

Qualidade de vida de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares

Quality of life in patients undergoing third molar extraction

Talita Lopes dos SANTOS^{a*}, Elis Janaina Lira dos SANTOS^b, Rodrigo Barros Esteves LINS^b,
Lucas Formiga ARAÚJO^a, Bruno da Silva MESQUITA^a, Talvane SOBREIRA^a

^aUNIPÊ – Centro Universitário de João Pessoa, João Pessoa, PB, Brasil

^bUFPB – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil

Resumo

Introdução: A remoção dos terceiros molares pode causar transtornos e prejuízos à qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares, discutindo os eventos mais comumente observados. **Material e método:** Sessenta pacientes de uma Clínica Privada de Cirurgia, da cidade de João Pessoa-PB, foram submetidos à exodontia de terceiros molares, pelo mesmo operador e em condições semelhantes. Os dados foram coletados em duas etapas: a primeira foi realizada no dia do procedimento, quando foram anotados os dados do paciente, assim como as informações relacionadas à cirurgia. A segunda etapa foi realizada sete dias após o procedimento, quando os pacientes responderam o formulário acerca da qualidade de vida durante o pós-operatório. **Resultado:** 71,4% dos pacientes submetidos a Osteotomia e Odontosecção mantiveram suas atividades normais, e 28,6% não mantiveram. No entanto, quanto aos pacientes não submetidos às técnicas, 40,9% mantiveram suas atividades normais e 59,1% não mantiveram. De acordo com a classificação de Pell & Gregory, percebeu-se que 71,4% dos pacientes Classe 3 mantiveram suas atividades sociais normalmente, enquanto 60% dos pacientes Posição C não as mantiveram. Dos pacientes que se isolaram socialmente e foram submetidos às técnicas, 71,4% relataram a dor como o principal motivo, e 100% dos pacientes Classe 3 e 80% dos pacientes Posição C optaram pela mesma resposta. **Conclusão:** Os resultados indicam que as técnicas empregadas no transoperatório não interferem na qualidade de vida do paciente durante o pós-operatório e a posição tem maior influência do que a classe, no que se refere ao desenvolvimento normal das atividades sociais.

Descritores: Cirurgia bucal; terceiro molar; qualidade de vida.

Abstract

Introduction: The removal of third molars can cause disorders and damage in quality of life. **Objective:** This study aimed to evaluate the quality of life in patients underwent surgery, discussing the most commonly events observed. **Material and method:** Sixty patients of a private surgery clinic from João Pessoa/PB were underwent extraction of third molars by the same surgeon and under the same conditions. Data were collected in two steps: the first one was accomplished at the day of the procedure, which were noted down both patient and surgery informations. The second step were realized seven days after the procedure, the patients answered a form about life quality at the postoperative period. **Result:** 71,4% patients underwent to osteotomy and odontosection maintained their normal activities and 28,6% did not. While in patients not submitted to the techniques, 40,9% maintained their normal activities and 59,1% did not. According to Pell & Gregory classification, 71,4% of patients Class 3 maintained normally their social activities, while 60% of patients Position C didn't. Patients who remained socially isolated and were underwent to techniques, 71,4% reported as the main reason the pain, and 100% of patients Class 3 and 80% of patients Position C have chosen the same answer. **Conclusion:** The results suggest that the techniques used in the transoperative does not influence the quality of life during the postoperative and the position has more influence than the class, in respect to the development of normal social activities.

Descriptors: Surgery, oral; molar, third; quality of life.

INTRODUÇÃO

Os terceiros molares geralmente são os últimos dentes a irromper na cavidade bucal, sendo, por isso, os elementos dentais mais comumente encontrados em posição de inclusão¹.

As classificações mais utilizadas para retenções dentárias relacionadas aos terceiros molares são em relação à angulação do dente² e quanto ao grau de impação³. Segundo Winter², os terceiros molares podem encontrar-se na posição vertical, mesioangular, distoangular, horizontal ou invertida, e ainda lingual ou labial; para Pell, Gregory³, o grau de impação de terceiros molares dependerá de sua profundidade em relação ao plano oclusal do segundo molar inferior (Posição A, B e C) e do diâmetro mesiodistal do dente retido em relação à distância do segundo molar inferior e à borda anterior do ramo da mandíbula (Classe I, II e III)^{4,5}.

A remoção cirúrgica do terceiro molar, embora seja um procedimento relativamente comum, é uma operação invasiva e comumente realizada em pessoas jovens e saudáveis, as quais, na maioria das vezes, não possuíam experiência com cirurgias desse tipo⁶. Além disso, os terceiros molares são potencialmente capazes de causar transtornos e prejuízos à saúde bucal do indivíduo, risco que justifica a indicação para exodontia⁷⁻⁹.

Os acidentes e complicações mais comuns são: hemorragias; alveolites; dor; edema e trismo; injúria ao nervo alveolar inferior; infecções abrangendo espaços fasciais; injúrias em dentes adjacentes; fratura óssea da tuberosidade maxilar e/ou da mandíbula; comunicações buccossinusais; problemas periodontais em dentes adjacentes, e deslocamento de dentes para regiões anatômicas nobres^{10,11}.

As manifestações pós-operatórias da exodontia dependem de uma série de fatores, como a técnica cirúrgica e a severidade da retenção^{1,7,12}; no entanto, a maioria dos pacientes relata sentir dor e, quando combinada com um processo inflamatório, os efeitos colaterais da cirurgia de terceiro molar podem ter um grande efeito sobre a qualidade de vida dos pacientes. Além disso, os parâmetros clínicos, tais como complicações pré e pós-operatórias, e o número de molares removidos, afetarão o impacto e as mudanças no efeito sobre a qualidade de vida dos pacientes⁶.

Qualidade de vida é um conceito multidimensional – biopsicossocial – e os instrumentos usados para medi-la – fundamentalmente baseados em questionários – experimentaram importantes desenvolvimentos metodológicos na última década¹³.

Embora a literatura odontológica ofereça muitas publicações abordando critérios de extração de terceiro molar e sua morbidade, poucos estudos examinaram a influência de diferentes fatores na qualidade de vida dos pacientes após a remoção de terceiros molares¹³. Devido a isso, objetiva-se levantar dados sobre o tema, avaliando: (1) a relação entre as técnicas empregadas no transoperatório e a qualidade de vida do paciente durante o pós-operatório, além da posição e da classe do terceiro molar, segundo a classificação de Pell, Gregory³, no que se refere ao desenvolvimento normal das atividades sociais; (2) as principais complicações pós-operatórias associadas à cirurgia de remoção

dos terceiros molares, e (3) estabelecer comparações em relação ao gênero dos indivíduos participantes do estudo.

MATERIAL E MÉTODO

A pesquisa foi conduzida de acordo com a Resolução n. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil¹⁴, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa.

Para o presente estudo, a amostra foi composta de 60 pacientes, na faixa etária de 18 a 36 anos, de ambos os gêneros, os quais atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos; foram submetidos à remoção dos terceiros molares em uma clínica particular de cirurgia da cidade de João Pessoa, Paraíba. A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2010 a abril de 2011, por dois pesquisadores, em uma sala ambulatorial do referido serviço.

O requisito básico para inclusão era o paciente ser maior de 18 anos, apresentando pelo menos um dente terceiro molar com indicação de remoção, além de autorizar a participação no estudo, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os motivos de exclusão foram: a presença de alterações sistêmicas e patologia associada ao elemento a ser removido.

As cirurgias foram realizadas pelo mesmo cirurgião, sob anestesia local, na mesma sala, por meio das técnicas de osteotomia e/ou odontosseção, utilizando brocas n.º 702, haste longa para peça reta, acopladas ao motor cirúrgico, e sob condições semelhantes. Os terceiros molares só eram extraídos unilateralmente, para permitir a mastigação no lado oposto.

Como instrumentos de pesquisa, foram utilizados dois formulários. A coleta de dados foi dividida em duas etapas: a primeira foi realizada no dia do procedimento cirúrgico, através de um formulário aplicado pelo pesquisador, a fim de obter os dados pessoais do paciente e informações relacionadas à cirurgia. A segunda etapa decorreu no sétimo dia de pós-operatório, que consistiu no retorno do paciente para avaliação e retirada dos pontos. Durante essa etapa, foi aplicado o segundo formulário, em que o paciente respondeu perguntas acerca da qualidade de vida durante o seu pós-operatório.

A análise dos dados foi quantitativa, sendo estes processados no programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*), na versão 17. Foi realizada análise estatística descritiva e aplicado teste Qui Quadrado, considerando-se significantes os valores de $p < 0,05$.

RESULTADO

Nos 60 questionários, observou-se a exodontia de dois terceiros molares de cada paciente, resultando em 120 dentes, sendo 60 terceiros molares superiores e 60 terceiros molares inferiores. Tais elementos foram classificados de acordo com as categorias propostas por Pell, Gregory³ e Winter².

Como se observa na Tabela 1, em relação aos indivíduos que relataram algum tipo de isolamento social durante o pós-operatório, 68,2% dos pacientes Classe I apontaram a dor como a principal razão para o isolamento social, 56,7% dos pacientes Classe II

Tabela 1. Associação entre a classe de Pell, Gregory³ e a razão para o isolamento social

Classificação Pell & Gregory (Classe)	Razão Para seu Isolamento Social				
	Dor	Aparência Física	Mau Humor	Mal-Estar/Indisposição	Mais de uma Razão
Classe 1	68,2%	4,5%	4,5%	9,1%	4,5%
Classe 2	56,7%	10,0%	0,0%	6,7%	23,3%
Classe 3	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	66,1%	6,8%	1,7%	6,8%	13,6%

e 100% dos pacientes Classe III também optaram pela mesma resposta, dando um total de 66,1% de todos os pacientes avaliados. O isolamento social devido a mais de uma razão apresentou valor de 13,6% dos pacientes, sendo seguido pela aparência física e por mal-estar/indisposição, com 6,8%, e mau humor, com 1,7%.

Com relação ao grau de impactação, segundo Pell, Gregory³, 80% dos pacientes Posição C relataram a dor como o principal motivo para seu isolamento social, sendo que 71,4% dos pacientes Posição B e 57,7% dos pacientes Posição A optaram pela mesma resposta.

Durante o período avaliado, 71,4% dos pacientes submetidos a osteotomia e odontosseção mantiveram suas atividades normais. Observou-se que, dos pacientes que se isolaram socialmente e foram submetidos às técnicas de osteotomia e odontosseção, 71,4% relataram a dor como sendo o principal motivo, enquanto que 59,1% dos pacientes não submetidos a essas técnicas também apontaram o mesmo motivo para o isolamento social.

De acordo com a classificação de Pell, Gregory³, 71,4% dos pacientes Classe III mantiveram normalmente suas atividades sociais, enquanto 60% dos pacientes Posição C não as mantiveram (Tabela 2).

Em uma amostra de 60 pacientes, a distribuição entre os gêneros foi de 18 homens e 42 mulheres. Como demonstrado na Tabela 3, em relação aos indivíduos que relataram algum tipo de isolamento social durante o período avaliado, 83,3% dos pacientes do gênero masculino e 59,5% do gênero feminino apontou a dor como o principal motivo. Entre outras razões, 11,1% do gênero masculino e 4,8% do gênero feminino relataram o edema, que provocou alteração na aparência física. Dentre os pacientes que não se isolaram socialmente, 5,6% corresponderam ao gênero masculino e 4,8%, ao gênero feminino.

Após os sete dias pós-operatórios, no retorno do paciente para avaliação e remoção da sutura, 61,1% do gênero masculino e 54,8% do gênero feminino relataram não sentir dor ou desconforto durante o procedimento, enquanto nenhum paciente do gênero masculino e apenas 4,8% do gênero feminino relataram muita dor. Obteve-se, dessa forma, a mesma proporção, com 33,3% dos pacientes de ambos os gêneros relatando pouco desconforto (Tabela 4).

Conforme a Tabela 5, em relação aos indivíduos que relataram algum tipo de isolamento social após a exodontia dos terceiros molares superiores, 36,1% dos pacientes com os elementos

totalmente erupcionados relataram dor, 38,9% dos pacientes com os elementos parcialmente erupcionados e 25% dos pacientes com os elementos totalmente retidos também apontaram a dor como principal motivo. Em relação ao edema, que provocou alteração na aparência física, 50% dos pacientes apresentavam elementos parcialmente erupcionados, 25% apresentavam os elementos totalmente erupcionados e 25%, elementos totalmente inclusos. Dos pacientes que não se isolaram socialmente, 66,7% apresentavam os elementos totalmente erupcionados e 33,3% apresentavam elementos parcialmente erupcionados, não constando nenhum paciente nessa situação com os elementos totalmente inclusos.

Os dados referentes à exodontia dos terceiros molares inferiores estão demonstrados na Tabela 6 e percebe-se que 20,5% dos pacientes com elementos totalmente erupcionados, 51,3% dos pacientes com elementos parcialmente erupcionados e 28,2% dos pacientes com elementos totalmente inclusos relataram a dor como o principal motivo. Em relação ao edema, por alteração na aparência física, 50% dos pacientes apresentavam os elementos totalmente erupcionados e 50% dos pacientes apresentavam os elementos totalmente inclusos. Dos pacientes que não interromperam suas atividades sociais normais, 33,3% dos pacientes apresentavam os elementos totalmente erupcionados e 66,7% apresentavam os elementos parcialmente erupcionados, não constando nenhum paciente nessa situação com os elementos totalmente inclusos.

DISCUSSÃO

A remoção cirúrgica de dentes impactados compromete os aspectos físico (aparência, habilidade de fala e expressão facial), social (rotina) e psicológico do paciente (autoconfiança), implicando negativamente na qualidade de vida durante o pós-operatório dos pacientes submetidos a esse procedimento¹⁵.

Aguiar et al.¹⁶ observaram que, dos 15 pacientes submetidos à técnica II (elevadores), seis pacientes relataram dor severa, dois indivíduos, dor moderada, e quatro pacientes, dor leve. Por fim, dos 25 pacientes que se submeteram à remoção de terceiros molares pela técnica III (osteotomia e odontosseção), 11 afirmaram ter tido dores grau leve; sete pacientes, grau moderado, e sete, grau severo; note-se que tais resultados corroboram os achados do presente estudo.

A dor que o paciente pode experimentar após uma extração é altamente variável e depende, em grande parte, do que o paciente

Tabela 2. Associação entre a classificação de Pell, Gregory³ e a manutenção da normalidade das atividades diárias

		Manteve suas atividades normais?	
		Sim	Não
Classificação Pell & Gregory (Classe)	Classe 1	50,00%	50,00%
	Classe 2	46,70%	53,30%
	Classe 3	71,40%	28,60%
	Total	50,80%	49,20%
Classificação Pell & Gregory (Posição)	Posição A	50,00%	50,00%
	Posição B	53,60%	46,40%
	Posição C	40,00%	60,00%
	Total	50,80%	49,20%

Tabela 3. Associação do gênero com o motivo para o isolamento social

Dor		Razão para o Isolamento Social					
		Aparência Física	Mau Humor	Mal-Estar	Mais de uma Razão	Nenhum	
Gênero	Masculino	83,3%	11,1%	0,0%	0,0%	0,0%	5,6%
	Feminino	59,5%	4,8%	2,4%	9,5%	19,0%	4,8%
	Total	66,7%	6,7%	1,7%	6,7%	13,3%	5,0%

Tabela 4. Associação do Gênero com a Dor, na remoção da sutura

Não		Sentiu Dor ou Desconforto na Remoção da Sutura?			
		Um pouco	Mais ou Menos	Muito	
Gênero	Masculino	61,1%	33,3%	5,6%	0,0%
	Feminino	54,8%	33,3%	7,1%	4,8%
	Total	56,7%	33,3%	6,7%	3,3%

Tabela 5. Associação entre a razão para o isolamento social e a erupção dos molares superiores

Dor		Erupção dos Molares Superiores					
		Aparência Física	Mau Humor	Mal-Estar/In-disposição	Mais de uma Razão	Nenhum	
Razão para Isolamento Social	Totalmente erupcionado	36,1%	25,0%	0,0%	75,0%	16,7%	66,7%
	Parcialmente erupcionado	38,9%	50,0%	100,0%	0,0%	16,7%	33,3%
	Retenção óssea total	25,0%	25,0%	0,0%	25,0%	66,7%	0,0%

tem em mente no pré-operatório¹⁷. Segundo Venancio et al.¹⁸, o estado emocional do indivíduo pode afetar a sua percepção da dor, ou seja, se o paciente apresenta estado emocional calmo e confiante, a sensação dolorosa é minimizada; se estiver excitado, irritado ou agitado, a experiência de dor é aumentada. Todas as dores, sejam estas somáticas ou neuropáticas, são influenciadas por fatores psicológicos, de forma que o maior controle emocional das mulheres pode justificar a menor sensação da dor.

No presente estudo, foi observada a diferença entre o comportamento masculino e o feminino diante das percepções de dor, em que os indivíduos do gênero feminino apresentaram maior resistência à dor mais intensa que os do gênero masculino. Para Neves¹⁹, a dor é representada por um conjunto de concepções e simbolismos repletos de estereótipos provindos do ideário feminino e masculino, no meio social. Várias destas concepções têm origem no meio familiar e acabam por traduzir o pensamento

Tabela 6. Associação entre a erupção dos molares inferiores e a razão para o isolamento social

		Dor	Aparência Física	Mau Humor	Mal-Estar / Indisposição	Mais de uma razão	Nenhum
Razão para Isolamento Social	Totalmente	57,1%	14,3%	0%	21,4%	0%	7,1%
	Erupcionado	20,50%	50,00%	0%	75,00%	0%	33,30%
	Parcialmente	71,4%	0%	21,4%	0%	17,9%	7,1%
	Erupcionado	51,30%	0%	75,00%	0%	62,50%	66,70%
	Retenção	64,7%	11,8%	0%	5,9%	17,6%	0%
	Óssea Total	28,20%	50,00%	0%	25,00%	37,50%	0%

de um grupo ou de parte da tradição cultural de seus membros. A maioria destas construções inicia-se na infância, definindo condutas de meninos e meninas, e exaltam a condição masculina ou feminina e seus papéis sociais.

A sensação de dor no pós-operatório representa, muitas vezes, uma razão para que o indivíduo se ausente do convívio social. No presente estudo, 83,3% dos homens apontaram a dor como sendo o principal motivo desse isolamento e 59,5% das mulheres submetidas ao procedimento também relataram ser a dor o principal motivo para seu isolamento social, durante o pós-operatório. Porém, de acordo com Gomes et al.²⁰, tal acontecimento não apresenta valor significativo quando comparado ao benefício, em longo prazo, proporcionado. Para McGrath et al.²¹, o desconforto pós-operatório imediato seria uma etapa passageira para se chegar a uma melhora considerável na qualidade de vida, em longo prazo.

Muitos estudos vêm evidenciando que os fatores transoperatórios são fortes indicadores de complicações pós-operatória²². Porém, no presente estudo, 71,4% dos pacientes submetidos a osteotomia e odontosseção mantiveram suas atividades normais, e dos pacientes não submetidos às técnicas, 59% não mantiveram.

Levando-se em consideração ainda o motivo para isolamento social, após a exodontia dos terceiros molares inferiores, 20,5% dos pacientes com elementos totalmente erupcionados, 51,3% dos pacientes com elementos parcialmente erupcionados e 28,2% dos pacientes com elementos totalmente inclusos relataram a dor como principal motivo. Em relação ao edema, com alteração na aparência física, 50% dos pacientes apresentavam os elementos totalmente erupcionados e 50% dos pacientes apresentavam os elementos totalmente inclusos. Dos pacientes que não interromperam suas atividades sociais normalmente, 33,3% dos pacientes apresentavam os elementos totalmente erupcionados e 66,7% apresentavam os elementos parcialmente erupcionados, não constando nenhum paciente nessa situação com os elementos totalmente inclusos. Esse achado é semelhante ao encontrado na literatura, a qual relata, como fatores de risco, o nível de inclusão e a angulação do terceiro molar, e como fatores relacionados à técnica operatória, procedimentos como confecção do retalho, osteotomia e odontosseção, dentre outros^{22,23}.

O fenômeno físico da dor parece ser de evidência clínica no pós-operatório, pois, na maioria dos procedimentos cirúrgicos,

devido à lesão tecidual decorrente das técnicas cirúrgicas, é comum que os pacientes denotem, em maior ou menor grau, esse tipo de sintoma. Por isso, neste estudo, a intensidade da dor, mesmo não quantificada, foi a complicação clínica mais relevante e presente.

Apesar de todos os cuidados e orientações, a exodontia de terceiros molares, devido a uma gama de fatores, provoca restrições e desconforto ao paciente. Dentro das limitações do presente estudo, podem-se ampliar os conhecimentos acerca do tema, especificando a influência de cada complicação na qualidade de vida do paciente, assim como sua duração média. Além disso, pudemos relacionar o bem-estar dos pacientes às variáveis dos mesmos e do procedimento cirúrgico, garantindo uma maior previsibilidade das complicações em cada caso particularmente, fazendo com que medidas preventivas mais específicas sejam tomadas, aumentando a segurança tanto do cirurgião-dentista quanto de quem se submeterá à cirurgia.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos, concluiu-se que:

- Com base na amostra estudada, notou-se que as técnicas de osteotomia e odontosseção empregadas no transoperatório não interferiram na qualidade de vida dos pacientes durante o pós-operatório; observou-se, também, que a posição do terceiro molar, segundo a classificação de Pell & Gregory, tem maior influência do que a classe, no que se refere ao desenvolvimento normal das atividades sociais. Logo, a correta utilização dessas técnicas pode facilitar o procedimento, reduzir o tempo cirúrgico e, conseqüentemente, causar menos estresse ao paciente, sem necessariamente comprometer a qualidade de vida no seu pós-operatório.
- A dor local, pós-exodontia, se apresenta como principal fator responsável para o isolamento social e conseqüente interrupção das atividades cotidianas, ressaltando-se a importância de um melhor controle analgésico para pacientes submetidos a esse tipo de cirurgia.
- Durante o pós-operatório de cirurgia para exodontia de terceiros molares, os indivíduos do gênero feminino demonstram maior resistência à dor mais intensa que os do gênero masculino.

REFERÊNCIAS

1. Vicentini EL, Pádua JM, Freitas KV. Análise de 290 prontuários de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares inferiores semi-irrompidos e não irrompidos. *Rev AORP*. 2008;1(3):5-8.
2. Winter GB. Impacted mandibular third molar. St. Louis: American Medical Book; 1926.
3. Pell G, Gregory B. Impacted mandibular third molars: classification and modified techniques for removal. *Dent Dig*. 1933;39:330-8.
4. Dias-Ribeiro E, Lima-Júnior JL, Barbosa JL, Haagsma IB, Lucena LBS, Marzola C. Avaliação das posições de terceiros molares retidos em relação à classificação de Winter. *Rev Odontol UNESP*. 2008;37(3):203-9.
5. Almendros-Marqués N, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Influence of lower third molar position on the incidence of preoperative complications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2006 Dez;102(6):725-32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tripleo.2006.01.006>. PMID:17138172
6. 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 Maio;67(5):1026-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2008.12.041>. PMID:19375013
7. Cerqueira PR, Vasconcelos BC, Bessa-Nogueira RV. Comparative study of the effect of a tube drain in impacted lower third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004 January;62(1):57-61. [http://dx.doi.org/10.1016/S0278-2391\(03\)00675-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0278-2391(03)00675-X). PMID:14699550
8. Garcia RR, Rabêlo LRS, Moraes M, Moreira RWF, Albergaria-Barbosa JR. Utilização de enxerto pediculado do corpo adiposo da bochecha no tratamento de comunicações oro-antrais. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac*. 2000; 41:17-24.
9. Queiroz RR, Lino AP. Estudo de métodos de diagnóstico indicativos de extrações de terceiros molares inferiores. *Rev Paul Odontol*. 2001 Mar-Abr;23(2):35-8.
10. Goldberg JM, Gross M, Rankow H. Endodontic therapy involving fused mandibular second and third molars. *J Endod*. 1985 Ago;11(8):346-7. [http://dx.doi.org/10.1016/S0099-2399\(85\)80042-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0099-2399(85)80042-X). PMID:3863875
11. Oliveira LB, Schmidt DB, Assis AF, Gabrielli MAC, Hochuli-Vieira E, Pereira Filho VA. Avaliação dos acidentes e complicações associadas à exodontia dos 3º molares. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2006 Abr-Jun;(2):51-6.
12. Chiapasco M, De Cicco L, Marrone G. Side effects and complications associated with third molar surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1993 Out;76(4):412-20. [http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220\(93\)90005-O](http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220(93)90005-O). PMID:8233418
13. Colorado-Bonnin M, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Quality of life following lower third molar removal. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2006 Abr;35(4):343-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijom.2005.08.008>. PMID:16280233
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. Brasília, 10 outubro 1996.
15. Chopra D, Rehan HS, Mehra P, Kakkar AK. A randomized, double-blind, placebo-controlled study comparing the efficacy and safety of paracetamol, serratiopeptidase, ibuprofen and betamethasone using the dental impaction pain model. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2009 Abr;38(4):350-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijom.2008.12.013>. PMID:19168326
16. Aguiar ASW, Oliveira ACX, Martins PC, Freire ROM. Avaliação do grau de abertura bucal e dor pós-operatório após remoção de terceiros molares inferiores retidos. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2005 Jul;5(3):57-64.
17. Siviero M, Nhani VT, Prado EFGB. Análise da ansiedade como fator preditor de dor aguda em pacientes submetidos a exodontias ambulatoriais. *Rev Odontol UNESP*. 2008; 37(4):329-36.
18. Venancio RA, Ávila SD, Camparis CM. Aspectos psicológicos envolvidos nas dores orofaciais. *Rev ABO Nac*. 2007; 15(3):185-8.
19. Neves IR. LER: trabalho, exclusão, dor, sofrimento e relação de gênero. Um estudo com trabalhadoras atendidas num serviço público de saúde. *Cad Saude Publica*. 2006 Jun;22(6):1257-65. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600015>. PMID:16751965
20. Gomes ACA, Silva EDO, Bezerra TP, Pontual MM, Vasconcelos ZR. Terceiros molares: o que fazer? *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Facial*. 2004 Jul;4(3):137-43.
21. 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*. 2003 Jul;61(7):759-63, discussion 764-5. [http://dx.doi.org/10.1016/S0278-2391\(03\)00150-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0278-2391(03)00150-2). PMID:12856246
22. Grossi GB, Maiorana C, Garramone RA, Borgonovo A, Creminelli L, Santoro F. Assessing postoperative discomfort after third molar surgery: a prospective study. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007 Maio;65(5):901-17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2005.12.046>. PMID:17448840
23. Chuang SK, Perrott DH, Susarla SM, Dodson TB. Risk factors for inflammatory complications following third molar surgery in adults. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008 Nov;66(11):2213-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2008.06.067>. PMID:18940482

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

*AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Talita Lopes dos Santos, UNIPÊ – Centro Universitário de João Pessoa, Rua Manoel Albino Vidal, 42, Bancários, 58051-819 João Pessoa - PB, Brasil, e-mail: tls_jp@hotmail.com

Recebido: Abril 7, 2014
Aprovado: Julho 28, 2014