



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

MOISÉS FRANÇA DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO COMPARATIVA DO ETORICOXIBE VS NIMESULIDA
ASSOCIADOS A DEXAMETASONA COMO ANALGESIA PREEMPTIVA NA
EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES**

Recife,
2024

MOISÉS FRANÇA DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO COMPARATIVA DO ETORICOXIBE VS NIMESULIDA
ASSOCIADOS A DEXAMETASONA COMO ANALGESIA PREEMPTIVA NA
EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES**

Trabalho apresentado à Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso 2 como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Orientador(a): Prof.(a) Dr.(a) Andréa dos Anjos Pontual de Andrade Lima

Co-orientador(a): Prof(a). Msc(a). Priscilla Sarmiento Pinto

Recife,
2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Santos, Moisés França dos.

AVALIAÇÃO COMPARATIVA DO ETORICOXIBE VS NIMESULIDA ASSOCIADOS A DEXAMETASONA COMO ANALGESIA PREEMPTIVA NA EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES / Moisés França dos Santos. - Recife, 2024.

71, tab.

Orientador(a): Andréa dos Anjos Pontual

Coorientador(a): Priscilla Sarmento Pinto

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Odontologia - Bacharelado, 2024.

Inclui referências, apêndices, anexos.

1. CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS. 2. TERCEIRO MOLAR. 3. DENTE INCLUSO. 4. CIRURGIA ORAL. 5. QUALIDADE DE VIDA. I. Pontual, Andréa dos Anjos. (Orientação). II. Pinto, Priscilla Sarmento. (Coorientação). IV. Título.

610 CDD (22.ed.)

MOISÉS FRANÇA DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO COMPARATIVA DO ETORICOXIBE VS NIMESULIDA
ASSOCIADOS A DEXAMETASONA COMO ANALGESIA PREEMPTIVA NA
EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES**

Trabalho apresentado à Disciplina de
Trabalho de Conclusão de Curso 2
como parte dos requisitos para
conclusão do Curso de Odontologia do
Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Pernambuco.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Nome do Primeiro avaliador/

UFPE

Nome do segundo avaliador/

UFPE

Nome do terceiro avaliador/

UFPE ou de outra instituição

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **DEUS**, que, em sua infinita sabedoria, alterou todas as rotas que eu tinha traçado desde criança, porque “dEle é o querer e o efetuar”, e, dessa forma, me permitiu viver a experiência única e transformadora que é cursar odontologia na Universidade Federal de Pernambuco.

Aos meus pais, Josias Ezequiel dos Santos e Miriam Barbosa França dos Santos, que, com todo carinho e dedicação, empenharam-se para que eu pudesse ser o que sou hoje, com todo o exemplo de humildade, responsabilidade, compromisso, perseverança e resiliência. Muito Obrigado pelo amor incondicional, por cada lágrima colhida, por cada oração feita, por cada abraço no que parecia ser um dos meus piores dias, por fazer o possível e o impossível, a fim de que eu pudesse chegar até aqui. Mesmo com tão pouco, financeiramente falando, mas sempre o necessário, pois tendo o Senhor como nosso pastor, de fato, nada nunca nos faltou.

As minhas avós, Dulce Ezequiel Gomes dos Santos (*In memoriam*) e Guiomar Alexandrina de França, que sempre foram um exemplo de fé e de superação, que eu precisava para continuar avançando.

Aos meus irmãos, Ezequiel França dos Santos e Josias Ezequiel dos Santos Júnior, que foram, acima de todos, os principais patrocinadores dos meus sonhos, que me apoiaram de todas as formas. Agora somos nós três, os orgulhos dos nossos pais; o mestre, o contador e o dentista, amo vocês! Às suas esposas, Priscilla e Luciana, minhas amigas, estendo a minha gratidão.

A minha amada namorada, Gabrielle Carolina da Silva, minha companheira, por se fazer presente na minha vida em todos os momentos bons e difíceis, por suportar cada “eu não aguento mais esse curso”, espero compartilhar todos os próximos momentos ao seu lado.

Aos meus pastores, líderes e amigos, pelo apoio, orações e incentivo constante, em especial meu amigo irmão Willian Lucas Vauthier, que me ouviu cada vez que eu quis desistir, e me motivou a continuar, nem que ele fosse me chutando todos os dias até a aula. Estendo essa gratidão, a quem compartilhou comigo a jornada pré-universitária, amigas que choraram, se alegraram e acreditaram em mim; eu venci, vocês também irão, Alana Lucena, Bruna Felix, Leticia Evangelista, M^a Clara Almeida e Mariana Pontes, espero vocês na linha de chegada!

A Eliclaudio Alves da Silva Júnior, que muito mais do que uma dupla de curso, ao longo desses anos, tornou-se um irmão, a ele, gostaria de expressar a gratidão imensa que sinto por nossa incrível jornada nesse curso, sem ele, certamente eu não teria passado nem da primeira semana de aula. Por cada momento compartilhado, os melhores e os piores, não apenas no âmbito acadêmico, meu muito obrigado, por ter me ensinado tanto, suportado meu temperamento e meu mau humor! Jim Rohn diz que somos a média das cinco pessoas com

quem passamos mais tempo, diante disso, eu tenho orgulho de ter uma parte minha com suas características! Obrigado ser parte da minha jornada acadêmica, e por torná-la tão significativa; estou certo de que a nossa amizade, colaboração e parceria, permanecerá para além dos muros da Universidade. Tenho muito orgulho de quem você se tornou, e muita fé que você irá alcançar todos os seus sonhos! Estarei aqui, celebrando cada conquista da sua vida, ainda que os nossos caminhos se separem; farei questão de criar intersecções entre eles, porque você não vai se livrar de mim assim tão fácil.

A Ingrid Sayonara Silva, minha contraparte feminina, como ela mesma costuma dizer, meu muito obrigado, por tornar a minha trajetória mais leve, não só nas atividades da graduação, mas também em empresa júnior e diretório acadêmico, cujo compartilhamos a experiência de gestão lado a lado; sua motivação, empatia e seu senso de justiça, me inspiram. Eu tenho muito orgulho da sua chegada até aqui, da sua história. E acredito, sem titubear, que você irá alcançar cada um dos seus objetivos, porque você é a melhor em tudo que se dispõe a fazer! Conte comigo sempre!

Aos meus amigos, Jefferson Souza, M^a Clara Barros, M^a Gabriela Brito, Marillia Brito, Henrique Guedes e Vinicius Bandeira, que possibilitaram que toda essa jornada até aqui fosse a mais leve possível, até mesmo no ano mais sombrio das nossas vidas, 2020, separados, mas juntos, superamos cada etapa dessa graduação, obrigado pela parceria, cumplicidade, e por me fazer sorrir às “6h da madrugada”. Por meio deste, quero estender a minha gratidão a cada um dos colegas de turma. Saibam que eu tenho orgulho do que cada um se tornou ao longo desses anos!

Ao “*RadioTeam*”, pela experiência transformadora de crescimento pessoal e profissional, muito mais do que uma disciplina na graduação, ou uma monitoria durante o curso, foi uma casa por anos. Em especial, a Prof^a Dr^a Andrea dos Anjos Pontual, minha orientadora, minha gratidão pela confiança, pelo incentivo e pela paciência, desde a primeira aula na Radiologia, passando por monitorias, orientações e até aqui. Sua orientação não apenas me guiou na elaboração deste trabalho, mas também ampliou minha compreensão sobre o tema e enriqueceu minha jornada acadêmica como um todo. Sua influência positiva em minha jornada acadêmica será lembrada com carinho e gratidão.

A Msc. Priscilla Sarmiento Pinto, minha coorientadora, obrigado pelo estímulo, por cada ensinamento durante cada coleta, a discussão de cada caso. Trabalhar ao seu lado foi uma experiência enriquecedora e inspiradora. Agradeço também pela paciência, compreensão e apoio que você gentilmente ofereceu em cada etapa deste processo. Sua presença foi uma fonte constante de encorajamento e confiança para mim. Este trabalho reflete não apenas meu

esforço, mas também sua orientação e expertise, e estou profundamente grato por termos tido a oportunidade de colaborar juntos.

A cada professor, agradeço imensamente por me guiarem e inspirarem ao longo deste caminho desde a pré-escola até hoje, carregando comigo aprendizados que foram fundamentais para o meu crescimento. Sou profundamente grato por todas as lições, experiências e conselhos compartilhados.

A cada servidor técnico e administrativo da UFPE, pela contribuição fundamental para nossa comunidade acadêmica. Seu trabalho incansável e comprometimento são essenciais para nosso ambiente de aprendizado. Obrigado por tornarem nossa experiência acadêmica mais enriquecedora e confortável.

A cada paciente quero expressar minha profunda gratidão, a cada um que confiou em mim durante meu período de formação. Suas histórias, desafios e confiança foram fontes inestimáveis de aprendizado e crescimento. Cada interação foi uma oportunidade para aprender, compreender e servir melhor. Agradeço a paciência, confiança e por compartilharem suas experiências comigo. Suas jornadas de saúde são inspiradoras e moldaram minha prática de forma significativa. Saibam que cada um de vocês teve um impacto valioso em minha formação profissional e pessoal.

A UFPE e CNPq, minha gratidão pela oportunidade de crescimento acadêmico e profissional que me proporcionaram. Foi através do apoio, recursos e ambiente de aprendizado que pude expandir meus horizontes, explorar novos conhecimentos e desenvolver habilidades valiosas. Agradeço por investirem em minha educação e por fornecerem um espaço onde ideias podem florescer e contribuições significativas podem ser feitas para o avanço do conhecimento. Estou imensamente grato por fazer parte desta comunidade dedicada à busca do saber e ao progresso científico.

A todos que não foram citados, quero estender minha sincera gratidão que, de uma forma ou de outra, contribuíram para minha jornada acadêmica e profissional, mesmo que não tenham sido mencionados individualmente. Seja através de gestos de apoio, encorajamento, orações, conselho, incentivo financeiro, seja simplesmente compartilhando momentos ao longo do caminho, cada pessoa deixou sua marca em minha vida e em meu desenvolvimento. Agradeço por fazerem parte da minha jornada e por ajudarem a moldar quem sou hoje. Sua presença e influência são verdadeiramente apreciadas e valorizadas.

“Porque dEle, e por Ele, e para Ele, são todas as coisas; a Ele seja a glória para sempre!
Amém!” (Romanos 11:36, BKJ).

RESUMO

A cirurgia de terceiros molares, é um procedimento que traz diversas sequelas pós-operatórias para os pacientes, dentre elas dor, edema e trismo, que causam impactos na qualidade de vida dos indivíduos. Diante disso, medicações anti-inflamatórias, esteroides e não esteroides, tem sido utilizado em estudos que comprovaram a sua eficácia no controle dessas sequelas, como analgesia preemptiva. O objetivo deste estudo foi avaliar comparativamente a eficácia da coadministração da etoricoxibe e dexametasona na analgesia preemptiva em relação a ação da nimesulida e dexametasona. As variáveis avaliadas foram a dor, o edema e presença de trismo, necessidade de medicação de resgate (ibuprofeno) e os impactos na qualidade de vida dos pacientes. Para isso, foi realizado um Ensaio Clínico Randomizado, duplo-cego de boca dividida, no qual 19 indivíduos foram submetidos a exodontia dos terceiros molares impactados em mandibular, bilateral, sendo realizado um total de 38 cirurgias. Foram utilizadas Dexametasona 8mg e Nimesulida 100mg (grupo A) e Dexametasona 8mg e Etoricoxibe 90mg (grupo B) como medicação preemptiva, administradas uma hora antes do procedimento. A dor, o edema, o trismo, e a qualidade de vida (respostas ao OHIP-14) foram avaliadas no pré-operatório e nos intervalos de 48h, 72h e 7 dias após o procedimento. Os resultados foram tabulados e analisados descritivamente em planilha Excel[®]. Ao comparar a eficácia da administração do etoricoxibe e dexametasona, frente ao uso de nimesulida e dexametasona, como analgesia preemptiva, o grupo B possibilitou maior controle da dor pós-operatória, com uma frequência de 0,87 no grau de dor inexistente/leve, e uma menor formação de edema, com uma frequência de 0,57, conseqüentemente, uma limitação de abertura bucal reduzida, frequência 0,57. Os dois grupos impactaram de forma semelhante a qualidade de vida dos pacientes no pós-operatório. Diante dos resultados do presente estudo, sugere-se a utilização da associação do etoricoxibe e dexametasona como medicação preemptiva na exodontia dos terceiros molares.

Palavras-chave: cuidados pré-operatórios; terceiro molar; dente incluso; cirurgia oral; qualidade de vida

ABSTRACT

Third molar surgery is a procedure that brings several postoperative sequelae to patients, including pain, edema and trismus, which impact the quality of life of individuals. Therefore, anti-inflammatory medications, steroids and non-steroids, have been used in studies that have proven their effectiveness in controlling these sequelae, such as preemptive analgesia. The objective of this study was to comparatively evaluate the effectiveness of co-administration of etoricoxib and dexamethasone in preemptive analgesia in relation to the action of nimesulide and dexamethasone. The variables evaluated were pain, edema and presence of trismus, need for rescue medication (ibuprofen) and impacts on patients' quality of life. To this end, a Randomized, double-blind, split-mouth Clinical Trial was carried out, in which 19 individuals underwent extraction of bilateral impacted mandibular third molars, with a total of 38 surgeries performed. Dexamethasone 8mg and Nimesulide 100mg (group A) and Dexamethasone 8mg and Etoricoxib 90mg (group B) were used as preemptive medication, administered one hour before the procedure. Pain, edema, trismus, and quality of life (responses to OHIP-14) were evaluated preoperatively and at intervals of 48h, 72h and 7 days after the procedure. The results were tabulated and analyzed descriptively in an Excel® spreadsheet. When comparing the effectiveness of the administration of etoricoxib and dexamethasone, compared to the use of nimesulide and dexamethasone, as preemptive analgesia, group B allowed greater control of postoperative pain, with a frequency of 0.87 in the degree of non-existent/mild pain, and less edema formation, with a frequency of 0.57, consequently, a reduced mouth opening limitation, frequency 0.57. Both groups had a similar impact on the quality of life of patients postoperatively. In view of the results of the present study, it is suggested to use the combination of etoricoxib and dexamethasone as a preemptive medication in the extraction of third molars.

Keywords: pre-operative care; third molar; impacted tooth; oral surgery; quality of life

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 –	Variação das medidas pós-operatórias para avaliação do edema do Grupo A e Grupo B	25
Gráfico 2 –	Variação das medidas pós-operatórias para avaliação do trismo do Grupo A e Grupo B	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização da amostra de indivíduos participantes, quanto a idade, escolaridade, uso de tabaco e álcool.	20
Tabela 2 –	Variáveis clínicas odontológicas dos participantes	20
Tabela 3 -	Grau de impacção dos terceiros molares inferiores segundo Pell e Gregory (1933).	21
Tabela 4 -	Distribuição das respostas de acordo com as sete dimensões conceituais que compõem o OHIP-14 na avaliação pré-operatória.	22
Tabela 5 -	Frequência das variáveis operatórias	23
Tabela 6 -	Distribuição das respostas de acordo com as sete dimensões conceituais que compõem o OHIP-14; de 48h pós-operatório	23
Tabela 7 -	Distribuição das respostas de acordo com as sete dimensões conceituais que compõem o OHIP-14; de 7 dias de pós-operatório	24
Tabela 8 -	Distribuição das respostas de menor e maior impacto para as sete dimensões conceituais que compõem o OHIP-14, para 7 dias de pós-operatório.	24
Tabela 9 -	Distribuição das respostas por grau de dor pós-operatória segundo a EVA.	26
Tabela 10 -	Distribuição da quantidade da medicação de resgate tomada por grupo.	26
Tabela 11 -	Satisfação do paciente durante o procedimento cirúrgico	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASA	Sociedade Americana de Anestesiologia
AINEs	Anti-inflamatórios não-esteroidais
CEP-UFPE	Comitê de Ética em Pesquisa – UFPE
COX-1	Ciclo-oxigenase-1
COX-2	Ciclo-oxigenase-2
COX-3	Ciclo-oxigenase-3
EVA	Escala Visual Analógica
INR	Relação Normatizada Internacional
NAPA-UFPE	Núcleo de Acolhimento e Pronto Atendimento da UFPE
OHIP-14	Perfil de Impacto na Saúde Oral – Versão 14
OHIP-49	Perfil de Impacto na Saúde Oral – Versão 49
TCFC	Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	GERAL.....	17
2.2	ESPECÍFICOS.....	17
3	MATERIAIS E MÉTODO.....	18
3.1	DESENHO DA PESQUISA	18
3.2	TAMANHO DA AMOSTRA	20
3.3	LOCAL	20
3.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO	20
	3.4.1 DESFECHOS PRIMÁRIOS	20
	3.4.2 DESFECHOS SECUNDÁRIOS	22
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	22
4	RESULTADOS.....	23
5	DISCUSSÃO.....	31
	REFERÊNCIAS.....	37
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	41
	APENDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA	44
	ANEXO A – PARECER CIRCUNSTÂNCIADO DO CEP-UFPE	51
	ANEXO B – NORMAS DA REVISTA	57

1. INTRODUÇÃO

O terceiro molar é, geralmente, o último dente a irromper na cavidade bucal, podendo ser encontrado erupcionado completamente, parcialmente ou incluso, segundo a classificação de Pell e Gregory (1933) e a de Winter (1926). A falta de espaço disponível para o irrompimento deste dente é o principal fator para que os terceiros molares inferiores continuem impactados - além das teorias evolutivas e hereditárias - sendo indicados à exodontia [7,10,11,15].

Quando os terceiros molares não conseguem irromper completamente, é comum que seja indicado à exodontia. Este procedimento é comumente realizado por cirurgias bucomaxilofaciais, pois, entende-se que a permanência desse dente na cavidade oral pode causar danos à saúde do paciente, relacionados não só ao desenvolvimento da cárie dentária e de cistos do desenvolvimento, mas também pode afetar a qualidade de vida do paciente, que vai expressar uma sintomatologia dolorosa [15, 24, 25].

Como consequência, a exodontia dos terceiros molares inferiores, pode acarretar diversas complicações pós-operatórias, além dos sinais e sintomas inflamatórios comuns a este tipo de procedimento - como o edema, a dor e o trismo - tem-se os riscos de alveolite, hemorragias e fratura mandibular. Estes sintomas interferem diretamente na qualidade de vida dos pacientes, causando dor física, limitação funcional e afetando o estado psicológico do paciente, principalmente, nos primeiros dias de pós-operatório, devido a resposta inflamatória natural [4,6,10,11,17,31].

A prevalência da dor, do edema e do trismo são decorrentes do processo inflamatório local, causados pelas isoformas da ciclo-oxigenase (COX) e pelas prostaglandinas. Somado a isso, a intensidade desses sinais e sintomas pós-operatórios variam de acordo com a técnica de exodontia, sutura, uso de terapia farmacológica pré, trans e pós-operatória, experiência do cirurgião e tempo de cirurgia. Além disso, sabe-se que alguns fatores associados ao paciente interferem na sintomatologia durante o pós-operatório, tais como a posição do dente, variação anatômica, ansiedade durante o procedimento, uso de tabaco, idade, sexo e possíveis alterações sistêmicas [3,6,7,15,31].

Dessa forma, são estudados protocolos medicamentosos com o objetivo de modular a resposta inflamatória, dentre estes protocolos, destaca-se a analgesia preventiva, pois tem mostrado excelentes resultados na redução da morbidade pós-operatória [21,22,23]. A analgesia

preemptiva tem como objetivo antecipar e modular a dor antes mesmo de sua instalação, otimizando o controle da dor pós-operatória. Para a analgesia preventiva, pode-se lançar mão de analgésicos, anti-inflamatórios não-esteroides (AINEs) e/ou corticosteroides. Estas medicações são consideradas eficazes no tratamento de dor subsequente ao trauma cirúrgico, uma vez que dor é acompanhada por uma resposta inflamatória que, quando modulada, pode minimizar a morbidade pós-operatória. [21,22,23]. A sintomatologia e os sinais do pós-operatório relacionados a este procedimento costumam ser utilizados na avaliação da eficiência de protocolos medicamentosos. Assim, verifica-se o controle do desconforto, edema e dor pós-operatória após a exodontia de terceiros molares inclusos em mandíbula [9,17, 19].

A utilização de anti-inflamatórios não-esteroidais associados aos corticosteroides já foi estudada anteriormente na modulação da dor pós-operatória objetivando melhora na qualidade de vida do paciente durante a sua recuperação [21, 22, 35]. Uma vez que os anti-inflamatórios não-esteroidais atuam bloqueando e inibindo a síntese de prostaglandinas e a ação das ciclo-oxigenases (complexo enzimático que gera as prostaglandinas a partir do ácido araquidônico), dessa forma previnem a sensibilização dos nociceptores, possuindo ação analgésica [32, 33, 34]. Além disso, inibem a vasodilatação causada pelas prostaglandinas, favorecendo o controle na formação do edema, e conseqüentemente, impactando no trismo [32, 33, 34]. Por outro lado, os corticosteroides mimetizam as ações do cortisol endógeno, causando a supressão da resposta inflamatória, o que leva a redução de mediadores pro-inflamatórios no local da lesão [22,23,33].

A administração conjunta dos AINEs e dos Corticosteroides tem sido recomendada para minimizar as sequelas pós-operatórias e acelerar o processo de recuperação tecidual, possibilitando um pós-operatório menos traumático para o paciente [35, 36]. Uma vez que o corticosteroide tem a sua atuação no controle da dor pós-operatória, e os AINEs atuam potencializando a ação do corticosteroide e controlando a formação do edema pós-cirúrgico, impactado no trismo [35, 36, 37, 38]. Com isso, a associação dos medicamentos dessas classes influencia positivamente na qualidade de vida no pós-operatório dos pacientes [38].

A qualidade de vida relacionada a saúde, conceito humano e multidimensional, é considerada como o grau de satisfação do indivíduo frente à sociedade, vida familiar, amorosa, ambiental. Essa definição compreende a capacidade do indivíduo de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que uma sociedade considera como padrão de conforto

e bem-estar. Esse conceito tem dado aos profissionais de saúde outro ponto de vista frente em relação ao cuidado do paciente, levando-os a perceber que tratar apenas sinais e sintomas de uma doença não promove saúde, pois a doença pode gerar impactos sociais e psicológicos ao sujeito [6,12].

Frequentemente, as condições de saúde bucal são avaliadas por meio de aspectos clínicos que se limitam a identificar sinais e sintomas e tratar patologias, porém não conseguem definir o impacto da doença e sua interferência no cotidiano do paciente. Por isso, a autopercepção do indivíduo sobre a sua saúde bucal possibilita o diagnóstico da condição de saúde do indivíduo e como ela pode interferir no seu dia a dia. Geralmente, para avaliar a qualidade de vida, são usados questionários para entender como a saúde oral tem impactado na dinâmica diária dos indivíduos [12]. Dentre estes, o perfil de impacto da saúde oral do paciente (OHIP) é um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação e qualidade de vida relacionada à saúde. Sua importância se dá por permitir a verificação da autopercepção das consequências relacionadas a saúde oral [1,6,9,15].

O OHIP-14 é um questionário que tem como objetivo captar, de maneira subjetiva, percepções e sentimentos dos indivíduos sobre sua saúde bucal, bem como, suas expectativas em relação ao tratamento e serviços odontológicos por meio de autoavaliação. Esse instrumento é baseado no modelo de Locker, considerando que a doença pode afetar a qualidade de vida dos pacientes e, ainda, que os conceitos de saúde e doença são variáveis, oscilando entre os graus e variando entre um estado extremo e outro [1,6,15]. O questionário contém 14 itens (sendo uma versão simplificada do OHIP-49), e apresenta duas perguntas em cada das sete dimensões: dor física, limitação funcional, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem. Assim, o OHIP-14 é um questionário amplamente utilizado para avaliação da qualidade de vida relacionando a saúde bucal por apresentar validade de critério e constructo [1,9].

Entende-se que a medicação preemptiva é responsável por minimizar as sequelas pós-operatória [21]. Existem diferentes protocolos medicamentosos para controle dos eventos após exodontia de terceiros molares. Embora os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) sejam as drogas mais prescritas, a falta de consenso sobre a escolha entre AINEs não seletivos e seletivos para COX-2, bem como sobre a posologia e momento de administração. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo avaliar comparativamente a eficácia da

coadministração da etoricoxibe e dexametasona na analgesia preemptiva em relação a ação da nimesulida associados à dexametasona

2. OBJETIVOS

2.1. Geral:

Avaliar comparativamente a eficácia da coadministração da etoricoxibe e dexametasona na analgesia preemptiva em relação a ação da nimesulida associados à dexametasona.

2.2 Específicos:

2.2.1. Verificar os efeitos na qualidade de vida no pós-operatório da cirurgia de exodontia de terceiros molares inferiores impactados em mandíbula da utilização da associação da Nimesulida e Dexametasona como medicação preemptiva;

2.2.2. Determinar os efeitos na qualidade de vida no pós-operatório da cirurgia de exodontia de terceiros molares inferiores impactados em mandíbula da utilização da associação da Etoricoxibe e Dexametasona como medicação preemptiva;

2.2.3. Investigar a dor, edema, trismo a necessidade de medicação de restaste no pós-operatório da cirurgia de exodontia de terceiros molares inferiores impactados em mandíbula da utilização da associação da Nimesulida e Dexametasona como medicação preemptiva;

2.2.4. Avaliar a dor, edema, trismo a necessidade de medicação de restaste no pós-operatório da cirurgia de exodontia de terceiros molares inferiores impactados em mandíbula da utilização da associação da Etoricoxibe e Dexametasona como medicação preemptiva.

3. MATERIAIS E MÉTODO

3.1. Desenho da Pesquisa:

Trata-se de um estudo analítico, do tipo ensaio clínico randomizado de boca dividida, duplo-cego com pacientes atendidos no Núcleo de Acolhimento e Pronto Atendimento (NAPA-UFPE). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFPE (Parecer n. 6.032.318, CAAE: 66499422.5.0000.5208) e foi realizado entre janeiro de 2023 e janeiro de 2024 (ANEXO A).

Os pacientes foram informados a respeito de todos os aspectos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). A metodologia a seguir segue as orientações do Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT statement), registrado no Registro Brasileiro de Ensaios clínicos (REBEC). Com base em critérios predefinidos, dezenove pacientes, com idade variando entre 19 e 34 anos, foram selecionados e se submeteram a exodontia de dois terceiros molares inferiores.

Os critérios de inclusão foram os seguintes: adultos com idade entre 18 e 45 anos, classificados, segundo a American Society of Anesthesiology (ASA), no grupo I, com indicação de exodontia bilateral dos terceiros molares inferiores. Os terceiros molares inferiores direito e esquerdo dos indivíduos incluídos deveriam apresentar o mesmo grau de inclusão conforme classificação de Pell e Gregory (1933) determinado por meio de radiografia panorâmica ou tomografia computadorizada de feixe cônico.

Os critérios de exclusão foram os seguintes: pacientes que apresentarem alergia aos AINEs (nimesulida ou etoricoxibe) e/ou ao corticosteróide (dexametasona); sinais de infecção no sítio cirúrgico; usuários crônicos de analgésicos e/ou anti-inflamatórios; fumantes; gestantes ou lactantes; pacientes que não se enquadraram no planejamento cirúrgico ou anestésico; paciente que desistiram de participar da pesquisa em qualquer momento; pacientes que faltaram ao retorno nos prazos estipulados para acompanhamento pós-operatório; pacientes com insuficiência renal ou hepática e duração da cirurgia superior a 40 minutos.

Foram utilizados dois protocolos de medicação: Nimesulida 100mg + Dexametasona 8mg (2 comprimidos de 4mg via oral) e Etoricoxibe 90mg + Dexametasona 8mg (2 comprimidos de 4mg via oral), administrados 1 (uma) hora antes do procedimento, sendo recomendado aos pacientes tomar um comprimido de ibuprofeno de 600mg de 8h em 8h por 3 dias em caso de dor.

Foi realizada uma avaliação pré-operatória dos pacientes, coletando seguintes dados: idade, nome, sexo, queixa principal e condições de saúde geral e bucal. Foi aplicado o OHIP-

14 (APÊNDICE B) para avaliar a relação dos indivíduos com a sua saúde oral nos últimos seis meses e, também, para servir de comparação com as aplicações pós-operatórias.

Durante a avaliação pré-operatória, foi verificado o grau de abertura de boca e, também, foram registradas as distâncias dos pontos tragus-pogônio, tragus-canto de boca, canto do olho-ângulo da mandíbula, para avaliação do edema pós-operatório de cada hemiarco. Ainda na avaliação pré-operatória, foi utilizado a Escala visual analógica (EVA) para avaliar a dor que o paciente estava sentindo antes do procedimento cirúrgico.

Foram solicitados e avaliados hemograma, coagulograma, Relação Normatizada Internacional (INR) e glicemia em jejum de todos os pacientes. Foram solicitados e avaliados os exames de imagem. Inicialmente, foi avaliada a radiografia panorâmica e, em alguns casos, foi solicitada a tomografia computadorizada de feixe cônico, para a determinação da posição do dente segundo a classificação de Pell e Gogory (1933) [29] e avaliação da relação dos terceiros molares com o canal mandibular.

Os pacientes foram submetidos a duas cirurgias em dois tempos cirúrgicos, sendo cada uma em um hemiarco mandibular diferente. A amostra foi dividida da seguinte forma:

- Grupo A: Cirurgias que utilizaram Nimesulida 100mg + Dexametasona 8mg como medicação preemptiva;
- Grupo B: Cirurgias que utilizaram Etoricoxibe 90mg + Dexametasona 8mg como medicação preemptiva.

Com o propósito de assegurar a aleatorização adequada, envelopes pardos e opacos foram utilizados para armazenar informações referentes às combinações medicamentosas destinadas aos grupos (Nimesulida 100mg + Dexametasona 8mg ou Etoricoxibe 90mg + Dexametasona 8mg), assim como à sequência de lados a ser seguida para o início das cirurgias (direito ou esquerdo). Sob supervisão do pesquisador assistente, não responsável pelos procedimentos clínicos, cada paciente selecionou aleatoriamente um envelope contendo o grupo de medicação e o lado de início. Após um período de 21 dias, a segunda cirurgia foi conduzida no lado contralateral, sendo administrada a segunda combinação de medicamentos.

Os pacientes, antes da cirurgia do grupo A, foram orientados a tomar um comprimido de nimesulida 100mg e dois comprimidos de dexametasona de 4mg, uma hora antes do procedimento. Nas cirurgias do grupo B, os pacientes foram orientados a tomar 1(uma) comprimido de etoricoxibe 90mg e dois comprimidos de dexametasona de 4mg, 1(uma) hora antes do procedimento.

As cirurgias foram realizadas por um cirurgião experiente e um auxiliar. Os cuidados

com equipamentos de proteção individual, aposição de campos cirúrgicos, controle de assepsia e antisepsia foram tomados. O tempo máximo para cada exodontia foi de 40 minutos e a cirurgia de um lado não ultrapassou 25 minutos do lado oposto. O tempo foi medido a partir do início da incisão até o momento da exodontia finalizada. Em todas as cirurgias, foi utilizado o anestésico mepivacaina 2% com epinefrina 1:100.000 para o bloqueio regional do nervo alveolar inferior, bucal e lingual.

No pós-operatório, os pacientes foram orientados a fazer uso de ibuprofeno 600mg, de 8h em 8h por 03 dias, como medicação de resgate em caso de dor e, também, foram orientados a fazer bochecho com clorexidina 0,12% 24h após a cirurgia, duas vezes ao dia, por 07 dias. Após a cirurgia os pacientes eram instruídos a classificar o grau de dor que estava sentindo de acordo com a EVA, nos intervalos de 30min, 2h, 4h, 6h, 8h, 12h, 16h, 24h, 48h e 72h, e a retornarem ao serviço para avaliação de edema e trismo pós-operatório, em um intervalo de 48h, 72h e 7 dias pós-operatório.

3.2. Tamanho da amostra

Para determinação do tamanho da amostra, foi utilizada a equação de amostra para duas proporções experimentais. Considerando um nível de confiança de 95%, o poder do teste de 80% e a prevalências esperada de 0,6 para não utilização do Ibuprofeno após três dias do recebimento do Nimesulida + Dexametasona e a prevalência esperada de 0,2 para a não utilização do Ibuprofeno após três dias do recebimento do Etoricoxibe + Dexametasona, antes do procedimento cirúrgico, tem-se que o tamanho amostral necessário para cada grupo é de 19 observações, totalizando 38 observações em toda amostra ^[38].

3.3. Local

A coleta de dados foi realizada através da aplicação do questionário e das avaliações físicas, no NAPA-UFPE (Núcleo de Acolhimento e Pronto Atendimento - UFPE).

3.4. Variáveis do Estudo

3.4.1. Desfechos primários

Avaliação da Dor

A avaliação da dor realizada através da EVA, que consiste em uma régua de 11 pontos, representando a intensidade da sensação dolorosa. Nessa escala, o número 0 (zero) indica ausência de dor e o 10 (dez) representa a dor mais intensa. A interpretação dos valores apontados na régua é dada da seguinte forma: ausência total de dor (0); dor leve (1 a 2); dor

moderada (3 a 7); dor intensa (8 a 10) [19]. Os pacientes foram orientados a preencher a ficha de avaliação da EVA em diferentes momentos do pós-operatório, iniciando 30 minutos após o procedimento cirúrgico e, em seguida, nos intervalos: 2h, 4h, 6h, 8h, 12h, 16h, 24h, 48h e 72h. Além disso, foram orientados a registrar o número de analgésicos de resgate ingerido até o sétimo dia de pós-operatório (APÊNDICE B) [28]. Realizou-se uma comparação entre os momentos de consumo do primeiro analgésico de resgate nos dois grupos.

Avaliação do Edema

A avaliação do edema foi realizada por meio da tomada das distâncias entre os pontos: canto do olho-ângulo da mandíbula (A), trágus-canto de boca (B), trágus-pogônio (C), por meio de fita métrica, no pré-operatório (*baseline*), e nos intervalos de 48h, 72h e 7 dias de pós-operatório [23]. A evolução do edema foi obtida pela subtração do valor total de cada período pós-operatório (média dos 3 valores) pela média do *baseline* (APÊNDICE B) [30].

Avaliação do Trismo

A avaliação do trismo consistiu na tomada de medidas entre as bordas incisais dos incisivos centrais superiores e inferiores durante a abertura bucal máxima, utilizando um paquímetro analógico, nos períodos de pré-operatório, 48h, 72h e 7 dias de cirurgia. A quantificação da variável foi determinada pela diferença do período pré-operatório e cada período pós-operatório (APÊNDICE B) [28].

Avaliação da Qualidade de vida no pós-operatório

A avaliação da qualidade de vida no pós-operatório foi determinada através do OHIP-14 (APÊNDICE B). Os pacientes foram orientados a preencher um questionário sociodemográfico, com questões que avaliam a qualidade da saúde oral e variáveis clínicas no último ano e, em seguida, foi aplicado o OHIP-14, antes do procedimento, 48h e 7 dias após a realização do procedimento. O questionário contém 14 itens (sendo uma versão simplificada do OHIP-49), com apenas duas perguntas em cada uma das sete dimensões conceituais: limitação funcional (itens 1 e 2), dor física (itens 3 e 4), desconforto psicológico (itens 5 e 6), incapacidade física (itens 7 e 8), incapacidade psicológica (itens 9 e 10), incapacidade social (itens 11 e 12) e desvantagem (itens 13 e 14) [1]. Segundo o modelo de saúde de Locker (1997), os conceitos de saúde e doença são variáveis, que oscilam entre os graus, e variam entre um estado extremo e outro [1].

As respostas foram registradas em uma escala do tipo Likert e codificadas em cinco categorias, constituindo uma escala numérica, incluída a sexta categoria para a resposta “não sabe”. Cada categoria recebeu uma pontuação da seguinte forma: 0 = “nunca”, 1 = “raramente”, 2 = “poucas vezes”, 3 = “algumas vezes”, 4 = “quase sempre”. O resultado foi calculado pelo método aditivo, havendo a soma de todos os itens pertencentes a cada dimensão ^[27]. As informações obtidas através dos questionários são confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre a participação, não havendo identificação dos voluntários.

3.4.2. Desfechos secundários

Avaliação Global da satisfação do paciente

A avaliação global consistiu no método pelo qual os pacientes categorizaram sua satisfação em relação à terapêutica empregada, utilizando uma escala de Likert de 5 pontos (0, ruim; 1, razoável; 2, bom; 3, muito bom; e 4, excelente) ^[6].

3.5. Análise dos dados

Após a coleta, os dados foram registrados e tabulados em planilha Excel[®] e analisados descritivamente.

4. RESULTADOS

A composição final da amostra deste estudo foi de 19 (dezenove) participantes, submetidos a dois procedimentos cirúrgicos cada, resultando em 38 procedimentos cirúrgicos. Os indivíduos responderam aos questionários de forma voluntária e assinaram o TCLE, sendo 8 homens (42,11%) e 11 mulheres (57,89%). Participaram do estudo indivíduos entre 19 e 34 anos, sendo a média de idade entre eles de 23,37, mediana de 23 anos. As características sociodemográficas estão descritas na Tabela 01.

TABELA 01. Caracterização da amostra de indivíduos participantes, quanto a idade, escolaridade, uso de tabaco e álcool.

	n	%
IDADE		
19 - 34	19	100
ESCOLARIDADE		
Não alfabetizado	00	0
Ensino Fundamental Incompleto	00	0
Ensino fundamental completo	01	5,26
Ensino médio incompleto	00	0
Ensino médio completo	02	10,53
Ensino superior incompleto	10	52,63
Ensino superior completo	04	21,05
Pós-graduação	02	10,53
USO DE TABACO		
Sim	00	0
Não	19	100
USO DE ALCOOL		
Sim	12	63,16
Não	7	36,84

Do total de participantes do estudo, observa-se que a maior parte da amostra possui ensino superior incompleto (52,63%). Em relação ao uso de tabaco, os indivíduos afirmaram não serem fumantes. A maior parte dos entrevistados (63,16%) relatou fazer uso de álcool socialmente e apenas 36,84% relataram não utilizar álcool. Além disso, todos os participantes do estudo relataram que não possuíam doença sistêmica e que não eram usuários de medicação de uso contínuo.

A tabela 02. Variáveis clínicas/odontológicas dos participantes.

Tabela 02. Variáveis clínicas odontológicas dos participantes

	n	%
AUSENCIA DE DENTES NATURAIS		
Sim	05	26,32
Não	14	73,68
USO DE PROTÉSE		
Sim	00	0
Não	19	100
AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL		
Ótima	04	21,05
Boa	09	47,37
Mediana	06	31,58

Ruim	00	0
Fraca	00	0
Não sabe	00	0
COMPARAÇÃO COM O ANO ANTERIOR		
Muito melhor	03	15,79
Melhor	08	42,11
Indiferente	06	31,58
Pior	01	5,26
Muito pior	00	0
Não sabe	01	5,26

Verifica-se que 26,32% dos pacientes possuem ausência de dentes naturais, sendo a maioria deles terceiros molares superiores. Nenhum dos participantes fazia uso de próteses. Quando questionados sobre como avaliavam a sua saúde bucal, 21,05% consideraram ter uma ótima saúde bucal, 31,58% dos pacientes consideraram ter uma saúde bucal mediana, enquanto a maior parte dos participantes, 47,37%, considerou ter uma boa saúde bucal. Além disso, quando foi colocado a saúde bucal atual, em comparação com o ano anterior, 5,26% dos pacientes considerou ter uma piora, em contrapartida, 57,9% dos pacientes considerou ter melhorado as condições de saúde bucal no último ano.

Na Tabela 03, é possível observar o grau de impacção dos terceiros molares inferiores segundo Pell e Gregory (1933), determinados por meio da avaliação da radiografia panorâmica e/ou da tomografia computadorizada de feixe cônico.

Tabela 03. Grau de impacção dos terceiros molares inferiores segundo Pell e Gregory (1933).

RELAÇÃO COM O RAMO DA MANDIBULA	n	%
Classe I	07	36,84
Classe II	12	63,16
Classe III	00	0
RELAÇÃO COM O ÂNGULO DA MANDIBULA		
Posição A	14	73,68
Posição B	03	15,79
Posição C	02	10,53

É possível observar que a maioria dos pacientes (63,16%) apresentavam os dentes em classe II em relação ao ramo da mandíbula, e em relação ao ângulo da mandíbula, a maioria dos pacientes (73,68%) foi classificada na posição A. Essas posições são utilizadas para estabelecer a complexidade da cirurgia a ser realizada, entendendo que quando há maior envolvimento do ramo e/ou do ângulo mandibular, a complexidade da cirurgia é maior, haverá maior morbidade pós-operatória ^[11,13].

Avaliação da qualidade de vida dos pacientes

Antes dos pacientes serem submetidos aos procedimentos operatórios, eles respondiam ao questionário OHIP-14 que, posteriormente, foi comparado com as respostas dadas 48h e 7 dias após a cirurgia. Na Tabela 04, pode-se observar as respostas dos pacientes por dimensão conceitual do OHIP-14 e por grupo.

Tabela 4. Distribuição das respostas de acordo com as sete dimensões conceituais que compõem o OHIP-14 na avaliação pré-operatória.

	Nunca (0)		Raramente (1)		Poucas vezes (2)		Algumas vezes (3)		Quase sempre (4)	
	GA	GB	GA	GB	GA	GB	GA	GB	GA	GB
D1. Limitação funcional (Q1 e Q2)	31	28	4	5	0	0	2	4	1	1
D2. Dor física (Q3 e Q4)	14	22	6	4	8	6	5	3	5	3
D3. Desconforto psicológico (Q5 e Q6)	16	25	4	4	4	3	7	4	7	1
D4. Incapacidade física (Q7 e Q8)	24	32	7	3	1	2	3	1	3	0
D5. Incapacidade psicológica (Q9 e Q10)	33	31	2	4	1	1	1	2	1	0
D6. Incapacidade social (Q11 e Q12)	31	33	6	3	0	1	2	1	1	0
D7. Deficiência (Q13 e Q14)	37	37	0	0	0	0	1	1	0	0

Legenda: GA: Grupo A; GB: Grupo B.

As respostas foram obtidas de acordo com o que os pacientes consideravam da sua saúde bucal, relacionado ao dente que seria submetido a exodontia e como isso estava causando impacto na sua qualidade de vida.

Ao considerar a frequência da resposta “quase sempre”, observa-se que as dimensões de dor física e desconforto psicológico foi a que apresentou maior impacto qualidade de vida dos indivíduos no grupo A. Quando observamos o grupo B, a dimensão de desconforto psicológico foi a que mais apresentou impacto na qualidade de vida dos pacientes. No entanto, ao considerar a dimensão de deficiência, nota-se que nenhum dos indivíduos tiveram as suas rotinas totalmente alteradas pelo desconforto ou dor relacionada ao dente em questão.

Na Tabela 05, pode-se avaliar as variáveis operatórias, aquelas que exercem influência direta no pós-operatório^[4,6]. Observa-se que, no grupo A, 36,84% dos indivíduos não precisaram realizar osteotomia, enquanto, no grupo B, em 26,32% foi necessário realizar esse procedimento. Quanto a odontosecção, percebe-se que a maioria dos pacientes do grupo A não precisou de nenhum tipo (52,63%), diferentemente do grupo B, cujo a maioria precisou de algum tipo de odontosecção (52,63%). Em relação ao número de anestésicos utilizados, percebe-se que ambos os grupos utilizaram uma quantidade muito próxima de tubetes anestésicos. Somado a isso, o Grupo B apresentou maior tempo cirúrgico, sendo a média de 18,63 minutos.

Tabela 05. Frequência das variáveis operatórias

VÁRIAVEIS		GRUPO A	GRUPO B
Osteotomia	Distal	0	1 (5,26)
	Oclusal	0	0
	Oclusovestibular	0	0
	Distovestibular	0	0
	Distoclusovestibular	0	0
	Vestibulodistal	10 (52,63)	12 (63,16)
	Vestibular	2 (10,53)	1 (5,26)
	Não Realizou	7 (36,84)	5 (26,32)
Odontosecção	Parcial da coroa (mesial)	2 (10,53)	3 (15,79)
	Parcial da coroa (distal)	0 (0)	1 (5,26)
	Longo eixo da coroa	1 (5,26)	0
	Total da coroa	4 (21,05)	5 (26,32)
	Não realizou	10 (52,63)	9 (47,37)
Média de tubetes de anestésicos usados		2,03t 2,5±1,5	2,39t 4±1,5
Media da duração das cirurgias		16,05' 25'±7'	18,63' 48'±7'

Legenda: ' - minutos; t – tubetes de anestésico com 1,8ml.

Na Tabela 06, pode-se analisar as respostas pós-operatórias de 48h dos pacientes submetidos a exodontia dos terceiros molares impactados em mandíbula. Verifica-se, nas esferas de dor física, incapacidade psicológica e incapacidade social, que os pacientes que fizeram uso das medicações do grupo B obtiveram melhores resultados, apresentando as respostas uma maior quantidade de respostas nunca (0) e/ou raramente (1), nas questões dessas esferas.

Tabela 6. Distribuição das respostas de acordo com as sete dimensões conceituais que compõem o OHIP-14; de 48h pós-operatório

	Nunca (0)		Raramente (1)		Poucas vezes (2)		Algumas vezes (3)		Quase sempre (4)	
	GA	GB	GA	GB	GA	GB	GA	GB	GA	GB
D1. Limitação funcional (Q1 e Q2)	31	25	2	5	3	3	1	4	1	1
D2. Dor física (Q3 e Q4)	7	12	9	9	10	6	7	4	5	7
D3. Desconforto psicológico (Q5 e Q6)	29	24	1	9	3	2	4	3	1	0
D4. Incapacidade física (Q7 e Q8)	20	20	3	3	4	3	3	5	8	7
D5. Incapacidade psicológica (Q9 e Q10)	26	28	2	2	4	3	2	4	4	1
D6. Incapacidade social (Q11 e Q12)	24	27	4	7	5	0	4	3	1	1
D7. Deficiência (Q13 e Q14)	33	33	1	4	1	0	1	1	2	0

Legenda: GA: Grupo A; GB: Grupo B.

A Tabela 7 mostra os resultados do OHIP-14 por dimensão após 7 (sete) dias do procedimento cirúrgico. Quando comparamos os dois grupos, os indivíduos apresentaram resultados semelhantes, tendo o grupo A uma frequência de 15,79% nas respostas algumas vezes e quase sempre, diferente do grupo B, que obteve uma frequência de 14,66% das mesmas respostas, apresentando entre si uma diferença de 1,13% entre as respostas, sendo mais positiva para o grupo A.

Tabela 7. Distribuição das respostas de acordo com as sete dimensões conceituais que compõem o OHIP-14; de 7 dias de pós-operatório

	Nunca (0)		Raramente (1)		Poucas vezes (2)		Algumas vezes (3)		Quase sempre (4)	
	GA	GB	GA	GB	GA	GB	GA	GB	GA	GB
D1. Limitação funcional (Q1 e Q2)	29	29	4	4	2	3	2	0	1	2
D2. Dor física (Q3 e Q4)	18	16	6	6	2	2	9	9	3	5
D3. Desconforto psicológico (Q5 e Q6)	24	24	2	5	5	2	7	4	0	3
D4. Incapacidade física (Q7 e Q8)	26	24	2	3	1	2	5	6	4	3
D5. Incapacidade psicológica (Q9 e Q10)	28	28	2	5	2	3	6	1	0	1
D6. Incapacidade social (Q11 e Q12)	29	26	4	6	2	1	2	3	1	2
D7. Deficiência (Q13 e Q14)	33	31	3	4	0	3	2	0	0	0

Legenda: GA: Grupo A; GB: Grupo B.

Observa-se que o grupo A apresentou resultados melhores nas dimensões dor física, incapacidade psicológica, física, incapacidade social e deficiência, com maior frequência respostas nunca (0) e raramente (1). Em contrapartida, o grupo B apresentou melhores resultados para as dimensões desconforto psicológico, incapacidade física e incapacidade psicológica, com maior frequência respostas nunca (0) e raramente (1). Na Tabela 8, tem-se a distribuição das respostas de menor e maior impacto para as sete dimensões conceituais que compõem o OHIP-14, para o grupo A e B, respectivamente.

Tabela 8. Distribuição das respostas de menor e maior impacto para as sete dimensões conceituais que compõem o OHIP-14, para 7 dias de pós-operatório.

DIMENSÃO OHIP-14	Frequência menor valor atribuído - %		Frequência maior valor atribuído - %	
	Nunca (0)		Quase Sempre (4)	
	GA	GB	GA	GB
D1. Limitação funcional (Q1 e Q2)	10,90	10,90	0,37	0,75
D2. Dor física (Q3 e Q4)	6,77	6,01	1,13	1,88
D3. Desconforto psicológico (Q5 e Q6)	9,02	9,02	0	1,13
D4. Incapacidade física (Q7 e Q8)	9,77	9,02	1,50	1,13
D5. Incapacidade psicológica (Q9 e Q10)	10,52	10,53	0	0,37
D6. Incapacidade social (Q11 e Q12)	10,90	9,77	0,37	0,75
D7. Deficiência (Q13 e Q14)	12,40	11,65	0	0

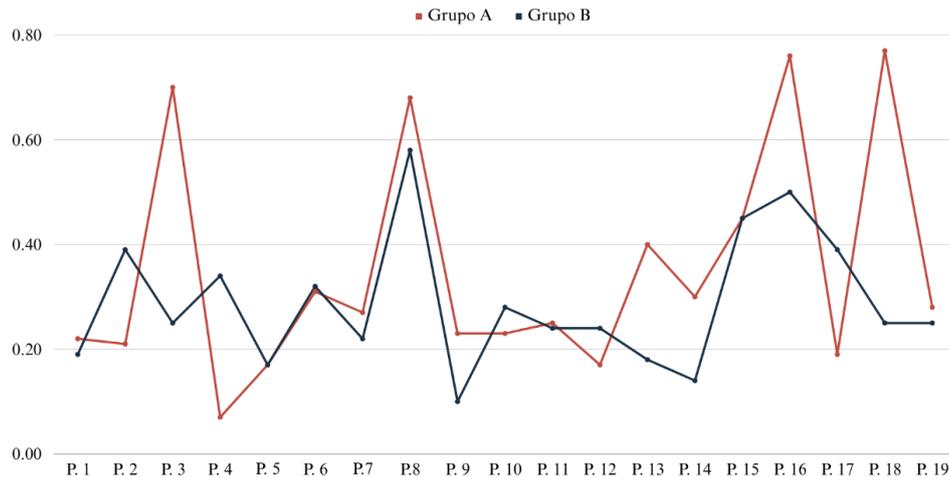
Legenda: GA: Grupo A; GB: Grupo B.

Quando se observa a tabela 8, é possível verificar que a qualidade de vida para ambos os grupos apresentou resultados semelhantes, no sétimo dia de pós-operatório, ainda que para as dimensões de limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade psicológica e incapacidade social, o grupo B tenha apresentado maior frequência de respostas “quase sempre”, quando comparado ao grupo A, essas respostas não superaram a diferença de 1,13%.

Avaliação do edema e do trismo

O gráfico 1 mostra a variação do edema, a partir da subtração da média dos valores pré-operatórios e da média dos valores pós-operatórios. Observa-se que os pacientes no grupo B apresentaram melhores resultados, quando comparados ao grupo A.

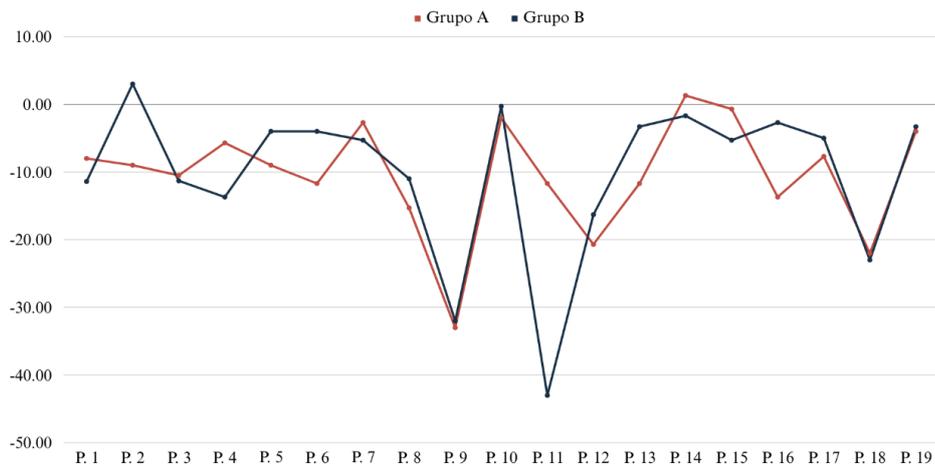
Gráfico 01. Variação das medidas pós-operatórias para avaliação do edema do Grupo A e Grupo B.



Legenda: P: paciente.

No gráfico 2, a variação do trismo dos pacientes, a partir da subtração da medida pré-operatória e da média dos valores pós-operatórios. Considerando os valores apresentados, é possível perceber que a maioria pacientes no grupo B apresentaram maior trismo durante o pós-operatório.

Gráfico 02. Variação das medidas pós-operatórias para avaliação do trismo do Grupo A e Grupo B



Legenda: P: paciente.

Avaliação da dor e da necessidade de medicação de resgate

A Tabela 9 aponta a distribuição das respostas dos pacientes segundo o grau de dor que estavam sentindo no momento do preenchimento. Verifica-se que alguns pacientes, do grupo B, nas primeiras quatro horas, apresentaram grau de dor de intensidade moderada a alta, quando em comparação ao grupo A, cujo a maioria dos pacientes apresentaram dor de intensidade fraca. Após as primeiras quatro horas, os pacientes do grupo B apresentaram melhores resultados frente ao grupo A, sendo possível observar que a maioria dos pacientes relataram dor de intensidade fraca.

Tabela 9. Distribuição das respostas por grau de dor pós-operatória segundo a EVA.

	GRUPO A			GRUPO B		
	0 a 3	4 a 6	7 a 10	0 a 3	4 a 6	7 a 10
30 min	16	2	1	14	3	2
2 h	16	2	1	14	3	2
4 h	15	2	2	14	5	0
6 h	15	3	1	16	3	0
8 h	17	2	0	19	0	0
12 h	13	6	0	18	1	0
16 h	18	1	0	18	1	0
24h	19	0	0	19	0	0
48 h	15	4	0	17	1	1
72 h	17	2	0	18	1	0

Para controle da dor pós-operatória, os pacientes foram orientados a tomar ibuprofeno 600mg de 8h em 8h, apenas em caso de dor, como medicação de resgate. A tabela 10 aponta que, no grupo A, 78,95% fizeram uso da medicação de resgate todos os horários recomendados, enquanto, no grupo B, 57,89% fizeram uso da medicação.

Tabela 10. Distribuição da quantidade da medicação de resgate tomada por grupo.

	0 a 1	2 a 3	4 a 5	6 a 7	8 a 9
GRUPO A	1	1	0	2	15
GRUPO B	3	1	1	3	11

Quando questionados acerca do uso da medicação, 26,31% dos pacientes responderam que fizeram uso do ibuprofeno em todos os horários recomendados por medo de sentir dor. Além da medicação de resgate, 36,84% dos pacientes do grupo A, fizeram uso de outro analgésico associado ao ibuprofeno para controle da dor; isso quando comparado ao grupo B, cujo 15,79% dos pacientes fizeram associação de outro analgésico com o ibuprofeno, percebe-se que o grupo B foi mais eficaz no controle da dor pós-operatória.

Avaliação da satisfação global

Quanto a satisfação global do paciente, durante o procedimento cirúrgico, pode-se avaliar, na tabela 11, que os pacientes que fizeram uso do grupo A apresentaram conforto maior durante o procedimento.

Tabela 11. Satisfação do paciente durante o procedimento cirúrgico

	0	1	2	3	4
GRUPO A	0	2	3	4	10
GRUPO B	1	4	2	7	5

Legenda: 0 = RUIIM; 1 = RAZOAVEL; 2 = BOM; 3= MUITO BOM; 4 = EXCELENTE.

5. DISCUSSÃO

A exodontia dos terceiros molares é o procedimento mais comum na prática clínica do Cirurgião bucomaxilofacial. O pós-operatório deste procedimento é marcado por sequelas pós-cirúrgicas, como dor, edema e trismo, sendo resultado do processo inflamatório. Essas sequelas são responsáveis por causar um impacto na qualidade de vida do indivíduo, resultando em limitações durante o período de recuperação [1,6,9,11,13]. Este procedimento tem sido muito usado para avaliar a resposta fisiológica frente ao uso de medicação de analgesia preventiva, com objetivo de minimizar as sequelas pós-operatórias e reduzir o impacto negativo na qualidade de vida pós-operatória do indivíduo. A escolha dele permite a comparação de intervenções distintas, utilizando o mesmo indivíduo como referência, eliminando possíveis diferenças peculiares entre os participantes que poderiam interferir nos resultados e possibilitando a reprodutibilidade do modelo e na consistência proporcionada para analisar as variáveis de interesse [9,10,17,23,28,31,37].

Devido à escassez de estudos sobre a eficácia da ação analgésica preemptiva de tais medicações, o presente estudo considerou a associação dos fármacos nimesulida, inibidor não-seletivo da cox-2, e etoricoxibe, inibidor seletivo da cox-2, ao corticosteroide, dexametasona, a fim de avaliar a eficácia da analgesia preventiva.

O estudo comparativo realizado por Andrey et al [40] demonstrou que a administração de CotadenTM 100mg (analgésico de ação central) no pré-operatório apresentou menor frequência e intensidade da dor e melhor controle da dor pós-operatória, quando comparado ao Nimesulida, sendo recomendado utilização desta medicação previamente à cirurgia de terceiros molares. Alcantara et al [23] compararam o uso da dexametasona com a metilprednisolona como medicação preventiva para o controle de edema e trismo no pós-operatório. Evidenciou-se que a dexametasona apresentou efeitos melhores no controle da formação do edema e do trismo. Jarrah BDS et al [28] recomendaram que a dexametasona seja associada ao AINE's, uma vez que seu estudo avaliou comparativamente a utilização da dexametasona administrada sozinha e administrada associada a um AINE's, verificando que a associação favoreceu o controle na formação do edema e trismo, além de melhor controle da dor. O presente estudo, ao comparar os efeitos da nimesulida e do etoricoxibe associados ao dexametasona, verificou que o etoricoxibe proporcionou melhor alívio da dor pós-operatória, controle do edema e do trismo quando administrado de maneira prévia ao procedimento cirúrgico. Ademais, a associação da etoricoxibe com a dexametasona necessitou de menor quantidade de medicação de resgate durante o pós-operatório, sugerindo maior controle da dor.

Em um estudo similar ao nosso, Costa ^[31] considerou que o etoricoxibe apresentou melhores resultados frente ao ibuprofeno, quando usados como analgesia preemptiva, sendo o etoricoxibe mais eficaz no controle da dor. Esse autor recomendou essa medicação como escolha principal para analgesia preemptiva em cirurgias de terceiros molares. Esse estudo apenas avaliou a necessidade da medicação de resgate para os pacientes que usaram etoricoxibe ou ibuprofeno, sem a associação de um glicocorticoide, considerando os resultados positivos apenas para o controle da dor pós-operatória nos pacientes que fizeram uso do etoricoxibe como analgesia preemptiva. Diferentemente, no presente estudo, foi realizada a associação de duas classes de anti-inflamatórios com o intuito de maximizar a resposta fisiológica do paciente e possibilitar resultados melhores não apenas para controle da dor, mas, também, para controle do edema e da limitação de abertura bucal.

O controle da dor é essencial para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, permitindo que os indivíduos desempenhem suas atividades diárias sem limitações [5,6,8,9,17,18]. Os AINEs, como o nimesulida, etoricoxibe e ibuprofeno, e os corticosteroides, como a dexametasona, são comumente utilizados para gerenciar a dor pós-operatória e como analgesia preemptiva, principalmente em intervenções cirúrgicas. Essa combinação é utilizada por causa da atuação dessas medicações, visto que os AINEs inibem as ciclo-oxigenases e reduzem a síntese de prostaglandinas [31,34,36], enquanto os corticosteroides modulam a expressão de citocinas e quimiocinas envolvidas na cascata inflamatória [28,30,36].

Comparando a eficácia da nimesulida no controle da dor, neste estudo, pode-se perceber que 39,47% dos pacientes sentiram necessidade de fazer uso da medicação de resgate recomendada em todos os horários propostos. Somado a isso, 36,84% dos pacientes desse grupo sentiram a necessidade de outra medicação analgésica, associada ao ibuprofeno, para o controle da dor, como dipirona e paracetamol.

Entretanto, quando avaliado a satisfação global durante o transoperatório dos pacientes, os resultados foram melhores para as cirurgias que usaram o nimesulida como analgesia preemptiva, sendo 36,84% das respostas dos pacientes “muito bom” ou “excelente” na avaliação da satisfação do paciente. Essa resposta positiva ao nimesulida, no transoperatório, de acordo com Andrade ^[2], dá-se devido ao início do seu tempo de ação, que é de 15min, diferentemente do etoricoxibe, em que a sua resposta ação pode ser percebida quatro horas depois. Isto fica evidente quando se verifica o início redução da dor após quatro horas de pós-operatório, notificados no grupo que utilizou etoricoxibe e dexametasona.

Ademais, durante o período de avaliação, observou-se maior redução da variação média da dor, após oito horas de pós-operatório, quando administrado o etoricoxibe associado ao dexametasona. Somado a isso, verificou-se menor formação de edema e perda controlada da abertura bucal. Tal resultado estão de acordo com os achados de Costa ^[31] e Alcantara ^[23], reforçando a indicação da associação da etoricoxibe com a dexametasona ^[23] como analgesia preventiva, possibilitando maior controle da dor, menor formação de edema e menor limitação de abertura bucal ^[23].

Apenas uma paciente apresentou complicação pós-operatória. O abscesso pós-operatório é uma complicação comum, a higiene inadequada do sítio cirúrgico uma das suas principais causas ^[3]. O tratamento realizado foi a base antibióticos, que levou ao resultado esperado da reversão do quadro infeccioso. Essa paciente foi excluída dos resultados com o objetivo de minimizar os possíveis vieses. Além disso, nenhum paciente referenciou complicações e/ou reações adversas às das medicações utilizadas.

Sabendo que a exodontia dos terceiros molares causa um impacto temporário na qualidade de vida dos pacientes ^[6,15]. O presente estudo utilizou do OHIP-14 para avaliar a qualidade de vida dos pacientes no pós-operatório, pois este instrumento é eficaz para a avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida, uma vez que a autopercepção sobre a sua própria saúde bucal traz um diagnóstico mais próximo a condição de saúde real do indivíduo. Além disso, o instrumento que tenha como finalidade a coleta de dados deve ser prático, ter baixo custo e não possuir grande quantidade de perguntas. Dessa forma, aplicou-se o instrumento OHIP-14 pela sua confiabilidade e precisão para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida do indivíduo ^[1, 6, 12, 15].

Quanto as questões relacionadas ao OHIP-14, no pré-operatório, do grupo que utilizou etoricoxibe, as respostas dos indivíduos apontaram para uma maior interferência na qualidade de vida relacionando dores e desconforto na boca ou nos dentes com as dificuldades de realizar as atividades “normais” nos últimos seis meses. Matos ^[11] aponta que a presença dos terceiros molares inferiores na cavidade bucal são os maiores responsáveis por causar danos à saúde bucal do paciente, devido ao difícil acesso para higienização, quando estão em oclusão ou semi-inclusos, e, quando estão inclusos ou impactados, podem ser responsáveis por reabsorção das raízes dos segundos molares e/ou responsáveis pela formação de cistos do desenvolvimento e outras possíveis lesões. Podendo, dessa forma, impactar negativamente a qualidade de vida dos indivíduos.

Ao compararmos os resultados obtidos neste estudo, observou-se resultados muito semelhantes para ambos os grupos de medicação através da avaliação descritiva do OHIP-14,

embora o grupo que utilizou a nimesulida tenha apresentado maior frequência de respostas mais positivas.

Os aspectos socioeconômicos, uso de tabaco e álcool exercem influência direta na saúde bucal relacionada a qualidade de vida. O estudo de Cavichio ^[26] apontou que o uso de tabaco pode afetar diretamente a resposta inflamatória, desencadeando complicações pós-cirúrgicas, por conta das altas taxas de citocinas inflamatórias presentes no corpo dos indivíduos tabagistas. Assim, presente estudo considerou como critério de exclusão a participação desses indivíduos, visto que a desregulação na resposta inflamatória poderia causar um viés no resultado desta pesquisa.

Segundo Nery ^[13] e Santos ^[14], a posição dos terceiros molares inferiores, de acordo com Pell e Gregory (1933), é fundamental para determinar a relação destes dentes com o canal mandibular e com o nervo alveolar inferior (NAI), sendo necessário, por vezes, lançar mão da TCFC para definir essa relação. Os mesmos autores apontam que, quanto mais próximo do canal mandibular e do NAI, mais complexo se torna a exodontia, devido a necessidade de cuidados mais específicos para evitar a lesão do nervo e, conseqüentemente, parestesia transitória ou permanente.

A classificação de Pell e Gregory é uma ferramenta que categoriza a posição e a complexidade da remoção dos terceiros molares inferiores na mandíbula. Pell avalia a orientação vertical dos dentes (Classes I, II e III), enquanto Gregory avalia a relação da coroa com a borda posterior da mandíbula (Posições A, B e C). Essa classificação auxilia no planejamento das extrações com base na dificuldade potencial e na proximidade das estruturas importantes, sendo avaliada por meio da radiografia panorâmica ou da tomografia computadorizada de feixe cônico ^[4, 11, 13, 14, 29]. Observa-se, então, que a maioria dos pacientes desta pesquisa possuíam os dentes em Classe II e na posição A, que é considerado um procedimento mais complexo, por, na maioria das vezes, estar com recobrimento ósseo ou de tecido mole, o que faz com que o procedimento seja susceptível a resultados indesejados ^[16].

O uso de questionários, como no estudo em questão, tem sido valioso para compreender como as condições bucais afetam a qualidade de vida das pessoas. Destaca-se que a acessibilidade a tratamentos odontológicos desempenha um papel crucial na abordagem das necessidades clínicas de indivíduos que enfrentam desconforto físico e psicológico relacionado aos terceiros molares inferiores. Isso ressalta a busca por soluções que proporcionem alívio das condições afetando diretamente e indiretamente a vida dos pacientes, visando aprimorar a qualidade de vida ^[12,17,19].

Ademais, a realização da exodontia de terceiros molares, exige uma avaliação meticulosa das condições sistêmicas do paciente. Condições médicas como diabetes, podem impactar significativamente o planejamento e a execução do procedimento. Uma vez que pacientes com diabetes descompensada podem apresentar uma resposta inflamatória exacerbada e dificuldades de cicatrização após o procedimento [41,42,43]. Além disso, é importante destacar, que os glicocorticoides podem aumentar os níveis de glicose no sangue, podendo resultar em complicações adicionais para esses pacientes, como descontrole glicêmico, maior risco de infecções e retardo na cicatrização de feridas [41,42,43].

Os estudos de Costa [31] e de Andrey [40], evidenciaram que é possível controlar a dor pós-operatória sem a coadministração de um glicocorticoide na analgesia preemptiva, possibilitando menores impactos pós-operatórios em pacientes diabéticos, quando necessário.

O presente estudo apresenta algumas limitações, incluindo a variação nas respostas fisiológicas dos pacientes e a subjetividade na avaliação da dor e da qualidade de vida. Além disso, o instrumento de avaliação utilizado pode não ter captado todos os aspectos do impacto da exodontia dos terceiros molares. Ademais, a exclusão de pacientes comprometidos sistemicamente pode limitar a generalização dos resultados. Essas limitações ressaltam a necessidade de estudos adicionais [28,31,36].

Portanto, tem-se como perspectiva, explorar a eficácia de diferentes combinações de medicações preemptivas, considerando variáveis individuais dos pacientes. Os estudos mais abrangentes podem investigar métodos de avaliação mais sensíveis e o impacto de fatores como hábitos de vida e condições de saúde na resposta ao tratamento. As abordagens multidisciplinares e colaborações entre profissionais de saúde devem contribuir para o desenvolvimento de intervenções personalizadas e mais eficazes.

O presente estudo destaca a importância do controle da dor após a exodontia dos terceiros molares e a eficácia das medicações preemptivas nesse contexto. Embora desafios persistam, como a necessidade de estudos mais robustos sobre a eficácia das combinações de medicamentos, os resultados oferecem uma base para futuras pesquisas. Com base no presente estudo, sugere-se a utilização do etoricoxibe associado ao dexametasona como analgesia preemptiva, visto que ocorreu redução da necessidade da medicação de resgate durante o pós-operatório.

Com base na metodologia utilizada, é possível concluir que:

- Ao comparar a eficácia da administração do etoricoxibe e dexametasona, frente ao uso de nimesulida e dexametasona, como analgesia preemptiva, o etoricoxibe possibilita maior controle da dor pós-operatória;
- A administração do etoricoxibe e dexametasona e da nimesulida e dexametasona como analgesia preemptiva impactam de forma semelhante a qualidade de vida dos pacientes no pós-operatório;
- A associação do etoricoxibe com o dexametasona possibilita maior controle do edema e da limitação de abertura bucal, e
- Diante dos resultados do presente estudo, sugere-se a utilização do etoricoxibe associado ao dexametasona como medicação preemptiva na exodontia dos terceiros molares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral: validação Portuguesa de OHIP-14. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 18, n. 2, p. 374-388, 2017.
2. ANDRADE, E. D. *Terapêutica Medicamentosa em Odontologia*. 3^a.ed.Artes Médicas. 2013.
3. ARAÚJO, Otávio Carvalho de ARAÚJO et al. Accidents and complications incidence in third molar surgeries. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 40, n. 6, p. 290-295, 2013.
4. COSTA, Maria Aparecida et al. Incidência das posições anatômicas e agenesia dos terceiros molares em estudantes de São Luís, Maranhão. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 10, n. 3, p. 399-403, 2010.
5. DA SILVA, Luana Silva; DA CRUZ, Fernando Silverio Ferreira. ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDAIIS: NÃO SELETIVOS OU SELETIVOS, QUAL O MELHOR?. **Salão do Conhecimento**, 2016.
6. DE MORAIS, José Luis Debs; LIMA, Matheus Lopes Tolentino; YAMASHITA, Ricardo Kiyoshi. QUALIDADE DE VIDA PÓS-OPERATÓRIA DE PACIENTE SUBMETIDOS À EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES. **Facit Business and Technology Journal**, v. 2, n. 31, 2021.
7. ERDIL, Aras et al. Comparison of the effect of therapeutic elastic bandage, submucosal dexamethasone, or dexketoprofen trometamol on inflammatory symptoms and quality of life following third molar surgery: a randomized clinical trial. **Clinical Oral Investigations**, v. 25, n. 4, p. 1849-1857, 2021.
8. KUMMER, Carmen Luize; COELHO, Tereza Cristina RB. Antiinflamatórios não esteróides inibidores da ciclooxigenase-2 (COX-2): aspectos atuais. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 52, p. 498-512, 2002.
9. LARSEN, Marie Kjærgaard et al. Efficacy of methylprednisolone on pain, trismus and quality of life following surgical removal of mandibular third molars: a double-blind, split-mouth, randomised controlled trial. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 26, n. 2, p. e156, 2021.
10. MA, Shixing et al. Efficacy of secondary closure technique after extraction of third molars: a meta-analysis. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 57, n. 10, p. 977-984, 2019.
11. MATOS, Alziro; VIEIRA, Lucas; BARROS, Lilian. Terceiros molares inclusos: revisão de literatura. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 3, n. 1, p. 34-49, 2017.

12. MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, p. 7-18, 2000.
13. NERY, Fernanda Sampaio et al. Avaliação da prevalência de terceiros molares inferiores incluídos e da posição e inclinação do seu longo eixo em radiografias panorâmicas. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 5, n. 3, p. 222-230, 2006.
14. SANTOS, Thiago de Santana et al. Relação topográfica entre o canal mandibular e o terceiro molar inferior em tomografias de feixe volumétrico. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac**, 2009.
15. SANTOS, Talita Lopes dos et al. Qualidade de vida de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 44, p. 6-11, 2015.
16. VANNUCCI, Marcello Gaieta et al. Estudo comparativo da variabilidade de posição dos terceiros molares retidos em pacientes adolescentes e adultos jovens. **Stomatol**, v. 16, n. 31, pág. 04-13, 2010.
17. CETIRA FILHO, Edson Luiz. Avaliação de parâmetros clínicos (dor, edema e trismo) e qualidade de vida em cirurgias de terceiros molares mandibulares sob diferentes estratégias de analgesia preemptiva: revisão sistemática e ensaio clínico randomizado. 2021.
18. TRINDADE, H. I. Dor: mecanismos envolvidos na sua transmissão e recursos terapêuticos aplicados à sua inibição. **Medicina Veterinária (UFRPE)**, v. 7, n. 4, p. 6-18, 2013.
19. KLAUDAT, Bruno et al. Redução de dor, edema e trismo: benefícios do uso da dexametasona via intramuscular como medicação preemptiva na cirurgia oral. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac**, p. 6-13, 2021.
20. AGUIAR, Andréa Sílvia Walter de et al. Avaliação do grau de abertura bucal e dor pós-operatória após a remoção de terceiros molares inferiores retidos. **Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac**, v. 5, n. 3, p. 57-64, 2005.
21. ALKHADER, M. et al. Diagnostic performance of magnetic resonance imaging for detecting osseous abnormalities of the temporomandibular joint and its correlation with cone beam computed tomography. *Dentomaxillofacial Radiology*, v. 39, n. 5, p. 270–276, 2010.
22. AVELAR, R. L. et al. Effect of partially selective cyclooxygenase-2 inhibitor in the removal of third molars. **The Journal of craniofacial surgery**, v. 23, n. 2, p. e108-12, mar. 2012.
23. ALCÂNTARA, C. E. P. et al. Pre-emptive effect of dexamethasone and methylprednisolone on pain, swelling, and trismus after third molar surgery: a split-mouth

randomized triple-blind clinical trial. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 43, n. 1, p. 93–98, jan. 2014.

24. AAOMS ParCare 2012 Patient Assessment Parameters of Care: Clinical Practice Guidelines for Oral and Maxillofacial Surgery (AAOMS ParCare 2012) PATIENT ASSESSMENT. [s.d.].

25. ALBUQUERQUE, A. F. M. et al. Effect of pre-emptive analgesia on clinical parameters and tissue levels of TNF- α and IL-1 β in third molar surgery: a triple-blind, randomized, placebo-controlled study. **International journal of oral and maxillofacial surgery**, 10 jun. 2017.

26. CAVICHIO, Barbara Vieira et al. Tempo de cessação do tabagismo para a prevenção de complicações na cicatrização de feridas cirúrgicas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 170-176, 2014.

27. SLADE, Gary D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community dentistry and oral epidemiology*, v. 25, n. 4, p. 284-290, 1997.

28. JARRAH BDS, M. H. et al. Single Dose of Dexamethasone with or without Ibuprofen Effects on Post-Operative Sequelae of Lower Third Molar Surgical Extraction. *JRMS March*, v. 22, n. 1, p. 41–45, 2015.

29. Pell GJ, Gregory GT. Impacted mandibular third molars: classifications and modified technique for removal. *Dental Digest*, 1933.

30. Ustun Y, Erdogan O, Esen E, Karsli ED. Comparison of the effects of 2 doses of methylprednisolone on pain, swelling, and trismus after third molar surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003; 96: 535–539.

31. COSTA, F. W. G. Avaliação comparativa da analgesia preemptiva do ibuprofeno e etoricoxibe em cirurgia de terceiros molares : um ensaio clínico randomizado, duplo-cego, placebo-controlado, cruzado. 2013. 52 f. Tese (Doutorado em Odontologia) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2013.

32. Bridgman JB, Gillgrass TG, Zacharias M. The absence of any pre-emptive analgesic effect for non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1996;34(5):428-31.

33. Guimarães MS, Pereira Filho, VA, Pizauro RJL, Souza RF, Gabrielli MFR. Estudo comparativo sobre a eficácia de duas drogas de ação antiinflamatória (rofecoxib e diclofenaco potássico) após exodontia de terceiros molares inclusos. *Revista da Faculdade de Odontologia de Anápolis*. 2004; 6(1): 46-50.

34. Oliva VNLS, Maia CAA, Silva BM, Saito LM, Perri SHV. Avaliação clínica de diferentes antiinflamatórios não esteróides na analgesia pós-operatória de cirurgias

ortopédicas em cães. Clin Vet. 2004; 50: 42-54. 10. Fattah CMRS, Aranega AM, Leal CR, Martinho.

35. RABELO, Rannya Bernardes; GOMES, Ana Viviam Souza Ferro. Corticosteroides e anti-inflamatório não esteróide na cirurgia oral: indicação de uso. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, p. e223111133552-e223111133552, 2022.

36. SILVA, Ricardo Natã Fonseca; PEREIRA, Lúcia Coelho Garcia. O uso de antiinflamatórios esteroidais e não esteroidais no controle da dor e do edema em cirurgia de terceiros molares. **Journal of Dentistry & Public Health** (inactive/archive only), v. 7, n. 1, 2016.

37. MOMESSO, G.; LIMA, V.; LEMOS, C.; SANTIAGO JÚNIOR, J.; FAVERANI, L.; PELLIZZER, E. O uso associado de corticosteroides e AINEs na ação preemptiva em cirurgias de remoção de terceiros molares. Uma revisão sistemática e meta-análise. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, [S. l.], v. 6, 2018. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/2975>. Acesso em: 20 fev. 2024.

38. MARLIÈRE, Daniel Amaral Alves et al. Associação terapêutica de dexametasona e meloxicam no controle inflamatório, após cirurgias de terceiros molares. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 15, n. 4, p. 15-24, 2015.

39. ARANGO, H. G. Bioestatística Teórica e Computacional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

40. ARAÚJO, Fábio Andrey da Costa et al. Analgesia preemptiva em cirurgia de terceiros molares inferiores: análise comparativa entre o CodatenTM e a Nimesulida-estudo-piloto. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 10, n. 4, p. 55-62, 2010.

41. ANTUNES, Hugo Daniel Aguiar. Complicações associadas à extração de terceiros molares inclusos. 2014. Tese de Doutorado. [sn].

42. DE FREITAS OLIVEIRA, Marcia et al. Cuidados odontológicos em pacientes diabéticos. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 48, n. 3, p. 158-170, 2019.

43. ALVES, Crésio de Aragão Dantas et al. Atendimento odontológico do paciente com diabetes melito: recomendações para a prática clínica. 2006.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLINICA E ODONTOLOGIA PREVENTIVA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa Avaliação da qualidade de vida de indivíduos submetidos a exodontia de terceiros molares impactados em mandíbula, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Profa. Dra. Andrea dos Anjos Pontual de Andrade Lima, Avenida Professor Moraes Rego – no prédio do Departamento de Clínica e Odontologia preventiva, CEP 50420-670, telefone: 81 98864-5800, e-mail andrea.aplima@ufpe.br Também participam desta pesquisa a pesquisadora: Priscilla Sarmiento Pinto, Telefone para contato: 81 99666.0724, Moisés França dos Santos, telefone para contato: 81 99818.0636 e está sob a orientação da Profa. Dra. Andrea dos Anjos Pontual de Andrade Lima, Telefone: 81 98864.5800, e-mail andrea.aplima@ufpe.br. Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA: A pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade e vida dos pacientes submetidos a exodontia de terceiros molares impactados em mandíbula, sobre o uso da associação de Dexametasona e Nimesulida e Dexametasona e Etoricoxibe, como protocolo de medicação preemptiva, sendo um protocolo diferente para cada procedimento; antes e após (48h e 7 dias) o procedimento cirúrgico, devidamente realizado por um Cirurgião de trauma buco-maxilo-facial, será aplicado o questionário OHIP-14 (Perfil de Impacto na Saúde Oral - versão 14), por meio de entrevista; Somado a isso, será tomado medidas da face para avaliação do edema e da abertura máxima bucal (antes e após o procedimento, 48h, 72h e 7 dias), além de avaliar o controle da dor pós-operatória e a necessidade de medicação de resgate. Essa coleta será feita no Núcleo de Acolhimento e Pronto Atendimento da UFPE, cujo o tempo de coleta será de 1h para os procedimentos

cirúrgicos e 30 min, para cada entrevista, individualmente.

Quanto aos riscos: Pacientes incluídos no estudo estarão sujeitos aos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico, tais como: dor, edema, trismo, infecção, hemorragia e parestesia que serão minimizados pelo uso das medicações que serão administradas antes do procedimento cirúrgico bem como de técnicas cirúrgicas controladas e padronizadas. Além dos riscos operatórios, possíveis situações de constrangimento durante a avaliação clínica inicial serão minimizadas pela realização do exame em sala apropriada, individualmente em ambiente reservado.

Quanto aos benefícios: O benefício direto da pesquisa será a realização da exodontia dos terceiros molares em indivíduos com indicação para o tratamento. O pesquisador explicará os benefícios em realizar a cirurgia para exodontia dos terceiros molares impactados prevenindo assim doenças infecciosas como cárie e infecções maxilofaciais e doenças proliferativas como tumores odontogênicos e cistos associados aos dentes impactados. A prevenção desse tipo de doença bem como a orientação dada durante o exame clínico e cuidados pós-operatórios de maneira a estimular hábitos saudáveis de higiene oral. Assegurar-se-á o sigilo total das informações a serem obtidas durante o curso da pesquisa e o tratamento de sua condição clínica mesmo que não aceite os termos da pesquisa.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Esclarecemos que manteremos em anonimato, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo, todos os dados que identifiquem o sujeito da pesquisa usando apenas, para divulgação, os dados inerentes ao desenvolvimento do estudo. Informamos também que após o término da pesquisa, serão destruídos de todo e qualquer tipo de mídia que possa vir a identificá-lo tais como filmagens, fotos, gravações, etc., não restando nada que venha a comprometer o anonimato de sua participação agora ou futuramente. Os dados coletados nesta pesquisa (fotos, prontuários digitalizados, entrevistas, questionários digitalizados, áudios, filmagens, tabelas de análise de dados), ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do orientador, no endereço Avenida Professor Moraes Rego – no prédio do Departamento de Clínica e Odontologia preventiva, CEP 50420-670, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A) Eu,

_____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo: Avaliação da qualidade de vida de pacientes submetidos a exodontia de terceiros molares impactados em mandíbula, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade e ou interrupção de meu tratamento. Local e data

Assinatura _____ do _____ participante:
 Se deficiente visual/impossibilitado de assinar: A rogo de

_____, que é (deficiente visual ou está impossibilitado de assinar), eu assino o presente documento que autoriza a sua participação neste estudo. Local e data _____

Assinatura _____ Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores): Nome: _____ Nome: _____
 Assinatura: _____ Assinatura: _____

11. Hábitos

12. Antecedentes familiares

13. Outras observações importantes

VARIÁVEIS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS:14. Possui ausência de dentes naturais? Não Sim

Quais? _____

15. Faz uso de aparelho ortodôntico? Não Sim Fixo Removível16. Faz uso de prótese dentária? Não Sim PTF (Prótese total fixa) Superior Inferior PTR (Prótese total removível) Superior Inferior PPF (Prótese parcial fixa)

Quais dentes: _____

 PPR (Prótese parcial removível)

Quais dentes: _____

17. Como você avalia a sua saúde oral? 1 - Ótima 3 - Mediana 5 - Fraca 2 - Boa 4 - Ruim 6 - Não sabe18. Comparando com o que acontecia há 1 ano, como vê descreve o seu estado de saúde da boca atual? 1 - Muito melhor 3 - Indiferente 5 - Muito pior 2 - Melhor 4 - Pior 6 - Não sabe19. Grau de impacção dos dentes a serem removidos: _____

QUESTIONÁRIO OHIP-14

OHIP – 14 (Brazilian version of the short-form of the Oral Health Impact Profile)

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA – CONTROLE A							
PERGUNTAS		RESPOSTAS					
		Nunca	Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Não sabe
1	Você sentiu dificuldade de pronunciar alguma palavra?						
2	Você não sentiu o sabor dos alimentos?						
3	Você sentiu dores na sua boca ou nos seus dentes?						
4	Você se sentiu incomodado (a) ao comer algum alimento?						
5	Você ficou preocupado (a)?						
6	Você ficou estressado (a) / tenso (a)?						
7	Você deixou de comer algum alimento?						
8	Você teve que parar suas refeições?						
9	Você teve dificuldade para relaxar?						
10	Você se sentiu envergonhado (a)?						
11	Você ficou irritado (a) com pessoas?						
12	Você teve dificuldade de realizar suas atividades habituais?						
13	Você sentiu que na vida, em geral, ficou pior?						
14	Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?						
	TOTAL						

Opções de respostas: 0 – Nunca | 1 – Raramente | 2 - Poucas vezes | 3 - Algumas vezes | 4 - Quase sempre | 5 – Não sabe

Declaro que todas as informações fornecidas são totalmente verdadeiras

Recife, _____ de _____ de _____.

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA – CONTROLE B							
PERGUNTAS		RESPOSTAS					
		Nunca	Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Não sabe
1	Você sentiu dificuldade de pronunciar alguma palavra?						
2	Você não sentiu o sabor dos alimentos?						
3	Você sentiu dores na sua boca ou nos seus dentes?						
4	Você se sentiu incomodado (a) ao comer algum alimento?						
5	Você ficou preocupado (a)?						
6	Você ficou estressado (a) / tenso (a)?						
7	Você deixou de comer algum alimento?						
8	Você teve que parar suas refeições?						
9	Você teve dificuldade para relaxar?						
10	Você se sentiu envergonhado (a)?						
11	Você ficou irritado (a) com pessoas?						
12	Você teve dificuldade de realizar suas atividades habituais?						
13	Você sentiu que na vida, em geral, ficou pior?						
14	Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?						
	TOTAL						

Opções de respostas: 0 – Nunca | 1 – Raramente | 2 - Poucas vezes | 3 - Algumas vezes | 4 - Quase sempre | 5 – Não sabe

Declaro que todas as informações fornecidas são totalmente verdadeiras

Recife, _____ de _____ de _____.

**TERMO DE CONSENTIMENTO
CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL**

PACIENTE:		
CPF:	Nascimento.:	Clínica:
Atendimento: __/__/__	Prontuário:	Data cirurgia:

Eu, na qualidade de paciente, acima qualificado, autorizo à **Dra. PRISCILLA SARMENTO PINTO, Cirurgiã Bucomaxilo-Facial, inscrita no CRO/PE 12.730, CRO/PB 6630**, a realizar a o procedimento odontológico abaixo especificado:

Declaro que a Cirurgiã me explicou de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e me foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente. Sei que este procedimento não é isento de riscos, já que além daquelas complicações possíveis durante a cirurgia existem outras que podem ocorrer no pós-operatório imediato ou tardio. Dentre os riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos ainda:

1. Complicações técnicas durante a cirurgia que impeçam a sua realização.
2. Suspensão da cirurgia por impossibilidade da realização da anestesia ou por condições técnicas, clínicas ou administrativas surgidas imediatamente antes do ato cirúrgico e que não dependem da ação da equipe odontológica para sua resolução.
3. Infecção na região a ser operada, que geralmente regride com antibióticos.
4. Febre e dor, que podem necessitar de tratamento com medicamentos e nova avaliação clínica.
5. Complicações gerais como sangramento, outras infecções, reações alérgicas, problemas cardiovasculares e respiratórios.
6. Complicações associadas especificamente a este procedimento, como:

Estou ciente de que a lista acima pode não contemplar todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas trata-se de lista de riscos mais comuns. Fui informado(a) também sobre alternativas terapêuticas ao tratamento proposto, incluindo os riscos e/ou benefícios de não ser tomada qualquer atitude terapêutica diante do diagnóstico clínico.

Concordo também com a administração dos anestésicos que sejam considerados necessários. Reconheço que durante o procedimento cirúrgico novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo a cirurgiã a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Me comprometo em seguir as recomendações pós cirúrgicas, com a higienização da área da cirurgia e em tomar as medicações prescritas, nos horários indicados. **Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento previsto, sendo que deverei retornar às consultas nos dias determinados pela cirurgiã e sua equipe, bem como informá-la imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir e me comprometo a procurar imediato suporte médico-odontológico em urgência/emergência em caso de alterações no quadro clínico pós cirúrgico.** Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação da cirurgiã é utilizar todos os meios conhecidos e disponíveis, não sendo uma obrigação de fim. Fico ciente de que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados.

Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Cidade: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do paciente (ou responsável)

Documento de identificação: _____

Grau de parentesco do responsável: _____

Assinatura da cirurgiã: _____

DATA: _____

Nº PRONTUÁRIO: _____

CONTROLE CIRÚRGICO ()

1.1 Qual elemento dentário foi removido durante a cirurgia?

- () Dente 38 – Terceiro molar inferior esquerdo () Dente 48 – Terceiro molar inferior direito

1.2 Qual a medicação usada no pré-operatório?

- () Dexametasona + Nimesulide (Grupo A) () Dexametasona + Etoricoxibe (Grupo B)

1.3 Assepsia: _____

1.4 Anestésico utilizado e nº de tubetes: _____

1.5 Início, término e tempo total da cirurgia: _____

1.6 Horário de administração da droga: _____

1.7 Tipo de incisão realizada: _____

1.8 Durante o procedimento foi necessário odontoseção? _____

1.9 Qual tipo de osteotomia foi realizada? _____

1.10 Ocorreu, durante o procedimento, algum acidente ou complicação? _____

1.11 Sutura: _____

1.12 Edema

Referências:

(A) – Canto do olho/ângulo da mandíbula

(B) – Tráagus/canto da boca

(C) – Tráagus/pognio

Formula: Média = (A+B+C) – Baseline (valor pré-operatório)

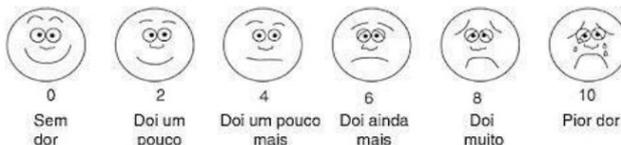
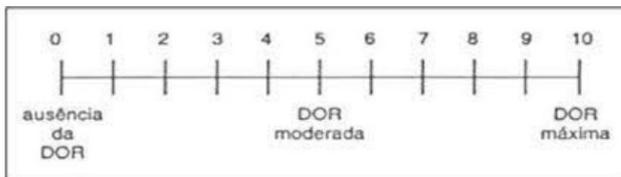
AVALIAÇÃO DE EDEMA						
Pré-op				BASELINE	Média – Baseline = TOTAL	
48h	A		B		MÉDIA	
72h						
7 dias						

1.13 Trismo

Formula: subtrair abertura bucal pré-operatória pelas aferições pós-operatórias

Pré-operatório	Pós-operatório		Pre-op – Pos-op = Total
48h			
72h			
7 dias			

1.14 Dor



Valor pré-operatório: _____

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DA DOR PÓS-OPERATÓRIA	
30 min	
2 horas	
4 horas	
6 horas	
8 horas	
12 horas	
16 horas	
24 horas	
48 horas	
72 horas	

1.15 Qual a medicação usada no pós-operatório?

() Ibuprofeno – 600mg - VO – de 8h em 8h por 3 dias e Clorexidina 0,12% - via bucal – de 12 em 12 horas durante 7 dias.

1.16 Foi recomendada outra medicação além da proposta na pesquisa?

Se sim, qual, e frequência de uso: _____

1.17 Avaliação da experiência de dor durante o procedimento: _____

Referências: (0, ruim; 1, razoável; 2, bom; 3, muito bom; 4, excelente).

1.18 Fez uso de analgésico, além do recomendado? () Sim () Não

Se sim, qual, e frequência de uso? _____

QUESTIONÁRIO OHIP-14**OHIP – 14 (Brazilian version of the short-form of the Oral Health Impact Profile)**

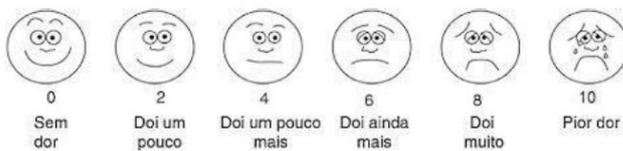
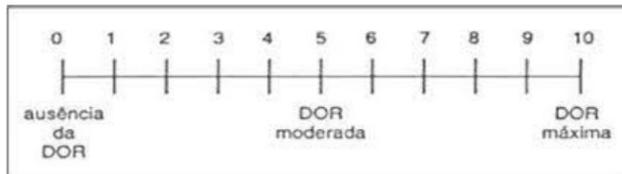
AVALIAÇÃO: 48H PÓS-OPERATÓRIA							
	PERGUNTAS	RESPOSTAS					
		Nunca	Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Não sabe
1	Você sentiu dificuldade de pronunciar alguma palavra?						
2	Você não sentiu o sabor dos alimentos?						
3	Você sentiu dores na sua boca ou nos seus dentes?						
4	Você se sentiu incomodado (a) ao comer algum alimento?						
5	Você ficou preocupado (a)?						
6	Você ficou estressado (a) / tenso (a)?						
7	Você deixou de comer algum alimento?						
8	Você teve que parar suas refeições?						
9	Você teve dificuldade para relaxar?						
10	Você se sentiu envergonhado (a)?						
11	Você ficou irritado (a) com pessoas?						
12	Você teve dificuldade de realizar suas atividades habituais?						
13	Você sentiu que na vida, em geral, ficou pior?						
14	Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?						
	TOTAL						
AVALIAÇÃO: 7 DIAS DE PÓS-OPERATÓRIO							
	PERGUNTAS	RESPOSTAS					
		Nunca	Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Não sabe
1	Você sentiu dificuldade de pronunciar alguma palavra?						
2	Você não sentiu o sabor dos alimentos?						
3	Você sentiu dores na sua boca ou nos seus dentes?						
4	Você se sentiu incomodado (a) ao comer algum alimento?						
5	Você ficou preocupado (a)?						
6	Você ficou estressado (a) / tenso (a)?						
7	Você deixou de comer algum alimento?						
8	Você teve que parar suas refeições?						
9	Você teve dificuldade para relaxar?						
10	Você se sentiu envergonhado (a)?						
11	Você ficou irritado (a) com pessoas?						
12	Você teve dificuldade de realizar suas atividades habituais?						
13	Você sentiu que na vida, em geral, ficou pior?						
14	Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?						
	TOTAL						
Opções de respostas: 0 – Nunca 1 – Raramente 2 - Poucas vezes 3 - Algumas vezes 4 - Quase sempre 5 – Não sabe							

ESCALA DE DOR PÓS OPERATÓRIA

Nome do paciente: _____

Data da cirurgia: _____

Dente: _____ Grupo: _____ Nº do prontuário: _____



ESCALA VISUAL ANALÓGICA DA DOR	
30 min	
2 horas	
4 horas	
6 horas	
8 horas	
12 horas	
16 horas	
24 horas	
48 horas	
72 horas	

Usou outro analgésico ou antibiótico além do recomendado?

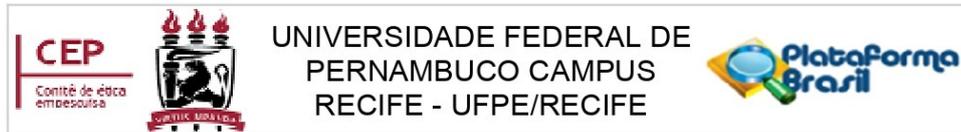
Se sim, qual (nome e dosagem) _____

Ingeriu de quantas em quantas horas? _____

Quando começou a usar? _____ Quando parou de usar? _____

Em casos de dor, sangramentos ou complicações ligar:

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS A EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES IMPACTADOS EM MANDÍBULA

Pesquisador: Priscilla Samento Pinto

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 66499422.5.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

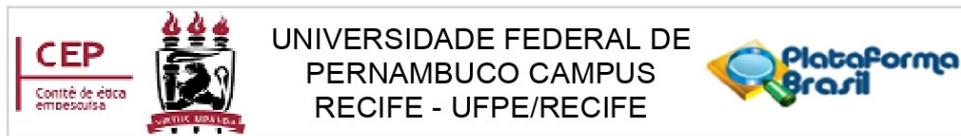
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.032.318

Apresentação do Projeto:

Sendo, geralmente, o último dente a irromper na cavidade bucal, o terceiro molar é um dente que pode ser encontrado; erupcionado completamente, parcialmente ou incluso. A falta de espaço disponível para o irrompimento dos terceiros molares inferiores, é o principal fator para que os dentes continuem impactados, além das teorias evolutivas e hereditárias, causando desconforto ao indivíduo e, muitas vezes, sendo acometido por cárie, pois é de difícil acesso para higienização. A remoção dos terceiros molares inferiores é um procedimento cada vez mais comum, realizado não apenas por cirurgiões buco maxilo facial, mas também por dentistas clínicos. A decisão de indicar a remoção dos terceiros molares deve ser baseada na anamnese do paciente, sendo complementada por radiografia panorâmica ou tomografia computadorizada de feixe cônico. Durante o processo de cicatrização, os sinais e sintomas inflamatórios comuns no pós-operatório são: edema, dor e trismo, além de alveolite e hemorragias. Tais sintomas devem ser minimizados, visando à qualidade de vida do paciente durante o tempo de cicatrização e restauração do tecido. Os terceiros molares inferiores, quando submetidos a exodontia, deixam sequelas cirúrgicas como edema, dor e trismo. Essas sequelas comprometem de maneira negativa, a qualidade de vida do indivíduo, pois além de trazer mudanças no aspecto físico do paciente, há uma limitação social (rotina) além do estado psicológico que é afetado. A qualidade de vida associada à saúde é um conceito humano e multidimensional que é tido como o grau de satisfação do indivíduo frente à sociedade, vida familiar, amorosa e ambiental. Esse conceito tem dado aos profissionais de saúde

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.032.318

outro ponto de vista frente ao cuidado do paciente, levando-os a perceber que tratar apenas sinais e sintomas de uma doença não promove saúde, pois a doença pode gerar impactos sociais e psicológicos ao sujeito. O Perfil de Impacto da saúde oral do paciente (OHIP-14) é um dos indicadores mais usados para a avaliação e qualidade de vida relacionada à saúde; sua importância se dá por permitir ao paciente a autopercepção das consequências relacionadas a saúde oral. É baseado no modelo de Locker, que considera que doenças podem afetar a qualidade de vida dos pacientes considerando que os conceitos de saúde e doença são variáveis, que oscilam entre os graus, e variam entre um estado extremo e outro. O presente estudo visa avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos a exodontia bilateral de terceiros molares inferiores impactados, segundo a classificação de Pell e Gregory (1933), que farão usos de medicação, Dexametasona e Nimesulida e Dexametasona e Etoricoxibe como medicação preemptiva, na qualidade de vida pós-operatória do paciente empregando o índice OHIP-14.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar a qualidade de vida de indivíduos submetidos a exodontia de terceiros molares inferiores impactados na mandíbula.

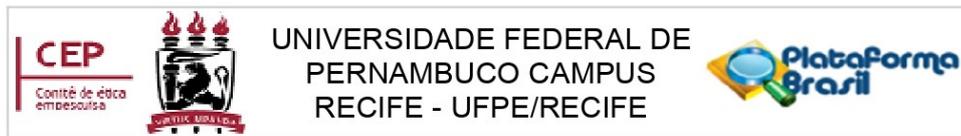
Objetivo Secundário:

- a) Verificar através do indicador subjetivo Oral Health Impact Profile, versão simplificada (OHIP-14), os efeitos na qualidade de vida no pós operatório da cirurgia de exodontia de terceiros molares inferiores impactados em mandíbula.
- b) Avaliar como o processo de recuperação interferiu no dia a dia do indivíduo.
- c) Avaliar se a classificação do dente segundo Pell e Gregory interferiu na qualidade de vida do indivíduo.
- d) Avaliar na qualidade de vida do paciente submetido a exodontia dentária e a diferentes protocolos de medicação preemptiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Pacientes incluídos no estudo estarão sujeitos aos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico, tais como: dor, edema, trismo, infecção, hemorragia e parestesia que serão minimizados pelo uso das medicações que serão administradas antes do procedimento cirúrgico bem como de técnicas cirúrgicas controladas e padronizadas.

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.032.318

Além dos riscos operatórios, possíveis situações de constrangimento durante a avaliação clínica inicial serão minimizadas pela realização do exame em sala apropriada, individualmente em ambiente reservado.

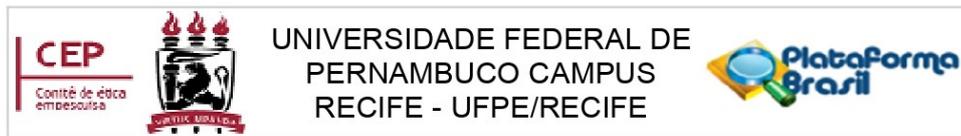
Benefícios: O benefício direto da pesquisa será a realização da exodontia dos terceiros molares em indivíduos com indicação para o tratamento, realizadas no NAPA-UFPE, e a garantia do acompanhamento dos pacientes em todo período pós-operatório. O pesquisador explicará os benefícios em realizar a cirurgia para exodontia dos terceiros molares impactados prevenindo assim doenças infecciosas como cárie e infecções maxilofaciais e doenças proliferativas como tumores odontogênicos e cistos associados aos dentes impactados. A prevenção desse tipo de doença bem como a orientação dada durante o exame clínico e cuidados pós-operatórios de maneira a estimular hábitos saudáveis de higiene oral. Ademais, os benefícios indiretos serão a contribuição e avanço da ciência, e a diminuição de pacientes, na sociedade, que sofrem com lesões cariosas causadas pela dificuldade de acesso e higienização dos referidos dentes.

Neste protocolo os Riscos estão adequadamente previstos e minimizados. Os Benefícios Diretos, são relevantes para os participantes e os Indiretos, para a área do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um ensaio clínico, randomizado, com 40 participantes (amostra estatisticamente calculada pelo programa computacional Biostat 5.0 para amostras aleatórias simples) selecionados segundo Critérios de Inclusão com indicação para remoção de terceiros molares direito e esquerdo inferiores, impactados, determinado por meio de exame de tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) e Critérios adequados de Exclusão. A coleta de dados será realizada por aplicação de dois questionários: um com quartões sociodemográficos e variáveis clínicas odontológicas e outro, o OHIP-14. Este último será aplicado antes, 48 horas e 07 dias após as exodontias dos terceiros molares inferiores para avaliar o uso, como medida preventiva, das medicações Dexametasona/Nimesulida e Dexametasona/Etoricoxibe na qualidade de vida pós-operatória do paciente. O local da pesquisa, tanto para aplicação dos questionários quanto para realização das exodontias e o monitoramento posterior, será no Núcleo de Acolhimento e Pronto Atendimento (NAPA) do Curso de Odontologia da UFPE. As exodontias serão realizadas pela Pesquisadora Principal, PRISCILLA SARMENTO PINTO, especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial. Os dados serão registrados e tabulados em planilha Excel e transferidos para o software

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.032.318

estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) ver. 23. Para avaliar a diferença entre as respostas obtidas será utilizado o teste qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fischer, levando-se em consideração um nível de significância de 5%.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Neste protocolo, a Folha de Rosto está corretamente preenchida e assinada pelo Coordenador do Programa de Pós-graduação (PPG) em Odontologia do CCS da UFPE e a Cirurgiã Dentista (CD) PRISCILLA SARMENTO PINTO indicada como Pesquisadora Principal. Além disso, a Declaração de Vínculo da Pesquisadora com o referido PPG e o Termo de Compromisso e Confidencialidade confirmam sua condição de Pesquisadora Principal. Foram anexados o Projeto Detalhado, Carta de Anuência e a Carta de Cessão de Uso de Dados do NAPA. O TCLE tendo como Pesquisadora Responsável a CD PRISCILLA SARMENTO PINTO, contém riscos benéficos, direitos e garantias para os participantes. O Orçamento, significativo, está sob a responsabilidade da Pesquisadora Principal. O Cronograma, embora compacto para a coleta de dados, é possível de ser executado. Os currículos da equipe de pesquisa foram anexados.

Recomendações:

não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

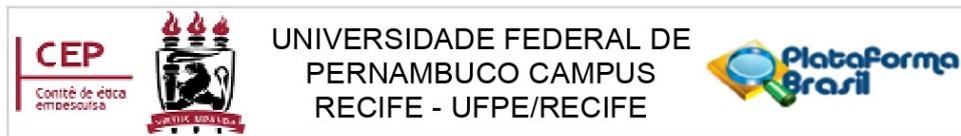
Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da NOTIFICAÇÃO COM O RELATÓRIO FINAL da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em www.ufpe.br/cep para enviá-lo via Notificação de Relatório Final, pela Plataforma Brasil. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.032.318

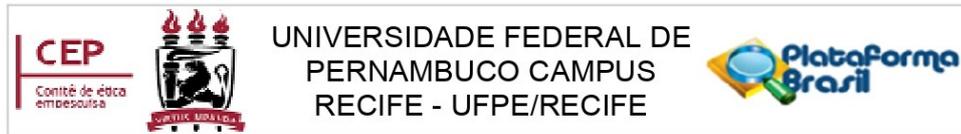
neste protocolo aprovado. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2040795.pdf	26/04/2023 21:13:19		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	26/04/2023 21:13:05	MOISES FRANCA DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMOISES.doc	26/04/2023 21:12:24	MOISES FRANCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	CartaAnuenciaUsodadosDCOP.doc	26/04/2023 21:11:54	MOISES FRANCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	CartaAnuenciaDCOP.doc	26/04/2023 21:11:27	MOISES FRANCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	anuencianapa2.pdf	26/04/2023 21:10:58	MOISES FRANCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	anuencianapa1.pdf	26/04/2023 21:10:36	MOISES FRANCA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMaiores18CEP.doc	26/04/2023 21:09:58	MOISES FRANCA DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	08/03/2023 17:17:31	MOISES FRANCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSO.pdf	08/03/2023 17:16:12	MOISES FRANCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	DECLARACAODEVINCULO.pdf	08/03/2023 17:14:36	MOISES FRANCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	LattesAndreadosAnjosPontual.pdf	03/01/2023 13:07:03	MOISES FRANCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	LattesPriscillaSarmientoPinto.pdf	03/01/2023 13:06:36	MOISES FRANCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	HISTORICO.pdf	03/01/2023 13:05:12	MOISES FRANCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	INSTRUMENTODECOLETA.pdf	03/01/2023 13:03:45	MOISES FRANCA DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.032.318

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 01 de Maio de 2023

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA
DIRETRIZES PARA PUBLICAÇÃO
International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery

Os autores que desejam submeter seus trabalhos à revista devem ler este guia detalhado para autores e cumprir todos os requisitos, especialmente aqueles relativos à extensão e formato do manuscrito. Isto irá acelerar o processo de revisão e reduzir o tempo necessário para publicar um artigo após a aceitação.

Submissão on-line

A submissão e a revisão por pares de todos os artigos são realizadas inteiramente on-line, aumentando a eficiência para editores, autores e revisores e melhorando a velocidade de publicação. Autores que necessitem de mais informações sobre submissão on-line são fortemente encorajados a visualizar o sistema, incluindo um tutorial, em <https://www.editorialmanager.com/IJOMS/default.aspx>. Para consultas adicionais, visite nosso Centro de Apoio. Uma vez submetido o artigo, toda a correspondência posterior entre a Editoria (ijoms@elsevier.com) e o autor correspondente será por e-mail.

Política Editorial

Um artigo é aceito para publicação desde que não tenha sido submetido simultaneamente a outro periódico, tenha sido lido e aprovado por todos os autores e que o trabalho não tenha sido publicado anteriormente. Os Editores reservam-se o direito de fazer correções editoriais e literárias. Quaisquer opiniões expressas ou políticas defendidas não refletem necessariamente as opiniões e políticas dos Editores.

Declarações

Após o envio, você deverá preencher e fazer upload da página de declarações (versão em pdf ou versão palavra) para declarar financiamento, conflito de interesses e indicar que foi concedida aprovação ética – todos os estudos que envolvem pacientes devem ter o consentimento do paciente e a aprovação ou isenção do comitê de ética por escrito; consulte a seção sobre 'Ética' abaixo. É necessário o consentimento do paciente para a publicação de quaisquer fotografias clínicas e de todos os relatos de casos únicos, incluindo aqueles em que os dados são anonimizados. Essas informações também devem ser inseridas em seu manuscrito na seção de agradecimentos com os títulos abaixo. Após o envio, você deverá preencher e fazer upload deste formulário (versão pdf ou versão word) para declarar financiamento, conflito de interesses e indicar se a aprovação ética e o consentimento do paciente foram dados e você também deve carregar com ele a aprovação ou isenção do IRB carta. Isto se aplica a artigos de pesquisa originais realizados em seres humanos, incluindo estudos observacionais e séries de casos. A aprovação ou isenção do comitê de ética não é necessária para artigos de revisão sistemática ou artigos que não sejam baseados em humanos ou animais. As pesquisas em estudos com animais devem ser carregadas com a aprovação ética apropriada para o estudo. Se a carta de aprovação ou isenção ética não estiver em inglês, forneça o texto em inglês. Por último você deve confirmar que todos os autores concordaram com a submissão.

OBSERVE que todo o financiamento deve ser declarado na primeira submissão, pois o acréscimo de financiamento na fase de aceitação pode invalidar a aceitação do seu manuscrito.

Autoria

Todos os autores devem ter feito contribuições substanciais para todos os seguintes aspectos:

- (1) concepção e desenho do estudo, ou aquisição de dados, ou análise e interpretação de dados
- (2) redação do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual importante
- (3) aprovação final da versão a ser submetida.

Após o envio, você deverá preencher e fazer upload do formulário de contribuição do autor (versão palavra) para mostrar a contribuição de cada autor para o artigo.

Normalmente, um máximo de quatro autores devem aparecer em um relato de caso ou nota técnica, e seis autores em todos os outros tipos de artigos. Se houver um requisito para incluir autores adicionais, solicite isso em sua carta de apresentação e inclua os autores no formulário de contribuição de autores. Colaboradores menores e médicos não-contribuintes que permitiram que seus pacientes fossem utilizados no artigo devem ser reconhecidos no final do texto, antes das referências. Observe que uma solicitação para exceder o número de autores não é aceita automaticamente. O Editor-Chefe pode discordar e exigir um ajuste.

A co-primeira autoria é permitida mediante solicitação do autor correspondente e deve ser acordada por todos os coautores.

Observe que só podemos permitir um autor correspondente. O autor correspondente é responsável por garantir que todos os autores estejam cientes de suas obrigações. O autor correspondente é responsável pelo conteúdo e integridade dos dados que são finalmente publicados no manuscrito aceito.

Mudanças na autoria

Os autores devem considerar cuidadosamente a lista e a ordem dos autores antes de submeter seu manuscrito e fornecer a lista completa de autores no momento da submissão original. Qualquer alteração na lista de autores (incluindo adição e exclusão) deverá ser feita somente antes da aceitação do manuscrito. Observe que qualquer alteração deve ser aprovada pelo Editor-Chefe. Se você precisar fazer uma alteração na autoria, envie um e-mail para IJOMS@elsevier.com com os motivos da alteração na autoria.

Se o Editor-Chefe concordar com a alteração, devemos receber um e-mail de cada autor incluindo o número do manuscrito, a lista de autores original, a nova lista de autores e sua concordância com a alteração. Solicitações para adicionar, excluir ou reorganizar a lista de autores após a aceitação do manuscrito só serão consideradas em circunstâncias excepcionais. Enquanto o Editor considera a solicitação, a publicação do manuscrito ficará suspensa.

Caso o manuscrito já tenha sido publicado em número on-line, não serão considerados pedidos de alteração de autoria.

Antes de um artigo ser aceito, todos os autores do artigo devem assinar o formulário de Confirmação de Autoria. Este formulário confirma que todos os autores nomeados concordam com a publicação se o artigo for aceito e que cada um deles contribuiu significativamente para o artigo. Faça o download do formulário e envie-o para a Redação. (versão em pdf/versão palavra) É aconselhável que, para evitar atrasos, este formulário seja enviado no início do processo editorial.

Agradecimentos

Todos os colaboradores que não atendam aos critérios de autoria definidos acima deverão ser listados em uma seção de agradecimentos. Exemplos daqueles que podem ser reconhecidos incluem uma pessoa que forneceu ajuda puramente técnica, assistência por escrito ou um chefe de departamento que forneceu apenas suporte geral. Os autores devem divulgar se tiveram alguma assistência na redação e identificar a entidade que prestou a assistência (carregar o certificado de edição se for o caso) e a fonte de financiamento dessa assistência. O serviço profissional de edição de idiomas pode não ser reconhecido na seção de agradecimentos se for um serviço pago.

Conflito de interesses

Ao final do texto principal, todos os autores devem divulgar quaisquer relações financeiras e pessoais com outras pessoas ou organizações que possam influenciar indevidamente (prejudicar) seu trabalho. Exemplos de potenciais conflitos de interesse incluem emprego, consultorias, propriedade de ações, honorários, testemunhos de especialistas pagos, pedidos/registros de patentes e subvenções ou outros financiamentos. Se um autor não tiver conflito de interesses a declarar, isso deverá ser declarado.

Papel da fonte de financiamento

Todas as fontes de financiamento devem ser declaradas como agradecimento no final do texto. Os autores devem declarar o papel dos patrocinadores do estudo, se houver, no desenho do estudo, na coleta, análise e interpretação dos dados; na redação do manuscrito; e na decisão de submeter o manuscrito para publicação. Caso os patrocinadores do estudo não tivessem tal envolvimento, os autores deveriam declarar isso.

Acesso aberto

Esta revista oferece a opção de disponibilizar gratuitamente seu artigo a todos através da plataforma ScienceDirect. Para evitar qualquer conflito de interesses, você só poderá fazer esta escolha após receber a notificação de que seu artigo foi aceito para publicação. A taxa de US\$ 3.300 exclui impostos e outras taxas potenciais do autor, como taxas de cores. Em alguns casos, instituições e organismos financiadores celebraram um acordo com a Elsevier para pagar estas taxas em nome dos seus autores. Detalhes desses acordos estão disponíveis em <https://www.elsevier.com/fundingbodies>. Os autores dos artigos aceites, que pretendam usufruir desta opção, deverão preencher e submeter o formulário de encomenda (disponível em <https://www.elsevier.com/locate/openaccessform.pdf>). Qualquer que seja a opção de acesso escolhida, você retém muitos direitos como autor, incluindo o direito de publicar uma versão pessoal revisada de seu artigo em seu próprio site. Mais informações podem ser encontradas aqui: <https://www.elsevier.com/authorsrights>.

Ética

Qualquer manuscrito relacionado a seres humanos, registros médicos ou tecidos humanos que seja submetido ao International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery deve cumprir os princípios estabelecidos na Declaração de Helsinque “Princípios Éticos para Pesquisa Médica Envolvendo 'Sujeitos Humanos’”, adotada pela 18ª Assembleia Médica Mundial, Helsinque, Finlândia, junho de 1964, e conforme alterado mais recentemente pela 64ª Assembleia Médica Mundial, Fontaleza, Brasil, outubro de 2013.

O manuscrito deve conter uma declaração de que o trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética apropriado relacionado à(s) instituição(ões) em que o trabalho foi realizado e que os sujeitos deram consentimento informado para o trabalho. O International Journal of Oral and

Maxillofacial Surgery exige a aprovação do Comitê de Ética institucional para todos os estudos em humanos. Para estudos retrospectivos de registros, é apropriada uma declaração de aprovação ou uma declaração de isenção do Comitê. Esta declaração deverá ser fornecida no momento da submissão do manuscrito.

Estudos que envolvam experimentos com animais devem afirmar que os cuidados com os mesmos estavam de acordo com as orientações da instituição.

É importante que a supervisão do comitê de ética seja independente, conforme declarado nas diretrizes do ICMJE: <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/protection-of-research-participants.html>

Relatar análises baseadas em sexo e gênero

Orientações para relatórios

Para pesquisas envolvendo ou pertencentes a seres humanos, animais ou células eucarióticas, os investigadores devem integrar análises baseadas em sexo e gênero (SGBA) em seu projeto de pesquisa de acordo com os requisitos do financiador/patrocinador e as melhores práticas dentro de um campo. Os autores devem abordar as dimensões de sexo e/ou gênero de suas pesquisas em seus artigos. Nos casos em que não o possam fazer, deverão discutir isto como uma limitação à generalização da sua investigação. É importante ressaltar que os autores devem declarar explicitamente quais definições de sexo e/ou gênero estão aplicando para aumentar a precisão, o rigor e a reprodutibilidade de suas pesquisas e para evitar ambiguidade ou confusão de termos e das construções a que se referem (ver seção Definições abaixo). Os autores podem consultar o Diretrizes de Sexo e Equidade de Gênero em Pesquisa (SAGER) e a Lista de verificação das diretrizes SAGER. Estes oferecem abordagens sistemáticas para a utilização e revisão editorial de informações sobre sexo e gênero na concepção de estudos, análise de dados, relatórios de resultados e interpretação de investigação - no entanto, note que não existe um conjunto único e universalmente acordado de diretrizes para a definição de sexo e gênero.

Definições

Sexo geralmente se refere a um conjunto de atributos biológicos associados a características físicas e fisiológicas (por exemplo, genótipo cromossômico, níveis hormonais, anatomia interna e externa). Uma categorização binária de sexo (masculino/feminino) é geralmente designada no nascimento ("sexo atribuído no nascimento"), na maioria das vezes baseada apenas na anatomia externa visível de um recém-nascido. O gênero geralmente refere-se a papéis, comportamentos e identidades socialmente construídos de mulheres, homens e pessoas com diversidade de gênero que ocorrem num contexto histórico e cultural e podem variar entre sociedades e ao longo do tempo. O gênero influencia a forma como as pessoas se veem a si mesmas e umas às outras, como se comportam e interagem e como o poder é distribuído na sociedade. Sexo e gênero são muitas vezes retratados incorretamente como binários (feminino/masculino ou mulher/homem) e imutáveis, embora essas construções na verdade existam ao longo de um espectro e incluam categorizações sexuais e identidades de gênero adicionais, como pessoas que são intersexuais/têm diferenças de desenvolvimento sexual (DSD).) ou identificar como não binário. Além disso, os termos "sexo" e "gênero" podem ser ambíguos – por isso é importante que os autores definam a forma como são utilizados. Além desta orientação de definição e das diretrizes SAGER, os recursos nesta página oferecem mais informações sobre sexo e gênero em estudos de pesquisa.

Confidencialidade do paciente

Os pacientes têm direito à privacidade. Portanto, as informações de identificação, incluindo imagens, nomes, iniciais ou números de hospitais dos pacientes, não devem ser incluídas em vídeos, gravações, descrições escritas, fotografias e pedigrees, a menos que as informações sejam essenciais para fins científicos e você tenha obtido consentimento informado por escrito para publicação, em formato impresso e eletrônico do paciente (ou pai, responsável ou parente mais próximo, quando aplicável). Se tal consentimento estiver sujeito a quaisquer condições, o Editor e a Editora deverão estar cientes de todas essas condições. Consentimentos por escrito devem ser fornecidos ao Escritório Editorial mediante solicitação. Mesmo quando o consentimento tiver sido dado, os detalhes de identificação deverão ser omitidos se não forem essenciais. Se as características de identificação forem alteradas para proteger o anonimato, como nos pedigrees genéticos, os autores devem fornecer garantias de que as alterações não distorcem o significado científico e os editores devem observar isso. É necessário o consentimento do paciente para a publicação de quaisquer fotografias clínicas e de todos os relatos de casos únicos, incluindo aqueles em que os dados são anonimizados. *Se o consentimento para publicação não tiver sido obtido, os dados pessoais dos pacientes incluídos em qualquer parte do artigo e em quaisquer materiais suplementares (incluindo todas as ilustrações e vídeos) deverão ser removidos antes do envio.*

Registro de ensaios clínicos

O registro em registro público de ensaios é condição para publicação de ensaios clínicos nesta revista, de acordo com as recomendações do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Os ensaios devem ser registrados antes ou no início da inscrição do paciente. O número de registro do ensaio clínico deverá constar ao final do resumo do artigo. Um ensaio clínico é definido como qualquer estudo de pesquisa que atribua prospectivamente participantes humanos ou grupos de humanos a uma ou mais intervenções relacionadas à saúde para avaliar os efeitos dos resultados de saúde. As intervenções relacionadas com a saúde incluem qualquer intervenção utilizada para modificar um resultado biomédico ou relacionado com a saúde (por exemplo, medicamentos, procedimentos cirúrgicos, dispositivos, tratamentos comportamentais, intervenções dietéticas e mudanças no processo de cuidados). Os resultados de saúde incluem quaisquer medidas biomédicas ou relacionadas com a saúde obtidas em pacientes ou participantes, incluindo medidas farmacocinéticas e eventos adversos. Estudos puramente observacionais (aqueles em que a atribuição da intervenção médica não fica a critério do investigador) não necessitarão de registro.

Dados Suplementares

Para facilitar o download, o limite máximo recomendado para o tamanho de um único arquivo de vídeo/animação é de 150 MB, caso contrário os usuários poderão ter problemas ao baixar o arquivo. Por favor, veja <https://www.elsevier.com/authors/author-schemas/artwork-and-media-instructions/media-specifications> para mais informações.

DADOS DE PESQUISA

Esta revista incentiva e permite que você compartilhe dados que apoiam sua publicação de pesquisa quando apropriado, e permite interligar os dados com seus artigos publicados. Os dados de pesquisa referem-se aos resultados de observações ou experimentações que validam os resultados da pesquisa. Para facilitar a reprodutibilidade e a reutilização de dados, esta revista também incentiva você a compartilhar seu software, código, modelos, algoritmos, protocolos, métodos e outros materiais úteis relacionados ao projeto. Abaixo estão algumas maneiras pelas quais você pode associar dados ao seu artigo ou fazer uma declaração sobre a disponibilidade de seus dados ao enviar seu manuscrito. Se você estiver compartilhando

dados de uma dessas maneiras, recomendamos cite os dados em seu manuscrito e lista de referências. Consulte a seção 'Referências' para obter mais informações sobre citação de dados. Para obter mais informações sobre como depositar, compartilhar e usar dados de pesquisa e outros materiais de pesquisa relevantes, visite o [sitedados de pesquisapágina](#).

Vinculação de dados

Se você disponibilizou seus dados de pesquisa em um repositório de dados, poderá vincular seu artigo diretamente ao conjunto de dados. A Elsevier colabora com vários repositórios para vincular artigos no ScienceDirect a repositórios relevantes, dando aos leitores acesso a dados subjacentes que lhes proporcionam uma melhor compreensão da pesquisa descrita. Existem diferentes maneiras de vincular seus conjuntos de dados ao seu artigo. Quando disponível, você pode vincular diretamente o seu conjunto de dados ao seu artigo, fornecendo as informações relevantes no sistema de submissão. Para mais informações, visite [opágina de vinculação de banco de dados](#). Pararepositórios de dados suportadosum banner do repositório aparecerá automaticamente ao lado do seu artigo publicado no ScienceDirect. Além disso, você pode vincular dados ou entidades relevantes por meio de identificadores no texto do seu manuscrito, usando o seguinte formato: Banco de dados: xxxx (por exemplo, TAIR: AT1G01020; CCDC: 734053; PDB: 1XFN).

Mendeley Data

Esta revista oferece suporte ao Mendeley Data, permitindo que você deposite quaisquer dados de pesquisa (incluindo dados brutos e processados, vídeo, código, software, algoritmos, protocolos e métodos) associados ao seu manuscrito em um repositório de acesso aberto e de uso gratuito. . Antes de enviar seu artigo, você pode depositar os conjuntos de dados relevantes no *Mendeley Data* . Inclua o DOI do(s) conjunto(s) de dados depositado(s) em seu arquivo principal do manuscrito. Os conjuntos de dados serão listados e acessíveis diretamente aos leitores ao lado do artigo publicado online.

Para mais informações, visite o [Página Mendeley Data para periódicos](#).

Declaração de dados

Para promover a transparência, encorajamos você a declarar a disponibilidade de seus dados em seu envio. Isto pode ser uma exigência do seu órgão ou instituição financiadora. Se os seus dados não estiverem disponíveis para acesso ou forem inadequados para publicação, você terá a oportunidade de indicar o motivo durante o processo de envio, por exemplo, declarando que os dados da pesquisa são confidenciais. A declaração aparecerá com o seu artigo publicado no ScienceDirect. Para mais informações, visite o [Declaração de dados](#)página.

Declaração de IA generativa na redação científica

As orientações abaixo referem-se apenas ao processo de redação, e não ao uso de ferramentas de IA para analisar e extrair insights dos dados como parte do processo de pesquisa.

Quando os autores utilizam inteligência artificial generativa (IA) e tecnologias assistidas por IA no processo de escrita, os autores só devem utilizar estas tecnologias para melhorar a legibilidade e a linguagem. A aplicação da tecnologia deve ser feita com supervisão e controle humano, e os autores devem revisar e editar cuidadosamente o resultado, pois a IA pode gerar resultados que parecem confiáveis e podem ser incorretos, incompletos ou tendenciosos. A IA e as tecnologias assistidas por IA não devem ser listadas como autores ou coautores, nem citadas como autores. A autoria implica responsabilidades e tarefas que só podem ser atribuídas e executadas por humanos, conforme descrito no documento da Elsevier [Política de IA para autores](#).

Os autores devem divulgar em seu manuscrito o uso de IA e tecnologias assistidas por IA no processo de redação, seguindo as instruções abaixo. Uma declaração aparecerá no trabalho publicado. Observe que os autores são os responsáveis finais pelo conteúdo do trabalho.

Instruções de divulgação

Os autores devem divulgar o uso de IA generativa e tecnologias assistidas por IA no processo de redação, adicionando uma declaração no final de seu manuscrito no arquivo principal do manuscrito, antes da lista de referências. A declaração deve ser colocada numa nova seção intitulada «Declaração de IA generativa e tecnologias assistidas por IA em processo de redação». *Declaração: Durante a preparação deste trabalho o(s) autor(es) utilizou(m) [NOME FERRAMENTA/SERVIÇO] para [MOTIVO]. Após utilizar esta ferramenta/serviço, o(s) autor(es) revisaram e editaram o conteúdo conforme necessário e assumem total responsabilidade pelo conteúdo da publicação.*

Esta declaração não se aplica ao uso de ferramentas básicas de verificação gramatical, ortográfica, referências, etc. Se não houver nada a divulgar, não há necessidade de adicionar declaração.

Serviços de edição de idiomas

Artigos somente serão aceitos quando forem escritos em um padrão aceitável de inglês. Autores, especialmente aqueles cuja primeira língua não é o inglês, que necessitem de informações sobre edição de idiomas e serviços de edição de texto antes e depois da submissão devem visitar <http://webshop.elsevier.com/languageservices/translationservices> ou visite nosso Centro de Apoio Para maiores informações. Observe que a Elsevier não endossa nem se responsabiliza por quaisquer produtos, bens ou serviços oferecidos por fornecedores externos por meio de nossos serviços ou em qualquer publicidade. Para mais informações consulte nosso Termos e Condições.

Tipos de artigos

As seguintes contribuições serão aceitas para publicação. *Por favor, tome nota do comprimento máximo quando aplicável*. Artigos longos serão devolvidos aos autores sem revisão por pares: editoriais (somente se encomendados pelo editor)

- artigos clínicos: não mais que 3.000 palavras e 30 referências
- artigos de pesquisa: não mais que 3.000 palavras e 40 referências
- artigos de revisão - sem limite de comprimento ou número de referências
- notas técnicas (técnicas cirúrgicas, novos instrumentos, inovações técnicas) - não mais que 1.500 palavras, 10 referências e 2 figuras
- relatos de casos - não mais que 1.500 palavras, 10 referências e 2 figuras
- livro revisões
- cartas ao editor - consulte as diretrizes detalhadas fornecidas no final do guia principal para autores
- anúncios da IAOMS
- anúncios gerais.

Observação: Relatos de casos serão considerados para publicação somente se acrescentarem novas informações ao corpo de conhecimento existente ou apresentarem novos pontos de vista sobre doenças conhecidas.

Todos os autores devem ter contribuído para o artigo, não necessariamente para o tratamento do paciente. As notas técnicas e relatos de casos estão limitados a um máximo de 4 autores, em circunstâncias excepcionais, 5.

Crítérios para Publicação

Os artigos que serão considerados para publicação devem ser:

- focados
- baseados em uma hipótese sólida e um método de investigação adequado analisando uma série estatisticamente relevante, levando a resultados relevantes que respaldem a conclusão
- bem escritos em uma gramática inglesa simples e científica e estilo
- apresentado com uma mensagem clara e contendo novas informações relevantes para os leitores da revista.
- Observe o comentário acima relacionado aos relatos de casos.
- Por favor inclua um parágrafo na sua carta de apresentação onde explique o que há de novo no seu estudo e por que ele terá impacto no seu campo de pesquisa.

Após a revisão por pares, os autores são obrigados a reenviar o artigo revisado dentro de **3 meses**; em circunstâncias excepcionais, este prazo poderá ser estendido a critério do editor. Observe abaixo as instruções sobre como apresentar manuscritos revisados.

Apresentação de novos manuscritos

Pontos gerais

Os artigos deverão ser submetidos em formato de revista. O não cumprimento desta recomendação resultará na devolução imediata do artigo ao autor e poderá levar a atrasos significativos na avaliação e eventual publicação. A ortografia pode seguir o uso britânico ou americano, mas não uma mistura dos dois. Os papéis deverão estar em espaço duplo com margem de pelo menos 3 cm em toda a volta. Cada linha deve ser numerada.

Palavras-chave

Inclua no mínimo 5 palavras-chave que sejam mais relevantes para o conteúdo do seu artigo usando os termos MeSH da Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA. Você pode verificar se suas palavras-chave são termos MeSH aqui: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>.

Incluir palavras-chave em seu artigo garantirá que ele seja encontrado durante PubMed, Scopus e outras pesquisas.

Os formatos de

estudos observacionais ou de coorte de casos, bem como séries de casos devem ser apresentados em conformidade com as diretrizes STROBE: <http://www.strobe-statement.org>

Os ensaios clínicos randomizados devem ser apresentados em conformidade com as diretrizes do CONSORT: <http://www.consort-statement.org>

Revisões Sistemáticas e Meta-Análises devem ser apresentadas de acordo com as diretrizes PRISMA: <http://www.prisma-statement.org>

Os artigos deverão ser organizados da seguinte forma, com cada seção começando em uma página separada:

- página de título

- resumo
- texto
- agradecimentos
- referências
- tabelas
- legendas de ilustrações.

Observe que as qualificações dos autores não serão incluídas no artigo publicado. Além disso, apenas o sobrenome e as iniciais dos autores aparecerão no artigo.

Página de título

A página de título deve conter as seguintes informações:

- título do artigo
- nome completo, qualificações relevantes e afiliações de cada autor
- nome e endereço do departamento ou instituição a que o trabalho deve ser atribuído
- nome, endereço, telefone e números de fax e endereço de e-mail do autor responsável pela correspondência e para quem devem ser enviadas as solicitações de separatas
- fontes de apoio na forma de bolsas
- palavras-chave.

Se o título tiver mais de 40 caracteres (incluindo espaços), um título curto deverá ser fornecido para uso nos cabeçalhos.

Resumo com

no máximo 200 palavras. Não utilize subtítulos ou abreviaturas; escreva como um parágrafo contínuo. Deve conter todas as informações relevantes e seguir a sequência: histórico, métodos, resultados e conclusão sem incluir subtítulos.

Texto

Certifique-se de que o texto do seu artigo esteja de acordo com a seguinte estrutura: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão. Não há uma seção separada de Conclusão.

Introdução

Apresente primeiro a natureza e o escopo do problema investigado

- Revise brevemente a literatura pertinente
- Declare a justificativa para o estudo apresentando brevemente a lacuna de conhecimento
- Explique o propósito ao escrever o artigo
- Complete esta seção com os "objetivos do estudo" frase;
- Deve ser escrito no presente

Materiais e métodos

Forneça todos os detalhes, limite as referências • Inclua especificações técnicas exatas, quantidades e nomes genéricos • Limite o número de subtítulos e use os mesmos na seção de resultados • Mencione o método estatístico sob um subtítulo • Não inclua resultados em esta seção

Deve ser escrito no pretérito

Evite usar a primeira pessoa (nós, eu). Use a forma impessoal ao formar frases. Por exemplo: em vez de “realizamos os seguintes procedimentos”, use “os seguintes procedimentos foram realizados”.

Resultados

Não descreva métodos

Apresente os resultados no pretérito, também usando formas não pessoais de sentenças

Apresente representações em vez de dados infinitamente repetitivos

Use tabelas quando apropriado e não repita informações no texto

Discussão

- Discutir – não recapitular resultados
- Apontar exceções e falta de correlações. Não encobre os dados.
- Mostre como os resultados concordam/contrastam com trabalhos anteriores
- Discuta as implicações das suas descobertas
- Apresente as suas conclusões de forma muito clara

Subtítulos: Os subtítulos melhoram a legibilidade, mas devem ser apropriados à natureza do artigo. Eles devem ser reduzidos ao mínimo e podem ser removidos pelos Editores.

Análise quantitativa: Se for utilizado algum método estatístico, o texto deve indicar o teste ou outro método analítico aplicado, estatística descritiva básica, valor crítico obtido, graus de liberdade e nível de significância, por exemplo (ANOVA, $F=2,34$; $df=3, 46$; $P<0,001$). Se for necessária uma análise de dados por computador, o pacote de software deverá ser mencionado. As estatísticas descritivas podem ser apresentadas em forma de tabela ou incluídas no texto.

Abreviaturas, símbolos e nomenclatura: Somente termos padronizados, que tenham sido geralmente aceitos, deverão ser usados. Abreviações desconhecidas devem ser definidas quando usadas pela primeira vez. Para mais detalhes sobre abreviaturas, consulte Baron DN, ed. Unidades, símbolos e abreviaturas. Um guia para editores e autores biológicos e médicos, Londres, Royal Society of Medicine, 1988 (disponível em The Royal Society of Medicine Services, 1 Wimpole Street, Londres W1M 8AE, Reino Unido).
O sinal de menos deveria ser -.

Se for utilizada uma designação especial para os dentes, uma nota deverá explicar os símbolos. Os nomes científicos dos organismos devem ser binômios, o nome genérico apenas com letra maiúscula, e devem estar em itálico no texto datilografado. Os microrganismos devem ser nomeados de acordo com a última edição do Manual de Microbiologia Clínica da Sociedade Americana de Microbiologia.

Medicamentos: usar apenas nomes genéricos (não proprietários) no texto. Os fornecedores dos medicamentos utilizados poderão ser citados na seção Agradecimentos. Não use 'ele', 'seu' etc. quando o sexo da pessoa for desconhecido; diga 'o paciente' etc. Evite alternativas deselegantes como 'ele/ela'. Os pacientes não devem ser automaticamente designados como “ela” e os médicos como “ele”.

Referências

As referências devem ser numeradas consecutivamente ao longo do artigo, começando com 1 para a primeira referência citada. As referências devem ser listadas no final do artigo na ordem em que aparecem no texto (não listadas em ordem alfabética por autor).

A veracidade das referências é de responsabilidade do autor. As referências no texto devem ser numeradas com números sobrescritos dentro da pontuação: por exemplo "Kenneth e Cohen ¹⁴ mostraram..."; "cada técnica tem vantagens e desvantagens ⁵⁻¹³ ." Citações no texto de artigos com mais de dois autores deverão indicar o nome do primeiro autor seguido de "et al.>"; por exemplo: "Wang et al ³⁷ identificaram..."

Todas as referências citadas no texto deverão constar na lista de referências no final do artigo. Cada referência listada deve incluir os nomes de todos os autores. Consulte a seção "Tipos de Artigo" para orientação sobre o número máximo de referências para cada tipo de artigo.

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o Index Medicus (ver www.nlm.nih.gov.uk). Ao citar artigos de monografias e livros, indique o autor, título do capítulo, editor do livro, título do livro, editora, local e ano de publicação, número da primeira e da última página. Páginas da Internet e recursos online podem ser incluídos no texto e devem indicar, no mínimo, o(s) autor(es), título e URL completo. A data de acesso deverá ser fornecida e todas as URLs deverão ser verificadas novamente na fase de prova.

Referências de dados

Esta revista incentiva você a citar conjuntos de dados subjacentes ou relevantes em seu manuscrito, citando-os em seu texto e incluindo uma referência de dados em sua Lista de Referências. As referências de dados devem incluir os seguintes elementos: nome(s) do(s) autor(es), título do conjunto de dados, repositório de dados, versão (quando disponível), ano e identificador persistente global. Adicione [dataset] imediatamente antes da referência para que possamos identificá-lo adequadamente como uma referência de dados. O identificador [dataset] não aparecerá no seu artigo publicado.

Exemplos:

Artigo de periódico: Halsband ER, Hirshberg YA, Berg LI. Cloridrato de cetamina em cirurgia oral ambulatorial. *J Oral Surg* 1971; 29: 472-476.

Ao citar um artigo que possui um Identificador de Objeto Digital (DOI), use o seguinte estilo: Toschka H, Feifel H. Resultados estéticos e funcionais da colheita de retalho radial do antebraço. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2001; 30: 45-51. doi: 10.1054/ijom.2000.0005

Livro/monografia: Costich ER, White RP. Fundamentos de cirurgia oral. Filadélfia: WB Saunders, 1971: 201-220.

Capítulo de livro: Hodge HC, Smith FA. Propriedades biológicas dos fluoretos inorgânicos. In: Simons JH, ed.: *Química do flúor*. Nova York: Academic Press, 1965: 135.

Recurso na Internet: Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a revistas biomédicas. <http://www.icmje.org> [Acessibilidade verificada em 21 de março de 2008].

Tabelas

As tabelas devem ser utilizadas apenas para esclarecer pontos importantes. Documentação dupla na forma de tabelas e figuras não é aceitável. As tabelas devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos. Devem ter espaço duplo em páginas separadas e conter apenas linhas horizontais. Não envie tabelas como fotografias. Um breve título

descritivo deve aparecer acima de cada tabela, com quaisquer notas de rodapé devidamente identificadas abaixo. Deve-se ter cuidado para garantir que todas as unidades estejam incluídas. Certifique-se de que cada tabela seja citada no texto. As mesas não devem ser muito grandes ou lotadas. As tabelas que excedem uma página impressa ou partes dela devem ser divididas em duas tabelas separadas e receber rótulos separados, como `1A? e `1B?.

Figuras

Todas as ilustrações (ex. gráficos, desenhos ou fotografias) são consideradas figuras e devem ser numeradas sequencialmente com algarismos arábicos. Cada figura deverá ter uma legenda, digitada em espaço duplo em página separada e numerada correspondentemente. **A resolução mínima para figuras geradas eletronicamente é de 300 dpi. As figuras não devem ter bordas finas na parte externa.**

Ilustrações de linha: Todas as ilustrações de linha devem apresentar uma imagem preta nítida em um fundo branco uniforme (127 x 178 mm (5 x 7 pol.) ou não maior que 203 x 254 mm (8 x 10 pol.). O tamanho das letras deve ser apropriado, tendo em conta a necessária redução de tamanho.

Fotografias e radiografias: As fotomicrografias devem mostrar ampliação e detalhes de quaisquer técnicas de coloração utilizadas. **A(s) área(s) de interesse devem ser claramente indicadas com setas ou outros símbolos.**

Imagens coloridas são incentivadas, mas a decisão se uma ilustração será aceita para reprodução em cores na revista impressa cabe ao editor-chefe. As figuras fornecidas em cores aparecerão em cores na versão online da revista.

Tamanho das fotografias: O tamanho final das fotografias será: (a) largura de coluna única (53 mm), (b) largura de coluna dupla (110 mm), (c) largura de página inteira (170 mm). Idealmente, as fotografias devem ser enviadas no tamanho de reprodução final com base nas figuras acima.

Acordos e políticas de órgãos financiadores

A Elsevier estabeleceu acordos e desenvolveu políticas para permitir que os autores que publicam em periódicos da Elsevier cumpram com possíveis requisitos de arquivamento de manuscritos, conforme especificado como condições de suas concessões de subsídios. Para saber mais sobre acordos e políticas existentes, visite <https://www.elsevier.com/fundingbodies>

Provas

Um conjunto de provas de páginas em formato PDF será enviado por e-mail ao autor correspondente, que deverá corrigir e devolver no prazo de **48 horas**. A Elsevier envia provas em PDF que podem ser anotadas; para isso você precisará baixar o Adobe Reader versão 7 disponível gratuitamente em <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>. Instruções sobre como fazer anotações em arquivos PDF acompanharão as provas. Os requisitos exatos do sistema são fornecidos no site da Adobe: <http://www.adobe.com/products/acrobat/acrrsystemreqs.html#70win>. Se não desejar usar a função de anotações em PDF, você poderá listar as correções (incluindo respostas ao Formulário de Consulta) e devolvê-las à Elsevier por e-mail. Liste suas correções citando o número da linha. Se, por qualquer motivo, isso não for possível, marque as correções e quaisquer outros comentários (incluindo respostas ao Formulário de Consulta) na impressão

do seu comprovante e devolva-o por fax, ou digitalize as páginas e envie-o por e-mail, ou por correio .

Utilize esta prova apenas para verificar a composição, edição, integridade e exatidão do texto, tabelas e figuras. Alterações significativas no artigo aceito para publicação normalmente não serão aceitas. Excepcionalmente, alterações poderão ser consideradas nesta fase com permissão e aprovação do Editor. Faremos todo o possível para que seu artigo seja publicado com rapidez e precisão. Portanto, é importante garantir que todas as suas correções nos sejam enviadas de volta em uma única comunicação: verifique cuidadosamente antes de responder, pois a inclusão de quaisquer correções subsequentes não pode ser garantida. A revisão é de sua exclusiva responsabilidade. Observe que a Elsevier poderá prosseguir com a publicação do seu artigo se nenhuma resposta for recebida.

Separatas

O autor correspondente receberá, gratuitamente, um Share Link personalizado, proporcionando 50 dias de acesso gratuito à versão final publicada do artigo no Science Direct. O Link de compartilhamento pode ser usado para compartilhar o artigo por meio de qualquer canal de comunicação, incluindo e-mail e redes sociais. Por um custo extra, separatas em papel podem ser solicitadas através do formulário de pedido de separatas que é enviado assim que o artigo é aceito para publicação. Tanto os correspondentes quanto os coautores podem solicitar separatas a qualquer momento através da loja virtual da Elsevier. Os autores correspondentes que publicaram seus artigos em acesso aberto não recebem um link de compartilhamento, pois sua versão final do artigo está disponível em acesso aberto no Science Direct e pode ser compartilhada através do link DOI do artigo.

Artigos aceitos

Para poder rastrear artigos aceitos e definir alertas por e-mail para informá-lo quando o status de um artigo for alterado, visite: <http://authors.elsevier.com/TrackPaper.html> Há também diretrizes detalhadas sobre arte, informações sobre direitos autorais, perguntas frequentes e muito mais. Os dados de contato para dúvidas que surjam após a aceitação de um artigo, especialmente aquelas relacionadas a provas, são fornecidos após o registro do artigo para publicação.

Instruções para Cartas ao Editor

O IJOMS dá as boas-vindas às Cartas ao Editor. Para facilitar o envio de Cartas ao Editor da mais alta qualidade, as seguintes diretrizes devem ser seguidas:

1. As cartas devem ser peças focais e, portanto, estão limitadas a no máximo 600 palavras, 6 referências e no máximo 2 figuras. . Uma referência (normalmente a primeira) deve ser uma referência ao artigo do IJOMS que está sendo abordado.
2. A carta deverá ser referente a apenas um artigo publicado recentemente no IJOMS.
3. Certifique-se de que todas as Cartas aos Editores comecem com `comment on:` seguido do artigo do IJOMS a ser abordado. Por favor, certifique-se de que quaisquer respostas às Cartas ao Editor também comecem com “Em resposta a:” seguido pela Carta ao Editor a ser endereçada.
4. Recomenda-se que você limite sua carta a um ou dois pontos importantes e críticos sobre os quais deseja fornecer uma discussão clara e precisa a respeito do artigo publicado anteriormente.

5. Inclua quaisquer divulgações financeiras no final da carta. Isto incluiria os potenciais conflitos de interesse não apenas relacionados ao conteúdo específico da sua carta, mas também ao conteúdo do artigo do IJOMS e outras áreas relacionadas.
6. Por favor, reconheça que as cartas que estão essencialmente de acordo com as conclusões do autor e não oferecem insights adicionais fornecem pouca informação nova para publicação. Da mesma forma, cartas que destaquem a pesquisa do próprio escritor ou que sejam de outra forma autopromocionais receberão baixa prioridade de publicação ou poderão não ser aceitas.
7. Pode haver necessidade de edições adicionais. Caso seja necessária edição, a carta será devolvida ao autor para aprovação final da versão editada.
8. É importante utilizar o discurso civil e profissional. Não é aconselhável adotar um tom que possa ser mal interpretado como insultuoso.
9. Finalmente, não é aconselhável fornecer uma carta anedótica. Embora as experiências pessoais possam ter grande valor no atendimento ao paciente, geralmente não são evidências fortes para serem colocadas em uma carta ao editor.

Diretrizes para Manuscritos Revisados

Além das instruções gerais sobre o que deve ser carregado com um manuscrito revisado, que serão incluídas na carta de decisão do editor aconselhando a revisão, o que se segue é o que é necessário do ponto de vista dos editores e revisores para facilitar a reavaliação. A adesão a estas diretrizes facilitará e acelerará o processo de revisão de manuscritos revisados.

1. Carta de resposta. Os autores são obrigados a escrever uma resposta aos revisores que indique como cada comentário do revisor e do editor foi abordado na revisão: uma resposta ponto a ponto.
2. Cada ponto levantado por cada revisor e editor deve ser numerado consecutivamente e para cada número copiado, deve ser seguido pela resposta dos autores (cor diferente ou sublinhado), e depois uma indicação clara (números de páginas e linhas) de onde o alteração no manuscrito foi feita como uma resposta relevante. Isto deve ser seguido por uma cópia das alterações reais feitas no texto (em outra cor ou destaque).
3. A abordagem ponto a ponto acima deve ser seguida para cada ponto levantado por cada revisor e editor.
4. Em sua resposta, os autores devem evitar entrar em discussão apenas com o revisor na tentativa de responder ao ponto levantado pelo revisor. Quase todos os pontos levantados pelo revisor implicam na necessidade de revisar o texto e também de responder ao revisor. Os revisores são, em certo sentido, leitores de teste e qualquer observação do revisor implica que o leitor precisaria do mesmo esclarecimento no próprio manuscrito.
5. Os autores podem certamente refutar as observações dos revisores ocasionalmente e nenhuma revisão do texto foi implementada para um ponto específico. Isso pode ocorrer quando um revisor pode interpretar mal uma questão específica do manuscrito; no entanto, essa não é a norma. Os revisores são voluntários tentando ajudar e não adversários dos autores, mesmo quando são críticos.
6. O manuscrito revisado (versão Track) é obrigatório e deve mostrar o manuscrito original com as alterações feitas em resposta às críticas do revisor e do editor no Track (mostrando exclusões como texto excluído com uma linha entre as frases, não removido) e texto

recém-adicionado em outro cor. Um sinalizador de comentário deve ser inserido atrás de cada modificação substancial do texto com uma referência ao número do ponto da carta-resposta, para mostrar ao revisor qual comentário da carta-resposta foi abordado.

7. O manuscrito revisado (versão limpa) é obrigatório e deve mostrar apenas o texto limpo mais recente, sem nenhum texto excluído antigo, mas incluindo o texto recém-adicionado, mas sem destacar o novo conteúdo.
8. Para tabelas e figuras deverão ser incluídas versões track e clean. As tabelas e figuras da trilha seguem a versão da trilha. Tabelas e figuras limpas devem seguir a versão limpa para facilitar a reavaliação dos editores.