

COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS DE CIRURGIA DE TERCEIROS MOLARES

COMPLICATIONS OF MOLAR THIRD PARTY SURGERY OPERATIONS

Gabriel de M. Ferreira¹; Jonathan Ribeiro², Sydney Mandarinó³.

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 uma variedade de problemas 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 é identificar e analisar a prevalência de acidentes e complicações relacionados à exodontia de terceiros molares, após um levantamento de dados que foi realizado nas clínicas de especialização e atualização em cirurgia do UNIFESO e no Centro Universitário São José. Resultados: a análise dos resultados obtidos na pesquisa realizada verificou-se que o maior número de pacientes foi do gênero masculino e também se concluiu que Edema e Trismo foram observados na grande maioria dos pacientes analisados.

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 maxillofacial surgery and traumatology and is indicated due to a series of problems that such dental elements may develop, either due to bone topography, the lack of space in the arches or still 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 paresthesia, among other consequences. The aim of this study is to identify and analyze the prevalence of accidents and complications related to extraction of third molars, after a data survey that was carried out at the UNIFESO specialization and surgery update clinics and at the São José University Center. Results: the analysis From the results obtained in the research, it was found that the largest number of patients were male and it was also concluded that Edema and Trismus were observed in the vast majority of patients analyzed.

Keywords: Third molar; Postoperative complications; Oral surgery; Impacted Tooth.

INTRODUÇÃO

A cirurgia para remoção de terceiro molar é o procedimento mais realizado por cirurgiões bucomaxilofaciais, podendo ocorrer por motivos preventivos ou de cárie dentária, doença periodontal, reabsorções radiculares, cistos, tumores, impacções dentárias (PETERSON *et al.*, 2004a). Os terceiros molares normalmente são os últimos dentes a sofrerem erupção no arco dentário. Apresentam-se então de modo não irrompido (incluso), irrompido ou semi-irrompido (semi-incluso), devido à topografia óssea, falta de espaço nas arcadas ou posição do segundo molar (ARAÚJO *et al.*, 2011).

O termo “dente incluso” abrange tanto os dentes impactados quanto os dentes em processo de irrupção. Um dente impactado é aquele que não consegue irromper dentro do tempo esperado até a sua posição normal na arcada e pode ocorrer pelo impedimento que os dentes adjacentes que causam a erupção do terceiro molar, por um denso revestimento ósseo ou por excesso de tecido mole sobreposto. As indicações para a remoção de terceiros molares incluem o risco de impacção, de cáries, pericoronarite, problemas periodontais na face distal dos segundos

molares, cistos odontogênicos e apinhamento (ARAÚJO *et al.*, 2010).

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 a 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.*, 2004a).

Como todo procedimento eletivo possui suas particularidades, como técnicas anestésicas próprias, tipo de incisão e descolamento de retalhos únicos, ostectomia e odontosseção, proximidade com estruturas nobres, feixes vasculares e nervosos e ainda, exige destreza e habilidade peculiares ao procedimento dando garantia e segurança ao paciente, a fim de evitar danos e complicações, sejam estas permanentes ou temporárias (PETERSON *et al.*, 2004a).

E afirma também, Petterson (2004a), que se deve ter atenção aos detalhes cirúrgicos, incluindo o preparo do paciente, a assepsia, o manejo cuidadoso

dos tecidos, o controle da força aplicada com o instrumental, o controle da hemostasia e as adequadas instruções pós-operatórias reduzem o índice de complicações. Esse estudo envolve a busca pela excelência dentro das práticas em cirurgia oral podendo contribuir para prevenção das possíveis complicações na cirurgia de remoção dos terceiros molares.

OBJETIVO

Objetivo primário

Analisar a prevalência das complicações do pós-operatório de terceiros molares nas clínicas de especialização e atualização de cirurgia do UNIFESO e no Centro Universitário São José.

Objetivos Secundários

- Identificar os tipos de intercorrências mais comuns;
- Verificar qual o gênero mais atendido no período descrito;
- Contribuir para redução de insucessos nos procedimentos cirúrgicos.

REVISÃO DA LITERATURA

A cirurgia de extração dos terceiros molares é o procedimento que o cirurgião bucomaxilofacial realiza com mais frequência nos consultórios particulares e públicos (PETERSON *et al.*, 2004a, BUI; SELDIN e DODSON, 2003; JAMILEH; PEDLAR e MCGRATH *et al.*, 2003; POESCHL; ECKEL, 2004). A exérese (remoção) de um terceiro molar é uma prática objetivada na justificativa da prevenção da saúde bucal evitando assim o acontecimento de patologias como cáries, pericoronarite, cistos e tumores odontológicos, reabsorções radiculares, má oclusão, dores de origem desconhecida dentre outras indicações (MEDEIROS, 2003).

A exodontia dos terceiros molares é muitas das vezes praticada por cirurgiões dentistas não especializados, contudo, apresenta suas dificuldades como, a íntima relação com estruturas anatômicas nobres, a angulação das coroas dos dentes inclusos, as impacções, além das complicações da cirurgia propriamente dita. As hemorragias, lesões aos ramos nervosos e injúrias aos dentes vizinhos são acidentes decorrentes destas cirurgias. (MOREIRA, 1991; GRAZIANI, 1995; CHIAPASCO; DE CICCO e MARRONE, 1993).

Uma vez indicado esse procedimento, é de grande importância a realização do planejamento cirúrgico baseado nos exames clínico e complementares de imagens. Através desses exames, obtemos dados específicos da saúde geral do paciente, história médica e odontológica pregressa e atual, o nível de complexidade e de dificuldade operatória. Sendo assim, é preciso realizar um cuidadoso planejamento cirúrgico, visando prevenir possíveis acidentes no transoperatório e complicações no pós-operatório (ÁLVARES; TAVANO, 2008).

Com a finalidade de auxiliar o planejamento

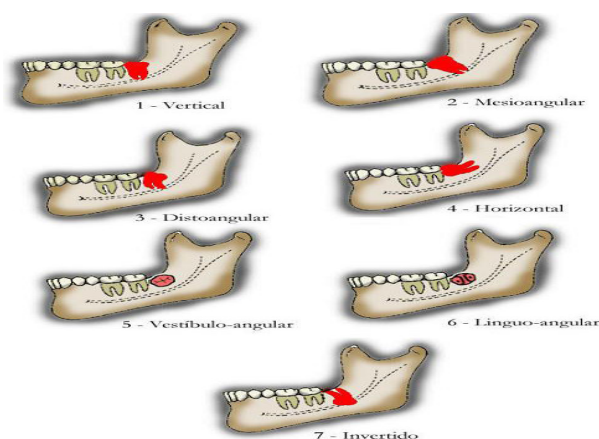
e a comunicação entre os cirurgiões dentistas, foram criados alguns sistemas de classificação dos terceiros molares, realizados a partir da análise radiográfica, contribuindo assim para a previsão do grau de complexidade cirúrgico e de possíveis transtornos no transoperatório, fornecendo alternativas para o emprego de uma melhor técnica cirúrgica a ser realizada, favorecendo um melhor pós-operatório para o paciente (HUPP *et al.*, 2009b; CENTENO, 1979; HOWE, 1988; ÁLVARES; TAVANO, 2008).

1. Classificação dos Terceiros Molares

As classificações mais utilizadas quando nos referimos aos terceiros molares, são de Winter, que se refere à angulação do dente e quanto ao grau de impacção, levando em consideração as modificações de Archer (1975) e Kruger (1984). A Classificação de Pell e Gregory relaciona a superfície oclusal dos terceiros molares inferiores com relação ao segundo molar adjacente e o diâmetro mesio distal do terceiro molar em relação à borda anterior do ramo da mandíbula.

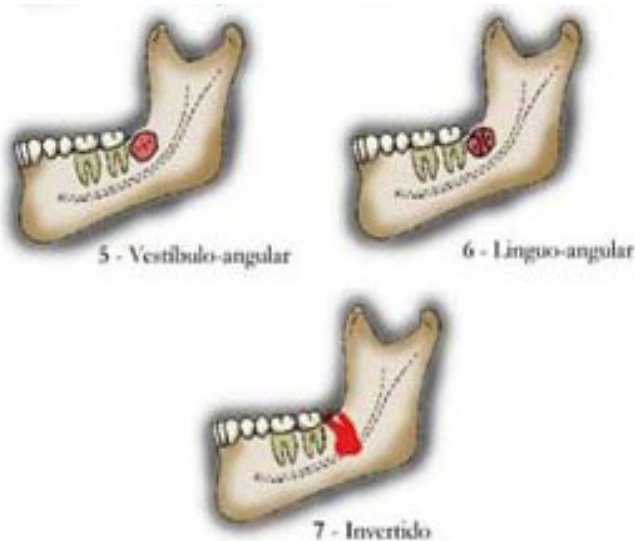
1.1. Classificação de Winter:

A proposta dessa classificação é comparar a angulação dos dentes inclusos em relação ao longo eixo do segundo molar adjacente pode se apresentar das seguintes maneiras: mesioangulado, horizontal, vertical ou distoangulado (HUPP *et al.*, 2009b).



Na impacção vertical, o longo eixo do dente impactado posiciona-se paralelo ao longo eixo do segundo molar. Quando mesioangulado, o terceiro molar é inclinado em direção ao segundo molar, numa direção mesial. E na impacção distoangular, o longo eixo do terceiro molar está angulado posterior ou distalmente ao segundo molar. Quando o longo eixo do terceiro molar é perpendicular ao segundo molar, o dente impactado é considerado horizontal (HUPP *et al.*, 2009b).

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

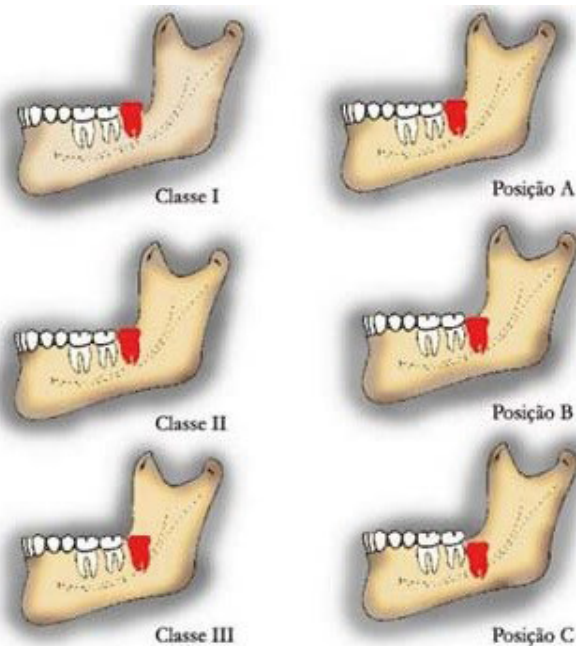


Fonte: (GOLDBERG; NEWMARICH e MARCO, 1985).

No vestíbulo-angular o dente se encontra perpendicular ao longo eixo do segundo molar com a coroa voltada para a face vestibular. O línguo-angular se apresenta na mesma posição do anterior, porém com sua coroa voltada para lingual ou palatina. Já o invertido se apresenta paralelamente ao longo eixo do segundo molar com a coroa direcionada apicalmente do dente adjacente (GOLDBERG; NEWMARICH e MARCO, 1985).

1.3. Classificação de Pell e Gregory

Relaciona o terceiro molar incluído com o plano



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

O grau de dificuldade para exodontia aumenta de acordo com o número da classificação (XAVIER *et al.*, 2011).

A remoção cirúrgica de terceiros molares pode resultar em uma série de complicações, incluindo dor, trismo, edema, hemorragia e alveolite, complicações consideradas comuns (PETERSON *et al.*, 2004).

2. Principais Complicações Pós Operatórias

A remoção cirúrgica de terceiros molares pode resultar em uma série de complicações, incluindo dor, trismo, edema, sangramento, alveolite e parestesia (PETERSON *et al.*, 2004). A ocorrência e a intensidade destas variam conforme a técnica cirúrgica e a predisposição do paciente (VICENTE, 2010).

2.1 DOR

As algias ou dores pós-operatórias são sintomas mórbidos extremamente desagradáveis, as quais podem surgir dos traumas oferecidos aos tecidos moles e duros. O aparecimento da dor está diretamente ligado ao limiar de sensibilidade de cada paciente, entretanto, tendo como relação o ato cirúrgico. As causas mais prováveis de tal complicação são: tempo de exposição da superfície cruenta, agressividade por afastadores aos retalhos, suturas com pontos muito tensos, fraturas ósseas e corpos estranhos na intimidade da ferida. As dores podem apresentar-se de forma leve, moderada ou forte e seus modos de controle competem à potencialidade dos analgésicos que podem ser utilizados pelo paciente (PETERSON *et al.*, 2004b).

2.2 EDEMA

O edema ou inchaço é um aumento de volume de uma determinada região por diminuição da drenagem linfática e venosa. A intensidade do edema está relacionada ao trauma cirúrgico, variando de região para região anatômica e de indivíduo para outro. Atuando diretamente na reparação tecidual, o edema, dilui o pH ácido de um processo inflamatório, diminuindo a agressividade celular. Entretanto, quando muito intenso, passa a possuir aspectos desfavoráveis, como aumentar a tensão tecidual e afastar as margens da ferida, produzindo tensão nos pontos de sutura e diminuindo a função muscular regional (HUPP *et al.*, 2009).

O edema pode ser controlado por meios físicos como aplicação de compressas geladas sobre a área afetada nas primeiras 24 horas, quando promove a constrição dos vasos sanguíneos, dificultando sua formação. Tendo seu processo evolutivo nas primeiras 24 horas, aspecto estacionário de 24 a 72, ou 96 horas, quando começa a reagir. O edema pode ser controlado por meio de agentes químicos e drogas farmacêuticas como anti-inflamatórios (PETERSON *et al.*, 2004b).

2.3 TRISMO

É a perda da função normal da musculatura mastigatória, limitando a dinâmica mandibular gerando ao paciente acometido a incapacidade de abrir a boca. A causa mais comum dessa complicação é o trauma sobre o músculo pterigóideo medial durante a perfuração pela

agulha. Volumes excessivos de solução anestésica, soluções irritantes, hemorragias e infecções também podem produzir trismo. O tratamento varia de acordo com a intensidade da limitação, nas disfunções leves deve-se administrar calor, analgésico e relaxante muscular, já nas lesões moderadas, devemos administrar os mesmos procedimentos juntamente com fisioterapia de abertura e fechamento da boca (VALENTE, 2003).

2.4 HEMORRAGIA

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

A precaução quanto à perda excessiva de sangue durante a cirurgia é importante para preservar a capacidade do paciente de carregar oxigênio. Além disso, o sangramento não-controlado causa diminuição na visibilidade do campo operatório, bem como a formação de hematomas, sendo que estes pressionam as feridas diminuindo a vascularização, aumentam a tensão nas bordas da ferida e atuam como um meio de cultura, potencializando o desenvolvimento de uma infecção. A quantidade de sangue pode ser diminuída pela ação de anestesia local (anestésico com vasoconstritor em pacientes normais). Para se realizar o tratamento das hemorragias, é necessário limpar a ferida cirúrgica, para que possamos enxergar de onde ela provém (PETERSON *et al.*, 2004).

2.5 ALVEOLITE

É uma condição dolorosa que ocorre cerca de três a cinco dias após a exodontia. Caracteriza-se por dor forte e contínua, e odor fétido, com as paredes ósseas alveolares expostas sem cobertura protetora. A etiologia é desconhecida, parecendo ser multifatorial. Clinicamente pode ser descrita pelo mecanismo de fibrinólise do coágulo. A exodontia do terceiro molar inferior é a cirurgia em que há maior prevalência dessa complicação (PETERSON *et al.*, 2004).

O tratamento da alveolite consiste em irrigação abundante com soro fisiológico a 0,9% para remoção de restos teciduais, proporcionando uma limpeza da região. A seguir, coloca-se um curativo sedativo no interior do alvéolo. A curetagem é contra indicada, pois retardaria a reparação, além de permitir que o processo que está ali localizado se dissemine, ultrapassando a barreira de defesa existente sob o alvéolo. A curetagem pode ser usada apenas para remoção delicada dos restos de coágulo e material necrosado (MEDEIROS, 2003).

2.6 PARESTESIA

A parestesia do nervo alveolar inferior pode acarretar alterações de sensibilidade, como consequência de traumas diretos, incisão do nervo, ou indiretos, compressão devido a hematoma e edema (FABER, 2005). O conhecimento anatômico do nervo alveolar inferior, da posição do canal mandibular e das raízes dos terceiros mo-

lares são fatores relevantes para prevenir a ocorrência da parestesia (ROSA; ESCOBAR e BRUSCO, 2007).

METODOLOGIA

Neste trabalho, além de uma revisão da literatura acerca das complicações pós-operatórias mais comuns na exodontia dos terceiros molares, foi realizada uma pesquisa quantitativa de natureza explicativa sobre o conforto de vida pós-operatória nos pacientes que foram submetidos a exodontia de terceiros molares atendidos nas clínicas de especialização e atualização de cirurgia do UNIFESO e no Centro Universitário São José.

Logo, foi confeccionado um questionário juntamente como Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) contendo perguntas nas quais venham a atender a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Foi confeccionado um questionário no qual está o TCLE (APÊNDICE A e B) com perguntas fechadas para 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 e no Centro Universitário São José, 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.

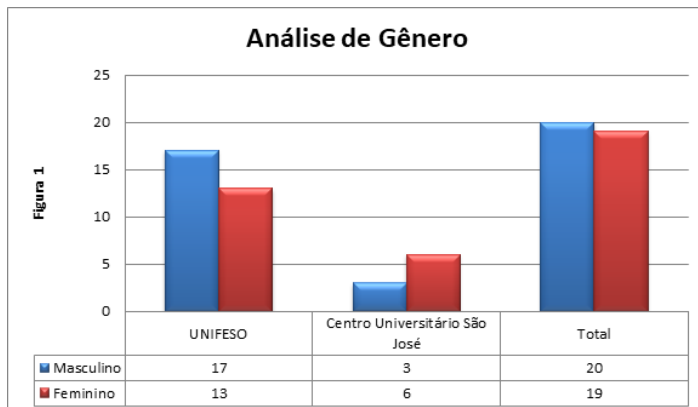
- Após a tabulação dos dados, utilizando planilhas do Excel, estes foram submetidos à estatística descritiva.
- Seleção da amostra.
- No total foram 45 pacientes, sendo 36 da UNIFESO no ano de 2017 e 2018, sendo que 06 pacientes da UNIFESO não compareceram no pós-operatório e 09 da Centro Universitário São José no ano de 2020,

Gênero: 20 homens e 19 mulheres;

Todos os pacientes atendidos assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). (APÊNDICE A)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Figura 1 pode se observar a distribuição dos gêneros dos pacientes analisados.



Conforme explicitado no gráfico da Distribuição de Gênero (figura 1) na recente pesquisa houve maior quantidade de pacientes do gênero masculino (20) quando comparado com a quantidade de pacientes do gênero feminino (19).

De acordo com o gráfico da Figura 2, foi observado a frequência das complicações pós-operatórias da cirurgia de remoção do terceiro molar inferior nos pacientes do UNIFESO e do Centro Universitário São José.

Dentre as principais intercorrências (Figura2), edema (29%) apresentou-se mais frequente na UNIFESO e no Centro Universitário São José foi a hemorragia (33%), seguida respectivamente pelo trismo (26%) e dor (29%). Sendo que na UNIFESO a dor e a hemorragia ficaram com frequência de 18% e a parestesia com 9%. Já no Centro Universitário São José o edema ocorreu em 14% dos casos e a parestesia e 5%. A condição de alveolite não foi identificada nos sinais clínicos analisados nos pacientes.

No gráfico da figura 3 pode se observar o compilado dos resultados de ambas as instituições.

Dentre o compilado dos resultados de ambas as instituições apresentado na figura 3, edema (26%) e trismo (24%) apresentou-se mais frequente, seguida de hemorragia (21%) e dor (18%) e parestesia (11%).

Porém segundo Martins *et al.*, (2010), entre as principais intercorrências, dor pós-operatória é a complicação local mais frequente (77,2%), A complicação de alveolite apresentou uma baixa incidência (13,9%), juntamente com os 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.

CONCLUSÃO

Após a análise dos resultados obtidos na pesquisa realizada verificou-se que o maior número de pacientes foi do gênero masculino e também se concluiu que edema e trismo foram observados, respectivamente, em 26% e 24% dos pacientes analisados. Seguido por hemorragia, dor e parestesia.

REFERÊNCIAS

- ALVARES, L.C.; TAVANO, O. Curso de radiologia em odontologia. 5 ed. São Paulo: Livraria Santana Editora, 2008.
- 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.
- BUI, C.H.; SELDIN, E. B.; DODSON, T.B. Types, frequencies and risk factors for complications after third molar extraction. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 12, n. 1, p. 1379 -1389, Dec. 2003
- CENTANO, G.A.R. Extracciónquirúrgica de losterceros molares inferiores retenidosin: CENTANO, G.A.R, **Cirurgia bucal**. 8 ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1979. Cap. 13, p. 221- 330.
- 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
- FABER, J. Alteração de sensibilidade após a remoção de terceiros molares inferiores. **Dental Press OrtodonOrtop Facial**, v.10, n. 6, p. 16, nov./dez.2005
- 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 AmDentAssoc**, v. 111, n. 2, p. 277-279, Aug. 1985.
- GRAZIANI, M. **Cirurgia Bucomaxilofacial**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995
- HOWE, G.L. Conduta com terceiros molares mandibulares impactados. **Cirurgia oral menor**. 3 ed. São Paulo: Santos, 1988.
- HUPP, J. R. Manejo do Paciente Pós-operatório. In: HUPP, J. R.; ELLIS, E. TUCKER, M. R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. Elsevier, 2009a. cap. 10, p. 179-184.
- 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.
- JAMILEH, Y.; PEDLAR, J. Effect of clinical guidelines on practice for extraction of lower third molars: study of referrals in 1997 and 2000. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 41, n. 6, p. 371-375, Dec. 2003.
- MARTNS, 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

14. MEDEIROS, P. J. Classificação de dentes inclusos *in*: MEDEIROS, P. J. **Cirurgia de Dentes Inclusos – Extração e Aproveitamento**. São Paulo, Santos, 2003, cap. 5, p. 35-44.
15. MEDEIROS, P. J. Acidentes e Complicações *in*: MEDEIROS, P. J. **Cirurgia de Dentes Inclusos – Extração e Aproveitamento**. São Paulo, Santos, 2003, cap. 12, p. 131-144
16. MOREIRA, J.G.C. Cirurgia dos dentes retidos. *In*: COLOMBINI, N.E.P. **Cirurgia Maxilofacial: cirurgia do terço inferior da face**. São Paulo: Pancast; 1991. Cap. 9, p. 175-194
17. OLIVEIRA, L.B.; Avaliação dos acidentes e complicações associados à cirurgia dos 3º molares. **RevCirTraumatol Buco-Maxilo-Fac**, v.6, n. 2, p. 51-56, abr/jun 2006
18. PETERSON, L. J. Princípios de Exodontia Complicada. *In*: PETERSON, L. J. *et al.* **Cirurgia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004a. cap. 8, p. 230-247.
19. PETERSON, L. J. Controle Pós- Operatório do Paciente. *In*: PETERSON, L. J. *et al.* **Cirurgia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004b. cap. 10, p. 248-255.
20. POESCHL, P.W.; ECKEL, D. “Postoperative prophylactic antibiotic treatment in third molar surgery – a necessity?”. **J Oral MaxillofacSurg**, v. 62, n.1, p. 3-8, jan. 2004.
21. ROSA, F.M.; ESCOBAR, C.A.B.; BRUSCO, L.C. Parestesia dos nervos alveolares inferior e lingual pós cirurgia de terceiros molares. **RGO**, v. 55, n. 3, p. 291-295, jul/set 2007
22. VALENTE, C. **Técnicas Cirúrgicas Bucais e Maxilofaciais**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003, p. 482.
23. XAVIER, C. R. G. *et al.* Avaliação das posições dos terceiros molares impactados de acordo com as classificações de Winter e Pell& Gregory em radiografias panorâmicas. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.**, v. 11, n. 3, p. 93-102, jul./set. 2011.

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
55 (32) 98466-7246

Sydney de Castro Alves Mandarin
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 Odontossecção: () sim () não

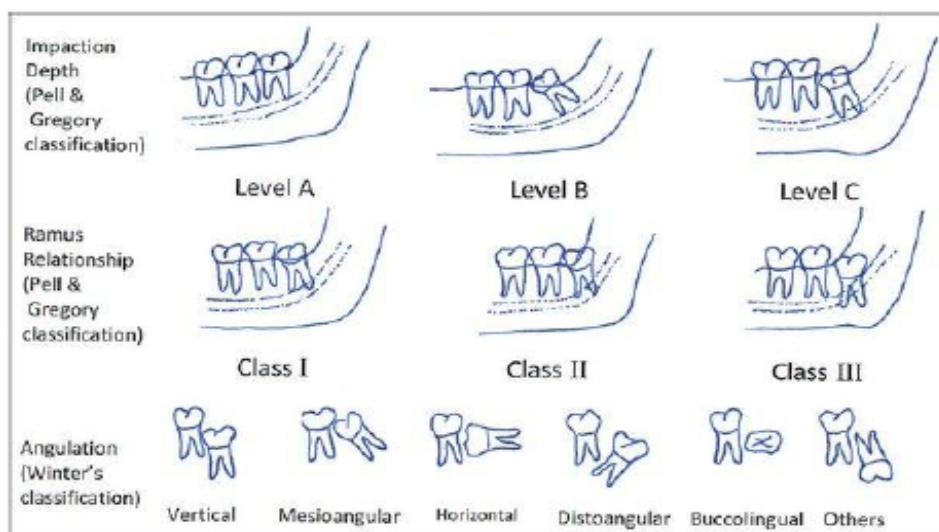
Cursou com trismo? (limitação de abertura de boca) () sim () não

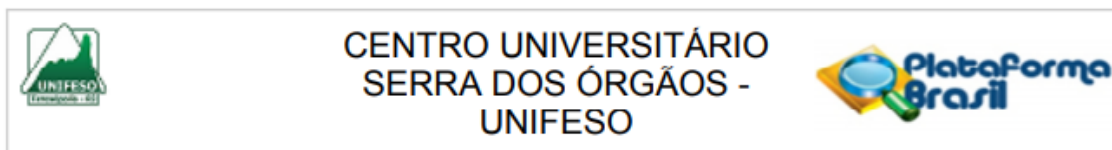
Cursou com edema? () sim () não Quantos dias? _____ Teve Dor? () sim () não Quantos dias?

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 FUNDAÇÃO 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.