RENATA MATALON NEGREIROS VICENTE

Cirurgia de terceiros molares: avaliação da dor, edema, qualidade de vida e variações conforme posição dental

São Paulo

2010

RENATA MATALON NEGREIROS VICENTE

Cirurgia de terceiros molares: avaliação da dor, edema, qualidade de vida e variações conforme posição dental

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências Odontológicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Prof. Dr. Edgard Michel Crosato

São Paulo

2010

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Vicente, Renata Matalon Negreiros

Cirurgia de terceiros molares: uma avaliação da dor, edema, qualidade de vida e variações conforme posição dental / Renata Matalon Negreiros Vicente; orientador Edgard Michel Crosato. -- São Paulo, 2010.

166p. : fig., tab.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Odontologia Social -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

1. Terceiro molar – Cirurgia – Pós-operatório – Avaliação. 2. Odontologia Social. I. Crosato, Edgard Michel. II. Título.

Negreiros RM. Cirurgia de terceiros molares: avaliação da dor, edema, qualidade de vida e variações conforme posição dental. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências Odontológicas.

Aprovado em: / /2010

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A Deus, que me ilumina, me guia e me presenteou com uma linda família

Com muito amor e carinho

Ao meu amado marido **Ricardo** e aos meus filhos **Vitor** e **Bruno**, razões de meu viver

Aos meus queridos pais **Keila** e **Elie**, eterna gratidão pela criação e afeto

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr Waldyr Antonio Jorge, agradeço pelo estímulo de crescimento constante, pela abertura de caminhos e pelo exemplo de conduta profissional, ética e moral

Ao Prof Dr Edgard Michel Crossato, que muito admiro, pela orientação, dedicação, ensinamentos, exemplo de academissismo e pela oportunidade concedida de realizar um objetivo

Ao Prof Dr Edgard Crossato, pela oportunidade concedida

Aos meus colegas de trabalho, e amigos, de alguma forma me ajudaram me cobrindo em minhas funções do curso de especialização ou auxiliando na busca por pacientes. Triagem: Anichino, Michele e Tatiana; clínica: Gláucio, Mauricio, Ana Mara e Morando, Aperfeiçoamento: Priscila, Gustavo e Elizabeth; Bauer e Basílio; Lisana e Leandro.

Aos Profs Monica e Silvio Duailibi, por despertar a paixão pela pesquisa, pelos ensinamentos laboratoriais, e pelo surgimento de uma grande amizade

As amigas e colegas Priscila que iniciou como aluna, passou a estagiaria e é minha amiga, além de trabalhamos juntas, se empenhou muito em contribuir na coleta dos dados. Cecília que além da amizade, durante a orientação de seu trabalho me surgiram idéias para esta pesquisa. Monira, amiga que muito me estimulou no inicio desta caminhada e me abriu a principal porta, apresentando-me ao meu orientador.

Aos alunos dos cursos de especialização em CTBMF (cirurgia e Traumatologia Bucomaxilifacial) FUNDECTO (Fundação para o Desenvolvimento Tecnológico e Científico da Odontologia) pelo empenho em enriquecer a amostra e desempenho nos procedimentos cirúrgicos

Aos pacientes que enfrentam angústias, dor e sofrimento e ainda assim se dispuseram à fornecer informações inerentes a pesquisa

Aos funcionários FUNDECTO, Lucy, Salete e assistentes da clínica, pela contribuição no contato com os pacientes e pelo esforço diário e trabalho de assistência aos pacientes

A banca de qualificação, Prof Flavio, Prof Waldyr Jorge e Prof Michel-Crosato, pelas correções de rotas e críticas construtivas

A amiga Patrícia Troncoso pela ajuda na correção do texto

Ao meu pai Elie, pela ajuda nas correções do inglês do artigo

Ao meu marido Ricardo pela ajuda e orientações nas revisões do trabalho em geral

As avós de meus filhos Keila e Miriam, por estarem presentes em minha casa e cuidarem de minhas preciosidades, para que eu pudesse ter tempo e me dedicar a este trabalho

À todos professores e funcionários do Departamento de Odontologia Social, por ter me dado a oportunidade de realizar uma meta que estava sendo buscada há anos, e auxílio nos tramites burocráticos

Ao PAE (Programa de Assistencia ao Ensino), pela bolsa concedida durante 4 meses e pelos ensinamentos adquiridos na disciplina de gestão e marketing em odontologia coordenada pelo Prof Edgard Michel-Crosato

A Bolsa Capes, cedida pelo Depto de Odontopediatria por três meses

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para realização deste trabalho

“Determinação coragem e auto confiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.”

Dalai Lama

RESUMO

Negreiros RM. Cirurgia de terceiros molares: avaliação da dor, edema, qualidade de vida e variações conforme posição dental [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2010.

A remoção dos terceiros molares é um procedimento cirúrgico amplamente realizado com diversas indicações. A prevalência do edema e da dor, no período pós-operatório, é freqüente, podendo ocasionar alteração da qualidade de vida dos pacientes. O objetivo principal foi avaliar dor, edema e qualidade de vida após a exodontia de terceiros molares e suas variações de acordo com a posição do dente. Desenvolvemos um estudo prospectivo intervencional com 86 pacientes cujo planejamento pré-operatório era extrair dois terceiros molares do mesmo lado no mesmo tempo cirúrgico. Os pacientes foram divididos em dois grupos, dependendo da posição do terceiro molar inferior, segundo a classificação de Pell-Gregory (1942) e Winter (1933). A dor, o edema e a qualidade de vida foram às variáveis avaliadas antes (pré operatório) e depois (pós-operatório por sete dias) do procedimento cirúrgico. A dor foi quantificada de acordo com uma escala visual numérica (0-4), o edema através de uma escala visual ilustrativa (A-D), e a qualidade de vida através do questionário “*Oral Health Impact Profile*” (OHIP-14). Os dados foram digitados e analisados no pacote estatístico STATA 10.0, com estatística descritiva e inferencial. O nível de significância utilizada foi de 95%. Resultados: A variação da dor, do edema e do OHIP total ao longo dos dias de pós-operatório foi significativa. A dor e o edema pós-operatórios estiveram presentes até o 5PO. Os valores de OHIP-14 foram altos no 1PO e 2PO e retornaram ao valor inicial no 6PO (pré-operatório). Os domínios que apresentaram os maiores índices de pacientes com impacto foram 2, 3 e 4. Conclusão: A dor, o edema e o OHIP estão ligados a dificuldade cirúrgica de exodontia dos terceiros molares. A dor pós-operatória teve um comportamento decrescente ao longo dos dias. O edema teve um comportamento progressivo (3PO) e posteriormente decrescente. O impacto na QV ocorre no pós-operatório imediato (1 e 2PO) e retorna aos valores normais rapidamente (6PO). A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FOU SP (Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo) sob o número FR 266884 protocolo 108/2009.

Palavras-chaves: Dente serotino. Dor. Edema. Epidemiologia. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Negreiros RM. Third molar surgery: evaluation of pain, swelling, quality of life and its variation concerning to the dental position [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2010.

Third molar extraction surgery is widely performed with several indications. Pain and swelling prevalence are usual after surgery with potential effects on patients quality of life. Our primary aim was to evaluate the pain, swelling and quality of life after third molar tooth extraction surgery and the effects according to its original position. We performed an interventional prospective study within 86 patients whom preoperative planning is removal of two third molar teeth from the same side at one-time procedure. Two groups of patients were divided depending on their initial positioning classification (Pell and Gregory and Winter). Pain, swelling and quality of life are the outcomes that were evaluated before and after (seven days) the surgical procedure by the main researcher. Pain was quantified according to a numeric visual score (range 0 to 4), swelling with an illustrated visual score (range A to D) and quality of life by *Oral Health impact Profile* questionnaire (OHIP-14). Data will was treated and analyzed according to STATA 10.0, software, and descriptive and inferential statistics were performed. The significance level that was used is 0,05. Results: The variation of pain, swelling and OHIP total among the days after surgery was significant. The pain and swelling after surgery were present until the fifth day after surgery. The highest OHIP scores were at the first and second days after the procedure and returned to the initial value on sixth day (preoperative). The domains that have higher rates, with impaction patients lifes were 2, 3 and 4. Conclusion: Pain, swelling and OHIP are linked to the difficulty of surgical extraction of third molars. The postoperative pain had a decreasing behavior over the day. The swelling behavior was progressive (third day) and then decreases. The impact on QoL occurs in the immediate postoperative period (first and second days) and returns to normal quickly (6PO). The study had the approval of ethics committee from University of Sao Paulo Dental School (FR 266884- 108/2009).

Keywords: Molar third. Pain. Edema. Epidemiology. Quality of life

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1- Modelo esquemático do OHIP	59
Figura 4.1- Classificação de Pell e Gregory: Classe I, II, III	68
Figura 4.2 - Classificação de Pell e Gregory: Posição A, B, C	68
Figura 4.3 - Classificação de Winter: (vertical, mesioangular, distoangular, horizontal)	69
Figura 5.1- Distribuição dos participantes segundo prevalência da dor e tempo de pós-operatório	77
Figura 5.2- Distribuição dos participantes segundo severidade da dor e tempo de pós-operatório	77
Figura 5.3- Distribuição dos participantes segundo prevalência do edema e os dias de pós-operatório	80
Figura 5.4- Distribuição dos participantes segundo prevalência do edema e os dias de pós-operatório	80
Figura 5.5- Distribuição da prevalência dos domínios do questionário OHIP-14 ao longo dos dias de pós-operatório	82
Figura 5.6- Distribuição da severidade dos domínios do questionário OHIP-14 ao longo dos dias de pós-operatório	83
Figura 5.7- Distribuição da severidade do total do questionário OHIP-14 ao longo dos dias de pós-operatório	84
Figura 5.8- Distribuição da severidade da dor com relação ao gênero ao longo dos dias de pós-operatório	85

Figura 5.9- Distribuição da severidade do edema com relação ao gênero ao longo dos dias de pós-operatório	86
Figura 5.10- Distribuição da severidade do OHIP total com relação ao gênero ao longo dos dias de pós-operatório	87
Figura 5.11- Distribuição da severidade do domínio 1 do OHIP-14 com relação ao gênero ao longo dos dias de pós-operatório	88
Figura 5.12- Distribuição da severidade do domínio 2 do OHIP-14 com relação ao gênero ao longo dos dias de pós-operatório	89
Figura 5.13- Distribuição da severidade do domínio 3 do OHIP-14 com relação ao gênero ao longo dos dias de pós-operatório	90
Figura 5.14- Distribuição da severidade do domínio 4 do OHIP-14 com relação ao gênero ao longo dos dias de pós-operatório	91
Figura 5.15- Distribuição da severidade do domínio 5 do OHIP-14 com relação ao gênero ao longo dos dias de pós-operatório	92
Figura 5.16- Distribuição da severidade do domínio 6 do OHIP-14 com relação ao gênero ao longo dos dias de pós-operatório.....	93
Figura 5.17- Distribuição da severidade do domínio 7 do OHIP-14 com relação ao gênero ao longo dos dias de pós-operatório.....	94
Figura 5.18- Distribuição da severidade da dor e sintomas prévios ao longo dos dias de pós-operatório.....	95
Figura 5.19- Distribuição da severidade do edema e sintomas prévios ao longo dos dias de pós-operatório	96
Figura 5.20- Distribuição da severidade do OHIP total e sintomas prévios ao longo dos dias de pós-operatório	97

Figura 5.21- Distribuição da severidade da dor e classificação ao longo dos dias de pós-operatório.....	98
Figura 5.22- Distribuição da severidade do edema e classificação ao longo dos dias de pós-operatório.....	99
Figura 5.23- Distribuição da severidade do OHIP total e classificação ao longo dos dias de pós-operatório	100
Figura 5.24- Distribuição da severidade do OHIP1 e classificação ao longo dos dias de pós-operatório.....	101
Figura 5.25- Distribuição da severidade do OHIP 2 e classificação ao longo dos dias de pós-operatório.....	102
Figura 5.26- Distribuição da severidade do OHIP 3 e classificação ao longo dos dias de pós-operatório.....	103
Figura 5.27- Distribuição da severidade do OHIP 4 e classificação ao longo dos dias de pós-operatório.....	104
Figura 5.28- Distribuição da severidade do OHIP 5 e classificação ao longo dos dias de pós-operatório.....	105
Figura 5.29- Distribuição da severidade do OHIP 6 e classificação ao longo dos dias de pós-operatório.....	106
Figura 5.30- Distribuição da severidade do OHIP 7 e classificação ao longo dos dias de pós-operatório.....	107

LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1- Classificação que relaciona posição do dente ao grau de dificuldade na exodontia.....	70
Tabela 5.1- Distribuição dos participantes segundo gênero e escolaridade	72
Tabela 5.2- Distribuição dos participantes segundo idade, número de familiares	72
Tabela 5.3- Distribuição dos participantes segundo sintomas prévios, absenteísmo no trabalho, pericoronarite e número de dente	73
Tabela 5.4- Distribuição dos participantes segundo auto-avaliação da ansiedade pré-operatória, realização de odontosecção e osteotomia no procedimento cirúrgico	73
Tabela 5.5- Distribuição dos participantes segundo tempo de cirurgia, de número de anestésicos	74
Tabela 5.6- Distribuição dos participantes segundo classificações de Winter e Pell e Gregory dos terceiros molares superiores	74
Tabela 5.7- Distribuição dos participantes segundo classificações de posições dos terceiros molares inferiores	75
Tabela 5.8- Distribuição dos participantes segundo dor e dia do pós-operatório	76
Tabela 5.9. Relação entre dor e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos	78
Tabela 5.10- Distribuição dos participantes segundo dias de utilização de analgésico no pós-operatório	78
Tabela 5.11- Distribuição dos participantes segundo edema e dia do pós-operatório ..	79

Tabela 5.12- Relação entre edema e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos	81
Tabela 5.13- prevalência do impacto nos domínios do OHIP e tempo de pós-operatório	81
Tabela 5.14- Relação entre OHIP (domínios) e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos	83
Tabela 5.15- Relação entre OHIP e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos	84
Tabela 5.16- Relação entre dor e gênero ao longo do tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos	85
Tabela 5.17- Relação entre edema, gênero e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos	86
Tabela 5.18- Relação entre OHIP total, gênero e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos	87
Tabela 5.19- Relação entre OHIP domínio 1, gênero e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos	88
Tabela 5.20- Relação entre OHIP domínio 2 gênero e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos	89
Tabela 5.21- Relação entre OHIP 3, Gênero e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos	90
Tabela 5.22- Relação entre OHIP 4, Gênero e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos	91
Tabela 5.23- Relação entre OHIP 5, Gênero e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos	92

Tabela 5.24- Relação entre OHIP 6, Gênero e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos.....	93
Tabela 5.25- Relação entre OHIP 7, Gênero e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos.....	94
Tabela 5.26- Relação entre dor e idade, dor e edema e dor e OHIP e tempo de pós-operatório.....	94
Tabela 5.27- Relação entre sintomas prévios e dor ao longo do tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos.....	95
Tabela 5.28- Relação entre edema e sintomas prévios ao longo do tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos.....	96
Tabela 5.29- Relação entre sintomas prévios e OHIP total ao longo do tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos.....	97
Tabela 5.30- Relação entre severidade da dor e classificação de dentes ao longo do tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos...	98
Tabela 5.31- Relação entre edema e classificação de dificuldade da exodontia ao longo do tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos	99
Tabela 5.32- Relação entre OHIP total e classificação da dificuldade da exodontia e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos.	100
Tabela 5.33- Relação entre OHIP1 e classificação ao longo dos dias de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos.....	101
Tabela 5.34- Relação entre OHIP2 e classificação e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos.....	102
Tabela 5.35- Relação entre OHIP3 e classificação ao longo do tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos.....	103

Tabela 5.36- Relação entre OHIP 4 e classificação ao longo do tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos.....	104
Tabela 5.37- Relação entre OHIP 5 e classificação ao longo do tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos.....	105
Tabela 5.38- Relação entre OHIP 6 e classificação ao longo do tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos.....	106
Tabela 5.39- Relação entre OHIP 7 e classificação ao longo do tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos.....	107

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ATM	Articulação temporo mandibular
DC	Dia da cirurgia
3°M	Terceiro molar
3°Ms	Terceiros molares
gr	Grama
mg	Miligramas
OHIP	<i>Oral Health Impact Profile</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PO	Pós-operatório
1PO	Primeiro dia de pós-operatório
2PO	Segundo dia de pós-operatório
3PO	Terceiro dia de pós-operatório
4PO	Quarto dia de pós-operatório
5PO	Quinto dia de pós-operatório
6PO	Sexto dia de pós-operatório
7PO	Sétimo dia de pós-operatório
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de vida relacionado à saúde
VO	Via oral

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1 TERCEIROS MOLARES	23
2.2 CLASSIFICAÇÃO DOS TERCEIROS MOLARES	31
2.3 PÓS-OPERATÓRIO: DOR E EDEMA	36
2.4 QUALIDADE DE VIDA	48
2.4.1 Qualidade de vida relacionada á saúde bucal	49
2.5 OHIP	55
3 PROPOSIÇÃO	63
3.1 Objetivo Geral	63
3.2 Objetivos Específicos	63
4 MATERIAL E MÉTODO	64
4.1 TIPO DE ESTUDO	64
4.2 COLETA DE DADOS	64
4.3 CARACTERÍSTICA DA AMOSTRA	64
4.3 1 Critério de inclusão	65
4.3 2 Critérios de exclusão	65
4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO	66
4.4 1 Dor	66
4.4.2 Edema	66
4.4.3 Qualidade de Vida e impactos nas atividades diárias	67
4.5 GRUPOS EXISTENTES	67
4.5.1 Classificação de Pell e Gregory	67
4.5.2 Classificação de Winter	68
4.6 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	70
4.6.1 Informações adicionais	71
4.7 FORMA DE ANÁLISE DE DADOS	71
5 RESULTADOS	72
6 DISCUSSÃO	108
6.1 TERCEIROS MOLARES	108
6.1.1 Indicações	108

6.1.2 Terceiros Molares Assintomáticos	110
6.1.3 Idade	113
6.1.4 Decisão terapêutica.....	113
6.2 CLASSIFICAÇÃO DOS TERCEIROS MOLARES	115
6.2.1 Definição e finalidade.....	115
6.2.2 Incidência das classificações	116
6.3 CARACTERÍSTICAS DAS AMOSTRAS	118
6.3.1 Quanto ao sexo, idade e lado.....	118
6.3.2 Sintomas prévios	119
6.4 PÓS-OPERATÓRIO: DOR E EDEMA.....	120
6.4.1 Sintomas pós-operatórios	120
6.4.2 Método de avaliação da dor e do edema.....	123
6.4.3 Resultados de dor e edema no PO	125
6.4.4 PO em pacientes com sintomas prévios e pericoronarite.....	128
6.4.5 Variações de sintomas PO	129
6.4.5.1 Quanto á técnica e classificação	129
6.4.5.2 Quanto ao gênero	131
6.4.5.3 Quanto à idade	132
6.4.5.4 Quanto ao tempo de cirurgia	133
6.4.5.5 Quanto à experiência do cirurgião.....	134
6.4.5.6 Absenteísmo.....	134
6.5 QUALIDADE DE VIDA	135
6.5.1 Definição	135
6.5.2 QVRS	136
6.5.3 Indicação de exodontia relacionando com QV	138
6.6 OHIP	139
6.6.1 Definição	139
6.6.2 Domínios	143
6.6.3 Resultados	144
7 CONCLUSÃO	149
REFERÊNCIAS.....	150
ANEXOS	160

1 INTRODUÇÃO

Há milhares de anos atrás as longas mandíbulas dos ancestrais da espécie humana mostravam o benefício que os terceiros molares traziam para a dentição. À medida que o tamanho da mandíbula diminuiu ao longo dos anos, assim como, o espaço necessário para incluir o terceiro molar (3ºM) na dentição, a tendência dos terceiros molares não erupcionarem aumentou. Atualmente, existe uma alta prevalência de pacientes que possuem terceiros molares até a idade adulta, sendo que, estes podem possuir um ou mais terceiros molares impactados ou com higienização dificultada. Estes dentes normalmente, são dentes com pouca função e alto índice de doenças associadas (Silvestri; Singh, 2003).

Quando os terceiros molares irrompem na cavidade oral entre 17 e 28 anos de idade, podem ou não erupcionar em alinhamento correto e funcional. Eles são os dentes com maior prevalência e incidência de inclusão (Chaves Junior et al., 2006). Isso se deve ao fato de os terceiros molares serem os últimos dentes a completar sua formação e, cronologicamente os últimos a irromper, ficando susceptíveis à falta de espaço no arco dentário (discrepância dento óssea negativa) ou não conseguindo romper o denso revestimento ósseo, ou o tecido mole sobreposto (Peterson et al., 2000). Isso pode resultar em um dente erupcionado, parcialmente erupcionado ou incluso (Godfrey; Dent, 1999).

Quando inclusos são potencialmente capazes de causar transtornos e prejuízos à saúde bucal do indivíduo, como doença periodontal, pericoronarite, reabsorção radicular dos dentes adjacentes, desenvolvimento de cistos e tumores. Estes riscos fazem com que a exodontia seja indicada (Chaves Junior et al., 2006).

Muitas vezes a presença destes dentes pode levar a lesões e prejuízo da saúde bucal do indivíduo, tendo um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas (Slade et al., 2004), as quais podem relatar dificuldade em relaxar, interrupções nas refeições, irritabilidade e tensão que muitas vezes implicam em falta às atividades laborais e cotidianas (Michel-Crosato et al., 2005; Savin; Ogden, 1997).

A idade recomendada para exodontia de terceiros molares com menores índices de complicações e um melhor prognóstico é de até 24 anos (Sato et al.,

2009) uma vez que estudos apontam que a morbidade é menor em pacientes jovens (Mercier; Precious, 1992).

A cirurgia de terceiros molares é recomendada quando o paciente apresenta sintomas, principalmente dor. No entanto alguns profissionais indicam a exodontia em pacientes assintomáticos, profilaticamente, procedimento criticado por alguns autores (Sato et al., 2009). Outras indicações das exodontias são ortodôntica, perda da função por falta do dente antagonista ou erupção fora do arco, presença de infecção, lesões cariosas, cisto, tumores, destruição do dente adjacente ou osso, aumento do volume no capuz pericoronário do folículo dental, perda óssea alveolar na porção distal do segundo molar ou reabsorção radicular, pericoronarite e disfunção da articulação temporo-mandibular (ATM) (Mercier; Precious, 1992; Sato et al., 2009).

Quase todos os adultos jovens enfrentam a dúvida de extrair ou não os terceiros molares, sendo que esta decisão não é unânime, principalmente se o paciente não apresentar sintomas como dor, edema e limitação de abertura bucal (Shugars et al., 1996).

Os Cirurgiões-dentistas clínicos também enfrentam uma dificuldade no momento de indicar manter ou não os terceiros molares, principalmente os inclusos assintomáticos que são descobertos em radiografias panorâmicas (Mercier; Precious, 1992). É controversa a indicação da exodontia para prevenir futuros problemas ao invés de monitorá-lo (proservá-lo). A decisão apropriada requer conhecimento do seguimento clínico de cada alternativa, assim como, dos efeitos que eles têm na vida dos pacientes (Shugars et al., 1996).

As complicações mais comuns das exodontias são infecção, alveolite, disestesia, parestesia, hemorragia, dor e trismo (Sato et al., 2009), e os acidentes transoperatórios são: fratura dento alveolar, injúria ao dente vizinho, fratura da mandíbula, dano à ATM (Mercier; Precious, 1992), enfisema fascial subcutâneo, hemorragias, lesões nervosas, comunicação buco sinusal, lesões aos tecidos moles (Negreiros et al., 2008).

Os sintomas mais comuns e importantes após cirurgias da extração dos terceiros molares são dor, trismo e edema (Taube et al., 1990; Van Wijk et al., 2009). A ocorrência e a intensidade destes podem variar conforme a técnica cirúrgica e a predisposição do paciente. A dor é um componente subjetivo em contraste com o

edema que é uma alteração física de volume tecidual tridimensional (Silvestri; Singh, 2003).

Dois grandes fatores têm contribuído para o estudo do impacto da dor na qualidade de vida: o aumento da frequência da dor e as pesquisas específicas voltadas para seu tratamento, além da teoria que a dor afeta o indivíduo como um todo (Niv; Kreitler, 2001).

Existe um crescente reconhecimento que o impacto da condição oral na qualidade de vida é um critério que pode ser útil na decisão terapêutica de extraí-lo ou não (Slade et al., 2004).

O presente estudo pretendeu avaliar clinicamente se a posição do terceiro molar inferior interfere no desconforto pós-operatório, além de mensurar o impacto dos sintomas do pós-operatório na qualidade de vida. A dor foi quantificada de acordo com uma escala visual numérica (0-4), o edema através de uma escala visual ilustrativa (A-D) e a qualidade de vida através do questionário OHIP-14.

Com a divulgação dos resultados, poderemos rever as indicações das exodontias dos terceiros molares e o quanto isto interfere na vida dos pacientes, verificar que os critérios de indicação da exodontia não se restringem somente aos critérios clinico-cirúrgicos, principalmente quando se trata de dentes inclusos assintomáticos, os critérios devem se estender às condições da vida e qualidade de vida dos pacientes, ampliando assim, a visão dos cirurgiões bucomaxilofacial.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 TERCEIROS MOLARES (3ºM)

O estudo da literatura e vivência clínica tem demonstrado que o sucesso da extração de terceiros molares inferiores impactados com o mínimo de trauma depende do correto exame clínico e interpretação radiográfica, em conjunto com a técnica cirúrgica que é realizada para cada tipo de caso (Winter, 1926).

O objetivo técnico durante o procedimento cirúrgico de remoção de terceiros molares é promover espaço suficiente para passagem do dente e, ao mesmo tempo, conservar e proteger os tecidos adjacentes (Pell; Gregory, 1942).

Com o aumento de idade dos pacientes há alterações na região do terceiro molar como o aumento da densidade óssea, a diminuição da membrana periodontal, o preenchimento do espaço do folículo por cimento, além da possibilidade de absorção da coroa do dente não erupcionado por aumento da atividade osteoclástica (Pell; Gregory, 1942).

Knutson et al. (1992) estudaram a necessidade de exodontia de terceiro molar assintomático, e sugeriram extrair apenas os terceiros molares que estiverem semi inclusos (parcialmente cobertos por tecido mole ou duro). Contraindicaram a exodontia em pacientes com idade acima de 50 anos com terceiros molares inclusos (totalmente cobertos por tecido ósseo) e em posição vertical, baseados em estudos que mostraram que menos de 10,0 a 15,0% de terceiros molares inclusos irão ter alterações patológicas. Sugeriram que os cirurgiões-dentistas tenham maior compreensão e conhecimento no momento de indicação da exodontia de terceiros molares, e o fator mais importante deverá ser, acima de tudo, a decisão do paciente.

Existe um dilema que envolve extrair ou não o 3ºM assintomático. A cirurgia de 3ºM incluso é a mais comum realizada pelos cirurgiões-bucomaxilofaciais. As indicações clássicas de exodontia dos 3ºMs são: infecção, lesões cariosas que não são passíveis de restaurar, cisto, tumor e destruição de dente ou osso adjacente. A morbidade cirúrgica é menor quando o paciente é mais jovem (Mercier; Precious, 1992).

A conduta conservadora (quando se opta por não extrair o dente), certamente aumenta o risco de pericoronarite e a morbidade após a exodontia tardia. Os riscos de não extrair são: apinhamento de dentes anteriores, reabsorção do dente adjacente e doença periodontal, desenvolvimento de alterações patológicas como infecção, cisto e tumor. Os riscos de extrair são: parestesia, alveolite, trismo, infecção, hemorragia, fratura dentoalveolar, deslocamento do dente, e outros (Mercier; Precious, 1992).

Mercier e Precious (1992) descreveram as etapas da formação dos 3^ºMs: aos 7 anos de idade encontra-se uma cripta visível, entre 9-12 anos acontece a mineralização da coroa, entre 16-18 anos ocorre a formação radicular. A maturidade do dente tende a coincidir com o término do crescimento esquelético, entretanto a força eruptiva pode estar presente até ser um adulto jovem.

A pericoronarite é uma infecção que normalmente precede a formação do abscesso que pode tomar as vias anatômicas. A pericoronarite é a causa mais freqüente (40,0%) de indicação de exodontia de 3^ºM (Mercier; Precious, 1992).

As causas da indicação de exodontia de terceiros molares relatadas no estudo retrospectivo de Chiapasco et al., (1993) são: prevenção de transtornos (dentes assintomáticos) (30,0%), pericoronarite (22,4%), cistos e tumores odontogênicos (1,5%), doença periodontal (10,0%), reabsorção de coroa ou raiz de segundo molar (4,9%), dor (9,1%), indicação ortodôntica (23,2%), disfunção de ATM (1,3%), indicação protética (2,5%), cárie no terceiro molar (2,9%) e outras (1,9%).

Em seu estudo, Humphris et al. (1993) propuseram aumentar o conhecimento dos pacientes sobre os procedimentos cirúrgicos, por meio de uma explanação sobre seu diagnóstico, para assim melhorar a satisfação pós tratamento.

Os terceiros molares erupcionam relativamente tarde e vagarosamente, portanto distúrbios como pericoronarite, ocorrem na segunda e terceira década de vida, e esta é o maior motivo de indicação de exodontia precoce. Para prevenir estes distúrbios indica-se a exodontia precoce. As causas de indicações das exodontias foram: impacções (75%), pericoronarite (10%), dentes sem função(8%), cáries(5%), cistos (0,5%) e periodontite (0,1%) (Boer et al., 1995).

Quase todos os adultos jovens enfrentam a decisão de extrair ou não seus terceiros molares, que não é padronizada, especialmente quando os dentes são assintomáticos. A controvérsia existe entre a decisão de extrair o terceiro molar para prevenir futuros problemas ou monitorá-los. A decisão apropriada requer

conhecimento de resultados clínicos, assim como, dos efeitos que eles têm sobre a vida dos pacientes (Shugars et al., 1996).

Os efeitos à saúde, sociais e financeiros após a exodontia de terceiros molares são sempre subestimados pelos cirurgiões. É importante que os terceiros molares sejam removidos apenas quando é esperado um claro benefício ao paciente. A cura da doença nunca pode ser pior que a própria doença. Nenhum consenso foi alcançado sobre a postura ideal frente a um 3ºM assintomático, acredita-se que os pacientes mais jovens tem a morbidade minimizada, mas isto não justifica a indicação da exodontia. Neste estudo a pericoronarite foi o motivo de decisão de extração em 39.5%, houve uma incidência maior de 3ºM no lado esquerdo, e em mulheres e quanto a faixa etária, a mais comum foi entre 21 e 25 anos. Os dentes mais comuns a serem extraídos para prevenir transtornos (assintomáticos) são os 3ºMs superiores (Worrall et al., 1998).

Após exodontia de 3ºM o dia de retorno às atividades sociais e laborais foi após o 3ºPO. As mulheres tiveram um período de recuperação mais longo. Todos os pacientes demandam mais informações nas suas decisões sobre os cuidados bucais e necessitam de alto grau de compreensão antes de conceder o tratamento. Estudos adicionais são necessários para monitorar terceiros molares, assim pacientes poderão estar mais informados, pacientes demandam mais alternativas antes de tomar suas decisões de cuidados com saúde e requerem um nível maior de esclarecimento antes de conceder qualquer tratamento (Conrad et al., 1999).

Os 3ºMs são dentes com desenvolvimento incerto, que normalmente ficam mal posicionados no arco dentário e não possuem função essencial. São considerados assintomáticos quando o paciente não relata dor ou desconforto relacionado a este dente, porém isto não significa que não apresentem riscos potenciais. Embasados no risco, indica-se a exodontia destes com o intuito de prevenir apinhamento de dentes anteriores, seqüelas patológicas ligadas a dentes inclusos (cisto, tumor) e a semi erupcionados (pericoronarite) e absorção ou cáries nos dentes vizinhos, conseqüentemente, considera-se os profissionais que não a indicam, negligentes (Godfrey; Dent, 1999).

Dente incluso é o órgão dentário que mesmo completamente formado, não irrompeu na cavidade bucal, encontrando-se coberto por tecido ósseo ou mucoso. Dentre todos os elementos dentários os terceiros molares são os que apresentam maior freqüência de inclusão, são os últimos dentes a se formar e ficam suscetíveis

à falta de espaço no arco dentário. Quando inclusos são capazes de causar transtornos e prejuízos a saúde bucal do indivíduo, risco que se transforma em indicação de exodontia (Garcia et al., 2000).

Os dentes não irrompidos são aqueles que não aparecem na cavidade bucal dentro da cronologia normal (espera-se que os terceiros molares erupcionem até 25 anos de idade), existem diversas denominações para estes dentes como: inclusos, retidos, encravados, enterrados e não irrompidos (Sant'ana et al., 2000).

Quanto aos dentes assintomáticos, os autores indicam a exodontia nos casos onde não há espaço suficiente para irromper, e esta deve ser realizada entre 17 e 18 anos, quando a cicatrização dos tecidos é mais satisfatória. Entretanto, quando há espaço suficiente, preconizam a preservação destes dentes, que poderão erupcionar por volta dos 20 anos ou até 25 anos de idade (Sant'ana et al., 2000).

Muitas áreas da vida dos pacientes podem ser afetadas após a escolha de extrair ou não os terceiros molares. A decisão recai sobre condições que vão desde o risco de patologias, até a probabilidade de complicações cirúrgicas. Em nova concepção, a percepção do paciente sobre sua saúde deve ser uma regra nos cuidados com a saúde, e o tratamento deve resultar em ganho à saúde, conforme a perspectiva do paciente. Este ganho à saúde deve estimar e maximizar o benefício ao paciente. Os pacientes assintomáticos acreditam que a exodontia do 3ºM incluso poderá ter maior efeito negativo em suas vidas quando comparado com os riscos em mantê-lo (Lledholm et al., 2000).

Pacientes que procuram os cirurgiões dentistas para extrair os terceiros molares devem ser informados sobre os riscos e benefícios do procedimento planejado, assim como, detalhes sobre o período de recuperação. Em seu estudo, White et al. (2003), avaliaram 630 pacientes, destes 54% apresentavam sintomas pré-operatórios, como dor e edema, e 78% procuraram o serviço para extração, para prevenir problemas futuros.

Muito se debate sobre a controvérsia de cuidados e a excessiva indicação da cirurgia de 3ºM, sua necessidade e seu valor para os pacientes, uma vez que modelos baseados em decisões clínicas são questionáveis. A percepção do paciente deverá ser incluída no processo de decisão. O paciente deverá saber os riscos de morbidade e complicações, assim como, a influência no dia a dia e qualidade de vida (McGrath et al., 2003).

Os 3^oMs tem causado doenças orais em pessoas que não os extraíram e trauma em pessoas que o fizeram. Os pacientes que optaram por mantê-los, têm um ou mais dentes retidos e relataram dificuldades para sua higienização (Silvestri; Singh, 2003).

Aproximadamente 65% dos humanos tiveram pelo menos um 3^oM retido aos 20 anos de idade, e os dentes que erupcionaram ficaram mal posicionados no arco causando dificuldades para higienizá-los. Os terceiros molares são os únicos dentes a se desenvolver após o nascimento, eles não derivam da lâmina dental, do ectoderma, se originam da interação com o mesênquima que deriva da crista neural embriogênica. A exodontia precoce é preferível, ao invés da degeneração patológica, e consequente doença relacionada a este dente. Dentistas que não indicam a exodontia profilática, acreditam que o risco de degeneração patológica e doenças é menor que o risco cirúrgico. A utilidade dos 3^oMs na dentição é nula (Silvestri; Singh, 2003).

Pacientes na segunda e terceira década de vida que mantiveram seus 3^oM, frequentemente procuram tratamento por causa dos sintomas ou porque o tratamento foi recomendado como uma forma de prevenir a pericoronarite e suas seqüelas, que tem incidência de 43,0%. Um terço dos pacientes relatam dor e edema ou outros sintomas pré-operatórios (Slade et al., 2004).

Não existe controvérsia em extrair terceiros molares quando estão associados com alterações patológicas como infecção, cistos e destruição óssea ou injúrias ao dente adjacente, porém, a exodontia de 3^oMs assintomáticos é mais incerta e tem sido controvérsia por muitos anos. 37,0% dos pacientes procuram a exodontia por apresentarem sintomas. A exodontia assintomática é indicada pelo risco de pericoronarite que pode ser dolorosa e debilitante (Slade et al., 2004).

No estudo de Yuasa e Sugiura (2004), as indicações de exodontias de 3^oMs foram: pericoronarite (58%), dor (11%), caries (7%), finalidade ortodôntica (5%), impacção (12%) e a pedido do paciente (6%).

A cirurgia de terceiros molares inferiores tem se tornado um permanente desafio para a maioria dos profissionais, sendo este o procedimento mais comum na prática da cirurgia bucomaxilofacial (Aguiar et al., 2005).

Segundo levantamento feito na secretaria municipal da administração de São Paulo no período de 1996 á 2000, o quinto motivo de afastamento do trabalho por

motivos odontológicos são as exodontias de inclusos ou impactados, com incidência de 6,88% (Mazzilli; Crosato, 2005).

Os pacientes podem ter suas atividades diárias prejudicadas em decorrência de problemas odontológicos: diminuição das horas de sono, não realização de algumas atividades de lazer, restrições alimentares, desordens psicológicas relacionadas à queda da auto-estima e perda de dias em escola ou trabalho (Michel-Crosato et al., 2005).

Um terço dos pacientes que extraíram os terceiros molares apresentaram sintomas prévios nos três meses anteriores à cirurgia. Os pacientes, na segunda e terceira década de vida, que tem os 3^{os}Ms retidos, frequentemente, procuram tratamento porque este foi recomendado ou porque buscam uma maneira de prevenir alguns sintomas, como pericoronarite e suas seqüelas, cáries e doença periodontal (Shugars et al., 2006).

Dentre todos os elementos dentários, os terceiros molares são os que apresentam maior freqüência de inclusão (Chaves Junior et al., 2006).

A condição clínica que envolve os terceiros molares é conhecida, porém, pouco se sabe o quanto isto afeta a qualidade de vida dos pacientes. Primeiramente, é muito útil compreendermos os níveis de morbidade pré-operatória e os impactos no dia a dia informados pelos pacientes. Logo, a gravidade da morbidade pré-operatória, poderá ajudar o cirurgião dentista a escolher o tratamento e optar ou não pela cirurgia quando, clinicamente, a indicação não é absoluta. Quando os critérios clínicos sugerem que o procedimento cirúrgico ou conservador são igualmente eficazes, e o paciente relatar condições pré-operatórias tiveram efeito adverso na qualidade de vida, opta-se pela indicação cirúrgica. Há um crescente reconhecimento que o impacto da condição oral na qualidade de vida é um critério que pode ser útil na decisão terapêutica (Shugars et al., 2006).

A cirurgia de 3^oM é mais realizada a nível ambulatorial e um período de recuperação é necessário antes que o paciente retome suas atividades usuais, incluindo vida social e atividade recreacional (Shugars et al., 2006).

Os motivos da indicação da exodontia de terceiros molares foram descritos: a maioria dos casos foram extraído profilaticamente (38%), seguida de pericoronarite (37%). Os terceiros molares inclusos ainda causam alterações sistêmicas e locais com diferentes graus de gravidade. Os terceiros molares estão associados a uma série de seqüelas como pericoronarite, doença periodontal e cáries. A

pericoronarite pode se desenvolver pelo movimento que a coroa do dente faz durante o processo eruptivo, no momento em que este entra em contato com a cavidade oral, a pericoronarite é um processo que ocorre e tende a se cronificar e recorrer, até que o dente erupcione totalmente. Neste estudo, 10% dos terc mol extraídos apresentaram pericoronarite antes da extração. Não foi observada relação entre idade do paciente e ocorrência de pericoronarite. Dentes semierupcionados tiveram maior ocorrência de pericoronarite. Outras conseqüências da presença destes dentes são: a absorção de raízes de dentes vizinhos, desenvolvimento de cistos e tumores, infecções sistêmicas que podem influenciar na vida do paciente. Neste estudo, 80% das complicações associadas a terceiros molares ocorreram em pacientes entre 16 e 30 anos de idade. A posição dos terceiros molares esta intimamente relacionada com manifestações clínicas associadas à impacção, por isto a indicação da exodontia profilática em dentes assintomáticos ainda deve ser realizada (Almendros-Marques et al., 2006).

A cirurgia de 3ºM é um procedimento comum na cirurgia oral. As indicações de exodontias são pericoronarite, presença de cistos ou tumores, problemas periodontais, presença de cáries, fins ortodônticos. Antes de qualquer procedimento o paciente deve ser informado o motivo da cirurgia assim como os riscos a ela associados (Blondeau; Daniel, 2007).

A exodontia precoce de 3ºM é mais traumática e dolorosa do que deixar o dente assintomático e sem patologia no seu lugar. Quando um terceiro molar inferior é extraído, normalmente o superior também será extraído. Não existem evidências de um aumento significativo de patologias em paciente de mais idade. Não existem evidências que suportem a indicação profilática do 3ºM, assim como o seu benefício a saúde dos pacientes que possuam dentes assintomáticos. Apenas dentes associados a patologias devem ser removidos. Evitar a exodontia profilática de 3ºM pode prevenir problema de saúde publica. Um único episódio de pericoronarite não justifica a indicação da exodontia (Friedman, 2007).

A cirurgia de 3ºM é um dos procedimentos dentoalveolares mais comuns, da cirurgia oral e está associado a várias seqüelas pós-operatorias. É errado indicar exodontia precoce em terceiros molares assintomáticos para prevenir sintomas (Grossi et al., 2007).

Dentre todas as técnicas cirúrgicas bucais as exodontias são as mais executadas. A cirurgia para remoção de terceiros molares é um dos procedimentos

mais corriqueiros nos consultórios dos cirurgiões bucomaxilofaciais. À medida em que a complexidade da cirurgia aumenta, a possibilidade de intercorrência também aumenta. O cirurgião deve lembrar que cada paciente tem suas características pessoais, tanto no aspecto psicológico como no metabolismo e anatomia, e deve adequar-se a elas. O cirurgião deve discutir com o paciente no pré-operatório sobre as possibilidades de acidentes, assim como, cuidados e restrições que terá no pós-operatório. As exodontias de 3ºMs devem ser bem planejadas, iniciando pela avaliação pré-operatória completa, solicitando exames, avaliando radiografias e escolhendo a melhor técnica. A experiência do cirurgião é um fator que diminui a incidência de acidentes, assim como o tempo de duração da cirurgia e o trauma induzido nos tecidos (Negreiros et al., 2008).

Por causa do alto índice de retenção, os 3ºMs são frequentemente relacionados à grandes distúrbios como: pericoronarite, defeito periodontal na distal do segundo molar, cistos e tumores odontogênicos e dor neurogênica. Quanto aos motivos de indicação das exodontias dos 3ºMs, a indicação profilática foi a mais presente, seguida da ortodôntica, pericoronarite e cárie. A identificação da posição do 3ºM facilita estimar os riscos de patologias e adotar medidas preventivas. A exodontia profilática pode ser indicada analisando-se três pontos: diagnosticar a retenção, indicar a exodontia baseando-se individualmente, e considerar a opinião do paciente, após orientação quanto à influência em sua função oral e atividades em geral (Torres et al., 2008).

Os 3ºMs são os últimos dentes a erupcionarem na cavidade oral sendo, por isto, mais comumente encontrados em posição de inclusão ou retidos, podendo provocar diversos problemas. A falta de espaço na arcada, normalmente, é o maior motivo para inclusão ou retenção de 3ºMs. Os dentes inferiores são ainda mais comuns, devido à condição anatômica mandibular, que o tecido ósseo é mais compacto e dificulta o desvio de rota de irrompimento para vestibular, como às vezes, acontece nos superiores. Esta tem sido a principal causa de indicação das exodontias destes dentes (Vicentini et al., 2008).

A cirurgia de 3ºMs é um dos procedimentos mais realizados em adolescentes e adultos jovens e é recomendada quando há presença de sintomas, principalmente dor. Alguns profissionais também indicam a remoção em pacientes assintomáticos como medida profilática, o que é controverso. Outras indicações de exodontia são: ortodôntica, perda de função pela ausência do antagonista, erupção fora do arco,

além das indicações clássicas como: cisto, tumor, aumento de volume do folículo dental, perda óssea na face distal do segundo molar e eventual reabsorção, pericoronarite, e disfunção de ATM. As complicações mais comuns do ato operatório são infecção, alveolite, disestesia, parestesia, hemorragia, dor e trismo. O equilíbrio entre expectativa do cirurgião e do paciente é a base para um bom relacionamento profissional e um bom cuidado com a saúde. No pré-operatório os pacientes receberam orientação verbal sobre os cuidados pós-operatórios (Sato et al., 2009).

Este estudo foi importante para criar uma Figura realista da expectativa dos pacientes no que diz respeito a terceiros molares. Pacientes bem informados, que acreditam que possam participar nas decisões relacionadas aos seus tratamentos, podem ficar mais satisfeitos (Sato et al., 2009).

Os dentes inclusos possuem riscos de lesões patológicas como cistos, mobilidade dentária e reabsorção radicular (Trento et al., 2009).

Antes da exodontia do 3ºM inferior o paciente deve ser informado sobre o procedimento cirúrgico, os riscos e benefícios, e o que espera-se no pós-operatório. Informações suficientes podem reduzir a ansiedade do paciente, criando uma expectativa realista (Christensen et al., 2010).

A impacção dos 3ºMs inferiores tem incidência de 20 a 30%, com maior prevalência em mulheres e com etiologia incerta (Naaj et al., 2010).

2.2 CLASSIFICAÇÃO DOS TERCEIROS MOLARES

Para analisar o potencial dos problemas anatômicos, os 3ºMs cirúrgicos deverão ser classificados. Há anos atrás Winter (1926) classificou a relação do terceiro molar com o longo eixo do segundo molar, e posteriormente foram classificados conforme sua relação com o ramo ascendente da mandíbula e profundidade no osso (Pell; Gregory, 1933).

O prognóstico cirúrgico será feito pela análise da classificação, existe uma tendência que os 3ºMs classe IA mesioangular serão exodontias mais fáceis, e por outro lado os 3ºMs classe IIIC horizontal serão desafios aos cirurgiões (Pell; Gregory, 1933).

A classificação de Pell e Gregory modificada (1942) reconhece as várias posições do terceiro molar inferior, permitindo relacionar o seu plano vertical com o posicionamento do segundo molar, estabelecer uma relação entre a margem anterior do ramo ascendente da mandíbula com a face distal do segundo molar, considerando o nível do colo anatômico do segundo e do primeiro molares. Já Winter (1926) classificou os terceiros molares quanto à sua angulação e posição no arco, seguindo o longo eixo do terceiro e segundo molares (vertical, distoangulado, mesioangulado, horizontal, labial, lingual ou paranormal).

Nas exodontias de 3^{os}Ms inclusos o exame radiográfico é de suma importância, sendo o mesmo indispensável para selecionar a técnica operatória mais adequada. Torna-se relevante a classificação quanto a sua posição, facilitando estabelecer o melhor acesso cirúrgico (Deboni; Gregori, 1990). A incidência das classificações, no estudo de Delboni e Gregori (1990), foi: vertical 40,0%, mesioangulado 42,0%, distoangulado 8,5% e horizontal 7,7%.

Já no estudo de Chiapasco e Cicco (1993), a incidência de retenção, segundo classificação de Winter, foi: mesioangular 35,8%, vertical 26,6%, distoangular 19,6% e horizontal 18,0%. Seguindo a classificação de Pell Gregory: classe I 49,4%, classe II 33,3%, classe III 17,3% e posição A 19,0%, posição B 68,3%, e posição C 12,7%.

Quando houver indicação para remoção cirúrgica dos dentes inclusos, é necessário o correto planejamento da intervenção, que varia de acordo com a posição do dente não erupcionado (Knutsson et al., 1992).

Os dentes, segundo a classificação de Winter, mais encontrados foram os verticais (60%). Dentes Horizontais tiveram maior índice de complicações, provavelmente pela grande necessidade de osteotomia e odontosecção. A osteotomia foi realizada em 60% dos casos. Com relação à técnica empregada, os procedimentos mais invasivos, tem maior risco de sintomas PO (Boer et al., 1995).

A frequência encontrada na classificação de Winter foi: verticais mais que presentes que mesioangulados, que por sua vez, mais presentes que distoangulados (Shugars et al., 1996).

A classificação de Pell e Gregory (1942) é amplamente utilizada para prever a dificuldade da extração de terceiros molares inferiores impactados. A posição C é um indicativo de dificuldade, assim como a classe III (Garcia-Garcia et al., 2000).

A classificação das alterações de posições dos terceiros molares facilita a comunicação entre os profissionais, assim como, o planejamento cirúrgico das

exodontias destes dentes. No estudo realizado por Garcia et al. (2000), encontraram a prevalência da posição mesioangular e classe II-B.

Um dos principais fatores no planejamento da extração de um 3ºM incluso é determinar a posição que o dente se encontra no osso alveolar e utilizá-la para relacioná-la com o grau de dificuldade do procedimento. A posição e angulação vão determinar a forma de incisão, a necessidade e quantidade de osteotomia, assim como, de odontosecção. O estudo mostrou que a pericoronarite foi a patologia mais frequentemente associada às inclusões mesioangulares e horizontais. A angulação mais encontrada foi a vertical, seguida da mesioangular, a posição mais comum foi a classe IIB. A presença de terceiros molares é mais comum em mulheres e o lado direito foi mais prevalente que o esquerdo (Garcia et al., 2000).

Para facilitar o planejamento surgiram alguns sistemas de classificação dos 3ºMs que permitem a antecipação de possíveis transtornos e possibilitam modificações nas técnicas para evitá-los. A classificação é feita através da análise radiográfica, muito útil para determinar a necessidade de osteotomia e/ou odontosecção. Há três sistemas de classificação para os terceiros molares: com relação à angulação – Winter (1926): vertical, mesioangular, horizontal, distoangular e invertido. Em relação ao ramo ascendente da mandíbula- Pell e Gregory (1942): Classe I, II e III e em relação ao plano oclusal- Pell e Gregory: posição A, B e C. Neste estudo, a posição vertical esteve presente com maior frequência, porém quando relacionada com a idade dos pacientes a mesioangular apareceu com mais frequência, em pacientes mais jovens (Sant'ana et al., 2000).

No estudo de Yuasa e Sugiura (2004), 65% dos pacientes eram do sexo masculino, com uma média de idade de 27 anos, a posição mais prevalente foi a Classe II e posição B.

As variações anatômicas foram descritas através da posição do dente utilizando o sistema de classificação de Pell e Gregory (1933) e angulação do dente (Winter, 1926), assim como a proximidade com o nervo alveolar inferior. Na classificação de Winter a posição vertical (61,0%) foi a mais comum, seguida da mesioangular (24,0%), distoangular (9,8%) e horizontal (4,7%). Quanto à Pell e Gregory, a classe II foi a mais comum com 67,0%, seguida da classe I com 48,0% e a menor incidência foi a classe III com 32,0%, já a posição B foi a mais comum (44,0%), seguida da posição A (40,3%) e por último a C (15,6%) (Susaria; Dodson, 2005).

Para facilitar o planejamento e a comunicação entre os cirurgiões dentistas, surgiram algumas classificações dos terceiros molares que permitem a antecipação de possíveis transtornos e a previsão de algumas modificações durante o ato operatório, estas classificações são feitas a partir de análise radiográfica. As classificações mais utilizadas para retenções dentárias são Winter (1926), que relaciona a angulação do dente e Pell e Gregory (1933) que avalia o grau de impactação (Aguiar et al., 2005).

Segundo Peterson a posição mesioangular é mais prevalente, (45,0% dos retidos), Aguiar et al. (2005) encontraram em sua pesquisa 30,0%, a mais prevalente foi a vertical (40,0%). A classe I esteve presente em 85,0% dos casos e posição A em 82,5%, classe II em 15,0% e posição B 12,5% e posição C em 5,0%. Foi realizada a odontosecção em 40,0% dos casos (Aguiar et al., 2005).

Determina-se a posição dos 3^{os}Ms por radiografias panorâmicas e utilização de software Radio Memory. Para realizar a classificação de Winter e de Pell e Gregory para estes dentes são utilizadas quatro linhas: linha do plano oclusal, linha do plano cervical, linha da borda anterior do ramo ascendente e linha do longo eixo do terceiro molar. A posição dos 3^{os}Ms inferiores pode ser correlacionada com as complicações pós cirúrgicas. As posições vertical de Winter, classe IIA e IIB de Pell e Gregory e dentes semierupcionados são mais suscetíveis para as complicações. O estudo avaliou 165 pacientes, a maioria era do sexo feminino, com idade entre 16 a 64 anos, a posição mais prevalente foi a Classe IIB, seguida da Classe IIA, quase metade da amostra estava na posição vertical (Almendros-Marques et al., 2006).

Para facilitar o planejamento, surgiram alguns sistemas de classificação dos terceiros molares não irrompidos feitos a partir da análise radiográfica, que permitem a previsão de possíveis transtornos no transoperatório, fornecendo possibilidades de escolha da melhor técnica cirúrgica a ser empregada, contribuindo, para um melhor pós-operatório dos pacientes. Ao avaliar a radiografia panorâmica de um paciente, observar e classificar o terceiro molar, o profissional pode prever o grau de dificuldade que encontrará durante o procedimento cirúrgico. A posição do terceiro molar é um dado importantíssimo em um planejamento cirúrgico, uma vez que determina os passos cirúrgicos e o grau de dificuldade do mesmo (Chaves Junior et al., 2006).

Estudou-se a relação da posição do dente, segundo a classificação de Pell e Gregory, com a técnica cirúrgica utilizada e concluiu-se que existe relação entre a

posição do 3ºM e a escolha da técnica a ser empregada, a posição mais freqüente foi a classe IA e, quanto maior o grau de inclusão dentária maior a necessidade de emprego de técnica cirúrgica mais invasiva. Sabe-se que o tempo de cirurgia, necessidade de osteotomia e odontosecção interferem no desconforto pós-operatório, consequentemente, poderá existir tendência dos dentes classe IA verticais terem um melhor prognóstico. Empregou-se técnicas menos invasivas na posição classe IA (Chaves Junior et al., 2006).

A posição mais freqüente encontrada foi mesioangulado e classe IIB (Colorado-Bonnin et al., 2006).

Em outra pesquisa, a classificação de Winter foi encontrada na seguinte incidência: mesioangulado 43,4%, vertical 26,9%, distoangulado 17,2% e horizontal 12,5%. (Fernandes et al., 2006).

As Classificações de Pell and Gregory e Winter foram usadas para documentar a posição dos terceiros molares e prever a dificuldade cirúrgica, além de avaliar o risco de complicações pós-operatórias (Blondeau; Daniel, 2007).

A Classificação de Pell e Gregory (classe I, II e III) foi a variável que aumentou o risco de desconforto PO no estudo de Grossi et al. (2007). Quanto à classificação de Winter, os dentes mesioangulados foram associados à maiores riscos de complicações, assim como o fator da experiência do cirurgião.

Já, no estudo de Torres et al. (2008) obteve-se uma maior frequência de 3ºMs em mulheres, 42,0% vertical, 31,9% mesioangular, 14,0% horizontal e 11,9% distoangular. Quanto a Pell e Gregory 56,0% classe IIB, 21,3% classe IIA, 13,9% classe IA. Considerou-se a posição vertical (42,0%) e classe IA mais propensas às patologias.

A posição anatômica é uma variável importante para prever dificuldades na exodontia de 3ºM, escolher a técnica e prevenir complicações. Para minimizar os erros de classificação de 3ºMs, cometidos por interpretação ou observação do avaliador, propôs-se utilizar um sistema de classificação computadorizado, onde são traçadas linhas na radiografia digital e assim classifica-se os dentes (Almendros-Marques et al., 2008).

A necessidade de utilizar a radiografia panorâmica é de suma importância para planejar a cirurgia. O exame radiográfico serve para selecionar a técnica cirúrgica mais adequada, e assim identificar a posição do dente, prever osteotomia e odontosecções, visando uma intervenção menos traumática e prevenido acidentes e

complicações cirúrgicas. A classificação de Pell e Gregory é utilizada para prever dificuldades da exodontia. Existem três sistemas de classificação: quanto a angulação, em relação ao ramo ascendente e ao plano oclusal. Neste estudo a maioria dos pacientes avaliados eram do sexo masculino (62%), a idade variou entre 21 a 25 anos. A incidência de dentes do lado esquerdo foi de 51%. Quanto às classificações: Winter- Houve predominância dos verticais (60%), seguidos dos mesiongulados (27%). Pell e Gregory- Houve prevalência da Classe II (40%), seguida da classe I (36%) e classe III (24%), a posição A foi a mais prevalente, com incidência de (40%) (Trento et al., 2009).

O estudo de Sato et al. (2009) encontrou predominância de 3^oMs no sexo feminino, lado direito, posição vertical e classe IB, seguida de classe IIB, e classe IC.

A classificação de 3^oMs a serem extraídos é mandatória para planejar a cirurgia. O sistema de classificação deve ser fácil de aplicar, simples e rápido (Naaj et al., 2010).

2.3 PÓS-OPERATÓRIO: DOR E EDEMA

A exodontia dos terceiros molares impactados produzem vários níveis de injúrias ou trauma aos tecidos mole e duro adjacentes, causando dor, edema e trismo. Com o refinamento técnico-cirúrgico as seqüelas pós-operatórias podem ser diminuídas. A incisão é realizada de forma a promover boa visualização e máximo acesso, a osteotomia é realizada com cautela, aplica-se elevadores, escolhendo qual é o que melhor se adapta, a osteotomia é realizada na face vestibular e distal para permitir a luxação do dente para região posterior, quando necessário realiza-se a odontosecção, minimizando assim o trauma à região (Pell; Gregory, 1933).

As reclamações mais comuns após exodontia de terceiros molares inferiores são dor e edema. No pós-operatório o edema contribui consideravelmente para o aumento da dor, porque aumenta a tensão dos tecidos. Na literatura não foi encontrado nenhum método objetivo para medir edema no pós-operatório que seja simples e confiável (Van Gool et al., 1975).

As principais queixas que ocorrem após exodontia de 3^oMs são bem conhecidas: dor, edema e trismo. O edema está mais presente por volta do terceiro

e quarto dia, e o trismo é um mecanismo reflexo para restringir a dor (Ten Bosch; Van Gool, 1977).

A exodontia de 3ºM é, frequentemente, associada à considerável dor e edema pós-operatórios, havendo correlação clínica entre os dois. A dor tem um grande componente subjetivo em contraste com o edema que é uma alteração física de volume tecidual tridimensional. A ocorrência e intensidade da dor variam conforme a técnica cirúrgica e a predisposição do paciente. Não foi publicado nenhum método satisfatório, em todos critérios, para mensurar o edema facial após exodontia de terceiros molares. Os critérios são: acuidade, estimação do volume exato e praticabilidade (Holland, 1979).

Em exodontias de terceiros molares que envolvem trauma de tecidos moles e ósseos resultando em sintomas pós-operatórios, como dor, edema e trismo podemos utilizar medicamentos como corticóides, analgésicos, antiinflamatórios e antibióticos para controlá-los (Beirne; Hollander, 1986).

A dor pós-operatória pode ser avaliada pelo número de analgésicos utilizados em cada dia, além da escala de dor verbal, que varia de muito forte (insuportável), forte (desconforto difícil de tolerar), moderada (desconforto tolerável), leve (fácil de tolerar) a sem dor (Beirne; Hollander, 1986).

Edema, dor e trismo são conseqüências comuns a toda cirurgia na área da face e são as queixas mais comuns e mais importantes após cirurgias de extração de terceiros molares. Após a exodontia, a dor atinge a máxima intensidade logo após a cirurgia (de 4 a 6 horas de pós-operatório). O edema máximo ocorre entre 24 e 48 horas de pós-operatório e pode persistir por 3 a 10 dias (Taube et al., 1990).

Dor, edema e trismo são complicações comuns após cirurgia de terceiros molares. Várias drogas antinflamatórias e terapias tem sido utilizadas para solucionar estes problemas (Carrillo et al., 1990).

A redução deste desconforto pós-cirúrgico de exodontia é uma área de interesse de todos os cirurgiões maxilofaciais, bem como, de seus pacientes (Neupert III et al., 1992). Muitas modalidades são utilizadas para controlar as seqüelas das exodontia dos terceiros molares. Clínicos tentam reduzir o desconforto, visando que o paciente retorne às suas funções normais rapidamente. A dificuldade da exodontia é mensurada pelo tempo de duração da mesma. Neste estudo feito por Neupert III et al. (1992) a dor foi avaliada pelo paciente diariamente numa escala de 4 pontos sendo 0 sem dor, 1 dor leve, 2 dor moderada, 3 dor forte. A dificuldade

cirúrgica das extrações foi medida pelo tempo de duração de cirurgia, que em média foi de 13 minutos. Existem várias técnicas para medir edema, nenhuma técnica é comprovadamente melhor ou mais precisa que a outra. O edema envolve uma alteração de volume tri-dimensional no tecido. O acesso à dor e ao edema depende exclusivamente da cooperação e interpretação do paciente, as duas variáveis são interrelacionadas e variam em função do trauma cirúrgico.

De acordo com o tipo de cirurgia, técnica utilizada e resposta do paciente, a sintomatologia dolorosa no pós-operatório pode ser variável, assim como o edema. De qualquer forma, o pós-operatório usual dos pacientes submetidos a cirurgias orais menores sempre implica em desconforto e limitações que podem durar, em média, até sete dias. Geralmente os pacientes apresentam sintomatologia dolorosa, edema local, hematomas, podendo, em alguns casos, apresentar dificuldade de abrir a boca. O desconforto geral no paciente pode limitar a realização de suas atividades diárias, além de dificultar uma adequada higienização bucal pós-cirúrgica que prejudica o quadro clínico (Pinheiro; Framen, 1992).

A exodontia de 3^oMs impactados sempre envolve dor, edema e limitações durante o período pós-operatório. Os fatores que contribuem para determinar esta situação são muito complexos, mas eles se iniciam com o processo inflamatório desencadeado pelo trauma cirúrgico. Relacionou-se a dor e o edema pós-operatório com alguns fatores como sexo, idade, grau de dificuldade cirúrgica e experiência do cirurgião. Foram avaliados 146 pacientes, com 23 anos de idade média, sendo a maioria mulher. A dor e o edema foram avaliados por escala numérica, e a estimativa do grau de dificuldade cirúrgica baseou-se na angulação, impacção, profundidade do dente na mandíbula e distância do ramo ao segundo molar. Encontrou-se uma diferença significativa de dor com relação ao sexo, onde os homens tiveram mais dor quando comparados às mulheres. Em relação à experiência do cirurgião: quanto mais experiente, menor a dor. Notou-se direta correlação entre idade e dor, onde os pacientes mais jovens tiveram menos dor. Não houve diferença de dor e edema com relação a grau de dificuldade da cirurgia (Capuzzi et al., 1994).

Em um estudo retrospectivo, Boer et al., analisaram a possibilidade da relação entre complicações pos-operatórias de terceiros molares e fatores como idade, gênero, posição do dente, experiência do cirurgião e técnica cirúrgica utilizada. Verificou-se que as complicações de terceiros molares descritas nestes

estudo foram: sangramento, alveolite, abscesso, parestesia, trismo e edema. As complicações aumentam a incidência à medida que aumenta o tempo de duração da cirurgia e complexidade da técnica utilizada. Viu-se também que pacientes mais velhos tendem a ter complicações com mais freqüência, o grupo de pacientes com idade acima de 25 anos teve um índice de complicações maior. Não foram encontradas relações entre gênero e complicações. Pacientes com sintomas prévios tiveram maior índice de complicações, como a pericoronarite, por exemplo. Não houve diferença quando comparados dois grupos de cirurgiões com experiências diferentes, sem relação a experiência do cirurgião com complicações.

Em outro estudo a dimensão da dor está relacionada com a gravidade, duração e característica individual do paciente. Nos três primeiros dias a dor foi leve, mau gosto ou mau hálito persistiu por 2 a 4 dias, retenção de alimentos e edema nos dois primeiros dias, em 74,0% dos pacientes (Shugars et al., 1996).

Os cuidados pós-operatórios mais recomendados aos pacientes, foram a aplicação de gelo no local imediatamente após a cirurgia, alimentação fria e pastosa, evitar atividades físicas, repouso, dormir com a cabeça mais elevada que o corpo, não cuspir ou realizar bochechos, entre outras recomendações já consagradas.

As informações dadas aos pacientes devem ser equilibradas, não devem ser muito extensas e nem muito breves. Eles devem ser informados que após a extração espera-se que tenham dor, edema, trismo, além dos riscos de complicações. Foi relatado uma redução na habilidade de mastigação durante a primeira semana de pós-operatório, sendo que dois terços dos pacientes relataram mudança na dieta alimentar (Savin; Ogden, 1997).

A exodontia do 3ºM está associada a várias seqüelas pós-operatórias, recomenda-se que o cirurgião antecipe estas seqüelas aos pacientes no pré-operatório durante a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido. Na opinião de pacientes o fator que mais incomoda no pós-peratório são os efeitos sobre a alimentação, e em segundo lugar a dor. Já na opinião dos profissionais o primeiro é a dor. Provavelmente, isto acontece, pois os pacientes esperam ter dor, e são informados previamente a respeito dela. Normalmente os cirurgiões informam sobre dor, edema, trismo e parestesias. O significado que a doença tem para o cirurgião não é necessariamente a mesma do que para seus pacientes (Ogden et al., 1998).

O estudo prospectivo de Conrad et al. (1999) avaliou a QV em 249 pacientes antes e depois da exodontia de terceiros molares, nos primeiros quatorze dias de pós-operatório, assim como a dor (escala de 7 pontos) e as funções orais. A pior dor foi relatada por 63,5% dos pacientes no 1PO, no 7PO apenas em 15,0% a dor persistiu, no 6PO 70,0% retornou a rotina para função oral e trabalho. O edema máximo ocorreu entre o 1PO e 2PO e regrediu totalmente no 5PO, mulheres relataram maior período de recuperação do que homens. A dor diminuiu rapidamente após a cirurgia, por volta do 3PO, para menos da metade dos pacientes que tinham dor intensa em algum momento do dia (Conrad et al., 1999).

A lesão tecidual decorrente da remoção dos terceiros molares inclusos desencadeia fenômenos inflamatórios em resposta a agressão, especialmente a partir do tecido conjuntivo que compõe o periósteo, com o objetivo principal de reestabelecer as estruturas e funções da área atingida. Neste evento ocorre a liberação de uma grande quantidade de mediadores químicos endógenos, oriundos da ativação dos sistemas plasmáticos, macrófagos residentes e de alguma célula sanguínea que migram para o local inflamado, principalmente os neutrófilos. Como resultado são gerados no local uma série de autacóides como histamina, bradicinina, interleucina-1, prostaglandinas e leucotrienos, entre outros que estimulam diretamente ou sensibilizam nociceptores, acarretando dor de caráter inflamatório agudo. A dor tem sido descrita como uma experiência desagradável, tanto em nível sensorial quanto psicológico, associada ou não ao dano tecidual. Podemos proporcionar um pós-operatório de melhor qualidade ao paciente controlando a dor de caráter inflamatório e edema que são decorrentes da intervenção cirúrgica. A dor pós-operatória atinge sua maior intensidade entre 8 e 12 horas após o procedimento cirúrgico. A escala visual analógica é uma linha cuja a extensão representa a ocorrência de experiências dolorosas pessoais. Instrumento simples e sensível capaz de reproduzir, através de um valor numérico, a severidade da dor experimentada pelo indivíduo, usada para comparar dor em um mesmo indivíduo em momentos distintos (Almeida et al., 2000).

O cirurgião dentista possui uma considerável responsabilidade sobre a dor por ter poder em relação ao que é administrado para aliviá-la a dor no PO, pois quando aguda é proporcional a extensão da injúria aos tecidos, e também é a somatória dos fatores como ansiedade e contexto cultural. A avaliação da dor pós-operatória foi feita por uma escala visual analógica com uma linha de 10 cm

comparando com McGill. Não houve diferença de dor entre homens e mulheres. Os descritivos mais comuns na escala de McGill foram: latejar, dolorido, sofrimento, sensibilidade, fadiga, aborrecimento e irritação. 80% dos pacientes queixaram de dor após 2hs, mulheres mostram mais sinais de dor do que os homens. A dor é uma experiência pessoal e subjetiva influenciada pela educação cultural, a atenção e outras variações psicológicas (Coulthard et al., 2000).

A mensuração das respostas do sistema neurovegetativo simpático é mais frequente na dor aguda, situação em que são mais expressivas. É importante ressaltar que a avaliação da dor requer o uso de diversos métodos e instrumentos de análise, a somatória dos dados observados possibilita ao profissional julgamento clínico adequado. Vários métodos têm sido utilizados para mensurar a percepção/sensação de dor. Alguns métodos consideram a dor como uma qualidade simples, única e unidimensional que varia apenas em intensidade, mas outros consideram-na como uma experiência multidimensional composta também por fatores afetivo-emocionais (Siqueira; Teixeira, 2001).

Os instrumentos unidimensionais são designados para quantificar apenas a severidade ou a intensidade da dor e têm sido usados freqüentemente em hospitais e/ou clínicas para se obter informações rápidas, não invasivas e válidas sobre a dor e a analgesia (Siqueira; Teixeira, 2001).

Um achado sobre a fisiologia da dor é que sua percepção é um estado dinâmico. Estas mudanças dinâmicas do sistema de dor também acontecem na região orofacial. O controle da dor pós- operatória pode começar por uma anestesia local bem feita e profunda. A mudança dos nociceptores tiveram várias implicações importantes, predispondo ao paciente a percepção da dor, aumentando a densidade dos neurônios nociceptivos da inflamação e assim são importantes para regular a inflamação (Hargreaves; Keiser, 2002).

A dor pode ser definida como uma experiência subjetiva que pode estar associada a dano real ou potenciais nos tecidos, podendo ser descrita tanto em termos desses danos quanto por ambas as características. A percepção de dor é caracterizada como uma experiência multidimensional, diversificando-se na qualidade e na intensidade sensorial, sendo afetada por variáveis afetivo-motivacionais. Deve ser registrada sempre no mesmo ambiente clínico e tempo, é genuinamente subjetiva e pessoal. Não existe nenhum instrumento padrão de mensurá-la, os instrumentos unidimensionais são designados para quantificar apenas

a severidade e intensidade, os seus exemplos são: categoria numérica/verbal e escala analógica-visual que são frequentemente empregadas em ambientes clínicos, por serem de aplicação rápida e fácil (Souza, 2002).

White et al. (2003) fizeram um estudo prospectivo onde foi realizada exodontia de quatro 3^{os}Ms, avaliando-se a dor e a QV relacionada a saúde bucal durante 14 dias de PO em 630 pacientes, com média de idade de 21 anos e maioria feminina. Os resultados obtidos foram: 96,0% dos pacientes fizeram uso de analgésico no 1PO que caiu para 13,0% no 7PO. A cirurgia afetou o dia-a-dia de 50,0% dos pacientes no 1PO, porcentagem esta que decaiu a cada dia. Um terço dos pacientes relatou edema, e consideraram normalizar no 5PO. Mau hálito e mau gosto afetaram 35,0% dos pacientes. Os pacientes retomaram suas atividades diárias no 4PO, voltaram a sua alimentação usual no 5PO e sentiram-se assintomáticos no 3PO, conseguiram ficar sem medicação para dor no 7PO.

Os 3^{os}Ms são motivo de dor para muitas pessoas. A dor e a morbidade associada à exodontia destes dentes são conhecidas. A exodontia é um procedimento cirúrgico invasivo, que é traumático para os tecidos dentoalveolares e para o bem estar psicológico do paciente. As complicações comuns são: dor, sangramento, edema, trismo, infecção, osteíte alveolar, injúria nervosa e ao dente adjacente. Com menos freqüência podem ocorrer: envolvimento sinusal, deslocamento de raízes fraturadas, fratura de tuberosidade e de mandíbula, e até morte está documentada na literatura (Silvestri; Singh, 2003).

Foram submetidos à exodontia 408 pacientes dos quatro 3^{os}Ms, maioria do sexo feminino, aplicou-se questionário de qualidade de vida relacionado á saúde bucal e mensurou-se dor e edema. Os resultados de dor e edema são três vezes maior em pacientes com sintomas prévios se comparados com os pacientes assintomáticos submetidos a exodontia (Slade et al., 2004).

O pós-operatório das exodontias de 3^{os}Ms inferiores pode ser complicado. Os sintomas PO diferem dependendo da característica de cada paciente e do grau de dificuldade da cirurgia. A idade e o sexo podem estar ligados ao edema, que esteve presente em todos os dentes na posição horizontal. Homens apresentaram mais edema, pacientes acima de 40 anos também. Dor foi associada com a profundidade do dente e o grau de dificuldade, mas não houve relação com a idade (Yuasa; Sugiura, 2004).

Os fatores que podem influenciar nos sintomas pós-operatórios são: experiência do cirurgião, morfologia do dente, localização no arco, angulação do dente, abertura bucal, classificação de Pell e Gregory, idade do paciente, gênero e número de dentes extraídos (Susaria; Dodson, 2005).

Segundo a International Association for Study of Pain (IASP), dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano (Oliveira; Nadanovsky, 2005).

A dor é um fenômeno complexo, multifatorial e difícil de ser avaliado. O estado emocional do indivíduo pode afetar profundamente a sua percepção da dor, se o paciente está calmo e confiante, a experiência é minimizada e se estiver excitado, irritado ou agitado a experiência de dor é aumentada. A dor é vista como inútil e desumanizante e acarreta grande estresse e sofrimento aos doentes e aos que os rodeiam. A experiência dolorosa resulta da interpretação do aspecto físico-químico do estímulo nocivo e da interação deste com as características individuais como: humor, significado atribuído ao fenômeno sensitivo e aos aspectos culturais e afetivos dos indivíduos. A dor é um fenômeno complexo, multifatorial e difícil de ser avaliado. A dor e o trismo podem revelar-se como complicações pós-operatórias comuns advindas da cirurgia de remoção de terceiros molares inferiores. A sintomatologia dolorosa pós-operatória tem um caráter subjetivo (Aguiar et al., 2005).

Nesta pesquisa, foram avaliados dor, edema e trismo no pós-operatório de 3ºMs. Trismo, edema e dor são manifestações pós-operatórias que dependem de uma série de fatores, principalmente relacionados à dificuldade do procedimento cirúrgico envolvido, técnica e tipo de retenção. Dor ocorre por efeitos reflexos da síntese e liberação de prostaglandinas e outros mediadores químicos da dor pela membrana fosfolipídica como resultado da cirurgia (Aguiar et al., 2005).

Avaliou-se trismo mensurando a abertura bucal com régua flexível no pré-operatório e no 7PO, e para avaliar a dor foi aplicado questionário de McGill e a escala de avaliação numérica. O sexo feminino foi maioria, 75,0%, atribuí-se esta prevalência devido o sexo feminino ter mais zelo pela saúde e pela imagem. A idade variou de 13 a 43 anos. Com relação à classificação de Winter o esperado seria que os dentes verticais fossem menos dolorosos e os horizontais os mais dolorosos, que

não se confirmou. Concluindo que a dor não está diretamente relacionada à complexidade da técnica (Aguilar et al., 2005).

Uma das maiores preocupações dos profissionais da área da saúde é a dor. A avaliação da dor é de grande importância na prática clínica e em pesquisa, ferramentas úteis para medi-la são escalas subjetivas de dor. A complexidade sensorial da experiência dolorosa e sua característica multidimensional, dificultam o relato do doente e a compreensão do examinador. No quesito multidimensional, busca-se avaliar os aspectos sensoriais, cognitivos e afetivos da dor. As escalas mais utilizadas são: a escala analógica visual (VAS), a escala numérica (NRS), a escala comportamental (BRS), a escala descritiva verbal (VDS) e o questionário de McGill (MG PQ); que têm em comum baixo custo, praticidade e tempo de aplicação pequeno (Morlin; Lemos, 2005).

O tempo de recuperação é considerado como estendido após exodontia de terceiros molares quando dor, edema, náusea e sangramento perduram por mais de 5 dias; e as atividades diárias, recreação e vida social não são retomadas até o sexto dia de PO; coleção de alimentos na ferida cirúrgica, mau hálito e gosto ruim perduram por mais de oito dias; a fala, alimentação e abertura bucal não normalizam até o oitavo dia de PO; além do paciente continuar a necessitar de analgésicos e relatar dor após o décimo primeiro dia de PO. Estes atrasos podem estar relacionados a atrasos na cicatrização. Os níveis de dor foram mensurados por resposta do paciente sobre uma escala verbal que varia de intensa, muito intensa e extremamente intensa. O grau de dificuldade cirúrgica foi avaliado pelo tempo de duração da cirurgia (Ruvo et al., 2005).

As variáveis que podem influenciar nos sintomas pós- operatórios são: experiência de cirurgia prévia, tipo de procedimento, morfologia do dente, localização no arco, angulação do dente, abertura bucal, idade, proximidade com o canal mandibular, posição de classificação de Pell e Gregory, técnica anestésica, gênero e número de dentes extraídos (Susaria; Dodson, 2005).

O período de recuperação pós exodontia dos quatro 3ºMs foi, em média, de 3 a 4 dias para funções do dia a dia e 5 a 7 dias para função oral. Os pacientes demoraram 9 dias para relatar que a dor era mínima. Ter dor pode atrasar a recuperação da função oral. 10,0% dos pacientes indicaram dor intensa, muito intensa ou extremamente intensa após o 4PO. A idade variou entre 14 a 40 anos, e a duração da cirurgia foi em média de 30 minutos. A maioria dos pacientes utilizou

analgésico no 1PO; no 5PO dois terços dos pacientes ainda estavam utilizando analgésico; metade no 7PO e um terço no 9PO. Pacientes que apresentavam dor suficiente para necessitar de analgésico tiveram uma grande interferência nas medidas do dia a dia e da função oral, comparando com os que pararam de tomar analgésico mais cedo. Pacientes do sexo feminino utilizaram mais analgésicos após o 5PO. Avaliando o regime de medicamentos adotados pelo paciente, o clínico pode ter mais informações sobre a recuperação como um todo, assim como, a recuperação da função. A maioria dos pacientes teve dor por um curto e previsível período após a cirurgia. Mulheres tiveram um período mais longo de recuperação com dores mais fortes, influenciando na mastigação e na fala (Snyder et al., 2005).

Haugh et al. (2005) avaliaram a frequência das complicações da cirurgia de 3ºMs no trans e no pós-operatório, em pacientes com idade acima de 25 anos, a alveolite foi a complicação mais freqüente com incidência de 12% seguida de parestesia 2%. Concluíram que pacientes acima de 25 anos tem mínima morbidade e baixa incidência de complicações além de mínimo impacto na QV.

A dor é uma queixa humana comum e bastante freqüente, apesar da dificuldade para sua definição. A dor é um problema de saúde publica, assim como é um problema para a comunidade, sendo importante saber quanta incapacidade ela pode causar. A dor é um sintoma comum das condições bucais e tem um imediato e profundo impacto na QV. Pode interromper o sono, prejudicar o trabalho, alterar as atividades recreativas e as relações entre as pessoas (Nardi et al., 2006).

A influência do gênero na intensidade da dor foi mais expressiva nos homens, e esta é um fator predictivo para ansiedade masculina (Pires et al., 2006).

A dor foi mais intensa nas mulheres, o que reflete que elas experimentam a dor de forma diferente, além disto, as mulheres parecem ter mais absenteísmo no trabalho pós-exodontia. A dor pós exodontia parece decair linearmente, e diferir por medicações, técnica cirúrgica, ou fatores individuais. 45% dos pacientes relatam alteração de paladar quando se alimentavam, o que pode estar associada à lesão do nervo corda do tímpano, próximo ao nervo lingual ou ao uso contínuo de bochechos com clorexidina. 72,0% dos pacientes relataram trismo. Menos de 10,0% dos pacientes não recomendariam a exodontia aos seus amigos (Colorado-Bonnin et al., 2006).

Na remoção dos 3ºMs as complicações podem ser previstas, necessitam de tratamento e podem levar à seqüelas irreversíveis. As complicações mais comuns

são: dor, edema e trismo. Os principais fatores que contribuíram para o edema foram o tempo de duração da cirurgia e a dificuldade cirúrgica. Também apresentou ter relação com idade e com o grau de impacção. O efeito da idade e gênero ainda permanece controverso. Pacientes mais velhos que 30 anos de idade apresentaram mais edema e maior escores de dor. Pacientes com 3^oMs nas classificações de Pell e Gregory posição C apresentaram mais edema e maior tempo de duração da cirurgia. Os escores de dor apresentaram relação com grau de impacção e tempo de duração das cirurgias. Nas de maior tempo de duração os pacientes apresentaram maior escores de dor PO. O grau de impacção teve correlação com tempo de duração da cirurgia e com a realização de osteotomia (Kim et al., 2006).

Alguns fatores podem ser associados ao risco de complicações cirúrgicas como: grau de impacção, experiência do cirurgião e técnica cirúrgica. Os fatores de riscos estão associados à idade maior que 24 anos, gênero feminino e classificação dos dentes em posição IC ou IIC ou IIIC. As exodontias de terceiros molares deverão ser realizadas antes dos 24 anos, especialmente em mulheres. Quanto a classificação de Winter, os dentes mesioangulado e distoangulados tiveram maiores índices de complicações, e os dentes horizontais tiveram menor índice de complicações. A experiência do cirurgião também é um fator determinante na incidência de complicações, como alveolite, infecção, e parestesia. A incidência de complicações neste estudo foi de 7% (Blondeau; Daniel, 2007). A maioria dos desconfortos durante a erupção dos 3^oMs desaparece quando eles erupcionam totalmente. As infecções tipo pericoronarite ocorrem em 10% dos casos e desaparecem com o uso de antibiótico, bochechos e remoção do opérculo.. Não mais de 12% dos dentes inclusos estão associados a patologias. A grande parte de dores e desconfortos associados a terceiros molares são causadas pela cirurgia, e não pelo dente. Após exodontia dos 3^oMs pacientes costumam ter dor, edema, hematoma e desconforto. 85% dos 3^oMs são extraídos antes de completar sua formação radicular para minimizar complicações posoperatorias como dor e infecção. A parestesia é mais comum em pacientes acima de 35 anos e tem maior incidência em dentes mesioangulados (Friedman, 2007).

Realizado um estudo prospectivo de exodontia de 3^oMs, sob anestesia local, através do questionário Posse scale avaliou-se sintomas pós-operatórios. Tentou-se identificar os fatores de risco para estes sintomas. A dor foi avaliada através da Escala Visual Analógica e do número de analgésicos utilizados. O tempo de duração

da cirurgia não foi identificado como fator de risco para sintomas pós-operatórios, sendo errado relacioná-lo com desconforto. Tempo de duração da cirurgia pode ser usado para prever a dificuldade da cirurgia. Quanto ao gênero, as mulheres tiveram mais desconforto PO que os homens. Pacientes que apresentaram sintomas pré-operatórios também tiveram o risco de complicações aumentado (Grossi et al., 2007).

São descritos como sintomas da pericoronarite: febre alta, disfagia, limitação de abertura bucal, edema, celulite facial, e desconforto incontrolável. A dor no 1PO foi a pior dor, em 48% dos itens decaindo para 8,0% no 7 PO (Mcnutt et al., 2008).

As complicações pós-operatórias são trismo, alveolite, infecção, parestesia e hemorragia. Deve-se lembrar que existe o impacto emocional da dor que deverá ser compreendido (Jerjes et al., 2009).

A ausência na rotina diária (trabalho, escola, e outras atividades), a intensidade dos sintomas pós-operatórios e a medicação utilizada foram avaliadas. A correlação entre dificuldade cirúrgica, tempo de duração da cirurgia e percepção da dor ainda permanece controversa, sendo que o tempo de duração da cirurgia não está relacionado com a dor e nem com o grau de dificuldade segundo classificação dos dentes (Sato et al., 2009).

A queixa mais comum dos pacientes que preencheram os questionários após exodontias de 3^ºMs foi edema e mau gosto/hálito, sendo mais intensa durante os cinco primeiros dias de pós-operatório. O edema foi mais intenso no segundo dia de PO, a dor foi relatada ser mais intensa no primeiro dia de PO. Pacientes utilizaram analgésico até o terceiro ou quarto dia. A abertura bucal e a alimentação foram as atividades mais afetadas. A regressão dos sintomas ocorreu entre o terceiro e quarto dia de PO. A dificuldade de mastigação e abertura bucal atrapalham a alimentação no dois primeiros dias de PO. Edema, mau gosto e mau hálito e coleção de alimento na ferida foram prevalentes. A dor foi mais intensa nos três primeiros dias de PO. O estudo alerta que todos os pacientes devem saber que seu estilo de vida será alterado negativamente nos primeiros dias de PO, contribuindo assim para um melhor relacionamento profissional-paciente (Sato et al., 2009).

É esperado ter dor como resultado de exodontia de 3^ºMs por causa do dano aos tecidos moles e duros (Van Wijk et al., 2009).

O Absenteísmo é um assunto com crescente interesse pela sua importância no cunho econômico. A sua prevalência por causas odontológicas varia de 10,0 a 35,0%, e o principal motivo é a dor (Nardi et al., 2009).

2.4 QUALIDADE DE VIDA (QV)

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e a própria estética existencial (Minayo et al., 2000).

Qualidade de vida é definida como a auto-avaliação da pessoa sobre si mesma e sua funcionalidade em diferentes domínios da vida. A avaliação da QV é subjetiva, fenomenológica, multidimensional e dinâmica, porém quantificável. Dois grandes fatores têm contribuído para o impacto da dor na qualidade de vida: o aumento da frequência de dor e as pesquisas voltadas para seu tratamento, bem como o aumento da teoria que dor afeta o indivíduo como um todo (Niv; Kreitler, 2001).

Estudos mostram que a dor afeta a maioria dos domínios de QV. O efeito depende da extensão, duração, agudização, intensidade, afetividade e significado da dor, assim como, a doença e as características individuais. Primeiramente o físico e a função emocional. Dor não é sinônimo de baixa QV, constitui apenas um fator importante para determinar a QV (Niv; Kreitler, 2001).

Entendemos que QV inclui uma ampla variedade de condições internas e externas ao indivíduo. As condições externas oferecem predisposição para ter uma vida de qualidade, sem ser o fator determinante. A QV é, fundamentalmente, definida pelo próprio indivíduo, como uma experiência interna de satisfação e bem estar com o seu processo de viver (Seidl; Zannon, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou um estudo multicêntrico para elaborar um instrumento que avaliasse a QV em uma perspectiva internacional e transcultural. A QV foi então definida como “A percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Santos et al., 2005).

A escolha do instrumento para avaliar a QV requer atenção e cuidado, e os instrumentos devem ter linguagem simples e ser breves. Podemos aplicar os instrumentos em forma de entrevista, ou de maneira autoadministrável, ambas as formas podem ter repercussões diferentes nos resultados. A entrevista deve ser sob condições standartizadas para evitar alteração dos resultados (Miller et al., 2005).

Para isso é necessário considerar a interferência entre entrevistador e entrevistado, sendo que em algumas ocasiões a resposta pode ser alterada em função disto, mesmo sem intenção. Consideram-se os fatores inerentes ao ambiente onde se aplica o questionário relevantes, assim como, o momento em que estas informações serão colhidas. O clínico ou pesquisador deve estar atento a algumas questões para não incorrer em erros que possam inviabilizar seu estudo (Duarte; Ciconelli, 2006).

Avaliar QV é complexo pelas suas características de subjetividade e multidimensionalidade, além de não existir um padrão-ouro. Por essa razão, faz-se necessário o uso de instrumentos válidos e confiáveis (Sawada et al., 2009).

2.4.1 Qualidade de vida relacionada á saúde bucal

A percepção do paciente quanto a sua saúde relacionada á QV é considerada ser tão válida quanto às tradicionais medidas psicológicas, biológicas e de tratamentos clínicos (Shugars et al., 1996).

Qualidade de vida pode ser difícil de ser mensurada, não só porque significa coisas diferentes para cada um, mas também porque depende da percepção do próprio paciente. Esta análise requer cooperação do paciente, portanto, o questionário precisa ser aceito e de fácil aplicação. Não existe um questionário específico para exodontia de 3ºMs. Pouco se publicou sobre a qualidade de vida após esta cirurgia, os efeitos de outros fatores relevantes para qualidade de vida dos pacientes tendem a ser ignorados. Ainda há uma lacuna de relatos nos aspectos das mudanças que influenciam na qualidade de vida dos pacientes. Estudos mostram que os 3ºMs levam ao absenteísmo do trabalho e escola, afetando portanto a QV do paciente. Hoje a QV é avaliada por questionários preenchidos pelos próprios pacientes, que são provavelmente os melhores assessores (Savin; Ogden, 1997).

Percebe-se a necessidade de estudos adicionais para monitorar 3^oMs, assim, pacientes poderão estar mais informados para tomar decisões a respeito do tratamento dos mesmos (Conrad et al., 1999).

O conceito de saúde tem relações ou deve estar mais próximo da noção de QV, pois saúde não é mera ausência de doença. Pensar desta forma manifesta o mal-estar com o reducionismo biomédico. Os indicadores criados para medir QV relacionado à saúde são notadamente bioestatísticos, psicométricos e econômicos, fundamentados em uma lógica de custo-benefício (Minayo et al., 2000).

Já foi mostrado que a dor dental diminui a QV e desorganiza o dia a dia, o que afeta os indivíduos. Compreender QV relacionada à saúde bucal e a relação entre saúde bucal e QV tem sido baseada na disfunção oral, desconforto e incapacidade. A dor dental tem sido o fator mais associado com percepção da necessidade de atendimento odontológico (Vargas et al., 2000).

O foco das pesquisas tem sido, principalmente, a percepção dos pacientes sobre o impacto em sua saúde e sua qualidade de vida. Existe uma priorização da prática baseada em evidências. A condição dentoalveolar, como os terceiros molares inclusos, tem um impacto considerável sobre o dia a dia e a QV dos pacientes, principalmente nos seis primeiros dias após a extração. A percepção do paciente é importante no pós-operatório de terceiros molares, especialmente, considerando o quanto o tratamento influencia na saúde bucal. O recente interesse pelos efeitos pós-operatórios dos procedimentos cirúrgicos na qualidade de vida aumentaram, principalmente quando se trata de exodontia de terceiros molares assintomáticos (McGrath et al., 2003a).

Efeitos da condição dentoalveolar na qualidade de vida e os benefícios da cirurgia oral menor são importantes para comparar todas as variáveis quantitativamente e justificar todas as facetas da prática da especialidade, ao invés, de recair sob as condições específicas da cirurgia oral (McGrath et al., 2003c).

É mandatório aos cirurgiões melhorarem os parâmetros de saúde e QV. A prevenção de morbidades relacionadas a terceiros molares deve ser incluída nas pesquisas odontológicas (Silvestri; Singh, 2003).

Pacientes com história prévia de pericoronarite tiveram uma melhora maior ainda na QV após a exodontia (McGrath et al., 2004).

Existe um crescente reconhecimento que o impacto da condição oral na qualidade de vida é um critério que pode ser útil na decisão terapêutica sobre extrair ou não os 3ºMs (Slade et al., 2004).

Todos os pacientes demandam mais escolhas nas suas decisões nos cuidados bucais e necessitam de alto grau de compreensão antes de conceder o tratamento.

As condições clínicas associadas aos 3ºMs são bem compreendidas, porém pouco se sabe sobre o impacto que elas causam e afetam a vida dos pacientes. Os cirurgiões devem saber mais sobre a QV para primeiramente entender a morbidade pré-operatória, e posteriormente os clínicos a selecionar alternativas de tratamento quando a indicação clínica sozinha não determina se devemos fazer o procedimento cirúrgico. O impacto da condição oral na QV é um fator importante e poder ser útil na tomada de decisão. Informações sobre saúde bucal relacionada á qualidade de vida são importante para pacientes e para profissionais que cuidam, da saúde (Slade et al., 2004).

Muitas vezes a presença destes dentes pode levar à injúrias e prejuízo da saúde bucal do indivíduo, tendo um significativo impacto na qualidade de vida das pessoas, as quais podem relatar dificuldade em relaxar, interrupções nas refeições, irritabilidade e tensão, que muitas vezes implicam em falta ao trabalho (Slade et al., 2004).

White (2004) resumiu os trabalhos que falam da recuperação após exodontia de 3ºM e verificou que estes estudos relataram resultados clínicos e relacionaram a saúde bucal e queda na QV logo após a exodontia de 3ºM.

O conceito de QV tem suscitado em pesquisas e cresce a sua utilização nas práticas desenvolvidas na área da saúde, por equipes profissionais que atuam junto a usuários acometidos por enfermidades diversas. Trata-se de um assunto eminentemente interdisciplinar, o que implica a contribuição de diferentes áreas do conhecimento para o seu aprimoramento conceitual e metodológico (Seidl; Zannon, 2004).

Na área da saúde, o interesse pelo conceito QV é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Assim, saúde e doença conFiguram processos compreendidos como um *continuum*, relacionados aos

aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilo de vida (Seidl; Zannon, 2004).

As medidas de QV podem ser usadas para tomar decisões terapêuticas (Crosby et al., 2004).

Os instrumentos de mensuração da QV relacionada à saúde tendem a manter o caráter multidimensional e avaliam ainda a percepção geral da QV, embora a ênfase habitualmente recaia sobre sintomas, incapacidades ou limitações ocasionadas por enfermidades (Seidl; Zannon, 2004).

Duas tendências quanto ao conceito do termo QV na área de saúde são identificados: como um conceito mais genérico, e Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em inglês, *Health –related quality of life (HRQOL)*. QV apresenta uma acepção mais ampla, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência às disfunções ou agravos (Santos et al., 2005).

As medidas de QV são frequentemente utilizadas para avaliar o processo, o seguimento do tratamento e o tratamento proposto além da QVRS bucal. Shugars et al. (2006) desenharam um estudo específico para medir a resposta dos pacientes após exodontia de 3^oMs (Evans et al., 2005). Em seu estudo avaliaram 73 pacientes submetidos à exodontia de um 3^oM inferior com osteotomia, colheram informações sobre o tempo de duração da cirurgia do momento da incisão até o último ponto de sutura, os pacientes levavam um questionário a ser preenchido durante a primeira semana, avaliando sobre alimentação, fala, sensação, aparência, dor, doença e atividade diária. Concluíram que o tempo de duração de cirurgia é o melhor método de avaliar a dificuldade da mesma (Evans et al., 2005).

As buscas no medline com palavras chaves qualidade de vida e saúde bucal tem aumentado dramaticamente, o número de artigos publicados entre 2000 e 2004 foi três vezes maior que entre 1995 e 1999 e seis vezes maior que entre 1990 e 1994. Nestes trabalhos QV é definida como percepção individual de sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que se vive e em relação à suas metas, expectativas e interesse. QV relacionada à saúde bucal é definida como o acesso individual de como afeta o seu bem estar, fatores funcionais, psicológicos, sociais, experiência de dor e desconforto em relação aos interesses orofaciais (Naito et al., 2006).

Naito et al. (2006) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre *status* de saúde oral e sua relação com a QV, no período de janeiro de 1973 até

junho de 2004. Eles concluíram que a avaliação da relação da saúde com a qualidade de vida e a saúde oral com instrumentos validados é insuficiente, sugerindo a necessidade de maiores evidências para sustentar essa interpretação.

O termo qualidade de vida foi indexado no *Index Medicus* em 1975, por um oncologista e foi também aplicado em outras áreas da saúde, incluindo a odontologia. As exodontias de terceiros molares são as cirurgias mais freqüentes, e enquanto a literatura oferece muitas publicações sobre critérios da exodontia e morbidade, existem poucos estudos que avaliam a influência de diferentes fatores na qualidade de vida dos pacientes após a exodontia de terceiros molares inferiores. A limitação existente nestes estudos é o fato que os dados são subjetivos, pois são baseados na percepção do paciente. Neste mesmo estudo foram analisados 92 pacientes, submetidos a exodontia do 3ºM inferior sob anestesia local e aplicado questionário no 4PO e 7PO sobre isolamento social, isolamento no trabalho, habilidade para alimentar-se, habilidade para falar, dificuldade para dormir, aparência física, desconforto para remoção de sutura. Além disto foi preenchida uma escala visual para dor nos sete primeiros dias. Homens relataram menos dor que mulheres, e concluíram que a cirurgia de terceiros molares afeta significativamente a qualidade de vida dos pacientes, particularmente nos três primeiros dias de pós-operatório (Colorado-Bonnin et al., 2006).

As causas do absenteísmo do trabalho pós exodontia são: disfagia, dificuldade para dormir e cirurgias muito demoradas (Colorado-Bonnin et al., 2006).

A cirurgia de terceiros molares é frequentemente realizada a nível ambulatorial, e um período de recuperação é necessário para que os pacientes retomem seu estilo de vida usual, incluindo vida social e atividades recreacionais. A experiência subjetiva de saúde e doença que envolve o tratamento de terceiro molar pode ser medida por vários questionários que foram desenvolvidos para mensurar saúde relacionada à QV (Shugars et al., 2006).

A maior incidência de absenteísmo do trabalho por causa odontológica ocorre em mulheres e nas faixas etárias mais jovens. O mesmo pode ser entendido como a ausência do trabalhador motivada pelo estado ou condição de saúde, que gera um prejuízo econômico (Peres et al., 2006).

As experiências que estão relacionadas a terceiros molares podem ser medidas através de vários questionários que foram desenvolvidos para medir QV relacionado á saúde (Shugars et al., 2006).

A medicina nos últimos 30 anos tem visto aumentar o uso dos termos de QV e QV relacionada com condições de saúde e terapias para estas. As medidas tradicionais de saúde precisam ser suplementadas por resultados obtidos por experiências de pacientes (Locker; Allen, 2007).

Nas ultimas três décadas o uso de avaliações feitas pelos próprios pacientes aumentou, mas só começou a ser usado na cirurgia, recentemente (Grossi et al., 2007).

Qualidade de vida relacionada á saúde bucal é multidimensional (John, 2007).

Na odontologia também ocorreu uma proliferação de instrumentos e escalas que visam acessar a QV relacionada á saúde bucal, são eles: GORAI (*Geriatric Oral Health Assessment Index*), OHIP (*Oral Health Impact Profile*), OIDP (*Oral Impacts On Daily Performances*) e COHQoL (*Child Oral Health Quality of Life Questionnaire*). A primeira definição de saúde bucal era um consenso entre funcionamento da cavidade oral com a pessoa como um todo e com sintomas subjetivos como dor e desconforto. A definição mais atual, feita pelo mesmo autor, era mais específica e compreensiva, quando falamos de saúde bucal, nosso foco não é na cavidade propriamente dita, mas no indivíduo e nas disfunções orais, doenças, condições de tratar a saúde, bem estar e QV. QV relacionada à saúde oral foi definida como um termo relativamente simples: a extensão de qual disfunção afeta o funcionamento, o bem estar, os sintomas e o impacto funcional e psicológico que emana de doenças e disfunções; e como estas doenças e disfunções afetam a QV (Locker; Allen, 2007).

Resultados indicam que a cirurgia de 3^oM exerce influência em diversos aspectos que podem estar relacionados com a QV dos pacientes, principalmente nos três primeiros dias após a extração (Sato et al., 2009).

Qualidade de vida se tornou um conceito conhecido e tem sido estudada em vários campos. Um grande número de instrumentos de medida de QV relacionada à saúde bucal tem sido construídos. Os efeitos colaterais da cirurgia de 3^oMs podem causar efeitos na qualidade de vida dos pacientes (Van Wijk et al., 2009).

2.5 OHIP (*ORAL HEALTH IMPACT PROFILE*)

No estudo de Shugars et al. (1996) foram avaliados 20 pacientes submetidos à exodontia dos quatro 3ºMs com sintomas prévios leves de pericoronarite, usando-se o questionário OHIP como instrumento de avaliação por 14 dias durante o PO, sendo a maioria dos pacientes do sexo feminino. Verificou-se a rotina diária dos mesmos, e constatou-se que esta foi mais afetada nos dois primeiros dias.

O OHIP pode variar de 0 a 56, sendo 56 a pior avaliação de QV, quando o paciente responde sempre (codificado em 4) para as 14 perguntas. Esta avaliação pode ser útil para aprimorar a tomada de decisão e para criar uma expectativa realista para pacientes similares (McGrath et al., 2003b).

McGrath et al. (2003c), avaliaram 100 pacientes, dos quais 64 do sexo feminino, que foram submetidos a exodontia de um terceiro molar inferior com osteotomia e odontosecção, a idade média foi de 26 anos, 52,0% foi do lado esquerdo, aplicado o questionário OHIP-14 no pré-operatório, no 7PO, no 14PO, com 1,3,e 6 meses de PO. Foi questionado sobre dor, parestesia, edema e trismo (no 7PO), absenteísmo do trabalho e pericoronarite (no pré-operatório). O OHIP foi associado aos achados clínicos no PO e a pericoronarite foi associada ao OHIP no pré-operatório. Os OHIP pré e pós-operatório foram comparados. Os resultados no 7PO tiveram QV menor que no pré-operatório. Após 1 mês a QV aumentou e após 3 meses aumentou mais ainda. Identificaram uma deteriorização na QV no período pós-operatório imediato, que, no entanto, melhorou após 1, 3, e 6 meses de PO progressivamente. A pericoronarite prévia foi associada com mudanças na QV. A cirurgia de 3ºM está associada à melhora da QV ao longo do tempo, porém, com queda na QV no pós-operatório imediato, uma significativa deteriorização da QV ocorre durante os cinco primeiros dias, associada a achados clínicos como edema e trismo, que lentamente voltaram aos valores de pré-operatório no 6PO e 7PO.

Nesta pesquisa verificou-se que quando medimos os efeitos da condição dentoalveolar na QV e os benefícios da cirurgia oral menor, é importante termos resultados confiáveis e comparativos para justificar a prática do estudo mais apropriado, ao invés de cair puramente sobre resultados e indicações específicos da cirurgia oral. As complicações pós-operatórias irão comprometer a QV no PO

imediatos. É importante a comunicação dos riscos potenciais de cada procedimento (McGrath et al., 2003b).

No estudo realizado por Foy et al. (2003), foram avaliados 480 pacientes submetidos à exodontia dos quatro terceiros molares, com idade média entre 14 e 40 anos, 37,0% apresentavam sintomas pré-operatórios, destes 44,0% eram do sexo feminino, sendo mais prevalentes do que os homens, foi aplicado OHIP-14. Um terço dos pacientes relataram dificuldade para relaxar, interrupção nas refeições 13,5%, sentir-se irritados 11,2%, e sentir-se tenso 9,6%, 50,0% dos pacientes que apresentaram sintomas pré-operatórios como dor e edema, e estes estavam associados às desabilidades físicas, social, psicológica.

Dentre os vários instrumentos desenvolvidos para mensurar necessidades percebidas o questionário perfil de impacto de saúde bucal (*Oral Health Impact Profile*-OHIP) é amplamente utilizado em vários estudos em diferentes culturas e perfis sociodemográficos. O OHIP foi desenvolvido para fornecer uma mensuração abrangente de disfunção, desconforto e incapacidade, atribuída à condição bucal. Tais informações visam à complementação dos indicadores tradicionais de epidemiologia bucal de doenças clínicas e, deste modo, fornecem um perfil do impacto da doença em populações e a eficácia dos serviços de saúde em reduzir esses impactos. Originalmente apresenta sete dimensões, contendo 49 itens em um questionário respondido em escala tipo Lickert com cinco opções que variam de nunca a frequentemente, entre 0 e 4. O OHIP incorpora oito conceitos de saúde: problemas físicos, limitações por problemas pessoais ou mentais, vitalidade, saúde mental, função social, dor corporal e saúde geral. O OHIP foi desenvolvido no idioma inglês em contexto cultural diferente (Ferreira et al., 2004).

Os dados mostraram que o OHIP está associado à necessidade percebida de tratamento. O desenvolvimento dos indicadores que relacionam problemas bucais com a qualidade de vida, surgiu da necessidade de conhecer a condição de saúde percebida subjetivamente ou o impacto dos problemas de saúde bucal sobre a QV. Saúde foi definida como uma dimensão da QV (Ferreira et al., 2004).

A avaliação feita por Slade et al. (2004) em 408 pacientes submetidos à exodontia de quatro terceiros molares, 59,0% do sexo feminino, 1/3 não terminou o segundo grau escolar, média de idade de 25 anos. Dividiu-se os pacientes com e sem sintomas prévios de dor e edema, numa proporção de 3:1 (com sintomas), aplicou o OHIP-14. O maior impacto foi que 7,0% dos pacientes teve dificuldade

para relaxar em nível 3 ou 4. Impactos adversos na QV ocorreram em 1 a cada 8 pacientes que procuraram a cirurgia de 3ºM (Slade et al., 2004).

O questionário OHIP pergunta sobre os impactos adversos das condições orais sobre o bem estar incluindo dor, estado psicosocial, interação social e atividades diárias. Nesta pesquisa, comer foi um aspecto de interação social importante (Slade et al., 2004).

OHIP-14 foi descoberto por Slade e Spencer, seu resultado é calculado por método aditivo variando o resultado de 0 a 56 consiste em 14 perguntas, com respostas de 0 a 4 para cada uma delas, podemos também incluir informações sócio demográfico, data, idade, nível de educação, estado civil, empregatício e econômico (Oliveira; Nadanoysky, 2005).

A versão brasileira do OHIP-14 tem boas propriedades psicométricas, que são similares ao instrumento original. Os acessos aos efeitos das doenças bucais e condições no funcionamento social podem ser de grande valor para pesquisadores, planejadores de saúde e promotores de saúde bucal. A forma curta do OHIP tem sido amplamente utilizada. OHIP foi descoberto por Slade e Spencer e a forma abreviada foi publicada em 1997. Os itens incluídos nas duas formas foram agrupados em sete subescalas: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. É frequentemente usado em estudos intervencionais e longitudinais para acessar condições bucais. Os itens são questionados se ocorrem sempre (codificado 4), quase sempre (codificado 3), ocasionalmente (codificado 2), raramente (codificado 1), ou nunca (codificado 0). Os scores são calculados por método aditivo, com resposta de 14 questões e resultados de 0 a 56, sendo 56 o pior resultado (Oliveira; Nadanoysky, 2005).

As pesquisas têm procurado investigar o impacto da morbidade bucal na população, seja por meio de análise de limitações funcionais, dor física, desconforto, incapacidade psicológica, incapacidade física, social e deficiências, mediante um indicador, o “*Oral Health Impact Profile-OHIP-14*” (Mazzilli; Crosato, 2005).

Outro estudo realizado por Shugars et al. (2006) extraiu os quatro 3ºMs, aplicou-se o questionário OHIP-14 no pré-operatório e nos sete primeiros dias de pós-operatório, onde o resultado de avaliação da QV relacionada a condição bucal através do OHIP é maior no 1ºPO e decresce ao longo da primeira semana,

demostrando que a QV decai na primeira semana e depois se normaliza (Shugars et al., 2006).

Gentile (2006) avaliaram 63 pacientes submetidos à exodontia de quatro terceiros molares, a maioria era do sexo feminino, média de idade 25 anos, média de tempo de duração da cirurgia de 27 minutos, aplicando OHIP pré-operatório e no 1PO, 7PO, e 14PO; a quantidade de respostas 3 ou 4 do OHIP aumentou do pré-operatório para o 1PO e diminuiu para 7PO e 14 PO. O resultado do OHIP no 1PO foi 27, 7PO foi 8 e 14PO foi 1.

A forma curta do OHIP-14 está emergindo como uma boa ferramenta para acessar QV relacionada à saúde bucal, consiste em 14 itens organizados em 7 subescalas que avaliam a saúde bucal que pode comprometer o bem estar físico, psicológico e social. O original OHIP-49 foi desenvolvido por Locker and Slade baseado no modelo de saúde bucal de Locker. O OHIP-14 é validado e pode ser utilizado para procedimento cirúrgico de exodontia de 3^oMs. O instrumento é capaz de detectar mudanças modestas. O número de dentes extraídos, o surgimento de sintomas e dor foram fortemente relacionados com scores altos de OHIP. OHIP é válido e confiável. Demonstrou bons níveis de validade e responsividade para alterações de QV relacionado à saúde bucal de exodontia de 3^oMs. O OHIP não teve relação com nenhuma variável socioeconômica (Fernandes et al., 2006).

Existe um reconhecimento crescente que as desordens orais têm um impacto significativo no bem estar físico, social e psicológico. O OHIP tem crescido como uma boa ferramenta que conduz a saúde relacionada à qualidade de vida. O OHIP original foi descoberto por Slade e Spencer na Austrália e é constituído de 49 itens, a forma resumida foi publicada em 1997. Existem evidências atuais que validam o uso do OHIP-14 em vários procedimentos hospitalares incluindo cirurgias de terceiros molares (Fernandes et al., 2006).

Até a última década a epidemiologia oral era usada para indicação clínica através de um sistema normativo para determinar necessidades terapêuticas. A versão em português do OHIP-49 é válida para avaliar impacto das condições bucais na QV de brasileiros (Pires et al., 2006).

Nuttall et al. (2006) propuseram um modelo para explicar o comportamento biológico e as consequências psicológicas da doença, isto não implica que alguém com determinada doença odontológica vá necessariamente ter os efeitos adversos, mas sim terá potencial para ter uma combinação entre os efeitos. O OHIP-14

possibilita fazer predicções sobre a forma que as pessoas podem ser afetadas pela condição bucal. Faz uma boa correlação da presença da doença odontológica com dor e auto-avaliação de QV. Dividido em dimensões: limitação funcional, dor e desconforto, desabilidade física, social, psicológica e incapacidade. O modelo em que o OHIP é baseado reflete a idéia de que o impacto muda a partir da base biológica, diretamente para o impacto interno do indivíduo, até o aspecto que impactam a dimensão social. A escala é baseada nos aspectos comportamentais e psicossociais e não inclui a mensuração da doença e deficiência (Nuttall et al., 2006), (Figura 2. 1).

Figura 2.1 -Modelo esquemático do OHIP (Nuttall et al., 2006)

O *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) criado por Slade tem sido utilizado como instrumento que avalia como as diversas condições bucais ou alterações podem afetar a QV. Pacientes que procuram serviços para extrair os terceiros molares, normalmente, apresentam sintomas e tem valores mais altos do OHIP pré-cirúrgico quando comparados aos pacientes assintomáticos. A deteriorização da QV, que ocorre imediatamente após a cirurgia, melhora rapidamente após uma semana de pós-operatório. Avaliados 63 pacientes submetidos a um protocolo cirúrgico standartizado, realizado exodontia de quatro terceiros molares por especialistas, com termo de consentimento, registrado o número de anestésicos utilizados, tempo de duração da cirurgia (média de 27 minutos), aplicado OHIP pré-operatório, obtendo como resultados: 1PO (OHIP=27), 7PO (OHIP=8) e 14PO (OHIP=1). A maioria dos pacientes eram mulheres, 25 anos. O OHIP pode também ser classificado por domínios: limitação funcional (dificuldade para falar e sabor dos alimentos alterados), dor (dor na boca e desconforto ao comer), desconforto psicológico (preocupado e estressado), incapacidade física (parar as refeições e alterou alimentos), incapacidade psicológica (dificuldade de relaxar e

envergonhado), incapacidade social (irritado com outras pessoas e dificuldade de trabalhar), deficiência (insatisfeito e totalmente incapaz de exercer funções). OHIP-14 no 7PO sugere que a dor foi menor, a habilidade de alimentar-se foi insatisfatória para um terço dos pacientes. No 1PO 24,0% dos pacientes tiveram dificuldade em falar (Shugars et al., 2006).

Assim, os estudos endereçados pelos termos relação de qualidade de vida e qualidade de vida são importantes determinantes dos cuidados de saúde, regimes de aderência ao tratamento e satisfação com o tratamento recebido. O OHIP foi baseado em um modelo de doença e suas conseqüências, tem a intenção de acessar o impacto social de problemas bucais, que são disfunções, desconforto e desabilidade causadas por estas condições. A proposta da medida é acessar as prioridades dos cuidados, documentando o impacto social dos indivíduos e grupos, entendendo o comportamento da saúde bucal, avaliando o tratamento odontológico e fornecendo informações para defender a saúde bucal. Medida realizada por auto-percepção da saúde bucal (Locker; Allen, 2007).

Avaliados dois grupos de pacientes, um com 3ºM com raiz formada e outro com raiz incompleta, submetidos á exodontia dos quatro terceiros molares, aplicado questionário de QV por 14 dias, concluíram que o período de recuperação não foi diferente nos dois grupos. A formação radicular dos 3ºMs não é um fator predictivo de melhor ou pior QV relacionada a saúde bucal após exodontia. Os itens de dor no OHIP-14 e aqueles que indicam deficiência física foram afetados mais de 19,0% após exodontia (Noori et al., 2007).

O modelo conceitual de saúde oral é constituído de sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, físico, psicológico, desabilidade social, e incapacidade. O OHIP 49 foi feito em sete dimensões, quando os itens foram agrupados surgiu um modelo menor com as seguintes dimensões: função oral, dor orofacial, impacto psicológico e impacto social. Um dos instrumentos mais usados para medir saúde oral é o OHIP. OHIP foi construído numa moldura teórica baseada na Organização Internacional de Saúde Mundial (OMS) classificadas em desabilidade e incapacidade (John, 2007).

O OHIP foi desenvolvido por Slade e Spencer com a intenção de avaliar os impactos físicos, psicológicos e sociais da condição oral na QV. Este instrumento contém sete dimensões e é baseado em um modelo hierárquico (Kieffer; Hoogstraten, 2008b).

No âmbito social, os questionários auto reportados são comumente utilizados para acessar o estado, sentimentos e atitudes das pessoas. O constructo a ser medido é adequado pelo reflexo das respostas. É recomendado seguir a ordem do OHIP original, especialmente quando compara-se os resultados com outros estudos (Kieffer; Hoogstraten, 2008a).

Medidas de QV relacionado á saúde bucal como o OHIP foram construídas para verificar a amplitude de como a condição bucal pode interferir na qualidade de vida, assim como, pode ser associada a instrumentos específicos que promovem melhor compreensão do impacto da condição clínica (McNutt et al., 2008).

O impacto da pericoronarite sobre a QV foi medido por OHIP14, aplicado para pacientes com pericoronarite, a média dos resultados foi de 11/56 e de dor foi 4/7. O item mais freqüente do OHIP foi a dimensão da dor. O resultado do OHIP no pré-operatório em pacientes com pericoronarite foi 9,7%. Pericoronarite caracteriza-se pela inflamação dos tecidos moles que circundam a coroa de um terceiro molar erupcionado ou semi erupcionado, causando dor que pode durar vários dias, e pode ser recorrente várias vezes no mesmo paciente (McNutt et al., 2008).

Um dos maiores indicadores internacionais, baseado na metodologia da OMS é o OHIP-14, disponível nas línguas chinesa, francesa, alemã, japonesa, malasiana, portuguesa e suéca. Os indicadores clínicos sozinhos não podem descrever a satisfação ou os sintomas de pacientes odontológicos ou suas habilidades para realizar as atividades diárias. Foi desenhado para medir a auto-avaliação da limitação funcional, desconforto e desabilidade, atribuídos á condição bucal. É derivado da forma extensa de 49-itens e adaptado por Locker. Neste modelo, as conseqüência das doenças bucais são linkadas hierarquicamente dos níveis biológicos (deficiência) até os níveis comportamentais (limitação, desconforto e desabilidade) e por último os níveis sociais (incapacidade) (Montero-Martin et al., 2009).

OHIP é um questionário auto administrável focado em sete dimensões de impacto: limitação funcional, dor, desconforto psicológico, desabilidade física, psicológica, social e incapacidade, em que os participantes são perguntados sobre a freqüência do impacto em uma escala de Likert de 5 pontos, utilizando um período de seguimento de 12 meses. Mede atitudes ou predisposições individuais em contexto social particular com pontuação de cada unidade e o resultado é a somatória (Montero-Martin et al., 2009).

OHIP tem sido usado em vários estudos transversais e longitudinais. É dividido em sete subescalas. Não foi encontrado diferença na forma de administração do OHIP-14 quando comparado a entrevista ao autopreenchimento (Sousa et al., 2009).

QV relacionada à saúde bucal é bem estabelecida nos serviços de saúde, na economia em saúde e na epidemiologia. Esta serve amplamente para determinar as necessidades e é um indicador de efetividade nas intervenções. Estudo feito por Van Wijk et al. (2009) em que foram avaliados 50 pacientes aplicando o OHIP-14 no pré-operatório e no sétimo dia de pós-operatório de terceiros molares e avaliado dor e QV relacionada à saúde bucal. A presença de complicações no pré ou no pós-operatório aumentaram os efeitos na QV. A sua forma breve, o OHIP-14 que tem recebido muita atenção e é o instrumento mais usado nas pesquisas odontológicas. São aplicados em estudos longitudinais ou transversais e visam avaliar os efeitos físicos, psicológicos e sociais da saúde bucal na QV a ela relacionada. Ele é constituído de sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, social e deficiência física, estas dimensões foram determinadas por Locker no modelo conceitual de saúde bucal que foi baseado na classificação de dano, incapacidade e deficiência desenvolvido pela OMS. Locker achou este instrumento responsivo para pessoas idosas e Fernandes testou para respostas após exodontia de 3^ºMs. O resultado do OHIP-49 variou de 14 a 70, comparando o OHIP pré e pós-operatório de sete dias houve diferença significativa entre eles, principalmente nas dimensões de dor. As complicações pós-operatórias alteraram o resultado do OHIP pós-operatório. Pacientes relataram dor até o 7^ºPO. A dor interfere substancialmente no efeito da extração sobre a QV. 63,5% dos pacientes apresentaram dor no 1^ºPO, que decresceu para 15,0% no 7^ºPO. 85,0% dos pacientes relataram dificuldade para mastigar e 78,0% para abrir a boca. Os 3^ºMs tem um certo efeito sobre a QV dos pacientes, pacientes mais jovens tem menores efeitos sobre a QV, pois retomam suas atividades mais precocemente do que os de mais idade (Van Wijk et al., 2009).

O OHIP é utilizado em estudos transversais e longitudinais para avaliar efeitos físicos, psicológicos e sociais na qualidade de vida. É responsivo para pequenas mudanças na qualidade de vida, inclusive para mudanças clínicas de 3^ºMs (Van Wijk et al., 2009).

3 PROPOSIÇÃO

3.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste trabalho foi avaliar clinicamente, se a posição do terceiro molar inferior, interfere no desconforto pós-operatório, e verificar sua relação aos fatores associados e efeitos na qualidade de vida.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Verificar a possível relação dos fatores associados: gênero, idade e sintomas prévios com dor, edema e OHIP-14.
- 2 Mensurar dor, edema e OHIP após a exodontia de terceiros molares e verificar sua possível relação grau de dificuldade cirúrgica.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo de intervenção, prospectivo. A pesquisa teve início após a aprovação do Comitê de Ética, sob o número FR 266884 protocolo 108/2009 (Anexo A). Tratou-se de um estudo longitudinal, intervencional e prospectivo, sendo o período de coleta de dados da amostra foi de 12 meses com número de 110 pacientes.

4.2 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pelo preenchimento de fichas clínicas no pré-operatório e relatórios diários preenchidos pelos pacientes, que além de seus dados pessoais, incluíram uma escala de quantificação da dor, edema pós-operatórios e o questionário OHIP-14 (Anexo B e C).

4.3 CARACTERÍSTICA DA AMOSTRA

Os sujeitos de pesquisa envolvidos no estudo foram os pacientes que procuraram a triagem do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais, coordenado pelo Prof. Dr. Waldyr Antônio Jorge e equipe na FUNDECTO-USP (Fundação para o Desenvolvimento Tecnológico e Científico da Odontologia- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo), com encaminhamento para exodontia dos terceiros molares.

Todos os pacientes puderam participar da pesquisa, independente do gênero, idade, nível sociocultural ou econômico, desde que concordassem de livre e espontânea vontade em realizar a extração de dois terceiros molares do mesmo

lado num mesmo tempo cirúrgico (exemplo: 18 e 48 ou 28 e 38), medida que já faz parte da rotina do curso, que nunca tenham extraído nenhum terceiro molar, (não tenham experiência prévia) e que estivessem aptos a serem submetidos a procedimentos cirúrgicos. Todos os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo D) onde esclareceu-se as possíveis complicações cirúrgicas das exodontias, além dos objetivos e orientações ligadas à pesquisa e manifestaram disponibilidade e interesse em participar da mesma.

4.3 1 Critério de inclusão

Foram incluídos na pesquisa apenas pacientes que eram alfabetizados, capazes de ler e responder os questionários com autonomia, sem apresentar patologias de base, Asa I (segundo classificação de risco da Associação Americana de Anestesiologia).

Não foram incluídos os pacientes que apresentassem doença psiquiátrica, gestantes, tabagistas, ou que possuísem quaisquer doenças sistêmicas (só foram incluídos pacientes ASA I).

4.3 2 Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa pacientes que apresentaram complicações trans ou pós-operatórias, e os casos em que o tempo de duração da cirurgia ou número de anestésicos excederam o tempo médio, bem como aqueles que não responderam os questionários.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis estudadas foram dor, edema, posição dos terceiros molares inferiores e impacto nas atividades diárias.

4.4.1 Dor

Para avaliação da dor foi aplicada uma escala visual de avaliação numérica, de 5 pontos, que consistia em uma linha reta dividida em quatro partes iguais, numeradas de 0 a 4, com legenda. O número 0 é a ausência de dor, 0 (sem dor), 1 dor leve (fácil de tolerar), 2 moderada (desconforto tolerável), 3 dor forte (desconforto difícil de tolerar) e 4 dor muito forte (insuportável). Os pacientes preencheram uma ficha onde relataram o grau de sintomatologia dolorosa em três momentos diários (manhã, tarde e noite), acompanhando o horário da tomada do antibiótico (padronização), relato da necessidade ou não de tomar analgésico, e citando os momentos que tomou (Anexo B).

4.4.2 Edema

O edema foi avaliado por uma escala visual de Figuras, em quatro ilustrações legendadas, onde os próprios pacientes escolhiam a Figura que mais se assemelhava ao seu estado em todos os sete dias de pós-operatório. Esta avaliação foi feita seguindo os mesmos horários que a avaliação da dor. Sendo legendadas: nenhum edema= A, pouco edema = B, médio edema = C ou muito edema = D, (Anexo B).

4.4.3 Qualidade de Vida e impactos nas atividades diárias

Para medir a saúde bucal e relacioná-la com a qualidade de vida foi utilizado o questionário OHIP-14. O questionário OHIP-14 foi aplicado pela pesquisadora responsável em todos os pacientes no pré-operatório e preenchido pelo próprio paciente diariamente em sua casa durante os sete primeiros dias de pós-operatório, seguindo uma escala de 0 a 4 sendo: 0 (nunca), 1 (raramente), 2 (as vezes), 3 (repetidamente) e 4 (sempre) (Oliveira;Nadanovsky, 2005), (Anexo C)

4.5 GRUPOS EXISTENTES

Os grupos foram formados de acordo com a classificação dos terceiros molares inferiores segundo Pell e Gregory e Winter, baseando-se na avaliação de radiografias panorâmicas, sempre pelo mesmo avaliador, a pesquisadora executante.

4.5.1 Classificação de Pell e Gregory (1933)

1-Relação do terceiro molar inferior com a borda anterior do ramo mandibular: (Figura 4.1)

Classe I, quando o espaço entre a borda anterior do ramo ascendente da mandíbula e a face distal do segundo molar inferior é suficiente para acomodar a coroa do terceiro molar inferior.

Classe II, quando o espaço entre a borda anterior do ramo ascendente da mandíbula e a face distal do segundo molar inferior é menor do que o diâmetro méso-distal da coroa do terceiro molar inferior.

Classe III, quando o terceiro molar inferior encontra-se totalmente dentro do ramo ascendente da mandíbula.

Figura 4.1 - classe I classe I classe III (Chaves Junior et al., 2006)

2- Profundidade relativa do terceiro molar inferior no osso mandibular, relacionando a face oclusal do terceiro molar com a face oclusal do segundo molar (Figura 4.2).

Posição A, quando a face oclusal do terceiro molar encontra-se no mesmo nível ou acima da face oclusal do segundo molar.

Posição B, quando a face oclusal do terceiro molar encontra-se entre a face oclusal e a cervical do segundo molar.

Posição C, quando a face oclusal do terceiro molar encontra-se ao mesmo nível ou abaixo da linha cervical do segundo molar.

Figura 4.2 - Posição A Posição B Posição C (Chaves Junior et al., 2006)

4.5.2 Classificação de Winter (1926)

Posição vertical, quando o longo eixo do terceiro molar encontra-se paralelo ao do segundo molar.

Posição medial (mesioangular), quando o longo eixo do terceiro molar encontra-se para medial em relação ao do segundo molar

Posição horizontal, quando o longo eixo do terceiro molar está perpendicular ao do segundo molar.

Posição distal (distoangular), quando o longo eixo do terceiro molar encontra-se para distal em relação ao do segundo molar (Figura 4.3)

Figura 4.3 - Vertical Mesioangulado Distoangulado Horizontal
(Chaves Junior et al., 2006)

Os terceiros molares inferiores extraídos foram divididos em dois grupos, baseados na classificação composta de Pell e Gregory e Winter e ao grau de dificuldade para exodontia. Classificou-se em dentes fáceis ou difíceis de serem extraídos, esta classificação foi criada com base em uma entrevista realizada com os cirurgiões bucomaxilofaciais, resultando em considerar todos os dentes distoangulados e em posição classe III como difíceis (Tabela 4.1).

Tabela 4.1 Classificação que relaciona posição do dente ao grau de dificuldade na exodontia

Fácil	
Classe I, posição A, vertical	Classe I, posição C, vertical
Classe I, posição A, horizontal	Classe II, posição A, vertical
Classe I, posição A, mesioangulado	Classe II, posição A, horizontal
Classe I, posição B, vertical	Classe II, posição B, vertical
Classe I, posição B, horizontal	
Difícil	
Classe I, posição A, distoangulado	Classe II, posição C, distoangulado
Classe I, posição B, mesioangulado	Classe III, posição A, vertical
Classe I, posição B, distoangulado	Classe III, posição A, horizontal
Classe I, posição C, horizontal	Classe III, posição A, mesioangulado
Classe I, posição C, mesioangulado	Classe III, posição A, distoangulado
Classe I, posição C, distoangulado	Classe III, posição B, vertical
Classe II, posição A, mesioangulado	Classe III, posição B, horizontal
Classe II, posição A, distoangulado	Classe III, posição B, mesioangulado
Classe II, posição B, horizontal	Classe III, posição B, distoangulado
Classe II, posição B, mesioangulado	Classe III, posição C, vertical
Classe II, posição B, distoangulado	Classe III, posição C, horizontal
Classe II, posição C, vertical	Classe III, posição C, mesioangulado
Classe II, posição C, horizontal	Classe III, posição C, distoangulado
Classe II, posição C, mesioangulado	

4.6 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

As cirurgias foram realizadas por cirurgiões alunos do curso de especialização em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, que possuíam o mesmo nível de expertise e com pelo menos 1 ano de prática na área. Todos os participantes receberam a mesma medicação pré-operatória (amoxicilina 01 gr VO e dexametasona 8 mg VO 01 hora antes do procedimento) e pós-operatória (amoxicilina 500mg de 8/8 horas por 07 dias, diclofenaco sódico 50 mg de 8/8 horas

por 04 dias e dipirona sódica 40 gotas ou 02 comprimidos de 6/6 horas (em caso de dor), conforme o protocolo do curso. Utilizou-se as mesmas orientações e cuidados pós-operatórios (Anexo E) já consagrados na literatura e utilizados pelo curso. A técnica cirúrgica empregada foi aquela mais indicada para cada posição dentária, e em um mesmo tempo operatório extraiu-se dois terceiros molares de um mesmo lado (18 e 48 ou 28 e 38) sob anestesia local com vasoconstrictor (padronizado uso de: mepivacaina 2% com norepinefrina 1:100000).

Todos os procedimentos foram notados em ficha clínica devidamente assinadas por docentes.

4.6.1 Informações adicionais

Registrou-se também informações adicionais sobre o tempo de duração da cirurgia (medido do início da incisão do dente inferior até o final da sutura do dente superior), quantidade de tubetes anestésicos utilizados, realização ou não de osteotomia e odontosseção, idade do paciente, etnia, gênero, escolaridade e posição do dente (segundo às classificações). Na história prévia do paciente, questionou-se se os mesmos apresentaram sintomas anteriormente, como pericoronarite, e se já se ausentou no trabalho ou escola por causa do terceiro molar (Anexo C e F).

4.7 FORMA DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados e analisados no pacote estatístico STATA 10.0. Na primeira parte dos resultados realizou-se a análise descritiva. Utilizaram-se medidas de: número absoluto, média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo, porcentagem e porcentagem cumulativa.

Na segunda parte foi verificar a análise inferencial para as variáveis numéricas. O primeiro teste realizado foi o de Normalidade Skewness e Kurtosis, após, verificou-se a homogeneidade das variáveis. A ANOVA foi aplicada para dados repetidos, e a correlação de Sperman, e os testes de Huynh-Feldt, Greenhouse-Geisser, Box's conservative.

5 RESULTADOS

Nossa amostra foi constituída inicialmente de 110 pacientes, destes 16 não devolveram as fichas avaliatórias, sendo excluídos da pesquisa por perda de seguimento, 6 foram excluídos por apresentarem dados incompletos, e 2 foram excluídos após terem complicações trans-operatórias. Portanto, nossa amostra foi constituída de 86 pacientes. Sendo que 55,81% do gênero feminino, e 44,19% do gênero masculino (Tabela 5.1). Quanto ao grau de escolaridade encontramos 34,88% com segundo grau completo (Tabela 5.1).

Tabela 5.1 - Distribuição dos participantes segundo gênero e escolaridade. Brasil, 2010

Variável	Categoria	N	%
Gênero	Feminino	48	55,81
	Masculino	38	44,19
Escolaridade	1 ^o grau incompleto	2	2,33
	1 ^o grau completo	3	3,49
	2 ^o grau incompleto	12	13,95
	2 ^o grau completo	30	34,88
	Superior incompleto	20	23,26
	Superior completo	19	22,09

A idade variou de 14 a 60 anos, sendo que a média etária foi de 24,87 anos com desvio padrão de 7,64 anos de idade (Tabela 5.2). O número de familiares que habitam na mesma moradia variou de 1 a 11 com média de 3,8 (Tabela 5.2).

Tabela 5.2 - Distribuição dos participantes segundo idade, número de familiares. Brasil, 2010

Variável	N	Média	DP	Mínimo	Máximo
Idade	86	24,87	7,64	14	60
Nº de familiares	86	3,80	1,56	1	11

Os sintomas prévios estiveram presentes em 44,19% dos pacientes, o índice de absenteísmo foi 9,30% (Tabela 5.3). 86,05% dos pacientes não relataram história de pericoronarite (Tabela 5.3). 58,14% dos pacientes fez cirurgia de exodontia de terceiros molares superior e inferior do lado direito (dentes 18 e 48) e 41,86% do lado esquerdo (Tabela 5.3).

Tabela 5.3 - Distribuição dos participantes segundo sintomas prévios, absenteísmo no trabalho, pericoronarite e número de dente. Brasil, 2010

Variável	Categoria	N	%
Sintomas prévios	Não	41	55,81
	Sim	45	44,19
Absenteísmo no trabalho	Não	78	90,70
	Sim	8	9,30
Pericoronarite	Não	74	86,05
	Sim	12	13,95
Lado dos dentes extraídos	Esquerdo 28 e 38	36	41,86
	Direito 18 e 48	50	58,14

A auto-avaliação de ansiedade pré-operatória, esteve presente em 58,14% dos pacientes em grau leve (Tabela 5.4). Quanto á necessidade de realização de osteotomia, durante o procedimento cirúrgico, a freqüência foi 89,53% e de odontosseção foi 70,93% (Tabela 5.4).

Tabela 5.4 - Distribuição dos participantes segundo auto-avaliação da ansiedade pré-operatória, realização de odontosseção e osteotomia no procedimento cirúrgico. Brasil, 2010

Variável	Categoria	N	%
Ansiedade	Não	21	24,42
	Um Pouco	50	58,14
	Muito	15	17,44
Odontosseção	Não	25	29,07
	Sim	61	70,93
Osteotomia	Não	9	10,47
	Sim	77	89,53

O tempo de duração da cirurgia variou de 11 a 135 minutos, com média de 60,20 minutos e o número de tubetes anestésicos utilizados no procedimento cirúrgico foi, em média, 5,34 tubetes com variação de 3 a 9 (Tabela 5.5).

Tabela 5.5 - Distribuição dos participantes segundo tempo de cirurgia, de número de anestésicos. Brasil, 2010

Variável	N	Média	DP	Mínimo	Máximo
Tempo de Cirurgia	86	60,20	25,10	11	135
No anestésico	86	5,34	1,35	3	9

A freqüência da classificações de Pell e Gregory dos dentes superiores extraídos foi 46,51% de dentes na posição A e 40,70% na posição C. Na classificação de Winter a posição vertical em 89,73%, mesioangulado em 8,14% e distoangulado em 2,33% dos pacientes (Tabela 5.6).

Tabela 5.6 - Distribuição dos participantes segundo classificações de Winter e Pell e Gregory dos terceiros molares superiores. Brasil, 2010

Variável	Categoria	N	%
Superior- Pell e Gregory Posição A, B e C	A	40	46,51
	B	11	12,79
	C	35	40,70
Superior- Winter	Vertical	77	89,53
	Mesioangulado	7	8,14
	Distoangulado	2	2,33

A prevalência das classificações de Pell e Gregory dos dentes inferiores extraídos foi a posição B em 45,35% e da classe II em 63,95%. Na classificação de Winter foi a posição vertical em 41,86%, seguida da horizontal em 32,56%, mesioangulado em 22,09% e distoangulado em 3,49% (Tabela 5.7). Quanto à classificação da dificuldade de realização da exodontia, 51,16% foi atribuídos como dentes difíceis (Tabela 5.7).

Tabela 5.7 - Distribuição dos participantes segundo classificações de posições dos terceiros molares inferiores. Brasil, 2010

Variável	Categoria	N	%
Inferior Pell e Gregory Posição A, B e C	A	31	36,05
	B	39	45,35
	C	16	18,60
Inferior Pell e Gregory Classe I, II e III	I	26	30,23
	II	55	63,95
	III	5	5,81
Inferior Winter	Vertical	36	41,86
	Horizontal	28	32,56
	Mesioangulado	19	22,09
	Distoangulado	3	3,49
Classificação de dificuldade para exodontia	Facil	42	48,84
	Difícil	44	51,16

A variação da dor ao longo dos dias de pós-operatório foi dividida em dois grupos: com ou sem dor. Predominaram os pacientes que tiveram dor do dia da cirurgia até o quinto dia de pós-operatório, e sem dor no sexto e sétimo dias de pós-operatório. A proporção entre os dois grupos inicia em 84,88% com dor no 6 PO e 15,12% sem dor e vai decaindo a cada dia, até inverter-se essa proporção, para 44,19% com dor e 55,81 % sem dor (Tabela 5.8).

Tabela 5.8 - Distribuição dos participantes segundo dor e dia do pós-operatório. Brasil, 2010

Variável / Dor	Categoria	N	%
Dia da cirurgia (DC)	Sem dor	13	15,12
	Com dor	73	84,88
1PO	Sem dor	26	30,23
	Com dor	60	69,77
2PO	Sem dor	34	39,53
	Com dor	52	60,47
3PO	Sem dor	36	41,86
	Com dor	50	58,14
4PO	Sem dor	34	39,53
	Com dor	52	60,47
5PO	Sem dor	42	48,84
	Com dor	44	51,16
6PO	Sem dor	48	55,81
	Com dor	55	44,19
7PO	Sem dor	56	65,12
	Com dor	30	34,88

A prevalência de dor inicia em 84,88% dos pacientes e esta proporção decaiu ao longo dos dias de pós-operatório, chegando no 7PO com 34,88% (Figura 5.1)

Figura 5.1 - Distribuição dos participantes segundo prevalência da dor e tempo de pós-operatório. Brasil, 2010

A severidade da dor iniciou no dia da cirurgia com 1,9 e decaiu ao longo dos dias de pós-operatório terminando em 0,5 no 7PO (Figura 5.2).

Figura 5.2 - Distribuição dos participantes segundo severidade da dor e tempo de pós-operatório. Brasil, 2010

A variação da dor ao longo dos dias de pós-operatório foi significativa (Tabela 5.9).

Tabela 5.9 - Relação entre dor e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse- Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	32,36	0,000	0,000	0,000	0,000

No 1PO, 32,14% dos pacientes pararam de utilizar analgésicos estimulados pela sensação dolorosa, no 2PO 45,24% pararam de utilizar o analgésico, e no 3PO, 54,82% dos pacientes já havia encerrado o consumo de analgésicos (Tabela 5.10)

Tabela 5.10 - Distribuição dos participantes segundo dias de utilização de analgésico no pós-operatório. Brasil, 2010

Variável	Categoria	N (não)	%	% cum
Utilizou analgésico?	1PO	27	32,14	32,14
	2PO	11	13,10	45,24
	3PO	8	9,52	54,76
	4PO	14	16,67	71,43
	5PO	7	8,33	79,96
	6PO	8	9,52	89,29
	7PO	9	10,71	100,00

A variação do edema ao longo dos dias de pós-operatório foi dividida em dois grupos: com ou sem edema. Predominaram os pacientes que apresentaram edema do dia da cirurgia até o quinto dia de pós-operatório, e sem edema no sexto e sétimo dias de pós-operatório. A proporção entre os dois grupos inicia em 86,09% com edema e 13,10% sem edema. Decai a cada dia, até se inverter no sexto PO, onde 39,53% manifestaram edema e 60,47 % não (Tabela 5.11).

Tabela 5.11 - Distribuição dos participantes segundo edema e dia do pós-operatório. Brasil, 2010

Variável / Edema	Categoria	N	%
Dia da Cirurgia (DC)	Sem edema	11	13,10
	Com edema	75	86,09
1PO	Sem edema	10	11,63
	Com edema	76	88,37
2PO	Sem edema	11	12,79
	Com edema	75	87,21
3PO	Sem edema	12	13,95
	Com edema	74	86,05
4PO	Sem edema	26	30,23
	Com edema	60	69,77
5PO	Sem edema	39	45,35
	Com edema	47	55,65
6PO	Sem edema	52	60,47
	Com edema	34	39,53
7PO	Sem edema	63	73,26
	Com edema	23	26,74

A prevalência do edema inicia em 86,09% dos pacientes e esta proporção decai ao longo dos dias de pós-operatório, chegando no 7PO com 26,74% (Figura 5.3)

Figura 5.3 - Distribuição dos participantes segundo prevalência do edema e os dias de pós-operatório. Brasil, 2010

A severidade do edema iniciou no dia da cirurgia com 1,1 e decai ao longo dos dias de pós-operatório terminando em 0,3 no 7PO (Figura 5.4).

Figura 5.4 - Distribuição dos participantes segundo prevalência do edema e os dias de pós-operatório. Brasil, 2010

A variação do edema ao longo dos dias de pós-operatório foi significativa (Tabela 5.12).

Tabela 5.12 - Relação entre edema e tempo de pós-operatório utilizando a anova para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse- Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	49.79	0,000	0,000	0,000	0,000

Dividiu-se a amostra em dois grupos com e sem impacto e verificou-se a relação entre OHIP-dominios que tiveram impacto e tempo de pós-operatório. No 1PO houve uma porcentagem elevada de pacientes com impacto em todos os dominios. Os domínios que apresentaram os maiores índices de pacientes com impacto foram 2, 3 e 4. Ao longo dos dias de pós-operatório a prevalência do impacto decai em todos os domínios. No 7PO o domínio 2 ainda havia 65,12% dos pacientes com impacto (Tabela 5.13).

Tabela 5.13 - Prevalência de impactos nos domínios do OHIP e tempo de pós-operatório

Prevalência de impactos OHIP (%)							
	OHIP1	OHIP2	OHIP3	OHIP4	OHIP5	OHIP6	OHIP7
DC	5.81	69.77	73.26	24.42	41.86	26.74	12.79
dia 1	60.47	95.35	74.42	86.05	65.12	68.6	44.19
dia 2	52.33	91.86	69.77	83.72	60.47	62.79	41.82
dia 3	47.67	87.21	62.79	79.07	61.63	54.65	51.16
dia 4	38.37	86.05	58.14	73.26	58.14	53.49	32.56
dia 5	30.23	80.23	50	58.14	44.19	44.19	23.26
dia 6	20.93	72.89	34.88	56.98	34.88	36.05	20.93
dia 7	15.12	65.12	39.53	40.7	25.58	24.42	13.95

A prevalência do questionário OHIP-14 feita pelos dominios ao longo dos dias de pós-operatório pode ser observada (Figura 5.5).

Figura 5.5 - Distribuição da prevalência dos domínios do questionário OHIP-14 ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010

A avaliação do questionário OHIP-14 feita pelos domínios ao longo dos dias de pós-operatório teve como resultado (Figura 5.6):

Domínio 1- limitação funcional: iniciou 0,14 no pré-operatório, teve seu pico com 0,96 no 1PO e a partir daí foi decrescendo, chegando ao valor de 0,14, igual ao valor do pré-operatório no 7PO.

Domínio 2- dor física: iniciou com valor de 1,16 no pré-operatório, e teve seu pico de 2,22 no 1PO e foi decrescendo, chegando ao valor do pré-operatório entre sexto e sétimo dia de PO.

Domínio 3- desconforto psicológico: iniciou com valor de 1,20 no pré-operatório, e decresceu a cada dia de PO, chegando no 7PO com 0,55.

Domínio 4- incapacidade física: iniciou com 0,28 no pré-operatório, teve um pico com valor 1,98 no 1PO e decresceu ao longo dos dias chegando próximo aos valores do pré no 7PO com 0,55.

Domínio 5- incapacidade psicológica: iniciou próximo de 0,5 no pré-operatório, teve seu pico, com 0,87 no 1PO até o 3 PO e decresceu, chegando aos valores de 0,5 igual ao pré-operatório no 5PO.

Domínio 6 - incapacidade social: iniciou com valor de 0,39 no pré-operatório, teve seu pico de 1,17 no 1PO e foi decrescendo, chegando aos valores de 0,38, próximo do pré-operatório no 6PO.

Domínio 7 - desvantagem social: iniciou com valor de 0,14 no pré-operatório, teve seu pico com valor de 0,73 no 3PO e decresceu, chegando aos valores do pré-operatório, 0,14 no 7PO.

Figura 5.6 - Distribuição da severidade dos domínios do questionário OHIP-14 ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010

Houve relação entre os domínios do OHIP e o tempo de pós operatório (Tabela 5.14).

Tabela 5.14 - Relação entre ohip (domínios) e tempo de pós-operatório utilizando a anova para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse-Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo (OHIP1)	28,39	0,000	0,000	0,000	0,000
Tempo (OHIP2)	34,15	0,000	0,000	0,000	0,000
Tempo (OHIP3)	13,00	0,000	0,000	0,000	0,000
Tempo (OHIP4)	28,03	0,000	0,000	0,000	0,000
Tempo (OHIP5)	19,04	0,000	0,000	0,000	0,000
Tempo (OHIP6)	29,9	0,000	0,000	0,000	0,000
Tempo (OHIP7)	17,49	0,000	0,000	0,000	0,000

Os escores do questionário OHIP-14 feita pela somatória das respostas ao longo de cada dia de pós-operatório, iniciou no pré-operatório com valor de 7,35, aumentou, tendo pico no 1PO, 17,88 e começou a decrescer, sendo 15,46 no 2PO, e decrescendo, sendo que no 5PO foi 9,45 e no 6PO 7,8, praticamente o valor inicial. Os dias em que os escores foram maiores, pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal, foram o 1PO e 2PO, com os valores de 17, 48 e 15, 46 (Figura 5.7).

Figura 5.7 - Distribuição da severidade do total do questionário OHIP-14 ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010

A variação do OHIP total ao longo dos dias de pós-operatório foi significativa (Tabela 5.15).

Tabela 5.15 - Relação entre OHIP e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse- Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	49.79	0,000	0,000	0,000	0,000

A relação entre dor e gênero foi avaliada (Figura 5.8).

Figura 5.8 - Distribuição da severidade da dor com relação ao gênero ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010

Não houve relação entre dor e gênero (Tabela 5.16)

Tabela 5.16 - Relação entre dor e gênero ao longo do tempo de pós-operatório utilizando a anova para dados repetidos. Brasil, 2010.

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse- Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	32.36	0,000	0,000	0,000	0,000
Gênero	0,61	0,435	-	-	-

A relação entre edema e gênero foi avaliada (Figura 5.9).

Figura 5.9 - Distribuição da severidade do edema com relação ao gênero ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010

Houve relação entre edema e gênero (Tabela 5.17).

Tabela 5.17 - Relação entre edema, gênero e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse- Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	69.16	0,000	0,000	0,000	0,000
Gênero	5.30	0,022	-	-	-

A relação entre OHIP total e gênero foi avaliada (Figura 5.10).

Figura 5.10 - Distribuição da severidade do OHIP total com relação ao gênero ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010

Não houve relação entre OHIP total e gênero (Tabela 5.18).

Tabela 5.18 - Relação entre OHIP total, gênero e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse- Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	60.85	0,000	0,000	0,000	0,000
Gênero	3.02	0,082	-	-	-

A relação entre OHIP 1 e gênero foi avaliada (Figura 5.11).

Figura 5.11 - Distribuição da severidade do domínio 1 do OHIP-14 com relação ao gênero ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil. 2010

Não houve relação entre OHIP1 e gênero (Tabela 5.19).

Tabela 5.19 - Relação entre OHIP domínio 1, gênero e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos. Brasil. 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse- Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	28.39	0,000	0,000	0,000	0,000
Gênero	2.23	0,136	-	-	-

A relação entre OHIP 2e gênero foi avaliada (Figura 5.12).

Figura 5.12 - Distribuição da severidade do domínio 2 do OHIP-14 com relação ao gênero ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010.

Houve relação entre OHIP2 e gênero (Tabela 5.20).

Tabela 5.20 - Relação entre OHIP domínio 2 gênero e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse- Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	34,15	0,000	0,000	0,000	0,000
Gênero	4,23	0,040	-	-	-

A relação entre OHIP 3 e gênero foi avaliada (Figura 5.13).

Figura 5.13 - Distribuição da severidade do domínio 3 do OHIP-14 com relação ao gênero ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010

Houve relação entre OHIP 3 e gênero (Tabela 5.21).

Tabela 5.21 - Relação entre OHIP 3, Gênero e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse- Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	13,00	0,000	0,000	0,000	0,000
Gênero	4,22	0,040	-	-	-

A relação entre OHIP 4 e gênero foi avaliada (Figura 5.14).

Figura 5.14 - Distribuição da severidade do domínio 4 do OHIP-14 com relação ao gênero ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010

Não houve relação entre OHIP4 e gênero (Tabela 5.22).

Tabela 5.22 - Relação entre OHIP 4, Gênero e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse- Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	68,03	0,000	0,000	0,000	0,000
Gênero	0,32	0,573	-	-	-

A relação entre OHIP 5 e gênero foi avaliada (Figura 5.15).

Figura 5.15 - Distribuição da severidade do domínio 5 do OHIP-14 com relação ao gênero ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010

Não houve relação entre OHIP5 e gênero (Tabela 5.23).

Tabela 5.23 - Relação entre OHIP 5, Gênero e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse- Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	19,14	0,000	0,000	0,000	0,000
Gênero	2,25	0,134	-	-	-

A relação entre OHIP 6 e gênero foi avaliada (Figura 5.16).

Figura 5.16 - Distribuição da severidade do domínio 6 do OHIP-14 com relação ao gênero ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010

Houve relação entre OHIP6 e gênero (Tabela 5.24).

Tabela 5.24 - Relação entre OHIP 6, Gênero e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse- Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	29,90	0,000	0,000	0,000	0,000
Gênero	5,20	0,023	-	-	-

A relação entre OHIP 7 e gênero foi avaliada (Figura 5.17).

Figura 5.17 - Distribuição da severidade do domínio 7 do OHIP-14 com relação ao gênero ao longo dos dias de pós-operatório, Brasil. 2010

Houve relação entre OHIP7 e gênero (Tabela 5.25).

Tabela 5.25 - Relação entre OHIP 7, Gênero e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse- Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	17,49	0,000	0,000	0,000	0,000
Gênero	4,10	0,044	-	-	-

Não houve correlação entre dor e idade do paciente. Tampouco entre edema e idade do paciente, nem entre idade e OHIP (Tabela 5.26).

Tabela 5.26. Relação entre dor e idade, dor e edema e dor e OHIP e tempo de pós-operatório. Brasil, 2010

Prevalência de impacto OHIP (%)								
	DC	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6	Dia 7
Dor x Idade	-0,219	0,043	-0,158	-0,047	-0,093	0,015	0,066	0,017
Idade x Edema	-0,031	-0,119	-0,020	-0,019	0,039	0,148	0,166	0,058
Idade x OHIP	0,152	-0,146	-0,236	-0,178	-0,168	-0,075	-0,025	0,049

A relação entre sintomas prévios e dor foi avaliada (Figura 5.18).

Figura 5.18 - Distribuição da severidade da dor e sintomas prévios ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010

Não houve correlação entre sintomas prévios e dor, apesar de aproximar-se bastante ao limite de significância (Tabela 5.27).

Tabela 5.27 - Relação entre sintomas prévios e dor ao longo do tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse-Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	32,36	0,000	0,000	0,000	0,000
Sintomas prévios	0,25	0,610	-	-	-

A relação entre sintomas prévios e edema foi avaliada (Figura 5.19).

Figura 5.19 - Distribuição da severidade do edema e sintomas previos ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010

Houve relação entre edema e presença de sintomas prévios (Tabela 5.28).

Tabela 5.28 - Relação entre edema e sintomas prévios ao longo do tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse-Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	69,16	0,000	0,000	0,000	0,000
Sintomas prévios	5,30	0,021	-	-	-

A relação entre sintomas prévios e OHIP total foi avaliada (Figura 5.20).

Figura 5.20- Distribuição da severidade do OHIP total e sintomas prévios ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010

Não houve correlação entre sintomas prévios e OHIP total do paciente, apesar de 0,8 ser limite de significância (Tabela 5.29).

Tabela 5.29 - Relação entre sintomas prévios e OHIP total ao longo do tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse-Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	60,85	0,000	0,000	0,000	0,000
Sintomas prévios	3,02	0,082	-	-	-

A relação entre classificação quanto ao grau de dificuldade para exodontia e dor foi avaliada (Figura 5.21).

Figura 5.21- Distribuição da severidade da dor e classificação ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010

Houve relação entre dor e classificação de dificuldade da exodontia (Tabela 5.30).

Tabela 5.30 - Relação entre severidade da dor e classificação de dentes ao longo do tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos, Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse-Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	69,16	0,000	0,000	0,000	0,000
Classificação	6,30	0,042	-	-	-

A relação entre classificação quanto ao grau de dificuldade para exodontia e edema foi avaliada (Figura 5.22).

Figura 5.22- Distribuição da severidade do edema e classificação ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010

Houve relação entre edema e classificação de dificuldade da exodontia (Tabela 5.31).

Tabela 5.31 - Relação entre edema e classificação de dificuldade da exodontia ao longo do tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse-Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	69,80	0,000	0,000	0,000	0,000
Classificação	7,30	0,000	-	-	-

A relação entre classificação quanto ao grau de dificuldade para exodontia e OHIP total foi avaliada (Figura 5.23).

Figura 5.23- Distribuição da severidade do OHIP total e classificação ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010

Houve relação entre OHIP total e classificação da dificuldade da exodontia (Tabela 5.32).

Tabela 5.32 - Relação entre OHIP total e classificação da dificuldade da exodontia e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse-Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	60,85	0,000	0,000	0,000	0,000
Classificação	8,01	0,000	-	-	-

A relação entre classificação quanto ao grau de dificuldade para exodontia e OHIP 1 foi avaliada (Figura 5.24).

Figura 5.24- Distribuição da severidade do OHIP1 e classificação ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010

Houve relação entre OHIP1 e classificação da dificuldade da exodontia (Tabela 5.33).

Tabela 5.33 - Relação entre OHIP1 e classificação ao longo dos dias de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse-Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	28,45	0,000	0,000	0,000	0,000
Classificação	5,65	0,017	-	-	-

A relação entre classificação quanto ao grau de dificuldade para exodontia e OHIP 2 foi avaliada (Figura 5.25).

Figura 5.25- Distribuição da severidade do OHIP 2 e classificação ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010

Houve relação entre OHIP2 e classificação da dificuldade da exodontia (Tabela 5.34).

Tabela 5.34 - Relação entre OHIP2 e classificação e tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse-Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	60,85	0,000	0,000	0,000	0,000
Classificação	5,40	0,018	-	-	-

A relação entre classificação quanto ao grau de dificuldade para exodontia e OHIP 3 foi avaliada (Figura 5.26).

Figura 5.26- Distribuição da severidade do OHIP 3 e classificação ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010

Houve relação entre OHIP3 e classificação da dificuldade da exodontia (Tabela 5.35).

Tabela 5.35 - Relação entre OHIP3 e classificação ao longo do tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse-Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	13,00	0,000	0,000	0,000	0,000
Classificação	4.22	0,040	-	-	-

A relação entre classificação quanto ao grau de dificuldade para exodontia e OHIP 4 foi avaliada (Figura 5.27).

Figura 5.27- Distribuição da severidade do OHIP 4 e classificação ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010

Houve relação entre OHIP 4 e classificação da dificuldade da exodontia (Tabela 5.36).

Tabela 5.36 - Relação entre OHIP 4 e classificação ao longo do tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse-Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	68,03	0,000	0,000	0,000	0,000
Classificação	4.03	0,045	-	-	-

A relação entre classificação quanto ao grau de dificuldade para exodontia e OHIP 5 foi avaliada (Figura 5.28).

Figura 5.28- Distribuição da severidade do OHIP 5 e classificação ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010

Houve relação entre OHIP5 e classificação da dificuldade da exodontia (Tabela 5.37).

Tabela 5.37 - Relação entre OHIP 5 e classificação ao longo do tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse-Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	19,14	0,000	0,000	0,000	0,000
Classificação	8,33	0,000	-	-	-

A relação entre classificação quanto ao grau de dificuldade para exodontia e OHIP 6 foi avaliada (Figura 5.29).

Figura 5.29- Distribuição da severidade do OHIP 6 e classificação ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010

Houve relação entre OHIP 6 e classificação da dificuldade da exodontia (Tabela 5.38).

Tabela 5.38 - Relação entre OHIP 6 e classificação ao longo do tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse-Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	29,90	0,000	0,000	0,000	0,000
Classificação	5,20	0,023	-	-	-

A relação entre classificação quanto ao grau de dificuldade para exodontia e OHIP 7 foi avaliada (Figura 5.30).

Figura 5.30- Distribuição da severidade do OHIP 7 e classificação ao longo dos dias de pós-operatório. Brasil, 2010

Houve relação entre OHIP 7 e classificação da dificuldade da exodontia (Tabela 5.39).

Tabela 5.39 - Relação entre OHIP 7 e classificação ao longo do tempo de pós-operatório utilizando a ANOVA para dados repetidos. Brasil, 2010

Modelo	F	Prob > F	Huynh-Feldt epsilon Prob > F	Greenhouse-Geisser epsilon Prob > F	Box's conservative epsilon Prob > F
Tempo	17,49	0,000	0,000	0,000	0,000
Classificação	4,10	0,043	-	-	-

6 DISCUSSÃO

6.1 TERCEIROS MOLARES

A cirurgia de terceiros molares inferiores tem se tornado um permanente desafio para a maioria dos profissionais (Aguiar et al., 2005). Sendo este um dos procedimentos mais comuns nos consultórios dos cirurgiões bucomaxilofaciais (Mercier; Precious, 1992; Negreiros et al., 2008) em adolescentes e adultos jovens (Sato et al., 2009). É realizada a nível ambulatorial, e exige um período de recuperação antes que o paciente retome as suas atividades usuais, incluindo vida social e atividade recreacional (Shugars et al., 2006).

6.1.1 Indicações

Segundo Mercier e Precious (1992), as indicações clássicas de exodontia dos 3^{os}Ms são: infecção, lesões cariosas não passíveis de restaurar, presença de cisto ou tumor e destruição de dente ou osso adjacente; a exodontia é recomendada quando há presença de sintomas, principalmente dor. Sato et al. (2009) agregaram mais algumas indicações às clássicas como: aumento de volume do folículo dental e disfunção de ATM, e mencionaram outras indicações de exodontia como: ortodôntica, perda de função pela ausência do antagonista e erupção fora do arco.

A prevalência das indicações de exodontia de terceiros molares relatadas no estudo retrospectivo de Chiapasco et al. (1993) foram: prevenção de transtornos (dentes assintomáticos) (30,0%), pericoronarite (22,4%), cistos e tumores odontogênicos (1,5%), doença periodontal (10,0%), reabsorção de coroa ou raiz de segundo molar (4,9%), dor (9,1%), indicação ortodôntica (23,2%), disfunção de ATM (1,3%), indicação protética (2,5%), cárie no terceiro molar (2,9%) e outras (1,9%). Já Bôer et al. (1995) encontrou em seu estudo as mesmas indicações, porém com diferente prevalência: impacções (75%), pericoronarite (10%), dentes sem função

(8%), cáries (5%), cistos (0,5%) e periodontite (0,1%). No estudo de Yuasa e Sugiura (2004), as indicações de exodontias de 3ºMs tiveram ainda outra prevalência: pericoronarite (58%), dor (11%), caries (7%), finalidade ortodôntica (5%), impacção (12%) e a pedido do paciente (6%). Almendros-Marques et al. (2006), também descreveram os motivos da indicação da exodontia de 3ºMs, e afirmaram que, na maioria dos casos, foram extraídos profilaticamente, para prevenir sintomas (38%), seguidos de pericoronarite (37%). Já Mercier e Precious (1992), resumiram que a pericoronarite é a causa mais freqüente (40,0%) de indicação de exodontia de 3ºM, coincidindo com o estudo de Worrall et al. (1998) que apontaram a pericoronarite como motivo de decisão de extração em 39,5%. Diferentemente, Torres et al. (2008) encontraram que a indicação profilática como a mais presente, seguida da ortodôntica, pericoronarite e cárie. Outras conseqüências da presença destes dentes são: a absorção de raízes de dentes vizinhos, desenvolvimento de cistos, tumores, e infecções sistêmicas que podem influenciar na vida do paciente (Almendros-Marques et al., 2006).

A conduta conservadora (quando se opta por não extrair o dente), certamente aumenta o risco de pericoronarite e a morbidade em caso de exodontia tardia. Os riscos de não extrair os 3ºMs são: apinhamento de dentes anteriores, reabsorção do dente adjacente ou doença periodontal, desenvolvimento de alterações patológicas como infecção, cisto ou tumor. Os riscos de extrair os 3ºMs são: parestesia, alveolite, trismo, infecção, hemorragia, fratura dentoalveolar, deslocamento do dente, e outras complicações cirúrgicas (Mercier; Precious, 1992). Sato et al. (2009) mencionaram também as complicações mais comuns do ato operatório: infecção, alveolite, disestesia, parestesia, hemorragia, dor e trismo

Pacientes na segunda e terceira década de vida que mantiveram seus 3ºMs, frequentemente procuram tratamento por causa dos sintomas ou porque o tratamento foi recomendado como uma forma de prevenir a pericoronarite e suas seqüelas, que tem incidência de 43,0%, um terço dos pacientes relatam dor e edema ou outros sintomas pré-operatórios (Slade et al., 2004). Muitos pacientes buscam uma maneira de prevenir alguns sintomas, como pericoronarite e suas seqüelas, cáries e doença periodontal (Shugars et al., 2006).

A exodontia profilática pode ser indicada observando-se três pontos: diagnosticar a retenção, indicar a exodontia baseando-se individualmente, e

considerar a opinião do paciente, após orientação quanto á influência em sua função oral e atividades em geral (Torres et al., 2008).

A falta de espaço na arcada, normalmente, é o maior motivo para inclusão ou retenção de 3^oMs. Nos dentes inferiores é ainda mais comum, devido á condição anatômica mandibular, pois o tecido ósseo é mais compacto e dificulta o desvio de rota de irrompimento para vestibular, como às vezes, acontece nos superiores. Esta tem sido a principal causa de indicação das exodontias destes dentes (Vicentini et al., 2008).

A maioria dos desconfortos durante a erupção dos terceiros molares desaparece quando eles erupcionam totalmente. As infecções tipo pericoronarite ocorrem em 10% dos casos e desaparecem com o uso de antibiótico, bochechos e remoção do opérculo. Um único episódio de pericoronarite não justifica a indicação da exodontia (Friedman, 2007).

Os terceiros molares inclusos ainda causam alterações sistêmicas e locais com diferentes graus de gravidade. Os terceiros molares estão associados a uma series de seqüelas como pericoronarite, doença periodontal e cáries. A pericoronarite pode se desenvolver pelo movimento que a coroa do dente faz durante o processo eruptivo, no momento em que este entra em contato com a cavidade oral, a pericoronarite é um processo que ocorre e tende a se cronificar e recorrer, até que o dente erupcione totalmente. Neste estudo, 10% dos terc mol extraídos apresentaram pericoronarite antes da extração (Almendros-Marques et al., 2006).

6.1.2 Terceiros Molares Assintomáticos

Os 3^oMs são dentes com desenvolvimento incerto, que normalmente ficam mal posicionados no arco dentário e não possuem função essencial. São considerados assintomáticos quando o paciente não relata dor ou desconforto relacionados a eles. Porém, isto não significa que não apresentem riscos potenciais. Embasados no risco, indica-se a sua exodontia, com o intuito de prevenir apinhamento de dentes anteriores, seqüelas patológicas ligadas a dentes inclusos (cisto, tumor) e nos semi erupcionados a pericoronarite e absorção ou cáries nos

dentes vizinhos, conseqüentemente, considera-se os profissionais que não a indicam, negligentes (Godfrey; Dent, 1999).

Quase todos os adultos jovens enfrentam a decisão de extrair ou não seus 3^ºMs. Decisão esta que não é padronizada, especialmente quando os dentes são assintomáticos. A controvérsia existe entre a decisão de extrair o 3^ºM para prevenir futuros problemas ou monitorá-los (Shugars et al., 1996). Este dilema que envolve extrair ou não o 3^ºM assintomático. (Mercier; Precious, 1992). Knutson et al. (1992) estudaram a necessidade de exodontia de 3^ºM assintomático, e sugeriram extrair apenas os terceiros molares que estiverem semi inclusos (parcialmente cobertos por tecido mole ou duro). Godfrey e Dent (1999) acreditava que os 3^ºMs assintomáticos não apresentam risco em potenciais.

Os 3^ºMs erupcionam relativamente tarde e vagarosamente, portanto distúrbios como pericoronarite, ocorrem na segunda e terceira década de vida, e esta é o maior motivo de indicação de exodontia precoce. Para prevenir estes distúrbios indica-se a exodontia precoce (Boer et al., 1995). A controvérsia de cuidados e a excessiva indicação da cirurgia de 3^ºM, sua necessidade e seu valor para os pacientes (McGrath et al., 2003b). Uma vez que quando inclusos são capazes de causar transtornos e prejuízos a saúde bucal do indivíduo, risco que se transforma em indicação de exodontia (Garcia et al., 2000).

Quanto aos dentes assintomáticos, os autores indicam a exodontia nos casos onde não há espaço suficiente para irromper, e esta deve ser realizada entre 17 e 18 anos, quando a cicatrização dos tecidos é mais satisfatória. Entretanto, quando há espaço suficiente, preconizam a preservação destes dentes, que poderão erupcionar por volta dos 20 anos ou até 25 anos de idade (Sant'ana et al., 2000).

A exodontia precoce é preferível, ao invés da degeneração patológica, e conseqüente doença relacionada a este dente. Dentistas que não indicam a exodontia profilática, acreditam que o risco de degeneração patológica e doenças é menor que o risco cirúrgico, sabendo-se que a utilidade dos 3^ºMs na dentição é nula (Silvestri; Singh, 2003).

Não existe controvérsia em extrair terceiros molares quando estão associados com alterações patológicas como infecção, cistos e destruição óssea ou injúrias ao dente adjacente, porém, a exodontia de 3^ºMs assintomáticos é mais incerta e tem sido controvérsia por muitos anos. 37,0% dos pacientes procuram a exodontia por

apresentarem sintomas. A exodontia assintomática é indicada pelo risco de pericoronarite que pode ser dolorosa e debilitante (Slade et al., 2004).

O estudo mostrou que a pericoronarite foi a patologia mais frequentemente associada às inclusões mesioangulares e horizontais (Garcia et al., 2000). Em contraponto, Torres et al. (2008), considerou a posição vertical (42,0%) e classe IA mais propensas às patologias. A posição dos terceiros molares está intimamente relacionada com manifestações clínicas associadas à impacção, por isto a indicação da exodontia profilática em dentes assintomáticos ainda deve ser realizada (Almendros-Marques et al., 2006). Linha esta seguida por Sato et al., (2009) alguns profissionais que indicam a remoção destes dentes em pacientes assintomáticos como medida profilática, o que é controverso.

Em contrapartida, outros autores não indicam a exodontia, Knutson et al. (1992) afirmaram que pacientes com idade acima de 50 anos com terceiros molares inclusos (totalmente cobertos por tecido ósseo) e em posição vertical não precisam ser extraídos, mostraram que menos de 10,0 a 15,0% irão ter alterações patológicas.

Não se chegou a um consenso sobre a postura ideal frente a um 3ºM assintomático, acredita-se que os pacientes mais jovens tem a morbidade minimizada, mas isto não justifica a indicação da exodontia. Os dentes mais comuns a serem extraídos para prevenir transtornos (assintomáticos) são os 3ºMs superiores (Worrall et al., 1998). Friedman (2007), também relatou que quando um terceiro molar inferior é extraído, normalmente o superior também será extraído.

A exodontia precoce de 3ºM é mais traumática e dolorosa do que deixar o dente assintomático e sem patologia no seu lugar. Não existem evidências que suportem a indicação profilática do 3ºM, assim como o seu benefício a saúde dos pacientes que possuam dentes assintomáticos. Apenas dentes associados a patologias devem ser removidos. Friedman (2007), afirmou que um único episódio de pericoronarite não justifica a indicação da exodontia. Evitar a exodontia profilática de 3ºM, pode prevenir problema de saúde pública.

É errado indicar exodontia precoce em terceiros molares assintomáticos para prevenir sintomas (Grossi et al., 2007).

6.1.3 Idade

A morbidade cirúrgica é menor quando o paciente é mais jovem (Mercier; Precious, 1992), mas isto não justifica a indicação da exodontia (Worrall et al., 1998). Friedman (2007) discorda, e afirmou que não há evidências de um aumento significativo de patologias em paciente de mais idade.

Em nossa amostra, não conseguimos comprovar estatisticamente esta relação, não encontramos correlação entre dor e idade do paciente. Não houve correlação entre edema e idade do paciente. Não houve correlação entre idade e OHIP.

6.1.4 Decisão terapêutica

Em seu estudo, Humphris et al. (1993) propuseram aumentar o conhecimento dos pacientes sobre os procedimentos cirúrgicos, através de uma explanação sobre seu diagnóstico, para assim melhorar a satisfação pós-tratamento. Conrad et al. (1999) concordaram e afirmaram que todos os pacientes demandam mais informações nas suas decisões sobre os cuidados bucais e necessitam de alto grau de compreensão antes de conceder o tratamento.

Pacientes que procuram os cirurgiões dentistas para extrair os 3^{os}Ms devem ser informados sobre os riscos e benefícios do procedimento planejado, e dos detalhes sobre o período de recuperação (White et al., 2003).

A decisão apropriada requer conhecimento de resultados clínicos, assim como, dos efeitos que eles têm sobre a vida dos pacientes (Shugars et al., 1996).

O cirurgião deve lembrar que cada paciente tem suas características pessoais, tanto no aspecto psicológico como no metabólico e anatômico e deve se adequar a elas. O cirurgião deve discutir com o paciente no pré-operatório sobre as possibilidades de acidentes, assim como cuidados e restrições que terá no pós-operatório. As exodontias de 3^{os}Ms devem ser bem planejadas, iniciando-se pela avaliação pré-operatória completa, solicitando exames, avaliando radiografias e escolhendo a melhor técnica (Negreiros et al., 2008). Antes da exodontia deve-se

informar ao sobre o procedimento cirúrgico, seus riscos e benefícios; e o que esperar do pós-operatório. Informações suficientes podem reduzir a ansiedade do paciente, criando uma expectativa realista (Christensen et al., 2010).

O equilíbrio entre expectativa do cirurgião e do paciente é a base para um bom relacionamento profissional e um bom cuidado com a saúde. No pré-operatório os pacientes receberam orientação verbal sobre os cuidados pós-operatórios. Este estudo foi importante para criar uma Figura realista da expectativa dos pacientes no que diz respeito a terceiros molares. Pacientes bem informados, que acreditam que possam participar nas decisões relacionadas aos seus tratamentos, podem ficar mais satisfeitos (Sato et al., 2009).

A decisão recai sobre condições que vão desde o risco de patologias, até a probabilidade de complicações cirúrgicas. Em nova concepção, a percepção do paciente sobre sua saúde deve ser uma regra nos cuidados com a saúde, e o tratamento deve resultar em ganho à saúde, conforme a perspectiva do paciente. Este ganho à saúde deve estimar e maximizar o benefício ao paciente. Os pacientes assintomáticos acreditam que a exodontia do 3ºM incluso poderá ter maior efeito negativo em suas vidas quando comparado com os riscos em mantê-lo (Liedholm et al., 2000).

Os modelos baseados em decisões clínicas são questionáveis. A percepção do paciente deverá ser incluída no processo de decisão. O paciente deverá saber os riscos de morbidade e complicações, assim como, a influência no dia a dia e qualidade de vida (McGrath et al., 2003a).

A condição clínica que envolve os terceiros molares é conhecida, porém, pouco se sabe o quanto isto afeta a qualidade de vida dos pacientes. Primeiramente, é muito útil compreendermos os níveis de morbidade pré-operatória e os impactos do dia a dia informados pelos pacientes. Em segunda estância, a gravidade da morbidade pré-operatória, poderá ajudar o cirurgião dentista a escolher o tratamento e optar ou não pela cirurgia quando, clinicamente, a indicação não é absoluta. Quando os critérios clínicos sugerem que o procedimento cirúrgico ou conservador são igualmente eficazes, e o paciente relatar que as condições pré-operatórias tiveram efeito adverso na qualidade de vida, opta-se pela indicação cirúrgica. Existe um crescente reconhecimento que o impacto da condição oral na qualidade de vida é um critério que pode ser útil na decisão terapêutica (Shugars et al., 2006).

6.2 CLASSIFICAÇÃO DOS TERCEIROS MOLARES

6.2.1 Definição e finalidade

Winter (1926) classificou a relação do 3ºM com o longo eixo do segundo molar, quanto à sua angulação e posição no arco, seguindo o longo eixo do terceiro e segundo molares (vertical, distoangulado, mesioangulado, horizontal, labial, lingual ou paranormal).

Posteriormente os 3ºMs foram classificados conforme sua relação com o ramo ascendente da mandíbula e profundidade no osso por Pell e Gregory (1933), que afirmaram que para analisar o potencial dos problemas anatômicos, os 3ºMs cirúrgicos devem ser classificados.

A classificação de Pell e Gregory modificada (1942) reconhece as várias posições do 3ºM inferior, permitindo relacionar o seu plano vertical com o posicionamento do segundo molar, estabelecer uma relação entre a margem anterior do ramo ascendente da mandíbula com a face distal do segundo molar, considerando o nível do colo anatômico do segundo e do primeiro molares. Nas exodontias de 3ºMs inclusos o exame radiográfico é indispensável para selecionar a técnica operatória mais adequada. Torna-se relevante a classificação quanto a sua posição, facilitando estabelecer o melhor acesso cirúrgico (Deboni; Gregori, 1990). Aguiar et al. (2005) acrescenta que a classificação das posições dos 3ºMs facilita a comunicação entre os profissionais.

Quando houver indicação para remoção cirúrgica dos dentes inclusos, é necessário o correto planejamento da intervenção, que varia de acordo com a posição do dente não erupcionado (Knutsson et al., 1992).

Há três sistemas de classificação para os terceiros molares: com relação à angulação: -Winter (1926): vertical, mesioangular, horizontal, distoangular e invertido. Em relação ao ramo ascendente da mandíbula, -Pell e Gregory (1942): Classe I, II e III e em relação ao plano oclusal, -Pell e Gregory: posição A, B e C (Sant'ana et al., 2000; Trento et al., 2009).

A classificação de Pell e Gregory (1942) é amplamente utilizada para prever a dificuldade da extração de 3ºMs inferiores impactados (Garcia-Garcia et al., 2000;

Chaves Junior et al., 2006). A posição e angulação vão determinar a forma de incisão, a necessidade e quantidade de osteotomia, assim como, de odontosseção (Garcia et al., 2000; Sant'ana et al., 2000). Classificações permitem a antecipação de possíveis transtornos e possibilitam modificações nas técnicas para evitá-los (Chaves Junior et al., 2006), além de avaliar o risco de complicações pós-operatórias (Blondeau; Daniel, 2007). A identificação da posição do 3ºM facilita estimar os riscos de patologias e adotar medidas preventivas (Torres et al., 2008), além de determinar os passos cirúrgicos e o grau de dificuldade deste (Chaves Junior et al., 2006).

Com finalidade de minimizar os erros de classificação de 3ºMs, cometidos por interpretação ou observação do avaliador, foi proposto a utilização de um sistema de classificação computadorizado, onde são traçadas linhas na radiografia digital e assim classifica-se os dentes (Almendros-Marques et al., 2008). Este sistema é de grande importância, pois o sistema de classificação deve ser fácil de aplicar, simples e rápido (Naaj et al., 2010).

6.2.2 Incidência das classificações

Alguns estudos encontraram a posição vertical, segundo a classificação de Winter, como a mais prevalente: estudo de Deboni e Gregori (1990) encontraram vertical 40,0%, mesioangulado 42,0%, distoangulado 8,5% e horizontal 7,7%.

No estudo feito por Shugars et al. (1996), a frequência encontrada foi: verticais mais que presentes que mesioangulados, por sua vez, mais presentes que distoangulados. Coincidindo com a prevalência encontrada por Boer et al. (1995), assim como no estudo de Susaria e Dodson (2005) onde a classificação dos dentes mais encontrados foram a posição vertical (61,0%), seguida da mesioangular (24,0%), distoangular (9,8%) e horizontal (4,7%) Aguiar et al. (2005) encontraram em sua pesquisa 30,0% mesioangular, sendo também, a vertical a mais prevalente (40,0%). No estudo de Torres et al. (2008) obtiveram também uma maior frequência na posição, vertical, 42,0% mesioangular, 31,9% horizontal 14,0% e distoangular 11,9%. No estudo de Trento et al. (2009) houve predominância dos verticais (60%),

seguidos dos mesiongulados (27%). Na pesquisa de Sato et al. (2009), também prevaleceu a posição vertical, Garcia et al. (2000), afirmaram que a angulação mais encontrada foi a vertical, seguida da mesioangular. Já no estudo de Sant'ana et al. (2000) a posição vertical esteve presente com maior frequência, porém quando relacionada com a idade dos pacientes a mesioangular apareceu com mais frequência, em pacientes mais jovens.

Concordando com os autores acima citados, em nosso estudo, a maior frequência das classificações de Winter dos dentes superiores extraídos foi a posição vertical (89,73%), seguida de mesioangulado e distoangulado. Nos dentes inferiores extraídos foi prevalente a posição vertical (41,86%), seguida de horizontal (32,56%), mesioangulado (22,09%), e distoangulado (3,49%).

Diferindo dos outros autores, Garcia-Garcia et al. (2000); Colorado-Bonnin et al., (2006) encontraram em seus estudos uma maior prevalência da posição mesiongulada, segundo a classificação de Winter, coincidindo com a afirmação de Peterson “a posição mesioangular é mais prevalente, 45,0% dos retidos”. Assim como em outras pesquisas: Fernandes et al. (2006), encontraram a posição mesiongulada com maior frequência: mesioangulado 43,4%, vertical 26,9%, distoangulado 17,2% e horizontal 12,5%. No estudo de Chiapasco e Cicco (1993): mesioangular 35,8%, vertical 26,6%, distoangular 19,6% e horizontal 18,0%.

Quanto à classificação de Pell e Gregory, a classe II foi a mais comum com 67,0%, seguida da classe I com 48,0% e a menor incidência foi a classe II com 32,0%, já a posição B foi a mais comum (44,0%), seguida da posição A (40,3%) e por ultimo a C (15,6%) (Susaria; Dodson, 2005). Garcia et al. (2000), também encontraram a posição classe IIB com mais frequência, assim como o estudo de Yuasa e Sugiura (2004) onde a posição mais prevalente foi a Classe II e posição B, Colorado-Bonnin et al. (2006), posição mais freqüente foi classe IIB. Torres et al. (2008) encontraram em seu estudo 56,0% classe IIB, 21,3% classe IIA, 13,9% classe IA. Na pesquisa de Trento et al. (2009) houve prevalência da Classe II (40%), seguida da classe I (36%) e classe III (24%), a posição A foi a mais prevalente, com incidência de (40%).

Em nosso estudo a frequência das classificações de Pell e Gregory dos dentes superiores extraídos foi prevalente os dentes na posição A (46,51%). Nos dentes inferiores extraídos foi prevalente a posição B (45,35%) e classe II (63,95%).

Diferentemente, outros estudos encontraram prevalência na classificação Classe I segundo a classificação de Pell e Gregory, que esteve presente em 85,0% dos casos e posição A em 82,5%, classe II em 15,0% e posição B 12,5% e posição C em 5,0%. Foi realizada a odontosecção em 40,0% dos casos (Aguiar et al., 2005). Chiapasco e Cicco (1993): classe I 49,4%, classe II 33,3%, classe III 17,3% e posição A 19,0%, posição B 68,3%, e posição C 12,7%.

Quando analisamos a posição do terceiro molar inferior com relação às duas classificações, encontramos 36 posições possíveis, portanto, optamos por dividir os dentes em dois grupos, considerando o grau de dificuldade cirúrgica para exodontia, e encontramos 51,16% de dentes difíceis e 48,84% de dentes fáceis.

Em nossa pesquisa a realização de odontosseção e osteotomia no procedimento cirúrgico ocorreu em 70.93% e 89.53% respectivamente.

Chaves Junior et al. (2006) também encontraram a posição a classe IA mais freqüente e, afirmaram que quanto maior o grau de inclusão dentária maior a necessidade de emprego de técnica cirúrgica mais invasiva. Sato et al. (2009) encontraram a classe IB, seguida de classe IIB, e classe IC.

6.3 CARACTERISTICAS DAS AMOSTRAS

6.3.1 Quanto ao sexo, idade e lado

A presença de terceiros molares é mais comum em mulheres e foi encontrada em vários estudos: Garcia-Garcia et al. (2000); Worrall et al. (1998); White et al. (2003); McGrath et al. (2004); Gentile (2006); Torres et al. (2008); Sato et al. (2009) e Naaj et al. (2010).

No estudo realizado por Foy et al. (2003) 44,0% eram do sexo feminino, sendo mais prevalentes do que os homens (33,0%). A avaliação feita por Slade et al. (2004) 59,0% do sexo feminino. No estudo de Aguiar et al. (2005) atribuí-se esta prevalência do sexo feminino (75,0%), por ter mais zelo pela saúde e pela imagem.

Em nossa amostra também prevaleceu o gênero feminino (55,81%).

Diferindo da maioria dos estudos, Yuasa e Sugiura (2004) encontraram a maioria do paciente do gênero masculino (65%), assim como Trento et al. (2009).

Quanto a faixa etária encontrada mais frequente foi entre 21 e 25 anos para Worrall et al. (1998). White et al. (2003) encontraram média de idade de 21 anos; McGrath et al. (2004), a idade média foi de 26 anos. No estudo realizado por Foy et al. (2003), a idade média de 14 a 40 anos, na avaliação feita por Slade et al. (2004), media de idade 25 anos. A idade variou de 13 a 43 anos no estudo de Aguiar et al. (2005). Gentile (2006) média de idade 25 anos, Yuasa e Sugiura (2004) com média de idade 27 anos e Trento et al. (2009) a idade variou entre 21 a 25 anos. Em nossa pesquisa a idade variou de 14 a 60 anos, sendo que a média etária foi de 24,87 anos com desvio padrão de 7,64 anos de idade. O número de familiares que habitam na mesma moradia variou de 1 a 11 com média de 3,8.

Quanto ao lado predominante em incidência de exodontias de 3^oMs, houve prevelência do lado esquerdo nos estudos de Worrall et al. (1998) e McGrath et al. (2003c) que encontrou 52%, e Trento et al. (2009) 51% do lado esquerdo.

O lado direito foi mais presente nos estudos de Garcia et al. (2000) e Sato et al. (2009).

Em nossa amostra a maioria dos pacientes fez cirurgia de exodontia de terceiros molares superior e inferior do lado direito (58,14%) (dentes 18 e 48)..

6.3.2 Sintomas previos

No estudo realizado por Foy et al. (2003) 37,0% dos pacientes apresentavam sintomas pré-operatórios. A avaliação feita por Slade et al. (2004) dividiu os pacientes com e sem sintomas prévios de dor e edema, numa proporção de 3:1 (com sintomas).

Em nossa pesquisa, a presença de sintomas prévios foi constatada na minoria dos pacientes (44,19%), e consequentemente o índice de absenteísmo foi baixo. A maioria dos pacientes não relataram história de pericoronarite.

Na avaliação feita por Slade et al. (2004), o nível de escolaridade foi que 1/3 não terminou o segundo grau, em nossa amostra quanto ao grau de escolaridade a maioria tinha pelo menos o segundo grau completo (13,95%).

6.4 PÓS-OPERATÓRIO: DOR E EDEMA

6.4.1 Sintomas pós-operatórios

A exodontia dos terceiros molares impactados produzem vários níveis de injúrias ou trauma aos tecidos mole e duro adjacentes, causando dor, edema e trismo. Com o refinamento técnico-cirúrgico as seqüelas pós-operatórias podem ser diminuídas, minimizando assim o trauma á região (Pell; Gregory, 1933).

Edema, dor e trismo são conseqüências comuns a toda cirurgia na área da face e são as queixas mais comuns e mais importantes após cirurgias de extração de 3^oMs (Taube et al., 1990; Van Gool et al., 1975; Carrillo et al., 1990; Kim et al., 2006). A dor e o trismo podem revelar-se como complicações pós-operatórias comuns advindas da cirurgia de remoção de terceiros molares inferiores. (Aguilar et al., 2005). É esperado ter dor como resultado de exodontia de 3^oMs por causa do dano aos tecidos moles e duros (Van Wijk et al., 2009).

A exodontia de 3^oM é frequentemente associada com dor e edema pós-operatórios, havendo correlação clínica entre os dois. A dor tem um grande componente subjetivo em contraste com o edema que é uma alteração física de volume tecidual tridimensional (Holland, 1979; Neupert III et al., 1992). O edema está mais presente por volta do terceiro e quarto dia, e o trismo é um mecanismo reflexo para restringir a dor (Ten Bosch; Van Gool, 1977). No pós-operatório o edema contribui consideravelmente para o aumento da dor, porque aumenta a tensão dos tecidos (Van Gool et al., 1975).

A lesão tecidual decorrente da remoção dos 3^oMs, desencadeia fenômenos inflamatórios em resposta a agressão, especialmente a partir do tecido conjuntivo que compõe o periósteo, com o objetivo principal de reestabelecer as estruturas e funções da área atingida (Almeida et al., 2000).

A redução deste desconforto pós-cirúrgico de exodontia é uma área de interesse de todos os cirurgiões maxilofaciais, assim como, de seus pacientes (Neupert III et al., 1992). Em exodontias de 3^oMs que envolvam trauma de tecidos

moles e ósseos resultando em sintomas pós-operatórios, como dor, edema e trismo podemos utilizar vários medicamentos como corticóides, analgésicos, antiinflamatórios e antibióticos para controlá-los (Beirne; Hollander, 1986). Várias drogas antinflamatórias e terapias tem sido utilizadas para solucionar estes problemas (Carrillo et al., 1990).

O acesso à dor e ao edema depende exclusivamente da cooperação e interpretação do paciente, as duas variáveis são interrelacionadas e variam em função do trauma cirúrgico Neupert III et al. (1992) .

De qualquer forma, o pós-operatório usual dos pacientes submetidos a cirurgias orais menores sempre implicam em desconforto e limitações que podem durar, em media, até sete dias. Geralmente os pacientes apresentam sintomatologia dolorosa, edema local, hematomas, podendo, em alguns casos, apresentar dificuldade de abrir a boca. O desconforto geral do paciente pode limitar a realização de suas atividades diárias, além de dificultar uma adequada higienização bucal pós-cirúrgica que prejudica o quadro clínico (Pinheiro; Framen, 1992).

Um estudo retrospectivo analisou a possibilidade da relação entre complicações pós-operatórias de 3^oMs e fatores como idade, gênero, posição do dente, experiência do cirurgião e técnica cirúrgica utilizada (Boer et al., 1995).

Todos os pacientes devem ser informados que após a extração espera-se que tenham dor, edema, trismo, além dos riscos de complicações (Savin; Ogden, 1997). Todos os pacientes devem saber que seu estilo de vida será alterado negativamente nos primeiros dias de PO, contribuindo assim para um melhor relacionamento profissional-paciente (Sato et al., 2009).

A dor e a morbidade associadas à exodontia destes dentes são conhecidas. A exodontia é um procedimento cirúrgico invasivo, que é traumático para os tecidos dentoalveolares e para o bem estar psicológico do paciente. As complicações comuns são: dor, sangramento, edema, trismo, infecção, osteíte alveolar, injúria nervosa e ao dente adjacente. Complicações menos freqüentes são: envolvimento sinusal, deslocamento de raízes fraturadas, fratura de tuberosidade e de mandíbula, e até morte está documentada na literatura (Silvestri; Singh, 2003).

O pós-operatório das exodontias de 3^oMs inferiores pode ser complicado. Os sintomas PO diferem dependendo da característica de cada paciente e do grau de dificuldade da cirurgia. (Yuasa; Sugiura, 2004).

A dor aguda é proporcional a extensão da injúria aos tecidos, e também é a somatória dos fatores como ansiedade e contexto cultural (Coulthard et al., 2000).

A dor pode ser definida como uma experiência subjetiva que pode estar associada a dano real ou potenciais nos tecidos, podendo ser descrita tanto em termos desses danos quanto por ambas as características. A percepção de dor é caracterizada como uma experiência multidimensional, diversificando-se na qualidade e na intensidade sensorial, sendo afetada por variáveis afetivo-motivacionais. Dor deve ser registrada sempre no mesmo ambiente clínico e tempo, é genuinamente subjetiva e pessoal (Souza, 2002).

Segundo a International Association for Study of Pain (IASP), dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano (Oliveira; Nadanovsky, 2005).

A dor é um fenômeno complexo, multifatorial e difícil de ser avaliado. O estado emocional do indivíduo pode afetar profundamente a sua percepção da dor, se o paciente está calmo e confiante, a experiência é minimizada e se estiver excitado, irritado ou agitado a experiência de dor é aumentada. A dor é vista como inútil e desumanizante e acarreta grande estresse e sofrimento aos doentes e aos que os rodeiam. A experiência dolorosa resulta da interpretação do aspecto físico-químico do estímulo nocivo e da interação deste com as características individuais como: humor, significado atribuído ao fenômeno sensitivo e aos aspectos culturais e afetivos dos indivíduos. A dor é um fenômeno complexo, multifatorial e difícil de ser avaliado. A sintomatologia dolorosa pós-operatória tem um caráter subjetivo (Aguilar et al., 2005).

Uma das maiores preocupações dos profissionais da área da saúde é a dor (Morlin; Lemos, 2005). A dor é uma queixa humana comum e bastante freqüente, apesar da dificuldade para sua definição. A dor é um problema de saúde pública, assim como é um problema para a comunidade, sendo importante saber quanta incapacidade ela pode causar. A dor é um sintoma comum das condições bucais e tem um imediato e profundo impacto na QV. Pode interromper o sono, prejudicar o trabalho, alterar as atividades recreativas e as relações entre as pessoas (Nardi et al., 2006).

Na remoção dos terceiros molares inferiores as complicações podem ser previstas, necessitam de tratamento e podem levar às seqüelas irreversíveis (Kim et al., 2006).

A dor pode ser influenciada pela educação cultural, a atenção e outras variações psicológicas (Coulthard et al., 2000). Deve-se lembrar que existe o impacto emocional da dor que deverá ser compreendido (Jerjes et al., 2009).

6.4.2 Método de avaliação da dor e do edema

Na literatura não foi encontrado nenhum método objetivo para medir edema no pós-operatório que seja simples e confiável (Van Gool et al., 1975). Não foi publicado nenhum método satisfatório, em todos critérios, para mensurar o edema facial após exodontia de terceiros molares. Os critérios são: acuidade, estimar o volume exato e praticabilidade (Holland, 1979). Existem várias técnicas para medir edema, nenhuma técnica é comprovadamente ser melhor ou mais precisa que a outra (Capuzzi et al., 1994).

A dor pós-operatória pode ser avaliada pelo número de analgésicos utilizados em cada dia, além da escala de dor verbal, que varia de muito forte (insuportável), forte (desconforto difícil de tolerar), moderada (desconforto tolerável), leve (fácil de tolerar) a sem dor (Beirne; Hollander, 1986).

No estudo de Neupert III et al. (1992) a dor foi avaliada pelo paciente diariamente numa escala de 4 pontos sendo 0 sem dor, 1 dor leve, 2 dor moderada, 3 dor forte.

A dor e o edema foram avaliados por escala numérica, estimativa do grau de dificuldade cirúrgico foi baseada na angulação, impacção, profundidade do dente na mandíbula e distância do ramo ao segundo molar (Capuzzi et al., 1994).

A avaliação da dor pós- operatória foi feita por uma escala visual analógica com uma linha de 10 cm comparando com McGill (Coulthard et al., 2000).

Vários métodos têm sido utilizados para mensurar a percepção/sensação de dor. Alguns métodos consideram a dor como uma qualidade simples, única e unidimensional que varia apenas em intensidade, mas outros a consideram como

uma experiência multidimensional composta também por fatores afetivo-emocionais (Siqueira; Teixeira, 2001).

Os instrumentos unidimensionais são designados para quantificar apenas a severidade ou a intensidade da dor e têm sido usados freqüentemente em hospitais e/ou clínicas para se obter informações rápidas, não invasivas e válidas sobre a dor e a analgesia (Siqueira; Teixeira, 2001).

Não existe nenhum instrumento padrão de mensurá-la, os instrumentos unidimensionais são designados para quantificar apenas a severidade e intensidade, os seus exemplos são: categoria numérica/verbal e escala analógica-visual que são frequentemente empregadas em ambientes clínicos, por serem de aplicação rápida e fácil (Sousa, 2002).

O trismo foi avaliado mensurando a abertura bucal com régua flexível no pré-operatório e no 7PO, e para avaliar a dor foi aplicado questionário de McGill e a escala de avaliação numérica (Aguilar et al., 2005).

A avaliação da dor é de grande importância na prática clínica e em pesquisa, ferramentas úteis para medi-la são escalas subjetivas de dor. A complexidade sensorial da experiência dolorosa e sua característica multidimensional, dificultam o relato do doente e a compreensão do examinador. No quesito multidimensional, busca-se avaliar os aspectos sensoriais, cognitivos e afetivos da dor. As escalas mais utilizadas são: a escala analógica visual (VAS), a escala numérica (NRS), a escala comportamental (BRS), a escala descritiva verbal (VDS) e o questionário de McGill (MG PQ); que têm em comum baixo custo, praticidade e tempo de aplicação pequeno (Morlin; Lemos, 2005).

Os níveis de dor foram mensurados por resposta do paciente sobre uma escala verbal que varia de intensa, muito intensa e extremamente intensa (Ruvo et al., 2005).

Avaliando o regime de medicamentos adotados pelo paciente, o clínico pode ter mais informações sobre a recuperação como um todo, assim como, a recuperação da função (Snyder et al., 2005).

Dor foi avaliada através de VAS e do número de analgésicos utilizados. (Grossi et al., 2007)

6.4.3 Resultados de dor e edema no PO

Após a exodontia, a dor atinge a máxima intensidade logo após a cirurgia, de 4 a 6 horas de pós-operatório (Taube et al., 1990). No estudo de Shugars et al. (1996), nos três primeiros dias a dor foi leve, mau gosto ou mau hálito persistiram por 2 a 4 dias. A dor pós-operatória atinge sua maior intensidade entre 8 e 12 horas após o procedimento cirúrgico (Almeida et al., 2000). A dor no 1PO foi a pior dor, em 48% dos itens decaindo para 8,0% no 7 PO (McNutt et al., 2008). A dor foi mais intensa nos três primeiros dias de PO (Sato et al., 2009).

A pior dor foi relatada por 63,5% dos pacientes no 1PO, no 7PO apenas em 15,0% a dor persistiu, no 6PO 70,0% retornou a rotina para função oral e trabalho. A dor diminuiu rapidamente após a cirurgia, por volta do 3PO, para menos da metade dos pacientes que tinham dor intensa em algum momento do dia (Conrad et al., 1999).

Os descritivos mais comuns na escala de McGill foram: latejar, dolorido, sofrimento, sensibilidade, fadiga, aborrecimento e irritação. 80% dos pacientes queixaram de dor após 2hs (Coulthard et al., 2000).

Para White et al. (2003) os resultados obtidos foram: 96,0% dos pacientes fizeram uso de analgésico no 1PO que caiu para 13,0% no 7PO. A cirurgia afetou o dia a dia de 50,0% dos pacientes no 1PO, porcentagem esta que decaiu a cada dia. Mau hálito e mau gosto afetaram 35,0% dos pacientes. Os pacientes voltaram a sua alimentação usual no 5PO, retomaram suas atividades diárias no 4PO, e sentiram-se assintomáticos no 3PO, conseguiram ficar sem medicação para dor no 7PO.

O período de recuperação pós exodontia dos quatro 3^ºMs foi, em média, de 3 a 4 dias para funções do dia a dia e 5 a 7 dias para função oral. Os pacientes demoraram 9 dias para relatar que a dor era mínima. Ter dor pode atrasar a recuperação da função oral. 10,0% dos pacientes indicaram dor intensa, muito intensa ou extremamente intensa após o 4PO. A maioria dos pacientes utilizou analgésico no 1PO; no 5PO dois terços dos pacientes ainda estavam utilizando analgésico; metade no 7PO e um terço no 9PO. Pacientes que apresentavam dor suficiente para necessitar de analgésico tiveram uma grande interferência nas medidas do dia a dia e da função oral, comparando com os que pararam de tomar

analgésico mais cedo. A maioria dos pacientes teve dor por um curto e previsível período após a cirurgia (Snyder et al., 2005).

A dor pós exodontia parece decair linearmente, e diferir por medicações, técnica cirúrgica, ou fatores individuais. 45% dos pacientes relatam alteração de paladar quando se alimentavam, o que pode estar associada à lesão do nervo corda do tímpano, próximo ao nervo lingual ou ao uso contínuo de bochechos com clorexidina. 72,0% dos pacientes relataram trismo. Menos de 10,0% dos pacientes não recomendariam a exodontia aos seus amigos (Colorado-Bonnin et al., 2006).

Foi relatado uma redução na habilidade de mastigação durante a primeira semana de pós-operatório, sendo que dois terços dos pacientes relataram mudança na dieta alimentar (Savin; Ogden, 1997).

O tempo de recuperação é considerado como estendido após exodontia de terceiros molares quando dor, edema, náusea e sangramento perduram por mais de 5 dias; as atividades diárias, recreação e vida social não são retomadas até o sexto dia de PO; coleção de alimentos na ferida cirúrgica, mau hálito e gosto ruim perduram por mais de oito dias; a fala, alimentação e abertura bucal não normalizam até o oitavo dia de PO (Ruvo et al., 2005).

Haugh et al. (2005) avaliaram a frequência das complicações da cirurgia de 3ºMs no trans e no pós-operatório, em pacientes com idade acima de 25 anos, a alveolite foi a complicação mais freqüente com incidência de 12% seguida de parestesia 2%. Concluíram que pacientes acima de 25 anos tem mínima morbidade e baixa incidência de complicações além de mínimo impacto na QV.

Não mais de 12% dos dentes inclusos estão associados a patologias. A grande parte de dores e desconfortos associados a 3ºMs são causadas pela cirurgia, e não pelo dente. Após exodontia dos terceiros molares pacientes costumam ter dor, edema, hematoma e desconforto. 85% dos terceiros molares são extraídos antes de completar sua formação radicular para minimizar complicações pós-operatórias como dor e infecção (Friedman, 2007).

A queixa mais comum dos pacientes que preencheram os questionários após exodontias de 3ºMs foi edema e mau gosto/hálito, sendo mais intensa durante os cinco primeiros dias de pós-operatório. O edema foi mais intenso no segundo dia de PO, a dor foi relatada ser mais intensa no primeiro dia de PO. Pacientes utilizaram analgésico até o terceiro ou quarto dia. A abertura bucal e a alimentação foram as atividades mais afetadas. A regressão dos sintomas ocorreu entre o terceiro e quarto

dia de PO. A dificuldade de mastigação e abertura bucal atrapalham a alimentação no dois primeiros dias de PO. Edema, mau gosto e mau hálito e coleção de alimento na ferida foram prevalentes Sato et al. (2009).

Em nossa amostra a variação da dor ao longo dos dias de pós-operatório foi significativa, e foi dividida em dois grupos: com ou sem dor, sendo mais prevalente com dor do dia da cirurgia até o quinto dia de pós-operatório e sem dor no sexto e sétimo dias de pós-operatório. A proporção entre os dois grupos inicia em 84,88% com dor e 15,12% sem dor e vai decaindo a cada dia, até inverter no sexto PO onde 44,19% com dor e 55,81 % sem dor, e no 7PO 34,88% com dor e 65,12% sem dor.

A severidade da dor iniciou no dia da cirurgia com 1,9 e decai ao longo dos dias de pós-operatório terminando em 0,5 no 7PO. Os maiores valores de dor ocorreram no dia da cirurgia e no 1PO.

No 1PO, 32,14% dos pacientes pararam de utilizar analgésicos estimulados pela sensação dolorosa, no 2PO 45,24% pararam de utilizar o analgésico O consumo de analgésico pelo paciente ao longo dos dias de pós-operatório foi o até o terceiro dia para a maioria dos pacientes (54, 82%).

O edema está mais presente por volta do terceiro e quarto dia (Ten Bosch; Van Gool, 1977). O edema máximo ocorre entre 24 e 48 horas de pós-operatório e pode persistir por 3 a 10 dias (Taube et al., 1990). Shugars et al. (1996) encontraram edema nos dois primeiros dias, em 74,0% dos pacientes. Para Conrad et al. (1999) o edema máximo ocorreu entre o 1PO e 2PO e regrediu totalmente no 5PO. Um terço dos pacientes relatou edema, e consideraram normalizar no 5PO no estudo de White et al. (2003). O edema foi mais intenso no segundo dia de PO (Sato et al., 2009).

No nosso estudo a variação do edema ao longo dos dias de pós-operatório foi significativa, e foi dividida em dois grupos: com ou sem edema, sendo mais prevalente o edema do dia da cirurgia até o quinto dia de pós-operatório e sem edema no sexto e sétimo dias de pós-operatório

A proporção entre os dois grupos inicia em 86,09% com edema e 13,10% sem edema vai decaindo a cada dia, até inverter no sexto PO, onde 39,53% com edema e 60,47 % sem edema

O edema costuma ser progressivo na primeira 72 hs de PO, e só então começa a regredir, o que foi confirmado em nosso estudo, no qual, houve prevalência do edema até o 3PO, e decaiu buscamente a partir deste dia.

A prevalência do edema inicia em 86,09% dos pacientes e esta proporção decaiu ao longo dos dias de pós-operatório, chegando no 7PO com 26,74%

A severidade do edema iniciou no dia da cirurgia com 1,1 e aumenta no 1 e 2PO, no 3PO tem valor de 1, e decai ao longo dos dias de pós-operatório terminando em 0,3 no 7PO.

6.4.4 PO em pacientes com sintomas prévios e pericoronarite

Pericoronarite caracteriza-se pela inflamação dos tecidos moles que circundam a coroa de um terceiro molar erupcionado ou semi erupcionado, acompanhada por dor que pode durar vários dias, e pode ser recorrente no mesmo paciente várias vezes (McNutt et al., 2008).

Pacientes com sintomas prévios tiveram maior índice de complicações (Boer et al., 1995). Slade et al. (2004) encontraram os resultados de dor e edema três vezes maior em pacientes com sintomas prévios quando comparados com os pacientes assintomáticos submetidos a exodontia. Sintomas pré-operatórios aumentam o risco de complicações no PO (Grossi et al., 2007). A pericoronarite aumenta a morbidade após a exodontia (Mercier; Precious, 1992).

Em nosso estudo, 44,19% dos pacientes relataram ter tido algum sintoma prévio à exodontia durante o processo eruptivo, 13,95% associaram estes sintomas com os sinais clínico de pericoronarite.

Não encontramos correlação entre sintomas prévios e dor, apesar de 0,6 ser limite de significância, pacientes que apresentaram sintomas prévios tiveram maiores índices de dor, porém sem diferença significativa estatisticamente.

Houve relação entre edema e presença de sintomas prévios, pacientes que apresentaram sintomas prévios tiveram maiores scores de edema até o quinto PO.

Não houve correlação entre sintomas prévios e OHIP total do paciente, apesar de 0,8 ser limite de significância, pacientes que tiveram sintomas prévios tiveram os valores de OHIP total maiores do que os pacientes assintomáticos, porém sem diferença estatística.

6.4.5 Variações de sintomas PO

6.4.5.1 Quanto à técnica e classificação

As variáveis que podem influenciar nos sintomas pós-operatórios são: experiência de cirurgia prévia, tipo de procedimento, morfologia do dente, localização no arco, angulação do dente, abertura bucal, idade, proximidade com o canal mandibular, posição de classificação de Pell e Gregory, técnica anestésica, gênero e número de dentes extraídos (Susaria; Dodson, 2005). Trismo, edema e dor são manifestações pós-operatórias que dependem de uma série de fatores, principalmente relacionados à dificuldade do procedimento cirúrgico envolvido, técnica e tipo de retenção (Aguiar et al., 2005).

De acordo com o tipo de cirurgia, técnica utilizada e resposta do paciente, a sintomatologia dolorosa no pós-operatório pode ser variável, assim como o edema (Pinheiro; Framen, 1992). Holland (1979) constatou que a ocorrência e intensidade da dor variaram conforme a técnica cirúrgica e a predisposição do paciente. As complicações aumentam a incidência à medida que aumenta o tempo de duração da cirurgia e complexidade da técnica utilizada (Boer et al., 1995). Dor foi associada com a profundidade do dente e o grau de dificuldade (Yuasa, Sugiura, 2004). À medida em que a complexidade da cirurgia aumenta, a possibilidade de intercorrência também aumenta (Negreiros et al., 2008).

Os principais fatores que contribuem para o edema é o tempo de duração da cirurgia e a dificuldade cirúrgica, ligados ao o grau de impacção. Os escores de dor apresentaram relação com grau de impacção e tempo de duração, cirurgias com maior tempo de duração, pacientes apresentaram maior escores de dor PO (Kim et al., 2006).

O prognóstico cirúrgico será feito pela análise da classificação, existe uma tendência que os 3ºMs classe IA mesioangular serão exodontias mais fáceis, e por outro lado os 3ºMs classe IIIC horizontal serão desafios aos cirurgiões (Pell; Gregory, 1933). Posição IIIC é indicativo de dificuldade e IA fáceis Garcia-Garcia et al. (2000). Pacientes com terceiros molares nas classificações de Pell e Gregory

posição C apresentaram mais edema e maior tempo de duração da cirurgia (Kim et al., 2006). Consequentemente, poderá existir tendência dos dentes classe IA verticais terem um melhor prognóstico. Na posição classe IA foram empregadas técnicas menos invasivas (Chaves junior et al., 2006). Classificação de Pell e Gregory classe I, II e III, foi a variável que aumentou o risco de desconforto pós-operatório (Grossi et al., 2007). Os dentes em posição IC ou IIC ou IIIC, foram mais difíceis (Blondeau; Daniel, 2007). Yuassa e Sugiura (2004) encontraram que a profundidade no ramo foi associada à dificuldade na exodontia.

Quanto à classificação de Winter, dentes mesioangulados foram associados à maior risco de complicações pós-operatórias (Grossi et al., 2007). Dentes Horizontais tiveram maior índice de complicações, provavelmente pela grande necessidade de osteotomia e odontosseção. Osteotomia foi realizada em 60% dos casos. Procedimentos mais invasivos, quanto a técnica tem maior risco de sintomas PO (Bôer et al., 1995). Em contraponto, Blondeau e Daniel (2007), encontraram que os dentes mesioangulados e distoangulados tiveram maiores índices de complicações, e os dentes horizontais tiveram menor índice de complicações. Edema esteve presente em todos os dentes na posição horizontal. (Yuasa; Sugiura, 2004).

Não houve diferença de dor e edema com relação a grau de dificuldade da cirurgia (Capuzzi et al., 1994). Acreditava-se que os verticais fossem os menos doloridos e os horizontais mais o que não se confirmou, concluiu-se que a dor não está relacionada a complexidade da técnica (Aguiar et al., 2005). A correlação entre dificuldade cirúrgica, e percepção da dor ainda permanece controversa, sendo que o tempo de duração da cirurgia não esta relacionado com a dor e nem com o grau de dificuldade segundo classificação dos dentes (Sato et al., 2009).

Em outro estudo a dimensão da dor está relacionada com a gravidade, duração e característica individual do paciente (Shugars et al., 1996).

Em nossa pesquisa, houve relação entre dor e classificação de dificuldade da exodontia, pacientes que possuíam dentes em posições que foram considerados estar em uma posição difícil, tiveram mais dor no pós-operatório, comprovando que a dor esta ligada e dificuldade cirúrgica. Houve também relação entre edema e classificação de dificuldade da exodontia, pacientes que possuíam dentes em posições que foram considerados difíceis tiveram mais edema pós-operatório, comprovando que o edema esta ligado a dificuldade cirúrgica. Assim como a relação

entre OHIP total e classificação da dificuldade da exodontia pacientes que possuíam dentes em posições que foram considerados estar em uma posição difícil, tiveram resultados de OHIP maiores, ou seja pior qualidade de vida relacionado a saúde bucal, comprovando que o impacto na atividades diárias está ligado a dificuldade cirúrgica. Dentes difíceis tiveram valores maiores e piores resultados de QVRS. Também analisamos a relação da dificuldade cirúrgica com cada domínios do OHIP-14 e foi comprovado a relação em todos os domínios.

6.4.5.2 Quanto ao gênero

Capuzzi et al. (1994), encontraram diferença significativa de dor com relação ao sexo, onde os homens tiveram mais dor quando comparados às mulheres. Yuasa e Sugiura (2004), afirmaram também que o gênero pode estar ligado ao edema, e viram que os homens apresentaram mais edema. Para Pires et al. (2006) a influência do gênero na intensidade da dor foi mais expressiva nos homens, e esta é um fator predictivo para ansiedade masculina.

Já Boer et al. (1995) não acharam relação entre gênero e complicações, não houve diferença de dor entre homens e mulheres.

Por outro lado, mulheres mostram mais os sinais de dor do que os homens (Coulthard et al., 2000). Snyder et al. (2005), afirmaram que pacientes do sexo feminino utilizaram mais analgésicos após o 5PO, e que as mulheres tiveram um período mais longo de recuperação com dores mais fortes, influenciando na mastigação e na fala. Colorado-Bonnin et al. (2006) também afirmaram que a dor foi mais intensa nas mulheres, o que reflete que elas experimentam a dor de forma diferente, homens relataram menos dor que mulheres. Blondeau e Daniel (2007) relacionaram os fatores de riscos ao gênero feminino, assim como Grossi et al. (2007) onde as mulheres tiveram mais desconforto pós-operatórios que homens, mais dor.

Não conseguimos estabelecer a relação entre dor e gênero, houve relação entre edema e gênero, onde os valores de edema nos homens foram maiores.

Não houve relação entre OHIP total e gênero, homens tiveram valores maiores, porém sem significância. Quando analisamos cada domínio do OHIP, não

encontramos relação entre OHIP1 e gênero, entre OHIP4 e gênero e entre OHIP5 e gênero, mulheres aparentemente com valores maiores, porém sem diferença estatisticamente significativa. Nos outros domínios conseguimos estabelecer esta relação, no OHIP2, mulheres com valores maiores, no OHIP 3, homens em valores maiores, no OHIP6, mulheres com valores maiores, e no OHIP7, mulheres com valores maiores. O domínio 3 expressa o desconforto psicológico, neste os homens tiveram valores maiores. Os domínios 2, 6, e 7 expressam a dor física, e a incapacidade e desvantagem social, onde encontramos valores maiores para as mulheres.

6.4.5.3 Quanto á idade

Capuzzi et al. (1994) notaram direta correlação entre idade e dor, onde os pacientes mais jovens tiveram menos dor, assim como Boer et al. (1995), onde os pacientes mais velhos tenderam a ter complicações com mais frequência, o grupo de pacientes com idade acima de 25 anos teve um índice de complicações maior. Grossi et al. (2007) afirmou que pacientes mais velhos tem mais risco de complicações pós-operatórias. Blondeau e Daniel (2007) descreveram que os fatores de riscos estão associados à idade maior que 24 anos, as exodontias de terceiros molares deverão ser realizadas antes dos 24 anos, especialmente em mulheres. Kim et al. (2006) também encontraram que os pacientes mais velhos que 30 anos de idade apresentaram mais edema e maior escores de dor, porém disseram que o efeito da idade e gênero ainda permanece controverso. Worall (1998) acredita que os pacientes mais jovens tem a morbidade minimizada. O principal fator que contribui para o edema é a idade (Kim et al., 2006). Pacientes acima de 40 anos apresentaram mais edema (Yuasa; Sugiura, 2004). Haugh et al. (2005) concluíram que pacientes acima de 25 anos tem mínima morbidade pós operatória.

Almendros-Marques et al. (2006) não observaram relação entre idade do paciente e ocorrência de pericoronarite, e 80% das complicações associadas a terceiros molares ocorreram em pacientes entre 16 e 30 anos de idade. Já Yuasa e Sugiura (2004) concluíram que a dor não teve relação com a idade.

Em nossa amostra não houve relação de idade com dor, nem com edema nem com OHIP total.

6.3.5.4 Quanto ao tempo de cirurgia

No estudo feito por Neupert III et al. (1992) a dificuldade da exodontia foi mensurada pelo tempo de duração da mesma. A dificuldade cirúrgica das extrações foi medida pelo tempo de duração de cirurgia, que em média foi de 13 minutos. Gentile (2006) encontraram média de tempo de duração da cirurgia de 27 minutos. Ruvo et al. (2005) também avaliou o grau de dificuldade cirúrgica pelo tempo de duração da cirurgia. Evans et al. (2005) concluíram que o tempo de duração de cirurgia é o melhor método de avaliar a dificuldade da mesma. O tempo de duração das cirurgias de nossa amostra variou de 11 a 135 minutos, com média de 60,20 minutos e o número de tubetes anestésicos utilizados no procedimento cirúrgico foi em média 5,34 tubetes com variação de 3 a 9.

Chaves Junior et al. (2006) relataram saber que o tempo de cirurgia, necessidade de osteotomia e odontosseção interferem no desconforto pós-operatório. Já Grossi et al. (2007) afirmaram que o tempo de duração da cirurgia não foi identificado como fator de risco para sintomas posoperatórios. Sato et al. (2009) relataram que a correlação entre dificuldade cirúrgica tempo de duração da cirurgia e percepção da dor ainda permanece controversa, e que o tempo de duração não está relacionado com dor e nem com o grau de dificuldade segundo classificação dos dentes.

6.4.5.5 Quanto à experiência do cirurgião

Capuzzi et al. (1994) citaram que a relação da experiência do cirurgião com dor, existe e que quanto mais experiente o cirurgião, menor a dor pós-operatória. Grossi et al. (2007) também encontraram esta relação, disse que a experiência do cirurgião tem relação com complicações PO. A experiência do cirurgião também é um fator que determina a incidência de complicações (Blondeau; Daniel, 2007). Negreiros et al. (2008) relataram que a experiência do cirurgião é um fator que diminui a incidência de acidentes, assim como, o tempo de duração da cirurgia e o trauma induzido nos tecidos.

Por outro lado, Bôer et al. (1995), não encontraram esta diferença quando compararam dois grupos de cirurgiões com experiências diferentes, afirmaram não haver relação entre a experiência do cirurgião e complicações.

6.4.5.6 Absenteísmo

Savin e Ogden (1997) mostram que os 3^{os} Ms levam ao absenteísmo do trabalho e escola, afetando portanto a QV dos pacientes. As mulheres parecem ter mais absenteísmo no trabalho pós-exodontia (Colorado-Bonnin et al., 2006). A maior incidência de absenteísmo do trabalho por causa odontológica ocorreu em mulheres e nas faixas etárias mais jovens. O absenteísmo pode ser entendido como a ausência do trabalhador motivada pelo estado ou condição de saúde, que gera um prejuízo econômico (Peres et al., 2006). As causas destas ausências do trabalho pós exodontia são: disfagia, dificuldade para dormir e cirurgias muito demoradas (Colorado-Bonnin et al., 2006). Este é um assunto de crescente interesse pela sua importância no cunho econômico. A sua prevalência por causas odontológicas varia de 10,0 a 35,0%, e o principal motivo é a dor (Nardi et al., 2009).

Em nossa pesquisa foi mensurada apenas o absenteísmo pré-operatório e foi encontrado em 9,30% dos pacientes.

6.5 QUALIDADE DE VIDA

6.5.1 Definição

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e a própria estética existencial (Minayo et al., 2000).

Qualidade de vida é definida como a auto avaliação da pessoa sobre si mesma e sua funcionalidade em diferentes domínios da vida. A avaliação da QV é subjetiva, fenomenológica, multidimensional e dinâmica, no entanto é quantitativa. Dois grandes fatores têm contribuído para o impacto da dor na qualidade de vida: o aumento da frequência de dor e as pesquisas voltadas para seu tratamento, bem como o aumento da teoria que dor afeta o indivíduo como um todo (Niv; Kreitler, 2001).

A QV foi então definida como “A percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Santos et al., 2005).

A escolha do instrumento para avaliar a QV requer atenção e cuidado, e os instrumentos devem ter linguagem simples e ser breves. Podemos aplicar os instrumentos em forma de entrevista, ou de maneira autoadministrável, ambas as formas podem ter repercussões diferentes nos resultados. A entrevista deve ser sob condições standartizadas para evitar alteração dos resultados (Miller et al., 2005).

Para isso é necessário considerar a interferência entre entrevistador e entrevistado, sendo que em algumas ocasiões a resposta pode ser alterada em função disto, mesmo sem intenção. Consideram-se os fatores inerentes ao ambiente onde se aplica o questionário relevantes, assim como, o momento em que estas informações serão colhidas. O clínico ou pesquisador deve estar atento a algumas questões para não incorrer em erros que possam inviabilizar seu estudo (Duarte; Ciconelli, 2006).

Avaliar QV é complexo pelas suas características de subjetividade e multidimensionalidade, além de não existir um padrão-ouro. Por essa razão, faz-se necessário o uso de instrumentos válidos e confiáveis (Sawada et al., 2009).

6.5.2 QVRS

A percepção do paciente quanto a sua saúde relacionada à QV é considerada ser tão válida quanto às tradicionais medidas psicológicas, biológicas e de tratamentos clínicos (Shugars et al., 1996).

Qualidade de vida pode ser difícil de ser mensurada, não só porque significa coisas diferentes para cada um, mas também porque depende da percepção do próprio paciente. Esta análise requer cooperação do paciente, portanto, o questionário precisa ser aceito e de fácil aplicação. Não existe um questionário específico para exodontia de 3ºMs. Pouco se publicou sobre a qualidade de vida após esta cirurgia, os efeitos de outros fatores relevantes para qualidade de vida dos pacientes tendem a ser ignorados. Ainda há uma lacuna de relatos nos aspectos das mudanças que influenciam na qualidade de vida dos pacientes.

Hoje a QV é avaliada por questionários preenchidos pelos próprios pacientes, que são provavelmente os melhores assessores (Savin; Ogden, 1997).

Já foi mostrado que a dor dental diminui a QV e desorganiza o dia a dia, o que afeta os indivíduos. Compreender QV relacionada à saúde bucal e a relação entre saúde bucal e QV tem sido baseada na disfunção oral, desconforto e incapacidade. A dor dental tem sido o fator mais associado com percepção da necessidade de atendimento odontológico (Vargas et al., 2000).

O foco de pesquisas tem sido, principalmente, a percepção dos pacientes sobre o impacto em sua saúde e sua qualidade de vida. Existe uma priorização da prática baseada em evidências. A percepção do paciente é importante no pós-operatório de terceiros molares, especialmente, considerando o quanto o tratamento influencia na saúde bucal. O recente interesse pelos efeitos pós-operatórios dos procedimentos cirúrgicos na qualidade de vida aumentaram, principalmente quando se trata de exodontia de terceiros molares assintomáticos (McGrath et al., 2003a).

Efeitos da condição dentoalveolar na qualidade de vida e os benefícios da cirurgia oral menor são importantes para compararmos todas as variáveis quantitativamente e justificar todas as facetas da prática da especialidade, ao invés, de recair sob as condições específicas da cirurgia oral (McGrath et al., 2003c).

As condições clínicas associadas aos 3ºMs são bem compreendidas, porém pouco se sabe sobre o impacto que elas causam e afetam a vida dos pacientes. Os cirurgiões devem saber mais sobre a QV para primeiramente entender a morbidade pré-operatória, segundo ajudar os clínicos a selecionar alternativas de tratamento quando a indicação clínica sozinha não determina se devemos fazer o procedimento cirúrgico. O impacto da condição oral na QV é um fator importante e poder ser útil na tomada de decisão. Informações sobre saúde bucal relacionada à qualidade de vida são importante para pacientes e para profissionais que cuidam, da saúde (Slade et al., 2004).

Muitas vezes a presença destes dentes pode levar à injúrias e prejuízo à saúde bucal do indivíduo, tendo um significativo impacto na qualidade de vida das pessoas, as quais podem relatar dificuldade em relaxar, interrupções nas refeições, irritabilidade e tensão, que muitas vezes implicam em falta ao trabalho (Slade et al., 2004).

O conceito de QV tem suscitado em pesquisas e cresce a sua utilização nas práticas desenvolvidas na área da saúde, por equipes profissionais que atuam junto a usuários acometidos por enfermidades diversas. Trata-se de um assunto eminentemente interdisciplinar, o que implica a contribuição de diferentes áreas do conhecimento para o seu aprimoramento conceitual e metodológico (Seidl; Zannon, 2004).

Na área da saúde, o interesse pelo conceito QV é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Assim, saúde e doença conFiguram processos compreendidos como um continuum, relacionados aos aspectos econômicos, sócio culturais, à experiência pessoal e estilo de vida (Seidl; Zannon, 2004).

As buscas no medline com palavras chaves qualidade de vida e saúde bucal tem aumentado dramaticamente, o número de artigos publicados entre 2000 e 2004 foi três vezes maior que entre 1995 e 1999 e seis vezes maior que entre 1990 e

1994. Nestes trabalhos QV é definida como percepção individual de sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que se vive e em relação à suas metas, expectativas e interesse. QV relacionada à saúde bucal é definida como o acesso individual de como afeta o seu bem estar, fatores funcionais, psicológicos, sociais, experiência de dor e desconforto em relação aos interesses orofaciais (Naito et al., 2006).

As experiências que estão relacionadas a terceiros molares podem ser medidas através de vários questionários que foram desenvolvidos para medir QV relacionado á saúde (Shugars et al., 2006). Qualidade de vida relacionada á saúde bucal é multidimensional (John, 2007).

QV relacionada à saúde oral foi definida como um termo relativamente simples: a extensão de qual disfunção afeta o funcionamento, o bem estar, os sintomas e o impacto funcional e psicológico que emana de doenças e disfunções; e como estas doenças e disfunções afetam a QV (Locker; Allen, 2007).

Dor edema e trismo são as queixas mais comuns e influenciam na QV dos pacientes nos dias após a cirurgia. Nas ultimas três décadas o uso de avaliações feitas pelos próprios pacientes aumentou, mas só começou a ser usado na cirurgia, recentemente (Grossi et al., 2007). Qualidade de vida se tornou um conceito conhecido e tem sido estudada em vários campos. Um grande número de instrumentos de medida de QV relacionada à saúde bucal tem sido construídos (Van Wijk et al., 2009).

6.5.3 Indicação de exodontia relacionando com QV

É mandatório aos cirurgiões melhorarem os parâmetros de saúde e qualidade de vida. A prevenção de morbidades relacionadas a terceiros molares deve ser incluída nas pesquisas odontológicas (Silvestri; Singh, 2003).

Esta avaliação pode ser útil para aprimorar a tomada de decisão e para criar uma expectativa realista para pacientes similares (McGrath et al., 2003a).

Existe um crescente reconhecimento que o impacto da condição oral na qualidade de vida é um critério que pode ser útil na decisão terapêutica sobre extrair

os 3^{os}Ms ou não (Slade et al., 2004). As medidas de QV podem ser usadas para tomar decisões terapêuticas (Crosby et al., 2004).

Quando os critérios clínicos sugerem que o procedimento cirúrgico ou conservador são igualmente eficazes, e o paciente relatar que as condições pré-operatórias tiveram efeito adverso na qualidade de vida, opta-se pela indicação cirúrgica. A visão contemporânea de saúde é que esta envolve mais do que ausência de doença (Slade et al., 2004).

As exodontias de 3^{os}Ms são as cirurgias mais freqüentes, e enquanto a literatura oferece muitas publicações sobre critérios da exodontia e morbidade, existem poucos estudos que avaliam a influência de diferentes fatores na qualidade de vida dos pacientes após a exodontia de 3^{os}Ms inferiores (Colorado-Bonnin et al., 2006).

A medicina nos últimos 30 anos tem visto aumentar o uso dos termos de QV e QV relacionada com condições de saúde e terapias para estas. As medidas tradicionais de saúde precisam ser suplementadas por resultados obtidos por experiências de pacientes (Locker; Allen, 2007).

6.6 OHIP (ORAL HEALTH IMPACT PROFILE)

6.6.1 Definição

Dentre os vários instrumentos desenvolvidos para mensurar necessidades percebidas o questionário perfil de impacto de saúde bucal (*Oral Health Impact Profile*-OHIP) é amplamente utilizado em vários estudos em diferentes culturas e perfis sociodemográficos. O OHIP foi desenvolvido para fornecer uma mensuração abrangente de disfunção, desconforto e incapacidade, atribuída à condição bucal. Tais informações visam á complementação dos indicadores tradicionais de epidemiologia bucal de doenças clínicas e, deste modo, fornecem um perfil do impacto da doença em populações e a eficácia dos serviços de saúde em reduzir esses impactos. O O OHIP foi desenvolvido no idioma inglês em contexto cultural diferente (Ferreira et al., 2004).

Os dados mostraram que o OHIP está associado à necessidade percebida de tratamento. O desenvolvimento dos indicadores que relacionam problemas bucais com a qualidade de vida, surgiram da necessidade de conhecer a condição de saúde percebida subjetivamente ou o impacto dos problemas de saúde bucal sobre a QV. Saúde foi definida como uma dimensão da QV (Ferreira et al., 2004).

O questionário OHIP pergunta sobre os impactos adversos das condições orais sobre o bem estar incluindo dor, estado psicosocial, interação social e atividades diárias. Nesta pesquisa, comer foi um aspecto de interação social importante (Slade et al., 2004).

A versão brasileira do OHIP-14 tem boas propriedades psicométricas, que são similares ao instrumento original. Os acessos aos efeitos das doenças bucais e condições no funcionamento social podem ser de grande valor para pesquisadores, planejadores de saúde e promotores de saúde bucal. A forma curta do OHIP tem sido amplamente utilizada. OHIP foi descoberto por Slade e Spencer e a forma abreviada foi publicada em 1997. É frequentemente usado em estudos intervencionais e longitudinais para acessar condições bucais (Oliveira; Nadanoysky, 2005).

Os itens são questionados se ocorrem sempre (codificado 4), quase sempre (codificado 3), ocasionalmente (codificado 2), raramente (codificado 1), ou nunca (codificado 0). Os scores são calculados por método aditivo, com resposta de 14 questões e resultados de 0 a 56, sendo 56 o pior resultado (Ferreira et al., 2004; McGrath et al., 2003a; Oliveira; Nadanoysky, 2005). Podemos incluir informações sócio demográfico, data, idade, nível de educação, estado civil, empregatício e econômico (Oliveira; Nadanoysky, 2005).

As pesquisas têm procurado investigar o impacto da morbidade bucal na população, seja por meio de análise de limitações funcionais, dor física, desconforto, incapacidade psicológica, incapacidade física, social e deficiências, mediante um indicador, o “*Oral Health Impact Profile-OHIP-14*” (Mazzilli; Crosato, 2005).

A forma curta do OHIP-14 está emergindo como uma boa ferramenta para acessar QV relacionada à saúde bucal (Fernandes et al., 2006).

O OHIP-14 é validado e pode ser utilizado para procedimento cirúrgico de exodontia de 3^oMs. O instrumento é capaz de detectar mudanças modestas. O número de dentes extraídos, o surgimento de sintomas e dor foram fortemente relacionados com scores altos de OHIP. OHIP é válido e confiável. Demonstrou

bons níveis de validade e responsividade para alterações de QV relacionado à saúde bucal de exodontia de 3ºMs. O OHIP não teve relação com nenhuma variável socioeconômica (Fernandes et al., 2006).

Existe um reconhecimento crescente que as desordens orais têm um impacto significativo no bem estar físico, social e psicológico. O OHIP tem crescido como uma boa ferramenta que conduz a saúde relacionada à qualidade de vida. O OHIP original foi descoberto por Slade e Spencer na Austrália e é constituído de 49 itens, a forma resumida foi publicada em 1997. Existem evidências atuais que validam o uso do OHIP-14 em vários procedimentos hospitalares incluindo cirurgias de terceiros molares (Fernandes et al., 2006).

Até a última década a epidemiologia oral era usada para indicação clínica através de um sistema normativo para determinar necessidades terapêuticas. A versão em português do OHIP-49 é válida para avaliar impacto das condições bucais na QV de brasileiros (Pires et al., 2006).

Nuttall et al. (2006) propuseram um modelo para explicar o comportamento biológico e as consequências psicológicas da doença. Isto não implica que alguém com determinada doença odontológica vá necessariamente ter os efeitos adversos, mas sim terá potencial para ter uma combinação entre os efeitos. O OHIP-14 possibilita traçar predictivos sobre a forma que as pessoas podem ser afetadas pela condição bucal. Faz uma boa correlação da presença da doença odontológica com dor e auto-avaliação de QV. O modelo em que o OHIP é baseado reflete a idéia de que o impacto muda a partir da base biológica, diretamente para o impacto interno do indivíduo, até o aspecto que impactam a dimensão social. A escala é baseada nos aspectos comportamentais e psicossociais e não inclui a mensuração da doença e deficiência.

O *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) criado por Slade tem sido utilizado como instrumento que avalia como as diversas condições bucais ou alterações podem afetar a QV. Pacientes que procuram serviços para extrair os terceiros molares, normalmente, apresentam sintomas e tem valores mais altos do OHIP pré-cirúrgico quando comparados aos pacientes assintomáticos. A deteriorização da QV, que ocorre imediatamente após a cirurgia, melhora rapidamente após uma semana de pós-operatório (Shugars et al., 2006).

Assim, os estudos endereçados pelos termos relação de qualidade de vida e qualidade de vida são importantes determinantes dos cuidados de saúde, regimes

de aderência ao tratamento e satisfação com o tratamento recebido. O OHIP foi baseado em um modelo de doença e suas conseqüências, tem a intenção de acessar o impacto social de problemas bucais, que são disfunções, desconforto e desabilidade causadas por estas condições. A proposta da medida é acessar as prioridades dos cuidados, documentando o impacto social dos indivíduos e grupos, entendendo o comportamento da saúde bucal, avaliando o tratamento odontológico e fornecendo informações para defender a saúde bucal. Medida realizada por auto-percepção da saúde bucal (Locker; Allen, 2007).

Medidas de QV relacionado à saúde bucal como o OHIP foram construídas para verificar a amplitude de como a condição bucal pode interferir na qualidade de vida, assim como, pode ser associada a instrumentos específicos que promovem melhor compreensão do impacto da condição clínica (McNutt et al., 2008).

Os indicadores clínicos sozinhos não podem descrever a satisfação ou os sintomas de pacientes odontológicos ou suas habilidades para realizar as atividades diárias. Foi desenhado para medir a auto-avaliação da limitação funcional, desconforto e desabilidade, atribuídos à condição bucal. É derivado da forma extensa de 49-itens e adaptado por Locker. Neste modelo, as conseqüências das doenças bucais são apresentadas hierarquicamente dos níveis biológicos (deficiência) até os níveis comportamentais (limitação, desconforto e desabilidade) e por último os níveis sociais (incapacidade), (Montero-Martin et al., 2009).

O OHIP-14 é o instrumento mais usado para avaliar o impacto da condição bucal no bem estar. Perguntas sobre conseqüências adversas das doenças bucais e condições odontológicas sobre o aspecto do bem estar, medindo função, dor, interação social e bem estar psicológico. A base teórica do OHIP foi criada em 1980 pela OMS classificando a diminuição da capacidade, incapacidade e deficiência, e posteriormente adaptada à saúde bucal (Sanders et al., 2009).

A sua forma breve, o OHIP-14 que tem recebido muita atenção e é o instrumento mais usado nas pesquisas odontológicas. São aplicados em estudos longitudinais ou transversais e visam avaliar os efeitos físicos, psicológicos e sociais da saúde bucal na QV a ela relacionada. É responsivo para pequenas mudanças na qualidade de vida, inclusive para mudanças clínicas de terceiros molares (Van Wijk et al., 2009).

Mede atitudes ou predisposições individuais em contexto social particular com pontuação de cada unidade e o resultado é a somatória (Montero-Martin et al., 2009).

6.6.2 Domínios

Os itens incluídos nas duas formas ohip-49 e ohip-14 foram agrupados em sete subescalas: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social (Oliveira; Nadanoysky, 2005).

Dividido em dimensões: limitação funcional, dor e desconforto, desabilidade física, social, psicológica e incapacidade (Nuttall et al., 2006).

A forma curta do OHIP-14, consiste em 14 itens organizados em 7 subescalas que avaliam a saúde bucal que pode comprometer o bem estar físico, psicológico e social (Fernandes et al., 2006).

O OHIP pode também ser classificado por domínios: limitação funcional (dificuldade para falar e sabor dos alimentos alterados), dor física (dor na boca e desconforto ao comer), desconforto psicológico (preocupação e estresse), incapacidade física (parar as refeições e alteração dos alimentos), incapacidade psicológica (dificuldade de relaxar e vergonha), incapacidade social (irritabilidade com outras pessoas e dificuldade de trabalhar), deficiência (insatisfação e totalmente incapacitado de exercer funções) (Shugars et al., 2006).

O modelo conceitual de saúde oral é constituído de sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, psicológica, e social, e desvantagem social. Um dos instrumentos mais usados para medir saúde oral é o OHIP. OHIP foi construído numa moldura teórica baseada na Organização Internacional de Saúde Mundial (OMS) classificadas em desabilidade e incapacidade (John, 2007).

O OHIP foi desenvolvido por Slade e Spencer com a intenção de avaliar os impactos físicos, psicológicos e sociais da condição oral na QV. Este instrumento

contém sete dimensões e é baseado em um modelo hierárquico (Kieffer; Hoogstraten, 2008b).

OHIP é um questionário auto administrável focado em sete dimensões de impacto: limitação funcional, dor, desconforto psicológico, desabilidade física, psicológica, social e incapacidade, em que os participantes são perguntados sobre a frequência do impacto em uma escala de Likert de 5 pontos (Montero-Martin et al., 2009).

Ele é constituído de sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, social e deficiência física, estas dimensões foram determinadas por Locker no modelo conceitual de saúde bucal que foi baseado na classificação de dano, incapacidade e deficiência desenvolvido pela OMS (Van Wijk et al., 2009).

6.6.3 Resultados

A QV foi afetada após exodontia deste dentes principalmente após 2 ou 3 dias, Shugars et al. (1996) afirmaram que QV foi mais afetada nos dois primeiros dias e reinteraram esta informação em outro estudo

Colorado-Bonnin et al. (2006) concluíram que a cirurgia de terceiros molares afeta significativamente a qualidade de vida dos pacientes, particularmente nos três primeiros dias de pós-operatório, assim como, Sato et al. (2009) que seus resultados indicaram que a cirurgia de 3ºM exerce influência em diversos aspectos que podem estar relacionados com a QV dos pacientes, principalmente nos três primeiros dias após a extração. Já McGrath et al. (2003c) afirmaram que condição dentoalveolar, como os terceiros molares inclusos, tem um impacto considerável sobre o dia a dia e a QV dos pacientes, principalmente nos seis primeiros dias após a extração. QV sofreu deteriorizacao no Pó imediato durante 5 primeiros dias. QV aumentou após 1 mês da exodontia e mais ainda após 3 e 6 meses. Haugh et al. (2005) Concluíram que pacientes acima de 25 anos tem mínimo impacto na QV. Assim como, Van Wijk; et al. (2009) determinaram que os efeitos colaterais da cirurgia de 3ºMs podem causar efeitos na qualidade de vida dos pacientes e que pacientes mais jovens tem menos efeitos sobre a QV.

White (2004) resumiu os trabalhos que falam da recuperação após exodontia de 3ºM e verificou que estes estudos relataram resultados clínicos e relacionaram a saúde bucal e queda na QV logo após a exodontia de 3ºM. .

McGrath et al. (2003c) afirmou que pacientes com história prévia de pericoronarite tiveram uma melhora maior ainda na QV após a exodontia, a pericoronarite previa foi associada com mudanças na QV. Assim como afirmou Van Wijk et al. (2009) que a presença de complicações no pré e no PO aumentam os efeitos na QV.

No estudo de Shugars et al. (1996) foram avaliados 20 pacientes submetidos à exodontia dos quatro 3ºMs com sintomas prévios leves de pericoronarite, usando-se o questionário OHIP como instrumento de avaliação por 14 dias durante o PO, a rotina diária dos mesmos foi mais afetada nos dois primeiros dias (Shugars et al., 1996).

Outro estudo realizado por Shugars et al. (2006) em que foram extraídos os quatro 3ºMs, aplicado o questionário OHIP-14 no pré-operatório e nos sete primeiros dias de pós-operatório, o OHIP é maior no 1PO e decresce ao longo da primeira semana, demonstrando que a QV decai na primeira semana e depois normaliza.

O OHIP foi associado aos achados clínicos no PO e a pericoronarite foi associada ao OHIP no pré-operatório. Os OHIP pré e pós-operatório foram comparados. Os resultados no 7PO tiveram QV menor que no pré-operatório. Após 1 mês a QV aumentou e após 3 meses aumentou mais ainda. Identificaram uma deteriorização na QV no período pós-operatório imediato, que, no entanto, melhorou após 1, 3, e 6 meses de PO progressivamente. A pericoronarite prévia foi associada com mudanças na QV. A cirurgia de 3ºM está associada à melhora da QV ao longo do tempo, porém, com queda na QV no pós-operatório imediato, uma significativa deteriorização da QV ocorre durante os cinco primeiros dias, associada a achados clínicos como edema e trismo, que lentamente voltaram aos valores de pré-operatório no 6PO e 7PO (McGrath et al., 2003a).

No estudo realizado por Foy et al. (2003), foi aplicado OHIP-14. Um terço dos pacientes relataram dificuldade para relaxar, interrupção nas refeições 13,5%, sentir-se irritados 11,2%, e sentir-se tenso 9,6%, 50,0% dos pacientes que apresentaram sintomas pré-operatórios como dor e edema, e estes estavam associados às desabilidades físicas, social, psicológica.

A avaliação feita por Slade et al. (2004) aplicou o OHIP-14. O maior impacto foi que 7,0% dos pacientes teve dificuldade para relaxar em nível 3 ou 4. Impactos adversos na QV ocorreram em 1 a cada 8 pacientes que procuraram a cirurgia de 3ºM

Fernandes et al. (2006) relataram que o OHIP não teve relação nenhuma com variáveis socioeconômicas.

Gentile (2006), aplicando OHIP pré-operatório e no 1PO, 7PO, e 14PO; a quantidade de respostas 3 ou 4 do OHIP aumentou do pré-operatório para o 1PO e diminuiu para 7PO e 14 PO. O resultado do OHIP no 1PO foi 27, 7PO foi 8 e 14PO foi 1.

Avaliados 63 pacientes submetidos a um protocolo cirúrgico standartizado, realizado exodontia de quatro terceiros molares por especialistas, com termo de consentimento, registrado o número de anestésicos utilizados, tempo de duração da cirurgia aplicado OHIP pré-operatório, obtendo como resultados: 1PO (OHIP=27), 7PO (OHIP=8) e 14PO (OHIP=1). OHIP-14 no 7PO sugere que a dor foi menor, a habilidade de alimentar-se foi insatisfatória para um terço dos pacientes. No 1PO 24,0% dos pacientes tiveram dificuldade em falar (Shugars et al., 2006).

A formação radicular dos 3ºMs não é um fator predictivo de melhor ou pior QV relacionada a saúde bucal após exodontia. Os itens de dor no OHIP-14 e aqueles que indicam deficiência física foram afetados mais de 19,0% após exodontia (Noori et al., 2007).

O impacto da pericoronarite sobre a QV foi medido por OHIP14, a média dos resultados foi de 11/56 e de dor foi 4/7. O ítem mais freqüente do OHIP foi a dimensão da dor. O resultado do OHIP no pré-operatório em pacientes com pericoronarite foi 9,7%. (McNutt et al., 2008).

Não foi encontrada diferença na forma de administração do OHIP-14 quando comparado a entrevista ao autopreenchimento (Sousa et al., 2009).

Van Wijk et al. (2009) em que foram avaliados 50 pacientes aplicando o OHIP-14 no pré-operatório e no sétimo dia de pós-operatório de terceiros molares e avaliado dor e QV relacionada à saúde bucal. A presença de complicações no pré ou no pós-operatório, aumentou o efeito sobre a QV.

O resultado do OHIP-49 variou de 14 a 70, comparando o OHIP pré e pós-operatório de sete dias houve diferença significativa entre eles, principalmente nas dimensões de dor. As complicações pós-operatórias alteraram o resultado do OHIP

pós-operatório. Pacientes relataram dor até o 7PO. A dor interfere substancialmente no efeito da extração sobre a QV. 63,5% dos pacientes apresentaram dor no 1PO, que decresceu para 15,0% no 7PO. 85,0% dos pacientes relataram dificuldade para mastigar e 78,0% para abrir a boca. Os 3ºMs tem um certo efeito sobre a QV dos pacientes, pacientes mais jovens tem menores efeitos sobre a QV, pois retomam suas atividades mais precocemente. Não houve diferença de efeitos na QV entre pacientes que extraíram um ou dois 3ºMs (Van Wijk et al., 2009).

Nossos escores do questionários OHIP-14 feita pela somatória das respostas ao longo dos dias de pós-operatório, com variação de 0 a 56, a variação do OHIP total ao longo dos dias de pós-operatório foi significativa: iniciou no pré-operatório com valor de 7,35, aumentou, tendo pico no 1PO, 17,88 e começou a decrescer, sendo sendo 15,46 no 2PO, 15,46 e decrescendo, sendo que no 5PO foi 9,45 e no 6PO 7,8 praticamente o valor inicial. Os dias em que os escores foram maiores, pior qualidade de vida relacionada á saúde bucal, foram o 1PO e 2PO, com os valores de 17, 48 e 15, 46, mostrando que a cirurgia tem um impacto maior no pós-operatório imediato.

Dividiu-se em dois grupos com e sem impacto e verificou-se a relação entre OHIP-dominios que tiveram impacto e tempo de pós-operatório. No 1PO houve uma porcentagem elevada de pacientes com impacto em todos os dominios. Os domínios que apresentaram os maiores índices de pacientes com impacto foram 2, 3 e 4. Ao longo dos dias de pós-operatório a prevalência do impacto decai em todos os domínios. No 7PO o domínio 2 ainda havia 65,12% dos pacientes com impacto

Em nossa avaliação do questionário OHIP-14 feita pelos dominios ao longo dos dias de pós-operatório estabelecemos relação entre os domínios do OHIP e o tempo de pós operatório:

Domínio 1- limitação funcional: iniciou 0,14 no pré-operatório, teve seu pico com 0,96 no 1PO e a partir daí foi decrescendo, chegando ao valor de 0,14, igual ao valor do pré-operatório no 7PO.

Domínio 2- dor física: iniciou com valor de 1,16 no pré-operatório, e teve seu pico de 2,22 no 1PO e foi decrescendo, chegando ao valor do pré-operatório entre sexto e sétimo dia de PO.

Domínio 3- desconforto psicológico: iniciou com valor de 1,20 no pré-operatório, e decresceu a cada dia de PO, chegando no 7PO com 0,55. comprovando a existência de sintomas prévios e decresceu a cada dia de PO.

Domínio 4- incapacidade física: iniciou com 0,28 no pré-operatório, teve um pico com valor 1,98 no 1PO e decresceu ao longo dos dias chegando próximo aos valores do pré no 7PO com 0,55.

Domínio 5- incapacidade psicológica: iniciou próximo de 0,5 no pré-operatório , teve seu pico, com 0,87 no 1PO até o 3 PO e decresceu, chegando aos valores de 0,5 igual ao pré-operatório no 5PO.

Domínio 6 - incapacidade social: iniciou com valor de 0,39 no pré-operatório, teve seu pico de 1,17 no 1PO e foi decrescendo, chegando aos valores de 0, 38, próximo ao pré-operatório no 6PO.

Domínio 7 - desvantagem social: iniciou com valor de 0, 14 no pré-operatório, teve seu pico com valor de 0,73 no 3PO e decresceu, chegando aos valores do pré-operatório, 0,14 no 7PO.

Os domínios 2 e 3 foram os que iniciaram com valores mais altos, mostrando o reflexo da presença de sintomas prévios, expressando dor física e desconforto psicológico.

A variação do OHIP total ao longo dos dias de pós-operatório foi significativa, e no 6PO retornou ao valor inicial (pré-operatório).

Os domínios que apresentaram os maiores índices de pacientes com impacto foram 2, 3 e 4.

Apesar desses dados terem sido coletados subjetivamente, pela percepção do paciente, com a divulgação dos resultados, poderemos rever as indicações das exodontias dos terceiros molares e o quanto isto interfere na vida dos pacientes, verificar que os critérios de indicação da exodontia não se restringem somente aos critérios clínico-cirúrgicos, principalmente quando se trata de dentes inclusos assintomáticos, os critérios devem se estender às condições da vida e qualidade de vida dos pacientes, ampliando assim, a visão dos cirurgiões bucomaxilofacial.

7 CONCLUSÕES

A posição do terceiro molar interfere nos desconfortos pós-operatórios, como dor, edema e qualidade de vida.

Variação de dor, edema e OHIP conforme gênero, idade e sintomas prévios:

- Gênero: Pacientes do gênero masculino apresentaram maiores níveis de edema. Não houve relação do gênero com dor e nem com OHIP.
- Idade: Não houve relação entre idade dos pacientes com dor, edema e OHIP.
- Sintomas prévios: Pacientes com presença de sintomas prévios tiveram maior gravidade do edema. Não houve relação entre sintomas prévios e dor e nem OHIP.

Dificuldade técnica para exodontia com dor, edema e qualidade de vida relacionado à saúde bucal.

- A dor pós-operatória teve um comportamento decrescente ao longo dos dias, e esteve presente até o 5PO, a utilização de analgésicos ocorreu até o 3PO.
- A intensidade da dor pós-operatória em cirurgia de terceiros molares é proporcional ao grau de dificuldade cirúrgica.
- O edema pós-operatório aumentou progressivamente até 3PO, e posteriormente decresce, ficando presente até 5PO.
- A quantidade de edema pós-operatório em cirurgia de terceiros molares é proporcional ao grau de dificuldade cirúrgica
- Ocorreu variação do OHIP total ao longo dos dias de pós-operatório, com maior impacto no 1PO e 2PO e retornou ao valor inicial no 6PO (pré-operatório).
- Os resultados de OHIP-14 pós-operatório em cirurgia de terceiros molares é proporcional ao grau de dificuldade cirúrgica.

REFERÊNCIAS¹

Aguiar ASW, Oliveira ACX, Martins PC, Freire ROM. Avaliação do grau de abertura bucal e dor pós-operatória após a remoção de terceiros molares inferiores retidos. *Rev Cir Traumatol Bucomaxilofac Camagibe*. 2005;5(3):57-64.

Almeida FM, Andrade ED, Ranali J, Arato L. Sugestão de um protocolo farmacológico para o controle da dor decorrente da exodontia de terceiros molares mandibulares inclusos. *Rev Paul Odontol*. 2000;22(1):10-6.

Almendros-Marques N, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Evaluation of intraexaminer and interexaminer agreement on classifying lower third molars according to the systems of Pell and Gregory and of Winter. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008;66(5):893-9.

Almendros-Marques N, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Influence of lower third molar position on the incidence of preoperative complications. *Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2006;102(6):725-32.

Beirme OR, Hollander B. The effect of methylprednisolone on pain, trismus, and swelling after removal of third molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1986;61(2):134-8.

Blondeau F, Daniel NG. Extraction of impacted mandibular third molars: postoperative complications and their risk factors. *J Can Dent Assoc*. 2007;73(4):325-5e.

Boer MPJ, Raghoobar GM, Stegenga B, Schoen PJ, Boering G. Complications after mandibular third molar extraction. *Quintessence Int*. 1995;26(11):779-84.

Capuzzi P, Montebugnoli L, Vaccaro MA. Extraction of impacted third molars a longitudinal prospective study on factors that affect postoperative recovery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1994;77(4):341-3.

Carrillo JS, Calatayud J, Manso FJ, Barberia E, Martinez JM, Donado M. A randomized double blind clinical Trial on the effectiveness of helium-neon laser in the prevention of pain, swelling and trismus after removal of impacted third molars. *Int Dent J*. 1990;40(1):31-6.

¹ De acordo com Estilo Vancouver.

Chaves Junior AC, Pereira ACL, Fronza BR, Oliveira HTR, Chagas OL, Silva TSN. Técnica cirúrgica para remoção dos terceiros molares inferiores e a classificação de Pell-Gregory: um estudo relacional. *Rev Cir Traumatol Bucomaxilofac Camagibe*. 2006;6(4):65-72.

Chiapasco M, Cicco LD, Marrone G. Side effects and complications associated with third molar surgery. *Oral Sug Oral Med Oral Pathol*. 1993;76:412-20.

Christensen J, Matzen LH, Wenzel A. Effect of explaining radiographic information to the patient before third molar surgery. *Dentomaxillofac Radiol*. 2010;39(3):176-8.

Colorado-Bonnin M, Valmaseda-Castellon E, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Quality of life following lower third molar removal. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2006;35(4):343-7.

Conrad SM, Blakey DA, Marciani RD, Phillips C, White RP. Patients' perception of recovery after third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg*. 1999;57(11):1288-94.

Coulthard P, Pleuvry BJ, Dobson M, Price M. Behavioral measurement of postoperative pain after oral surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2000;38(2):127-31.

Crosby RD, Kolotkin RL, Williams GR. An integrated method to determine meaningful changes in health-related quality of life. *J Clin Epidemiol*. 2004;57(11):1153-60.

Deboni MCZ, Gregori C. Aferição das posições prevalentes dos terceiros molares inferiores inclusos. *Rev Odontol. USP*. 1990;4(2):87-91.

Duarte PS, Ciconelli RM. Instrumentos para a avaliação da qualidade de vida: genéricos e específicos. *Guia de medicina ambulatorial e hospitalar*. Barueri: Ed Manoele; 2006.

Evans AW, Leeson RMA, Petrie A. correlation between a patient-centred outcome score and surgical skill in oral surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2005;43(6):505-10.

Fernandes MJ, Ruta DA, Ogden GR, Pitts NB, Ogston SA. Assessing oral health quality of life in general dental practice in Scotland: validation of the OIHIP-14. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006;34(1):53-62.

Ferreira CA, Loureiro CA, Araujo VE. Propriedades psicométricas de indicador subjetivo aplicado em crianças. *Rev Saúde Publica*. 2004;38(3):445-52.

Foy SP, Slade GD, Shugars DA, Philips C, White RP. The impact of third molar symptoms on oral health-related quality of life. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003;61(8):25b-6.

Friedman JW. The prophylactic extraction of third molar: a public health hazard. *Am. J. Public Health*. 2007;97(9):1554-9.

Garcia RR, Paza AO, Moreira RWF, Moraes M, Passeri LA. Avaliação radiográfica da posição de terceiros molares inferiores segundo as classificações de Pell-Gregory e Winter. *Rev Fac Odontol Passo Fundo*. 2000;5(2):31-6.

Garcia-Garcia A, Sampedro-Gude F, Gandara-Rey J, Gandar-Vila P, Sonoza-Martins S. Pell-Gregory. Classification is unreliable as a predictor of difficulty in extracting impacted lower third molar. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2000;38(6):585-7.

Gentile MA. Assessment of oral health related quality of life before and after third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg*. 2006;64(9):73.

Godfrey K., Dent HD. Prophylactic removal of asymptomatic third molars: A review. *Aust Dent J*. 1999;44(4):233-7.

Grossi GB, Maionara C, Garrammone RA, Borgonovo A, Creminelli L, Santoro F. Assessing Postoperative Discomfort After Third Molar Surgery: A Prospective Study. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007;65(5):901-17.

Hargreaves KM, Keiser K. Development of new pain management strategies. *J Dent Educ*. 2002;66(1):113-21.

Haugh RH, Perrott DH, Gonzales ML, Talwar RM. The American association of oral and maxillofacial age-related third molar surgery. *J Oral and Maxillofac. Surg*. 2005;63(8):1106-14.

Holland CS. The development of a method of assessing swelling following third molar surgery. *Br J Oral Surg*. 1979;17(2):104-14.

Humphris GM, O'Neill P, Field EA. Knowledge of wisdom tooth removal: influence of an information leaflet and validation of a questionnaire. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1993;31(6):355-9.

Jerjes W, Upile T, Kafas P, Abbas S, Rob J, McCarthy E, McCarthy P, Hopper C. Third molar surgery: the patient's and clinician's perspective. *Int Arch Med.* 2009;2(1):32.

John MT. Exploring dimensions of health-related quality of life using experts' opinions. *Qual Life Res.* 2007;16(4):697-704.

Kieffer JM, Hoogstraten J. Item-order effects in the Oral Health Impact Profile (OHIP). *Eur J Oral Sci.* 2008a;116(3):245-9.

Kieffer JM, Hoogstraten J. On the severity of impacts capture by the dimensions of oral health impact profile. *Eur J Oral Sci.* 2008b;116(2):153-6.

Kim JC, Choi SS, Wang SJ, Kim SG. Minor complications after mandibular third molar surgery: type, incidence, and possible prevention. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006;102(2):e4-11.

Knutsson K, Brehmer B, Lyesell L, Rohlin M. Asymptomatic mandibular third molar: oral surgeons judgment of need for extraction. *J Maxillofac. Surg. Philadelphia.* 1992;50(4):329-33.

Liedholm R, Knutsson K, Lyssell L, Rohlin M, Brickley M, Shepherd JP. The outcomes of mandibular third molar removal and non-removal: study of patients' preferences multi-attribute method. *Acta Odontol Scand.* 2000;58(6):293-8.

Locker D, Allen F. Does self-weighting of items enhance the performance of an oral health-related quality of life questionnaire? *Com Dent Oral Epidemiol.* 2007;35(1):35-43.

Locker D, Allen F. What do measures of "oral health-related quality of life" measure? *Com Dent Oral Epidemiol.* 2007;35(6):401-11.

Mazzilli LEN, Crosato E. Análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em servidores públicos municipais de São Paulo submetidos à perícia ocupacional no período de 1996-2000. *RPG.* 2005;12(4):44-53.

McGrath C, Comfort MB, Lo EC, Luo Y. Can third molar surgery improve quality of life? A 6-month cohort study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003a;61(7):759-63.

McGrath C, Comfort MB, Lo ECM, Luo Y. Changes in life quality following third molar surgery-the immediate postoperative period. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2003b;194(5):265-8.

McGrath C, Comfort MB, Lo ECM, Luo Y. Patient-centred outcome measures in oral surgery: validity and sensitivity. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2003c;41(1):43-7.

McGrath C, Comfort MB, Lo EC, Luo Y. Removal of mandibular third molars improved patients' quality of life. *J Evid Base Dent Pract.* 2004;4(3):212-3.

McNutt M, Patrick M, Shugars DA, Phillips C, White RP. Impact of symptomatic pericoronitis on health related quality of life. *J Oral Maxillofac Surg.* 2008;66(12):2482-7.

Mercier P, Precious D. Risks and benefits of removal of impacted third molars. A critical review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1992;21(1):17-27.

Michel-Crosato E, Biazevic MGH, Crosato E. relação entre malocclusão e impactos nas atividades diárias: um estudo de base populacional. *Rev de Odontol UNESP,* 2005;34(1):37-42.

Miller DR, Clark JA, Rogers WH, Skinner KM. The influence of place of administration on health-related quality-of-life assessments. *J Ambul Care Manage.* 2005;28(2):111-24.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cienc Saude Coletiva.* 2000;5(1):7-18.

Montero-Martin J, Bravo-Perez M, Albaladejo-Martinez A, Hernandez-Martin LA, Rosel-Gallardo E. Validation the Oral Health Impact profile(OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009;14(1): 44-50.

Morlin MT, Lemos JB. Escala subjetiva de dor: breve análise da literatura e considerações sobre seu uso em clínica e pesquisa odontológica. *JBA.* 2005;5(19):66-74.

Naaj IAE, Braun R, Leiser Y, Peled M. Surgical approach to impacted mandibular third molars- operative classification. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010;68(3):628-33.

Naito M, Yuasa, Nomura Y, Nakayama T, Hamajima, Hanada N. Oral health status and health-related quality of life: a sistematic review. *J Oral Sci.* 2006;48(1):1-7.
Nardi A, Michel-Crosato E, Biazevic MGH. Dores dental e facial em trabalhadores do sul do Brasil, 2003. *Rev Odontol UNESP.* 2006;35(1):81-7.

Nardi A, Michel-Crosato E, Biazevic MGH, Crosato E, Piazzatto E, Queluz DP. Relationship between orofacial pain and absenteeism among workers in Southern Brazil. *Braz J Oral Sci.* 2009;8(1):50-4.

Negreiros RM, Milani BS, Bauer HC. Acidentes nas exodontias de terceiros molares. In: Callegari A, Macedo MCS, Bombana AC, coordenadores. *Atualização clínica em odontológica: clínica do dia-a dia.* São Paulo: Aretes Médicas; 2008. p.370-83.

Neupert III EA, Lee WJ, Christine B, Philput CB, Gordon JR. Evaluation of dexametasone for reduction of postcirurgical sequelae of third molar removal. *J Oral Maxilofac Surg.* 1992;50(11):1117-82.

Niv D, Kreitler S. Pain and quality of life. *Pain Prac.* 2001;1(2):150–61.

Noori H, Hill DI, Shugars DA, Phillips C, white RP. Third molar root development and recovery from third molar surgety. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65(4):680-5.

Nuttall NM, Slade GD, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. An empirically derived population-response model of short form of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006 34(1):18-24.

Ogden GR, Bissias E, Ruta DA, Ogston S. quality of life following third molar removal: a patient versus Professional perspective. *Br Dent J.* 1998;24;185(8):407-10.

Oliveira BH, Nadanovsky P. Psycometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33(4):307-14.

Pell GJ, Gregory GT. Impacted mandibular third molars: classifications and modified technique for removal. *Dent Digest.* 1933;38:330-8.

Pell GJ, Gregory GT. Report on a ten year study of a tooth division technique for removal of impacted teeth. *Ame J Orthod Oral Surg.* 1942;28:660-6.

Peres SHCS, Peres AS, Oliveira FT, Adachi A, Silva AL, Morandini ACF, et al. Absenteísmo: uma revisão da literatura sobre a ausência ao trabalho relacionada à odontologia. *Rev Odontol Araçatuba.* 2006;27(1):96-100.

Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. *Cirurgia oral e maxilo facial contemporânea.* 3ª Ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.214-247.

Pinheiro ALB, Framen JW. Laser em odontologia. *RGO.*1992;40(4-6):327-32.

Pires CPAB, Ferraz MB, Abreu MHNG. Translation into Brazilian portuguese, cultural adaptation and validation of Oral Health Impact Profile(OIHIP-49). *Braz Oral Res.* 2006;20(3):263-8.

Ruvo AT, Shugars DA, White RP, Phillips C. The impact of delayed clinical healing after third molar surgery on health-related quality-of-life outcomes. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005;63(7) 929-35.

Sanders AE, Slade GD, Lim S, Reisine ST. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. *Community Dent Epidemiol.* 2009;37(2):171-81.

Sant'ana E, Ferreira Jr O, Pinzan CRM. Avaliação da frequência da posição dos terceiros molares inferiores não irrompidos. *Rev Bras Cirur Implant.* 2000;7(27):42-5.

Santos VLCG, Azevedo MAJ, Silva TSS, Carvalho VMJ, Carvalho VF. Crosscultural adaptation of the pressure ulcer scale for healing to the portuguese language. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2005;13(3):305-13.

Sato FR, Asprino L, de Araujo DE, de Moraes M. Short-term outcome of postoperative patient recovery perception after surgical removal of third molar. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009;67(5):1083-91.

Sawada NO, Nicolussi AC, Okino L, Cardos FMC, Zago MMF. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos a quimioterapia. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(3):581-7.

Savin J, Ogden GR. Third molar surgery- a preliminary report on aspects affecting quality of life in the early postoperative period. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1997;35(4):246-53.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(2):580-8.

Shugars DA, Benson K, White RP, Simpson KN, Bader JD. Developing a measure of patient perceptions of short-term outcomes of third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg.* 1996;54(12):1402-8.

Shugars DA, Gentile MA, Ahmad N, Stavroupoulos MF, Slade GD, Phillips C, et al. Assessment of oral health-related quality of life before and after third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006;64(12):1721-30.

Silvestri AR, Singh I. The unresolved problem of the third molar: would people be better off without it? *J Am Dent Assoc.* 2003;134(4):450-5.

Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida. Curitiba: Editora Maio; 2001.

Slade GD, Foy SP, Shugars DA, Phillips C, White RP. The impact of third molar symptoms, pain, and swelling on oral health-related quality of life. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62(9):1118-24.

Snyder M, Shugars DA, White RP, Phillips C. Pain medication as an indicator of interference with lifestyle and oral function during recovery after third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005;63(8):1130-7.

Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2002;10(3):446-7.

Sousa PCB, Mendes FM, Imparato JCP, Ardenghi TM. Differences in responses to the Oral Health Impact Profile (OHIP-14) used as a questionnaire or in an interview. *Braz Oral Res.* 2009;23(4):358-64.

Susaria SM, Dodson TB. Estimating third molar extraction difficulty: a comparison of subjective and objective factors. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005;63:427-34.

Taube S, Pironen I, Yliparavalniemi P. Helium-neon laser therapy in the prevention of postoperative swelling and pain after wisdom tooth extraction. *Procc Finn Dent Soc*. 1990;86(1):23-7.

Ten Bosch JJ, Van Gool AV. The interrelation of postoperative complains after removal of the mandibular third molar. *Int J Oral Surg*. 1977;6(1):22-8.

Torres MAF, Albiol JG, Aytes LB, Escoda CG. Evaluation of the indication for extraction of third molars according to the oral surgeon and primary care dentist. Experience in the master of oral surgery and implantology at Barcelona university dental school. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13(8):499-504.

Trento CL, Zini MM, Moreschi E, Zamponi M, Gottardo D, Cariani JP. Localização e classificação de terceiros molares: análise radiográfica. *Interbio*. 2009;3(2):18-26.

Van Gool AV, Ten Bosch JJ, Boering G. A photographic method of assessing swelling following third molar removal. *Int J Oral Surg*. 1975;4(3):121-9.

Van Wijk A, Kieffer JM, Lindeboom JH. Effect of third molar surgery on oral health-related quality of life in the first postoperative week using dutch version of Oral Health Impact Profile-14. *J Oral Maxillofac Surg*. 2009;67(5):1026-31.

Vargas CM, Macek MD, Marcus SE. Sociodemographic correlates of tooth pain among adults:United States, 1989. *Pain*. 2000;85(1-2):87-92.

Vicentini EL, Padua JM, Freitas KV. Análise de 290 prontuários de pacientes submetidos a exodontias de terceiros molares inferiores semi-irrompidos e não irrompidos. *Rev AORP*. 2008;1(3):5-8.

White RP, Shugars BDA, Shafer DM, Laskin DM, Buckley MJ, Phillips C. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003;61(5):535-44.

White RP recovery after third molar surgery. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2004;126(3):289.

Winter GB. Principles of exodontia as applied to the impacted mandibular third molar. St. Louis: American Medical Book Co; 1926.

Worrall SF, Riden K, Haskell R, Corrigan AM. UK National Third Molar project: The initial report. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1998;36(1):14-8.

Yuasa H, Sugiura M. Clinical postoperative findings after removal of impacted mandibular third molars: prediction of postoperative facial swelling and pain based on preoperative variables. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2004;42(3):209-14.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DE APROVAÇÃO
FR 266884
Protocolo 108/2009

Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa **APROVOU** o protocolo de pesquisa **“Qualidade de vida: dor e edema no pós operatório de terceiros molares, relacionado com a sua posição e com impactos das atividades diárias”**, de responsabilidade do(a) Pesquisador(a) Renata Matalon Negreiros, sob orientação do(a) Prof.(a) Dr.(a.) Edgard Michel Crosato.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em “cd”. Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 22 de outubro de 2009.

Prof. Dr. João Gualberto de Cerqueira Luz
Coordenador do CEP-FOUSP

ANEXO B- Ficha clínica de avaliação domiciliar para quantificar dor e edema

PÓS-OPERATÓRIO DE EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES
COORDENADOR: Prof. Dr. WALDYR ANTONIO JORGE

PACIENTE: _____ CIRURGIA: _____ DATA: ____/____/____

CIRURGIAO: _____ Lado D ☐ E ☐ Dentes 18-48 ☐ 28-38 ☐

Responda no dia da cirurgia: Quanto tempo após a cirurgia iniciou a dor? _____ horas

Fez aplicação de gelo? () no dia da cirurgia () no dia seguinte () não aplicou

Preencher diariamente:

Você deverá responder as perguntas e preencher a tabela abaixo, conforme o exemplo:

DIA	DOR	ANALGÉSICO
Exemplo 28/08 <i>terça</i>	Manhã (0) Tarde (3) Noite (1)	06:00, 12:00, 00:00
Dia da cirurgia	Tarde () Noite ()	
1º dia	Manhã () Tarde () Noite ()	
2º dia	Manhã () Tarde () Noite ()	
3º dia	Manhã () Tarde () Noite ()	
4º dia	Manhã () Tarde () Noite ()	
5º dia	Manhã () Tarde () Noite ()	
6º dia	Manhã () Tarde () Noite ()	
7º dia	Manhã () Tarde ()	

Consultar o número correspondente a dor:

Preencher diariamente:

Você deverá responder as perguntas e preencher a tabela abaixo, conforme o exemplo:

DIA	EDEMA
Exemplo 28/08 <i>terça</i>	Manhã (A) Tarde (C) Noite (B)
Dia da cirurgia	Tarde () Noite ()
1º dia	Manhã () Tarde () Noite ()
2º dia	Manhã () Tarde () Noite ()
3º dia	Manhã () Tarde () Noite ()
4º dia	Manhã () Tarde () Noite ()
5º dia	Manhã () Tarde () Noite ()
6º dia	Manhã () Tarde () Noite ()
7º dia	Manhã () Tarde ()

Consultar a letra correspondente ao edema (inchaço):

ANEXO C- Ficha clínica de avaliação de qualidade de vida relacionado á saúde bucal

PÓS-OPERATÓRIO DE EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES
COORDENADOR: Prof. Dr. WALDYR ANTONIO JORGE

Questionário de qualidade de vida e saúde – OHIP-14

PACIENTE: _____ CIRURGIAO: _____

DATA: / / LADO D ☐ E ☐ Dentes 18-48 ☐ 28-38 ☐

SINTOMA PREVIO

FALTA TRABALHO

PERICORONARITE S ☐ N ☐

ESCOLARIDADE

NUMERO DE FAMILIARES

Doença sistêmica S ☐ N ☐

Você está ansioso para a cirurgia? () Não () Um pouco () Muito

Responda as perguntas diariamente atribuindo uma nota de 0 a 4, sendo

0(nunca).

l(raramente),

2(as vezes),

3(repetidamente),

4(Sempre)

Por causa de problemas com seus dentes ou na sua boca:

1. Você teve problemas para falar alguma palavra?
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?
3. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?
4. Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento?
5. Você ficou preocupado?
6. Você ficou estressado?
7. Sua alimentação ficou alterada?
8. Você teve que parar suas refeições?
9. Você encontrou dificuldade para relaxar?
10. Você se sente envergonhado?
11. Você ficou irritado com outras pessoas?
12. Você teve dificuldade para realizar suas funções diárias?
13. Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?
14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?

[illegible]

ANEXO D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

FOUSP-FUNDECTO
Qualidade de Vida: Dor e edema no pós operatório de terceiros molares, relacionado com o posicionamento e impactos nas atividades diárias.
Pesquisadores: Edgard Michel Crosato (CROSP-61091)
 Prof. Renata Matalon Negreiros (CROSP-55357)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

NOME _____ SEXO: M ☐ F ☐
 DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ DOCUMENTO IDENTIDADE N° _____
 ENDEREÇO: _____ COMPLEMENTO _____
 BAIRRO: _____ CIDADE: _____
 CEP: _____ TELEFONES: _____

2 – ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA, RISCOS E BENEFÍCIOS ESPERADOS

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“QUALIDADE DE VIDA: DOR E EDEMA NO PÓS OPERATÓRIO DE TERCEIROS MOLARES, RELACIONADO COM A SUA POSIÇÃO E COM IMPACTOS NAS ATIVIDADES DIÁRIAS”**, que tem o objetivo de quantificar a dor e o inchaço após a extração de terceiros molares através do preenchimento de um formulário específico elaborado pela equipe pesquisadora. Esta pesquisa será coordenada pelo Prof. Dr. Edgard Michel Crosato (CROSP-61091) e Prof. Renata Matalon Negreiros (CROSP-55357), Departamento de Odontologia Social. A participação na pesquisa não implicará em nenhuma alteração no pós operatório de rotina da Fundação, sendo utilizadas as mesmas medicações pré e pós operatórias, assim como os mesmos cuidados daqueles não participantes da pesquisa. Caso aceite participar da pesquisa deverá preencher diariamente um formulário específico quantificando sua dor e inchaço.

3- CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro ter lido e entendido todas as informações contidas nesse termo, tendo tempo para pensar sobre o assunto e esclarecer minhas dúvidas. Sei que ainda poderei, a qualquer momento, me informar sobre os procedimentos da pesquisa e tirar dúvidas que eventualmente surgirem, pessoalmente ou por telefone, no curso de especialização de cirurgia e traumatologia Buco Maxilo Faciais da FUNDECTO – USP (3091-7883). Fui informado(a) que, embora os riscos de participar dessa pesquisa sejam mínimos, na eventualidade de

ocorrerem danos a minha saúde, haverá disponibilidade de assistência no Hospital Universitário da USP e na Faculdade de Odontologia da USP.

Eu _____, portador(a) do RG: _____, concordo em participar voluntariamente dessa pesquisa e sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto cause a interrupção do tratamento a que estou sendo submetido(a) ou qualquer outro tipo de prejuízo. Estou ciente de que os dados obtidos nos meus exames serão mostrados em publicações e eventos científicos sem que eu seja identificado(a). Declaro ter recebido cópia deste termo.

São Paulo, ____ de _____ de 200 ____.

Assinatura da participante (sujeito da pesquisa)

Assinatura do pesquisador (Prof. Renata Matalon Negreiros)

ANEXO E- Recomendações pós-operatórias

FUNDECTO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO EM
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL
COORDENADOR: Prof. Dr. WALDYR ANTONIO JORGE

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

Nas primeiras 24 HORAS:

- Manter a gaze na boca, sob leve pressão, durante 30 (trinta) minutos.
- Fazer compressa com gelo no rosto por períodos de 15 (quinze) minutos intercalados por descanso de 20 (vinte) minutos (proteger a pele do contato direto com o gelo – utilizando creme, vaselina ou flanela fina).
- Manter os lábios lubrificados com vaselina ou manteiga de cacau (principalmente nos cantos da boca).
- Evitar ambientes quentes ou abafados.
- Não fazer esforço físico
- Não se expor ao sol, sereno ou chuva.
- Não fumar nem ingerir bebidas alcoólicas.
- Não fazer bochechos nem sucção (não se alimentar com canudinho).
- Não ficar cuspiendo.
- Alimentação líquida ou pastosa e fria (vitaminas, sorvetes, sucos, sopas, purês...).
- Escovar os dentes e a língua, lavando a boca sem bochechar nem cuspir com força.
- Deitar com a cabeça mais elevada que o corpo (utilizar mais de um travesseiro).
- Tomar a medicação nos horários corretos, conforme a prescrição.

Nas próximas 48 HORAS:

- Aumentar aos poucos a consistência dos alimentos, que poderão ser consumidos na temperatura ambiente.
- Mastigar do lado oposto ao operado.
- Não deixar acumular alimentos sobre os pontos (escovar levemente sobre eles ou utilizar cotonetes embebidos em anti-sépticos).
- Não fumar nem ingerir bebidas alcoólicas.
- Manter a higiene da boca (escovar os dentes e a língua).
- Fazer bochechos leves com anti-sépticos – cepacol[®], listerine[®] etc.

EM CASO DE SANGRAMENTO:

Um discreto sangramento pode persistir nas primeiras horas após a cirurgia (sangue misturado com saliva), mas se ocorrer um sangramento incessante:

- Lavar a boca com água gelada
- Morder gaze (mantida sob pressão no local) durante 40 (quarenta) minutos.

Caso ocorra sangramento pelo nariz, não assoar com força.

EM CASO DE DOR:

A anestesia começa a passar após 2 (duas) horas.

Siga as orientações e tome a medicação nos horários corretos.

EM CASO DE INCHAÇO (EDEMA):

O edema poderá ser progressivo até 72 (setenta e duas) horas após a cirurgia e depois começará a diminuir. Os cuidados durante as primeiras 24 horas são fundamentais para uma melhor recuperação.

ASSINATURA E CARIMBO

Tel.: _____

ANEXO F- Ficha clínica: dados de cirurgia e classificação

PÓS-OPERATÓRIO DE EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES
COORDENADOR: Prof. Dr. WALDYR ANTONIO JORGE

NOME _____ GÊNERO: M ☐ F ☐

Nº PRONTUÁRIO: _____ COR _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ RG nº: _____

ENDEREÇO: _____ COMPLEMENTO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ TELEFONES: _____

CIRÚRGIAO: _____

Número do dente: _____

Tempo de cirurgia: _____ minutos

Quantidade de tubetes: _____

1º tempo operatório: _____ Tipo: _____

Lado D ☐ E ☐

Osteotomia S ☐ N ☐

Odontosecção S ☐ N ☐

CLASSIFICAÇÃO DO DENTE:

DENTE	Pell & Gregory	Winter
18		
28		
38		
48		

História Pgressa:

Estado geral: _____

Medicação diária: _____

Histórico de pericoronarite: S ☐ N ☐