



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**ESTUDO COMPARATIVO DA PREVALÊNCIA DAS COMPLICAÇÕES
PÓS-EXTRAÇÃO EM DOENTES FUMADORES E NÃO FUMADORES**

Trabalho submetido por
Vanessa Sofia Pinheiro Jerónimo Talhadas
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

setembro de 2017



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**ESTUDO COMPARATIVO DA PREVALÊNCIA DAS COMPLICAÇÕES
PÓS-EXTRAÇÃO EM DOENTES FUMADORES E NÃO FUMADORES**

Trabalho submetido por
Vanessa Sofia Pinheiro Jerónimo Talhadas
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutor Paulo Rogério Figueiredo Maia

setembro de 2017

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Paulo Maia, por toda a orientação, disponibilidade e confiança no desenvolvimento desta investigação.

Ao Professor Doutor Luís Proença por todo o apoio na análise estatística e tratamento de dados.

Ao Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz que durante estes cinco anos foi a minha segunda casa.

Aos meus pais pelo amor, confiança, paciência e apoio sempre demonstrados ao longo da vida.

À minha fotocópia, minha irmã, por todo o amor e força.

Aos meus avós, tia e primos por todo o carinho.

Aos meus amigos, em especial à minha colega de box Adriana Póvoas, por estarem sempre presentes e por partilharem comigo estes cinco maravilhosos anos, obrigada pelas inúmeras memórias.

Aos colegas de curso por juntos termos feito um longo caminho cheio de felizes recordações.

RESUMO

Introdução: Atualmente, o consumo de tabaco é um hábito enraizado nas sociedades. Dos inúmeros malefícios para a saúde geral e oral, o tabaco influi no pós-operatório das mais diversas cirurgias, na cirurgia oral não é exceção. O tabagismo está associado a múltiplas complicações pós-extração, não só ao nível da cicatrização como também ao nível da infeção.

Objetivos: O objetivo principal deste trabalho de investigação reside na comparação da prevalência das complicações pós-extração em doentes fumadores e não fumadores, verificando se existe uma associação significativa entre o hábito tabágico e as complicações pós-operatórias.

Metodologia: No presente estudo participaram 62 indivíduos que permitiram uma amostra total de 93 alvéolos. Os dados foram recolhidos 7/8 dias após a cirurgia na consulta de controlo pós-operatório ou na consulta de urgência caso surgisse necessidade. Analisou-se as seguintes complicações pós-operatórias: cicatrização retardada, inflamação/edema, infeção, dor, hematoma, trismus, alveolite seca, alveolite húmida e abscesso.

Resultados: A amostra é constituída por 93 alvéolos dos quais, 42% (n=39) pertencem ao grupo dos não fumadores e 58% (n=54) pertencem ao grupo dos fumadores. Foram observados 33,3% (n=31) alvéolos com complicações pós-extração. Os alvéolos pertencentes a indivíduos fumadores apresentam uma taxa de 42,6% de complicações pós-operatórias. Os alvéolos pertencentes a indivíduos não fumadores apresentaram uma taxa de 21,4% de complicações pós-operatórias. Existe uma associação significativa ($p=0,03$) entre as variáveis hábito tabágico e complicações pós-extração.

Conclusões: Os alvéolos pertencentes a indivíduos fumadores apresentam uma prevalência superior de complicações pós-extração quando comparados com os alvéolos de indivíduos não fumadores. O hábito tabágico prejudica significativamente o período pós-extração.

Palavras-chave: complicações pós-extração; fumadores; não fumadores; cirurgia oral;

ABSTRACT

Introduction: Nowadays tobacco consumption is a rooted habit in the societies. Of the numerous ills for general and oral health, smoking influences the post-operative of many surgeries and oral surgery is no exception. Smoking is associated with multiple postoperative complications, not only at the level of healing, but also of an infectious nature.

Objectives: The main objective of this research is to compare the prevalence of post-extraction complications in smokers and non-smokers, and to verify if there is a significant association between smoking habits and postoperative complications.

Methodology: 62 patients were participated in this study, allowing a total sample of 93 sockets. The data was collected 7/8 days after surgery at the postoperative control consultation or at the urgent consultation if a need arose. The following postoperative complications were analysed: delayed healing, inflammation/swelling, infection, pain, hematoma, trismus, dry socket, wet alveolitis and abscess.

Results: The sample consisted of 93 sockets of which, 42% (n=39) belonged to the non-smokers group and 58% (n=54) belonged to the smokers group. 33,3% (n=31) sockets were observed with post-extraction complications. The sockets belonging to smokers had a 42,6% rate of postoperative complications. The sockets belonging to non-smokers had a 21,4% rate of postoperative complications. There is a significant association ($p=0,03$) between the variables smoking habits and post-extraction complications.

Conclusions: Sockets belonging to smokers have a higher prevalence of post-extraction complications compared to sockets of non-smokers. Smoking significantly impairs the post-extraction period.

Keywords: Post-extraction complications; smokers; non-smokers; oral surgery;

Índice Geral

I. Introdução.....	17
1. Tabaco.....	17
1.1 Tabagismo no Mundo.....	18
1.2 Tabagismo em Portugal.....	18
1.3 Tabagismo e a Saúde Oral.....	19
2. Cicatrização Alveolar.....	20
2.1 Fase Inflamatória.....	21
2.2 Fase Proliferativa.....	21
2.3 Fase de Modelação/Remodelação óssea.....	21
2.4 A cicatrização no Doente Fumador.....	22
3. Complicações Pós-Operatórias.....	24
3.1 Dor.....	24
3.2 Edema/Inflamação.....	24
3.3 Hemorragia.....	25
3.4 Hematoma/Equimose.....	25
3.5 Trismus.....	26
3.6 Infecção.....	26
3.6.1 Alveolites.....	27
3.6.1.1 Alveolite Seca.....	27
4. Pós-Operatório no Doente Fumador.....	31
5. Cessação Tabágica.....	34
6. O papel do Médico Dentista na Cessação Tabágica.....	35
7. Objetivos.....	36
8. Hipóteses.....	36
II. Materiais e Métodos	37
1. Considerações Éticas	37
2. Tipo de Estudo	37
3. Local do Estudo	37
4. Amostra	37
4.1 Critérios de Inclusão.....	38
4.2 Critérios de Exclusão.....	38
5. Metodologia.....	38

6. Materiais.....	39
7. Análise Estatística.....	40
III. Resultados.....	41
1. Análise Descritiva – Caracterização da Amostra.....	41
1.1 Hábitos Tabágicos	42
1.1.1 Número de Cigarros diários.....	42
1.1.2 Duração do Hábito Tabágico.....	43
1.2 Idade.....	43
1.3 Sexo.....	44
1.4 Habilitações Literárias.....	45
1.5 Profissão.....	46
1.6 Hábitos de Saúde Oral.....	47
1.6.1 Classificação da Saúde Oral	47
1.6.2 Escovagem Diária.....	48
1.6.3 Fio Dentário.....	49
1.6.4 Escovilhão Dentário.....	50
1.6.5 Colutório Oral.....	51
1.6.6 Hemorragia à Escovagem.....	51
1.7 Pós-Operatório.....	52
1.8 Cuidados Pós-Operatórios.....	55
1.9 Medicação no Pós-Extração.....	57
1.10 Hábito Tabágico no Pós-Extração.....	59
1.11 Observação Intra-Oral-Complicações Pós- Operatórias.....	60
1.11.1 Cicatrização Retardada.....	60
1.11.2 Inflamação/Edema.....	61
1.11.3 Infecção.....	62
1.11.4 Dor.....	63
1.11.5 Hematoma.....	63
1.11.6 Trismus.....	64
1.11.7 Alveolite seca.....	64
1.11.8 Alveolite húmida.....	65
1.11.9 Abscesso.....	65
1.11.10 Dente	66
2. Análise Inferencial.....	66

2.1	Relação entre o Hábito Tabágico e Complicações Pós-operatórias.....	66
2.1.1	Relação entre o Hábito Tabágico e Cicatrização Retardada.....	67
2.1.2	Relação entre o Hábito Tabágico e Inflamação/Edema.....	69
2.1.3	Relação entre Hábitos Tabágicos e Infecção.....	69
2.1.4	Relação entre Hábitos Tabágicos e Dor.....	70
2.1.5	Relação entre Hábitos Tabágicos e Hematoma.....	71
2.1.6	Relação entre Hábitos Tabágicos e Trismus.....	71
2.1.7	Relação entre Hábitos Tabágicos e Alveolite Seca.....	72
2.1.8	Relação entre Hábitos Tabágicos e Abscesso.....	73
2.2	Relação entre o Número de Cigarros Diários e Complicações Pós-Operatórias.....	73
2.3	Relação entre Hábito Tabágico no Período Pós-Extração e Complicações Pós-operatórias.....	74
IV.	Discussão.....	77
1.	Perspetivas para o Futuro.....	81
V.	Conclusão.....	83
VI.	Bibliografia.....	85
VII.	Anexos	

Índice de Figuras

Figura 1 - Observação Intra-Oral de Alveolite Seca	28
Figura 2 – Evolução da média da dor (A) e do edema (B) no período pós-operatório em fumadores e não fumadores.....	33
Figura 3 - Distribuição dos 93 alvéolos (amostra) pelos grupos Alvéolos de Fumadores e Alvéolos dos Não Fumadores.....	41
Figura 4 - Distribuição da amostra segundo Hábito Tabágico	42
Figura 5 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Número de Cigarros Diários.....	42
Figura 6 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Número de Anos de Hábito Tabágico	43
Figura 7 - Distribuição da amostra segundo o Sexo.....	44
Figura 8 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores e Não Fumadores segundo o Sexo.....	45
Figura 9 - Distribuição dos Alvéolos dos Fumadores segundo as Complicações Pós-operatórias	60
Figura 10 - Distribuição dos Alvéolos dos Não Fumadores segundo as Complicações Pós-operatórias	60
Figura 11 - Distribuição dos Alvéolos dos Fumadores segundo a Cicatrização	61
Figura 12 - Distribuição Alvéolos dos Não Fumadores segundo Cicatrização.....	61
Figura 13 - Distribuição dos Alvéolos dos Fumadores segundo a Inflamação	62
Figura 14 - Distribuição dos Alvéolos dos Não Fumadores segundo a Inflamação.....	62
Figura 15 - Distribuição dos Alvéolos dos Fumadores segundo a Infecção	62
Figura 16 - Distribuição dos Alvéolos dos Fumadores segundo a Dor.....	63
Figura 17 - Distribuição dos Alvéolos dos Não Fumadores segundo a Dor	63
Figura 18 - Distribuição dos Alvéolos dos Não Fumadores segundo o Hematoma.....	64
Figura 19 - Distribuição dos Alvéolos dos Fumadores segundo os Trismus	64
Figura 20 - Distribuição dos Alvéolos dos Fumadores segundo a Alveolite Seca.....	65
Figura 21 - Distribuição dos Alvéolos dos Não Fumadores segundo a Alveolite Seca .	65
Figura 22 - Distribuição dos alvéolos dos Não Fumadores segundo o Abscesso.....	65
Figura 23 - Distribuição da amostra entre o Hábito Tabágico e as Complicações Pós-operatórias	67
Figura 24 - Distribuição da amostra entre o Hábito Tabágico e a Cicatrização	68

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Número de Cigarros Diários.....	42
Tabela 2 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Número de Anos de Hábito Tabágico	43
Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo o Sexo	44
Tabela 4 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Sexo	45
Tabela 5 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo o Sexo	45
Tabela 6 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo as Habilitações Literárias.....	46
Tabela 7 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo as Habilitações Literárias.....	46
Tabela 8 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo a Profissão	47
Tabela 9 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo a Profissão	47
Tabela 10 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo a Classificação da Saúde Oral	47
Tabela 11 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo a Classificação da Saúde Oral	48
Tabela 12 - Distribuição dos Alvéolos Pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo a Frequência de Escovagem Diária	48
Tabela 13 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo a Frequência de Escovagem Diária	49
Tabela 14 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Uso do Fio Dentário	49
Tabela 15 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo o Uso do Fio Dentário	50
Tabela 16 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Uso do Escovilhão Dentário.....	50

Tabela 17 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo o Uso do Escovilhão Dentário.....	50
Tabela 18 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Uso do Colutório Oral	51
Tabela 19 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo o Uso do Colutório Oral.....	51
Tabela 20 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo a Hemorragia na Escovagem.....	52
Tabela 21 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo a Hemorragia na Escovagem.....	52
Tabela 22 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo a Classificação do Pós-Operatório	53
Tabela 23 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo a Suspeita de Complicações Pós-Operatórias	53
Tabela 24 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo as Complicações Pós-Operatórias Suspeitadas.....	53
Tabela 25 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo a Duração das Complicações Pós-Operatórias Suspeitadas.....	54
Tabela 26 Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo a Classificação do Pós-Operatório.....	54
Tabela 27 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo a Suspeita de Complicações Pós-Operatórias	55
Tabela 28 - Distribuição dos alvéolos pertencentes a indivíduos Não Fumadores segundo as Complicações Pós-Operatórias Suspeitadas	55
Tabela 29 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo a Duração das Complicações Pós-Operatórias Suspeitadas.....	55
Tabela 30 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo a Receção das Indicações com os Cuidados Pós-Extração	56
Tabela 31 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo a Transmissão dos Cuidados Pós-Extração	56
Tabela 32 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Cumprimento dos Cuidados Pós-Extração	57
Tabela 33 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores Segundo a Receção das Indicações com os Cuidados Pós-Extração.....	57

Tabela 34 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo a Transmissão dos Cuidados Pós-Extração.....	57
Tabela 35 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo o Cumprimento dos Cuidados Pós-Extração.....	57
Tabela 36 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo a Medicação no Pós-Operatório	58
Tabela 37 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Género de Medicação no Pós-Operatório.....	58
Tabela 38 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo a Medicação no Pós-operatório	58
Tabela 39 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo o Género de Medicação no Pós-Operatório	58
Tabela 40 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Hábito Tabágico no Período Pós-Extração.....	59
Tabela 41 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Hábito Tabágico no Período Imediato à extração	59
Tabela 42 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo a Retoma do Hábito Tabágico.....	59
Tabela 43 - Distribuição da amostra entre o Hábito Tabágico e as Complicações Pós-Operatórias.....	67
Tabela 44 - Distribuição da amostra entre o Hábito Tabágico e a Cicatrização	68
Tabela 45 - Distribuição da amostra entre o Hábito Tabágico e a Inflamação/Edema ..	69
Tabela 46 - Distribuição da amostra entre o Hábito Tabágico e a Infecção	70
Tabela 47 - Distribuição da amostra entre o Hábito Tabágico e a Dor	70
Tabela 48 - Distribuição da amostra entre o Hábito Tabágico e Hematoma.....	71
Tabela 49 - Distribuição da amostra entre o hábito Tabágico e Trismus	72
Tabela 50 - Distribuição da amostra entre o Hábito Tabágico e Alveolite Seca.....	72
Tabela 51 - Distribuição da amostra entre o Hábito Tabágico e Abscesso.....	73
Tabela 52 - Distribuição da amostra entre o Número de Cigarros Diários e Complicações Pós-Operatórias.....	74
Tabela 53 - Distribuição da amostra segundo os Hábitos Tabágicos no Pós-operatório e as Complicações Pós-operatórias	75

Lista de Abreviaturas

CDUEM: Clínica Dentária Universitária Egas Moniz

INS: Inquérito Nacional de Saúde

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

I. Introdução

Na sociedade atual, o tabagismo é considerado um problema enraizado e crescente que exige auxílio exclusivo e medidas de intervenção restritas (Sala & García, 2013).

Nas mais diversas cirurgias, várias complicações pós-operatórias têm sido associadas ao consumo de tabaco. Os indivíduos fumadores quando comparados com os não fumadores apresentam uma prevalência de complicações pós-operatórias 1,2 a 5,5 vezes superior (Bortoluzzi et al., 2012). Estudos sugerem que o hábito tabágico dos pacientes também apresenta uma elevada influência nas complicações pós-extração.

1. Tabaco

Estudos indicam que os componentes do tabaco causam danos graves em todos os órgãos do nosso organismo, estando relacionados com várias doenças sistêmicas, tais como: doença pulmonar obstrutiva crônica, infecções pulmonares (Stämpfli & Anderson, 2009), enfisema pulmonar, otites (Fraga et al., 2005), doenças cardiovasculares, probabilidade acrescida de acidente vascular cerebral (Stämpfli & Anderson, 2009) e úlcera gastrointestinal (Wang et al., 2015). O cancro do pulmão está intimamente relacionado com o hábito tabágico. Os indivíduos fumadores também possuem uma elevada taxa dos seguintes carcinomas: laringe, esófago, estômago, rim, bexiga (Fraga et al., 2005) e pancreático (Mallery, Tong, Michaels, Kiyani, & Hecht, 2013).

O hábito tabágico nas grávidas provoca várias consequências, tais como abortos involuntários, crescimento fetal lento, partos prematuros, baixo peso aquando o nascimento, reduzido Índice de Apgar e microcefalia (Correia et al., 2007).

Estudos demonstram que os indivíduos não fumadores também padecem das consequências do hábito tabágico de quem lhes rodeia, principalmente de doenças cardiovasculares e pulmonares (Fraga et al., 2005).

Existe uma dessincronização temporal entre o hábito tabágico e as enfermidades que este causa uma vez que os sinais e sintomas destas doenças são normalmente tardios (Fraga et al., 2005).

1.1 Tabagismo no Mundo

Estima-se que na população mundial o número de fumadores atinja os 1.3 biliões. Anualmente, o tabaco retira a vida de 5 a 6 milhões de indivíduos (Wang et al., 2015).

Segundo Mathers e Loncar (2006), o número de mortes motivadas pelo tabagismo projetadas para 2030 será ainda mais preocupante, apontando para uma média de 8.3 milhões. Mathers e Loncar (2006) acrescentam que entre 2002 e 2030, o número de mortes será maior nos países em vias de desenvolvimento, aumentando para o dobro, em contraste com os países desenvolvidos onde a taxa de mortalidade atribuída ao tabaco diminuirá cerca de 9% (Mathers & Loncar, 2006).

O tabaco é o principal responsável pelas mortes precoces fazendo com que os fumadores ativos tenham a esperança média de vida reduzida em 23 anos (Peto, Lopez, Boreham, Thun, & Heath, 1992).

1.2 Tabagismo em Portugal

Em Portugal, os dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2014 mostram que há aproximadamente 1,78 milhões de fumadores no nosso país, o que corresponde a cerca de 20% da população portuguesa. Em comparação com os números do INS de 2005/2006 verifica-se uma redução próxima dos 88 000 portugueses com hábitos tabágicos. O sexo masculino apresenta um número de fumadores (cerca de 1,2 milhões, o que se traduz em 27,8%) mais elevado que o sexo feminino (aproximadamente 0,6 milhões, o correspondente a 13,2%) (Direção Geral de Saúde, 2016). O tabagismo reduziu no sexo masculino mas aumentou ligeiramente no sexo feminino (DGS, 2016; Fraga et al., 2005).

O hábito tabágico, no nosso país, tem uma expressão maior na Região Autónoma dos Açores (DGS, 2016). Entre as zonas rurais e citadinas existe uma desigualdade em relação ao hábito tabágico mostrando que este é mais prevalente nas regiões citadinas (Fraga et al., 2005).

Segundo o Institute for Health Metrics and Evaluation, o tabagismo (nas suas diversas formas) causou perto de 11% das mortes ocorridas em 2013, retirando assim a vida a aproximadamente 12 350 portugueses (DGS, 2016).

1.3 Tabagismo e Saúde Oral

À semelhança do que acontece na saúde geral, a saúde oral é prejudicada pelo hábito tabágico dos pacientes. Os primeiros sinais nocivos surgem na cavidade oral, uma vez que os componentes do tabaco contactam diretamente com a população microbiana da mucosa oral (Yu et al., 2017). Yu e colaboradores (2017) através do seu estudo, onde analisaram o efeito do tabaco na microbiota de oitos diferentes locais orais (gengiva queratinizada, palato duro, mucosa bucal, dorso da língua, placa supra-gengival, placa subgengival, saliva e amígdalas palatinas), concluíram que existe apenas alteração na população microbiana da mucosa oral (nos restantes locais examinados a diferença entre a microbiota de fumadores e de não fumadores não era significativamente relevante).

O tabaco está relacionado com múltiplas perturbações orais tais como: estomatite nicotínica, cáries coronárias e radiculares, fenda labial e palatina, cancro oral, doença periodontal, cicatrização deficiente após tratamento periodontal, recessão gengival, língua pilosa (Winn, 2001), leucoplasia, candidíase oral (Wang et al., 2015) e maior risco de perda de dentes (Dietrich et al., 2015).

O tabaco é um dos fatores de risco mais importante para o desenvolvimento do cancro oral, aumentando a prevalência deste carcinoma 2 a 5 vezes. O número de anos de dependência e a quantidade de cigarros diários são variáveis que interferem no risco. Embora a abstinência tabágica contribua para a redução do risco, estudos indicam que 10 anos de privação do consumo de tabaco mantem o potencial cancerígeno 3 vezes superiores (Winn, 2001).

Sobre a relação entre hábito tabágico e doença periodontal, “estudos com um desenho transversal, uma associação entre o tabagismo e a doença periodontal, medida por perda de inserção é constantemente encontrada” (Winn, 2001, p.309). O risco de periodontite é duas a seis vezes superior em fumadores, a velocidade de desenvolvimento desta doença é mais acentuada nestes doentes. Tal como ocorre no cancro oral, a doença periodontal é influenciada pelo número de cigarros consumidos por dia e pela duração do hábito tabágico. A taxa de sucesso do tratamento periodontal é mais baixa quando este fator de risco está presente, uma vez que a cicatrização mostra-se deficiente em indivíduos fumadores. Estudos referem que a terapia periodontal onde a cessação tabágica esteve presente mostra resultados positivos (Winn, 2001).

A recessão gengival e as cáries coronárias têm uma prevalência superior quando o indivíduo é consumidor de tabaco de mascar. O tabaco de mascar possui poder cariogénico porque tem inúmeros açúcares fermentáveis na sua composição. A frequência de cáries radiculares é quatro vezes superior nestes pacientes (Winn, 2001).

A perda de peças dentárias é superior em indivíduos fumadores e, mais uma vez, esta relação está diretamente ligada ao número de cigarros consumidos diariamente. A perda de peças dentárias ocorre mais nos pacientes do sexo masculino e nos pacientes jovens (Dietrich et al., 2015). Dietrich e colaboradores (2015), concluíram que, comparativamente aos indivíduos não fumadores, o risco de perda dentária em homens fumadores com menos de 50 anos era 3 a 4 vezes superior e numa faixa etária mais elevada, superior a 60 anos, o risco de perda de dentes descia para metade. Dietrich e colaboradores (2015) acrescentam que o veículo entre o hábito tabágico e a perda de peças dentárias é, frequentemente, a periodontite. A cessação tabágica tem um papel crucial na redução da perda de dentes pelo tabaco.

Os indivíduos fumadores apresentam uma menor incidência de aftas, isto resulta do facto da mucosa dos fumadores ser mais resistente à ulceração por ser mais queratinizada (Winn, 2001).

2. Cicatrização Alveolar

A cicatrização tem o objetivo final de recuperar não só a arquitetura normal do tecido como a função do mesmo, restabelecendo uma continuidade das margens da ferida (Tazima, Vicente, & Moriya, 2008).

A cicatrização é influenciada por fatores locais e fatores sistémicos. A técnica cirúrgica, a isquemia, a infeção e a pressão tecidual elevada são alguns fatores locais que interferem negativamente na cicatrização. Como fatores sistémicos temos, entre outros, diabetes mellitus, hipotiroidismo, alterações da coagulação, deficiências nutricionais, insuficiência hepática, hábito tabágico e idade (Campos, Borges-Branco, & Groth, 2007).

A fase inflamatória, a fase proliferativa e a fase de modelação/remodelação são etapas que culminam no processo de cicatrização do alvéolo (Araújo, Silva, Misawa, & Sukekava, 2015).

2.1 Fase Inflamatória

Após a exodontia, ocorre instantaneamente a fase inflamatória que se prolonga por 2-3 dias. A formação do coágulo sanguíneo e a quimiotaxia de células inflamatórias são os dois eventos mais importantes que ocorrem nesta fase (Araújo et al., 2015). Os bordos da ferida são selados pelas plaquetas, hemácias e fibrina ativas na circulação sanguínea, originando assim o coágulo que por sua vez irá proteger a ferida de possível infecção (Tazima et al., 2008). Este coágulo irá armazenar proteínas para a formação de citocinas e fatores de crescimento (Campos et al., 2007). As primeiras células a atingirem o local cirúrgico são os neutrófilos e os monócitos. Estas células libertam radicais livres, eliminam os corpos estranhos e os agentes antigénicos, contribuindo assim para a destruição bacteriana. Após cumprirem a sua função, os neutrófilos são substituídos por macrófagos. Os macrófagos, além de ativarem os fibroblastos e as células endoteliais (células necessárias para as etapas seguintes da cicatrização) vão promover a angiogênese (Campos et al., 2007; Tazima et al., 2008). O tecido de granulação, formado por células inflamatórias e fibroblastos imaturos, será progressivamente permutado por uma matriz de colagénio provisória (Araújo et al., 2015).

2.2 Fase Proliferativa

A fase proliferativa tem início sensivelmente ao terceiro dia, estando repartida em dois acontecimentos relevantes: formação de tecido ósseo e fibroplasia. É representada pelas mudanças rápidas e intensas de formação de tecido (Araújo et al., 2015). Nesta fase da cicatrização ocorre a angiogênese, onde a formação de novos vasos sanguíneos é fundamental para uma correta cicatrização (Campos et al., 2007; Tazima et al., 2008). A fase proliferativa dura cerca de 2/3 semanas (Tazima et al., 2008).

2.3 Fase de Modelação/Remodelação óssea

Durante a cicatrização, o alvéolo padece de modelação e remodelação óssea provocando variações quantitativas e qualitativas no osso alveolar. As paredes do alvéolo sofrem reabsorção óssea e conseqüentemente existe uma alteração na dimensão do rebordo alveolar, a este processo chamamos de modelação óssea (existe uma mudança na forma e arquitetura do osso). Na remodelação óssea, observada na formação de osso maduro/lamelar a partir de tecido ósseo imaturo/não lamelar, não ocorre uma mudança na forma nem na arquitetura do osso, apenas uma substituição de tecido. A remodelação,

dependendo de cada indivíduo, é um processo que pode demorar alguns meses (Araújo et al., 2015).

2.4 A Cicatrização no Doente Fumador

A cicatrização intraoral é prejudicada pelo hábito tabágico dos pacientes, contudo o procedimento pelo qual esta relação negativa ocorre não é claro (Ozkan et al., 2014; Sørensen, 2012b) nem unânime na literatura. Sobre esta relação, Sørensen (2012b) afirma que “muitos mecanismos moleculares e celulares associados ao processo de cicatrização são afetados pelo tabaco” (p. 1069) tornando este tema complexo e em constante atualização.

Ozkan e colaboradores (2014), ao analisarem imuno-histoquimicamente a cicatrização dos alvéolos de ratos concluíram que esta, na presença de tabaco, revela-se um processo demorado, saindo prejudicada. Para Ozkan e colaboradores (2014), existem dois componentes principais responsáveis pelas consequências negativas do tabaco: o monóxido de carbono – leva à hipoxia celular por ter elevada afinidade com a hemoglobina – e a nicotina – provoca a diminuição dos níveis sistêmicos de prostaglandinas, reduz a proliferação de fibroblastos e causa vasoconstrição provocando a necrose do tecido.

Após a exodontia, ocorre a formação de um coágulo de fibrina através da ativação da cascata de coagulação e das plaquetas. Acredita-se que o tabaco modifica a constituição deste coágulo, especialmente ao nível das citoquinas, e fatores de crescimento (Sørensen, 2012b). Em pacientes fumadores “há uma redução do fator de crescimento derivado de plaquetas e do fator de crescimento transformante- β 1 (TGF- β 1) sugestivo de uma diminuição dos componentes estimuladores da inflamação” (Sørensen, 2012b, p.1069).

A fase inflamatória começa após a hemóstase, com a migração de células inflamatórias e fibroblastos. Esta resposta inflamatória é influenciada pelo tabaco afetando não só o número de células, a quimiotaxia e a migração como também a defesa bacteriana e a exocitose de enzimas proteolíticas dos neutrófilos (Sørensen, 2012b).

No indivíduo fumador a libertação de agentes pro-inflamatórios, como as interleucinas 1 e 8 (IL1 e IL8) e o fator de necrose tumoral (TNF- α), provocada pelas toxinas do tabaco (Sørensen, 2012b), faz aumentar a percentagem de neutrófilos

disponíveis para 23% (Sørensen, Nielsen, Kharazmi, & Gottrup, 2004). Todavia importa referir que independentemente do grupo, fumadores ou não fumadores, a quantidade de monócitos na circulação sanguínea apresenta níveis semelhantes (Sørensen et al., 2004). No estudo de Sørensen e colaboradores (2004), através de quimiluminescência, concluíram que em fumadores a quimiotaxia dos neutrófilos está aumentada 3% a 16% em relação a não fumadores. Ao inverso do que acontece com os neutrófilos, a quimiotaxia dos monócitos está reduzida em 57% em doentes fumadores (Sørensen et al., 2004). Estudos indicam que ao contrário da contagem e da quimiotaxia, a migração dos neutrófilos é afetada negativamente pelo tabaco o que resulta numa resposta inflamatória deficiente, retardando a cicatrização em indivíduos fumadores. A migração de monócitos e macrófagos, nos pacientes fumadores, também se apresenta diminuída. (Sørensen, 2012b).

Assim, “apesar da alta reatividade de neutrófilos no sangue de fumadores há uma deficiência deste tipo de células nas feridas e uma perturbação no comportamento dos monócitos/macrófagos” (Sørensen, 2012b, p.1070).

O consumo de tabaco compromete a fagocitose realizada pelos neutrófilos. Sørensen e os seus colaboradores (2004), no estudo com quimiluminescência, chegaram à conclusão que o metabolismo oxidativo, conhecido por “*burst*” oxidativo ou respiratório, realizado por neutrófilos e monócitos durante a fagocitose, apresenta uma redução de 53% e 68%, respetivamente, em doentes fumadores. No decorrer da fagocitose, o “*burst*” oxidativo é fundamental para o processo de cicatrização porque é um meio de eliminação importante de microrganismos, atuando como uma defesa bactericida (Sørensen, 2012b). “O comprometimento da atividade fagocitária e bactericida dos neutrófilos e dos monócitos/macrófagos altera a defesa precoce do hospedeiro, resultando numa capacidade reduzida para controlar a contaminação bacteriana das feridas e a infeção local cirúrgica pós-operatória” (Sørensen, 2012b, p.1070).

Na corrente sanguínea dos fumadores as metaloproteinases 8 e 9 (MMP-8 e MMP-9) – proteínas que degradam a matriz extracelular – são encontradas com maior frequência quando comparadas com os não fumadores. Nos pacientes fumadores ocorre a degradação do tecido conectivo devido à excessiva libertação da enzima proteolítica neutrófilica. Devido à reduzida síntese de colagénio, na fase proliferativa, a cicatrização

tardia e outras complicações pós-operatórias, como a deiscência de sutura e a hérnia incisional, poderão surgir mais facilmente em doentes fumadores (Sørensen, 2012b).

3. Complicações Pós-Operatórias

Terminada a sutura, começa a fase pós-operatória da cirurgia. O paciente deve estar devidamente esclarecido sobre as situações que podem ocorrer após a exodontia, tal como o modo de atuar caso sofra de alguma complicação pós cirúrgica (Hupp, Ellis III, & Tucker, 2014). Dor, edema/inflamação, hemorragia, hematoma, trismus, infeção e alveolites são as complicações mais frequentes no período pós-operatório.

3.1 Dor

A dor, até 24 horas após a extração, é considerada um processo normal no seguimento da intervenção cirúrgica, quando ultrapassa este período podemos estar perante uma complicação. Contudo, a dor no período pós-extração pode ser minorada se o médico dentista realizar uma técnica cirúrgica atraumática e o paciente cumprir com todas as recomendações pós-cirúrgicas. A dor pode ser controlada com analgésicos fracos e/ou juntamente com anti-inflamatórios não esteroides (AINE'S), caso não tenha o efeito desejado podemos prescrever analgésicos mais potentes ou ainda opiáceos suaves (Donado Rodríguez, 1998).

3.2 Edema e Inflamação

Após uma cirurgia ocorre frequentemente edema, assim Escoda e Aytés (2004) não o consideram uma complicação pós-extração mas como uma etapa normal do pós-operatório. Uma técnica cirúrgica atraumática pode ajudar a reduzir a extensão do edema. O efeito de vasoconstrição do gelo irá diminuir o sangue na zona da intervenção cirúrgica e por sua vez o edema. Assim, o paciente deve aplicar gelo em intervalos de 10 minutos, nas primeiras 24 horas de pós-operatório (Escoda & Aytés, 2004). Habitualmente, em casos de edemas e inflamações, é prescrito anti-inflamatórios (Donado Rodríguez, 1998). O edema inflamatório cursa ao fim de 5-6 dias, quando se prolonga por mais tempo, juntamente com o aumento da temperatura corporal, é necessário a administração de

antibióticos porque, provavelmente, estamos perante uma situação infecciosa (Escoda & Aytés, 2004).

3.3 Hemorragia

A extração dentária é, frequentemente, sucedida por hemorragia que se prolonga por 30-60 minutos, excedendo este período podemos estar presente uma complicação pós-operatória. As hemorragias pós-operatórias dividem-se em hemorragias de causas locais e hemorragias de causas sistémicas. As hemorragias de causas locais decorrem no seguimento de, por exemplo, uma fratura óssea, um ápex fraturado, um granuloma ou uma ferida arterial, venosa ou nos tecidos moles. (Escoda & Aytés, 2004). Realizar pressão com uma compressa, preencher o alvéolo com materiais que auxiliem a coagulação, como é o caso de esponjas de gelatina e fibras de colagénio, suturar o alvéolo e realizar alveoloplastia são as medidas de tratamento mais comuns para hemorragias de causas locais (Donado Rodríguez, 1998). As hemorragias de causas gerais ou sistémicas ocorrem, normalmente, quando estamos perante pacientes com desordens hemostáticas, nestas situações a complicação pode prolongar-se durante dias. Incluem-se pacientes com episódios prévios de distúrbios na coagulação, pacientes medicados com anticoagulantes, heparina ou anti-agregantes (Escoda & Aytés, 2004).

3.4 Hematoma e Equimose

A ocorrência de hematomas é mais frequente após extrações complexas e/ou traumáticas. Quando existe uma difusão e acumulação de sangue nos tecidos que rodeiam o local da exodontia estamos perante um hematoma ou equimose (Escoda & Aytés, 2004; Donado Rodríguez, 1998). Esta complicação tem a duração variável de 5 a 14 dias. Devido à debilidade dos vasos sanguíneos, esta complicação pós-operatória tem uma prevalência superior nos idosos (Escoda & Aytés, 2004).

3.5 Trismus

Quando o paciente, no pós-operatório, diminui a amplitude de abertura bucal estamos perante uma complicação denominada de trismus. Existem vários fatores que contribuem para o desenvolvimento desta complicação pós-operatória, como por exemplo:

- Técnica inadequada de anestesia.
- Qualidade e quantidade de anestesia administrada na cirurgia.
- Lesão do músculo pterigoideu interno durante a anestesia do nervo alveolar inferior.
- Espasmo muscular decorrente da inflamação inerente à cirurgia.
- Dor pós-operatória que limita o movimento mandibular.
- Difusão da infeção para os músculos mastigatórios e articulação temporomandibular.

(Escoda & Aytés, 2004)

Quanto mais posterior for a exodontia, com mais probabilidade ocorrerá esta complicação (Donado Rodríguez, 1998). Escoda e Aytés (2004) sugerem a aplicação de calor local na zona afetada e Donado Rodríguez (1998) sugere analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos, em caso de infeção.

3.6 Infeção

A cavidade oral constitui uma barreira contra infeções, pelos mecanismos de defesa salivar e forte vascularização. Contudo, no pós-operatório podem surgir infeções como abscessos e celulites, cujo tratamento, normalmente, passa por administrar antibióticos (Donado Rodríguez, 1998).

3.6.1 Alveolites

Para Escoda e Aytés (2004), a alveolite é uma infecção secundária relacionada com a extração dentária e apresenta-se com uma das complicações mais frequente e importante no período pós-operatório de uma exodontia. Frequentemente, as infecções provocam perturbações na cicatrização, retardando todo processo de cura (Hupp et al., 2014). Na literatura existem inúmeras classificações para agrupar as alveolites.

Escoda e Aytés (2004) dividem as alveolites em:

- Alveolites que surgem juntamente com processos inflamatórios ósseos graves;
- Alveolite Supurativa ou Húmida: resulta de uma reação de corpo estranho. Espículas ósseas ou restos dentários/radiculares são, frequentemente, encontrados no interior do alvéolo provocando a infecção do mesmo. Apresenta exsudado inflamatório e hemorragia.
- Alveolite superficial: subtipo da anterior contudo menos severa.
- Alveolite seca: variante mais grave, que cursa com dor intensa. Esta complicação pós-exodontia requer muita ponderação por parte do médico dentista.

3.6.1.1 Alveolite Seca

A alveolite seca é conhecida comumente por *dry socket* ou osteíte alveolar (Hupp et al., 2014; Escoda & Aytés, 2004). Na literatura, a patogênese da alveolite seca não está completamente esclarecida e não é unânime, existindo duas teorias para o seu desenvolvimento, a teoria fibrinolítica de Birn e a teoria bacteriana (Lagares et al., 2005). A teoria fibrinolítica conclui que a alveolite seca desenvolve-se porque ocorre a lise do coágulo sanguíneo em consequência de uma excessiva atividade de fibrinólise (Hupp et al., 2014; Lagares et al., 2005; Escoda & Aytés, 2004). Com a degradação do coágulo, o alvéolo encontra-se vazio, com exposição das paredes ósseas (Figura 1) originando dores intensas (Hupp et al., 2014; Escoda & Aytés, 2004). Para a teoria bacteriana existe uma infecção do alvéolo por microrganismos, principalmente *Actinomyces viscosus* e *Streptococcus mutants*, que retardam a cicatrização, desenvolvendo-se assim um quadro de alveolite seca (Lagares et al., 2005). Para Hupp e colaboradores (2014), a infecção do alvéolo não está na base da alveolite seca.



Figura 1 - Observação Intra-Oral de Alveolite Seca
(Escoda & Aytés, 2004)

Segundo Escoda e Aytés (2004), existem vários fatores que quando presentes potencializam o aparecimento de alveolite seca.

Em relação à idade do paciente, a alveolite seca parece ser mais prevalente em faixas etárias mais avançadas. Por um lado, o ligamento periodontal é mais espesso e assim menos vascularizado dificultando a formação de coágulo, por outro lado, o sistema imunitário encontra-se mais fragilizado (Escoda & Aytés, 2004).

A fraca imunidade dos pacientes vai influenciar o aparecimento de alveolite seca, algumas doenças sistêmicas e metabólicas favorecem esta complicação pós-cirúrgica.

O alcoolismo é um fator de risco para o aparecimento de alveolite seca (Escoda & Aytés, 2004).

Bienek e Filliben (2016) concluíram que as mulheres apresentam uma incidência de alveolite seca superior aos homens. Segundo Lagares e colaboradores (2005), as mulheres apresentam um risco 5 vezes superior em relação aos homens.

O uso de contraceptivos orais tem influência no desenvolvimento de alveolites secas (Bienek & Filliben, 2016; Escoda & Aytés, 2004; Lagares et al., 2005), as mulheres com esta medicação aumentam o risco desta complicação pós operatória 2 a 5 vezes (Alexander, 2000). Bienek e Filliben (2016), observaram que a percentagem de alveolite seca nas mulheres medicadas com contraceptivos orais (13,9%) era superior quando

comparada com mulheres que não tomam esta medicação (7,5%), aumentando o risco de ocorrência desta complicação pós-operatória para o dobro.

A alveolite seca está relacionada com o consumo de tabaco (Alexander, 2000; Bienek & Filliben, 2016; Escoda & Aytés, 2004; Halabí, Escobar, Muñoz, & Uribe, 2012) aumentando o risco 2 a 5 vezes (Alexander, 2000). Os pacientes que fumam cerca de um maço de tabaco por dia têm 20% mais probabilidade de desenvolver alveolite. Quando o paciente fuma no dia da extração ou no dia seguinte o risco de contrair uma alveolite seca é de 40% (Blum, 2002).

O risco de alveolite seca aumenta 10 vezes quando o paciente é, simultaneamente, fumador e utilizador de contraceptivos orais (Alexander, 2000).

Na mandíbula é mais provável ocorrer alveolite seca dado que esta apresenta uma estrutura óssea mais compacta e por isso menos vascularizada, diminuído assim a quantidade de sangue disponível para a formação do coágulo (Escoda & Aytés, 2004). Os sisos inferiores são os dentes com mais probabilidade de provocar uma alveolite seca (Hupp et al., 2014).

Vários estudos referem que a incidência de alveolite seca aumenta em exodontias unitárias. Em exodontias múltiplas a presença de uma grande quantidade de sangue favorece a criação e manutenção do coágulo, diminuindo assim a taxa de alveolite seca.

Em relação aos vasoconstritores e a sua influência na alveolite seca, Escoda e Aytés (2004) afirmam que existe uma relação positiva. Contudo, Blum (2002) refere que sobre anestesia geral também surgem alveolites secas no pós-operatório. Alexander (2000) corrobora a ideia que os anestésicos com vasoconstritor não interferem na alveolite seca.

Halabí e os seus colaboradores (2012), após analisarem os dados da sua investigação, concluíram que as três variáveis com mais probabilidade de provocarem uma alveolite seca são o tabagismo, a infeção anterior à extração e o traumatismo durante a cirurgia.

Os sintomas de uma alveolite seca são tardios, surgem dois a quatro dias após a cirurgia e englobam a dor intensa, aguda (Escoda & Aytés, 2004) e irradiada normalmente para o ouvido (Hupp et al., 2014). É importante realçar que nesta complicação pós-

operatória não estão presentes os sinais inflamatórios característicos (edema, rubor, calor, febre...) (Hupp et al., 2014; Escoda & Aytés, 2004). A alveolite seca tem um odor característico e não apresenta supuração, o que permite distinguir esta complicação da alveolite supurativa, que por sua vez exibe um cheiro menos ativo e o alvéolo está preenchido com exsudado purulento.

A alveolite seca pode ocorrer juntamente com linfadenopatias regionais (Escoda & Aytés, 2004).

A hipótese de osteomielite será colocada entre o 7º e o 10º dia caso o desconforto do paciente se mantenha não evidenciando melhoras (Escoda & Aytés, 2004).

A realização uma cirurgia cuidadosa, respeitando todas as regras e etapas cirúrgicas, sem esforço para os tecidos e na presença total de assepsia reduz a probabilidade de osteíte alveolar (Hupp et al., 2014). Para prevenir esta complicação pós-cirúrgica, Escoda e Aytés (2004), sugerem clorhexidina a 0,2%, ou outros antissépticos, tanto no período pré-operatório como nos dias seguintes à cirurgia. A probabilidade de ocorrência de alveolite seca diminui se no período pré-operatório o paciente realizar bochechos com clorhexidina a 0,12% e 0,2% e aplicar gel de clorhexidina a 0,2% após a cirurgia (Daly, Sharif, Newton, Jones, & Worthington, 2012). Como profilaxia, após a extração, o alvéolo deverá ser irrigado com uma solução salina (Hupp et al., 2014; Lagares et al., 2005) e, seguidamente, preenchido com materiais que contribuem para a formação do coágulo tais como, esponjas de gelatina (Hupp et al., 2014; Escoda & Aytés, 2004), colagénio, plasma rico em plaquetas e cola de fibrina (Escoda & Aytés, 2004). Hupp e colaboradores (2014) sugerem a colocação de antibióticos no alvéolo de forma isolada ou em conjunto com esponjas de gelatina. O médico dentista, como medida preventiva, pode ainda a prescrever antifibrinolíticos, como o ácido tranexâmico (Escoda & Aytés, 2004; Lagares et al., 2005).

O tratamento local da alveolite seca começa pela lavagem e limpeza do alvéolo com solução salina estrelizada (soro fisiológico) ou solução anestésica (Escoda & Aytés, 2004; Lagares et al., 2005). A curetagem do alvéolo é um procedimento que não pode ser praticado (Hupp et al., 2014; Escoda & Aytés, 2004), não só porque aumenta a dor, agravada pela exposição das paredes óssea (Hupp et al., 2014), como também existe o risco de propagação da infeção (Escoda & Aytés, 2004). Para o preenchimento do alvéolo, que se encontra vazio e exposto, existem muitas pastas e formulações de antibióticos,

anestésicos (lidocaína) ou corticoides numa base, normalmente, de eugenol e glicerina. O bálsamo de peru também é frequentemente usado no tratamento da alveolite seca (Escoda & Aytés, 2004). Segundo Cardoso, Rodrigues, Júnior, Garlet, e Carvalho (2010), uma pasta será considerada ideal caso se apresente bactericida, analgésica e antifibrinolítica, auxiliando a cicatrização do alvéolo (Cardoso, Rodrigues, Júnior, Garlet, & Carvalho, 2010). Escoda e Aytés (2004) sugerem ainda um curativo à base de eugenol e iodofórmio a 5% que, até desaparecer a dor e a exposição óssea, tem de ser substituído em intervalos de 2-3 dias. Para o tratamento desta complicação pós-operatória também pode ser utilizado pastas de óxido zinco e eugenol (Alexander, 2000). Passi e colaboradores (2014) no seu estudo, concluíram que para promover a cura e reduzir a dor da alveolite seca, devido ao seu poder anti-inflamatório e antibacteriano, pode-se aplicar extrato de mel no alvéolo (Passi et al., 2014).

A nível sistémico, para o tratamento da alveolite seca, prescreve-se anti-inflamatórios e analgésicos para aliviar a dor. Poder-se-á também prescrever antibióticos, contudo estes não curam a alveolite seca, apenas vão prevenir uma possível infeção (Escoda & Aytés, 2004).

4. Pós-Operatório no Doente Fumador

Na literatura as conclusões são unânimes, os doentes fumadores apresentam pior pós-operatório do que os não fumadores.

O doente fumador duplica o risco de sofrer uma das seguintes complicações pós-operatórias: infeção do local cirúrgico, deiscência da sutura, cicatrização tardia e cicatrização óssea deficiente (Sørensen, 2012a).

No doente fumador, a probabilidade de ocorrer necrose tecidual após uma cirurgia é quatro vezes superior (Sørensen, 2012a).

Meechan e colaboradores (1988), no seu estudo, concluíram que os pacientes fumadores apresentavam maior suprimento sanguíneo após a exodontia. A maxila é a arcada dentária onde esta associação entre o preenchimento do alvéolo com sangue após a exodontia e o tabaco é mais evidente, mostrando assim que nos fumadores o nível de sangue nos alvéolos maxilares é inferior ao nível de sangue nos alvéolos mandibulares

(Meechan et al., 1988). No mesmo estudo, também foi avaliada a prevalência de osteíte alveolar, concluindo que os fumadores que consomem diariamente mais de 20 cigarros, considerados fumadores pesados, apresentam mais esta complicação pós-operatória (Meechan et al., 1988).

Nas extrações de sisos inferiores, a probabilidade de ocorrer osteíte alveolar é quatro vezes superior em pacientes fumadores (Meechan et al., 1988).

Giorgetti, Neto, Casati, Sallum e Júnior (2012) provaram que a cicatrização óssea é influenciada pelo tabaco, este reduz o tecido não mineralizado e aumenta a área remanescente, prejudicando o osso recém-formado em termos de quantidade e qualidade. Assim, o processo de remodelação óssea é afetado pelo hábito tabágico dos pacientes (Giorgetti, Neto, Casati, Sallum, & Júnior, 2012).

García, Penarrocha, Martí, Gay-Escodad e Arx (2007) analisaram o pós-operatório de cirurgias periapicais em doentes fumadores e não fumadores, avaliando sobretudo a dor e o edema, e concluíram que a dor era mais frequente e intensa quando o paciente apresentava hábito tabágico no período pré-operatório (Figura 2). No mesmo estudo, concluíram que a dor após a extração é independente do número de cigarros consumidos no pós-operatório. Em relação ao edema, os autores não encontraram uma relação estatisticamente significativa entre esta complicação pós-cirúrgica e o hábito tabágico (Figura 2).

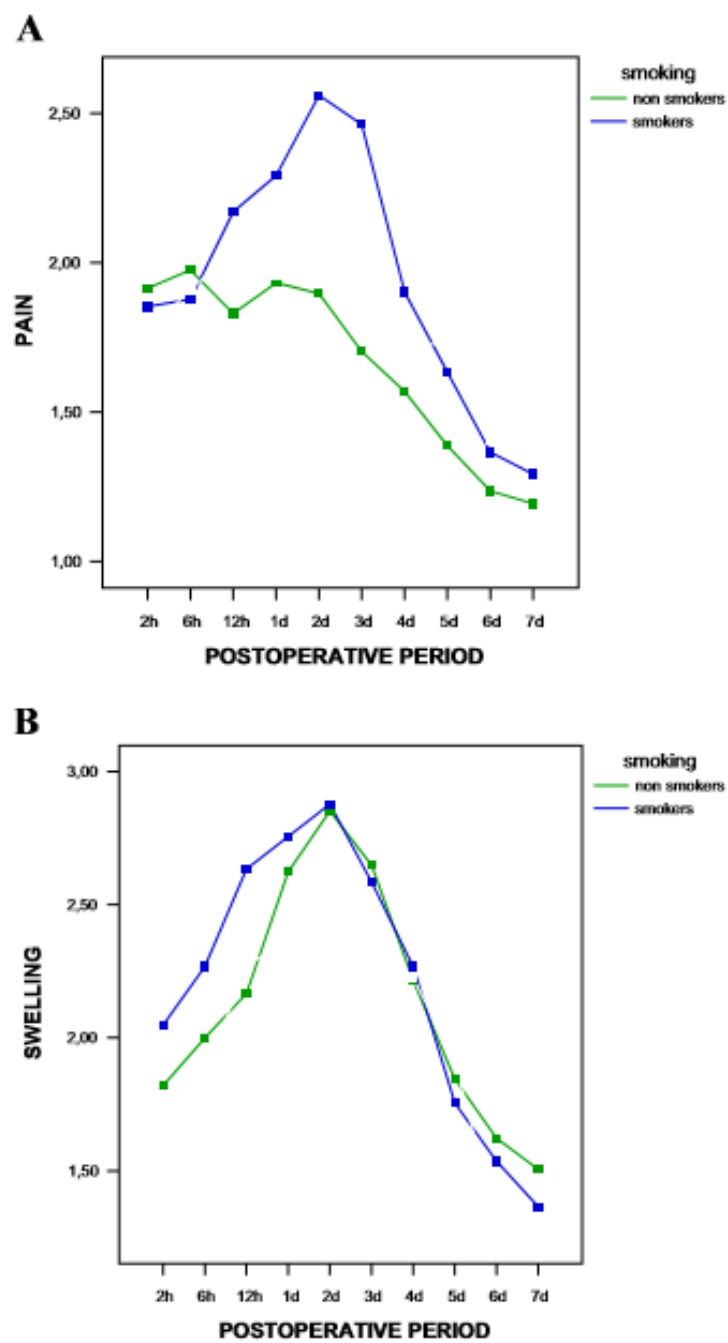


Figura 2 – Evolução da média da dor (A) e do edema (B) no período pós-operatório em fumadores e não fumadores. (García, Penarrocha, Martí, Gay-Escodad, & Arx, 2007)

5. Cessação Tabágica

O tabaco provoca resultados irreparáveis no organismo sendo que na sua maioria são processos patológicos irreversíveis. Todavia, a cessação tabágica no período pré-operatório é uma grande mais-valia, pois algumas consequências do tabagismo nos mecanismos biológicos são reversíveis, como por exemplo a oxigenação dos tecidos (Sørensen, 2012b).

Pacientes que não suspendem o consumo de tabaco apresentam mais complicações pós-operatórias do que pacientes que realizam cessação tabágica (Sørensen, 2012a).

Com a cessação tabágica a resposta inflamatória é restabelecida quase na totalidade, isto é, os efeitos prejudiciais do tabaco sobre os neutrófilos e monócitos/macrófagos são reversíveis (Sørensen, 2012b), este facto é comprovado pelo estudo de Sørensen, Karlsmark e Gottrup (2003) onde os fumadores que se abstiveram do tabaco apresentaram menos infeção pós-cirúrgica. Ao contrário dos efeitos positivos sobre a fase inflamatória, a cessação tabágica não influi nas fases de proliferação e remodelação. A resposta proliferativa continua prejudicada, ou seja, a proliferação de fibroblastos e a síntese/deposição de colagénio não é normalizada pela abstinência do tabaco (Sørensen, 2012b). Assim os pacientes que suspendem o hábito tabágico vão continuar a apresentar complicações de cariz não infeccioso numa taxa semelhante aos fumadores (Sørensen, 2012a, 2012b). A exemplo, a deiscência de sutura, que ao contrário da infeção local, não é influenciada pela cessação tabágica (Sorensen et al., 2003).

Ainda não está completamente esclarecido o tempo de cessação tabágica no período pré-operatório necessário para a redução de complicações pós-cirúrgicas (Cavichio, Pompeo, Oller, & Rossi, 2014). A cessação tabágica tem os seus efeitos potencializados se for realizada num período pré-operatório longo, onde o risco de desenvolver uma complicação pós-operatória é menor por cada semana de abstinência (Mills et al., 2011). Sørensen (2012a) afirma que a redução de complicações pós-operatórias infecciosas é conseguida pela cessação tabágica durante 4 a 8 semanas prévias à cirurgia. Quatro semanas de cessação tabágica é o suficiente para o efeito do tabaco sobre os neutrófilos ser anulado e consequentemente a incidência de infeções ser mais baixa (Sorensen et al., 2003).

Sørensen, e colaboradores (2004), num estudo com quimiluminescência, chegaram à conclusão que o “*burst*” oxidativo dos neutrófilos é restituído após 20 dias (3 semanas) de abstinência, este período de tempo é corroborado pelo estudo de Kuri, Nakagawa, Tanaka, Hasuo & Kishi (2005) onde analisaram, em pacientes submetidos a cirurgia de cabeça e pescoço, o período de cessação tabágica (Kuri, Nakagawa, Tanaka, Hasuo, & Kishi, 2005).

5.1 O papel do Médico Dentista na Cessação Tabágica

Na maioria dos casos, as consequências do tabaco na saúde geral não são precocemente detetáveis, sendo primeiro observado os efeitos deste na cavidade oral. Esta situação faz com que o médico dentista esteja na primeira linha de defesa contra o tabagismo. É necessário criar estratégias antitabágicas onde o médico dentista seja a figura principal. A cessação tabágica realizada pelo médico dentista demonstra-se uma ação simples, rápida, eficaz e económica. Para ajudar os médicos dentistas nesta tarefa existem vários métodos, um deles é o modelo dos 4A’s, que engloba as etapas perguntar (“*ask*”), aconselhar (“*advise*”), combinar (“*arrange*”) e apoiar (“*assist*”). Na primeira etapa, “*ask*”, deve-se confirmar regularmente o estado tabágico do doente. Seguintemente, na etapa “*advise*”, o doente deve ser devidamente esclarecido sobre a necessidade de parar de fumar, frisando os malefícios do tabaco na saúde oral e geral. Posteriormente, os doentes que demonstrem vontade de descontinuar o hábito tabágico devem ser encaminhados pelo médico dentista para as consultas de cessação tabágicas. Na última etapa, o médico dentista deve dar total apoio, suporte e motivação aos doentes que expressem o desejo de deixar o consumo do tabaco porém ainda não estão preparados para a desabitação. O tempo requerido, a ausência de sistemas de reembolso, a incerteza sobre os reais resultados e a resistência por parte do doente são algumas barreiras que a cessação tabágica desenvolvida pelo médico dentista enfrenta (Beaglehole & Benzian, 2005).

6. Objetivos

O objetivo principal deste trabalho de investigação reside na comparação da prevalência das complicações pós-extração em doentes fumadores e não fumadores verificando se existe uma associação significativa entre o hábito tabágico e as complicações pós-operatórias. Tendo como objetivo secundário a avaliação da complicação pós-extração mais frequente em pacientes fumadores e não fumadores.

7. Hipóteses

As hipóteses desta investigação são:

- Hipótese nula: Os doentes fumadores apresentam igual prevalência de complicações pós-extração em comparação com os doentes não fumadores. As variáveis hábito tabágico e complicações pós-extração não estão associadas.
- Hipótese alternativa: Os doentes fumadores apresentam uma maior prevalência de complicações pós-extração em comparação com os doentes não fumadores. As variáveis hábito tabágico e complicações pós-extração estão associadas.

II. Materiais e Métodos

1. Considerações Éticas

Este estudo foi submetido e posteriormente aprovado pela Comissão Ética da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz (Anexo 1). A Folha de Informação ao Doente (Anexo 2) foi apresentada a cada um dos voluntários que participaram na presente investigação, tal como o Consentimento Informado (Anexo 3), tendo este sido assinado por todos os intervenientes. Este trabalho de investigação respeitou os princípios éticos inerentes, sendo a participação voluntária e sem riscos associados. Todos os dados e resultados foram anónimos e utilizados apenas para fim estatístico.

2. Tipo de Estudo

Esta investigação é um estudo observacional analítico transversal que permite medir a prevalência das complicações pós-extração em doentes fumadores e não fumadores com o posterior objetivo de comparar estes dois grupos (estudo comparativo).

3. Local do Estudo

A investigação decorreu na Clínica Dentária Universitária Egas Moniz (CDUEM), pertencente ao Campus Universitário da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz.

4. Amostra

Nesta investigação participaram voluntariamente 62 indivíduos (32 não fumadores e 30 fumadores), os quais compareceram na CDUEM ao longo dos oito dias seguintes à cirurgia, realizada na mesma instituição, sendo que estes cumpriam com os critérios de inclusão no estudo.

Os 62 participantes permitiram uma amostra de 93 alvéolos.

A amostra foi recolhida de 3 de Maio de 2017 a 20 de Julho de 2017.

4.1 Critérios de Inclusão

A amostra incluiu pacientes saudáveis que frequentaram as instalações da CDUEM oito dias após a extração dentária para a remoção dos pontos de sutura, na consulta de controlo pós-operatório. A investigação englobou também os pacientes que recorreram à consulta de urgência da CDUEM com complicações pós-extração no período de oito dias seguintes à cirurgia.

4.2 Critérios de Exclusão

Esta investigação excluiu todos os pacientes que apresentaram um dos seguintes fatores:

- Menos de 18 anos;
- Pacientes grávidas ou a amamentar;
- Dentes inclusos
- Necessidade de medicação prévia à cirurgia;
- Necessidade de osteotomia ou odontosseção durante a cirurgia;
- Doenças sistémicas que influenciem a cicatrização;

5. Metodologia

Na consulta de controlo pós-operatório ou na consulta de urgência foi perguntado a cada paciente se estava interessado em participar no estudo, esclarecendo-o sobre os objetivos do mesmo. Seguidamente, a cada paciente, foi entregue a Folha de Informação ao Doente e o Consentimento Informado, o qual foi assinado por todos os pacientes. Posteriormente, foi aplicado um questionário (Anexo 4) sobre comportamentos de saúde oral, hábitos tabágicos e período pós-operatório. Posto isto, foi realizado um exame intra-oral para observar o local da extração, avaliar e registar o estado clínico do alvéolo, nomeadamente, no que respeita a cicatrização *versus* complicações pós-operatórias. As complicações pós-operatórias em estudo foram: cicatrização retardada; inflamação/edema; infeção; dor; hematoma; trismus; alveolite seca; alveolite húmida e abscesso. Por último, os pacientes com 8 dias de pós-operatório e que apresentavam sutura foi realizada a remoção da mesma. Os pacientes que recorreram ao serviço de urgência da CDUEM com complicações pós-operatórias receberam o respetivo tratamento, após a recolha dos dados. Os resultados relativos ao questionário aplicado a cada participante e

o respetivo registo do estado clínico do alvéolo foram inseridos no *Microsoft Excel*, numa base de dados, para posteriormente serem analisados estatisticamente.

6. Materiais

Em cada consulta de controlo do pós-operatório para o exame intra-oral e remoção da sutura foi utilizado:

- Máscara e luvas descartáveis;
- Babetes individuais e porta-babetes;
- 1 *Kit* básico constituído por um espelho intra-oral, uma pinça e uma sonda;
- 1 Tesoura ou 1 cabo bisturi nº3 e lâmina de bisturi nº 15;

Nas consultas de urgência, para o tratamento das várias complicações pós-operatórias foi utilizado:

- Máscara e luvas descartáveis;
- Babetes individuais e porta-babetes;
- 1 *Kit* básico constituído por um espelho intra-oral, uma pinça e uma sonda;
- Aspirador de saliva descartável;
- Compressas esterilizadas;
- Seringas e agulhas esterilizadas;
- Clorhexidina líquida 0.12% e 0.20%;
- Clorhexidina gel 0.20%;
- Soro fisiológico estéril;
- Curetas cirúrgica;
- Pasta analgésica e antisséptica (para tratamento de alveolite seca);

7. Análise Estatística

Os dados recolhidos na consulta de controlo pós-operatório e na consulta de urgência foram reunidos e introduzidos no *Microsoft Excel*, para posterior análise estatística. Para a análise estatística foi utilizado o programa IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) Statistics versão 24.0 para Windows. A análise englobou medidas de estatística descritiva e estatística inferencial, nesta última considerou-se um nível de significância de 5%.

III. Resultados

1. Análise Descritiva – Caracterização da Amostra

No estudo participaram 62 indivíduos (32 não fumadores e 30 fumadores) permitindo uma amostra de 93 alvéolos (Figura 3), dado que existiam participantes que efetuaram exodontias múltiplas, e portanto, apresentaram no pós-operatório múltiplos alvéolos em condições de serem analisados. Posto isto, a unidade estatística é pois o alvéolo.

Os indivíduos não fumadores apresentam um total de 39 alvéolos, sendo que 84,37% (n=27) dos participantes têm 1 alvéolo, 9,37% (n=3) têm 2 alvéolos e 6,25% (n=2) têm 3 alvéolos.

Os indivíduos fumadores apresentam um total de 54 alvéolos, sendo que 80% (n=24) dos participantes têm 1 alvéolo, 10% (n=3) têm 2 alvéolos, 3,(3)% (n=1) têm 4 alvéolos, 3,(3)% (n=1) têm 5 alvéolos e 3,(3)% (n=1) têm 15 alvéolos.



Figura 3 - Distribuição dos 93 alvéolos (amostra) pelos grupos Alvéolos de Fumadores e Alvéolos dos Não Fumadores

1.1 Hábitos Tabágicos

A amostra é constituída por 93 alvéolos dos quais, 42% (n=39) pertencem ao grupo dos alvéolos dos não fumadores e 58% (n=54) pertencem ao grupo dos alvéolos dos fumadores (Figura 4).

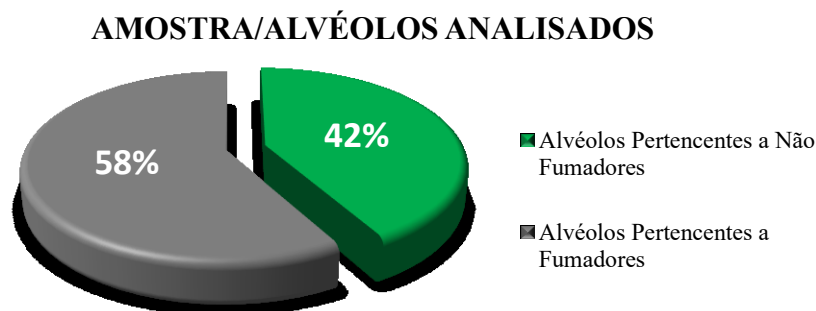


Figura 4 - Distribuição da amostra segundo Hábito Tabágico

1.1.1 Número de Cigarros Diários

Dos 54 alvéolos pertencentes a indivíduos fumadores, 37% (n=20) pertencem a indivíduos que fumam menos de 10 cigarros por dia e 63% (n=34) são de fumadores que consomem 10 ou mais cigarros por dia (Tabela 1 e Figura 5).

Número de Cigarros por dia				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Menos de 10 Cigarros/dia	20	37,00	37,0
	10 ou Mais Cigarros/dia	34	63,00	100,0
Total		54	100,0	

Tabela 1 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Número de Cigarros Diários

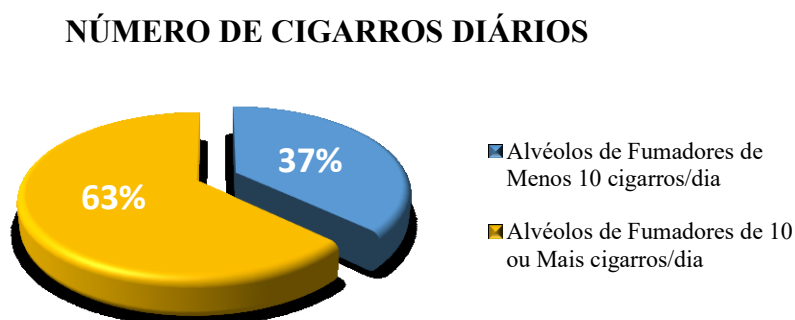


Figura 5 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Número de Cigarros Diários

1.1.2 Duração do Hábito Tabágico

Dos 54 alvéolos pertencentes a indivíduos fumadores, 27,8% (n=15) pertencem a indivíduos que fumam há menos de 10 anos e 72,2% (n=39) pertencem a indivíduos que fumam há 10 ou mais anos (Tabela 2 e Figura 6).

Número de Anos de Hábito Tabágico			
		Frequência	Percentagem
Válidos	Menos de 10 anos	15	27,8
	10 ou Mais anos	39	72,2
Total		54	100,0

Tabela 2 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Número de Anos de Hábito Tabágico

NÚMERO DE ANOS DE HÁBITO TABÁGICO

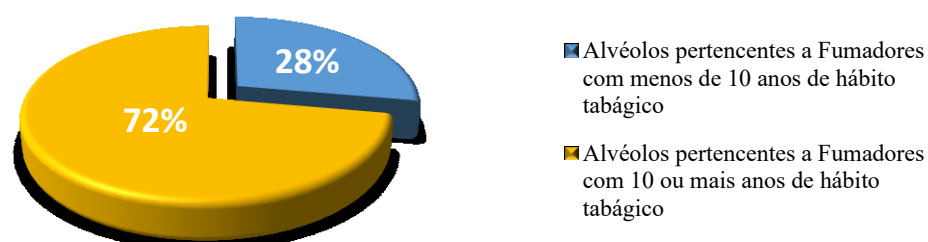


Figura 6 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Número de Anos de Hábito Tabágico

1.2 Idade

A amostra foi constituída por um total de 93 alvéolos pertencentes a indivíduos entre os 18 e 83 anos. A idade média da amostra é de 50,19 anos. No grupo dos alvéolos pertencentes a fumadores a idade média é de 47,85 anos e no grupo dos alvéolos de não fumadores é de 53,44 anos.

1.3 Sexo

Em relação ao género, a amostra é maioritariamente do sexo masculino (57%), tendo sido observados 53 alvéolos pertencentes ao sexo masculino e apenas 40 alvéolos pertencentes ao sexo feminino (43%) (Tabela 3 e Figura 7).

Sexo				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Masculino	53	57,0	57,0
	Feminino	40	43,0	100,0
	Total	93	100,0	

Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo o Sexo

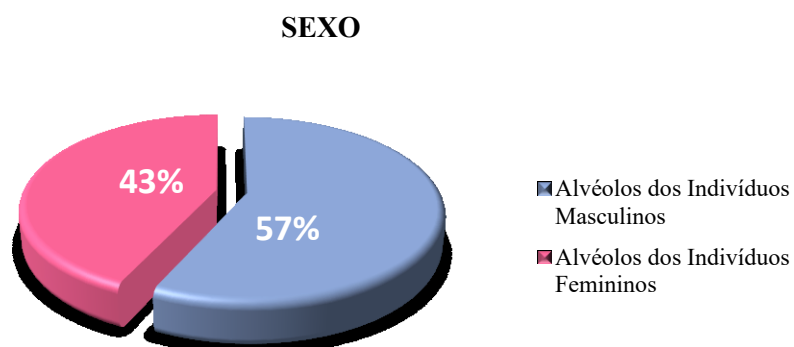


Figura 7 - Distribuição da amostra segundo o Sexo

No grupo dos alvéolos dos fumadores, existe uma maior percentagem pertencente ao sexo masculino (72,2%), tendo sido observados 39 alvéolos. Neste grupo, foram analisados 15 alvéolos pertencentes ao sexo feminino (27,8%) (Tabela 4 e Figura 8).

No grupo dos alvéolos dos não fumadores existe uma maior percentagem pertencente ao sexo feminino (64,1%), sendo observados 25 alvéolos. Neste grupo, foram observados 14 alvéolos pertencentes ao sexo masculino (35,9%) (Tabela 5 e Figura 8).

Sexo				
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Válidos	Masculino	39	72,2	72,2
	Feminino	15	27,8	100,0
	Total	54	100,0	

Tabela 4 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Sexo

Sexo				
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Válidos	Masculino	14	35,9	35,9
	Feminino	25	64,1	100,0
	Total	39	100,0	

Tabela 5 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo o Sexo

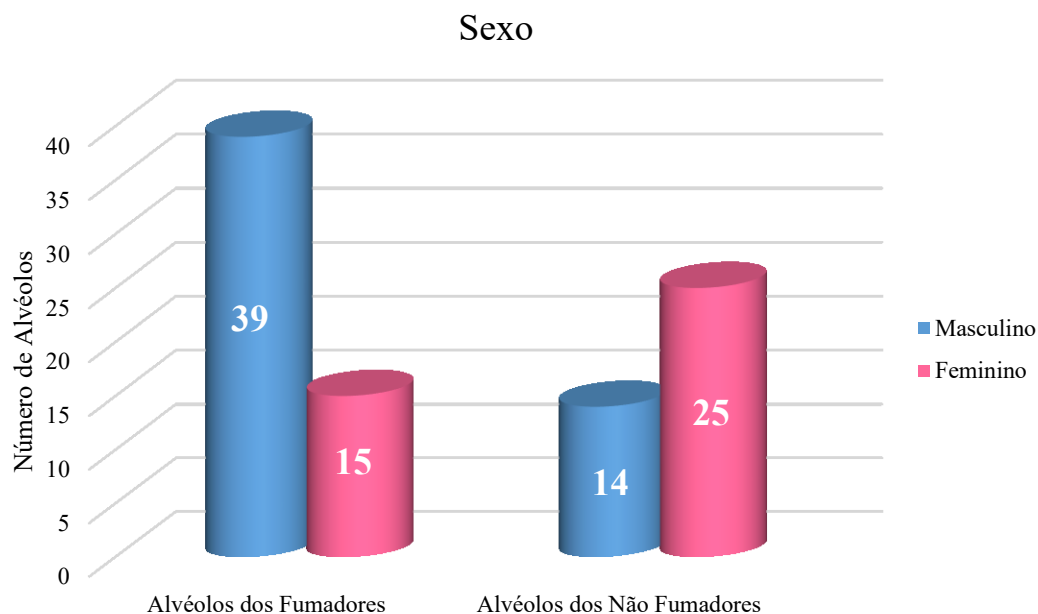


Figura 8 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores e Não Fumadores segundo o Sexo

1.4 Habilidades Literárias

Em relação às habilidades literárias, 54,8% (n=51) dos alvéolos pertencem a indivíduos que têm o ensino básico, 20,4% (n=19) pertencem a pacientes que têm o ensino secundário e 24,7% (n=23) são de indivíduos com o ensino superior.

No grupo dos alvéolos pertencentes a fumadores, 59,3% (n=32) pertencem a indivíduos com o ensino básico, 18,5% (n=10) pertencem a pacientes com ensino secundário e 22,2% (n=12) são de indivíduos com o ensino superior (Tabela 6).

Habilitações Literárias				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Ensino Básico	32	59,3	59,3
	Ensino Secundário	10	18,5	77,8
	Ensino Superior	12	22,2	100,0
	Total	54	100,0	

Tabela 6 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo as Habilitações Literárias

No grupo dos alvéolos dos não fumadores, 48,7% (n=19) pertencem a indivíduos com o ensino básico, 23,1% (n=9) pertencem a pacientes com ensino secundário e 28,2% (n=11) são de indivíduos com o ensino superior (Tabela 7).

Habilitações Literárias				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Ensino Básico	19	48,7	48,7
	Ensino Secundário	9	23,1	71,8
	Ensino Superior	11	28,2	100,0
	Total	39	100,0	

Tabela 7 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo as Habilitações Literárias

1.5 Profissão

No geral, a população encontra-se empregada (65,6%, n=61), embora 34,4% (n=32) esteja desempregada/reformada.

O grupo dos alvéolos pertencentes a fumadores apresenta 81,5% (n=44) da população empregada e 18,5% (n=10) são alvéolos que pertencem a indivíduos fumadores desempregados/reformados (Tabela 8).

Profissão				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Empregado	44	81,5	81,5
	Desempregado/Reformado	10	18,5	100,0
	Total	54	100,0	

Tabela 8 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo a Profissão

No grupo dos alvéolos pertencentes a não fumadores, 43,6% (n=17) pertencem a indivíduos que estão empregados e 56,4% (n=22) são de pacientes desempregados/reformados (Tabela 9).

Profissão				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Empregado	17	43,6	43,6
	Desempregado/Reformado	22	56,4	100,0
	Total	39	100,0	

Tabela 9 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo a Profissão

1.6 Hábitos de Saúde Oral

1.6.1 Classificação da Saúde Oral

De forma geral, em relação à classificação da saúde oral, 62,4% (n=58) são alvéolos pertencentes a pacientes que consideram ter uma boa saúde oral e apenas 37,6% (n=35) são alvéolos de pacientes que consideram ter uma má saúde oral.

No grupo dos alvéolos dos fumadores, 64,8% (n=35) pertencem a indivíduos que afirmam ter uma boa saúde oral e 35,2% (n=19) são de indivíduos que declaram ter uma saúde oral má (Tabela 10).

Saúde Oral				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Boa	35	64,8	64,8
	Má	19	35,2	100,0
	Total	54	100,0	

Tabela 10 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo a Classificação da Saúde Oral

No grupo dos alvéolos dos não fumadores, 59% (n=23) pertencem a pacientes que afirmam ter uma saúde oral boa e 41% (n=16) pertencem a indivíduos que declaram ter má saúde oral (Tabela 11).

Saúde Oral				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Boa	23	59,0	59,0
	Má	16	41,0	100,0
	Total	39	100,0	

Tabela 11 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo a Classificação da Saúde Oral

1.6.2 Escovagem Diária

Em relação à escovagem diária 1,1% (n=1) da amostra pertence a indivíduos que não escovam os dentes diariamente. 10,8% (n=10) alvéolos pertencem a pacientes que escovam os dentes apenas uma vez por dia. 83,9% (n=78) alvéolos são de indivíduos que afirmam que escovam os dentes diariamente 2 a 3 vezes e 4,3% (n=4) são de indivíduos que escovam os dentes mais de três vezes por dia.

No grupo dos alvéolos dos fumadores, 11,1% (n=6) pertencem a indivíduos que escovam os dentes apenas 1 vez por dia, 87% (n=47) pertencem a indivíduos fumadores que escovam os dentes diariamente 2 a 3 vezes e 1,9% (n=1) pertencem a indivíduos que escovam os dentes mais de três vezes por dia (Tabela 12).

Frequência de Escovagem Diária				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Nenhuma	0	0	0
	1 vez/dia	6	11,1	11,1
	2-3 vezes/dia	47	87,0	98,1
	+ 3 vezes/dia	1	1,9	100,0
	Total	54	100,0	

Tabela 12 - Distribuição dos Alvéolos Pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo a Frequência de Escovagem Diária

No grupo dos alvéolos dos não fumadores, existe 1 (2,6%) pertencente a um indivíduo que não escova os dentes diariamente. 10,3% (n=4) alvéolos pertencem a indivíduos que diariamente escovam os dentes apenas 1 vez, 79,5% (n=31) alvéolos pertencem a indivíduos não fumadores que escovam os dentes diariamente 2 a 3 vezes e 7,7% (n=3) pertencem a indivíduos que escovam os dentes mais de três vezes por dia (Tabela 13).

Frequência de Escovagem Diária				
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Válidos	Nenhuma	1	2,6	2,6
	1 vez/dia	4	10,3	12,8
	2-3 vezes/dia	31	79,5	92,3
	+ 3 vezes/dia	3	7,7	100,0
	Total	39	100,0	

Tabela 13 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo a Frequência de Escovagem Diária

1.6.3 Fio Dentário

Em relação ao uso do fio dentário, apenas 19,4% (n=18) do total dos alvéolos pertencem a indivíduos que usam o fio dentário e 80,6% (n=75) pertencem a indivíduos que não utilizam este instrumento de higiene oral.

No grupo dos alvéolos dos fumadores, somente 13% (n=7) são de indivíduos que usam o fio dentário e 87% (n=47) pertencem a indivíduos que não o usam (Tabela 14).

Fio Dentário				
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Válidos	Sim	7	13,0	13,0
	Não	47	87,0	100,0
	Total	54	100,0	

Tabela 14 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Uso do Fio Dentário

No grupo dos alvéolos dos não fumadores, 28,2% (n=11) são de indivíduos que usam o fio dentário e 71,8% (n=28) são de indivíduos que não o usam (Tabela 15).

Fio Dentário				
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Válidos	Sim	11	28,2	28,2
	Não	28	71,8	100,0
	Total	39	100,0	

Tabela 15 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo o Uso do Fio Dentário

1.6.4 Escovilhão Dentário

De modo geral, a percentagem de alvéolos pertencentes a indivíduos que usam o escovilhão dentário é apenas 11,8 (n=11) e 88,2% (n=82) são de indivíduos que não usam o escovilhão dentário. Quando a análise é realizada por grupos, no grupo dos alvéolos pertencentes indivíduos fumadores observa-se que 14,8% (n=8) são de indivíduos que utilizam o escovilhão e 85,2% (n=46) são de indivíduos que não utilizam este instrumento de higiene oral (Tabela 16). No grupo dos alvéolos dos não fumadores 7,7% (n=3) pertencem a indivíduos que utilizam o escovilhão e 92,3% (n=36) são de indivíduos que não utilizam este instrumento de higiene oral (Tabela 17).

Escovilhão Dentário				
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Válidos	Sim	8	14,8	14,8
	Não	46	85,2	100,0
	Total	54	100,0	

Tabela 16 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Uso do Escovilhão Dentário

Escovilhão Dentário				
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Válidos	Sim	3	7,7	7,7
	Não	36	92,3	100,0
	Total	39	100,0	

Tabela 17 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo o Uso do Escovilhão Dentário

1.6.5 Colutório Oral

De uma forma geral, 43% (n=40) alvéolos pertencem a indivíduos que realizam bochechos com colutório e 57% (n=53) pertencem a indivíduos que não possuem este hábito de higiene oral.

No grupo dos alvéolos dos fumadores, 40,7% (n=22) são de indivíduos que usam o colutório oral, 59,3% (n=32) pertencem a indivíduos que não o usam (Tabela 18).

Colutório Oral				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Sim	22	40,7	40,7
	Não	32	59,3	100,0
	Total	54	100,0	

Tabela 18 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Uso do Colutório Oral

No grupo dos alvéolos pertencentes aos não fumadores, 46,2% (n=18) são de indivíduos que usam o colutório oral, 53,2% (n=21) são de indivíduos que não o usam (Tabela 19).

Colutório Oral				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Sim	18	46,2	46,2
	Não	21	53,2	100,0
	Total	39	100,0	

Tabela 19 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo o Uso do Colutório Oral

1.6.6 Hemorragia à Escovagem

Na globalidade dos alvéolos, a hemorragia à escovagem está presente em 28% (n=26) dos casos e ausente em 72% (n=67).

Dentro do grupo dos alvéolos pertencentes aos fumadores, 27,8% (n=15) são de indivíduos que têm hemorragia à escovagem e 72,2% (n=39) são de indivíduos que não possuem hemorragia quando escovam os dentes (Tabela 20).

No grupo dos alvéolos dos não fumadores, 28,2% (n=11) pertencem a indivíduos que possuem hemorragia e 71,8% (n=28) são pertencentes a indivíduos que não sangram à escovagem (Tabela 21).

Hemorragia à escovagem				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Sim	15	27,8	27,8
	Não	39	72,2	100,0
	Total	54	100,0	

Tabela 20 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo a Hemorragia na Escovagem

Hemorragia à escovagem				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Sim	11	28,2	28,2
	Não	28	71,8	100,0
	Total	39	100,0	

Tabela 21 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo a Hemorragia na Escovagem

1.7 Pós-Operatório

Na amostra total, 60,2% (n=56) alvéolos são de pacientes que afirmam ter tido um bom pós-operatório e 39,8% (n=37) pertencem a pacientes que declaram ter tido um mau pós-operatório. 57% (n=53) alvéolos são de pacientes que no seu entender não desenvolveram quaisquer complicações pós-cirúrgicas e 43% (n=40) pertencem a pacientes que pensam ter desenvolvido uma ou mais complicações pós-operatórias. Na questão subjetiva referente ao tipo de complicações sentidas, destes últimos 40 alvéolos, 45% (n=18) pertencem a indivíduos que, no seu entender, tiveram somente dor, 45% (n=18) pertencem a indivíduos que pensam que tiveram dor em conjunto com inflamação, 5% (n=2) são de indivíduos que referem dor em conjunto com hemorragia, 2,5% (n=1) são de indivíduos que mencionam abscesso e inflamação e 2,5% (n=1) são de indivíduos que dizem padecer de dor, abscesso e inflamação. Ainda sobre os alvéolos pertencentes a indivíduos que pensam ter tido uma ou mais complicações pós-operatórias, 57,5% (n=23) são pertencentes a indivíduos que dizem que a complicação pós-operatória perdurou mais de 24 horas e 42,5% (n=17) são de indivíduos que afirmam que a complicação pós-operatória não ultrapassou as 24 horas.

No grupo dos alvéolos dos fumadores, 55,6% (n=30) pertencem a indivíduos que afirmam ter tido um bom período pós-operatório e 44,4% (n=24) pertencem a indivíduos que declaram ter tido um mau pós-operatório (Tabela 22). 51,9% (n=28) dos alvéolos dos fumadores pertencem a pacientes que no seu entender não desenvolveram quaisquer complicações pós-cirúrgicas e 48,1% (n=26) são alvéolos de pacientes que pensam ter desenvolvido uma ou mais complicações pós-operatórias (Tabela 23). Assim, na questão referente ao tipo de complicações sentidas dos anteriores 26 alvéolos, 38,4% (n=10) pertencem a indivíduos que dizem ter sentido somente dor e 61,5% (n=16) são de indivíduos que afirmam que tiveram dor em conjunto com inflamação (Tabela 24). Ainda sobre estes 26 alvéolos, 96,2% (n=25) são pertencentes a indivíduos que afirmam que a complicação pós-operatória sentida se prolongou para além das 24 horas iniciais e 3,8% (n=1) corresponde aos alvéolos de indivíduos que afirmam que a complicação pós-operatória ficou limitada às 24 horas iniciais (Tabela 25).

Classificação do Pós-operatório				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Bom	30	55,6	55,6
	Mau	24	44,4	100,0
	Total	54	100,0	

Tabela 22 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo a Classificação do Pós-Operatório

Suspeita de Complicações Pós-Operatórias				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Sim	26	48,1	48,1
	Não	28	51,9	100,0
	Total	54	100,0	

Tabela 23 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo a Suspeita de Complicações Pós-Operatórias

Complicações Pós-Operatórias Suspeitadas				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Dor	10	38,4	38,4
	Dor + Inflamação	16	61,5	100,0
	Total	26	100,0	

Tabela 24 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo as Complicações Pós-Operatórias Suspeitadas

Duração das Complicações Pós-Operatórias Suspeitadas				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	24 Horas Iniciais	1	3,8	3,8
	+ 24 Horas	25	96,2	100,0
	Total	26	100,0	

Tabela 25 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo a Duração das Complicações Pós-Operatórias Suspeitadas

Em relação ao grupo dos alvéolos dos não fumadores, 66,7% (n=26) pertencem a indivíduos que classificaram como bom o seu pós-operatório e 33,3% (n=13) pertencem a indivíduos que afirmam ter tido um mau pós-operatório (Tabela 26). A percentagem de alvéolos pertencentes a pacientes não fumadores que no seu entender não desenvolveram quaisquer complicações pós-cirúrgicas foi de 64,1% (n=25) e 35,9% (n=14) são alvéolos de pacientes que afirmam ter desenvolvido uma ou mais complicações pós-operatórias (Tabela 27). Na questão subjetiva referente ao tipo de complicações sentidas, destes últimos 14 alvéolos, 50% (n=7) pertencem indivíduos que reportaram sentir apenas dor, 21,4% (n=3) são de indivíduos que pensam ter desenvolvido dor em conjunto com inflamação, 14,3% (n=2) pertencem a indivíduos que referem, como complicação sentida, a dor em conjunto com hemorragia, 7,1% (n=1) são de indivíduos que mencionam abscesso e inflamação e 7,1% (n=1) são de indivíduos que pensam ter desenvolvido no período pós-operatório dor, abscesso e inflamação (Tabela 28). Ainda sobre estes 14 alvéolos pertencentes a indivíduos não fumadores que dizem ter sentido complicações pós-operatórias, 78,6% (n=11) são de indivíduos que dizem que a complicação pós-operatória ultrapassou as 24 horas iniciais e 21,4% (n=3) são de indivíduos que afirmam que a complicação pós-operatória não ultrapassou as primeiras 24 horas (Tabela 29).

Classificação do Pós-operatório				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Bom	26	66,7	66,7
	Mau	13	33,3	100,0
	Total	39	100,0	

Tabela 26 Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo a Classificação do Pós-Operatório

Suspeita de Complicações Pós-Operatórias				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Sim	14	35,9	64,1
	Não	25	64,1	100,0
	Total	39	100,0	

Tabela 27 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo a Suspeita de Complicações Pós-Operatórias

Complicações Pós-Operatórias Suspeitadas				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Dor	7	50,0	50,0
	Dor + Inflamação	3	21,4	71,4
	Dor + Hemorragia	2	14,3	85,7
	Abcesso + Inflamação	1	7,1	92,8
	Dor + Abcesso + Inflamação	1	7,1	100,0
	Total	14	100,0	

Tabela 28 - Distribuição dos alvéolos pertencentes a indivíduos Não Fumadores segundo as Complicações Pós-Operatórias Suspeitadas

Duração das Complicações Pós-Operatórias Suspeitadas				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	24 Horas Iniciais	3	21,4	21,4
	+ 24 Horas	11	78,6	100,0
	Total	26	100,0	

Tabela 29 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo a Duração das Complicações Pós-Operatórias Suspeitadas

1.8 Cuidados Pós-Operatórios

Em relação à transmissão dos cuidados pós-extração, 94,6% (n=88) alvéolos pertencem a indivíduos que receberam as indicações/recomendações referentes aos cuidados pós-operatórios e apenas 5,4% (n=5) são de indivíduos que não receberam quaisquer indicações de como proceder no pós-operatório. Dos 88 alvéolos pertencentes a indivíduos que receberam as indicações referentes aos cuidados pós-operatórios, 73,9% (n=65) são de indivíduos em que a transmissão ocorreu de forma escrita e 26,1% (n=23) são de indivíduos que receberam de forma oral as indicações. Ainda sobre estes 88 alvéolos, 94,3% (n=83) pertencem a pacientes que cumpriram com as indicações

fornecidas e apenas 5,7% (n=5) pertencem a pacientes que não seguiram as recomendações de como agir no período pós extração.

Em relação aos 54 alvéolos pertencentes aos fumadores, 96,3% (n=52) são de pacientes que receberam as indicações de como agir no período pós-extração (Tabela 30) destes, 82,7% (n=43) pertencem a indivíduos em que a transmissão ocorreu forma escrita e 17,3% (n=9) são de indivíduos que receberam as indicações de forma oral (Tabela 31). Dos alvéolos pertencentes a indivíduos que receberam as indicações sobre os cuidados, 94,2% (n=49) são de indivíduos que cumpriram as indicações e apenas 5,8% (n=3) pertencem a indivíduos que não cumpriram (Tabela 32).

Em relação aos 39 alvéolos dos não fumadores, 92,3% (n=36) são de pacientes que receberam as indicações pós extração (Tabela 33) dos quais, 61,1% (n=22) pertencem a indivíduos em que a transmissão ocorreu forma escrita e 38,9% (n=14) de forma oral (Tabela 34). Dos alvéolos pertencentes a indivíduos que receberam as indicações sobre os cuidados pós-operatórios, 94,4% (n=34) são alvéolos de indivíduos que cumpriram os cuidados e apenas 5,6% (n=2) pertencem a indivíduos que não cumpriram (Tabela 35).

Receção das Indicações com os Cuidados Pós-extração				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Sim	52	96,3	96,3
	Não	2	3,7	100,0
	Total	54	100,0	

Tabela 30 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo a Receção das Indicações com os Cuidados Pós-Extração

Transmissão dos Cuidados Pós-extração				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Escrita	43	82,7	82,7
	Oral	9	17,3	100,0
	Total	52	100,0	

Tabela 31 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo a Transmissão dos Cuidados Pós-Extração

Cumprimento dos Cuidados Pós-extração				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Sim	49	94,2	94,2
	Não	3	5,8	100,0
	Total	52	100,0	

Tabela 32 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Cumprimento dos Cuidados Pós-Extração

Receção das Indicações com os Cuidados Pós-extração				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Sim	36	92,3	96,3
	Não	3	7,7	100,0
	Total	39	100,0	

Tabela 33 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores Segundo a Receção das Indicações com os Cuidados Pós-Extração

Transmissão dos Cuidados Pós-extração				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Escrita	22	61,1	61,1
	Oral	14	38,9	100,0
	Total	36	100,0	

Tabela 34 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo a Transmissão dos Cuidados Pós-Extração

Cumprimento dos Cuidados Pós-extração				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Sim	34	94,4	94,4
	Não	2	5,6	100,0
	Total	36	100,0	

Tabela 35 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo o Cumprimento dos Cuidados Pós-Extração

1.9 Medicação no Pós-Extração

Em relação à medicação no período pós-extração, 74,2% (n=69) da amostra são alvéolos pertencentes a indivíduos que necessitaram de medicação no pós-operatório e 25,8% (n=24) são alvéolos de pacientes que não necessitaram de medicação após a extração. Dos 69 alvéolos que receberam medicação, 55% (n=38) pertencem a pacientes que apenas receberam uma medicação e 45% (n=31) são de indivíduos que receberam uma associação de medicamentos, ou seja, foi prescrito mais que um medicamento.

Em relação aos 54 alvéolos pertencentes a fumadores, 79,6% (n=43) são de pacientes que fizeram medicação no período pós extração (Tabela 36) destes, 42% (n=18) pertencem a indivíduos aos quais foi prescrito uma única medicação e 58% (n=25) são de pacientes que receberam uma associação de medicamentos (Tabela 37).

Medicação Pós-extração				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Sim	43	79,6	79,6
	Não	11	20,4	100,0
	Total	54	100,0	

Tabela 36 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo a Medicação no Pós-Operatório

Género de Medicação Pós-extração				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Isolada	18	42,0	42,0
	Associação	25	58,0	100,0
	Total	43	100,0	

Tabela 37 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Género de Medicação no Pós-Operatório

Em relação aos 39 alvéolos dos não fumadores, 66,7% (n=26) são de pacientes que realizaram medicação pós extração (Tabela 38) dos quais, 77% (n=20) pertencem a indivíduos que fizeram uma única medicação e 23% (n=6) são de pacientes que receberam uma associação de medicamentos (Tabela 39).

Medicação Pós-extração				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Sim	26	66,7	66,7
	Não	13	33,3	100,0
	Total	39	100,0	

Tabela 38 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo a Medicação no Pós-Operatório

Género de Medicação Pós-extração				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Isolada	20	77,0	77,0
	Associação	6	23,0	100,0
	Total	26	100,0	

Tabela 39 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Não Fumadores segundo o Género de Medicação no Pós-Operatório

1.10 Hábito Tabágico no Período Pós-Extração

Dos 54 alvéolos pertencentes a fumadores, 44,4% (n=24) pertencem a indivíduos que afirmam ter fumado após a cirurgia (Tabela 40). Destes 24 alvéolos, 8,3% (n=2) pertencem a pacientes que afirmam ter fumado logo a seguir a extração, 8,3% (n=2) pertencem a indivíduos que fumaram horas depois da exodontia e 83,3% (n=20) pertencem a indivíduos que declaram ter fumado apenas no dia seguinte (Tabela 41). 55,6% (n=30) alvéolos pertencem a pacientes que não fumaram após a extração dos quais, 26,7% (n=8) são de indivíduos que afirmam ter fumado 72 horas após a cirurgia e 73,3% (n=22) são de indivíduos que não fumaram no período pós-operatório ou seja até à remoção dos pontos ainda não tinham fumado (Tabela 42).

Hábito Tabágico no Período Pós-extração				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Sim	24	44,4	44,4
	Não	30	55,6	100,0
	Total	54	100,0	

Tabela 40 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Hábito Tabágico no Período Pós-Extração

Hábito Tabágico no Período imediato à extração				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Logo a seguir	2	8,3	8,3
	Horas depois	2	8,3	16,6
	Dia seguinte	20	83,3	100,0
	Total	24	100,0	

Tabela 41 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo o Hábito Tabágico no Período Imediato à extração

Retoma do Hábito Tabágico				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Após 48 Horas	0	0,0	0,0
	Após 72 Horas	8	26,7	26,7
	Apenas 8 dias depois	22	73,3	100,0
	Total	30	100,0	

Tabela 42 - Distribuição dos Alvéolos pertencentes a Indivíduos Fumadores segundo a Retoma do Hábito Tabágico

1.11 Observação Intra-Oral - Complicações Pós-operatórias

No total da amostra observaram-se 31 alvéolos (33,3%) com uma ou mais complicações pós-operatórias. Nos alvéolos pertencentes a fumadores a taxa de complicações pós-operatórias foi de 43% (n=23) (Figura 9) e nos alvéolos pertencentes a não fumadores foi de 21% (n=8) (Figura 10).

COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS NOS ALVÉOLOS DOS FUMADORES

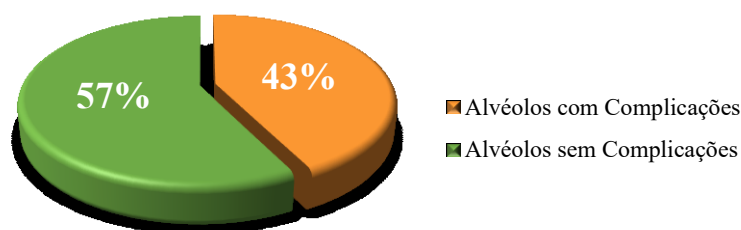


Figura 9 - Distribuição dos Alvéolos dos Fumadores segundo as Complicações Pós-operatórias

COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS NOS ALVÉOLOS DOS NÃO FUMADORES

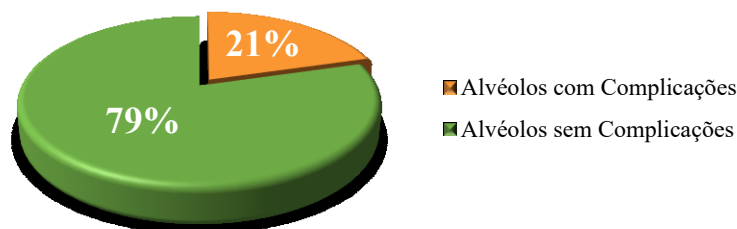


Figura 10 - Distribuição dos Alvéolos dos Não Fumadores segundo as Complicações Pós-operatórias

1.11.1 Cicatrização Retardada

Observou-se uma correta cicatrização em 70 alvéolos (75,3%) enquanto 23 alvéolos (24,7%) apresentavam a cicatrização retardada/tardia.

No grupo dos alvéolos dos fumadores, a cicatrização normal ocorreu em 38 alvéolos (70,4%) tendo-se verificado cicatrização retardada em 16 casos (29,5%) (Figura 11).

No grupo dos alvéolos dos não fumadores, 32 alvéolos (82,1%) apresentaram cicatrização normal embora 7 (17,9%) não tenham desenvolvido a cicatrização desejada (Figura 12).

CICATRIZAÇÃO NOS ALVÉOLOS DOS FUMADORES

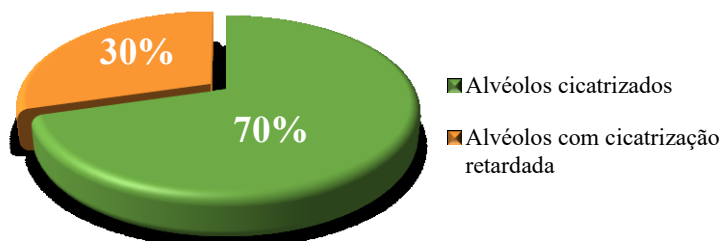


Figura 11 - Distribuição dos Alvéolos dos Fumadores segundo a Cicatrização

CICATRIZAÇÃO NOS ALVÉOLOS DOS NÃO FUMADORES

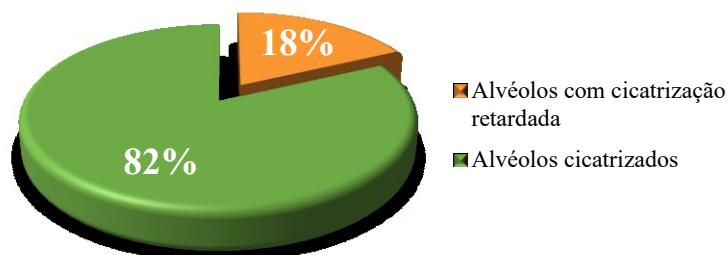


Figura 12 - Distribuição dos Alvéolos dos Não Fumadores segundo Cicatrização

1.11.2 Inflamação/Edema

No total da amostra, a inflamação/edema foi observada em 16 (17,2%) alvéolos, estando ausente em 77 (82,8%). No grupo dos alvéolos pertencentes aos fumadores, 9 (16,7%) apresentavam inflamação/edema (Figura 13). No grupo dos alvéolos pertencentes aos não fumadores, 7 (17,9%) apresentavam esta complicação pós-operatória (Figura 14).

INFLAMAÇÃO NOS ALVÉOLOS DOS FUMADORES

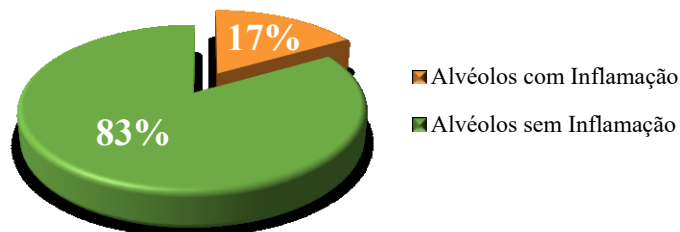


Figura 13 - Distribuição dos Alvéolos dos Fumadores segundo a Inflamação

INFLAMAÇÃO DOS ALVÉOLOS DOS NÃO FUMADORES

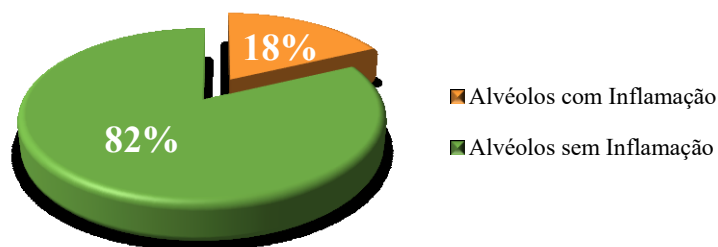


Figura 14 - Distribuição dos Alvéolos dos Não Fumadores segundo a Inflamação

1.11.3 Infecção

No total da amostra (93 alvéolos) foi possível analisar apenas 3 casos (3,2%) de infecção. Estes 3 casos ocorreram somente no grupo dos alvéolos dos fumadores (5,6%) (Figura 15). Não se registou nenhum caso em alvéolos de pacientes não fumadores.

INFEÇÃO NOS ALVÉOLOS DOS FUMADORES

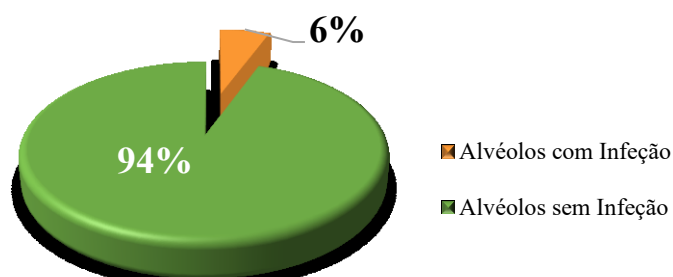


Figura 15 - Distribuição dos Alvéolos dos Fumadores segundo a Infecção

1.11.4 Dor

A dor sentida para além dos 2-3 dias iniciais do pós-operatório esteve presente em 8 alvéolos (8,7%).

Nos alvéolos dos fumadores verificou-se a presença de dor em 4 casos (7,4%) (Figura 16). Igualmente no grupo dos alvéolos dos não fumadores verificou-se a presença de dor em 4 casos (10,3%) (Figura 17).

DOR NOS ALVÉOLOS DOS FUMADORES

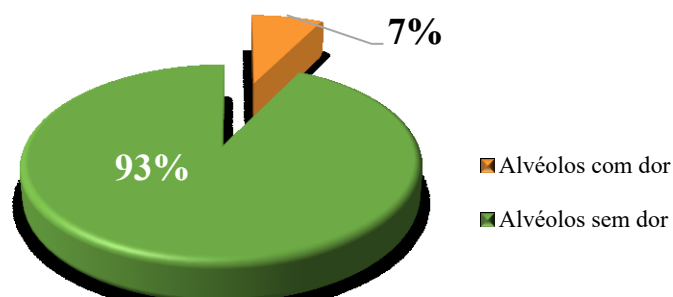


Figura 16 - Distribuição dos Alvéolos dos Fumadores segundo a Dor

DOR NOS ALVÉOLOS DOS NÃO FUMADORES

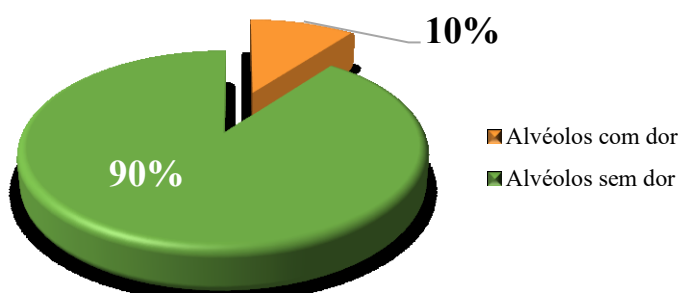


Figura 17 - Distribuição dos Alvéolos dos Não Fumadores segundo a Dor

1.11.5 Hematoma

Apenas foi observado 1 caso de hematoma. Esta complicação ocorreu no grupo dos alvéolos pertencentes a indivíduos não fumadores sendo assim, dentro deste grupo, apresentou uma percentagem de 3% (Figura 18).

HEMATOMA NOS ALVÉOLOS DOS NÃO FUMADORES

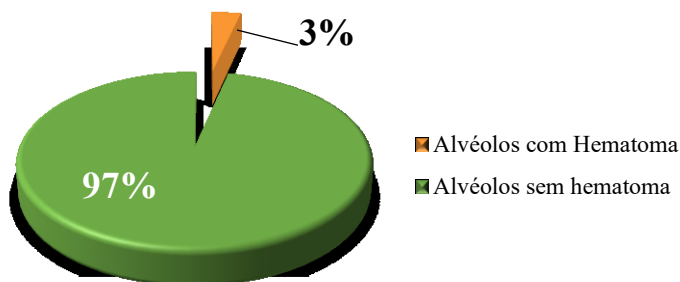


Figura 18 - Distribuição dos Alvéolos dos Não Fumadores segundo o Hematoma

1.11.6 Trismus

Na amostra total a percentagem de trismus foi de 4,3%. Esta complicação esteve presente apenas em pós-operatórios de alvéolos pertencentes a fumadores tendo sido observados 4 casos (7%) (Figura 19).

TRISMUS

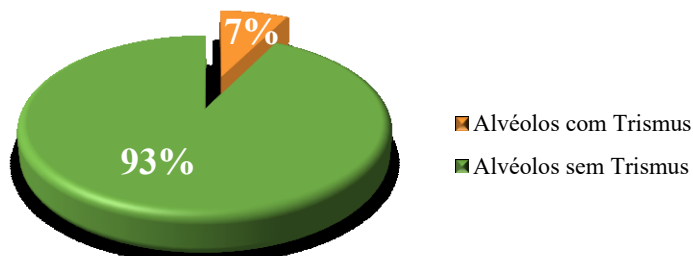


Figura 19 - Distribuição dos Alvéolos dos Fumadores segundo os Trismus

1.11.7 Alveolite seca

No total da amostra observaram-se 7 alvéolos (7,5%) com alveolite seca. Dentro do grupo dos alvéolos pertencentes a indivíduos fumadores registaram-se 6 casos (11,1%) de alveolite seca (Figura 20). Nos alvéolos pertencentes a indivíduos não fumadores verificou-se esta complicação num único alvéolo (2,6%) (Figura 21).

ALVEOLITE SECA NOS ALVÉOLOS DOS FUMADORES

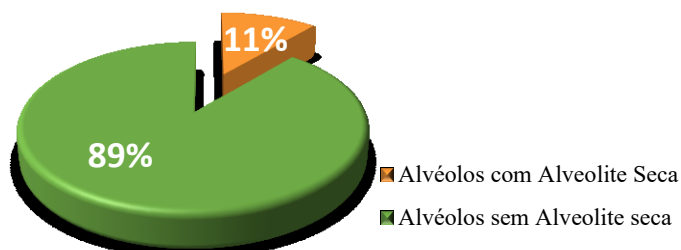


Figura 20 - Distribuição dos Alvéolos dos Fumadores segundo a Alveolite Seca

ALVEOLITE SECA NOS ALVÉOLOS DOS NÃO FUMADORES

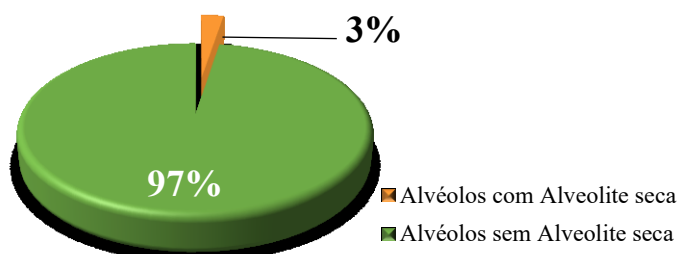


Figura 21 - Distribuição dos Alvéolos dos Não Fumadores segundo a Alveolite Seca

1.11.8 Alveolite Húmida

Não foram registados casos de alveolite húmida.

1.11.9 Abscessos

No total dos 93 alvéolos verificou-se 1 abscesso (1%). Esta complicação foi registada no grupo dos fumadores (2%) (Figura 22).

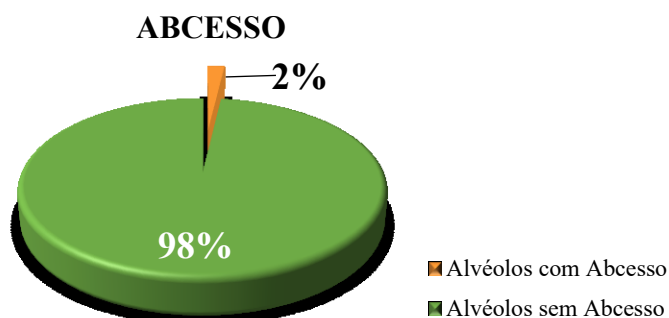


Figura 22 - Distribuição dos alvéolos dos Não Fumadores segundo o Abscesso

1.12 Dente

Na totalidade da amostra, os alvéolos mais frequentemente analisados foram relativos aos dentes 18 e 48, ambos 7 vezes (7,5%). Os alvéolos relativos aos dentes 31, 32, 34, 37, 41 e 42 foram os menos observados sendo analisados apenas 1 vez (1,1%).

No grupo dos alvéolos dos fumadores, os alvéolos relativos aos dentes 18, 27 e 38 foram observados em 4 pós-operatórios sendo assim os mais analisados.

No grupo dos alvéolos dos não fumadores, o alvéolo relativo ao dente 48 foi o mais analisado tendo sido observado em 5 pós-operatórios.

2. Análise Inferencial

2.1 Relação entre o Hábito Tabágico e Complicações Pós-Operatórias

Pela análise da Tabela 43, podemos verificar que nos alvéolos pertencentes a fumadores 42,6% (n=23) apresentam complicações pós-operatórias e nos alvéolos pertencentes a não fumadores apenas 20,5% (n=8) desenvolveram complicações pós-operatórias (Figura 23).

No total das complicações pós-operatórias, 74,2% ocorreram em alvéolos de fumadores e 25,8% ocorreram em alvéolos de não fumadores.

Existem diferenças significativas no pós-operatório relacionadas com o hábito tabágico uma vez que os fumadores apresentam mais complicações.

Para avaliar a associação entre as variáveis “Hábito Tabágico” e “Complicações Pós-operatórias” utilizou-se o teste do Qui-quadrado e obteve-se um $p=0,03$ constatando-se que as variáveis estão associadas. Há uma associação significativa entre estas duas variáveis.

		Complicações Pós-Operatórias		Total		
		Sim	Não			
Hábito Tabágico	Fumador	Contagem	23	31	54	
		% Em Hábito Tabágico	42,6%	57,4%	100,0%	
		% Em Complicações Pós-operatórias	74,2%	50,0%	58,1%	
		% Do total	24,7%	33,3%	58,1%	
	Não fumador	Contagem	8	31	39	
		% Em Hábito Tabágico	20,5%	79,5%	100,0%	
		% Em Complicações Pós-operatórias	25,8%	50,0%	41,9%	
		% Do total	8,6%	33,3%	41,9%	
		Total	Contagem	31	62	93

Tabela 43 - Distribuição da amostra entre o Hábito Tabágico e as Complicações Pós-operatórias

Hábitos Tabágicos e Complicações Pós-Operatórias

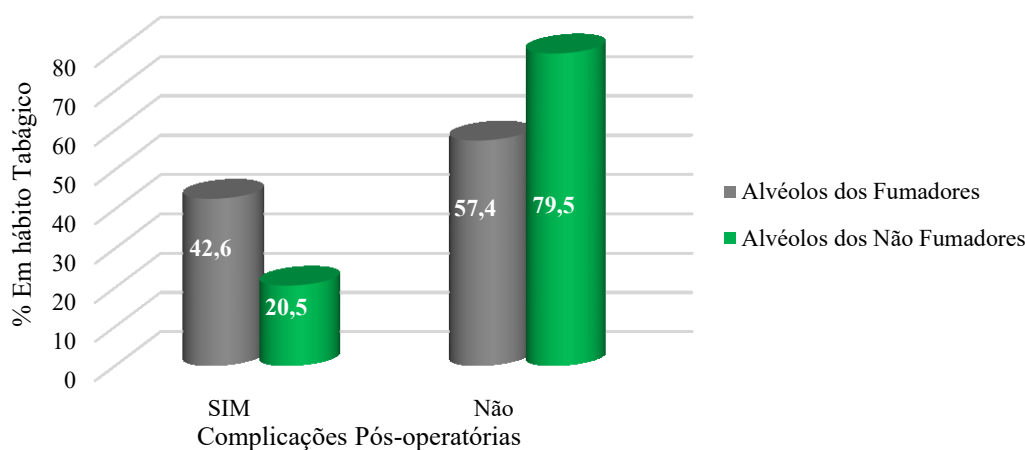


Figura 23 - Distribuição da amostra entre o Hábito Tabágico e as Complicações Pós-operatórias

2.1.1 Relação entre o Hábito Tabágico e a Cicatrização Retardada

Pela interpretação da Tabela 44, verificamos que em caso de não cicatrização/cicatrização retardada 69,6% dos alvéolos pertencem a fumadores. Importa referir que 29,6% dos alvéolos pertencentes ao grupo dos fumadores apresentaram cicatrização retardada, enquanto que, no grupo dos alvéolos pertencentes a não fumadores apenas 17,9% não tiveram a cicatrização desejada (Figura 24).

Em caso de cicatrização não há preponderância de qualquer dos grupos, pelo que se pode verificar pela percentagem de cicatrização (54,3 vs 45,7%).

Para a avaliação da associação entre as variáveis “Hábito Tabágico” e “Cicatrização” foi realizado o teste do Qui-quadrado de Pearson, obtendo-se um $p=0,198$ o que nos indica que as variáveis em estudo não estão associadas.

		Hábito Tabágico			
		Fumador	Não Fumador	Total	
Cicatrização	Não Cicatrizou/ Cicatrização Retardada	Contagem	16	7	23
		% Em Não Cicatrização	69,6%	30,4%	100,0%
		% Em hábito tabágico	29,6%	17,9%	24,7%
		% Do total	17,2%	7,5%	24,7%
	Cicatrizou	Contagem	38	32	70
		% Em Cicatrização	54,3%	45,7%	100,0%
		% Em Hábito Tabágico	70,4%	82,1%	75,3%
		% Do total	40,9%	34,4%	75,3%
Total	Contagem	54	39	93	

Tabela 44 - Distribuição da amostra entre o Hábito Tabágico e a Cicatrização

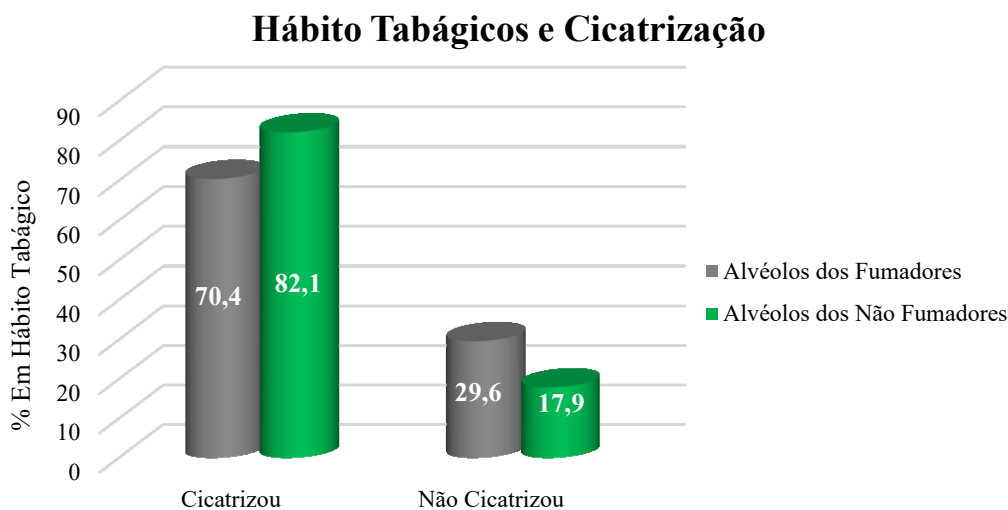


Figura 24 - Distribuição da amostra entre o Hábito Tabágico e a Cicatrização

2.1.2 Relação entre o Hábito Tabágico e a Inflamação/Edema

Observando a Tabela 45, verifica-se que, quando não ocorre inflamação no período pós-operatório, esta não é preponderante entre alvéolos de fumadores (83,3%) e de não fumadores (82,1%).

Quando ocorre inflamação/edema esta é mais frequente em alvéolos pertencentes a indivíduos fumadores (56,3%) comparativamente aos alvéolos pertencentes a indivíduos não fumadores (43,8%).

Para a avaliação da associação entre as variáveis “Hábito Tabágico” e “Inflamação/Edema” foi realizado o teste do Qui-quadrado de Pearson, obtendo-se um $p=0,87$ o que indica que as variáveis em estudo não estão associadas.

		Hábito Tabágico		Total		
		Fumador	Não Fumador			
Inflamação/ Edema	Não	Contagem	45	32	77	
		% Em Não Inflamação/Edema	58,4%	41,6%	100,0%	
		% Em Hábito Tabágico	83,3%	82,1%	82,8%	
		% Do total	48,4%	34,4%	82,8%	
		Contagem	9	7	16	
	Sim	% Em Inflamação/Edema	56,3%	43,8%	100,0%	
		% Em Hábito Tabágico	16,7%	17,9%	17,2%	
		% Do total	9,7%	7,5%	17,2%	
		Total	Contagem	54	39	93

Tabela 45 - Distribuição da amostra entre o Hábito Tabágico e a Inflamação/Edema

2.1.3 Relação entre o Hábito Tabágico e Infecção

Quando ocorreu infecção (3,2%) esta verificou-se apenas em alvéolos de fumadores (5,6%) (Tabela 46). Não foi possível avaliar a associação estatística entre as variáveis “Hábito Tabágico” e “Infecção” porque a amostra é muito reduzida.

		Hábito Tabágico		Total	
		Fumador	Não Fumador		
Infeção	Não	Contagem	51	39	77
		% Em Não Infeção	56,7%	43,3%	100,0%
		% Em Hábito Tabágico	94,4%	100,0%	82,8%
		% Do total	58,4%	41,9%	82,8%
	Sim	Contagem	3	0	3
		% Em Infeção	100,0%	0,0%	100,0%
		% Em Hábito Tabágico	5,6%	0,0%	3,2%
		% Do total	3,2%	0,0%	3,2%
Total	Contagem	54	39	93	

Tabela 46 - Distribuição da amostra entre o Hábito Tabágico e a Infeção

2.1.4 Relação entre o Hábito Tabágico e Dor

Pela análise da Tabela 47, a dor quando presente no pós-operatório ocorre igualmente em ambos os grupos. Não é possível avaliar a associação estatística das variáveis “Hábito Tabágico” e “Dor” porque a amostra é muito reduzida.

		Hábito Tabágico		Total	
		Fumador	Não Fumador		
Dor	Não	Contagem	50	35	85
		% Em Não Dor	58,8%	41,2%	100,0%
		% Em Hábito Tabágico	92,6%	89,7%	91,4%
		% Do total	53,8%	37,6%	91,4%
	Sim	Contagem	4	4	8
		% Em Dor	50,0%	50,0%	100,0%
		% Em Hábito Tabágico	7,4%	10,3%	8,6%
		% Do total	4,3%	4,3%	8,6%
Total	Contagem	54	39	93	

Tabela 47 - Distribuição da amostra entre o Hábito Tabágico e a Dor

2.1.5 Relação entre o Hábito Tabágico e Hematoma

Esta complicação apenas se verificou num dos alvéolos em estudo, pertencente a um indivíduo não fumador (Tabela 48). Não é possível avaliar a associação estatística entre as variáveis porque a amostra é muito reduzida.

		Hábito Tabágico		Total		
		Fumador	Não Fumador			
Hematoma	Não	Contagem	54	38	92	
		% Em Não Hematoma	58,7%	41,3%	100,0%	
		% Em Hábito Tabágico	100,0%	97,4%	98,9%	
		% Do total	58,1%	40,9%	98,9%	
	Sim	Contagem	0	1	1	
		% Em Hematoma	0,0%	100,0%	100,0%	
		% Em Hábito Tabágico	0,0%	2,6%	1,1%	
		% Do total	0,0%	1,1%	1,1%	
		Total	Contagem	54	39	93

Tabela 48 - Distribuição da amostra entre o Hábito Tabágico e Hematoma

2.1.6 Relação entre o Hábito Tabágico e Trismus

Pela análise da Tabela 49, observa-se que na presença de trismus, esta ocorre somente em pós-operatórios de alvéolos pertencentes a indivíduos fumadores. Dentro dos alvéolos dos fumadores, 7,4% apresenta trismus. Podemos afirmar que há uma preponderância em fumadores, contudo pela reduzida dimensão da amostra não podemos afirmar que as variáveis “Hábitos Tabágicos” e “Trismus” estão associadas estatisticamente.

		Hábito Tabágico		Total	
		Fumador	Não Fumador		
Trismus	Não	Contagem	50	39	93
		% Em Não Trismus	56,2%	43,8%	100,0%
		% Em Hábito Tabágico	92,6%	100,0%	95,7%
		% Do total	53,8%	41,9%	95,7%
	Sim	Contagem	4	0	4
		% Em Trismus	100,0%	0,0%	100,0%
		% Em Hábito Tabágico	7,4%	0,0%	4,3%
		% Do total	4,3%	0,0%	4,3%
Total	Contagem	54	39	93	

Tabela 49 - Distribuição da amostra entre o hábito Tabágico e Trismus

2.1.7 Relação entre o Hábito Tabágico e Alveolite Seca

Pela análise da Tabela 50, no total da amostra ocorreram 7 casos de alveolite seca destes, 6 casos (85,7%) surgiram em alvéolos de fumadores, assim esta complicação observou-se com mais frequência neste grupo.

Verificamos que no grupo dos alvéolos pertencentes a fumadores 11,1% apresentaram alveolite seca enquanto no grupo dos alvéolos dos não fumadores apenas 2,6% desenvolveram esta complicação.

Devido à reduzida amostra não foi possível analisar estatisticamente a associação entre as duas variáveis.

		Hábito Tabágico		Total	
		Fumador	Não Fumador		
Alveolite Seca	Não	Contagem	48	38	86
		% Em Não Alveolite Seca	55,8%	44,2%	100,0%
		% Em Hábito Tabágico	88,9%	97,4%	92,5%
		% Do total	51,6%	40,9%	92,5%
	Sim	Contagem	6	1	7
		% Em Alveolite Seca	85,7%	14,3%	100,0%
		% Em Hábito Tabágico	11,1%	2,6%	7,5%
		% Do total	6,5%	1,1%	7,5%
Total	Contagem	54	39	93	

Tabela 50 - Distribuição da amostra entre o Hábito Tabágico e Alveolite Seca

2.1.8 Relação entre o Hábito Tabágico e Abscesso

Esta complicação apenas se verifica num dos alvéolos em estudo, pertencente a um indivíduo fumador (Tabela 51). Não é possível avaliar a associação estatística entre as variáveis “Hábito Tabágico” e “Abscesso” porque a amostra é muito reduzida.

		Hábito Tabágico		Total	
		Fumador	Não Fumador		
Abscesso	Não	Contagem	53	39	86
		% Em Não Abscesso	57,6%	42,4%	100,0%
		% Em Hábito Tabágico	98,1%	100,0%	98,9%
		% Do total	57,0%	41,9%	98,9%
	Sim	Contagem	1	0	1
		% Em Abscesso	100,0%	0,0%	100,0%
		% Em Hábito Tabágico	1,9%	0,0%	1,1%
		% Do total	1,1%	0,0%	1,1%
Total	Contagem	54	39	93	

Tabela 51 - Distribuição da amostra entre o Hábito Tabágico e Abscesso

2.2 Relação entre o Número de Cigarros Diários e Complicações Pós-Operatórias

Pela observação da Tabela 52, verifica-se que não existiram diferenças significativas entre o número de cigarros diários e as complicações pós-operatórias, o grupo dos alvéolos pertencente aos indivíduos que fumam menos de 10 cigarros por dia e o grupo dos alvéolos pertencentes aos indivíduos que fumam 10 ou mais cigarros por dia apresentam, respetivamente, 47,8% e 52,2% de complicações pós-operatórias.

Realizou-se o teste do Qui-quadrado e constatou-se que as variáveis “Número de Cigarros Diários” e “Complicações Pós-operatórias” não estão associadas, apresentando um $p=0.175$.

		Complicações Pós-Operatórias		Total		
		Sim	Não			
Hábito Tabágico	Menos de 10 cigarros/dia	Contagem	11	9	20	
		% Em Nº cigarros/dia	55,0%	45,0%	100,0%	
		% Em Complicações Pós-operatórias	47,8%	29,0%	37,0%	
			% Do total	20,4%	16,7%	37,0%
	10 ou Mais cigarros/dia	Contagem	12	22	34	
		% Em Nº cigarros/dia	35,3%	64,7%	100,0%	
		% Em Complicações Pós-operatórias	52,2%	71,0%	63,0%	
				% Do total	22,2%	40,7%
	Total		Contagem	23	31	54

Tabela 52 - Distribuição da amostra entre o Número de Cigarros Diários e Complicações Pós-Operatórias

A associação entre o número de cigarros diários e cada uma das complicações pós-operatórias individualmente (cicatrização retardada, inflamação, infecção, dor, hematoma, trismus, alveolite seca e abscesso), não foi possível realizar pela dimensão reduzida da amostra.

2.3 Relação entre o Hábito Tabágico no Período Pós-Extração e Complicações Pós-Operatórias

Pela análise da Tabela 53 verifica-se que dos alvéolos pertencentes aos indivíduos fumadores no pós-operatório 54,2% apresentaram complicações, enquanto que, dos alvéolos pertencentes aos indivíduos não fumadores no pós-operatório apenas 26,1% apresentaram complicações.

Para avaliar a associação entre as variáveis “Hábito Tabágico no Pós-extração” e “Complicações Pós-operatórias” utilizou-se o teste do Qui-quadrado e obteve-se um $p=0.01$, o que significa que as variáveis estão associadas. Há uma associação significativa entre estas duas variáveis.

		Complicações Pós-Operatórias		Total		
		Sim	Não			
Hábito Tabágico no Pós-extração	Sim	Contagem	13	11	24	
		% Em Hábitos Tabágico	54,2%	45,8%	100,0%	
		% Em Complicações Pós-operatórias	41,9%	17,7%	25,8%	
		% Do total	14,0%	11,8%	25,8%	
	Não	Contagem	18	51	69	
		% Em Hábito Tabágico	26,1%	73,9%	100,0%	
		% Em Complicações Pós-Operatórias	58,1%	82,3%	74,2%	
		% Do total	19,4%	54,8%	74,2%	
		Total	Contagem	31	62	93

Tabela 53 - Distribuição da amostra segundo os Hábitos Tabágicos no Pós-operatório e as Complicações Pós-operatórias

IV. Discussão

Em cirurgia oral, um dos procedimentos mais frequentes é a exodontia de dentes erupcionados, contudo as suas complicações pós-operatórias têm merecido pouca atenção por parte da literatura (Bortoluzzi et al., 2012). As complicações pós-operatórias mais estudadas e descritas na literatura são as decorrentes da extração dos terceiros molares inferiores, especialmente em inclusos (Heng, Badner, Clemens, Mercer, & Mercer, 2007). Nesta investigação foi analisado o pós-operatório de exodontias de dentes definitivos erupcionados, tal como no estudo de Bortoluzzi e colaboradores (2012). O estudo de Carriches, Font, Martínez-González e Donado Rodríguez (2006), apesar de analisar a influência do tabaco no pós-operatório de terceiros molares inferiores, apresenta uma amostra com critérios de inclusão e exclusão idênticos aos desta investigação (Carriches, Font, Martínez-González, & Donado Rodríguez, 2006). À semelhança do estudo de Bortoluzzi e colaboradores (2012), os participantes desta investigação foram analisados 7/8 dias após a extração dentária ou antes caso fosse necessário, ou seja, se desenvolvessem uma complicação pós-operatória.

A distribuição da amostra relativamente ao sexo foi maioritariamente masculina (57%), sendo observados 53 alvéolos pertencentes ao sexo masculino e 40 pertencentes ao sexo feminino (43%). O estudo de Sigron, Pourmand, Mache, Stadlinger e Locher (2014) foi realizado com uma amostra predominantemente masculina (54,5%) (Sigron, Pourmand, Mache, Stadlinger, & Locher, 2014). O estudo de Bortoluzzi e colaboradores (2012) foi efetuado com 57,5% pacientes do sexo masculino. Também o estudo de Larrazábal, García, Peñarrocha e Peñarrocha, (2010) foi constituído maioritariamente por homens (Larrazábal, García, Peñarrocha, & Peñarrocha, 2010). Contrariamente aos estudos mencionados anteriormente e à presente investigação, Carriches e colaboradores (2006) desenvolveram o seu estudo com uma amostra maioritariamente feminina (71,9%). No estudo de Heng e colaboradores (2007) apenas foram consideradas mulheres. Também o estudo de García e colaboradores (2007) decorreu principalmente em indivíduos do sexo feminino.

A média de idades da amostra foi de 50,19 anos. A média de idades no grupo dos alvéolos pertencentes a indivíduos fumadores foi de 47,8 anos e no grupo dos alvéolos pertencentes a não fumadores foi de 53,4 anos. Na investigação de Heng e colaboradores

(2007) a idade média da amostra foi de 37,7 anos, onde os fumadores tinham uma média de 36,8 anos e os não fumadores 39,2 anos. No estudo de Bortoluzzi e colaboradores (2012) a idade média foi 41,6. Carriches e colaboradores (2006) apresenta uma média de idades mais baixa, 23,5 anos.

Na totalidade dos alvéolos, 58% pertencem a indivíduos fumadores e 42% pertencem a indivíduos não fumadores. Heng e colaboradores (2007) apresentam uma percentagem de 61,1% fumadoras, Carriches e colaboradores (2006) têm uma amostra de 48,4% fumadores e Bortoluzzi e colaboradores (2012) exibem uma amostra de participantes com hábito tabágico de 23,3%

Complicações de cariz inflamatório, alveolite seca, infeção, dor, edema e hemorragia são as complicações mais estudadas e abordadas na literatura. Nesta investigação observou-se 31 alvéolos (33,3%) com uma ou mais complicações pós-operatórias. Bortoluzzi e colaboradores (2012) registaram complicações em 10 pacientes (1,3%) e Heng e colaboradores (2007) observaram 19,6% complicações pós-operatórias.

Vários estudos concluíram que o tabaco é um fator de risco relevante para o desenvolvimento de complicações pós-operatórias. Na presente investigação, os alvéolos dos fumadores apresentam uma taxa de complicações pós-operatórias (43%) superior à taxa apresentada pelos alvéolos dos não fumadores (21%). Existe uma associação significativa ($p=0,03$) entre o hábito tabágico e as complicações pós-operatórias. À semelhança destes resultados, o estudo de Heng e colaboradores (2007) concluiu que os fumadores tiveram uma percentagem mais elevada de complicações pós-operatórias (24,3%) comparativamente com os não fumadores (12,0%). A associação entre o tabagismo e complicações pós-operatórias no estudo de Heng e colaboradores (2007) apresentou resultado estatístico significativo ($p=0,02$).

Nesta investigação quando não ocorreu uma correta cicatrização 69,6% eram alvéolos de fumadores. Dentro dos alvéolos pertencentes a fumadores 29,6% apresentaram cicatrização retardada e nos alvéolos pertencentes a não fumadores apenas 17,9% não tiveram a cicatrização desejada. Assim, a cicatrização tardia foi mais prevalente nos alvéolos de indivíduos fumadores. Havendo cicatrização não existiu uma preponderância entre os grupos. Apesar destas comparações e conclusões, estatisticamente não ocorreu associação ($p=0,198$) entre o hábito tabágico e cicatrização

retardada. Vários autores têm relatado muitas complicações de cariz cicatricial em fumadores, afirmando que os fumadores apresentam uma cicatrização retardada.

Não existiu uma associação estatística ($p=0,87$) entre a inflamação/edema com o hábito tabágico. No entanto quando ocorreu inflamação, esta foi mais frequente nos alvéolos dos fumadores (56,3%). Carriches e colaboradores (2006) concluíram que o tabaco não têm influência no grau de inflamação dos bordos da ferida. Larrazábal e colaboradores (2010) observaram que o edema no pós-operatório não tem relação com o hábito tabágico.

No corrente estudo verificou-se três casos de infeção, todos em alvéolos de fumadores. Carriches e colaboradores (2006) na sua investigação verificaram dois casos de infeção, ambos em fumadores.

Nesta investigação, a dor pós-operatória ocorreu igualmente em alvéolos de fumadores (50%) e alvéolos de não fumadores (50%). Carriches e colaboradores (2006) relatam diferenças na dor pós-operatória em fumadores e não fumadores contudo afirmam que não foram significativas. De forma semelhante, Larrazábal e colaboradores (2010) concluíram que não há uma relação estatística significativa entre a dor no pós-operatório e hábito tabágico prévio à intervenção. Contrariamente, García e colaboradores (2007) afirmam que o hábito tabágico no período pré-operatório está associado a altos níveis de dor pós-operatória.

Neste estudo foi observado 1 hematoma, tal como no estudo de Sigron e colaboradores (2014).

Carriches e colaboradores (2006) observaram que os fumadores apresentavam mais trismus, sendo esta relação estatisticamente significativa. No presente trabalho, a presença de trismus ocorreu apenas em fumadores, contudo não foi possível avaliar a associação estatística destas duas variáveis

No total da amostra, 7 alvéolos (7,5%) apresentaram alveolite seca. No grupo dos alvéolos pertencentes a fumadores foram observadas 6 alveolites secas (11,1%) e no grupo dos alvéolos pertencentes a não fumadores ocorreu apenas 1 caso de alveolite seca (2,6%). Apesar dos alvéolos dos fumadores apresentarem mais alveolites secas, não foi possível avaliar a associação em termos estatísticos entre as variáveis hábito tabágico e alveolite seca. No estudo de Heng e colaboradores (2007) a incidência desta complicação

foi de 5%, nos fumadores a taxa foi de 6,6% e nos não fumadores foi de 2,4%, a diferença não foi significativamente estatística apesar dos fumadores apresentarem o dobro das alveolites secas. No estudo de Bortoluzzi e colaboradores (2012), 4 pacientes apresentaram osteíte alveolar. Bienek e Filliben (2016) concluíram que os fumadores apresentam um risco de alveolite seca 1,5 vezes superior em relação aos não fumadores. No estudo de Sigron e colaboradores (2014) foram observadas 50 (4,2%) osteítes alveolares. Estes autores afirmam que a alveolite seca não é influenciada pelo hábito tabágico dos pacientes.

Foi observado um abscesso (1,1%) nesta investigação. Sigron e colaboradores (2014) no seu estudo observaram 15 abscessos (1,25%) e concluíram que esta complicação pós-operatória foi mais comum quando existia dor prévia à extração.

Vários estudos concluíram que as complicações pós-operatórias estão associadas ao número de cigarros consumidos diariamente. No presente estudo não existiu associação entre as variáveis “Complicações Pós-operatórias” e “Número de cigarros diários” ($p=0.175$). Nesta investigação, devido à reduzida amostra, não foi possível estabelecer uma relação estatística entre o número de cigarros diários e cada uma das complicações pós-extração individualmente (cicatrização retardada, inflamação, infeção, dor, hematoma, trismus, alveolite seca e abscesso).

A maioria dos fumadores não realiza cessação tabágica no período pós-operatório (Heng et al., 2007). No presente estudo verificou-se que dos 54 alvéolos pertencentes a fumadores, 55,6% pertencem a indivíduos que interromperam o consumo de tabaco no pós-operatório destes, a maioria retomou apenas ao 7º dia, após a remoção da sutura.

Constatou-se que os indivíduos que fumaram no pós-extração imediato desenvolvem mais complicações pós-operatórias. Existiu associação significativa ($p=0.01$) entre “Hábito Tabágico no Período Pós-extração” e “Complicação pós-operatória”. Larrazábal e colaboradores (2010) concluíram que a dor é mais frequente e mais intensa em pacientes que fumam depois da intervenção cirúrgica.

1. Perspetivas para o futuro

Em estudos futuros que tenham o mesmo objetivo principal do presente, comparar a prevalência das complicações pós-extração em doentes fumadores e não fumadores, aconselham-se algumas alterações nos métodos.

A amostra deste estudo foi de 93 alvéolos, um número bastante reduzido em comparação com os restantes estudos.

Em estudos futuros com o mesmo objetivo que o presente deve-se comparar pós-operatórios com o mesmo número de alvéolos, isto é, devem comparar pós-operatórios de exodontias isoladas ou pós-operatórios de exodontias múltiplas com o mesmo número de alvéolos. Não se deve associar pós-operatórios de exodontias isoladas com pós-operatórios de exodontias múltiplas uma vez que as complicações são diferentes.

Sugerem-se estudos futuros com o objetivo de comparar as complicações pós-operatórias de extrações unitárias e múltiplas nos doentes fumadores. Heng e colaboradores (2007) compararam as exodontias múltiplas com as exodontias isoladas em relação às complicações pós-extração em fumadores e não fumadores. Nas exodontias múltiplas os fumadores apresentaram mais complicações do que os não fumadores, sendo a diferença significativamente estatística. Nas exodontias isoladas os fumadores e não fumadores para as complicações pós-operatórias não apresentaram diferenças estatísticas significativas (Heng et al., 2007).

V. Conclusão

De acordo com os objetivos assinalados para este estudo, atendo às suas limitações, é possível retirar as seguintes conclusões:

Verificou-se que os alvéolos pertencentes a doentes fumadores apresentam uma taxa de complicações pós-operatórias (43%) mais elevada que os alvéolos pertencentes a doentes não fumadores (21%). Existe uma associação significativa ($p=0,03$) entre o hábito tabágico e complicações pós-operatórias, por isso podemos afirmar que os alvéolos dos fumadores apresentam uma prevalência superior de complicações pós-extração.

A cicatrização retardada foi a complicação pós-operatória mais frequente nos alvéolos pertencentes a indivíduos fumadores, estando presente em 16 alvéolos deste grupo. À cicatrização retardada seguiu-se a inflamação e a alveolite seca.

A cicatrização retardada e a inflamação foram as complicações mais frequentes nos alvéolos pertencentes a indivíduos não fumadores, estando ambas presentes em 7 alvéolos.

A hipótese alternativa deve ser aceite, rejeitando-se a hipótese nula, uma vez que os alvéolos dos doentes fumadores apresentam uma maior prevalência de complicações pós-extração em comparação com os alvéolos dos doentes não fumadores. Existiu uma associação significativa entre as variáveis.

Existiu uma associação significativa ($p=0,01$) entre o hábito tabágico no pós-extração e as complicações pós-operatórias. Os alvéolos pertencentes a indivíduos que fumaram no pós-extração apresentaram mais complicações (54,2%).

As complicações pós-extração ocorrem tanto em não fumadores como fumadores, apesar de uma maior prevalência nestes últimos. Cabe ao médico dentista transmitir os cuidados pós-extração de forma clara e inequívoca, tornando-se assim de extrema importância conhecer o hábito tabágico do seu paciente, não só para tentar reduzir as complicações pós-cirúrgicas mas também para uma eventual cessação tabágica.

VI. Bibliografia

- Alexander, R. E. (2000). Dental Extraction Wound Management: A Case Against Medicating Postextraction Sockets. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 58, 538–551. [https://doi.org/10.1016/S0278-2391\(00\)90017-X](https://doi.org/10.1016/S0278-2391(00)90017-X)
- Araújo, M. G., Silva, C. O., Misawa, M., & Sukekava, F. (2015). Alveolar socket healing : what can we learn ? *Periodontology 2000*, 68, 122–134.
- Beaglehole, R. H., & Benzian, H. M. (2005). *Tobacco or Oral Health An advocacy guide for oral health professionals*. (R. H. Beaglehole & H. M. Benzian, Eds.). FDI World Dental Press Ltd, Lowestoft, UK. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2011.00536.x/abstract>
- Bienek, D. R., & Filliben, J. J. (2016). Risk assessment and sensitivity meta-analysis of alveolar osteitis occurrence in oral contraceptive users. *The Journal of the American Dental Association*, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2016.01.011>
- Blum, I. R. (2002). Contemporary views on dry socket (alveolar osteitis): a clinical appraisal of standardization, aetiopathogenesis and management : a critical review. *International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, (31), 309–317. <https://doi.org/10.1054/ijom.2002.0263>
- Bortoluzzi, M. C., Capella, D. L., Barbieri, T., Marchetti, S., Dresch, C. P., & Tirello, C. (2012). Does smoking increase the incidence of postoperative complications in simple exodontia ? *International Dental Journal*, 62, 106–108. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2011.00098.x>
- Campos, A. C. L., Borges-Branco, A., & Groth, A. K. (2007). Cicatrização de Feridas Wound healing. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 20(1), 51–58.
- Cardoso, C. L., Rodrigues, M. T. V., Júnior, O. F., Garlet, G. P., & Carvalho, P. S. P. (2010). Clinical Concepts of Dry Socket. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, 68, 1922–1932. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2009.09.085>
- Carriches, C. L., Font, R. G., Martínez-González, J. M., & Donado Rodríguez, M. (2006). Influencia del hábito tabáquico en el postoperatorio de la cirugía del tercer molar inferior. *Medicina Oral, Patología Oral Y Cirugía Bucal*, 11, 56–60.

- Cavichio, B. V., Pompeo, D. A., Oller, G. A. S. A. O., & Rossi, L. A. (2014). Tempo de cessação do tabagismo para a prevenção de complicações na cicatrização de feridas cirúrgicas. *Rev Esc Enferm USP*, 48(1), 174–180. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100022>
- Correia, S., Nascimento, C., Gouveia, R., Martins, S., Sandes, A. R., Figueira, J., ... Silva, L. da. (2007). Gravidez e Tabagismo Uma Oportunidade para Mudar Comportamentos. *Acta Med Port*, 20, 201–207.
- Daly, B., Sharif, M. O., Newton, T., Jones, K., & Worthington, H. V. (2012). Local interventions for the management of alveolar osteitis (dry socket) (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).
- Dietrich, T., Walter, C., Oluwagbemigun, K., Bergmann, M., Pischon, T., Pischon, N., & Boeing, H. (2015). Smoking , Smoking Cessation , and Risk of Tooth Loss : The EPIC-Potsdam Study. *Journal of Dental Research*, 1–7. <https://doi.org/10.1177/0022034515598961>
- Direção Geral de Saúde. (2016). *Portugal Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números – 2015 Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo*. (Direção Geral de Saúde, Ed.).
- Donado Rodríguez, M. (1998). *Cirurgía Bucal Patología y técnica* (2ª edición). Masson.
- Escoda, C. G., & Aytés, L. B. (2004). *Tratado de Cirugía Bucal : Tomo I*.
- Fraga, S., Sousa, S., Santos, A.-C., Mello, M., Lunet, N., Padrão, P., & Barros, H. (2005). Tabagismo em Portugal. *Arquivos de Medicina*, 19(5–6), 207–229.
- García, B., Penarrocha, M., Martí, E., Gay-Escodad, C., & Arx, T. (2007). Pain and swelling after periapical surgery related to oral hygiene and smoking. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, 104(2), 271–276. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2007.01.025>
- Giorgetti, A. P. O., Neto, J. B. C., Casati, M. Z., Sallum, E. A., & Júnior, F. H. (2012). Cigarette Smoke Inhalation Influences Bone Healing of Post-Extraction Tooth Socket : A Histometric Study in Rats. *Braz Dent J*, 23(3), 228–234.
- Halabí, D., Escobar, J., Muñoz, C., & Uribe, S. (2012). Logistic Regression Analysis of Risk Factors for the Development of Alveolar Osteitis. *Journal Oral Maxillofac*

- Surgery*, 70, 1040–1044. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2011.11.024>
- Heng, C. K., Badner, V. M., Clemens, D. L., Mercer, L. T., & Mercer, D. W. (2007). The relationship of cigarette smoking to postoperative complications from dental extractions among female inmates. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, 104, 757–762. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2007.04.020>
- Hupp, J. R., Ellis III, E., & Tucker, M. R. (2014). *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery* (6^a).
- Kuri, M., Nakagawa, M., Tanaka, H., Hasuo, S., & Kishi, Y. (2005). Determination of the Duration of Preoperative Smoking Cessation to Improve Wound Healing after Head and Neck. *Anesthesiology*, 102(5), 892–896.
- Lagares, D. T., Figallo, M. A. S., Ruíz, M. M. R., Cossío, P. I., Calderón, M. G., & Pérez, J. L. G. (2005). Update on dry socket: A review of the literature. *Medicina Oral, Patología Oral Y Cirugía Bucal*, 10(1), 77–85.
- Larrazábal, C., García, B., Peñarrocha, M., & Peñarrocha, M. (2010). Influence of Oral Hygiene and Smoking on Pain and Swelling After Surgical Extraction of Impacted Mandibular. *JOMS*, 68(1), 43–46. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2009.07.061>
- Mallery, S. R., Tong, M., Michaels, G. C., Kiyani, A. R., & Hecht, S. S. (2013). Clinical and Biochemical Studies Support Smokeless Tobacco's Carcinogenic Potential in the Human Oral Cavity. *Cancer Prev Res*, 23–33. <https://doi.org/10.1158/1940-6207.CAPR-13-0262>
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS MED*, 3(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>
- Meechan, J. G., Macgregor, I. D. M., Rogers, S. N., Hobson, R. S., Bate, J. P. C., & Dennison, M. (1988). The effect of smoking on immediate post-extraction socket filling with blood and on the incidence of painful socket. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 26, 402–409.
- Mills, E., Eyawo, O., Lockhart, I., Kelly, S., Wu, P., & Ebbert, J. O. (2011). Smoking Cessation Reduces Postoperative Complications : A Systematic Review and Meta-

- analysis. *The American Journal Of Medicine*, 124(2), 144–154.
<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2010.09.013>
- Ozkan, A., Bayar, G. R., Altug, H. A., Sencimen, M., Dogan, N., & Gunaydin, Y. (2014). The Effect of Cigarette Smoking on the Healing of Extraction Sockets : An Immunohistochemical Study. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 25(4), 397–402.
<https://doi.org/10.1097/SCS.0b013e31829ae609>
- Passi, D., Singh, G., Dutta, S., Sharma, S., Mishra, S., & Gupta, C. (2014). Honey Extract as Medicament for Treatment of Dry Socket : An Ancient Remedy Rediscovered — Case Series and Literature Review. *Journal Maxillofac. Oral Surg.*
<https://doi.org/10.1007/s12663-014-0692-y>
- Peto, R., Lopez, A. D., Boreham, J., Thun, M., & Heath, C. (1992). Mortality from tobacco in developed countries : indirect estimation from national vital statistics Prolonged. *The Lancet*, 339, 1268–1278.
- Sala, E. C., & García, P. B. (2013). *Odontología preventiva y comunitaria Principios, métodos y aplicaciones* (4ª Edición). Elsevier Masson.
- Sigron, G. R., Pourmand, P. P., Mache, B., Stadlinger, B., & Locher, M. C. (2014). The most common complications after wisdom-tooth removal Part 1: A retrospective study of 1,199 cases in the mandible. *Swiss Dental Journal*, 124, 1042–1046.
- Sørensen, L. T. (2012a). Wound Healing and Infection in Surgery: The Clinical Impact of Smoking and Smoking Cessation: A Systematic Review and Meta-analysis. *Arch Surg*, 147(4), 373–383.
- Sørensen, L. T. (2012b). Wound Healing and Infection in Surgery: The Pathophysiological Impact of Smoking, Smoking Cessation, and Nicotine Replacement Therapy A Systematic Review. *Annals of Surgery*, 255(6), 1069–1079.
<https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31824f632d>
- Sorensen, L. T., Karlsmark, T., & Gottrup, F. (2003). Abstinence From Smoking Reduces Incisional Wound Infection : A Randomized Controlled Trial. *Anna Surg*, 238(1), 1–5. <https://doi.org/10.1097/01.SLA.0000074980.39700.31>
- Sørensen, L. T., Nielsen, H. B., Kharazmi, A., & Gottrup, F. (2004). Effect of smoking and abstention on oxidative burst and reactivity of neutrophils and monocytes.

- Surgery*, 136(5), 1047–1053. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2004.04.001>
- Stämpfli, M. R., & Anderson, G. P. (2009). How cigarette smoke skews immune responses to promote infection, lung disease and cancer Martin. *Nature Reviews Immunology*, 9, 377–384.
- Tazima, M. D. F. G. S., Vicente, Y. A. D. M. V. D. A., & Moriya, T. (2008). Biologia da ferida e cicatrização. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 41(3), 259–264.
- Wang, W., Ye, P., Qian, Y., Gao, Y., Li, J., Sun, F., ... Wang, X. (2015). Effects of whole cigarette smoke on human beta defensins expression and secretion by oral mucosal epithelial cells. *Tobacco Induced Diseases*, 13(3), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12971-015-0029-8>
- Winn, D. M. (2001). Tobacco Use and Oral Disease. *Journal of Dental Education*, 65(4), 306–312.
- Yu, G., Phillips, S., Gail, M. H., Goedert, J. J., Humphrys, M. S., Ravel, J., ... Caporaso, N. E. (2017). The effect of cigarette smoking on the oral and nasal microbiota. *Microbiome*, 5(3), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s40168-016-0226-6>

VII. Anexos

1. Carta da Ética

Comissão de Ética



Proc. Interno nº 541

Ex.ma Senhora
Vanessa Sofia P. J. Talhadas

Monte de Caparica, 19 de abril de 2017.

Ex.ma Senhora,

Venho comunicar-lhe que o Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado "**Estudo comparativo da prevalência das complicações pós-extração em doentes fumadores e não fumadores**" foi aprovado por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz


Prof.ª. Doutora Maria Fernanda de Mesquita

2. Folha de Informação do Doente



Folha de Informação ao Doente

Por favor leia atentamente,

No âmbito do projeto final do curso *Mestrado Integrado de Medicina Dentária (MIMD)* do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, eu, *Vanessa Sofia Pinheiro Jerónimo Talhadas*, venho por este meio solicitar a sua participação na realização de um trabalho de investigação. O projeto final tem como título "*Estudo comparativo da prevalência das complicações pós-extração em doentes fumadores e não fumadores*" sendo orientado pelo *Doutor Paulo Maia*, professor do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

Este trabalho tem como objetivos:

1. Medir a prevalência de complicações pós-extração em pacientes fumadores e não fumadores.
2. Avaliar a complicação pós-extração mais frequente em pacientes fumadores e não fumadores.
3. Comparação dos resultados obtidos em cada grupo de pacientes.
4. Verificar se existe uma associação significativamente forte entre hábitos tabágicos e as complicações pós-extração.

Os dados e as informações de interesse para o estudo serão obtidos através de um questionário feito ao participante e de um exame clínico. Estes procedimentos são de fácil realização, indolores e não invasivos. Deste modo será realizado a cada individuo:

1. Um questionário sobre hábitos tabágicos e sobre o período pós-operatório (8 dias seguintes à extração) avaliando parâmetros como a dor, edema, inflamação entre outras.
2. Exame intra-oral para observação do local da extração avaliando critérios como a cicatrização, a existência de infeção/alveolites.

Os resultados obtidos, através dos procedimentos descritos em cima, serão analisados estatisticamente, sendo que os dados pessoais nunca serão revelados.

Se decidir participar no estudo, ser-lhe-á apresentado um consentimento informado que deverá ler com atenção e assinar. A sua participação é voluntária e confidencial, podendo desistir a qualquer momento. É muito importante a sua participação neste estudo.

Para qualquer esclarecimento adicional, contacte o docente responsável através do seguinte n.º de telefone: 21 294 67 08 (Secretaria de docentes);

Agradeço o tempo que disponibilizou a ler este documento.

Pela equipa de Investigação

3. Consentimento Informado



Consentimento Informado

Código | IMP:EM.PE.17_02

Monte de Caparica, ___/___/___

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do 5º Ano do **Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD)** do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (ISCSEM), sob a orientação do **Doutor Paulo Maia**, solicita-se autorização para a participação no **“Estudo comparativo da prevalência das complicações pós-extração em doentes fumadores e não fumadores.”**

A população alvo será formada por uma amostra de 30 indivíduos fumadores e 30 indivíduos não fumadores, perfazendo um total de 60 pacientes que compareçam na Clínica Dentária Universitária Egas Moniz (CDUEM) nos 8 dias seguintes à extração realizada na mesma instituição (estão excluídos pacientes que apresentem patologias sistémicas que possam alterar os resultados). O estudo será realizado na CDUEM e tem os seguintes objetivos:

1. Medir a prevalência de complicações pós-extração em pacientes fumadores e não fumadores.
2. Avaliar a complicação pós-extração mais frequente em pacientes fumadores e não fumadores.
3. Comparação dos resultados obtidos em cada grupo de pacientes.
4. Verificar se existe uma associação significativamente forte entre hábitos tabágicos e as complicações pós-extração.

A fim de esclarecer a minha decisão recebi, e bem compreendi, as seguintes informações:

1. Não serão efetuados procedimentos clínicos invasivos ou outros, bastando para isso a recolha de dados através da aplicação de um questionário e a realização de um exame intra oral para observação do local da extração;
2. Poderei em qualquer momento pedir informação complementar à investigadora e, se o desejar, parar a minha participação sem suportar qualquer responsabilidade;
3. Os resultados dos dados obtidos serão utilizados com finalidade de pesquisa médico-dentária e serão tratados e apresentados de forma anónima.

Após todos os esclarecimentos, permitirei:

1. Fornecer um certo número de dados pessoais e clínicos, através do preenchimento de um questionário preparado para esse fim;
2. Ser observado clinicamente, na cavidade oral, com a finalidade de me ser examinado o local da extração;



Consentimento Informado

Código | IMP:EM.PE.17_02

Desta forma, fui informada de que sou livre de aceitar ou recusar:

1. A minha participação num questionário sobre o período pós-operatório e sobre hábitos tabágicos.
2. A minha participação para que me observem a minha cavidade oral;

A participação neste estudo é **voluntária**. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

Este estudo pode trazer benefícios tais como determinar a prevalência de complicações pós-extração em doentes fumadores e não fumadores e verificar se existe uma associação verdadeira entre hábitos tabágicos e as complicações pós-extração.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo orientador e/ou pelos seus mandatados. **A sua recolha é anónima e confidencial**. O orientando está obrigado ao anonimato e confidencialidade dos sujeitos.

(Riscar o que não interessa)

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)

4. Questionário



Estudo comparativo da prevalência das complicações pós-extração em doentes fumadores e não fumadores

DADOS DA PARTICIPANTE:

1. Idade: ____
2. Sexo:
- Masculino
- Feminino
3. Habilitações literárias:
- Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Ensino Superior
4. Profissão:
- Ocupação
- Desempregada

DADOS RELACIONADOS COM A SAUDE ORAL:

1. Como classifica a sua saude oral?
- Boa
- Má
2. Quantas vezes escova diariamente os seus dentes?
- Nenhuma
- 1 Vez
- 2-3 Vezes
- >3 Vezes
3. Usa fio dentário?
- Sim
- Não
4. Usa escovilhão?
- Sim
- Não

5. Usa colutório oral?

- Sim
- Não

6. Quando escova os dentes, tem hemorragia gengival?

- Sim
- Não

DADOS RELACIONADOS COM OS HÁBITOS TABÁGICOS:

1. Fuma?

- Sim
- Não

2. Se sim, quantos cigarros por dia?

- <10 cigarros/dia
- >10 cigarros/dia

3. Se sim, à quanto tempo?

- < 10 anos
- >10 anos

4. Se não, alguma vez fumou?

- Sim
- Não

DADOS DO PERÍODO PÓS-EXTRAÇÃO

1. Como classificaria o período pós Operatório?

- Bom
- Mau

2. No seu entender teve alguma complicação pós-cirúrgica?

Sim
Não

3. Se sim, qual?

Dor
Hemorragia
Abscesso
Inflamação
Outro _____

4. Se sim, passados quanto tempo?

<24h
>24h

5. Foram-lhe apresentados os cuidados pós extração, no dia da cirurgia?

Sim
Não

6. Se sim, de que maneira?

Oralmente
Por escrito, entregaram-me o folheto existente na clínica dentária.

7. Se sim, cumpriu com os cuidados pós-extração apresentados?

Sim
Não

8. Necessitou de medicação no período pós-operatório?

Sim
Não

9. Se sim, que medicação?

Antibióticos
Anti-inflamatórios
Analgésicos
Outros _____

10. Fumou durante o período pós-extração?

Sim
Não

11. Se sim, quanto tempo após a cirurgia?

Logo a seguir (<30min)
Horas depois
No dia seguinte

12. Se não, após quanto tempo recomeçou a fumar?

Após 48h
Após 72h
Após remoção de sutura/ainda não fumei

Obrigada pela sua participação.