptiva, são os últimos dentes a sofrerem erupção no arco dentário (ARAÚJO *et al.* 2010). Podem se apresentar de modo não irrompido (incluso), irrompido ou semi-irrompido (semi-incluso), seja pela topografia óssea, pela falta de espaço nas arcadas ou ainda pela posição do segundo molar.

A remoção cirúrgica de terceiros molares pode resultar em uma série de complicações e acidentes, incluindo: dor; trismo; edema; sangramento; alveolite; fraturas dento alveolares; injúrias periodontais e dentes adjacentes e/ou à ATM; parestesia temporária ou permanente; infecções abrangendo espaços fasciais; fratura óssea da tuberosidade maxilar e/ou da mandíbula; comunicações bucossinusais; deslocamento de dentes para regiões anatômicas nobres, entre outras decorrências (PETERSON *et al.* 2004).

Há taxas que podem variar entre 2,6 a 30,9% em relação a acidentes e complicações durante ou pós extração de terceiros molares, tendo diferentes fatores que podem influenciar neste resultado, como idade do paciente, estado de saúde do paciente, gênero, grau de impactação, experiência do cirurgião, se o paciente é fumante, qualidade da higiene oral, técnica a ser utilizada, entre outros (HUPP *et al.* 2009).

### OBJETIVOS

#### Objetivo primário

Esse trabalho tem o objetivo ver a prevalência de acidentes e complicações relacionados à exodontia de terceiros molares nas clínicas de especialização e atualização de cirurgia do UNIFESO.

#### Objetivos secundários

- Identificar os tipos de acidentes e complicações mais comuns;
- Verificar qual o gênero mais atendido;
- Contribuir para redução de insucessos nos procedimentos cirúrgicos.

## REVISÃO DE LITERATURA

A indicação e remoção de um terceiro molar é frequente no dia a dia do cirurgião bucomaxilofacial (PETERSON *et al.*, 2004, BUI; SELDIN e DODSON, 2003; JAMILEH; PEDLAR e MCGRATH *et al.*, 2003; POESCHL; ECKEL, 2004). Sendo uma prática utilizada na justificativa da prevenção da saúde bucal, evitando assim o acontecimento de patologias como cáries, pericoronarite, cistos e tumores odontológicos, reabsorções radiculares, maloclusão, dores de origem desconhecida, dentre outras indicações (MEDEIROS, 2003).

A remoção de terceiros molares pode resultar em uma série de complicações e acidentes, incluindo: dor; edema; hemorragia; alveolite; fraturas dento alveolares; injúrias periodontais a dentes adjacentes; parestesia temporária ou permanente; infecções abrangendo espaços fasciais; fratura óssea da tuberosidade maxilar e/ou da mandíbula; comunicações bucossinusais; deslocamento de dentes para regiões anatômicas nobes (PETERSON *et al.* 2010).

É importante que para a realização da cirurgia de exodontia, deve ser feito por parte do cirurgião, um planejamento baseando-se no exame clínico e complementares de imagem. Com estes exames obtém-se dados específicos da saúde geral do paciente, história médica e odontológica pregressa e atual, o nível de complexidade e de dificuldade operatória. Portanto, é necessário realizar cuidadosamente o planejamento cirúrgico a fim de prevenir possíveis acidentes no transoperatório e complicações no pós-operatório (ÁLVARES; TAVANO, 2008).

Foram criados sistemas de classificação dos terceiros molares não irrompidos, para facilitar o planejamento, feitos por meio da análise radiográfica, que torna capaz a previsão de possíveis transtornos no transoperatório, criando diferentes alternativas de escolha para a melhor técnica cirúrgica a ser utilizada, contribuindo assim, para um melhor pós-operatório do paciente (HUPP *et al.*, 2009; CENTENO, 1979; HOWE, 1988; ÁLVARES; TAVANO, 2008).

### Classificação dos Terceiros Molares Inferiores

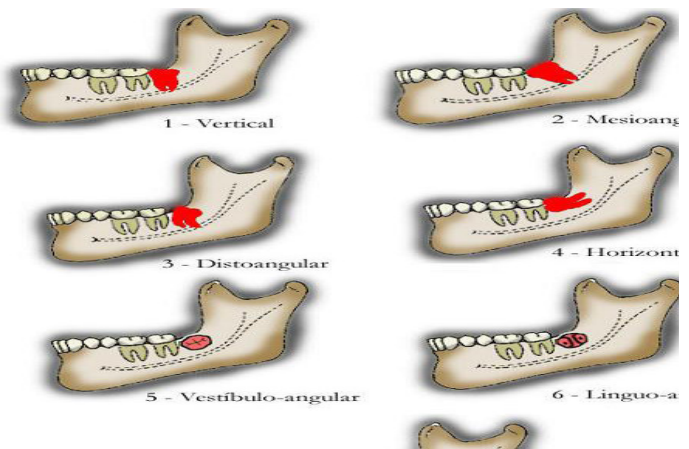
As classificações mais utilizadas quando se refere a terceiros molares inferiores são: classificação de Winter, que é utilizada para analisar a angulação do dente e quanto ao grau de impaction. Classificação esta onde os terceiros molares podem encontrar-se na posição vertical, mesio-angular, disto-angular, horizontal e, considerando as modificações de Archer (1975) e Kruger (1984) sendo invertido, línguo-versão e vestibulo-versão. Classificação de Pell e Gregory relaciona a profundidade de impaction do terceiro molar em relação ao segundo molar adjacente, classificados em A, B e C, e o diâmetro mesio-distal do terceiro molar em relação a borda anterior do ramo da mandíbula, classificados em I, II e III.

### Classificação de Winter

Essa classificação compara a angulação dos terceiros molares inclusos em relação ao longo eixo do segundo molar adjacente, podendo se apresentar na vertical, mesioangulado, distoangulado e horizontal (HUPP *et al.*,

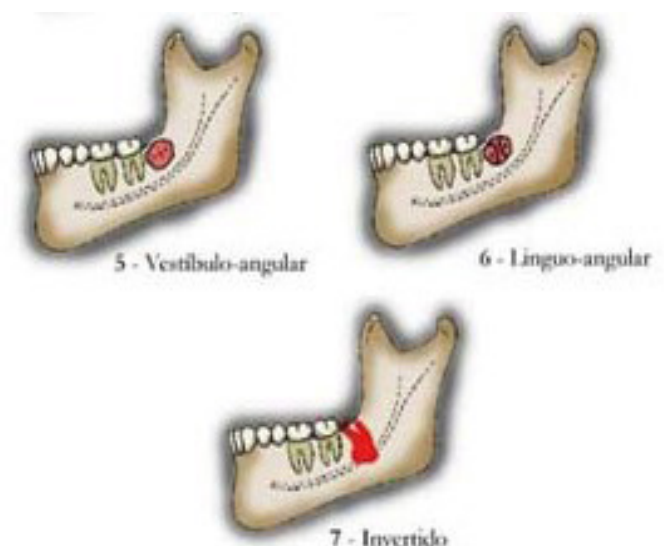
2009).

**Figura 1-** Classificação da posição dos terceiros molares segundo Winter (Adaptada de PETERSON *et al.*, 2014).



A posição é considerada vertical quando o longo eixo do dente impactado está posicionado paralelamente ao longo eixo do segundo molar. Mesioangular é aquela em que a coroa está inclinada na direção do segundo molar. Na distoangular, o longo eixo do terceiro molar está à distal ou posteriormente angulado em relação ao segundo molar. Já na posição horizontal, o longo eixo do dente se apresenta perpendicular em relação ao longo eixo do segundo molar (HUPP *et al.*, 2009).

### Classificação de Winter com modificação de Archer (1975) e Kruger (1984).



Fonte: (GOLDBERG; NEWMARICH e MARCO, 1985).

No vestibulo-angular o dente se apresenta perpendicular ao longo eixo do segundo molar com a coroa voltada para a face vestibular. O línguo-angular se encontra na mesma posição, porém com a sua coroa voltada para a lingual ou palatina. Já o invertido encontra-se paralelamente ao longo eixo do Segundo molar com a coroa direcionada apicalmente do dente adjacente (GOLDBERG;

NEWMARICH e MARCO, 1985).

### Classificação de Pell e Gregory (1933)

Esta classificação relaciona o terceiro molar incluso com o plano oclusal e a borda inferior do ramo da mandíbula.

Em relação a borda anterior do ramo mandibular, o dente pode se encontrar em três posições divididos por três classes, sendo elas:

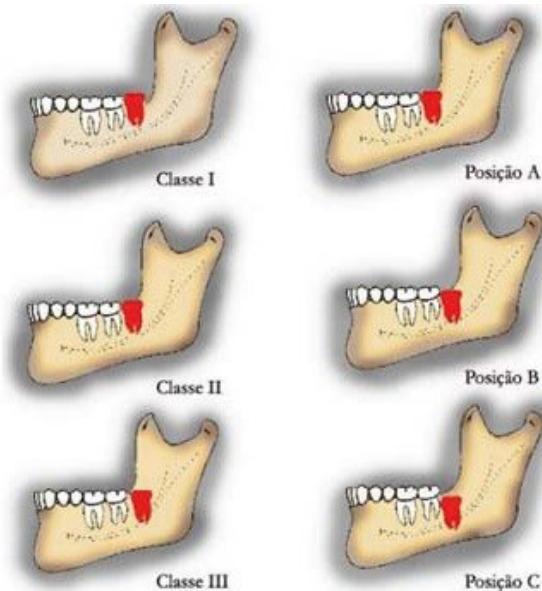
Classe I: quando a coroa em seu diâmetro mesio-distal, está completamente a frente da borda anterior do ramo ascendente.

Classe II: quando boa parte do dente estiver dentro do ramo.

Classe III: quando o dente estiver totalmente coberto pela borda anterior do ramo da mandíbula.

Já em relação ao plano oclusal, a classificação se divide em A, B e C. O dente quando se encontra no mesmo nível do plano oclusal do segundo molar, é denominado classe A. Quando o dente não irrompido se encontra entre o plano oclusal e a linha cervical do segundo molar, este se intitule como classe B. E o classe C, é quando o terceiro molar está abaixo da linha cervical do segundo molar.

**Figura 2-** Classificação de posição dos terceiros molares segundo Pell e Gregory (Adaptada de PETERSON *et al.*, 2004).



Fonte: (GOLDBERG; NEWMARICH e MARCO, 1985).

### Dor

As dores pós-operatórias são sintomas desagradáveis que atingem sua máxima intensidade nas primeiras 12 horas, podendo surgir dos traumas oferecidos aos tecidos moles e duros, tendo o início da dor logo após ao término do efeito do anestésico local. O surgimento da sensação de dor está ligado a sensibilidade de cada paciente, porém, tal complicação pode ter relação com o ato cirúrgico, em casos que o cirurgião deixe a superfície curuenta exposta

por um tempo mais prolongado, com uso de afastadores de maneira mais agressiva nos retalhos, suturas com pontos muito tensos, fraturas ósseas e corpos estranhos na intimidade da ferida. A dor pode ser leve, moderada ou forte, e se faz necessário a prescrição de medicamentos para controle de tal, como o uso de analgésicos e antiinflamatórios não esteroidais, esses medicamentos devem ser administrados antes que o efeito do anestésico local diminua, assim, torna-se mais fácil o controle da dor. (PETERSON *et al.* 2010).

### Hemorragia

O extravazamento sanguíneo natural que se segue em qualquer intervenção não é uma hemorragia. Ela é definida como um extravazamento abundante e anormal de sangue que ocorre durante ou após a intervenção cirúrgica, o qual não se coagula e a hemostasia natural não ocorre. Os acidentes como as hemorragias, são lesões decorrentes destas cirurgias, podendo ser observadas nos pacientes que a ela se submetem (PETERSON *et al.*, 2004).

Segundo Bouloux (2007) a hemorragia é mais prevalente em pacientes mais idosos com dentes profundamente impactados e quatro vezes mais associada a terceiros molares inferiores que os terceiros molares superiores.

A hemorragia pode ocorrer durante (acidente) ou após (complicação) uma cirurgia, sendo classificada como hemorragia tardia ou recorrente. Nas situações de hemorragia intensa, classificadas como tardias, a hemorragia ocorre apenas uma vez, após o procedimento. Nas hemorragias recorrentes, ocorre mais de uma situação intensa de hemorragia, mesmo depois de inicialmente extinta (DELIVERSKA & PETKOVA, 2016).

Variações anatómicas, proximidade do dente ao nervo e coagulopatias são as principais causas de hemorragia (AZENHA *et al.*, 2014).

A hemorragia pode ser minimizada usando uma boa técnica cirúrgica e evitando a dilaceração dos retalhos ou trauma excessivo do osso e do tecido mole subjacente. Quando um vaso é cortado, a hemorragia deve ser interrompida para evitar hemorragia secundária após a cirurgia (MILORO *et al.*, 2012).

A maneira de obter hemostasia, após a cirurgia, é aplicar uma gaze húmida, diretamente sobre o local da cirurgia, com a pressão adequada por alguns minutos ou uso de cera de osso, esponja hemostática ou eletrocoagulação (MILORO *et al.*, 2012).

### Alveolite

A alveolite é uma infecção localizada no alvéolo, provocada principalmente por estafilococos e estreptococos, após uma extração dental. Os fatores predisponentes dessa complicação são pela falta de sangue no alvéolo resultando a falta de coágulo, a remoção do coágulo por meios mecânicos como sucção ou bochechos, falta de assepsia do operador, utilização de instrumental não esterilizado, o traumatismo do osso alveolar durante a cirurgia, a curetagem excessiva do alvéolo ou ainda infecções pré-operatórias como pericoronarite que é um dos fatores predisponentes do desenvolvimento da alveolite (MARZOLA *et al.*, 2008).

De acordo com Oliveira (2006) esta complicação aparece no segundo ou terceiro dia após a exodontia. Geralmente observa-se sintomas como dor, halitose, peridontite, mal-estar e em alguns casos podendo causar febre.

A alveolite pode ser dividida em dois tipos, alveolite seca e alveolite purulenta. A alveolite seca pode ocorrer devido a ausência de coágulo após uma extração, geralmente de difícil manobra cirúrgica, ou na presença de fratura alveolar durante o ato operatório. Já a alveolite purulenta ou úmida, quase sempre acontece após a alveolite seca, devido a infecção do alvéolo, com a produção de secreção purulenta. Para tratar a alveolite purulenta é necessário eliminar a infecção com a utilização de antibióticos. Na alveolite seca, o paciente deverá fazer o uso de analgésicos (PEREIRA *et al.*, 2010).

Para o tratamento da alveolite é preciso realizar uma irrigação abundante com soro fisiológico a 0,9% para remoção de restos teciduais, proporcionando assim, uma limpeza da região. Em seguida, coloca-se um curativo sedativo no interior do alvéolo. É contraindicado a curetagem, pois retarda a reparação e permite que o processo se espalhe, ultrapassando a barreira de defesa existente sob o alvéolo. A curetagem pode ser utilizada apenas para remoção delicada dos restos de coágulo e material necrosado (MEDEIROS, 2003).

Procedimentos mais extensos e que utilizam técnicas como ostectomia e odontosecção para a exodontia, tem uma maior chance de complicação pós-operatória, como alveolites, trismos e parestesia (AMLER *et al.*, 2008).

## MÉTODO

Neste trabalho, além de uma revisão de literatura acerca da exodontia dos terceiros molares, será realizada uma pesquisa qualitativa de natureza explicativa sobre a qualidade de vida pós-operatória dos pacientes atendidos na Clínica de Cirurgia Oral do Centro de Ensino Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), de Teresópolis, provenientes do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-faciais, do Curso de Atualização em Cirurgia Oral do UNIFESO.

Foi confeccionado um questionário juntamente com o TCLE (APÊNDICE A e B) contendo perguntas nas quais venham a atender a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Este estudo foi enviado, via Plataforma Brasil (<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>) para ser aprovado pelo comitê de ética institucional.

Após a aprovação do comitê de ética (ANEXO A) e pesquisa em seres humanos do UNIFESO, correspondendo à normativa atual. Após a coleta dos dados, foram analisados: (01) identificar os tipos de intercorrências e as mais comuns, (02) avaliar qual das classificações de inclusão mais predominante, (03) além de verificar qual o gênero mais atendido no período descrito para as cirurgias dos terceiros molares.

Após o agrupamento das informações, obteve-se

um panorama sobre a etapa pós-operatória da exodontia dos terceiros molares inclusos, de modo a identificar quais são as complicações e acidentes mais comuns nos pacientes.

Após a tabulação dos dados, utilizando planilhas do Excel, estes foram submetidos à estatística descritiva. Seleção da amostra.

- ✓ No total foram 47 pacientes da UNIFESO no ano de 2017, 2018 e 2021;
- ✓ Gênero: 25 homens e 22 mulheres;
- ✓ Todos os pacientes atendidos assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). (APÊNDICE A).

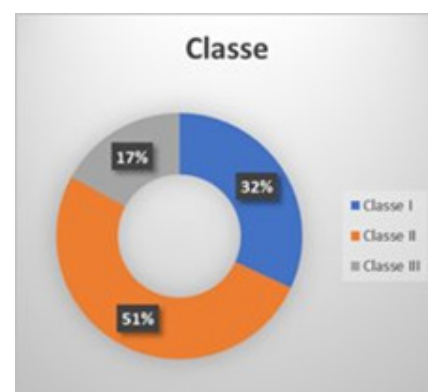
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

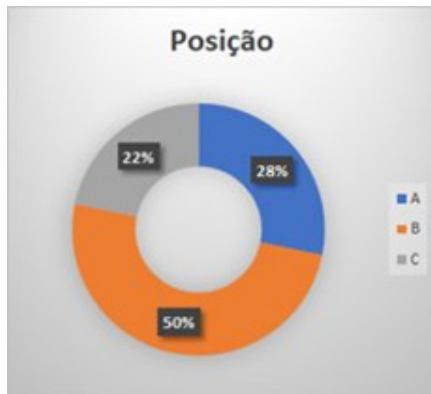
Gráfico 1 pode-se observar a distribuição dos gêneros dos pacientes analisados.



Conforme mostrado no gráfico da análise de gênero (gráfico 1) na recente pesquisa, o número de pacientes do gênero masculino (25) foi maior do que o número de pacientes do gênero feminino (22).

Gráfico 2- Frequência de retenção dentária de acordo com a classificação de Pell e Gregory.

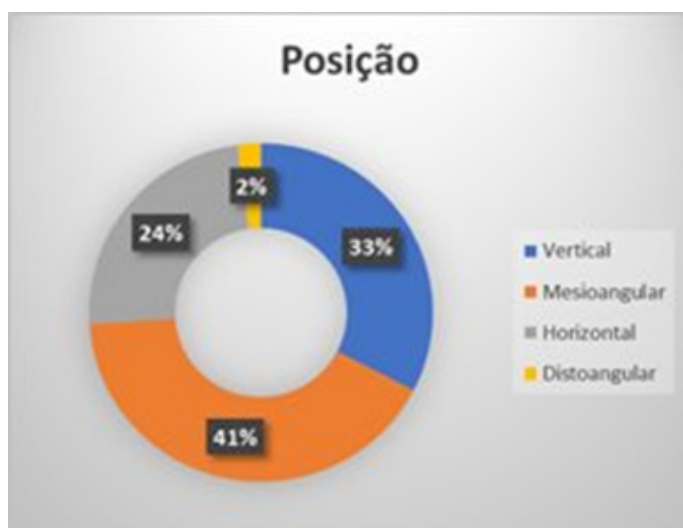




Em relação ao grau de retenção de acordo com a classificação de Pell e Gregory, a grande maioria dos casos inseriu-se na posição B (50%) e na Classe II (51%), seguida pela posição A (28%) e na Classe I (32%), e finalmente, na posição C (22%) e na Classe III (17%). Em sua pesquisa, Zorzetto *et al* (2000), no qual obteve uma amostra de 74 casos, onde, predominantemente a Classe II (78,72%) foi a mais encontrada, seguida da Classe I (21,8%), e a Classe III **não foi relatada**. Coincidindo com esta pesquisa, onde a Classe II se mostrou presente na maioria dos casos.

Na classificação de Pell e Gregory, a posição mais comum para os terceiros molares superiores foi “A”, seguida da “B” e a “C”. Já em relação aos dentes inferiores a posição **mais comum** foi a IIA tanto para o 3º quanto para o 4º quadrante, seguida de IIB, IA e IIIC. No presente estudo, quanto a posição dos molares inferiores, o mais comumente encontrado é a IIB o plano oclusal encontra-se entre o plano oclusal e a linha cervical do segundo molar adjacente e com metade do diâmetro méso-distal do terceiro molar recoberta pelo ramo da mandíbula) dados semelhantes que foram obtidos por Farish e Bouloux, (2007).

Gráfico 3- Frequência da posição dentária do terceiro molar inferior segundo Winter.



sioangular é a de maior prevalência, acometendo cerca de 45% dos dentes retidos.

Gráfico 4- Algumas das complicações pós-operatórias da cirurgia de remoção de terceiro molar inferior nos pacientes do UNIFESO e do Centro Universitário São José.



Com relação a classificação de Winter, a posição mais comumente encontrada é a mesioangular (41%), seguida da vertical (33%), horizontal (24%) e distoangular (2%). Dados estes que se assemelham ao que diz Peterson *et al* (2004), onde a posição me-

Dentre as complicações citadas no presente estudo, apresentadas no gráfico acima, a dor pós-operatória é a complicação local mais frequente (30%), a hemorragia (21%), enquanto a alveolite não foi relatada nos sinais clínicos pós operatório de nenhum paciente (0%) e outras complicações (49%).

Segundo Martins *et al.*, (2010), entre as principais intercorrências, a dor pós-operatória é a complicação local mais frequente (77,2%). Já a alveolite, apresentou baixa incidência (13,9%), juntamente com hematomas (9%). As condições locais de trismo e edema não foram identificadas nos sinais clínicos analisados nos pacientes.

A aplicação e padronização das técnicas de exérese, de anestésias, de biossegurança dos equipamentos e ambiente, bem como de esterilização dos instrumentais, rigorosamente supervisionados por profissionais experientes, exigidos na clínica cirúrgica da instituição, podem, direta ou indiretamente, ter influenciado e reduzido os riscos de infecções, traumas, complicações e acidentes pós-operatórios para esse tipo de cirurgia. Além disso esses resultados podem estar relacionados à redução dos riscos de infecções e à diminuição da aplicação de técnicas inadequadas, como curetagem do alvéolo e saturação dos tecidos subjacentes, tornando os riscos de insucesso cirúrgico menores.

No entanto, segundo Oliveira *et al.*, (2006), o trismo foi a complicação mais encontrada, onde 13 pacientes no retorno de 7 dias para controle do pós-operatório apresentavam uma abertura bucal reduzida em pelo menos 10mm de abertura bucal em relação ao pré-operatório.

## CONCLUSÃO

Após avaliar os resultados e dados obtidos através da realização desta pesquisa, juntamente com dados da literatura, concluiu-se que o número de pacientes do gênero masculino e feminino foi o mesmo, e que como

referência o estudo de Martins *et al.*, (2010) a dor pós-operatória com 30% dos casos, é a complicação local mais frequente, seguido por hemorragia com 21% e alveolite com 0%, enquanto as outras complicações se encontram em 49% dos casos.

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDER. Dental extraction wound management: a case against medicating postextraction sockets. **J Oral Maxillofac Surg**, 2000;58(5):538-51.
- AMLER, HH. Alveolites: Generalidades, diagnóstico e tratamento. Marzola C. Fundamentos de cirurgia e traumatologia bucomaxilo facial. São Paulo: **Ed Bigforms**, 2008; 6.
- ARAUJO, C. O. *et al.* Incidência dos acidentes e complicações em cirurgia de terceiros molares. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 40, n. 5, p. 290-295. Jan. 2011.
- AZENHA, M., KATO, R., BUENO, R., NETO, P., RIBEIRO, M. (2014). **Accidents and complications associated to third molar surgeries performed by dentistry students. Oral and Maxillofacial Surgery**, 18(4), 459-469. doi: 10.1007/s10006-013-0439-9.
- BOULOUX, G.F, STEED, M., & PERICIACCANRE, V. (2007). **Complications of third molar surgery. Oral Maxillofac Surg Clin North Am**, 19(19), 117-128. doi: 10.1016/j.coms.2006.11.013
- CARVALHO P.S.P. *et al.*, influence of surgical cleaning and oralveosan dressing on infected wound healing after tooth extraction. Histological study in rats. **Rev Odont Unesp**. São Paulo. 1991;20(9):165-73
- CHIAPASCO, M.; DE CICCIO, L.; MARRONE, G. Side effects and complications associated with third molar surgery. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v. 76, n. 4, p.412-420, Oct. 1993
- DELIVERKA, E. G., & PETLOVA, M. (2016). Complications After Extraction Of Impacted Third Molars - **Literature Review. Journal of IMAB**, 22(3), 1202-1211. doi: 10.5272/jimab.2016223.1202.
- DYM, H.; OGLE O. **Atlas de cirurgia oral menor**. São Paulo: Santos; 2004.
- FARISH, S.; BOULOUX, G.F. General technique of third molar removal. **Oral and Maxillofac Surg Clin North Am**. v. 19, n. 1, p. 23-43, 2007.
- GOLDBERG, M.H.; NEWMARICH, A.N.; MARCO, W.P. Complications after mandibular third molar surgery: a statistical analysis of 500 consecutive procedures in private practice. **J Am Dent Assoc**, v. 111, n. 2, p. 277-279, Aug. 1985.
- HUPP, J. R. Prevenção e tratamento das Complicações Cirúrgicas. In: HUPP, J. R.; ELLIS, E. TUCKER, M. R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. Elsevier, 2009b. cap. 11, p. 195-199.
- MARTINS, M. *et al.* Principais complicações clínicas odontológicas pós-operatórias da cirurgia de terceiro molar incluso/impactado, **ConScientiae Saúde**, v. 9, n.2, p.278-284, São Paulo, 2010
- MARZOLA, C. Técnica exodôntica. 3ed. São Paulo: Pancast, 2000.
- MARZOLA, C. Fundamentos de cirurgia e traumatologia bucomaxilo facial. São Paulo: **Ed. Bigforms**, 2008; 6.
- MEDEIROS, J. P. **Cirurgia de dentes Inclusos - Extração e Aproveitamento**. São Paulo, Santos, 2003.
- MILORO, M., GHALI, G. E., LARSEN, P. E., & WAITE, P. D. (2012). **Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery (3ª ed.)**. **People's Medical Publishing House**.
- OLIVEIRA I.B., SCHMID D.B, ASSIS A.F., GABRIELLI M.A.C., HO-CHULI-VIEIRAE., PEREIRA V.A. Avaliação dos acidentes e complicações associados à cirurgia dos 3º molares. **Rev Cir Traumatol Buco-Maxillo-Fac**. 2006; 6(2):51-6.
- PELL, G.J.; GREGORY, B.T. Impacted mandibular third molars classification and modified technique for removal. **Dental Dig**, v.39, n. 9, p. 330-338, Sep. 1933.
- PETERSON, L. J. Princípios de Exodontia Complicada. In: PETERSON, L. J. *et al.* **Cirurgia oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro: ELsiver, 2004. Cap. 8, p. 230-247.
- PETERSON, L. J., ELLIS, E., HUPP, J. R., & TUCKER, M. R. (2005). **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. (4ª ed.). Mosby Elsevier
- WINTER, G.B. **Impacted mandibular third molar**. St. Louis: American Medical Book, 1926.

## APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NA CLÍNICA DE CIRURGIA ODONTOLÓGICA DO UNIFESO TERESÓPOLIS.

As informações contidas nesta folha, fornecidas por SYDNEY DE CASTRO ALVES MANDARINO E ANA CAROLINA PAIVA têm por objetivo firmar acordo escrito com o(a) voluntária(o) para participação da pesquisa acima referida, autorizando sua participação com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos a que ela(e) será submetida(o).

1. **Natureza da pesquisa:** Esta pesquisa tem como finalidades: fazer a correlação entre magnitude de cirurgia e dor pós-operatória, no período de sete dias, na consulta de remoção de sutura.
2. **Participantes da pesquisa:** pacientes atendidos e operados na clínica de cirurgia da graduação em Odontologia do UNIFESO Teresópolis.
3. **Envolvimento na pesquisa:** Ao participar deste estudo você será submetido a um questionário com perguntas objetivas e claras. Você tem liberdade de se recusar a participar e ainda de se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do coordenador do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.
4. **Sobre as coletas ou entrevistas:** As respostas dos questionários serão realizadas através dos estudantes relacionados na pesquisa e acima citados.
5. **Riscos e desconforto:** Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Brasília – DF. Fique à vontade para responder. Este estudo não existe risco para o participante, uma vez que se trata de questionário com perguntas objetivas, claras e de fácil entendimento.
6. **Confidencialidade:** Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os dados da(o) voluntária(o) serão identificados com um código, e não com o nome. Apenas os membros da pesquisa terão conhecimento dos dados, assegurando assim sua privacidade.
7. **Benefícios:** Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo contribua com informações importantes que deve acrescentar elementos importantes à literatura, onde o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos.
8. **Pagamento:** Você não terá nenhum tipo de despesa ao autorizar sua participação nesta pesquisa, bem como nada será pago pela participação.
9. **Liberdade de recusar ou retirar o consentimento:** Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem penalizastes.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para permitir sua participação nesta pesquisa. Portanto, preencha os itens que seguem:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ após a leitura e compreensão destas informações, entendo que a participação de (escrever o nome do menor), sob minha responsabilidade, é voluntária, e que ele(a) pode sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Teresópolis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Nome do Voluntário: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_ Assinatura do pesquisador assistente: \_\_\_\_\_

Contatos: NOME E TELEFONE DOS PESQUISADORES:

Ana Carolina Paiva Sydney de Castro Alves Mandarino  
55 (32) 98466-7246 55 (21) 98727-4029

## APÊNDICE B – Questionário

QUESTIONÁRIO DO ILC DE CIRURGIA SOBRE QUALIDADE DE VIDA PÓS-OPERATÓRIA DOS PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO ATENDIDOS NA CLÍNICA DE CIRURGIA ORAL DO UNIFESO TERESÓPOLIS

OBS: responda este questionário, somente após você ser informado (a) sobre o termo de consentimento livre e esclarecido a respeito desta pesquisa de qualidade de vida em cirurgia oral.

Nome: \_\_\_\_\_ idade: \_\_\_\_\_

Gênero: ( ) masculino ( ) feminino Raça: ( ) branco ( ) negro ( ) parda ( ) índio ( ) outra

Tipo de cirurgia: \_\_\_\_\_

Foi prescrito remédio para o(a) senhor(a)? ( ) sim ( ) não

Qual remédio: ( ) dipirona ( ) paracetamol ( ) ac. Mefenâmico ( ) AAS ( ) diclofenacos

( ) ibuprofeno ( ) tenoxicam ( ) meloxicam ( ) dexametasona ( ) outro:

\_\_\_\_\_

Cirurgia com Osteotomia: ( ) sim ( ) não Cirurgia com Odontosseção: ( ) sim ( ) não

Cursou com trismo? (limitação de abertura de boca) ( ) sim ( ) não

Cursou com edema? ( ) sim ( ) não Quantos dias? \_\_\_\_\_ Teve Dor? ( ) sim ( ) não Quantos dias?

\_\_\_\_\_

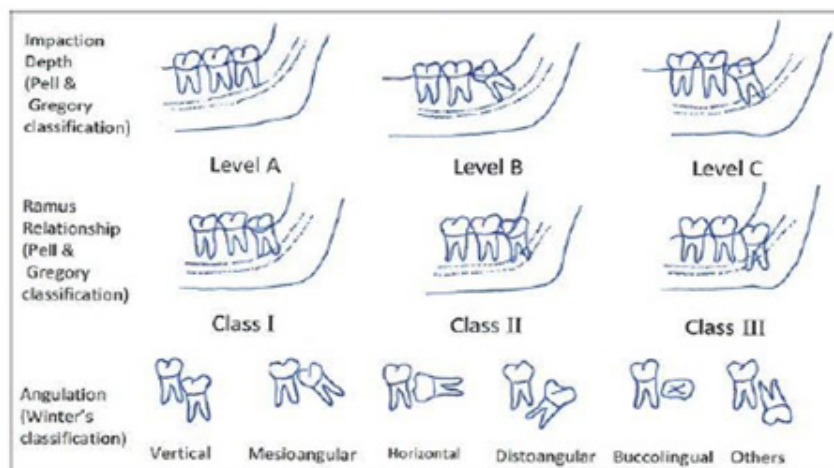
Teve parestesia? ( ) sim ( ) não Quantos dias? \_\_\_\_\_ Teve hemorragia? ( ) sim ( ) não Quantos dias?

\_\_\_\_\_

Teve alveolite: ( ) sim ( ) não Alguma outra complicação? ( ) sim ( ) não qual?

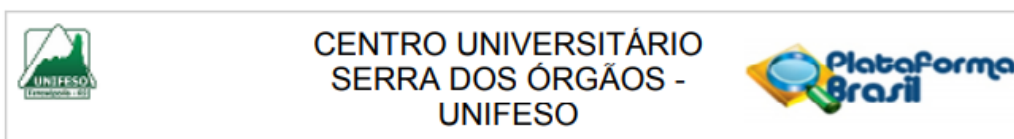
\_\_\_\_\_

Tabela 02: Classificação de Pell & Gregory e classificação de Winter para posicionamento dos terceiros molares.





## ANEXO A – Aprovação do comitê de ética



## COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESCALA DE DOR: ASPECTOS AVALIATIVOS DA DOR PÓS-OPERATÓRIA NA CLÍNICA DE CIRURGIA DO UNIFESO

**Pesquisador:** Sydney de Castro Alves Mandarino

**Versão:** 2

**CAAE:** 65696117.6.0000.5247

**Instituição Proponente:** FFSO FUNDACAO EDUCACIONAL SERRA DOS ORGAOS

## DADOS DO COMPROVANTE

**Número do Comprovante:** 021247/2017

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto ESCALA DE DOR: ASPECTOS AVALIATIVOS DA DOR PÓS-OPERATÓRIA NA CLÍNICA DE CIRURGIA DO UNIFESO que tem como pesquisador responsável Sydney de Castro Alves Mandarino, foi recebido para análise ética no CEP Centro Universitário Serra dos Órgãos - UNIFESO em 14/03/2017 às 14:06.