



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

PROJETO FINAL DE INVESTIGAÇÃO

**Estudo das complicações pós-operatórias na consulta de
Cirurgia Oral do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da
FMUC**

ANDREIA VAZ PEREIRA

Trabalho realizado sob a orientação de:

Mestre Joana Saraiva Amaral

Doutora Daniela Alves Pereira

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal
Julho de 2021

***Estudo das complicações pós-operatórias na consulta de Cirurgia Oral do
Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMUC***

Pereira A¹, Pereira D^{2,3}, Amaral J^{2,3}

¹ Estudante do 5º Ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

² Médica Dentista, Assistente Convidada, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

³ Instituto de Medicina e Cirurgia Oral, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

Área da Medicina Dentária

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra Av. Bissaya Barreto, Blocos de Celas
3000-075 Coimbra, Portugal

Tel : +351 239 249 151/2

Fax : +351 239 402 910

E-mail : deipereira03@gmail.com

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Resumo | 5 |
| Abstract | 6 |
| Abreviaturas, siglas e acrónimos..... | 7 |
| Índice de imagens, gráficos e tabelas..... | 8 |
| 1. Introdução..... | 9 |
| 2. Materiais e métodos | |
| 2.1 Desenho do estudo experimental | 13 |
| 2.2 Amostra populacional | 13 |
| 2.3 Técnica cirúrgica | 14 |
| 2.4 Parâmetros de avaliação | 14 |
| 2.5 Análise estatística | 15 |
| 3. Resultados..... | 16 |
| 3.1 Caraterização da amostra | |
| 3.1.1 Caraterização da amostra quanto ao género e idade..... | 16 |
| 3.1.2 Caraterização da amostra quanto a hábitos tabágicos, alcoólicos e de higiene oral..... | 16 |
| 3.1.3 Caraterização da amostra quanto ao quadro sistémico..... | 16 |
| 3.1.4 Caraterização da amostra quanto á indicação cirúrgica e tipo de dentes extraídos | 17 |
| 3.2 Tempo operatório..... | 17 |
| 3.3 Complicações pós-operatórias | 17 |
| 3.3.1 Complicações pós-operatórias vs idade..... | 19 |
| 3.3.2 Complicações pós-operatórias vs género..... | 19 |
| 3.3.3 Complicações pós-operatórias vs localização do dente..... | 20 |
| 3.3.4 Complicações pós-operatórias vs hábitos tabágicos..... | 21 |
| 3.3.5 Complicações pós-operatórias vs hábitos alcoólicos..... | 21 |
| 3.3.6 Complicações pós-operatórias vs patologias sistémicas | 22 |
| 3.4 impacto da severidade dos sinais e sintomas pós-operatórios na qualidade de vida dos pacientes | 23 |
| 4. Discussão..... | 24 |
| 5. Conclusão..... | 28 |
| 6. Agradecimentos..... | 29 |
| 7. Referências | 30 |
| 8. Anexos..... | 35 |

RESUMO

INTRODUÇÃO: A extração dentária é um procedimento de rotina na prática clínica, que acarreta, ainda que com uma frequência reduzida, complicações pós-operatórias. Uma vez presentes, estas prolongam o tempo de tratamento e têm um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes. As complicações pós-operatórias mais frequentes são: a dor, o edema, o trismos, a hemorragia, os hematomas e equimoses, as alveolites, a presença de espículas ósseas, a luxação da ATM e ainda as parestesias.

OBJETIVO: Analisar as complicações pós-operatórias, decorrentes de extrações dentárias, realizadas durante as consultas de Cirurgia Oral do 5º ano do MIMD, bem como perceber o seu impacto na qualidade de vida dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Extração dentária; Complicações pós-extração dentária; Cirurgia Oral; Qualidade de vida; Escala PoSSe;

MATERIAIS E MÉTODOS: De forma a avaliar o pós-operatório de extrações dentárias simples, os pacientes foram contactados, via telefone, em três momentos diferentes: ao 1º, ao 3º e ao 8º dia de pós-operatório. No 1º e 3º dias foram questionados relativamente à presença / ausência dos possíveis sinais, sintomas e complicações pós-operatórias. No 8º dia pós-operatório foram submetidos a um questionário, PoSSe Scale, de forma a avaliar o impacto que este procedimento cirúrgico teve na sua qualidade de vida.

RESULTADOS: Foram incluídos um total de 116 pacientes, com idades compreendidas entre os 16 e os 79 anos de idade ($\bar{X} = 51,68 \pm 1,42$) dos quais 50,9% (59) pertenciam ao género feminino e 49,1% (57) ao género masculino. Relativamente aos dentes extraídos, 35,6% (41) corresponderam a dentes inferiores e 64,7% (75) a dentes superiores. A prevalência global das complicações pós-operatórias foi de 38,79% e na PoSSe Scale, verificou-se uma média de pontuações de $5,85 \pm 0,63$.

CONCLUSÃO: As complicações pós-operatórias, mais frequentes são: a dor, a hemorragia, o edema e as infeções alveolares. Embora, a sua prevalência seja baixa, existem múltiplos fatores de risco que potenciam o seu desenvolvimento, destacando-se com relevância estatística: o género e a faixa etária do paciente, as patologias sistémicas associadas, os hábitos tabágicos e alcoólicos e a localização do dente a extrair.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Dental extractions are routine procedures and the postoperative complications inherent to this procedure, although rare, prolong treatment time and have a negative impact on patients. There are several postoperative complications that can occur, the most frequent being pain, edema, trismus, hemorrhage, hematomas and ecchymoses, alveolitis, the presence of bone spicules, TMJ dislocation and paresthesias.

AIM: This paper aims to analyze postoperative complications from dental extractions, performed during the 5th year MIMD Oral Surgery classes, as well as to understand their impact on patients' quality of life.

KEYWORDS: Tooth extraction; Post-extraction complications; Oral Surgery; Quality of life; PoSSe scale;

MATERIALS AND METHODS: The aim of this study was to evaluate the postoperative complications of 116 simple dental extractions performed during Oral Surgery classes at MIMD, at Coimbra University. To this end, patients were contacted, via telephone, at three different times: on postoperative day 1 and 3 about their postoperative signs and symptoms and the possible existence of postoperative complications, and on postoperative day 8, they were submitted to a questionnaire, *The post-operative symptom severity scale* (PoSSe Scale), to assess the impact that this surgical procedure had on their quality of life.

RESULTS: A total of 116 patients were included, with ages between 16 to 79 years ($\bar{X} = 51,68 \pm 1,42$), of which 50.9% (59) were female and 49.1% (57) were male. Regarding extracted teeth, 35.6% (41) corresponded to lower teeth and 64.7% (75) to upper teeth. The overall percentage of post-extraction complications was 38.79% (45) and in PoSSe Scale, there was a mean score of 5.85 ± 0.63 .

CONCLUSION: The most common postoperative complications are pain, hemorrhage, edema and alveolar infections. Although their prevalence is low, there are multiple risk factors that potentiate their development, highlighting with statistical relevance: the gender and age range of the patient, associated systemic diseases, smoking and alcohol habits and the location of the tooth to be extracted.

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

MIMD: Mestrado Integrado em Medicina Dentária

FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

ATM: Articulação temporo-mandibular

PoSSe: *The post-operative symptom severity scale*

ASA: *American Society of Anesthesiologists*

SPSS: *Statistical Package for the Social Science*

OR: Odds Ratio

IC_{OR}(95%): Coeficiente *Odds Ratio* com intervalo de confiança a 95%

AINES: Anti-inflamatórios não-esteroides

ÍNDICE DE IMAGENS, GRÁFICOS E TABELAS

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1 – Diagrama temporal das possíveis complicações pós-operatórias avaliadas e do questionário sobre o impacto na qualidade de vida

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Comparação da prevalência das complicações pós-operatórias em função do gênero

Gráfico 2 - Comparação da prevalência das complicações pós-operatórias em função da localização do dente

Gráfico 3 - Comparação da prevalência das complicações pós-operatórias em função dos hábitos tabágicos

Gráfico 4 - Comparação da prevalência das complicações pós-operatórias em função dos hábitos alcoólicos

Gráfico 5 - Comparação da prevalência das complicações pós-operatórias em função das patologias sistêmicas

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto ao tipo de dentes extraídos

Tabela 2 – Frequência das complicações pós-operatórias

1. INTRODUÇÃO

A especialidade de Cirurgia Oral engloba um conjunto variado de procedimentos, desde intervenções minimamente invasivas até cirurgias mais complexas, sendo a extração dentária o procedimento mais frequentemente realizado, seguido das cirurgias dento-alveolares, biópsias e ainda enucleação de quistos¹.

A extração dentária está normalmente indicada em dentes com cáries muito extensas, dentes periodontalmente comprometidos, dentes supranumerários ou com uma posição ectópica, dentes associados a quistos ou tumores, trauma, insucesso do tratamento endodôntico, ou ainda motivos iatrogênicos, estéticos, socioeconômicos e ortodônticos^{1,2}.

As complicações pós-operatórias inerentes a este procedimento, podem surgir desde alguns minutos, até dias após a extração e, embora sejam pouco frequentes, a sua ocorrência prolonga o tempo de tratamento e tem um impacto psicológico, biológico e social negativo ao nível dos doentes³.

São várias as complicações pós-operatórias que podem ocorrer, destacando-se como mais frequentes: a dor, o edema, o trismos, a hemorragia, os hematomas e equimoses, as alveolites, a presença de espículas ósseas, a luxação da ATM e as parestesias^{1,4}.

A dor é um fenómeno multifatorial e complexo, que resulta da resposta fisiológica dos tecidos ao trauma causado pela extração dentária. Inicia-se após o término do efeito da anestesia, atingindo o seu pico nas primeiras 12 horas⁵. Raramente persiste por mais de dois dias, sendo que após este período, a dor pode ser considerada uma complicação⁶. A laceração dos tecidos moles, a incompleta extração do dente, infeções alveolares e lesões nervosas são algumas das causas que estão na origem da dor pós-operatória, assim como a técnica utilizada e as características individuais do paciente (experiências passadas e o limiar de dor)⁴.

À semelhança da dor, o edema surge também como uma resposta fisiológica dos tecidos à lesão causada, através da vasodilatação e do aumento da permeabilidade dos capilares. Normalmente, atinge o seu pico entre as 12 e as 48 horas após a extração, e resolve-se entre o 5º e o 7º dia de pós-operatório^{7,8,10}. A duração e a dificuldade do ato cirúrgico, a idade e a permeabilidade vascular são os fatores causais mais frequentemente reportados, e além de provocar desconforto pós-operatório, o edema,

pode ainda precipitar outras complicações pós-operatórias, ainda que reversíveis, tais como as parestesias^{4,8}.

O trismos surge como uma resposta inflamatória fisiológica, em resposta à agressão tecidual, podendo ser causado tanto pela inflamação como por hematomas, edema ou simplesmente pela infiltração acidental de anestésico no músculo pterigoideu lateral⁹. O trismos, caracteriza-se pela limitação da abertura bucal, induzida por espasmos musculares, atingindo normalmente o seu pico ao 2º dia pós-operatório, e apresentando a sua remissão completa entre a 1º e a 2º semana de pós-operatório, sendo a partir deste período considerado uma complicação^{4,10}.

A hemorragia é uma das complicações pós-operatórias mais comuns, podendo ser de natureza primária (congénita), secundária (adquirida), associada a doenças sistémicas e fármacos ou de origem local, associada normalmente a fraturas da cortical óssea, presença de espículas ósseas ou restos radiculares e ainda granulomas¹¹. A hemorragia pode ocorrer até às primeiras 48h após a extração, sendo considerada neste caso reacional. Após este período, é interpretada como uma complicação pós-operatória⁵. Em pacientes com distúrbios congénitos de coagulação ou outras doenças sistémicas relacionadas, a realização da extração dentária requer um planeamento cuidadoso e minucioso, de acordo com as características individuais do doente¹².

Os hematomas são acúmulos sanguíneos, que se podem difundir desde o local da extração até aos tecidos vizinhos, tendo origem possivelmente numa inadequada hemóstase pós-operatória, falta de drenagem local ou pela realização de uma sutura demasiado compressiva¹³. As equimoses caracterizam-se pela infiltração de sangue no tecido subcutâneo, resultando numa alteração da coloração cutânea⁴. Os hematomas surgem normalmente no 1º dia pós-operatório. As equimoses, quando presentes, podem durar cerca de 8 a 9 dias pós-cirúrgicos^{4,14}.

A alveolite é a complicação infecciosa local mais frequente decorrente da extração dentária⁴. Normalmente instala-se ao 3º dia após a extração, e pode ser considerada seca quando ocorre a total destruição do coágulo sanguíneo, sem exsudato purulento, ou supurativa nos casos em que se instala um processo infeccioso no coágulo, com exsudato purulento abundante¹⁵. Surge sempre acompanhada de dor, moderada a intensa, edema e por vezes halitose¹⁶. A etiologia exata da alveolite, ainda não foi determinada, no entanto está associada a fatores de risco, tais como: idade avançada, género feminino, uso de contraceptivos orais, hábitos tabágicos, extrações traumáticas e

prolongadas, uso de irrigação inadequada, doenças sistêmicas, má higiene oral, entre outros¹⁷.

As espículas são fragmentos ósseos irregulares, com margens por vezes cortantes, resultado da fratura das corticais alveolares, decorrentes dos movimentos de luxação aquando da extração dentária, causando por vezes dor e/ou desconforto ao paciente. Nestes casos, está recomendado a remoção do fragmento ósseo, pelo contrário, na ausência de sintomas associados, deve-se aguardar a sua resolução espontânea¹⁸.

A luxação da ATM pode ocorrer durante a extração dentária por falta de estabilidade da mandíbula durante a luxação e avulsão do dente⁴. Nos casos em que ocorre a deslocação do disco, o médico dentista deve de imediato reposicioná-lo, caso contrário, por causa dos espasmos musculares, muitas vezes é necessária anestesia geral para proceder à reposição do mesmo¹⁸.

As lesões sensitivas são normalmente causadas por trauma das estruturas nervosas, aquando do procedimento cirúrgico, sendo mais frequentes ao nível do nervo alveolar inferior e do nervo lingual⁴. As parestesias caracterizam-se por dormência, sensação de formigueiro, ardor, comichão e dor na zona afetada, e dependendo da lesão causada, pode haver perda temporária ou permanente, total ou parcial de sensibilidade¹⁹. Na grande maioria dos casos, estas lesões resolvem-se espontaneamente entre 3 e 6 meses, no entanto pode demorar até 24 meses^{4,20}.

A fatura mandibular, apesar de ser das complicações menos frequentes, é considerada uma das mais graves, e por norma está associada à extração de terceiros molares inferiores²¹. A sua etiologia poderá decorrer de fatores inerentes ao paciente, como doenças sistêmicas, fatores relacionados com o dente, como a angulação ou grau de inclusão do dente, e ainda fatores inerentes ao operador como uma técnica cirúrgica desadequada²². Esta complicação pode surgir durante a extração dentária ou mais tardiamente, cerca de 1 a 70 dias após o procedimento cirúrgico, sendo esta última opção a mais frequente¹.

As complicações pós-operatórias, têm uma etiologia multifatorial e estão normalmente associadas a fatores de risco locais, tais como a localização, posição e angulação do dente, a fatores sistêmicos, a fatores inerentes ao operador, como a técnica e experiência cirúrgica, e ainda a fatores relacionados com os hábitos do paciente, nomeadamente hábitos tabágicos, alcoólicos, de higiene oral, entre outros^{23,24}.

Um correto planeamento cirúrgico, através de uma minuciosa anamnese, de um exame clínico detalhado, e de uma análise pormenorizada dos diferentes exames complementares de diagnóstico, associados a uma técnica cirúrgica adequada num ambiente devidamente controlado, são de extrema importância para o sucesso pós-operatório⁵. Adicionalmente, um controlo pós-cirúrgico apertado, é fundamental para um diagnóstico precoce e um tratamento atempado dos sinais e sintomas, minimizando o impacto das complicações pós-operatórias na qualidade de vida dos doentes^{25,26}.

Ao longo da última década, verificou-se um grande interesse pelo conceito de qualidade de vida dos pacientes e pela metodologia utilizada para avaliar a mesma. Neste âmbito, desenvolveram-se múltiplos questionários e escalas de qualidade de vida pós-operatória, assumindo estes instrumentos, cada vez mais importância, uma vez que permitem avaliar a severidade dos sinais e sintomas pós-operatórios assim como o seu impacto na qualidade de vida dos pacientes^{27,28}. Neste contexto, destaca-se a escala PoSSe - *The post-operative symptom severity scale*, desenvolvida no ano de 2000 por D. A. Ruta e seus colaboradores na “*Unit of Oral Surgery & Medicine, Dundee Dental Hospital & School, Dundee, UK*”. As questões formuladas para esta escala estão divididas em categorias, de acordo com os vários efeitos adversos, ao nível da qualidade de vida dos doentes, que ocorrem mais frequentemente após as extrações dentárias. As presentes questões contemplam respostas de escolha múltipla, que variam consoante o grau de perceção do paciente, em relação à severidade dos efeitos adversos sofridos. A cada resposta de escolha múltipla, corresponde uma pontuação standard específica, previamente estipulada, que permite no final do questionário, através da sua soma, obter um score que varia de 0 a 100%²⁹.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1. Desenho do estudo experimental

Pretendeu-se avaliar o pós-operatório, decorrente de extrações dentárias simples, realizadas durante as aulas de Cirurgia Oral do MIMD da FMUC. Para tal, os pacientes foram contactados, via telefone, em três momentos diferentes: ao 1º dia pós-operatório, os quais foram questionados relativamente aos possíveis sinais e sintomas pós-operatórios, tais como: hemorragia, dor, edema, trismos, hematomas, parestesias e presença de espículas óssea; ao 3º dia pós-operatório, em que as questões se repetiram, incidindo para além da presença / ausência, na severidade dos sinais e sintomas pós-operatórios; e por último, ao 8º dia pós-operatório, no qual os pacientes foram submetidos a um questionário, *The post-operative symptom severity scale* (PoSSe Scale), de forma a avaliar o impacto que este procedimento cirúrgico teve na sua qualidade de vida.

Nos casos de suspeita da ocorrência de complicações pós-operatórias, os pacientes foram novamente encaminhados para a consulta de Cirurgia Oral, a fim de proceder ao diagnóstico e tratamento das mesmas.

O estudo respeitou os princípios emanados na Declaração de Helsínquia para a investigação clínica em humanos. Todos os pacientes foram informados do protocolo cirúrgico, *follow up*, e possíveis riscos e complicações inerentes ao procedimento, assinando um consentimento informado, aprovado pelo comité de ética da FMUC (Anexo 1).

2.2. Amostra Populacional

A amostra foi constituída por 116 doentes, recrutados da consulta de Cirurgia Oral, da Clínica Universitária da Área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Foram definidos como critérios de inclusão: pacientes que realizaram apenas uma extração dentária simples, entre os dias 27 de Novembro de 2020 e 22 de Fevereiro de 2021; pacientes classificados como ASA I e ASA II de acordo com a *American Society Of Anesthesiologists*; pacientes que tenham assinado o consentimento informado.

Foram excluídos todos os indivíduos que: realizaram mais do que uma extração dentária simples na mesma consulta; casos cuja extração tenha envolvido odontosecção, osteotomia ou sutura; pacientes grávidas; doentes sujeitos a radioterapia ou que tenham

realizado profilaxia antibiótica; pacientes que não tenham realizado o controlo pós-operatório completo.

2.3. Técnica Operatória

As extrações dentárias simples, foram realizadas pelos alunos do 5º ano do MIMD, de acordo com o seguinte protocolo: bochecho pré-operatório com peróxido de hidrogénio a 1%; aplicação de anestesia tópica (lidocaína 10mg/ml) e anestesia local infiltrativa (cloridrato de lidocaína 2% + epinefrina 1:50 000); sindesmotomia; luxação e avulsão com o boticão e por fim curetagem alveolar. Em todos os pacientes foi colocada uma compressa com gel de clorhexidina 0,2%, e foi-lhes recomendada a sua remoção passados 30 minutos. Foram transmitidos, todos os cuidados e recomendações pós-operatórias que os pacientes deveriam seguir, tendo-lhe sido adicionalmente entregue toda a informação por escrito.

2.4. Parâmetros de avaliação

Durante o período pós-operatório, foram avaliadas complicações pós-extração, tais como: dor, hemorragia, edema, alveolites, trismos, hematomas e equimoses, parestesias, espículas ósseas, luxações da ATM e ainda fraturas da mandíbula. Esta avaliação realizou-se, via telefone, através da interrogação dos pacientes relativamente à presença /ausência dos sinais e sintomas pós-operatórios.

Adicionalmente, foi avaliado o impacto que a extração dentária teve na qualidade de vida dos pacientes. Para a avaliação deste parâmetro, recorreu-se à escala *PoSSe - The post-operative symptom severity*, previamente adaptada, que através da soma das pontuações de cada resposta de escolha múltipla, permitiu obter um score que traduziu o impacto da severidade dos sinais e sintomas pós-operatórios, na qualidade de vida dos pacientes.

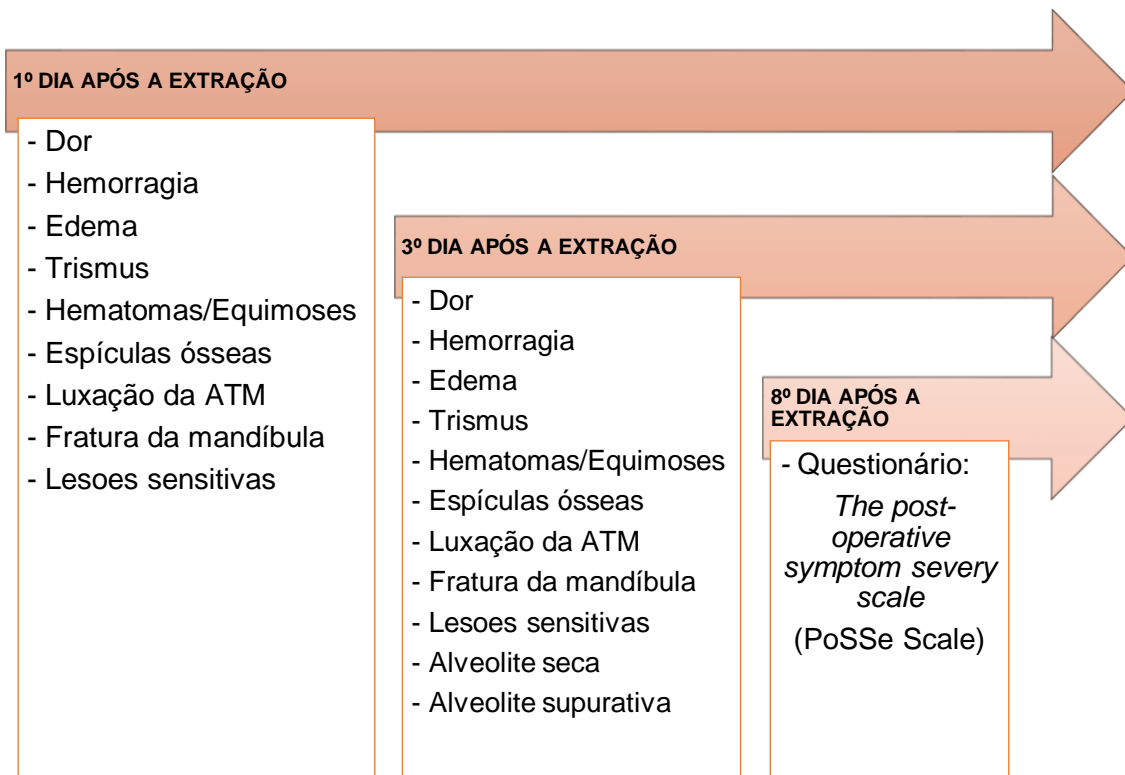


Imagem 1 – Diagrama temporal das possíveis complicações pós-operatórias avaliadas e do questionário sobre o impacto na qualidade de vida

2.5. Análise estatística

Os dados recolhidos foram objeto de descrição e interpretação estatística. Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao *software* de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, na versão 25.0, e ao programa *Microsoft Excel*.

As técnicas estatísticas aplicadas foram: frequências, medidas de tendência central, medidas de dispersão ou variabilidade, coeficiente *Odds Ratio* e respetivo intervalo de confiança a 95%, testes de hipóteses (teste Qui-quadrado e teste exato de *Fisher*).

Na seleção dos testes de hipóteses, teve-se em consideração a natureza e as características das variáveis envolvidas e as indicações apresentadas por Pestana e Gageiro (2014) e por Maroco (2007). Em todos os testes definiu-se o valor de 0,05 como limite de significância.

3. RESULTADOS

3.1. Caracterização da amostra

3.1.1. Caracterização da amostra quanto ao género e á idade

Dos 147 pacientes incluídos inicialmente na amostra, 31 foram excluídos por não terem completado os controlos pós-operatórios, reunindo-se um total de 116 pacientes, com idades compreendidas entre os 16 e os 79 anos de idade ($\bar{X} = 51,68 \pm 1,42$) dos quais 50,9% (59) pertenciam ao género feminino e 49,1% (57) pertenciam ao género masculino.

3.1.2. Caracterização da amostra quanto a hábitos tabágicos, alcoólicos e de higiene oral

Relativamente aos hábitos tabágicos, 64,7 % (75) dos pacientes eram não-fumadores, enquanto 35,3% (41) dos pacientes eram fumadores, com uma média de $14,39 \pm 1,36$ cigarros/dia, variando este número entre 2 e 40 cigarros por dia.

Relativamente aos hábitos alcoólicos, 22,4 % (26) consumiam bebidas alcoólicas e 77,6% (90) referiram não consumir qualquer tipo de álcool.

Os hábitos de higiene oral foram também avaliados, sendo que 11,2% (13) dos pacientes referiram escovar 0 vezes os dentes por dia, 22,4% (26) referiram escovar 1 vez por dia, 55,2% (64) 2 vezes por dia e 11,2% (13) 3 vezes por dia.

3.1.3. Caracterização da amostra quanto às patologias sistémicas

Quanto às patologias sistémicas, 45,7% (53) dos pacientes não referiu qualquer tipo de discrasia, já 54,3% (63) apresentou uma ou várias das seguintes patologias: diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia, depressão e ansiedade, fibromialgia, hipertiroidismo e hipotiroidismo, asma, epilepsia, e casos pontuais de talassémia, doença autoimune, artrite reumatoide e patologia cardíaca . Em relação à medicação habitual, 45,7% (53) dos pacientes referiram não tomar nenhum tipo de medicação, enquanto 54,3% (63) tomam fármacos habitualmente.

3.1.4. Caracterização da amostra quanto á indicação cirúrgica e tipo de dentes extraídos

Em relação à indicação para a extração dentária, a mais frequente foi a cárie dentária 69% (80), seguida da doença periodontal 22,4% (22), da indicação para prótese total 5,2% (6) e por fim a extração profilática de 3M 3,4% (4).

Em relação aos dentes extraídos, 35,6% (41) corresponderam a dentes inferiores e 64,7% (75) a dentes superiores (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto ao tipo de dentes extraídos

| Complicações pós-operatórias | Maxilar | Mandíbula | Total |
|------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Incisivos | n=8 10.7% | n=6 14.6% | n=14 12.2% |
| Caninos | n=8 10.7% | n=7 17.1% | n=15 12.9% |
| Pré-molares | n=20 26.7% | n=8 19.5% | n=28 24.1% |
| Molares | n=39 52,0% | n=20 48.8% | n=59 50.9% |
| Total | n=75 100% | n=41 100% | n=116 100% |

3.2. Tempo operatório

Quanto ao tempo operatório, o qual foi cronometrado desde o início da técnica anestésica até à colocação de uma compressa com gel de clorhexidina, 81% (94) das extrações foram realizadas em menos de 30 minutos, demorando as restantes 19% (22) mais do que esse período.

3.3. Complicações pós-operatórias

Relativamente às complicações pós-extração avaliadas obteve-se uma percentagem global de complicações pós-operatórias de 38,79% (45). Verificou-se também que a complicação mais frequentes foram a dor, seguida da hemorragia, edema, trismos, alveolite supurativa, alveolite seca e por fim espículas ósseas. Não se registaram casos de hematomas ou equimoses, lesões sensitivas e fraturas da mandíbula. O número e as frequências das complicações pós-operatórias avaliadas estão discriminadas na tabela seguinte (Tabela2).

Tabela 2 – Frequência das complicações pós-operatórias

| Complicações pós-operatórias | | n | % |
|-------------------------------------|-----|----------|----------|
| Hemorragia | Sim | 8 | 6,9% |
| | Não | 108 | 93,1% |
| Dor | Sim | 22 | 19% |
| | Não | 94 | 81% |
| Edema | Sim | 5 | 4,3% |
| | Não | 111 | 95,7% |
| Hematomas/ Equimoses | Sim | 0 | 0% |
| | Não | 116 | 100% |
| Trismos | Sim | 4 | 3,4% |
| | Não | 112 | 96,6% |
| Alveolite seca | Sim | 2 | 1,7% |
| | Não | 114 | 98,3% |
| Alveolite purulenta | Sim | 3 | 2,6% |
| | Não | 113 | 97,4% |
| Lesões sensitivas | Sim | 0 | 0% |
| | Não | 116 | 100% |
| Fraturas da mandíbula | Sim | 0 | 0% |
| | Não | 116 | 100% |
| Espículas ósseas | Sim | 1 | 0,9% |
| | Não | 115 | 99,1% |
| Total | Sim | 45 | 38,79% |
| | Não | 71 | 61,21% |

De acordo com a severidade dos sinais e sintomas pós-operatórios, um total de 35,3% (41) dos indivíduos revelou ter recorrido a medicação pós-operatória, nomeadamente AINES como o ibuprofeno, analgésicos como o paracetamol ou a combinação de ambos.

As complicações pós-operatórias foram posteriormente relacionadas com as seguintes variáveis: género, grupo etário, localização e classificação do dente, duração e motivo da intervenção, hábitos tabágicos e alcoólicos, higiene oral, toma regular de medicação e patologias associadas.

Não se obtiveram resultados estatisticamente significativos para a relação entre as complicações pós-operatórias e as seguintes variáveis: classificação do dente, duração e motivo da intervenção, hábitos de higiene oral e toma de medicação habitual.

Seguidamente apresentamos as situações em que observamos a existência de diferenças estatisticamente significativas na prevalência das complicações quando comparadas com as diversas variáveis em estudo.

3.3.1. Complicações pós-operatórias vs Idade

Relativamente à relação entre complicações pós-operatórias e o grupo etário em que os pacientes se inseriam, verificou-se apenas uma diferença estatisticamente significativa com a alveolite seca, $p = 0,026$. A incidência desta complicação, foi maior em indivíduos com menos de 49 anos (100%), quando comparada com indivíduos em outras faixas etárias.

3.3.2. Complicações pós-operatórias vs Género

De acordo com o gráfico 1, a prevalência da dor, bem como das restantes complicações pós-operatórias, foi superior nos indivíduos do género feminino (27,1% e 57,6%) face aos do género masculino (10,5% e 35,1%). Em ambas a situação a diferença observada foi estatisticamente significativa com $p = 0,023$ e $p = 0,015$, respetivamente. Para a dor, obtivemos um $OR = 3,2$ com $IC_{OR}(95\%)$ entre 1,1 e 8,8. Estes resultados permitem-nos afirmar que a probabilidade da existência de dor é 3,2 vezes superior nas mulheres e o $IC_{OR}(95\%)$ confirma a existência de diferença significativa. No âmbito das complicações globais, observou-se um $OR = 2,5$, o que permite inferir que a probabilidade de as mulheres terem qualquer uma das complicações pós-operatórias é 2,5 vezes superior à dos homens. O $IC_{OR}(95\%)$ situou-se entre 1,2 e 5,3, corroborando o resultado do teste de Qui-quadrado.

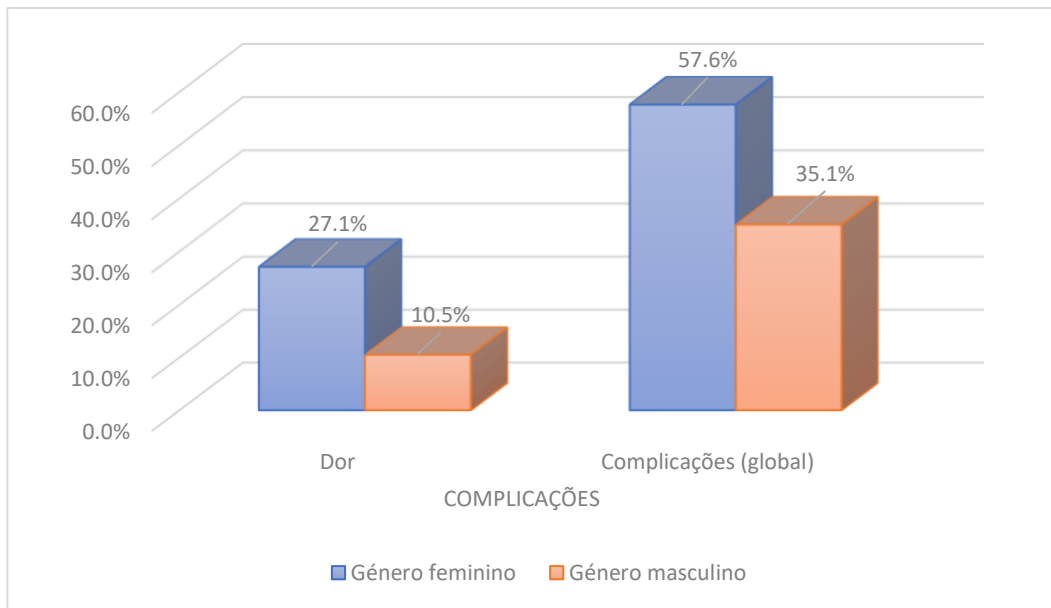


Gráfico 1 - Comparação da prevalência das complicações pós-operatórias em função do gênero

3.3.3. Complicações pós-operatórias vs Localização do dente

O estudo da relação entre as complicações pós-operatórias e a localização do dente extraído, revelou que a prevalência de hemorragia foi significativamente mais elevada ($p = 0,015$) nos dentes mandibulares (14.6%) relativamente aos dentes maxilares (2.7%). Para o OR obteve-se o valor 0,2 com $IC_{OR}(95\%)$ entre 0,0 e 0,8. De acordo com os resultados obtidos, pode-se afirmar que a probabilidade de ocorrência de hemorragia de dentes localizados na maxila é cerca de 5 vezes menor que a probabilidade de ocorrer esta complicação em dentes mandibulares (Gráfico 2).

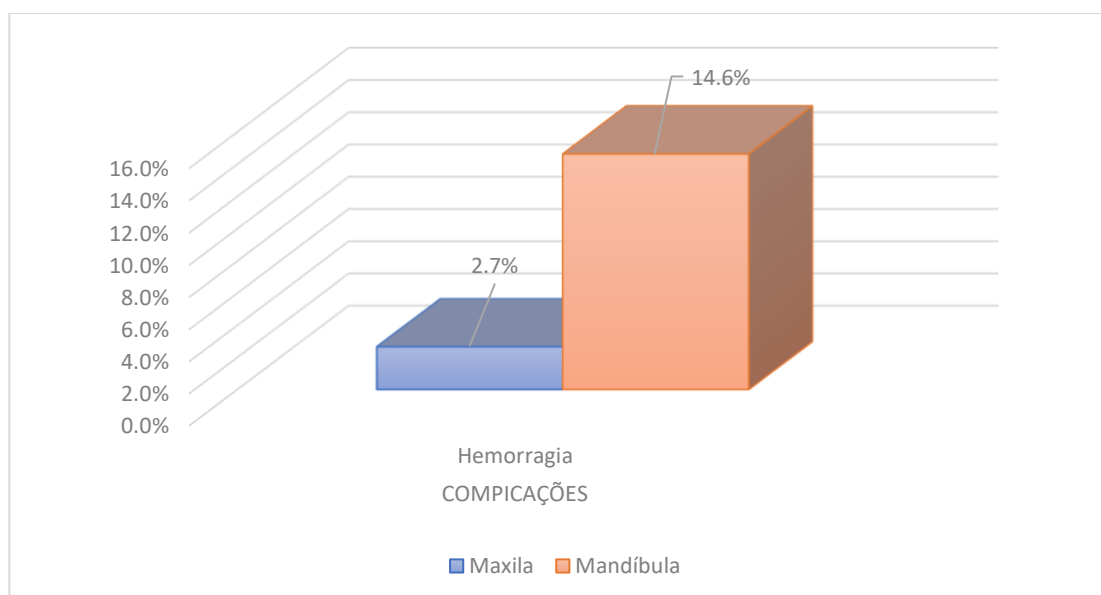


Gráfico 2 - Comparação da prevalência das complicações pós-operatórias em função da localização do dente

3.3.4. Complicações pós-operatórias vs Hábitos Tabágicos

A prevalência de dor foi significativamente mais elevada ($p = 0,036$) para os indivíduos fumadores (29,3%), quando comparados com os não fumadores (13,3%). Estes resultados revelaram que a probabilidade de ocorrência de dor é cerca de 2,7 vezes superior nos casos dos indivíduos fumadores [$OR = 2,7$ com $IC_{OR}(95\%)$ entre 1,1 e 6,9] (Gráfico 3).

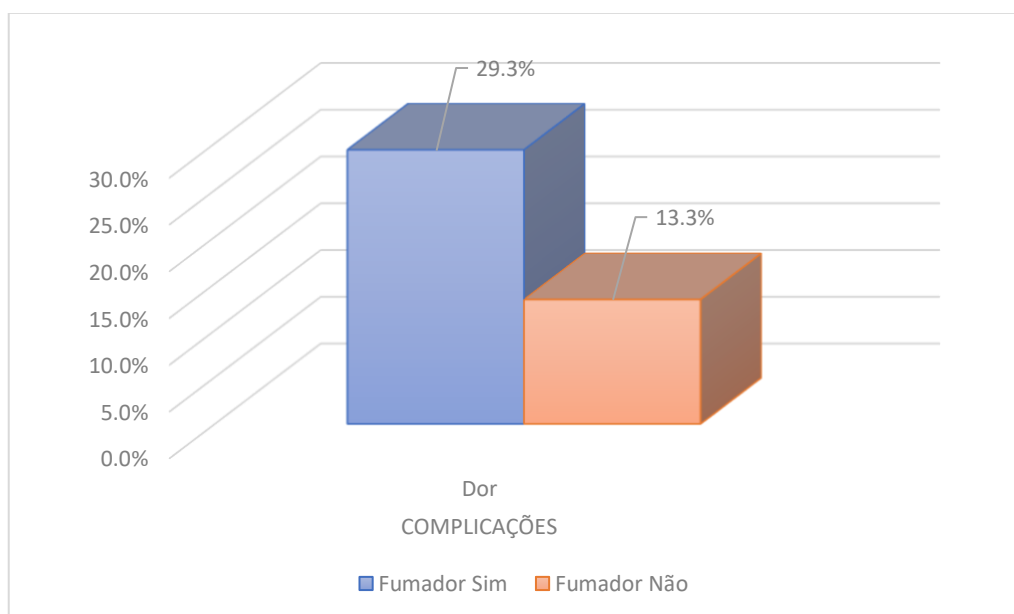


Gráfico 3 - Comparação da prevalência das complicações pós-operatórias em função dos hábitos tabágicos

3.3.5. Complicações pós-operatórias vs Hábitos Alcoólicos

A prevalência de qualquer uma das complicações pós-operatórias analisadas foi inferior nos indivíduos que consomem bebidas alcoólicas (26,9%), comparativamente aos que não ingerem este tipo de bebidas (52,2%). Esta diferença de resultados, foi estatisticamente significativa ($p = 0,023$) e a probabilidade de ocorrer pelo menos uma das complicações revelou-se, aproximadamente, 3,3 vezes inferior para os indivíduos com hábitos alcoólicos ($OR = 0,3$ com $IC_{OR}(95\%)$ entre 0,1 e 0,9) (Gráfico 4).

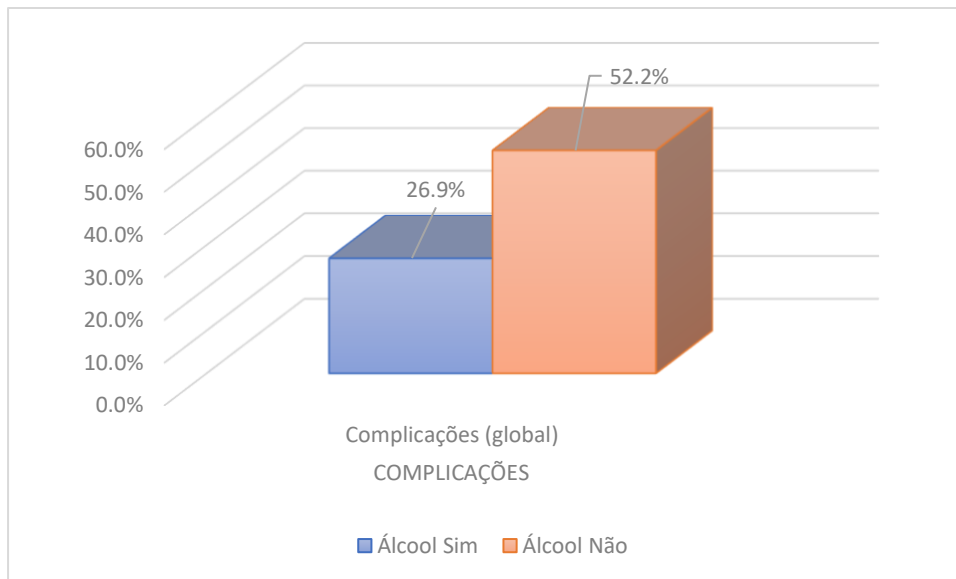


Gráfico 4 - Comparação da prevalência das complicações pós-operatórias em função dos hábitos alcoólicos

3.3.6. Complicações pós-operatórias vs Patologias Sistêmicas

A prevalência de hemorragia (13,2%) foi mais elevada nos indivíduos com comprometimentos sistêmicos, mas a prevalência de dor (27,0%) foi mais elevada nos que não tinham patologias associadas. As diferenças revelaram-se estatisticamente significativas, com $p = 0,023$ e $p = 0,016$, respetivamente. Atendendo aos valores observados para o OR (9,4 e 0,3), pode-se afirmar que a probabilidade de os indivíduos sem patologias associadas sofrerem de hemorragias é 9,4 vezes superior e de terem dor é cerca de 3 vezes inferior ($IC_{OR}(95\%)$ entre 1,1 e 9,4 e o $IC_{OR}(95\%)$ entre 0,1 e 0,8, respetivamente) (Gráfico 5).

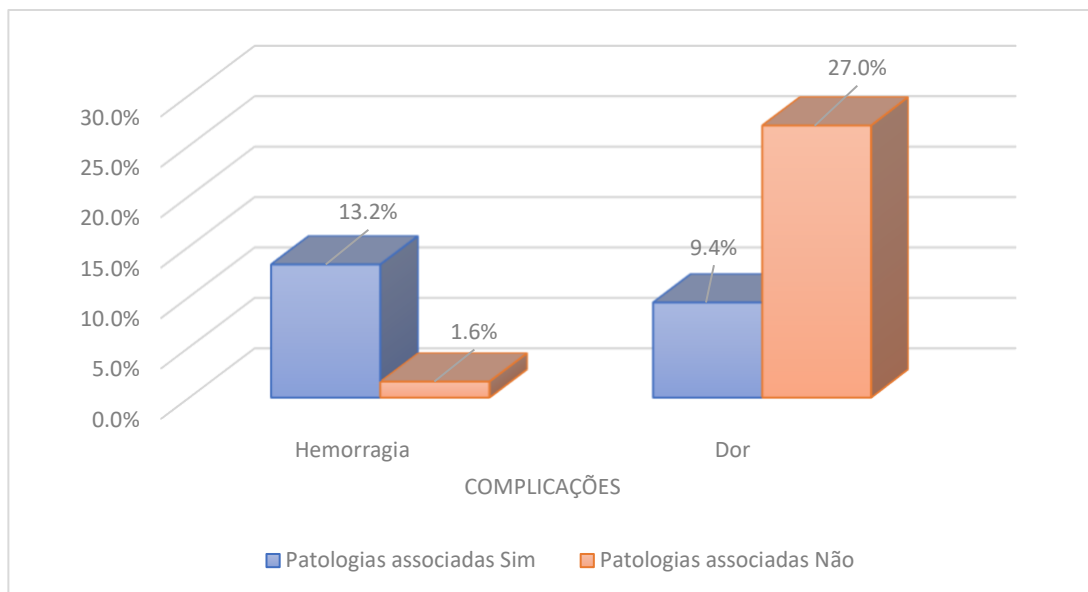


Gráfico 5 - Comparação da prevalência das complicações pós-operatórias em função das patologias sistêmicas

3.4. Impacto da severidade dos sinais e sintomas pós-operatórios na qualidade de vida dos pacientes.

Analisando os resultados obtidos na PoSSe Scale, verificou-se uma média de pontuações de $5,85 \pm 0,63$, uma mediana de 4,76 e uma variância de 45,86.

Em relação à distribuição das pontuações, o menor valor obtido foi de 0%, com uma frequência de 14,7% (17 pacientes), e o maior foi de 50,96%, com uma frequência 0,9%, correspondente a um único paciente que neste caso específico sofreu uma complicação pós-operatória, nomeadamente uma alveolite supurativa.

Relativamente às pontuações mais frequentes, o valor com maior prevalência, foi 2,38%, com uma frequência de 23,3% (27), correspondente aos indivíduos que apenas referiram dor durante 1-2 dias do pós-operatório. O segundo valor mais registado foi de 0%, anteriormente referido e correspondente a nenhum sinal ou sintoma pós-operatórios e sem impacto na qualidade de vida dos pacientes. O terceiro valor mais frequente foi de 4,75%, com uma prevalência de 11,2% (13), correspondente aos indivíduos que apenas referiram dor durante 3-4 dias do pós-operatório. As percentagens relativas às outras pontuações obtidas estão discriminadas no anexo IV.

4. DISCUSSÃO

As extrações dentárias simples são dos procedimentos mais comuns em medicina dentária, e estão muitas vezes associadas a complicações tais como: dor, hemorragia, edema, alveolites, entre outras, que interferem com a qualidade de vida dos doentes³⁰.

Neste estudo foram incluídos 116 pacientes, dos quais 46 (39,66%) sofreram complicações pós-operatórias. As complicações mais comuns foram: a dor (19%), seguido da hemorragia (6,9%), edema (4,3%), trismos (3,4%), alveolite supurativa (2,9%), alveolite seca (1,7%) e por último a presença de espículas ósseas (0,9%). Tais resultados, foram corroborados num estudo de Patil *et al.*, em 2018, no qual as complicações pós-operatórias, mais frequentes, decorrentes de extrações dentárias, foram: a dor, a hemorragia, o edema e a alveolite seca³⁰. Outros autores, nomeadamente Shahzan e seus colaboradores, em 2020, e Adeyemo WL. *et al.*, em 2006, referiram como complicações mais comuns, as infeções alveolares^{31,32}.

Neste estudo, a média de idades dos doentes incluídos foi de 51,68 anos, sendo que apenas dois pacientes tinham idade inferior a 20 anos. Relativamente á relação entre a idade e as faixas etárias com as complicações pós-operatórias, apenas se verificou relação estatisticamente significativa com a alveolite seca, sendo esta mais prevalente em indivíduos com idades inferiores a 49 anos. Estes dados, estão de acordo com o estudo de Khitab *et al.* (2012), que relata uma maior incidência de alveolite seca em pacientes entre os 31 e os 40 anos, seguidos pela faixa da terceira década de vida³³. Já Upadhyaya e Humagain (2010), nos seus trabalhos reportaram uma maior incidência de alveolite seca na faixa da terceira década³⁴.

No que concerne ao género, no presente estudo, as complicações pós-operatórias no geral e a dor em específico, mostraram-se mais prevalentes no género feminino. Estes resultados são contrários aos reportados por Shahzan *et al.*, em 2020, que concluíram que a dor e as complicações pós-operatórias são mais frequentes em indivíduos do género masculino, uma vez que estes têm normalmente hábitos tabágicos e alcoólicos superiores quando comparados com as mulheres³¹. À semelhança deste estudo, Blondeau e seus colaboradores, em 2007, reportaram também uma maior percentagem de complicações pós-operatórias em pacientes do género masculino, referindo os hábitos tabágicos e alcoólicos como possível razão, e acrescentaram ainda um limiar de dor diferente entre géneros, apresentando as mulheres uma maior tolerância à dor³⁵.

Relativamente á arcada em que foi realizada a extração, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa ao nível da hemorragia, sendo esta mais prevalente na mandíbula (14,6%), quando comparada com a maxila (2,7%). Estes resultados, são concordantes com os obtidos por Shahzan *et al.*, 2020, e Kumbargere Nagraj *et al.*, 2018, embora que por razões anatómicas, nomeadamente pelo facto de a mandíbula possuir uma cortical óssea muito densa e menos vascularizada, quando comparada com a maxila, seria de esperar que a hemorragia fosse mais prevalente nesta última^{31,35}.

Quanto à indicação cirúrgica e ao tipo de dente extraído, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, quando comparadas com as complicações pós-operatórias. O mesmo foi reportado por Njopeka e colaboradores, 2010, e Venkateshwar *et al.*, 2021. Coerente entre todos, foi a indicação mais frequente reportada para a extração dentária: a cárie, seguida da doença periodontal^{1,2,37}.

Em relação aos hábitos tabágicos, verificou-se que ao nível das complicações pós-operatórias, a prevalência de dor foi maior nos indivíduos fumadores. Estes resultados estão em concordância com os obtidos por Marcelo Bortoluzzi e colaboradores em 2012, os quais concluíram que tanto o consumo, como a quantidade de tabaco, aumentam a propensão para o desenvolvimento de complicações pós-operatórias, sobretudo alveolites. Tal deve-se ao facto de o tabagismo estar associado ao atraso da cicatrização, devido à ação da nicotina como agente vasoconstritor, promotor da adesão plaquetária e da oclusão microvascular trombótica, contribuindo assim para a isquémia dos tecidos³⁸. O mesmo foi relatado por Sanari *et al.*, 2019, os quais reportaram para além de uma maior percentagem de infeções pós-operatórias nos indivíduos fumadores, níveis superiores de hemorragia, ao 1º dia e de edema ao 2º dia pós-cirúrgico³⁹.

Quanto aos hábitos alcoólicos, contrariamente ao expectável, verificou-se uma menor prevalência de complicações pós-operatórias nos indivíduos que consomem álcool diariamente, comparativamente a aqueles que não consomem regularmente. Estes resultados não estão em concordância com a literatura. Neste contexto, pode-se salientar o estudo de Goswami *et al.*, 2020, o qual refere que o consumo de álcool potencia a vasodilatação, aumentando desta forma a propensão de hemorragia pós-operatória, assim como retarda a cicatrização dos tecidos, uma vez que interfere com o metabolismo das proteínas, aumentando o risco de infeção pós-operatória⁴. Os resultados obtidos neste estudo, contraditórios à evidência disponível na literatura, possivelmente poderão ser explicados, pelo facto dos pacientes que consomem álcool diariamente, o façam em quantidades mínimas, que não sejam suficientes para causar

qualquer alteração na cicatrização dos tecidos ou que promovam um efeito de vasodilatação. Desta forma, estes resultados poderão apenas traduzir uma diferença aleatória, sem qualquer significado clínico.

No que concerne às patologias sistémicas dos pacientes, ainda que na amostra apenas se encontrem patologias devidamente controláveis, como a diabetes, a hipercolesterolemia, a hipertensão arterial e a depressão/ansiedade, verificou-se que existe uma diferença estatisticamente significativa em relação à hemorragia, sendo esta mais prevalente nos indivíduos com patologias sistémicas face aqueles que não têm qualquer tipo de patologia. Tal poderá ser explicado, pelo facto de várias patologias sistémicas, tais como: a obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus, distúrbios hemostáticos, bem como a coexistência de mais do que uma patologia, possam interferir na cicatrização tecidual, através da disfunção dos fibroblastos e do estado de imunossupressão, aumentando por conseguinte o risco de hemorragia^{23,40,41}.

Verificou-se também que a dor, é menos prevalente nos doentes com patologias do que nos pacientes sem patologias, o que poderá ser justificado pelo facto destes pacientes estarem normalmente polimedicados e mais familiarizados com a experiência da dor.

Quanto á severidade dos sinais e sintomas pós-operatórios e ao impacto das extrações dentárias na qualidade de vida dos pacientes, através do questionário realizado ao 8º dia de pós-operatório, obteve-se uma pontuação média $5,85 \pm 0,63$. Considerando que a percentagem varia de 0 a 100%, e que embora na presente escala utilizada, não conste nenhum intervalo de valores, que permita qualificar estes resultados como baixo, normal ou elevado, é possível assumir que esta percentagem se traduz num baixo impacto na qualidade de vida dos pacientes³⁰. Neste contexto, a literatura é ainda um pouco controversa. Há autores que afirmam que as extrações dentárias, especialmente as dos terceiros molares, têm um impacto significativo na vida dos pacientes, interferindo nas suas atividades diárias, há outros autores que defendem, que a extração dentária tem um impacto reduzido na qualidade de vida dos pacientes, permitindo que a maioria continue com as suas atividades sociais normais^{26,27,42}.

Neste contexto, é importante referir, que o follow-up através do telefone e dos questionários realizados aos pacientes, permitiu detetar com antecedência qualquer alteração ao normal processo de cicatrização e desta forma prevenir algumas das complicações pós-operatórias. À semelhança do presente estudo, também um trabalho realizado por Roberto Pippi e colaboradores em 2018, cujo objetivo foi realizar um controlo pós-operatório por telefone dos pacientes sujeitos a extrações dentárias, concluiu que o follow-up telefónico destes pacientes se mostrou uma mais-valia de

grande relevância, quer para o diagnóstico, como para o tratamento precoce das complicações pós-operatórias²⁵.

Estudos futuros, devem procurar definir e eleger escalas padronizadas e universais, passíveis de se adaptarem à prática clínica dos profissionais, de modo a se criarem mecanismos objetivos, eficazes e reprodutíveis de avaliação do pós-operatório, induzindo, o desenvolvimento de protocolos de intervenção, que assentem cada vez mais na prevenção e não no tratamento das complicações pós-cirúrgicas.

5. CONCLUSÕES

As extrações dentárias simples, ainda que sejam procedimentos seguros e de rotina, acarretam, por vezes, complicações pós-operatórias para os pacientes, com um impacto biológico, psicológico e social, prolongando o seu tempo de tratamento.

As complicações pós-operatórias, mais frequentes são: a dor, a hemorragia, o edema e as infeções alveolares. Embora, a sua prevalência seja baixa, existem múltiplos fatores de risco que potenciam o seu desenvolvimento, destacando-se com relevância estatística: o género e a faixa etária do paciente, as patologias sistémicas associadas, os hábitos tabágicos e alcoólicos e a localização do dente a extrair.

Avaliar as repercussões das extrações dentárias na qualidade de vida dos indivíduos, assume um papel cada vez mais relevante na prática clínica diária, uma vez que permite o desenvolvimento de protocolos cirúrgicos, intra e pós-operatórios, cada vez mais adaptados às características e necessidades de cada paciente.

6. AGRADECIMENTOS

Agradeço às Orientadoras deste Projeto de Investigação por toda a disponibilidade, carinho e apoio ao longo deste projeto.

Agradeço à minha Família pelo apoio incondicional e força ao longo destes anos, sem eles nunca teria conseguido.

Agradeço ao meu namorado por toda a paciência e apoio longo destes 5 anos.

Agradeço aos meus amigos e colegas de curso por toda a amizade e companheirismo.

A todos os que de alguma forma contribuíram para o término deste projeto, o meu sincero agradecimento.

7. REFERÊNCIAS

1. María Jesús Pacheco-Vergara, R. A. C.-V. (2016). Referrals, procedures and complications in oral surgery services. Literature review. *Revista Odontológica Mexicana*, 20(1), 13–21. <https://doi.org/10.1016/j.rodex.2016.02.002>
2. Venkateshwar GP, Padhye MN, Khosla AR, Kakkar ST. Complications of exodontia: A retrospective study. *Indian J Dent Res* 2011 ; 22:633-8
3. Richards, W., Ameen, J., Coll, A. M., & Higgs, G. (2005). Reasons for tooth extraction in four general dental practices in South Wales. In *British Dental Journal* (Vol. 198, Issue 5, pp. 275–278). <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4812119>
4. Gay-Escoda, C., & Aytés, L. B. (2004). *Tratado de Cirugía Bucal: Tomo I*. Madrid:Ergon
5. Goswami, A., Ghorui, T., Bandyopadhyay, R., Sarkar, A., & Ray, A. (2020). A General Overview of Post Extraction Complications-Prevention, Management and Importance of Post Extraction Advices. *Fortune Journal of Health Sciences*, 03(03). <https://doi.org/10.26502/fjhs014> *Medical Principles and Practice*, 20(4), 321-325<https://doi.org/10.1159/000324550>
6. Carlos Pereira ^a, J., Lira Déda ^b, Y., & Rollemberg Ribeiro ^c, H. (2019). *Acidentes e complicações em cirurgia oral menor, diagnóstico e tratamento: revisão de literatura*.
7. Cho, H., Lynham, A. J., & Hsu, E. (2017). Postoperative interventions to reduce inflammatory complications after third molar surgery: review of the current evidence. In *Australian Dental Journal* (Vol. 62, Issue 4, pp. 412–419). Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1111/adj.12526>
8. Sortino F, Cicciù M. Strategies used to inhibit postoperative swelling following removal of impacted lower third molar. *Dent Res J (Isfahan)*. 2011 Oct;8(4):162-71. doi: 10.4103/1735-3327.86031. PMID: 22135686; PMCID: PMC3221082.
9. Mitchell D. *An introduction to oral and maxillofacial surgery*. CRC Press (2014).
10. Balakrishnan G, Narendar R, Kavin T, Venkataraman S, Gokulanathan S. Incidence of Trismus in Transalveolar Extraction of Lower Third Molar. *J Pharm Bioallied Sci*. 2017;9(Suppl 1):S222-S227. doi:10.4103/jpbs.JPBS_161_17
11. Zhang, Y., Zhuang, P., Jia, B., Xu, J., Cui, Q., Nie, L., Wang, Z., & Zhang, Z. (2021). Persistent trismus following mandibular third molar extraction and its management: A case report and literature review. In *World Academy of Sciences Journal* (Vol. 3, Issue 1). Spandidos Publications. <https://doi.org/10.3892/wasj.2020.73>

12. Cañigral, A., Silvestre, F. J., Cañigral, G., Alós, M., Garcia-Herraiz, A., & Plaza, A. (2010). Evaluation of bleeding risk and measurement methods in dental patients. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 15(6). <https://doi.org/10.4317/medoral.15.e863>
13. Moore UJ. Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 5th Edition (2001).
14. Cocero, N., Mozzati, M., Ambrogio, M., Bisi, M., Morello, M., & Bergamasco, L. (2014). Bleeding rate during oral surgery of oral anticoagulant therapy patients with associated systemic pathologic entities: A prospective study of more than 500 extractions. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 72(5), 858–867. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2013.12.026>
15. Biočić, J., Brajdić, D., Perić, B., Danić, P., Salarić, I., & Macan, D. (2018). A large cheek hematoma as a complication of local anesthesia: Case report. *Acta Stomatologica Croatica*, 52(2), 156–159. <https://doi.org/10.15644/asc52/2/9>
16. Purohit, J. N. (2016). Incidence of the Dry Socket after Surgical Removal of the Third Molar: A Retrospective Study. *Scholars Journal of Dental Sciences (SJDS)*, 3(10), 287–289. <https://doi.org/10.21276/sjds.2016.3.10.4>
17. Gowda GG, Viswanath D, Kumar M, Umashankar DN. Dry Socket (Alveolar Osteitis): Incidence, Pathogenesis, Prevention and Management. *J Indian Aca Oral Med Radiol* 2013;25(3):196-199.
18. Rakhshan, V. (2018). Common risk factors of dry socket (alveolitis osteitis) following dental extraction: A brief narrative review. In *Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery* (Vol. 119, Issue 5, pp. 407–411). Elsevier Masson SAS. <https://doi.org/10.1016/j.jormas.2018.04.011>
19. Alves-Pereira, D., Figueiredo, R., Valmaseda-Castellón, E., Laskin, D. M., Berini-Aytés, L., & Gay-Escoda, C. (2013). Sharp mandibular bone irregularities after lower third molar extraction: Incidence, clinical features and risk factors. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 18(3). <https://doi.org/10.4317/medoral.18700>
20. Mahon, N (2014) Post-extraction inferior alveolar nerve neurosensory disturbances: A guide to their evaluation and practical management. Irish Dental Association. Oct.
21. Bhat, P., & Cariappa, K. M. (2012). Inferior Alveolar Nerve Deficits and Recovery Following Surgical Removal of Impacted Mandibular Third Molars. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, 11(3), 304–308. <https://doi.org/10.1007/s12663-012-0335-0>


22. Cankaya, A. B., Erdem, M. A., Cakarer, S., Cifter, M., & Oral, C. K. (2011). Iatrogenic mandibular fracture associated with third molar removal. *International journal of medical sciences*, 8(7), 547–553. <https://doi.org/10.7150/ijms.8.547>
23. Ethunandan, M., Shanahan, D., & Patel, M. (2012). Iatrogenic mandibular fractures following removal of impacted third molars: An analysis of 130 cases. *British Dental Journal*, 212(4), 179–184. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2012.135>
24. Malkawi, Z., Al-Omiri, M. K., & Khraisat, A. (2011). Risk indicators of postoperative complications following surgical extraction of lower third molars.
25. Barbosa-Rebellato, N. L., Thomé, A. C., Costa-Maciel, C., Oliveira, J., & Scariot, R. (2011). Factors associated with complications of removal of third molars: A transversal study. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 16(3), 376–380. <https://doi.org/10.4317/medoral.16.e376>
26. Pippi, R., Pietrantonio, A., Patini, R., & Santoro, M. (2018). Is telephone follow-up really effective in early diagnosis of inflammatory complications after tooth extraction? *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 23(6), e707–e715. <https://doi.org/10.4317/medoral.22465>
27. Avellaneda-Gimeno, V., Figueiredo, R., & Valmaseda-Castellón, E. (2017). Quality of life after upper third molar removal: A prospective longitudinal study. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 22(6), e759–e766. <https://doi.org/10.4317/medoral.21781>
28. Santos, T. L. dos, Santos, E. J. L. dos, Lins, R. B. E., Araújo, L. F., Mesquita, B. da S., & Sobreira, T. (2015). Qualidade de vida de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares. *Revista de Odontologia Da UNESP*, 44(1), 6–11. <https://doi.org/10.1590/1807-2577.1055>
29. Sancho-Puchades, M., Valmaseda-Castellón, E., Berini-Aytés, L., & Gay-Escoda, C. (2012). Quality of life following third molar removal under conscious sedation. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 17(6). <https://doi.org/10.4317/medoral.17677>
30. Ruta, D. A., Bissias, E., Ogston, S., & Ogden, G. R. (2000). Assessing health outcomes after extraction of third molars: The postoperative symptom severity (PoSSe) scale. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 38(5), 480–487. <https://doi.org/10.1054/bjom.2000.0339>
31. Bhimrao Patil, Y., & Vilas Shinde, S. (n.d.). Original Article Complications in patients undergoing Dental Extractions: An observational study. In *International Journal of Research in Health and Allied Sciences* |Vol. www.ijrhas.com

32. Madhulaxmi Marimuthu, SohaibShahzan. Post Extraction Complications - An Institution Based Retrospective Study. *Int J Dentistry Oral Sci.* 2021;08(03):1911-1914. doi: [dx.doi.org/10.19070/2377-8075-21000379](https://doi.org/10.19070/2377-8075-21000379)
33. Adeyemo WL, Ladeinde AL, Ogunlewe MO. Clinical Evaluation of Post-extraction Site Wound Healing. *J Contemp Dent Pract* 2006 July;(7)3:040-049.
34. Khitab U, Khan A, Shah S. Clinical characteristics and treatment of dry socket. *Pakistan Oral & Dental Journal.* 2012;32(2).
35. Upadhyaya C, Humagain H. Prevalence of dry socket following extraction of permanent teeth at Kathmandu University Teaching Hospital (KUTH), Dhulikhel, Kavre, Nepal: a study. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ).* 2010;8(29):18-24.
36. Blondeau F, Daniel NG. Extraction of impacted mandibular third molars: postoperative complications and their risk factors. *J Can Dent Assoc.* 2007 May;73(4):325. PMID: 17484797.
37. Kumbargere Nagraj, S., Prashanti, E., Aggarwal, H., Lingappa, A., Muthu, M. S., Kiran Kumar Krishanappa, S., & Hassan, H. (2018). Interventions for treating post-extraction bleeding. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2018, Issue 3). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011930.pub3>
38. An, N., & leat, M. (2010). 6 (No.1) 23 *Five-year span prevalence of post-extraction complications in Tabora municipality.*
39. Bortoluzzi, M. C., Capella, D. L., Barbieri, T., Marchetti, S., Dresch, C. P., & Tirello, C. (2012). Does smoking increase the incidence of postoperative complications in simple exodontia? *International Dental Journal*, 62(2), 106–108. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2011.00098.x>
40. Sanari, A. A., Alsolami, B. A., Abdel-Alim, H. M., Al-Ghamdi, M. Y., & Meisha, D. E. (2020). Effect of smoking on patient-reported postoperative complications following minor oral surgical procedures. *Saudi Dental Journal*, 32(7), 357–363. <https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2019.10.004>
41. Verma, G. (2014). Dental Extraction Can Be Performed Safely in Patients on Aspirin Therapy: A Timely Reminder. *ISRN Dentistry*, 2014, 463684. <https://doi.org/10.1155/2014/463684>
42. Bui, C. H., Seldin, E. B., & Dodson, T. B. (2003). Types, Frequencies, and Risk Factors for Complications after Third Molar Extraction. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 61(12), 1379–1389. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2003.04.001>

43. Mcgrath, C., Comfort, M. B., Lo, E. C. M., & Luo, Y. (2003). Changes in life quality following third molar surgery-the immediate postoperative period. In *BRITISH DENTAL JOURNAL VOLUME* (Vol. 194, Issue 5).

8. ANEXOS

Anexo I: Aprovação do estudo pela Comissão de Ética da FMUC

Comissão Ética - FMUC Recebido - Google 18 de fevereiro de 2021, 15:16 

Envio parecer CE_Proc. CE-172/2020_Andreia Pereira [Detalhes](#)

Para: andreia pereira, Cc: dpereira@fmed.uc.pt, joana.amaral@uc.pt

Exma. Senhora
Dra. Andreia Alexandrina Vaz Pereira,

Cumpre-nos informar que o projeto de investigação apresentado por V. Exa. com o título ***"Estudo das complicações pós-operatórias na consulta de cirurgia oral do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMUC"***, foi analisado na reunião da Comissão de Ética da FMUC de 17 de fevereiro, tendo merecido o parecer que a seguir se transcreve:

"Alterações aceites. Parecer favorável".

Cordiais cumprimentos.

Helena Craveiro
Universidade de Coimbra · Faculdade de Medicina · STAG – Secretariado Executivo
Pólo das Ciências da Saúde · Unidade Central Azinhaga de Santa Comba, Celas
3000-354 COIMBRA · PORTUGAL
Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236
E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt



Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

TÍTULO DO PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO: ESTUDO DAS COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS NA CONSULTA DE CIRURGIA ORAL DO MESTRADO INTEGRADO DE MEDICINA DENTÁRIA DA FMUC

PROTOCOLO N.º

PROMOTOR:

INVESTIGADORES

Doutora Daniela Alves Pereira

COORDENADORES

Mestre Joana Amaral

CENTRO DE ESTUDO

Departamento de Medicina Dentária da Faculdade de
Medicina de Coimbra (Área de Medicina Dentária)

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Andreia Alexandrina Vaz Pereira

MORADA

Rua de Padim, n.º 765, Fontarcada
4830-199 Póvoa de Lanhoso, Braga

CONTACTO TELEFÓNICO

969240201



Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

NOME DO DOENTE

(LETRA DE IMPRENSA) _____

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo porque se pretende estudar as complicações que surgem após as extrações dentárias realizadas nas consultas de Cirurgia Oral do MIMD da FMUC. Pretende-se avaliar as potenciais complicações que possam surgir durante o pós-operatório destes pacientes e perceber qual o impacto deste procedimento na qualidade de vida dos pacientes.

Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre as potenciais complicações que podem surgir durante o pós-operatório das extrações dentárias, de forma a prevenir ou minimizar as mesmas.

Receberá uma cópia deste Consentimento Informado para rever e solicitar aconselhamento de familiares e amigos. O Investigador ou outro membro da sua equipa irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização nos cuidados que irá receber.

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJECTIVOS DO ESTUDO

Este estudo irá decorrer no Departamento de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina de Coimbra (Área de Medicina Dentária) com o objetivo de estudar e analisar as complicações que podem surgir após a realização de uma extração dentária de forma a prevenir ou diminuir a sua ocorrência. Neste caso, as extrações dentárias irão ser realizadas durante as consultas de Cirurgia Oral do MIMD, o que permitirá também obter um feedback acerca do funcionamento destas consultas. Os procedimentos serão realizadas por alunos do 5º ano do MIMD, durante as aulas clínicas de Cirurgia Oral, onde vão ser recolhidos os dados dos pacientes que aceitem participar no estudo, relativos á sua história clínica e às características da extração realizada na consulta. Para



Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

a avaliação das complicações que possam surgir no pós-operatório e para perceber qual o impacto deste procedimento na qualidade de vida dos pacientes, estes vão ser contactados via telefónica em três momentos diferentes: ao primeiro, terceiro e oitavo dia após a extração para a realização de uma avaliação pós-operatória.

Nos casos em que se suspeite da ocorrência de uma complicação pós-operatória ou sempre que necessário, os pacientes vão ser novamente encaminhados para uma consulta de Cirurgia Oral para o tratamento das respetivas complicações.

Trata-se de um estudo de coorte prospetivo que inclui um grupo de pacientes saudáveis que vai ser seguido por um período de tempo de uma semana após a extração dentária, com o propósito de determinar a história ou a incidência das complicações pós-operatórias, bem como os fatores de risco associados.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os doentes ou outros participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.

Como participante neste estudo beneficiará da vigilância e apoio do seu médico, garantindo assim a sua segurança.

Serão incluídos entre 120 e 180 pacientes saudáveis.

2. PROCEDIMENTOS E CONDUÇÃO DO ESTUDO

2.1. Procedimentos

A colheita dos dados inicia-se durante as consultas de Cirurgia Oral do 5º ano do MIMD da FMUC, nas quais irão ser recolhidos dados relativos à história clínica dos pacientes como a idade, o sexo, o estado de saúde geral, a medicação habitual, os hábitos de higiene oral, tabágicos e alcoólicos, e ainda os dados relativos à extração dentária, como as características do dente, a duração e o motivo da mesma.

Posteriormente, para a avaliação do pós-operatório, os pacientes irão ser contactados via telefone acerca da possível existência de sinais ou sintomas de complicações pós-operatórias e ainda acerca do impacto na qualidade de vida destes pacientes.



Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

2.2. Calendário das visitas/ Duração (exemplo)

A recolha dos dados é feita em 4 momentos diferentes:

1º momento - Consiste na recolha dos dados na consulta de Cirurgia Oral, com duração de cerca de 30 minutos a 1 hora, relativos à história clínica dos pacientes e da extração dentária;

2º momento – Recolha dos dados relativos ao pós-operatório realizada no primeiro dia após a extração dentária, com duração de cerca de 10 a 15 minutos;

3º momento – Recolha dos dados relativos ao pós-operatório realizada no terceiro dia após a extração dentária, com duração de 10 a 15 minutos;

4º momento – Recolha dos dados relativos ao pós-operatório realizada no oitavo dia após a extração dentária, com duração de 10 a 15 minutos;

Descrição dos Procedimentos

A colheita de dados sobre a história clínica será feita durante as consultas de Cirurgia Oral através do histórico do processo hospitalar do paciente e complementado através da interrogação do paciente presente na consulta. Os dados relativos ao pós-operatório serão feitos por chamada telefónica, na qual os pacientes vão ser questionados acerca de possíveis sinais e sintomas de complicações pós-operatórias como dor, hemorragia, edema, trismos, infeção, entre outros, e ainda acerca do impacto causado por este procedimento na qualidade de vida dos mesmos.

2.3. Tratamento de dados/ Randomização

Os dados serão tratados com o apoio de especialistas em estatística, sem identificação do paciente.

3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O DOENTE

A recolha dos dados via telefónica implica que o paciente disponibilize tempo fora do ambiente clínico.

4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS

Este estudo permitirá adquirir um melhor conhecimento das complicações associadas às extrações dentárias, assim como do funcionamento das consultas de Cirurgia Oral em que estas são realizadas. Além disso, a informação que será recolhida irá contribuir para uma melhor informação dos médicos de forma a melhorar os cuidados clínicos a prestar aos doentes com situações idênticas à sua.



Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

5. NOVAS INFORMAÇÕES

Ser-lhe-á dado conhecimento de qualquer nova informação que possa ser relevante para a sua condição ou que possa influenciar a sua vontade de continuar a participar no estudo.

6. TRATAMENTOS ALTERNATIVOS

Não aplicável

7. SEGURANÇA

Durante a sua participação apenas serão tomados procedimentos clínicos usuais e uma vez que estes decorrem na consulta do Departamento (Área) de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina estará sob a cobertura do seguro existente. Embora não se espere que devido à sua participação venha a sofrer problemas de saúde, se sofrer alguma lesão física como resultado de quaisquer procedimentos do estudo, realizados de acordo com o protocolo, será reembolsado pelas despesas médicas necessárias para as tratar.

8. PARTICIPAÇÃO/ ABANDONO VOLUNTÁRIO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o médico dentista que lhe propõe a participação neste estudo. Ser-lhe-á pedido para informar o seu médico dentista se decidir retirar o seu consentimento.

O Investigador do estudo pode decidir terminar a sua participação neste estudo se entender que não é do melhor interesse para a sua saúde continuar nele. A sua participação pode ser também terminada se não estiver a seguir o plano do estudo, por decisão administrativa ou decisão da Comissão de Ética. O médico do estudo notificará-lo-á se surgir uma dessas circunstâncias, e falará consigo a respeito da mesma.



Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

9. CONFIDENCIALIDADE

Sem violar as normas de confidencialidade, serão atribuídos a auditores e autoridades reguladoras acesso aos registos médicos para verificação dos procedimentos realizados e informação obtida no estudo, de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis. Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial.

Ao assinar este Consentimento Informado autoriza este acesso condicionado e restrito.

Pode ainda em qualquer altura exercer o seu direito de acesso à informação. Pode ter também acesso à sua informação médica diretamente ou através do seu médico neste estudo. Tem também o direito de se opor à transmissão de dados que sejam cobertos pela confidencialidade profissional.

Os registos médicos que o identificarem e o formulário de consentimento informado que assinar serão verificados para fins do estudo pelo promotor e/ou por representantes do promotor, e para fins regulamentares pelo promotor e/ou pelos representantes do promotor e agências reguladoras noutros países. A Comissão de Ética responsável pelo estudo pode solicitar o acesso aos seus registos médicos para assegurar-se que o estudo está a ser realizado de acordo com o protocolo. Não pode ser garantida confidencialidade absoluta devido à necessidade de passar a informação a essas partes.

Ao assinar este termo de consentimento informado, permite que as suas informações médicas neste estudo sejam verificadas, processadas e relatadas conforme for necessário para finalidades científicas legítimas.

Confidencialidade e tratamento de dados pessoais

Os dados pessoais dos participantes no estudo, incluindo a informação médica ou de saúde recolhida ou criada como parte do estudo, tais como a história clínica e a dados relativos ao pós-operatório serão utilizados para condução do estudo, designadamente para fins de investigação científica e farmacológica relacionados com o medicamento ou com a patologia em estudo.

Ao dar o seu consentimento à participação no estudo, a informação a si respeitante, designadamente a informação clínica, será utilizada da seguinte forma:



Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

1. O promotor, os investigadores e as outras pessoas envolvidas no estudo recolherão e utilizarão os seus dados pessoais para as finalidades acima descritas.
2. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não o (a) identifica diretamente (e não ao seu nome) serão comunicados pelos investigadores e outras pessoas envolvidas no estudo ao promotor do estudo, que os utilizará para as finalidades acima descritas.
3. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não permita identificá-lo(a) diretamente, poderão ser comunicados a autoridades de saúde nacionais e internacionais.
4. A sua identidade não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações resultantes deste estudo.
5. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional.
6. Ao dar o seu consentimento para participar no estudo autoriza o promotor ou empresas de monitorização de estudos/estudos especificamente contratadas para o efeito e seus colaboradores e/ou autoridades de saúde, a aceder aos dados constantes do seu processo clínico, para conferir a informação recolhida e registada pelos investigadores, designadamente para assegurar o rigor dos dados que lhe dizem respeito e para garantir que o estudo se encontra a ser desenvolvido corretamente e que os dados obtidos são fiáveis.
7. Nos termos da lei, tem o direito de, através de um dos médicos envolvidos no estudo/estudo, solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como de solicitar a retificação dos seus dados de identificação.
8. Tem ainda o direito de retirar este consentimento em qualquer altura através da notificação ao investigador, o que implicará que deixe de participar no estudo/estudo. No entanto, os dados recolhidos ou criados como parte do estudo até essa altura que não o(a) identifiquem poderão continuar a ser utilizados para o propósito de estudo/estudo, nomeadamente para manter a integridade científica do estudo, e a sua informação médica não será removida do arquivo do estudo.
9. Se não der o seu consentimento, assinando este documento, não poderá participar neste estudo. Se o consentimento agora prestado não for retirado e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.



Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

10. COMPENSACÃO

Este estudo é da iniciativa do investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo.

11. CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC,

Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra

Telefone: 239 857 708

e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Andreia Alexandrina Vaz Pereira

Morada: Rua de Padim, nº 765, Fontarcada 4830-199 Póvoa de Lanhoso, Braga

Telefone: 969240201



Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.

A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao médico responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento. O médico responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.

4. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e os meus tratamentos no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo. Aceito em colaborar com o médico e informá-lo(a) imediatamente das alterações do meu estado de saúde e bem-estar e de todos os sintomas inesperados e não usuais que ocorram.
6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.
7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado.

Eu posso exercer o meu direito de retificação e/ ou oposição.



Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados médicos. Eu tenho conhecimento que o médico tem o direito de decidir sobre a minha saída prematura do estudo e que me informará da causa da mesma.
9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Nome do Participante _____

Assinatura : _____ **Data:** ____/____/____

Nome de Testemunha / Representante Legal: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os potenciais riscos do Estudo acima mencionado.

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Escala PoSSe¹
Qualidade de vida após extração dentária
(Via telefónica)

Número:

Data:

1. Alimentação

a) Durante a última semana, considera que a extração dentária afetou o seu paladar?

- i. Não, não afetou nada.
- ii. Sim, afetou um pouco.
- iii. Sim, afetou muito.

b) Na última semana durante quantos dias não conseguiu abrir a boca normalmente por causa da extração dentária?

- i. 0 dias
- ii. 1-2 dias
- iii. 3-4 dias
- iv. 5-6 dias
- v. 7 dias

2. Fonética

a) Na última semana, durante quantos dias é que a sua voz foi afetada pela extração dentária?

- i. 0 dias
- ii. 1-2 dias
- iii. 3-4 dias
- iv. 5-6 dias
- v. 7 dias

b) No pior dia da última semana, quanto é que a extração dentária afetou o seu discurso?

- i. Não afetou nada
- ii. Um pouco afetada.
- iii. Moderadamente afetada.
- iv. Severamente afetada.
- v. Incapaz de falar.

3. Sensações

a) Na última semana durante quantos dias sentiu formiguelo nos lábios ou na língua após a extração dentária?

- i. 0 dias
- ii. 1-2 dias
- iii. 3-4 dias
- iv. 5-6 dias
- v. 7 dias

b) Na última semana durante quantos dias sentiu a língua ou os lábios dormentes após a extração dentária?

- i. 0 dias
- ii. 1-2 dias
- iii. 3-4 dias
- iv. 5-6 dias
- v. 7 dias

4. Aparência

a) Na última semana durante quantos dias teve o pescoço ou a face com hematomas derivados da extração dentária?

- i. 0 dias
- ii. 1-2 dias
- iii. 3-4 dias
- iv. 5-6 dias
- v. 7 dias

b) Na última semana durante quantos dias teve o pescoço ou a face inchada por causa da extração dentária?

- i. 0 dias
- ii. 1-2 dias
- iii. 3-4 dias
- iv. 5-6 dias
- v. 7 dias

5. Dor

- a) Na última semana durante quantos dias sentiu dor por causa da extração dentária?
- i. 0 dias
 - ii. 1-2 dias
 - iii. 3-4 dias
 - iv. 5-6 dias
 - v. 7 dias
- b) Durante a última semana, conseguiu controlar a dor com medicação?
- i. Não tive dor.
 - ii. Sim, consegui controlar totalmente a dor.
 - iii. Controlada na maioria das vezes, mas ainda com desconforto.
 - iv. Mal controlada.
 - v. Sem nenhum controlo sobre a dor com medicação.

6. Doença

- a) Durante a última semana, durante quantos dias vomitou ou sentiu náuseas?
- i. 0 dias
 - ii. 1-2 dias
 - iii. 3-4 dias
 - iv. 5-6 dias
 - v. 7 dias
- b) No pior dia da última semana, quantas vezes vomitou ou sentiu náuseas?
- i. Nenhuma vez.
 - ii. Um dia.
 - iii. 2-3 vezes.
 - iv. Mais do que 3 vezes.
 - v. Sempre.

7. Interferências com as atividades diárias

a) Durante a última semana, considera que a extração o/a impediu de realizar o seu trabalho ou outras atividades diárias?

- i. Não, não impediu nada.
- ii. Continuou a trabalhar, mas em prejuízo do trabalho.
- iii. Sim, durante um dia.
- iv. Sim, durante 2-6 dias.
- v. Sim, durante 7 dias.

b) Na última semana, considera que a extração dentária afetou as suas atividades de lazer (desporto, hobbies e vida social)?

- i. Não afetou nada
- ii. Um pouco afetada.
- iii. Moderadamente afetada.
- iv. Severamente afetada.
- v. A extração impediu toda a minha vida social.

c) Na última semana, quanto é que a dor afetou a sua vida?

- i. Não afetou nada
- ii. Um pouco afetada.
- iii. Moderadamente afetada.
- iv. Severamente afetada.

1. Ruta, D. A., Bissias, E., Ogston, S., & Ogden, G. R. (2000). Assessing health outcomes after extraction of third molars: The postoperative symptom severity (PoSSe) scale. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 38(5), 480–487. <https://doi.org/10.1054/bjom.2000.0339>

Anexo IV: Tabela da distribuição das pontuações obtidas no questionário

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid ,00 | 17 | 14,7 | 14,7 | 14,7 |
| 1,25 | 2 | 1,7 | 1,7 | 16,4 |
| 1,50 | 1 | ,9 | ,9 | 17,2 |
| 2,38 | 27 | 23,3 | 23,3 | 40,5 |
| 2,48 | 1 | ,9 | ,9 | 41,4 |
| 2,63 | 2 | 1,7 | 1,7 | 43,1 |
| 3,48 | 1 | ,9 | ,9 | 44,0 |
| 3,75 | 1 | ,9 | ,9 | 44,8 |
| 3,88 | 3 | 2,6 | 2,6 | 47,4 |
| 4,76 | 13 | 11,2 | 11,2 | 58,6 |
| 5,01 | 2 | 1,7 | 1,7 | 60,3 |
| 5,38 | 1 | ,9 | ,9 | 61,2 |
| 5,59 | 1 | ,9 | ,9 | 62,1 |
| 5,89 | 1 | ,9 | ,9 | 62,9 |
| 6,00 | 1 | ,9 | ,9 | 63,8 |
| 6,01 | 1 | ,9 | ,9 | 64,7 |
| 6,26 | 3 | 2,6 | 2,6 | 67,2 |
| 6,60 | 1 | ,9 | ,9 | 68,1 |
| 7,01 | 1 | ,9 | ,9 | 69,0 |
| 7,11 | 1 | ,9 | ,9 | 69,8 |
| 7,13 | 2 | 1,7 | 1,7 | 71,6 |
| 7,19 | 1 | ,9 | ,9 | 72,4 |
| 7,35 | 1 | ,9 | ,9 | 73,3 |
| 7,39 | 1 | ,9 | ,9 | 74,1 |
| 7,61 | 1 | ,9 | ,9 | 75,0 |
| 8,22 | 1 | ,9 | ,9 | 75,9 |
| 8,23 | 4 | 3,4 | 3,4 | 79,3 |
| 8,49 | 2 | 1,7 | 1,7 | 81,0 |
| 8,89 | 3 | 2,6 | 2,6 | 83,6 |
| 9,32 | 1 | ,9 | ,9 | 84,5 |
| 9,73 | 2 | 1,7 | 1,7 | 86,2 |
| 9,99 | 1 | ,9 | ,9 | 87,1 |
| 10,14 | 1 | ,9 | ,9 | 87,9 |
| 10,60 | 1 | ,9 | ,9 | 88,8 |
| 10,86 | 1 | ,9 | ,9 | 89,7 |
| 11,27 | 1 | ,9 | ,9 | 90,5 |
| 11,54 | 1 | ,9 | ,9 | 91,4 |
| 12,01 | 1 | ,9 | ,9 | 92,2 |
| 13,19 | 1 | ,9 | ,9 | 93,1 |
| 13,86 | 2 | 1,7 | 1,7 | 94,8 |
| 17,11 | 1 | ,9 | ,9 | 95,7 |
| 19,68 | 1 | ,9 | ,9 | 96,6 |
| 22,64 | 1 | ,9 | ,9 | 97,4 |
| 24,32 | 1 | ,9 | ,9 | 98,3 |
| 33,51 | 1 | ,9 | ,9 | 99,1 |
| 50,96 | 1 | ,9 | ,9 | 100,0 |
| Total | 116 | 100,0 | 100,0 | |

