



**Guilherme da Silva Porto**

**GUIA DE ORIENTAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS PARA CIRURGIAS  
ODONTOLÓGICAS: ELABORAÇÃO DE UM PRODUTO EDUCATIVO PÓS-  
CIRÚRGICO PARA PACIENTES**

Santa Maria, RS

2022

**Guilherme da Silva Porto**

**GUIA DE ORIENTAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS PARA CIRURGIAS  
ODONTOLÓGICAS: ELABORAÇÃO DE UM PRODUTO EDUCATIVO PÓS-  
CIRÚRGICO PARA PACIENTES**

Trabalho final de graduação apresentado ao Curso de Odontologia - Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana - UFN, como requisito parcial para obtenção do grau de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Profa. Pâmela Gutheil Diesel

Santa Maria, RS

2022

Guilherme da Silva Porto

**GUIA DE ORIENTAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS PARA CIRURGIAS  
ODONTOLÓGICAS: ELABORAÇÃO DE UM PRODUTO EDUCATIVO PÓS-  
CIRÚRGICO PARA PACIENTES**

Trabalho final de graduação apresentado ao Curso de Odontologia - Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana - UFN, como requisito parcial para obtenção do grau de Cirurgião-Dentista.

---

Profa. Pâmela Gutheil Diesel – Orientadora (UFN)

---

Profa. Luísa Comerlato Jardim (UFN)

---

Prof. Felipe Wehner Flores (UFN)

Aprovado em ..... de ..... de 2022.

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho à todos aqueles que nos ajudam diariamente pelos caminhos tortuosos e difíceis que se apresentam. Familiares, amigos, colegas ou desconhecidos, todos eles fazem parte dessa trajetória inesperada. Um dia radialista, um dia jornalista, um dia historiador, um dia vendedor, um dia empresário e, agora, um dia dentista. Tudo ao seu tempo...*

*“Ticking away the moments that make up a dull day  
 Fritter and waste the hours in an offhand way  
 Kicking around on a piece of ground in your hometown  
 Waiting for someone or something to show you the way  
 Tired of lying in the sunshine, staying home to watch the rain  
 You are young and life is long, and there is time to kill today  
 And then one day you find ten years have got behind you  
 No one told you when to run, you missed the starting gun  
 And you run, and you run to catch up with the sun but it's sinking  
 Racing around to come up behind you again  
 The sun is the same in a relative way but you're older  
 Shorter of breath and one day closer to death  
 Every year is getting shorter, never seem to find the time  
 Plans that either come to naught or half a page of scribbled lines  
 Hanging on in quiet desperation is the English way  
 The time is gone, the song is over, thought I'd something more to say  
 Home, home again  
 I like to be here when I can  
 And when I come home cold and tired  
 It's good to warm my bones beside the fire  
 Far away across the field  
 The tolling of the iron bell  
 Calls the faithful to their knees  
 To hear the softly spoken magic spells”*

*Time – Pink Floyd*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Vera e João, por serem sempre suporte nesses anos tão diferentes e pesados. O amor e a dedicação de vocês é algo que me surpreende diariamente.

Agradeço à minha irmã, Grazielle, pelo espelho como dentista e pessoa. Com todas as diferenças e distância, sempre se mostrou presente nos meus problemas.

Agradeço à Dra. Bianca Marinho Brum, presença de longa data, por ter me desafiado e me proposto esse caminho acadêmico que agora chega a um fim. Agora colegas de profissão, muito obrigado pelo companheirismo e paciência em todos esses anos.

Ao corpo de funcionários da UFN, em especial aos auxiliares das Clínicas, pela educação e compreensão.

Aos professores que tive durante esse percurso acadêmico, em especial à Luísa Comerlato Jardim e Pâmela Gutheil Diesel, por todo desafio de orientar alguém de tão difícil contato e tempo. Muito obrigado pela paciência em relação às minhas dificuldades externas à academia e pelo voto de confiança ao aliar seus nomes com o meu nesse trabalho.

Aos meus colegas por serem compreensivos com minhas falhas e nunca me deixarem faltar nada, tanto nas práticas clínicas e teóricas, quanto nos relacionamentos fora da universidade.

Aos meus amigos, por serem sempre um apoio nos momentos mais desesperadores, criando memórias que só me trazem sorrisos.

## RESUMO

A partir da necessidade de fornecer informações pertinentes na etapa do pós-operatório odontológico, este trabalho tem como principal objetivo elaborar um material educativo e de fácil leitura com orientações pós-cirúrgicas para o paciente. Os objetivos específicos constituem-se em revisar a literatura sobre as ações e os protocolos pós-operatórios, avaliando as possíveis intercorrências em cirurgias orais menores, e selecionar os elementos textuais e gráficos que melhor se encaixam para um diálogo entre as informações básicas necessárias e a leitura compreensível do paciente. Para isso, a primeira etapa metodológica foi a revisão da literatura acerca da cirurgia na Odontologia, da sintomatologia, das intercorrências e dos cuidados pós-operatórios. Já a segunda etapa contemplou a elaboração de um *flyer*, cujo conteúdo foi desenvolvido com as informações da etapa anterior. Como resultados, destaca-se que esse *flyer* se configura como o produto deste trabalho, abordando os sintomas mais comuns em situações pós-operatórias na odontologia (sangramento, dor e edema), conectados com ações pontuais e fáceis que o paciente pode realizar para buscar um melhor conforto. Espera-se, assim, que esse material possa contribuir para o sucesso do tratamento e, também, facilitar a comunicação entre o cirurgião-dentista e o paciente.

**Palavras-chaves:** odontologia; cirurgia; orientações pós-operatórias; intercorrências; flyer;

## ABSTRACT

Based on the need to provide relevant information in the dental postoperative period, the main objective of this work is to develop an educational and easy-to-read material with post-surgical guidelines for the patient. The specific objectives are to review the literature on postoperative actions and protocols, evaluating possible complications in minor oral surgeries, and select the textual and graphic elements that best fit for a dialogue between the necessary basic information and the patient's comprehensible reading. For this, the first methodological step was to review the literature on surgery in dentistry, symptoms, complications and postoperative care. The second stage included the elaboration of a flyer, whose content was developed with the information from the previous stage. As a result, it is highlighted that this flyer is the product of this work, addressing the most common symptoms in postoperative situations in dentistry (bleeding, pain and edema), connected with punctual and easy actions that the patient can perform to seek better comfort. It is hoped, therefore, that this material can contribute to the success of the treatment and also facilitate communication between the dentist and the patient.

**Key words:** dentistry; surgery; postoperative guidelines; complications; flyer;

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	8
2 JUSTIFICATIVA .....	9
3 OBJETIVOS .....	9
3.1 OBJETIVO GERAL .....	9
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	10
4 METODOLOGIA .....	10
5 REFERENCIAL TEÓRICO .....	11
5.1 CIRURGIA NA ODONTOLOGIA .....	11
5.2 SINTOMATOLOGIA E PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS PÓS-OPERATÓRIAS.....	14
5.3 CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS.....	18
6 RESULTADO .....	24
7 DISCUSSÃO .....	24
8 CONCLUSÃO .....	28
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	28
10 APÊNDICES .....	30
10.1 APÊNDICE A .....	30

## 1 INTRODUÇÃO

A odontologia abrange o tratamento de patologias da cavidade bucal e seus anexos envolvendo tanto terapias clínicas quanto cirúrgicas. O grau de complexidade de um procedimento odontológico está associado aos sinais patognomônicos, à patologia a ser tratada e às condições de saúde do paciente (PURICELLI, 2014).

São consideradas terapias cirúrgicas odontológicas todas as intervenções realizadas de forma manual, ou com auxílio de instrumentos, para tratar traumatismos e doenças que afetam os tecidos bucais, a arcada dentária e a face do paciente. Esses procedimentos apresentam técnicas variadas e sua complexidade também pode ser maior ou menor (GREGORI, 1996).

A partir disso, a cirurgia bucomaxilofacial é a especialidade da odontologia que inclui o diagnóstico e o tratamento cirúrgico e adjunto de doenças, lesões e defeitos, incluindo tanto os aspectos funcionais, quanto estéticos dos tecidos duro e mole da região oral e maxilofacial (HUPP, ELLIS III E TUCKER, 2009). Para tanto, o sucesso das cirurgias bucais, entre outros fatores, está na dependência direta do planejamento, técnica cirúrgica, terapêutica medicamentosa e orientações pós-operatórias (NOGUEIRA *et al.*, 2006).

Entendendo o processo e as etapas cirúrgicas, depositamos nosso foco no pós-operatório, o qual corresponde ao período de tempo compreendido entre o término da cirurgia e a plena recuperação clínica do paciente relativa às alterações determinadas pelo ato cirúrgico em si, independentemente da evolução do estado mórbido inicial (SOUTELLO FILHO; MAGALHÃES, 1993). Sendo assim, se torna de grande importância, por parte do cirurgião dentista e também do paciente, a compreensão dos cuidados necessários e das possíveis intercorrências durante esse período.

A respeito das intercorrências cirúrgicas, muitas ocorrem durante o procedimento e outras aparecem no período pós-operatório. Podemos aqui citar lesões dos tecidos moles, como laceração do retalho mucoso, feridas perfurantes, esgarçamento ou abrasão, além de complicações associadas à exodontia, como fraturas ou deslocamentos radiculares e luxação de dentes adjacentes (HUPP, ELLIS III E TUCKER, 2009). Entretanto, nesse trabalho, avaliaremos com maior ênfase os principais sintomas pós-operatórios, como a hemorragia, o edema, o trismo e a possibilidade de desencadeamento de processos inflamatórios.

Puricelli (2014) divide o processo pós-operatório em 3 momentos: 1º dia (do momento da cirurgia até 24 horas após o procedimento), 2º dia (de 24 a 48 horas após a cirurgia) e 3º dia em diante (a partir de 48 horas após a cirurgia). Dessa maneira, as orientações pós-operatórias passadas ao paciente e/ou responsável tem elevada importância, necessitando uma linguagem

adequada, clara e direta, sendo que tais cuidados incluem exposição ao sol, dieta, forma de descanso, alterações no padrão de higiene bucal, utilização de compressas com gelo e protocolo medicamentoso (NOGUEIRA *et al*, 2006).

Após uma compreensão mais apurada dos tópicos citados acima, demonstrada no decorrer desse trabalho, o mesmo terá como produto um material educativo direcionado para pacientes. Como falado anteriormente, a etapa pós operatória tem importante papel no sucesso do processo cirúrgico, e, dessa maneira, a elaboração de um material com orientações com informações precisas, com base teórica contundente, se faz necessária. Um dos pontos chave para a conclusão do produto é a busca pela linguagem visual clara e direta, buscando uma aproximação de ambas as partes (cirurgião e paciente), para um maior sucesso dos procedimentos como um todo.

## **2 JUSTIFICATIVA**

O presente trabalho se justifica quando notamos uma considerável quantidade de informações sobre procedimentos cirúrgicos, contemplando suas posturas pós-operatórias e possíveis intercorrências, mas sem a presença de um material mais objetivo e educativo, voltado para pacientes. Mesmo encontrando manuais de procedimentos e orientações pós-cirúrgicas nas pesquisas relacionadas, principalmente na obra de Nogueira *et al*. (2006), nenhum deles objetivou a criação de um produto com linguagem e comunicação mais adaptada à leitura atual.

Dessa forma, a criação de um produto de fácil distribuição e leitura pode aproximar mais o paciente do cirurgião dentista, fazendo com que a possibilidade de intercorrências seja diminuída, através de informações básicas e controle mais claro sobre os protocolos pós-operatórios.

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 OBJETIVO GERAL**

O presente trabalho objetiva elaborar um material educativo e de fácil leitura com orientações pós-cirúrgicas para o paciente.

### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar a literatura sobre as ações e os protocolos pós-operatórios, avaliando as possíveis intercorrências em cirurgias orais menores.
- Selecionar os elementos textuais e gráficos que melhor se encaixam para um diálogo entre as informações básicas necessárias e a leitura compreensível do paciente.

## 4 METODOLOGIA

Para a elaboração do seguinte trabalho foram adotados dois movimentos principais. Inicialmente foi realizada uma revisão da literatura acerca dos principais conceitos necessários para a concretização de uma bagagem teórica no que diz respeito aos processos pós-operatórios em odontologia, englobando tanto as possíveis intercorrências quanto os principais cuidados e ações pós-cirúrgicas. Para tanto, utilizou-se uma pesquisa de livros e outras publicações diretamente relacionados à área de cirurgia em odontologia, em diversas plataformas *online* e lugares físicos. As principais ferramentas utilizadas para pesquisa *online* foram a plataforma do *Google Scholar* e PubMed. Já de maneira física foi utilizada a biblioteca da própria instituição (UFN).

O segundo movimento do trabalho foi dedicado à elaboração de um produto educativo em formato de *flyer*, para distribuição em clínicas-escola e consultórios. Um *flyer* é um impresso pequeno, que cabe na palma da mão e que metaforicamente pode “voar” e atingir uma grande massa de consumidores. Pode ser considerado uma evolução dos folhetos, com um refinamento estético maior, além da produção mais elaborada e mais rica em elementos gráficos, com imagens impactantes e mensagens rápidas com alta capacidade de espalhamento (WILLIAMS, 2009).

O material teve sua elaboração a partir da seleção das informações coletadas na primeira etapa, aliada à montagem gráfica, com auxílio de profissional da área de desenho de produto e comunicação social, objetivando a criação de um produto claro, direto e de fácil acesso. A escolha dos elementos textuais se deu através da análise bibliográfica, onde foram selecionados os elementos com ocorrência mais corriqueira nos processos pós-operatórios, e que possuem complexidade menor, sendo de mais fácil compreensão do paciente. Já os elementos gráficos

foram montados com auxílio do profissional de comunicação, tentando valorizar os elementos textuais e dando mais apelo visual ao produto.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 CIRURGIA NA ODONTOLOGIA

Podemos definir uma intervenção cirúrgica como um conjunto de diferentes atos elementares, estudados, combinados e executados dentro de uma técnica adequada. Prado e Salim (2004) afirmam que todo procedimento cirúrgico se constitui em uma combinação de procedimentos técnicos executados de forma precisa e com instrumentais apropriados. Para tanto, podemos definir como princípios cirúrgicos fundamentais o controle do trauma, o controle da hemorragia, o cuidado e a delicadeza no manejo dos tecidos e o respeito à assepsia. O conceito de cirurgia foi definido por Gregori (1996):

A cirurgia é uma das múltiplas modalidades da terapêutica que tem como peculiaridade o fato de ser praticada por atividade manual, com auxílio de instrumentos apropriados que permitem a obtenção da solução de continuidade dos tecidos por meio de manobras cruentas e, dessa forma, agir sobre a causa do uso de tais recursos (GREGORI, 1996, p. 1).

Quando os procedimentos operatórios são menos complexos, embora ainda contem com toda a necessidade de bagagem intelectual e prática citada anteriormente, eles podem ser realizados no próprio consultório do dentista com anestesia local. No entanto, existem técnicas que são mais apuradas e exigem uma atenção maior, por isso são realizadas em ambiente hospitalar com anestesia geral e monitoramento do paciente.

Dentre diversos procedimentos cirúrgicos, podemos citar a extração de siso, remoção do freio labial, frenectomia lingual, procedimentos na gengiva, cirurgias pré-protéticas, biopsia na cavidade oral, remoção de cistos, entre outros (PURICELLI *et al*, 2015).

De acordo com o que é trabalhado por Hupp, Ellis III e Tucker (2009), existem algumas diferenças entre as necessidades básicas que são imprescindíveis para a realização de uma cirurgia oral, em relação àquelas exigidas para um desempenho adequado em outras áreas da Odontologia. Dentre essas exigências os autores trabalham com duas posições de maior importância: a visibilidade adequada e o auxílio capacitado.

Mesmo que a visibilidade pareça ser algo muito óbvio e básico de ser mencionado, esse é um fator que muitas vezes é subestimado, sendo que sua ausência só é notada quando as complicações cirúrgicas já se apresentam. Dessa forma, uma visibilidade adequada depende dos três fatores: acesso adequado, iluminação adequada e um campo cirúrgico livre de sangue em excesso e de outros fluidos (HUPP, ELLIS III E TUCKER, 2009).

Quanto ao segundo ponto tratado por Hupp, Ellis III e Tucker (2009) pode-se dizer que, como em diversas áreas da saúde e outras especialidades odontológicas, o auxiliar deve estar suficientemente familiarizado aos procedimentos em execução para antecipar as necessidades do dentista e do paciente. Tal relação do sucesso do procedimento com a presença de um auxílio capacitado também é discutido por Gregori (1996):

Cada dia torna-se mais evidente que o ato operatório – qualquer que seja sua amplitude – não deve ser desdobrado por atuação de um só indivíduo, quer seja porque uma equipe entrosada pode diminuir de forma considerável o traumatismo cirúrgico, quer seja porque facilita a resolução de acidentes transoperatórios por oferecer liberdade para que um membro da equipe possa providenciar a adoção de medidas colaterais que se façam necessárias, propiciando maior tranquilidade para o cirurgião – a quem recai sempre a intransferível responsabilidade pelo ato cirúrgico – atue sem envolvimento emocional que possa comprometer a sua capacidade técnica (GREGORI, 1996, p. 5).

Compreendendo esses pilares do processo operatório, é necessário que a maioria das importantes decisões relacionadas a um procedimento cirúrgico maxilofacial sejam feitas muito antes da administração da anestesia, sendo que a realização de um procedimento operatório deve ser o ponto final de uma sequência de etapas diagnósticas avaliativas. Segundo Hupp, Ellis III e Tucker (2009), na abordagem analítica, o cirurgião primeiramente identifica os vários sinais e sintomas e as informações relevantes da história do paciente. Somente depois dessa análise, por meio de raciocínio lógico e do uso dos dados científicos disponíveis, o cirurgião estabelece a relação entre os problemas do indivíduo e as possíveis decisões terapêuticas.

Através do entendimento de toda a complexidade compreendida dentro dos procedimentos operatórios da cirurgia oral menor, fica evidente que em toda intervenção cirúrgica uma série de medidas e precauções locais e gerais deve ser seguida para se obter um pós-operatório sem anormalidades. Além do conhecimento e avaliação do cirurgião-dentista a respeito das possíveis intercorrências, já trabalhando com uma previsibilidade de fatos, Kato *et al.* (2010) discorre sobre a relação entre o profissional e o paciente, visando um sucesso maior do tratamento:

Previamente a qualquer procedimento cirúrgico, o paciente deve ser informado dos possíveis acidentes e/ou complicações que possam ocorrer durante todo o tratamento, estando ciente de que toda e qualquer situação não planejada deverá ser tratada da maneira mais adequada possível. A forma mais adequada de prevenção das situações inesperadas é o planejamento do procedimento cirúrgico desde o conhecimento da história médica do paciente até os cuidados pós-operatórios que cada paciente deve observar (KATO *et al.*, 2010, p. 46).

Como foco dos procedimentos cirúrgicos em Odontologia, a literatura analisada nesse trabalho tomou a exodontia como exemplo de maior intensidade. Na odontologia atual, o procedimento cirúrgico de exodontia dos terceiros molares tem sido uma prática frequente, tornando-se cada vez mais uma rotina do consultório odontológico. Assim, Prado e Salim (2004) apontam que:

A exodontia é a intervenção cirúrgica mais antiga da odontologia e ainda hoje é o procedimento cirúrgico mais corriqueiro dentre os diversos tipos de modalidade cirúrgica existentes. Sua prática requer um exato conhecimento de anatomia topográfica e descritiva, conhecimento das técnicas anestésicas, realização de adequada anamnese, preparo e planejamento pré-operatório, conhecimento e controle do período pós-operatório, além dos princípios cirúrgicos fundamentais. A exodontia torna-se assim um procedimento que incorpora, além da técnica cirúrgica, princípios de física e mecânica para sua realização (PRADO; SALIM, 2004, p. 123).

A partir da avaliação de exodontias, temos como grande parte desses procedimentos a remoção de terceiros molares. Segundo Miloro (2016), a cirurgia de remoção de terceiros molares impactados está associada a uma incidência moderada de complicações de aproximadamente 10%. Tais complicações podem variar de resultados esperados e previsíveis, como inchaço, dor, rigidez e leve sangramento, a complicações mais graves e permanentes, como parestesia do nervo alveolar inferior e fratura da mandíbula. Tal quadro é relatado por Lovat, Feron e Conde (2016):

O quadro clínico sintomatológico do pós-operatório cirúrgico de exodontia de terceiro molar é frequente, pois os pacientes, em sua maioria, quando de seu retorno, costumam referir algum tipo de intercorrência desagradável, como por exemplo: alveolite, sangramento ou edema, evento clínico previsível e comumente relatado na literatura (LOVAT; FERON; CONDE, 2016, p. 47).

A partir das compreensões apresentadas anteriormente, vemos que os procedimentos cirúrgicos na Odontologia tem complexidades variadas, apresentando-se de diversas formas. Compreender os meandros dos diferentes processos operatórios auxilia o cirurgião-dentista a prever as possíveis intercorrências e minimizar os principais sintomas presentes no pós-operatório do paciente.

## 5.2 SINTOMATOLOGIA E PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS PÓS-OPERATÓRIAS

Inúmeras reações podem ocorrer no período transoperatório e pós-operatório. Diversos fatores colaboram para o sucesso do procedimento cirúrgico, como salientam Prado e Salim (2004) ao introduzir possibilidades de intercorrências nos pacientes:

Os procedimentos cirúrgicos de maior ou menor porte encerram riscos que tornam imprescindível que o paciente esteja em bom estado geral de saúde ou pelo menos compensado de possíveis patologias para poder suportar todas as alterações hemodinâmicas e metabólicas decorrentes do trauma cirúrgico e do uso de medicamentos (PRADO; SALIM, 2004, p. 33).

Conforme Bassanezi e Oliveira Filho (2006), o senso quase comum de que a dor pós-operatória é algo normal e rotineiro faz com que a equipe de trabalho fique focada em outras intercorrências, como infecções e sangramentos, ao invés de realmente colocar seu foco no sintoma que se faz mais presente nos pacientes: a dor. Segundo Peixoto *et al.* (2011), dor aguda é uma experiência individual desagradável associada a lesões teciduais reais ou potenciais e sua ocorrência gera um sinal de alerta e proteção do organismo, sendo que a incidência e intensidade da dor dependem de características individuais, do tipo de operação e da qualidade do tratamento.

Segundo Miloro (2016), a dor começa quando o efeito da anestesia local diminui e atinge sua intensidade máxima durante as primeiras 12 horas pós-cirúrgicas. O mesmo é relatado por Seguro e Oliveira (2014), salientando que a dor pós-operatória é comum após o efeito de o anestésico ter cessado, sendo essa complicação muito frequente e provocando transtornos tanto para o paciente quanto para o profissional. Por fim, é importante verificarmos que a falta de uma atenção qualificada da equipe em relação à esse sintoma básico, faz com que um grande número de pacientes cirúrgicos experimente dor intensa no período pós-operatório, como aponta Bassanezi e Oliveira Filho (2006).

Em um estudo realizado no Hospital das Clínicas de São Paulo verificou-se que somente 20% dos pacientes apresentavam controle adequado da dor nas primeiras 24 horas de pós-operatório e 50% deles apresentavam intensa dor nas 48 horas iniciais. Em estudo realizado nos Estados Unidos com 500 pacientes operados, 77% deles apresentavam dor pós-operatória, sendo que em 80% dos casos a dor era classificada como moderada a intensa (BASSANEZI; OLIVEIRA FILHO, 2006, p. 116).

Além da presença de dor, outro fator que pode se fazer presente no processo pós-operatório é o sangramento. A hemorragia pode ocorrer devido à vários fatores, como o

rompimento de um vaso no retalho, do osso medular que tenha sido cortado com uma broca, ou os capilares sanguíneos inferiores (HUPP; ELLIS III; TUCKER, 2009).

É papel crucial do cirurgião sempre checar a realização de uma hemostasia adequada. Como define Hupp, Ellis III e Tucker (2009), em caso de sangramento e presença de pontos específicos de hemorragia, os mesmos devem ser controlados, sendo que se houver averiguação de sangramento vivo generalizado após realização das suturas, o cirurgião deverá aplicar pressão firme com uma pequena porção de gaze umedecida.

Assim como a dor, a hemorragia pós-operatória até certo grau ocorre com alguma frequência após extrações de terceiros molares, mas é quase sempre autolimitante se for realizada a hemostasia adequada no momento da operação. De acordo com Hupp, Ellis III e Tucker (2009), muitos cirurgiões utilizam antibióticos como a tetraciclina para ajudar a prevenir, principalmente em procedimentos no alvéolo de terceiros molares inferiores, onde há ocorrência de alveolite.

Ainda sobre hemorragias, em alguns pacientes, ocorre o derrame de sangue submucoso e subcutâneo, que aparece como uma contusão nos tecidos orais e/ou na face. Por definição, de acordo com Hupp, Ellis III e Tucker (2009), a presença de sangue nos tecidos submucosos ou subcutâneos é conhecida como equimose.

A equimose geralmente é vista em pacientes idosos devido à diminuição do tônus tecidual, aumentando a fragilidade capilar e a fraca fixação intercelular. De acordo com Prado e Salim (2004), quando o sangramento perfunde pelos espaços teciduais em vez de vir para o interior da cavidade oral teremos o surgimento de manchas na pele conhecidas como equimose, as quais irão desaparecer entre 7 e 14 dias. Devemos salientar que essa intercorrência não é perigosa e não aumenta a dor ou infecção. Mesmo assim é de grande importância que os pacientes sejam alertados de que a equimose pode acontecer, a fim de não se preocuparem caso aconteça.

Outra intercorrência que se apresenta de forma comum, principalmente em cirurgias de exodontias, é o trismo, ou limitação na abertura da boca. De acordo com Aguiar *et al.* (2005), trismo, edema e dor são manifestações pós-operatórias que dependem de uma série de fatores, principalmente relacionados à dificuldade do procedimento cirúrgico envolvido.

Como é dito por Miloro (2016), o trismo é um resultado normal e esperado após a cirurgia de terceiro molar. Podemos compreendê-lo como o resultado da inflamação envolvendo os músculos da mastigação, como é conceituado por Seguro e Oliveira (2014):

O trismo é descrito como uma dor muscular, que pode ser resultada por injúrias às fibras musculares vindas de múltiplas injeções anestésicas quando penetram nos músculos mastigatórios, ou também o tempo prolongado para a realização da exodontia, além de hematoma e infecção pós-operatória (SEGURO; OLIVEIRA, 2014, p. 31).

Segundo Hupp, Ellis III e Tucker (2009), o músculo mais provável de estar envolvido é o músculo pterigoideo medial, que pode ser penetrado com a agulha da anestesia local durante o bloqueio do nervo alveolar inferior.

Dentro da sintomatologia pós-operatória ainda é muito importante evidenciarmos a possibilidade de edema. A presença de edema é uma das complicações pós-operatórias mais comuns da cirurgia de terceiro molar (SEGURO; OLIVEIRA, 2014), podendo-se dizer que o edema está relacionado com fatores do processo inflamatório iniciado pelo ato cirúrgico.

O processo infeccioso, segundo Santos, Souza e Turrini (2012), é um risco potencial após qualquer procedimento invasivo. A presença de infecção é a causa mais comum de uma cicatrização retardada de feridas. De acordo com Kato *et al.* (2010), fatores como idade do paciente, utilização das técnicas de osteotomia e/ou odontosseção, atraso no reparo alveolar, estado prévio de inflamação local, inexperiência do cirurgião e a falta do uso da profilaxia antibiótica são considerados predisponentes para a infecção. Segundo Miloro (2016), a infecção é uma complicação pós-cirúrgica incomum relacionada com a remoção de terceiros molares impactados, sendo que sua incidência é muito baixa (de 1,7 a 2,7%). Tais conceitos também são apresentados por Seguro e Oliveira (2014):

As infecções locais acontecem quando ocorre a quebra da cadeia asséptica, ou não são tomados cuidados necessários após a extração ou ainda devido ao mau planejamento ou falta de planejamento para o ato cirúrgico. A idade do paciente, estado de saúde geral, grau de impactação dental, e tempo da cirurgia também podem ser fatores predisponentes a essa complicação (SEGURO; OLIVEIRA, 2014, p. 31).

Além dos processos que julgamos mais comuns e esperados (dor, hemorragia, trismo e edema), existem lesões que podem ser causadas ou potencializadas pelo cirurgião-dentista. Aqui tratamos das lesões teciduais e também das lesões em nervos. A lesão tecidual pode ser causada por condições patológicas ou por eventos traumáticos. O cirurgião pode, favorável ou desfavoravelmente, alterar a quantidade e a gravidade do dano tecidual induzido por um trauma e, desta forma, também pode contribuir para a promoção ou impedimento da cicatrização da ferida. O processo de cicatrização a partir de uma lesão tecidual, contando com a participação do cirurgião, é relatado por Hupp, Ellis III e Tucker (2009):

Devemos nos lembrar de que nenhuma ferida na pele, mucosa oral ou músculo cicatriza sem a formação de uma cicatriz. O objetivo do cirurgião em relação à formação da cicatriz não é preveni-la, mas, ao contrário, produzir uma cicatriz que minimize a perda de função e que tenha uma aparência tão discreta quanto possível (HUPP; ELIS III; TUCKER, 2009p. 53).

Outro processo que pode se fazer presente nas cirurgias orais menores são as lesões nos nervos sensitivos da região maxilofacial. De acordo com Miloro (20160), a cirurgia de remoção de terceiros molares inferiores coloca o nervo lingual, o alveolar inferior e os ramos da terceira divisão do nervo trigêmeo em risco, podendo serem afetados. Tais lesões ocorrem, em sua maioria, como resultado de fraturas faciais durante o tratamento de condições orais patológicas ou quando a cirurgia reconstrutiva maxilofacial é realizada (ZGUR *et al.*, 2017).

Os três ramos do nervo trigêmeo que são danificados com maior frequência, nos quais uma sensação alterada é clinicamente significativa, são: nervo alveolar inferior (mentoniano), nervo lingual e nervo infraorbitário. De acordo com Hupp, Ellis III e Tucker (2009), quando o nervo alveolar inferior é danificado, as causas mais comuns são as seguintes: fraturas mandibulares, procedimentos cirúrgicos pré-protéticos, cirurgias com osteotomia com clivagem sagital, ressecção mandibular para tratamento de neoplasias orais e remoção de terceiros molares inferiores impactados. Zgur *et al.* (2017) também trata das lesões no nervo alveolar inferior:

A possibilidade de lesionar o nervo alveolar inferior (NAI) resultando em parestesia no decurso da remoção cirúrgica dos terceiros molares inferiores impactados foi amplamente demonstrado na literatura. A incidência relatada de lesão do nervo alveolar inferior após remoção cirúrgica de terceiros molares inferiores varia entre 0,4% e 8,4% (ZGUR *et al.*, 2017, p. 4).

Como apresentado, a cirurgia para a remoção de terceiros molares inferiores impactados é uma das grandes causadoras das intercorrências aqui citadas, mas, principalmente, quando relacionada com a lesão no nervo alveolar inferior. A explicação é direta: esse elemento frequentemente têm raízes que estão superpostas no canal alveolar inferior nas radiografias e, mesmo que o canal esteja quase sempre na face lingual do dente, ele ainda pode estar na proximidade das raízes. Hupp, Ellis III e Tucker (2009) relatam essa relação direta e, também, tratam da duração e extensão das lesões ao nervo:

A duração depende da extensão do dano ao nervo. Se o final da raiz do dente aparece próximo ao canal alveolar inferior na radiografia, o cirurgião deve tomar cuidado especial para evitar lesão ao nervo, que aumenta muito a dificuldade do procedimento. A crescente viabilidade da tomografia computadorizada cone-beam fará a avaliação

pré-operatória da relação da raiz e do canal mais fácil de visualizar, ajudando em decisões como se fora um guia cirúrgico (HUPP; ELIS III; TUCKER, 2009, p. 166).

Segundo Miloro (2016), quando uma lesão do nervo lingual ou do alveolar inferior é diagnosticada no período pós-operatório, o cirurgião deverá iniciar o planejamento de conduta a longo prazo. Essa conduta inclui a possibilidade de encaminhamento para um neurologista e/ou um neurocirurgião.

Para podermos encerrar as avaliações das principais intercorrências em cirurgias orais menores é importante compreendermos qual é o padrão mais usual no decorrer dos sintomas em um cenário pós-operatório, para, então, podermos analisar e discorrer sobre os cuidados e orientações que deverão ser apresentados para os pacientes. Segundo Hupp, Ellis III e Tucker (2009), o paciente pode esperar uma quantidade moderada de edema na área da cirurgia por 3 ou 4 dias, com a dissipação deste edema após, aproximadamente, 5 a 7 dias, sendo que a sua quantidade dependerá do grau de trauma do tecido.

Em relação à dor e ao desconforto, uma quantidade moderada quase sempre é sentida ao término do procedimento. Esse desconforto pode ser efetivamente controlado com analgésicos, os quais podem ser administrados por 2 ou 3 dias. Como falamos anteriormente, o trismo é uma intercorrência comum, sendo gradualmente resolvido, com a funcionalidade da abertura bucal retornando ao normal de 7 a 10 dias após a cirurgia. Por fim, se dor, edema e trismo não melhorarem significativamente cerca de 7 dias após a cirurgia, o cirurgião deverá investigar o porquê (HUPP; ELIS III; TUCKER, 2009).

### 5.3 CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

Existem muitos procedimentos que o cirurgião pode fazer depois da cirurgia para diminuir as preocupações do paciente e, também, as chances de problemas no pós-operatório. Como dito por Puricelli (2014), ao fim do ato cirúrgico, cabe à equipe assistente orientar o paciente ou familiar sobre as possíveis reações fisiológicas relacionadas ao procedimento e sobre como lidar com os sinais e sintomas mais comuns, utilizando linguagem simples e clara. Da mesma forma, as definições pós-cirúrgicas apresentadas por Hupp, Ellis III e Tucker (2009) estão de acordo com o que se objetiva no presente trabalho:

Uma vez que o procedimento cirúrgico tenha sido completado, paciente e qualquer acompanhante membro da família deveriam receber instruções próprias de como cuidar da seqüela comum pós-cirúrgicas no restante do dia da cirurgia e nos dias subsequentes. Instruções pós-operatórias devem prever o que o paciente sentirá, explicando porque fenômenos ocorrem, e como lidar e controlar as seqüelas pós-

operatórias mais comuns. As instruções devem ser fornecidas para o paciente verbalmente e em folha escrita, e termos coloquiais devem ser usados. A folha de instruções deveria descrever problemas típicos e seus tratamentos. Também deveria conter o número do telefone no qual o cirurgião ou seu assistente possam ser localizados em caso de emergência (HUPP; ELIS III; TUCKER, 2009, p. 179).

De acordo com Nogueira *et al.* (2006), no período pós-operatório, o controle da dor, o estresse e a ansiedade do paciente dependem do seu estado emocional e psicológico, das explicações fornecidas pelo cirurgião e da sua relação com o paciente, além das medicações específicas. Essa introdução às orientações também é avaliada por Prado e Salim (2004).

Pra que o paciente tenha total conhecimento sobre as situações que irão se apresentar no período pós-operatório, devemos passar verbalmente para ele e preferencialmente para um acompanhante também todas as instruções, sendo importante que as informações principais sejam passadas por escrito e com telefones para contato em caso de urgência. O paciente se sentirá muito mais seguro se tiver condições de contatar o profissional para esclarecimento de dúvidas (PRADO; SALIM, 2004, p. 50).

Uma das orientações primárias após um procedimento cirúrgico é evitar exposição ao sol, consumo de alimentos quentes e duros e a realização de grandes esforços físicos. Essas orientações, de acordo com Nogueira *et al.* (2006), são direcionadas à prevenção de hemorragias:

O uso de alimentos quentes e a exposição ao sol podem ocasionar problemas hemorrágicos pela vasodilatação causada. Da mesma forma, esforços físicos, tipo a prática de ginástica, devem ser evitados, visto que podem acarretar uma circulação mais acelerada e conseqüentemente aumento da pressão arterial, sendo possível que o coágulo formado na ferida cirúrgica seja desorganizado, advindo quadros de hemorragia (NOGUEIRA, 2006, p. 1).

Para Hupp, Ellis III e Tucker (2009), em casos de exodontias, uma vez que a extração tenha sido completada, a manobra inicial para controle de sangramento no pós-operatório é a colocação de uma pequena gaze diretamente sobre a ferida. Essa manobra também é descrita por Miloro (2016), ratificando que o modo mais eficaz de realizar hemostasia pós-cirúrgica é colocar uma compressa de gaze úmida diretamente sobre o local da cirurgia e pressionar levemente; o que é normalmente feito ao pedir que o paciente morda uma compressa de gaze. Os pacientes devem ser informados que é normal que haja um ligeiro sangramento por mais de 24 horas após o procedimento da extração. A presença de sangue no pós-operatório é multifatorial, como salientam Prado e Salim (2004):

O tabagismo ou a utilização de canudos para a alimentação, bem como o ato de cuspir estão contra-indicados, pois pode haver um deslocamento do coágulo dentro do alvéolo durante o ato de sucção. A atividade física deve ser evitada até a consulta de

remoção da sutura. É indispensável avisar o paciente de que durante a noite é comum ter um pouco de sangramento, podendo até mesmo sujar o travesseiro, o que as vezes assusta demais as pessoas (PRADO; SALIM, 2004, p. 50).

Outra orientação importante no pós-operatório diz respeito a dieta que deve ser adotada pelo paciente. Geralmente direciona-se para uma dieta líquida ou pastosa e fria, por cerca de 48 horas. De acordo com Nogueira *et al.* (2006), o uso inicial de uma alimentação mais branda e fria, além de permitir repouso local da ferida cirúrgica, minimiza o sangramento pós-operatório natural e, conseqüentemente, diminui a probabilidade de quadros hemorrágicos se instalarem.

Segundo Hupp, Ellis III e Tucker (2009), para pacientes que sofreram extrações podem ser dadas instruções específicas com relação à sua dieta pós-operatória, sendo que uma dieta hipercalórica e com muitos líquidos é a mais adequada nas primeiras 12 a 24 horas. Ao encontro dessas ideias, Nogueira *et al.* (2006) salienta que é importante frisar ao paciente a necessidade da alimentação, visto que podem ocorrer situações de tonturas e desmaios, provavelmente compatíveis com hipoglicemia.

Como foi dito anteriormente, todos os pacientes esperam uma certa dor após um procedimento cirúrgico. Dessa maneira, é importante que o cirurgião-dentista discuta esse assunto com cada paciente de forma cuidadosa antes de dispensá-lo do consultório:

O cirurgião deve ajudar o paciente a ter uma real expectativa do tipo de dor que pode ocorrer, e deve prestar atenção às preocupações do paciente de como a dor provavelmente ocorrerá. A dor que um paciente pode experimentar após um procedimento cirúrgico, como uma extração dentária, é muito variável e depende de como ele esteja psicologicamente preparado antes da cirurgia. O cirurgião que dispõe de alguns minutos tratando destes assuntos com o paciente, antes da cirurgia, será capaz de prescrever a medicação mais apropriada (HUPP; ELIS III; TUCKER, 2009, p. 180).

Com a avaliação mais detalhada a respeito da possível dor do paciente, o cirurgião tenderá a ter maior facilidade na hora da elaboração do protocolo medicamentoso a ser adotado. De acordo com Nogueira *et al.* (2006), o cirurgião deve selecionar drogas que, além de eficazes, estejam ao alcance do paciente do ponto de vista financeiro. Nos pacientes nos quais espera-se grande intensidade de dor, deve-se prescrever analgésico para controlá-la. O cirurgião também deve tomar cuidado ao esclarecer que o objetivo do medicamento analgésico é controlar a dor, e não eliminar toda a sensibilidade. Ainda segundo o protocolo medicamentoso em caso de dor, Miloro (2016) salienta que:

O analgésico deve ser administrado antes que o efeito da anestesia local acabe. Desse modo, a dor é mais fácil de ser controlada, requer menos medicação e pode precisar de analgésicos menos potentes. A administração de anti-inflamatórios não esteroides

antes da cirurgia pode ser benéfica no controle da dor pós-operatória (MILORO, 2016, p. 169).

A seguinte figura (Figura 1), apresentada por Hupp, Ellis III e Tucker (2009, p. 181), demonstra de maneira clara e objetiva a utilização de determinadas medicações. Seu conhecimento é de grande valia para acadêmicos de odontologia e cirurgiões com experiência diminuta. Entretanto, ela não deve ser apresentada aos pacientes diretamente, pois pode gerar um maior conflito de ideias, sendo que na questão medicamentosa é necessário um controle mais ativo por parte do profissional. Durante a conversa sobre os cuidados e orientações, deve-se ter um tempo específico para se discutir a questão do desconforto pós-operatório, com clareza de expressão por parte do cirurgião. Devem ser dadas prescrições com claras instruções de quando começar a medicação e de como tomá-la a cada intervalo. Segundo Nogueira *et al.* (2006), o não seguimento dessa orientação pode prejudicar os efeitos benéficos da medicação utilizada e, ao contrário, trazer problemas ao paciente, desde a ineficácia do medicamento até o desenvolvimento de colônias microbianas resistentes aos antibióticos.

Figura 1- Analgésicos para a dor pós-extração

<b>Narcótico Oral</b>	<b>Dose Usual</b>
<b>SITUAÇÕES DE DORES LEVES</b>	
Ibuprofeno	400-800 mg a cada 4 horas
Acetaminofeno	400-800 mg a cada 4 horas
<b>SITUAÇÕES DE DORES MODERADAS</b>	
Codeína	15-60 mg
Hidrocodona	5-10 mg
<b>SITUAÇÕES DE DORES INTENSAS</b>	
Oxicodona	2,5-10 mg

Fonte: Hupp, Ellis III e Tucker (2009, p. 181)

Com relação à higiene oral no período pós-operatório, os pacientes devem ser aconselhados a manter os dentes e a boca razoavelmente limpos, o que resulta num restabelecimento mais rápido de suas feridas cirúrgicas. Segundo Prado e Salim (2004), o paciente deverá escovar os dentes da melhor maneira possível, dando preferência às escovas macias específicas para regiões operadas. De acordo com Nogueira *et al.* (2006), a escovação deve ser normal dos dentes e língua, apenas realizando de maneira mais cuidadosa na região operada:

Esta orientação objetiva prevenir a ocorrência de infecção. Alguns pacientes, pela própria dificuldade em abrir a boca no período pós-operatório, ficam receosos em realizar a higienização bucal. O acúmulo exagerado de restos alimentares sobre a região operada propicia condições favoráveis para proliferação microbiana e, em consequência, infecções pós-operatórias podem ocorrer (NOGUEIRA *et al.*, 2006, p. 3).

Além da higienização oral padrão, o uso de antissépticos bucais no período pós-operatório contribui para manutenção da higiene bucal, controlando a microbiota normal da boca e aquela decorrente da cirurgia, pois todas as zonas onde há formação de coágulos são locais propícios para proliferação microbiana. Para prevenir problemas hemorrágicos os bochechos devem ser iniciados somente 24 horas após a cirurgia, visto que antes disso pode haver desorganização do coágulo formado. Já Prado e Salim (2004) preconizam o uso de clorexidina para bochecho a partir do terceiro dia; entretanto, é consenso que não se deve realizar o bochecho logo após o procedimento cirúrgico. De acordo com Hupp, Ellis III e Tucker (2009), o fio dental deve ser usado da maneira habitual nos dentes anterior e posterior ao local da extração assim que o paciente se sinta confortável.

Por fim, uma das orientações mais comuns após procedimentos cirúrgicos diz respeito ao edema. Esse, de acordo com Hupp, Ellis III e Tucker (2009) se apresenta da seguinte forma:

O edema geralmente alcança seu máximo cerca de 24 a 48 horas após o procedimento cirúrgico. O inchaço começa a diminuir no terceiro ou quarto dia e estará definitivamente resolvido no fim da primeira semana. O aumento do inchaço após o terceiro dia tem mais possibilidade de ser indício de infecção do que a sequência de um edema pós-cirúrgico (HUPP, ELLIS III E TUCKER, 2009, p. 182).

Nogueira *et al.* (2006) sugere em suas orientações que compressas com gelo devam ser feitas no lado externo do rosto nas primeiras 24 horas, durante 20 minutos. Tal ação objetiva diminuir o sangramento e minimizar o edema, através de uma vasoconstrição. Da mesma maneira, o autor apresenta as diferentes formas de aplicação de compressa de gelo, comparando diferentes trabalhos em uma revisão bibliográfica (Figura 2).

Figura 2: Comparação entre diferentes autores sobre o uso de compressas com gelo

Autor(es)	Orientações
Marzola <sup>4</sup>	Durante 15 minutos com descanso de 1 hora até a noite do dia da cirurgia.
Aguiar <sup>10</sup>	Durante 15 minutos com intervalos de 30 minutos, somente no dia da cirurgia.
Araújo <i>et al.</i> <sup>11</sup>	Por 4 horas, com intervalos mínimos de 1 a 2 minutos.
Silveira <sup>3</sup>	Por 4 a 6 horas no pós-operatório.
Peterson <sup>8</sup>	Durante 20 minutos com intervalos de 20 minutos, nas primeiras 24 horas.
Rodríguez <sup>5</sup>	Durante 10 minutos nas 2 a 3 primeiras horas com intervalos de 30 minutos.
Sailer & Pajarola <sup>12</sup>	Durante as primeiras 2 a 6 horas.
Bramante & Berbert <sup>13</sup>	Durante as 3 primeiras horas com intervalos de 10 minutos.
Blinder <i>et al.</i> <sup>7</sup>	A cada 15 minutos nas primeiras 2 a 3 horas.

Fonte: Nogueira *et al.* (2006, p. 4)

De acordo com Hupp, Ellis III e Tucker (2009), alguns cirurgiões recomendam o uso de compressas de gelo no rosto para ajudar a prevenir o edema pós-operatório, ainda que estudos mostrem que é improvável que o gelo tenha muito efeito na prevenção e na limitação do edema. Ainda com relação ao edema e as principais ações indicadas, Miloro (2016) traz elementos que complementam o que foi já dito:

O edema pós-cirúrgico ou inchaço é uma sequela esperada na cirurgia de terceiro molar. Como exposto anteriormente, a administração parenteral de corticosteroides é com frequência empregada para ajudar a minimizar o inchaço. A aplicação de bolsa de gelo no rosto pode fazer com que o paciente sinta um pouco de conforto, mas não tem efeito sobre o edema. Em geral, o inchaço alcança seu grau máximo no final do 2º dia pós-operatório e está finalizado entre o 5º e o 7º dia (MILORO, 2016, p. 168).

Mesmo não tendo eficácia aceita amplamente por diferentes pesquisadores, os pacientes frequentemente referem que o gelo os fazem se sentir mais confortáveis, sendo assim, o uso de gelo também promove ao paciente a oportunidade de participar de seus cuidados pós-operatórios, o que é importante para muitos pacientes.

Segundo Prado e Salim (2004), ao descrevermos a possibilidade de edema para o paciente é importante enfatizar para o paciente que no segundo dia ele estará com o rosto mais inchado que no primeiro. Essa informação é fundamental pois a tendência das pessoas é achar que após o primeiro dia tudo irá melhorar.

Por fim, após seguir as orientações e cuidados apontados anteriormente, é importante já deixar claro a necessidade de retorno do paciente para continuação da avaliação do processo cirúrgico como um todo:

Rotineiramente, em procedimentos não complicados, uma consulta pós-operatória é adequada em 1 semana. Se as suturas são para serem removidas, isso pode ser feito com uma consulta uma semana após a cirurgia. Os pacientes devem ser informados que, caso tenham alguma pergunta ou problema, eles devem ligar para o dentista e, se necessário, marcar uma consulta com mais antecedência. As razões mais prováveis para antecipação de uma consulta são sangramentos prolongados, quando não há resposta da dor aos medicamentos prescritos e quando existe suspeita de infecção. Se o paciente operado começar a desenvolver inchaço com superfícies avermelhadas, febre e/ou dor do terceiro dia em diante do pós-operatório, o paciente poderá estar desenvolvendo infecção até que se prove o contrário. O paciente deve ser instruído a ligar e a marcar uma consulta com o dentista imediatamente (HUPP, ELLIS III E TUCKER, 2009, p. 183).

Mais importante que conhecer as principais intercorrências nos procedimentos cirúrgicos é compreender como trata-las, e de que forma devemos orientar o paciente para prosseguir por essa etapa com os menores traumas possíveis. Ao pedir em sua obra, Prado e Salim (2004, p. 51), “que Deus não nos permita nunca propor ao nosso paciente um plano de tratamento que venha trazer mais sofrimento que a própria doença”, os autores evidenciam um dos desafios mais complexos do procedimento cirúrgico na Odontologia: compreender a total dimensão do processo, buscando o bem-estar do paciente não somente na cadeira odontológica, mas também no seu período pós-cirúrgico.

## **6 RESULTADO**

O produto resultante deste trabalho encontra-se no Apêndice A.

## **7 DISCUSSÃO**

A partir dos referenciais bibliográficos apresentados anteriormente, o presente trabalho buscou avaliar quais seriam as informações mais relevantes para fazerem parte do produto final. Essa relevância teve como consideração alguns pontos principais: as informações devem ser de fácil acesso e compreensão; o resultado da informação deve estar ao alcance do paciente; e a informação deve ter como objetivo gerar um conforto para o paciente e não deixa-lo mais apreensivo.

Embora complicações de cirurgias sejam um conhecimento de grande valia para os profissionais da área, informar de maneira sucinta para o paciente processos como lesões nervosas, osteíte alveolar, fratura dentária ou infecções locais não é uma tarefa fácil. O risco de gerar uma ansiedade maior com informações complexas é desnecessário para o objetivo do produto final desse trabalho.

Com relação ao material gráfico existente, grande parte apresenta o mesmo padrão de informações, mas trazem uma leitura engessada e pouca atratividade visual, como os exemplos da Figura 3 - retirado de Nogueira et al. (2006), sendo modelo para a Faculdade de Odontologia (FOP), da Universidade de Pernambuco (UPE), Figura 4 – retirado de consultório odontológico particular da cidade de Santa Maria (RS), e Figura 5 – retirado da Liga Acadêmica de Odontopediatria (LAOP) da Universidade Franciscana (UFN):

Figura 3- Modelo de ficha contendo as orientações pós-operatórias da UPE

**UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO (UPE)**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA (FOP)**  
**DISCIPLINA DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL**

ORIENTAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

O não seguimento das orientações descritas abaixo pode comprometer o resultado da cirurgia. Portanto, siga-as rigorosamente e em caso de haver qualquer dúvida entre em contato com o cirurgião.

---

Paciente: \_\_\_\_\_

- 01) Evitar: exposição ao sol, alimentos quentes e duros e esforços físicos, pelo menos até o retorno para remoção dos pontos.
- 02) Dieta (alimentação) líquida ou pastosa e fria por, no mínimo, 48h (leite, suco, etc.).
- 03) Descansar e dormir com a cabeça mais elevada (ficar sentado(a) ao descansar e colocar travesseiros sob a cabeça na hora de dormir), evitando abaixar.
- 04) Escovação normal dos dentes e língua, evitando as áreas da cirurgia.
- 05) Fazer bochechos leves e passivos 3 vezes ao dia com anti-séptico bucal, iniciando somente 24 horas após a cirurgia.
- 06) Fazer compressas com gelo no lado externo (rosto) nas primeiras 24 horas, durante 20 minutos e descansar 20 minutos.
- 07) Passar vaselina líquida ou cremes protetores nos lábios para mantê-los lubrificados, evitando ressecamentos.
- 08) Caso haja febre alta, edema e dificuldade de abrir a boca por mais de três dias, dor persistente ou sangramento exagerado, entre imediatamente em contato.
- 09) Seguir rigorosamente os horários das medicações prescritas.

ORIENTAÇÕES ADICIONAIS

---



---

RETORNO: \_\_\_\_\_

---

Avenida Gal. Newton Cavalcanti, 1650  
 CEP 54753-901  
 FONE/FAX: (81) 3458-2867  
 Camaragibe - Pernambuco

Fonte: Nogueira *et al.* (2006, p. 2)

Figura 4- Modelo de ficha contendo as orientações pós-operatórias de consultório particular

**CARTA DE INFORMAÇÃO AO PACIENTE**  
Exodontia

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

**Obrigações do Paciente**

Seguir rigorosamente todas as orientações do cirurgião-dentista relacionadas ao tratamento efetuado e informar a ele qualquer desconforto sentido.

**Cuidados pós-operatórios**

- Repouso absoluto nas primeiras 48 horas. Na primeira semana é recomendado repouso relativo, evitando esforço físico e exposição ao sol.
- Se necessário, afastamento do trabalho, apenas nos primeiros três dias.
- Nas primeiras 48 horas é aconselhado dieta líquida e/ou pastosa, de preferência gelada para diminuir o edema da região e compressas geladas.
- Evitar cuspir e bochechas, pois pode ocasionar sangramento.
- Dormir com a cabeça elevada nas primeiras 24 horas.

**Riscos**

Sangramento excessivo, infecção, hematoma, equimose, edema e reação alérgica.

**Observações**

É normal ocorrer leves sangramentos nas primeiras 24 horas, caso aumente o fluxo ou não diminua passadas essas horas, entrar em contato.

Estou ciente de que durante o procedimento outras conjunções podem ocorrer e necessitam ser tratadas e, portanto, autorizo qualquer procedimento adicional.

Se caso eu desejar, posso escolher interromper o procedimento em qualquer momento.

Eu li, compreendi e concordei com o afirmado acima.

Santa Maria, 04 de junho de 2022

Retorno: 41/06/22

Fonte: modelo físico coletado na cidade de Santa Maria – RS (2022)

Figura 5- Modelo de ficha contendo as orientações pós-operatórias da LAOP - UFN

**RECOMENDAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS**

**ANESTESIA**  
Logo após o procedimento a criança ainda estará sob efeito da anestesia, portanto é importante monitorar para que ela não se morda ou belisque a região nas próximas 2h.

**COMPRESSAS**  
Aplicar compressas de gelo por 30 min no lado externo ao local onde foi realizada a cirurgia. Aguardar 2h entre as aplicações.

**ALIMENTAÇÃO**  
Alimentação líquida ou pastosa gelada ou fria por no mínimo 24h.

**EVITAR**  
Tossir;  
Cuspir;  
Espirrar;  
Tomar líquidos com canudo;  
Bochechos nas primeiras 48h.

**EVITAR**  
Esforço físico e exposição solar por uma semana.

**ESCOVAÇÃO**  
Realizar higiene bucal normalmente, evitando a área da cirurgia.

**SONO**  
Dormir com travesseiro alto ou 2 travesseiros para evitar hemorragia. Não dormir de barriga para baixo.

Odontologia  
Universidade Franciscana

Fonte: modelo físico coletado na Universidade Franciscana (2022)

Mesmo compreendendo a repetição da linguagem escrita dos materiais existentes, as escolhas realizadas para a elaboração do produto desse trabalho seguem uma linha similar à dos materiais analisados. Isso se deve pelo fato das informações serem as mais presentes na literatura pesquisada no decorrer do trabalho.

A partir dessas colocações, os pontos centrais selecionados para sintetizarem os elementos textuais do *flyer* são os seguintes: sintomas mais comuns em situações pós-operatórias na odontologia (sangramento, dor e edema), conectados com ações pontuais e fáceis que o paciente pode realizar para buscar um melhor conforto. Os elementos textuais devem encontrar uma forma de ação e reação, ou causa e efeito, sendo que para cada sintoma pós-cirúrgico podemos citar atos simples que possam amenizar o desconforto do paciente. Além disso, a linguagem direta visa promover ações básicas que ajudarão o paciente em situações futuras, como explicações de higiene oral e dieta.

## 8 CONCLUSÃO

O presente trabalho buscou a compreensão de diferentes conceitos que englobam o processo cirúrgico na Odontologia, com ênfase na etapa pós-operatória. Através do estudo e revisão de bibliografia sobre o tema, foram colhidas em diferentes fontes de informação as principais orientações que devem ser repassadas ao paciente afim de se obter um maior sucesso no procedimento cirúrgico.

Como compreensão da temática, é conclusivo que as orientações pós-operatórias são de fundamental importância para o sucesso do tratamento e que a construção de materiais informativos de qualidade vem a facilitar a comunicação entre o cirurgião-dentista e o paciente. O *flyer* enquanto produto final tem papel central nesse processo, pois, além de suas informações precisas, sua diagramação e uso de imagens em destaque, tendem a fazer uma conexão mais direta e fácil com o público final, que no caso são os pacientes/responsáveis.

Por fim, podemos avaliar que o presente trabalho também pode vir a servir como um guia ou manual pós-operatório para estudo de acadêmicos de Odontologia ou cirurgiões-dentistas. A utilização do apanhado bibliográfico existente nesse material pode auxiliar nas dúvidas presentes, além de ajudar na elaboração de outros materiais relacionados ao tema.

## 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, A S W. Avaliação do grau de abertura bucal e dor pós-operatória após a remoção de terceiros molares inferiores retidos. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2005; pg. 57-64.
- BASSANEZI B S B, OLIVEIRA FILHO A G. Analgesia PósOperatória. Rev Col Bras Cir. 33(2):116-122, 2006.
- GREGORI C. Cirurgia buco-dento-alveolar. 2. ed. São Paulo: Sarvier; 1996.
- HUPP, J R; ELLIS III, E; TUCKER, M R. Cirurgia oral e maxilofacial: contemporânea. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
- KATO, R B et al. Acidentes e complicações associadas à cirurgia dos terceiros molares realizada por alunos de odontologia. Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. Vol.10, n.4, pp. 45-54; 2010.

- LOVAT, L; FERON, L; CONDE, A. PÓS-OPERATÓRIO DE TERCEIROS MOLARES: dietas indicadas. *Revista De Ciências Da Saúde*, 17(1), 47–52. 2016.
- MILORO, M. *Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson 3ª Edição*. São Paulo: Santos, 2016.
- NOGUEIRA, A S. Orientações pós-operatórias em cirurgia bucal. *J Bras Clin Odontol Int - Edição Especial*; p. 01-06; 2006.
- PEIXOTO, R F. Controle da dor pós-operatória em cirurgia oral: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, Vol. 15, n. 4, p. 465–470, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/10533>. Acesso em: 9 nov. 2021.
- PRADO, R.; SALIM, M A A. *Cirurgia Buco-Maxila-Facial. Diagnóstico e tratamento*. RJ: Guanabara Koogan/Medsi, 2004.
- PURICELLI, E. *Técnica anestésica, exodontia e cirurgia dentoalveolar*. São Paulo: Artes Médicas, 2014.
- PURICELLI, E; PONZONI, D; CORSETTI, A e QUEVEDO, A S. Abordagens técnicas inovadoras em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.* Vol.69, n.3, p. 280-287; 2015.
- SANTOS, M; SOUSA, C; TURRINI, R. Percepção dos pacientes submetidos à cirurgia ortognática sobre o cuidado pós-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. p. 78-85; 2012.
- SEGURO, D; OLIVEIRA, R V. COMPLICAÇÕES PÓS-CIRURGICAS NA REMOÇÃO DE TERCEIROS MOLARES INCLUSOS. *Uningá Review*, 20. 2014.
- SOUTELLO FILHO A F; MAGALHÃES H P. Pós-operatório. In: MAGALHÃES H P. *Técnica cirúrgica e cirurgia experimental*. Sarvier: São Paulo; 1993. Cap.16. p.185-190
- WILLIAMS, R. *Design para quem não é designer: noções básicas de planejamento visual*. São Paulo: Callis Ed, 2009.
- ZGUR, N P et al. Lesões ao nervo alveolar inferior em prática de cirurgia oral menor: revisão de literatura. *Revista Científica Multidisciplinar das Faculdades São José*, V.10, n. 2. p. 02-08; 2017.

## 10 APÊNDICES

## 10.1 APÊNDICE A



CIRURGIÃO DENTISTA - CRO XXXXXX

ACESSE O SITE PARA  
MAIORES INFORMAÇÕES

**A CIRURGIA ACABOU E AGORA?**

**NÃO FUME**

**ESCOVE OS DENTES**

Mantenha sua higiene bucal

**“Estou sentindo um pouco de sangue”**

✓ **É NORMAL**

Evite exercícios físicos, exposição ao sol, utilizar canudo e alimentos duros

**“Anestesia passou e está doendo”**

É comum doer nos 3 primeiros dias basta seguir a orientação do dentista e tomar os remédios indicados.

**“O inchaço está aumentando”**

Se estiver com desconforto aplique gelo no local durante 15 minutos, com intervalos de 30 minutos, nas primeiras 4 horas após a cirurgia.

ATENDIMENTO

xxxxxxxxxxxxxxxx



xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx



xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx