

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

ÉERICA CALÚ DA SILVA

**ANÁLISE COMPARATIVA DO CIRURGIÃO - DENTISTA E
DO CIRURGIÃO BUCOMAXILOFACIAL FRENTE ÀS
COMPLICAÇÕES EM CIRURGIA ORAL**

PATOS-PB

2016

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

ÉERICA CALÚ DA SILVA

**ANÁLISE COMPARATIVA DO CIRURGIÃO - DENTISTA E
DO CIRURGIÃO BUCOMAXILOFACIAL FRENTE ÀS
COMPLICAÇÕES EM CIRURGIA ORAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha

PATOS-PB

2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

S586a Silva, Érica Calú da
Análise comparativa do cirurgião-dentista e do cirurgião bucomaxilofacial frente às complicações em cirurgia oral / Érica Calú da Silva.– Patos, 2016. 45f.: il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2016.

"Orientação: Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha".

Referências.

1. Cirurgia bucal. 2. Complicações intraoperatórias. 3. Complicações pós-operatórias. I. Título.

CDU 616.314-089

ÉRICA CALÚ DA SILVA

**ANÁLISE COMPARATIVA DO CIRURGIÃO - DENTISTA E
DO CIRURGIÃO BUCOMAXILOFACIAL FRENTE ÀS
COMPLICAÇÕES EM CIRURGIA ORAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

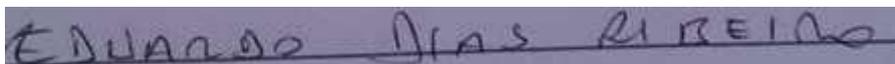
Orientador: Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha

Aprovado em 29/10/2016

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha – Orientador
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof. Dr. Eduardo Dias Ribeiro – 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof. MSc. George Borja de Freitas – 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Dedico este trabalho a Deus, que me deu força e coragem durante toda esta caminhada.

Dedico aos meus pais, Erivaldo Calú Da Silva e Elza Lucindo Da Silva "In Memoriam", a minha filha, Emilly Calú de O. Vasco e aos meus irmãos, pois não chegaria até aqui sem vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as bênçãos que me concedeu e não me desamparou durante toda essa trajetória.

A meus pais, por acreditarem em mim, por tudo que fizeram e ainda fazem por mim, por todo carinho, amor, paciência e compreensão.

A minha filha, por todo amor, carinho, paciência e ensinamento que me proporcionou.

A meus irmãos, Evandro, Ênio, Esley, Erick, que por mais difícil que fossem as circunstâncias, sempre tiveram paciência e confiança.

A meu namorado Bruno, pelo companheirismo, dignidade, carinho, autenticidade e amizade, por sempre estar ao meu lado em todos os momentos, e na cumplicidade do dia-a-dia.

A meu orientador, Prof. Julierme Ferreira Rocha, por toda confiança depositada em mim. Por todo conhecimento transmitido e por todas as oportunidades que me concedeu.

A todos os Professores, por cada ensinamento transmitido. Sinto orgulho de poder ter aprendido o pouco que sei com vocês.

A meus amigos por servirem de apoio sempre que precisei.

A toda minha família, por todo apoio e incentivo.

A todas as pessoas que acreditaram em mim e contribuíram direta ou indiretamente nesta realização.

RESUMO

Durante ou após a realização de cirurgia oral existe a possibilidade de ocorrerem complicações cirúrgicas, sendo a osteíte alveolar ou alveolite, infecção, fratura radicular, hemorragia e comunicação buco-sinusal os casos mais frequentes. A conduta do cirurgião-dentista frente a essas intercorrências é de fundamental importância para a resolutividade e reversão do quadro ocorrido. Este trabalho objetiva comparar a conduta do cirurgião-dentista (grupo A) e do cirurgião bucomaxilofacial (grupo B) frente à ocorrência de complicações em cirurgia oral. Foi elaborado um questionário específico contendo treze questões abordando dados demográficos e específicos. O questionário foi aplicado a 40 (quarenta) Cirurgião - Dentista e 32 (trinta e dois) Cirurgiões Bucomaxilofaciais atuantes no estado da Paraíba, Brasil. Os dados coletados foram submetidos à luz da estatística descritiva e ao teste exato de Fisher ou qui-quadrado, com significância de 5%. A maioria dos entrevistados do grupo A é do gênero feminino (80%) e do grupo B do gênero masculino (90,6%), sendo a faixa etária aproximada entre os grupos. Observou-se nível de conhecimento satisfatório dos profissionais entrevistados frente ao tratamento adequado da comunicação buco-sinusal, fratura radicular, hemorragia, fratura de mandíbula, aspiração de fragmento dentário e alveolite. Com base na metodologia utilizada neste estudo foi possível observar um nível satisfatório de conhecimento dos profissionais avaliados acerca da conduta frente à ocorrência de complicações em cirurgia oral.

Descritores: Cirurgia bucal; Complicações intraoperatórias; Complicações pós-operatórias.

ABSTRACT

During or after performing oral surgery there is the possibility of occurrence of surgical complications, being alveolitis or alveolar osteitis, root fracture, hemorrhage, infection and oroantral communication the most frequent cases. The conduct of the dental surgeon facing these complications is of fundamental importance for the resolution and reversal of the occurred frame. This study aims to compare the conduct of the general practitioner dentist (group A) and maxillofacial surgeon (group B) facing the occurrence of complications in oral surgery. A specific questionnaire was elaborated with thirteen questions addressing demographic and specific data. The questionnaire was administered to 40 (forty) DS and 32 (thirty-two) maxillofacial surgeons working in the state of Paraíba, Brazil. The collected data were submitted in the light of descriptive statistics and the Fisher exact test or chi-square, with 5% significance. Most of the group's interviewed from group A is of the female gender (80%) and group B with the male gender (90.6%), age range being similar between groups. and the similar age group between groups. Was observed satisfactory level of knowledge from the interviewed professionals in front of the proper treatment of oroantral communication, root fracture, bleeding, jaw fracture, tooth fragment aspiration and alveolitis. Based on the methodology used in this study it was observed a satisfactory level of knowledge of the professionals evaluated regarding the management facing the occurrence of complications in oral surgery.

Keywords: Oral surgery; Intraoperative complications; Postoperative complications.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
REFERÊNCIAS	13
3 ARTIGO	15
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
APÊNDICE A	30
APÊNDICE B	32
ANEXO A	34
ANEXO B	35
ANEXO C	45

1 INTRODUÇÃO

As principais complicações cirúrgicas que ocorrem durante ou após a realização de cirurgia oral são: lesões de tecidos moles, lesões às estruturas ósseas, fratura de instrumento, alveolite, fratura radicular, trismo, dor, infecção, lesões aos dentes adjacentes, comunicações buco-sinusais, hemorragia, equimose e fratura de mandíbula. Essas complicações cirúrgicas eram mais constantes, no passado, em consequência da realização de anamnese inadequada, uso de técnicas cirúrgicas exodônticas com força excessiva, ausência de instrumentos apropriados, desconhecimento da assepsia e antissepsia. Com a evolução dos princípios das técnicas cirúrgicas e anestésicas, além do emprego dos exames complementares e do uso de medicamentos, a incidência dessas intercorrências foi reduzida, porém ainda persistem devido, principalmente, à ausência de conhecimento ou negligência dos profissionais (BLONDEAU et al,2007; BOULOUX et al., 2007; JERJES et al., 2006).

A forma mais adequada para prevenção de complicações cirúrgicas é o planejamento do procedimento a ser executado desde uma minuciosa anamnese até os cuidados pós-operatórios do paciente. Antes de qualquer procedimento cirúrgico, o paciente deve ser esclarecido das prováveis complicações que possam suceder no decorrer de todo o tratamento, estando consciente de que toda e qualquer situação não planejada deverá ser tratada da maneira mais apropriada possível, trazendo ao paciente conforto e segurança nos períodos trans e pós-operatório, estabelecendo uma relação paciente-profissional de confiança (DUARTE et al., 2011; BOULOUX et al., 2007; MARCIANI et al., 2007; SISK et al., 1986).

Assim, a conduta do cirurgião-dentista frente aos casos de complicações cirúrgicas é de extrema importância para a resolutividade e reversão do quadro instalado. O objetivo deste trabalho foi comparar a conduta do cirurgião-dentista e do cirurgião bucomaxilofacial frente à ocorrência de complicações em cirurgia oral.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Todas as situações indesejadas que ocorrem no trans-operatório são consideradas como acidentes. Quando um evento indesejado acontece no período pós-operatório imediato ou tardio, trata-se de uma complicação. Diversos fatores podem contribuir ao aparecimento de acidentes e complicações relacionadas com a cirurgia de dentes superiores ou inferiores. Entre esses fatores podemos citar: técnica cirúrgica inadequada, alta densidade óssea, dilaceração radicular, proximidade com estruturas nobres, mandíbulas atróficas, acesso cirúrgico limitado, condições sistêmicas e idade do paciente (BOULOUX et al., 2007; MARCIANI, 2007; AZENHA et al., 2014).

Em todo procedimento cirúrgico é importante que o cirurgião-dentista faça o planejamento pré-operatório adequado, seguindo os princípios de prevenção de complicações, evitando situações indesejáveis no trans ou no pós-operatório, considerando que esses provocam desconforto para o paciente. Portanto, o planejamento cirúrgico fundamentado em exames por imagens de qualidade favorecem a realização de um procedimento cirúrgico com menor possibilidade de intercorrências (BOULOUX et al., 2007; PIERSE et al., 2012; AZENHA et al., 2014).

No decorrer da exodontia dos elementos dentários posteriores, superiores, pode ocorrer à comunicação buco-sinusal que nada mais é que uma abertura entre o seio maxilar e a cavidade oral. Sem diagnóstico e tratamento esta comunicação é revestida por epitélio e torna-se uma fístula buco-sinusal. Podendo ser resultado da manipulação excessiva na loja cirúrgica, técnica inadequada, íntima associação anatômica entre o assoalho do seio maxilar e as raízes dos dentes. Com isso a importância da avaliação radiográfica pré-operatória para evidenciar esse íntimo contato (DEL REY-SANTAMARÍA et al., 2006; DYN; WOLF, 2012; PIERSE et al., 2012).

O diagnóstico clínico é feito por meio da manobra de Valsalva. O tratamento é realizado de acordo com a condição clínica e da existência prévia de patologia no seio maxilar. As instruções pós-operatórias para os primeiros dias após a cirurgia incluem não espirrar com a boca fechada, não realizar bochechos e não soprar o

nariz (DEL REY-SANTAMARÍA et al., 2006; DYN; WOLF, 2012; AZENHA et al., 2014).

Na presença de fratura radicular no decorrer de uma exodontia, a conduta adequada é a remoção do fragmento radicular. Mas, o CD poderá escolher pela permanência do fragmento radicular no alvéolo, em casos que há facilidade de danos às estruturas nobres, ocorrência de taquifilaxia e trauma cirúrgico. O tamanho do fragmento (<3 mm) e a ausência de patologia dentária são indispensáveis para essa conduta. Raízes não infectadas deixadas dentro do osso alveolar demonstraram permanecer no local sem complicações pós-operatória (HUPP, 2009; PIERSE et al., 2012).

Hemorragias acontecem no trans-operatório ou pós-operatório da cirurgia, as causas podem ser locais ou sistêmicas. Os fatores locais resultam de trauma cirúrgico excessivo, danos aos tecidos moles, manipulação indevida do retalho, variações anatômicas e lesões em vasos. As condições sistêmicas são distúrbios de coagulação, anomalias e doenças plaquetárias. As medidas hemostáticas locais são suficientes para obter a hemostasia, nesse caso aplicação de pressão usando gaze no local da cirurgia durante 20 minutos ou mais, suturas adicionais, esponja de gelatina absorvível, celulose oxidada, adesivo de fibrina, vasoconstrictor, ligadura de vasos e eletrocauterização (REICH et al 2009; MALMQUIST, 2011; PIERSE et al., 2012; AZENHA et al., 2014).

Fratura de ângulo mandibular ocorre por ser uma área de pouca resistência à fratura, devido à sua anatomia óssea e a sua localização entre o ramo e o corpo da mandíbula, apesar de ser uma complicação rara, está associada com a remoção cirúrgica dos terceiros molares inferiores. Podendo acontecer durante a cirurgia como resultado de aplicação excessiva de força ao osso. As condições predisponentes possíveis, como idade, sexo, grau de impactação, volume relativo do dente na mandíbula, atrofia fisiológica da mandíbula, patologias, osteoporose, incapacidade de manter uma dieta leve no pós-operatório e a técnica cirúrgica têm sido implicados no aumento do risco de fratura de mandíbula (LIBERSA et al., 2002; WOLDENBERG et al., 2007).

A aspiração de dentes, próteses dentárias e instrumentos usados em procedimentos odontológicos são consequências associadas a trauma maxilofacial e no decorrer de tratamentos dentários. Assim comprometendo as vias aéreas,

levando a uma insuficiência respiratória e até mesmo a óbito. Os sinais clínicos podem ser paroxismo de tosse, asfixia disfagia, disfonia, pneumonia aspirativa e dispneia. Diante disso é necessário minimizar ou eliminar possíveis complicações respiratórias como bronquite, asma e broncopneumonia a partir de uma conduta adequada do cirurgião-dentista (ELGAZZAR et al., 2007; NADJEM et al., 2010).

A osteíte alveolar ou alveolite seca é um diagnóstico clínico caracterizado pelo aparecimento de dor moderada ou severa, latejante que se desenvolve no período de 3-5 dias após a exodontia e muitas vezes são associadas à halitose, osso alveolar exposto e perda parcial ou completa do coágulo de sangue. Conhecido por ocorrer após remoção do terceiro molar inferior. A ausência de febre, edema ou secreção purulenta são fundamentais para distinguir alveolite de uma infecção. Apesar da etiologia ser pouco compreendida, provavelmente a osteíte alveolar é resultado de um aumento da atividade fibrinolítica que envolve uma localizada infecção bacteriana. Estando correlacionada com vários fatores, como: tabagismo, higiene oral inadequada, contraceptivos orais, experiência do cirurgião-dentista, corpo estranho no alvéolo, trauma cirúrgico, tipo de impactação, infecção pré-existente, ação do vasoconstrictor associado ao anestésico, desagregação do coágulo por agentes mecânicos (BOULOUX et al., 2007; MARCIANI, 2012; PIERSE et al., 2012).

REFERÊNCIAS

- AZENHA, M. R.; KATO, R. B.; BUENO, R. B. L.; NETO, P. J. O.; RIBEIRO, M. C. Accidents and complications associated to third molar surgeries performed by dentistry students. **Oral Maxillofac Surg**. v.18, p.459-464; 2014.
- BLONDEAU, F; DANIEL, NG. Extraction of impacted mandibular third molars: postoperative complications and their risk factors. **J Can Dent Assoc**. V.4, p.73; 2007.
- BOULOUX, G. F.; STEED, M. B.; PERCIACCANTE, V. J. Complications of third molar surgery. **Oral Maxillofac Surg Clin North Am**. Philadelphia, v. 19, p. 117-28; 2007.
- DEL REY-SANTAMARÍA, M.; VALMASEDA-CASTELLÓN, E.; BERINI-AYTÉS, L.; GAY-ESCODA, C. Incidence of oral sinus communications in 389 upper third molar extraction. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. V.11, p. 334-8; 2006.
- DUARTE, B. G.; DIAS-RIBEIRO, E.; ROCHA, J. F.; SAMPIERI, M. B. S.; SANT'ANA, E.; GONÇALES, E. S. Alterações patológicas e fraturas do ângulo mandibular justificam a extração profilática de terceiros molares inferiores? **Revista Odontologia da UNESP**. São Paulo, v. 40, n. 2, p. 96-102; 2011.
- DYM, H.; WOLF, J. C. Oroantral communication. **Oral Maxillofacial Surg Clin N Am** V.24, P. 239–247; 2012.
- ELGAZZAR, R. F.; ABDELHADY, A. I.; SADAKAH, A. A. Aspiration of an impacted lower third molar during its surgical removal under local anaesthesia. **Int. J. Oral Maxillofac.Surg**; v. 36; p. 362–364; 2007.
- JERJES, W.; EL-MAAYTAH, M.; SWINSON, B.; UPILE, T.; THOMPSON, G.; GITTELMON, S e et al. Inferior alveolar nerve injury and surgical difficulty prediction in third molar surgery: the role of dental panoramic tomography. **J Clin Dent**. V.5, p.122-30; 2006.
- HUPP, J. R. Prevenção e tratamento das complicações cirúrgicas. IN: Hupp, JR, Ellis III E, Tucker, Mr. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. Rio de Janeiro: Elsevier. p. 185-200,720; 2009
- LIBERSA, P.; ROOZE, D.; CACHATRT, T.; LIBERSA, J. C. Immediate and late mandibular fracture after third molar removal. **J Oral Maxillofacial Surg**. Philadelphia, v. 60, p. 165-6; 2002.
- MALMQUIST, J. P. Complications in oral and maxillofacial surgery: management of hemostasis and bleeding disorders in surgical procedures. **Oral Maxillofacial SurgClin N Am**; v. 23, p. 387–394; 2011.

MARCIANI, R. D. Complications of third molar surgery and their management. **Atlas Oral Maxillofacial Surg Clin N Am**; v. 20, p. 233–251;2012.

MARCIANI, R. D. Third molar removal: an overview of indications, imaging, evaluation, and assessment of risk. **Oral Maxillofac Surg Clin North Am**. Philadelphia, v. 19, n.2, p. 1-13; 2007.

NADJEM, H.; POLLAK, S.; WINDISCH, S.; PERDEKAMP, M. G.; THIERAUF, A. Tooth aspiration: Its relevance in medicolegal autopsies. **Forensic Science International**. V.200; p. 25–29; 2010.

PIERSE, J. E.; DYM, H.; CLARKSON, E. Diagnosis and Management of Common Postextraction Complications. **Dent Clin**. N Am. v. 56, p. 75-93; 2012.

REICH, W.; KRIWALSKY, M. S.; WOLF, H. H.; SCHUBERT, J. Bleeding complications after oral surgery in outpatients with compromised haemostasis: incidence and management. **Oral Maxillofac Surg**, v. 13, p. 73-77; 2009.

SISK, A. L.; HAMMER, W. B.; SHELTON, D. W.; JOY, J. E. D. Complications following removal of impacted third molars: The role of the experience of the surgeon. **J Oral Maxillofac Surg**. v. 9, p. 44-855; 1986.

WOLDENBERG, Y.; GATOT, I.; BODNER, L. Iatrogenic mandibular fracture associated with third molar removal. Can it be prevented? **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. V.12, p.70-2; 2007.

3 ARTIGO

**ANÁLISE COMPARATIVA DO CIRURGIÃO - DENTISTA E DO CIRURGIÃO
BUCOMAXILOFACIAL FRENTE ÀS COMPLICAÇÕES EM CIRURGIA ORAL**
COMPARATIVE ANALYSIS OF THE DENTAL SURGEON AND
BUCOMAXILLOFACIAL SURGEON FACING THE COMPLICATIONS IN ORAL
SURGERY

AUTORES:

Érica Calú da Silva - Acadêmica de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - campus Patos, Paraíba.

Julierme Ferreira Rocha - Professor Doutor das disciplinas de Anatomia Topográfica e Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade Federal de Campina Grande - campus Patos, Paraíba.

André Lustoza de Sousa- Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pelo Hospital do Agreste – Caruaru, Pernambuco.

Hyago Marx Rodrigues Pessoa - Acadêmico da Prática Profissionalizante em Cirurgia Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - campus Bauru, São Paulo.

Vicente Jadson Gregório Freitas – Cirurgião-Dentista pela Universidade Federal de Campina Grande – campus Patos, Paraíba.

Eduardo Hochuli Vieira - Professor Doutor da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araraquara da Unesp (Universidade Júlio Mesquita Filho), São Paulo.

Eduardo Dias Ribeiro - Professor Doutor das disciplinas de Anatomia Topográfica e Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade Federal de Campina Grande - campus Patos, Paraíba.

Endereço para correspondência:

Julierme Ferreira Rocha - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural. Avenida dos Universitários, S/N, Rodovia Patos/Teixeira, km1, Jatobá, CEP: 58700-970 – Patos-Paraíba - Brasil.

Email:juliermerocha@hotmail.com

RESUMO

Durante ou após a realização de cirurgia oral existe a possibilidade de ocorrerem complicações cirúrgicas, sendo a osteíte alveolar ou alveolite, infecção, fratura radicular, hemorragia e comunicação buco-sinusal os casos mais frequentes. A conduta do cirurgião-dentista frente a essas intercorrências é de fundamental importância para a resolutividade e reversão do quadro ocorrido. Este trabalho objetiva comparar a conduta do cirurgião-dentista clínico geral (grupo A) e do cirurgião bucomaxilofacial (grupo B) frente à ocorrência de complicações em cirurgia oral. Foi elaborado um questionário específico contendo treze questões abordando dados demográficos e específicos. O questionário foi aplicado a 40 (quarenta) CD e 32 (trinta e dois) cirurgiões bucomaxilofaciais atuantes no estado da Paraíba, Brasil. Os dados coletados foram submetidos à luz da estatística descritiva e ao teste exato de Fisher ou qui-quadrado, com significância de 5%. A maioria dos entrevistados do grupo A é do gênero feminino (80%) e do grupo B do gênero masculino (90,6%), sendo a faixa etária semelhante entre os grupos. Observou-se nível de conhecimento satisfatório dos profissionais entrevistados frente ao tratamento adequado da comunicação buco-sinusal, fratura radicular, hemorragia, fratura de mandíbula, aspiração de fragmento dentário e alveolite. Com base na metodologia utilizada neste estudo foi possível observar um nível satisfatório de conhecimento dos profissionais avaliados acerca da conduta frente à ocorrência de complicações em cirurgia oral.

Descritores: Cirurgia bucal; Complicações intraoperatórias; Complicações pós-operatórias.

ABSTRACT

During or after performing oral surgery there is the possibility of occurrence of surgical complications, being alveolitis or alveolar osteitis, root fracture, hemorrhage, infection and oroantral communication the most frequent cases. The conduct of the dental surgeon (DS) facing these complications is of fundamental importance for the resolution and reversal of the occurred frame. This study aims to compare the conduct of the general practitioner dentist (group A) and maxillofacial surgeon (group B) facing the occurrence of complications in oral surgery. A specific questionnaire was elaborated with thirteen questions addressing demographic and specific data. The questionnaire was administered to 40 (forty) DS and 32 (thirty-two) maxillofacial surgeons working in the state of Paraíba, Brazil. The collected data were submitted in the light of descriptive statistics and the Fisher exact test or chi-square, with 5% significance. Most of the group's interviewed from group A is of the female gender (80%) and group B with the male gender (90.6%), age range being similar between groups. and the similar age group between groups. Was observed satisfactory level of knowledge from the interviewed professionals in front of the proper treatment of oroantral communication, root fracture, bleeding, jaw fracture, tooth fragment aspiration and alveolitis. Based on the methodology used in this study it was observed a satisfactory level of knowledge of the professionals evaluated regarding the management facing the occurrence of complications in oral surgery.

Keywords: Oral surgery; Intraoperative complications; Postoperative complications.

INTRODUÇÃO

As principais complicações cirúrgicas que ocorrem durante ou após a realização de cirurgia oral são: lesões de tecidos moles, lesões às estruturas ósseas, fratura de instrumento, alveolite, fratura radicular, trismo, dor, infecção, lesões aos dentes adjacentes, comunicações buco-sinusais, hemorragia, equimose e fratura de mandíbula. Essas complicações cirúrgicas eram mais constantes, no passado, em consequência da realização de anamnese inadequada, uso de técnicas cirúrgicas exodônticas com força excessiva, ausência de instrumentos apropriados, desconhecimento da assepsia e antisepsia. Com a evolução dos princípios das técnicas cirúrgicas e anestésicas, além do emprego dos exames complementares e do uso de medicamentos, a incidência dessas intercorrências foi reduzida, porém ainda persistem devido, principalmente, à ausência de conhecimento ou negligência dos profissionais.^{1, 2, 3.}

A forma mais adequada para prevenção de complicações cirúrgicas é o planejamento do procedimento a ser executado desde uma minuciosa anamnese até os cuidados pós-operatórios do paciente. Antes de qualquer procedimento cirúrgico, o paciente deve ser esclarecido das prováveis complicações que possam suceder no decorrer de todo o tratamento, estando consciente de que toda e qualquer situação não planejada deverá ser tratada da maneira mais apropriada possível, trazendo ao paciente conforto e segurança nos períodos trans e pós-operatório, estabelecendo uma relação paciente-profissional de confiança^{2, 4, 5, 6.}

Assim, a conduta do cirurgião-dentista frente aos casos de complicações cirúrgicas é de extrema importância para a resolutividade e reversão do quadro instalado. O objetivo deste trabalho foi comparar a conduta do cirurgião-dentista e do cirurgião bucomaxilofacial frente à ocorrência de complicações em cirurgia oral.

MATERIAL E MÉTODO

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Faculdade de Ciências Médicas do Estado da Paraíba (Protocolo 725.292/2014). Realizou-se um estudo quantitativo-descritivo, com abordagem indutiva por meio de questionário específico contendo 13 (treze) questões e divididos em duas partes: a primeira abordava dados demográficos dos profissionais (idade, gênero e ano de formação) e a segunda, questões mais específicas sobre o manejo das complicações em cirurgia oral: comunicação buco-sinusal, fratura radicular, hemorragia, fratura de mandíbula, aspiração de instrumentais e/ou fragmentos dentários e alveolite. Foram selecionados aleatoriamente 40 (quarenta) Cirurgiões - Dentistas (grupo A) e 32 (trinta e dois) Cirurgiões Bucomaxilofacial (grupo B), atuantes em serviços públicos e/ou privados no estado da Paraíba, Brasil. Assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, os questionários foram aplicados diretamente nos estabelecimentos de saúde por um dos pesquisadores. Os dados coletados foram submetidos à luz da estatística descritiva e ao teste exato de Fisher ou qui-quadrado, com significância de 5%, utilizando-se o programa Biostat 5.0.

RESULTADOS

Dados demográficos

Do total de entrevistados do grupo A, constatou-se que a maioria era do gênero feminino (80%) e com faixa etária prevalente na quarta década de vida (28%). Cerca de 37,5% dos profissionais foram graduados entre os anos de 2000-2009. Aproximadamente 2/3 dos cirurgiões-dentistas possuíam especialização, porém nenhum referiu ser pós-graduado em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Quase 70% desses profissionais têm experiência frente a casos de complicações em cirurgia oral, sendo os eventos mais mencionados: fratura radicular (32,2%), hemorragia (25%) e comunicação buco-sinusal (10,7%).

Observou-se que a maioria dos entrevistados do grupo B era do gênero masculino (90,6%) e com faixa etária predominante na terceira década de vida (62,5%). Cerca de 75% dos profissionais avaliados foram graduados entre os anos de 2000-2010, relatando experiência clínica frente a casos de complicações cirúrgicas, sendo a comunicação buco-sinusal (34,7%), hemorragia (28%) e alveolite (15,6%) as intercorrências mais citadas.

Dados específicos (Tabela 01).

A tabela 01 sintetiza os resultados da conduta dos profissionais dos grupos A e B diante da ocorrência de comunicação buco-sinusal, fratura radicular, hemorragia alveolar, fratura de mandíbula, aspiração de fragmento dentário e alveolite.

DISCUSSÃO

No decorrer da exodontia dos elementos dentários superiores e posteriores pode ocorrer a comunicação buco-sinusal (CBS) que é uma abertura entre o seio maxilar e a cavidade oral. Sem diagnóstico e tratamento adequado, a CBS é revestida por epitélio e torna-se uma fístula buco-sinusal (FBS), podendo contribuir para o aparecimento de patologias sinusais. A CBS é resultado da manipulação excessiva na loja cirúrgica, técnica cirúrgica inadequada e íntima associação entre o assoalho do seio maxilar e as raízes dos dentes. O uso de exames por imagem é fundamental para avaliar a proximidade dos molares e pré-molares superiores com o seio maxilar previamente a realização de cirurgias na região posterior da maxila^{7, 8, 9}.

A CBS pode acontecer durante a exodontia dos molares superiores e sua incidência varia de 0,8% a 5,1%, sendo mais frequente durante a exodontia dos primeiros molares. O diagnóstico clínico da CBS é feito por meio da manobra de Valsalva. O tratamento é realizado de acordo com a condição clínica e da existência prévia de patologia no seio maxilar. A conduta de mais de 80% dos profissionais entrevistados para CBS menores que 2 mm e sem patologia prévia do seio maxilar é a sutura oclusiva. Esse tratamento é importante para manutenção do coágulo na região e posterior neoformação óssea, evitando o aparecimento de uma FBS e alterações sinusais (sinusite maxilar). É medida coadjuvante evitar pressões positivas e negativas no seio maxilar^{2, 7, 9, 10, 11}.

Quando a CBS varia entre 2 a 6 mm, a sutura oclusiva associada ao uso de antibiótico é a conduta de escolha para evitar o aparecimento de patologia sinusal (sinusite maxilar). Nos casos de CBS superior a 6 mm, indica-se realizar retalhos locais. As técnicas mais empregadas são: deslizamento de retalho vestibular, rotação de retalho palatino e enxerto pediculado do corpo adiposo da bochecha^{4,5}. O deslizamento do retalho vestibular, modo referido por Rehrmann em 1936, é o método mais utilizado^{12,13}. A técnica é limitada para casos de pequeno diâmetro e pacientes parcialmente dentados, devido à possibilidade de redução da profundidade de fundo de sulco, podendo dificultar a reabilitação protética. O giro do retalho palatino foi referido por Ashley em 1939 e é indicado para o fechamento de CBS/FBS de tamanho médio (5-10 mm) a grande (>10 mm) para pacientes

totalmente desdentados^{13,14,15}. Em 1977, Egiedy¹⁶ relatou o emprego do corpo adiposo da bochecha para reparação de imperfeições orais, sendo indicado para grandes reparos e quando há insucesso no emprego das técnicas citadas previamente.

A fratura radicular é uma das complicações mais comuns durante a exodontia¹⁷. A remoção do fragmento é o tratamento de escolha, principalmente se houver alguma patologia associada ao dente (cárie, doença periodontal, pericoronarite, cistos e tumores), conduta adotada por 92% dos CD e por todos os CBMF entrevistados. Entretanto, o CD poderá optar pela permanência do fragmento radicular no alvéolo, em casos onde há possibilidade de danos às estruturas nobres e o dente não apresente patologia associada. A maioria dos profissionais entrevistados afirma que o tamanho do fragmento (<3mm) e a ausência de patologia dentária são indispensáveis para essa conduta⁸. Pogrel¹⁸ certifica que raízes não infectadas deixadas dentro do osso alveolar têm processo de cicatrização normal e formação de osso sobre o fragmento de raiz, sendo possível observar em radiografias realizadas 6 meses após os procedimentos cirúrgicos.

A hemorragia é uma complicação que acontece no trans ou pós-operatório podendo ter causas locais ou sistêmicas. Os fatores locais resultam de trauma cirúrgico excessivo, danos aos tecidos moles, manipulação indevida do retalho, variações anatômicas e lesões em vasos. As condições sistêmicas são distúrbios de coagulação, anomalias ou doenças plaquetárias e uso de medicação anticoagulante/antiagregante plaquetária^{8,10}. Para os profissionais avaliados do grupo A (75%) e B (96,9%), o tratamento imediato para a hemorragia alveolar é o uso de compressão local. Bouloux et al.² afirmam que as medidas hemostáticas locais são suficientes para obter a hemostasia, sendo a aplicação de pressão usando gaze no local da cirurgia durante 20-30 minutos uma técnica segura e eficaz. No caso de insucesso desse método, o profissional deve associar outras medidas: suturas adicionais, esponja de gelatina absorvível, celulose oxidada, adesivo de fibrina, vasoconstrictor, ligadura de vasos e eletrocauterização^{19,20}.

A fratura de ângulo mandibular, apesar de ser uma complicação rara, está associada com a remoção cirúrgica dos terceiros molares inferiores. Sua incidência é de 0,0049%. As condições predisponentes possíveis como idade, gênero, grau de impaction, força cirúrgica excessiva, volume relativo do dente na mandíbula, atrofia

fisiológica mandibular, patologias, osteoporose e incapacidade de manter uma dieta leve no pós-operatório têm sido implicados no aumento do risco de fratura de mandíbula^{21,22}. Para o tratamento desses casos sem deslocamento, Chrcanovic e Custódio²³, recomendam o bloqueio maxilo-mandibular (6-8 semanas), dieta leve (4 semanas) e acompanhamento clínico e radiográfico, conduta adotada por 78% dos CBMF. Dos profissionais pertencentes ao grupo A, 60% afirmaram que diante desse quadro, chamariam o SAMU e encaminhariam o paciente para o serviço de cirurgia oral de referência. A prática cirúrgica diária do clínico geral envolve a exodontia, excetuando-se os terceiros molares inferiores devido, frequentemente, a dificuldade cirúrgica para a sua remoção. O tratamento das fraturas faciais, incluindo as mandibulares, é de competência do CBMF. Esses dois fatores podem explicar a diferença da conduta adotada pelos profissionais entrevistados.

A aspiração de dentes, próteses dentárias e instrumentos usados em procedimentos odontológicos são consequências associadas a trauma maxilofacial e no decorrer de tratamentos dentários, podendo comprometer as vias aéreas, levando a uma insuficiência respiratória e até mesmo a óbito. Os sinais clínicos podem ser paroxismo de tosse, asfixia, disfagia, disfonia, pneumonia aspirativa, estridor e dispneia^{24,25}. Rosen et al.²⁶ afirmam que deve ser realizada a manobra de Heimlich na tentativa de remover qualquer corpo estranho que comprometa as vias aéreas. O emprego dos exames por imagem para determinar a localização exata do corpo estranho aspirado é fundamental. Diante disso é necessário minimizar ou eliminar possíveis complicações respiratórias como bronquite, asma e broncopneumonia a partir de uma conduta adequada do cirurgião-dentista²⁷, dado observado por mais da metade dos profissionais do grupo A (65%) e do grupo B (90,7%).

A osteíte alveolar ou alveolite seca é uma alteração clínica caracterizada pelo aparecimento de dor moderada ou severa, latejante, que se desenvolve no período de 3-5 dias após a exodontia e muitas vezes são associadas à halitose, osso alveolar exposto e perda parcial ou completa do coágulo sanguíneo. A dor pode ser irradiada para a região de ouvido e pescoço. É fundamental a avaliação radiográfica para evidenciar as paredes íntegras do alvéolo e ausência de corpo estranho (restos de restaurações, espículas ósseas, remanescentes de tecidos dentários, fios de gaze). A ausência de febre, edema ou secreção purulenta são fundamentais para

distinguir osteíte alveolar de uma infecção, o que explica a não necessidade do uso de antibióticos. Apesar da etiologia ser pouco compreendida, acredita-se que a OA é resultado de um aumento da atividade fibrinolítica que envolve uma infecção bacteriana localizada, sendo correlacionada com vários fatores: tabagismo, higiene oral inadequada, uso de contraceptivos orais, experiência do cirurgião-dentista, corpo estranho no alvéolo, trauma cirúrgico, tipo de impactação, infecção pré-existente, ação do vasoconstrictor associado ao anestésico, desagregação do coágulo por agentes mecânicos ^{2, 5, 8}.

O tratamento da osteíte alveolar é feito pelo uso de analgésicos (alívio da dor), associando-se o uso de bochechos e/ou aplicações de agentes intra-alveolar. Dos profissionais entrevistados pouco mais da metade acreditam que a curetagem alveolar e o uso de antibióticos não é o tratamento indicado. Não é indicada a curetagem alveolar, pois aumenta a quantidade de osso exposto, a dor do paciente e a possibilidade de bacteremia ⁸.

CONCLUSÃO

Com base na metodologia utilizada neste estudo foi possível observar um nível satisfatório de conhecimento dos profissionais avaliados acerca da conduta frente à ocorrência de complicações em cirurgia oral.

REFERÊNCIAS

1. Blondeau F, Daniel NG. Extraction of impacted mandibular third molars: postoperative complications and their risk factors. *J Can Dent Assoc.* 2007;73(4):325.
2. Bouloux GF, Steed MB, Perciaccante VJ. Complications of third molar surgery. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2007;19:117–128.
3. Jerjes W, et al. Inferior alveolar nerve injury and surgical difficulty prediction in third molar surgery: the role of dental panoramic tomography. *J Clin Dent.* 2006;17(5): 122.
4. Duarte BG, Dias-Ribeiro E, Rocha JF, Sampieri MBS, Sant'ana E, Gonçalves ES. Alterações patológicas e fraturas do ângulo mandibular justificam a extração profilática de terceiros molares inferiores. *Rev Odontol UNESP* 2011; 40(2): 96-102.
5. Marciani RD. Third molar removal: an overview of indications, imaging, evaluation, and assessment of risk. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2007;19:1-13.
6. Sisk AL, Hammer WB, Shelton DW, Joy JED. Complications following removal of impacted third molars: The role of the experience of the surgeon. *J Oral Maxillofac Surg.* 1986; 9:44-855.
7. Dym, H, Wolf, JC. Oroantral communication. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2012; 24: 239–247
8. Pierse JE, Dym H, Clarkson E. Diagnosis and management of common postextraction complications. *Dent Clin N Am* 2012;56:75–93.
9. Del rey-santamaría M, Valmaseda-castellón E, Berini-aytés L, Gay-escoda C. Incidence of oral sinus communications in 389 upper third molar extraction. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2006;11,334-8.Espanhol.
10. Azenha MR, Kato RB, Bueno RBL, Neto PJO, Ribeiro MC. Accidents and complications associated to third molar surgeries performed by dentistry students. *Oral Maxillofac Surg.* 2014;18,459-464.
11. Abuabara A, Cortez ALV, Passeri LA, Moraes M, Moreira RWF. Evaluation of different treatments for oroantral/oronasal communications: Experience of 112 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006;35:155-158.
12. Visscher SH, van Minnen B, Bos RRM. Closure of oroantral communications: A review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2010;68:1384-139129.
13. Anavi Y, Gal G, Silfen R, Calderon S. Palatal rotation-advancement flap for delayed repair of oroantral fistula: A retrospective evaluation of 63 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003;96:527-34.
14. Ashley RE. A method of closing antroalveolar fistulae. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1939;48:632-5.

15. Cankaya AB, Erdem MA, Cakarer S, Isler SC, Demircan S, Oral CK. Reliability of two surgical methods for oroantral communication closure: A clinical study of 20 patients. *Otolaryngology* 2012;113.
16. Egyedi P. Utilization of the buccal fat pad for closure of oro-antral and/or oro-nasal communications. *J MaxillofacSurg* 1977; 5: 241–4.
17. Contar CMM, Oliveira P, Kanegusuku K, Berticelli RS, Azevedo-Alanis LR, Machado MAN. Complications in third molar removal: A retrospective study of 588 patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010 Jan 1;15 (1):e74-8.
18. Pogrel MA, Lee JS, Muff DF. Coronectomy: A Technique to Protect the Inferior Alveolar Nerve. *J Oral MaxillofacSurg* 2004; 62:1447-1452.
19. Malmquist JP. Complications in oral and maxillofacial surgery: management of hemostasis and bleeding disorders in surgical procedures. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2011; 23:387–394.
20. Reich W, Kriwalsky MS, Wolf HH, Schubert J. Bleeding complications after oral surgery in outpatients with compromised haemostasis: incidence and management. *Oral Maxillofac Surg*. 2009;13:73-77.
21. Libersa P, Rooze D, Cachattr T, Libersa J. C. Immediate and late mandibular fracture after third molar removal. *J Oral Maxillofacial Surg*. Philadelphia. 2002; 60:165-6.
22. Woldenberg Y, Gatot I, Bodner L. Iatrogenic mandibular fracture associated with third molar removal. Can it be prevented? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007;12:702.
23. Chrcanovic BR, Custódio ALN. Considerations of mandibular angle fractures during and after surgery for removal of third molars: a review of the literature. *Oral MaxillofacSurg* 2010;14:71–80.
24. Elgazzar RF, Abdelhady AI, Sadakah AA. Aspiration of an impacted lower third molar during its surgical removal under local anaesthesia. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg*. 2007; 36:362–364.
25. Nadjem H, Pollak S, Windisch S, Perdekamp MG, Thierauf A. Tooth aspiration: Its relevance in medicolegal autopsies. *Forensic Science International*. 2010;200:25–29.
26. Rosen P, Stoto M, Harley J. The use of the heimlich maneuver in near drowning: Institute of medicine report. *The Journal of Emergency Medicine*, 1995; 13:397-405.
27. Hoseini M, Mostafavi SMS, Rezaei N, Boluri EJ. Orthodontic wire ingestion during treatment: Reporting a case and review the management of foreign body ingestion or aspiration (emergencies). *Case Reports in Dentistry* 2013: 1-3.

ILUSTRAÇÃO

Tabela 1. Conduta dos profissionais, Cirurgião - Dentista e Cirurgião Bucomaxilofacial entrevistados frente as complicações em cirurgia oral.

	CD	CBMF	P
	Número (%)	Número (%)	
Durante a realização do procedimento de exodontia dos molares superiores em proximidade com o seio maxilar é fundamental realizar a manobra de Valsalva. Diante da positividade da manobra e observando-se uma comunicação buco-sinusal de 2mm, a conduta imediata é:			
Referir o paciente ao serviço hospitalar mais próximo	-	-	0,6315
Realizar sutura oclusiva e controle clínico e radiográfico	32 (80%)	27 (84,4%)	
Utilizar técnicas de reposicionamento de retalhos	4 (10%)	5 (15,6%)	
Fazer compressão com gaze no local	4 (10%)	-	
Se durante a exodontia do dente 14 ocorrer uma fratura radicular palatina, os seguintes fatores devem ser considerados para manutenção do fragmento dentário no alvéolo:			
O tamanho do fragmento dentário, a presença de infecção e a proximidade com estruturas	37 (92,5%)	32 (100%)	0.24
O tempo transcorrido da cirurgia e a quantidade de anestésico local utilizada	1 (2,5%)	-	
A idade do paciente e a existência de comprometimento sistêmico	1 (2,5%)	-	
A existência de atresia maxilar e a presença de anquilose alvéolo-dentária	1 (2,5%)	-	
Após a exodontia do dente 15, observa-se hemorragia alveolar trans-operatória imediata. Qual a conduta mais adequada?			
Tratar o paciente por meio de medicação coagulante sistêmica	1 (2,5%)	-	0,01
Fazer salcerização local e curativo oclusivo	1 (2,5%)	1 (3,1%)	
Fazer compressa local com gaze e sutura	30 (75%)	31 (96,9%)	
Chamar o SAMU e encaminhar o paciente para o serviço de cirurgia oral de referência	8 (20%)	-	
Paciente procura serviço de cirurgia oral para exodontia do dente 38 com indicação ortodôntica. Durante o trans-operatório, ocorre fratura mandibular na região de ângulo. A conduta mais adequada no momento da fratura é:			
Realizar bloqueio maxilo-mandibular, dieta leve e acompanhamento clínico-radiográfico	5 (12,5%)	25 (78,1%)	0.0001
Sedar o paciente e realizar osteossíntese por meio de fios de aço	3 (7,5%)	-	
Sedar o paciente e realizar osteossíntese por meio de mini placas e parafusos	7 (17,5%)	3 (9,4%)	
Chamar o SAMU e encaminhar o paciente para o serviço de cirurgia oral de referência	25 (62,5%)	4 (12,5%)	
Durante exodontia do dente 16 pela técnica da odontoseção, ocorreu do paciente aspirar um fragmento dentário. A conduta imediata é:			
Verificar a respiração do paciente	6 (15%)	2 (6,2%)	0,011
Chamar o SAMU e encaminhar o paciente para o serviço de cirurgia oral de referência	7 (17,5%)	1 (3,1%)	
Observar o paciente e marcar retorno para 07 (sete) dias	1 (2,5%)	-	
Abortar o procedimento cirúrgico, verificar a respiração do paciente, encaminhá-lo para realizar radiografia de tórax e abdome.	26 (65%)	29 (90,7%)	
No pós-operatório de exodontia do dente 46 foi diagnosticada osteíte alveolar ou alveolite seca. Qual a conduta inadequada para o tratamento do caso especificado:			
Irrigação do alvéolo e medicação tópica	8 (20%)	5 (15,6%)	0,1624
Irrigação do alvéolo	9 (22,5%)	2 (6,2%)	
Remoção da sutura e irrigação do alvéolo	2 (5%)	3 (9,4%)	
Curetagem alveolar e prescrição de antibiótico	21 (52,5%)	22 (68,8%)	

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a metodologia empregada nesse estudo, foi possível constatar um nível satisfatório de informação dos CD e CBMF entrevistados frente à ocorrência de complicações em cirurgia oral menor.

APÊNDICE A

Questionário

ACIDENTES E COMPLICAÇÕES EM CIRURGIA ORAL MENOR

PARTE I Gênero: ()F ()M Idade: _____ anos
 Ano de formação: _____ Faculdade de graduação: _____

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial: ()S ()N
 Já atendeu ou acompanhou algum caso de acidente e/ou complicação em cirurgia oral menor? ()S ()N

Em caso de resposta positiva na questão anterior, qual o acidente e/ou complicação?

Ao CD especialista em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial

Cite os três acidentes e complicações mais comuns na prática clínica diária:

Você sente necessidade de receber informações ou participar de cursos sobre tópicos de cirurgia oral?

()S ()N

PARTE II

1. Durante a realização de procedimento de exodontia dos dentes molares superiores é interessante realizar a manobra de Valsalva. Diante da positividade da manobra, a conduta imediata é:
 - a) Referir o paciente para o serviço hospitalar mais próximo
 - b) Realizar sutura oclusiva e controle clínico e radiográfico
 - c) Utilizar técnicas de reposicionamento de retalhos
 - d) Fazer compressão com gaze no local

2. Se durante a exodontia do dente 14 ocorrer uma fratura radicular palatina, os seguintes fatores devem ser considerados para manutenção do fragmento dentário no local:
 - a) O tamanho do fragmento dentário, a presença de infecção e a proximidade com estruturas nobres.
 - b) O tempo transcorrido da cirurgia e a quantidade de anestésico local utilizada
 - c) A idade do paciente e a existência de comprometimento sistêmico

- d) A existência de atresia maxilar e a presença de anquilose alvéolo-dentária
3. Durante a realização de exodontia do dente 15, ocorre movimento brusco do instrumental com laceração do tecido mole da região palatina na área correspondente ao dente 16 e lesão da artéria palatina maior. A conduta mais adequada é:
- a) Tratar o paciente por meio de medicação coagulante sistêmica, como ácido tranexâmico
 - b) Fazer salcerização local e curativo oclusivo
 - c) Fazer compressa local com gaze, realizar o pinçamento do vaso arterial e sutura no local
 - d) Chamar o SAMU e encaminhar o paciente para o serviço de cirurgia oral de referência
4. Paciente procura serviço de cirurgia oral para exodontia do dente 38 devido a necessidade de tratamento ortodôntico. Durante o trans-operatório, ocorre fratura mandibular na região de ângulo. A conduta mais adequada no momento da fratura é:
- a) Realizar bloqueio maxilo-mandibular
 - b) Sedar o paciente e realizar osteosíntese por meio de fio de aço
 - c) Sedar o paciente e realizar osteosíntese por meio de miniplacas e parafusos
 - d) Chamar o SAMU e encaminhar o paciente para o serviço de cirurgia oral de referência
5. Durante cirurgia paraendodôntica, ocorreu de o paciente aspirar instrumental cirúrgico (lima endodôntica). A conduta imediata é:
- a) Verificar a respiração do paciente
 - b) Chamar o SAMU e encaminhar o paciente para o serviço de cirurgia oral de referência
 - c) Observar o paciente e marcar retorno para 07 (sete) dias
 - d) Abortar o procedimento cirúrgico, verificar a respiração do paciente e realizar radiografia de tórax e de abdome.
6. No pós-operatório de exodontia do dente 17 foi diagnosticado alveolite seca. Qual a conduta inadequada para o tratamento do caso especificado:
- a) Irrigação do alvéolo e medicação tópica
 - b) Irrigação do alvéolo
 - c) Remoção da sutura e irrigação do alvéolo
 - d) Curetagem alveolar e prescrição de antibiótico

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: ***Análise comparativa do Cirurgião - Dentista e do Cirurgião Bucomaxilofacial frente às complicações em cirurgia oral.***

Pesquisador Responsável: Prof. MSc. Julierme Ferreira Rocha

Pesquisador Acadêmico: Érica Calú da Silva

Prezado (a) senhor (a) cirurgião-dentista:

Somos pesquisadores do Curso de Graduação em Odontologia/UFCG e estamos realizando um estudo com o objetivo de avaliarmos e compararmos a conduta do cirurgião-dentista com ou sem especialização em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial atuante no Estado da Paraíba, Brasil, frente à ocorrência de acidentes e complicações durante as práticas clínicas com cirurgia oral menor e, para tanto, gostaríamos de contar com a sua participação. Caso concorde, o(a) Sr.(a) será avaliado(a) com toda a técnica, segurança e higiene de acordo com as normas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde. Garantimos considerar os princípios da ética em pesquisa com seres humanos (autonomia, beneficência, não maleficência, respeito e justiça) conforme orientação do Conselho Nacional de Saúde na sua Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Para este estudo, o(a) Sr.(a) será avaliado(a) através de um questionário específico. Informamos que esta pesquisa não oferecerá riscos previsíveis à saúde física, mental e espiritual do Sr.(a), que a participação é voluntária, que não haverá pagamento para isto, e que o(a) Sr.(a) não será prejudicado de forma alguma caso não queira participar do estudo, sendo-lhe também garantido o direito de desistir da pesquisa, em qualquer tempo, sem que essa decisão o(a) prejudique. Durante a aplicação do questionário qualquer conduta ou medida que venha a provocar constrangimento, instabilidade emocional, e/ou psicológica durante a sua participação na pesquisa será evitada. Os resultados poderão trazer benefícios para difusão de tais conhecimentos, ou seja, a conduta frente às intercorrências em cirurgia oral menor, contribuindo para a terapêutica adequada dos profissionais e minimizando os riscos e danos aos pacientes durante tais ocorrências. Caso o (a) senhor (a) consinta, será necessário assinar este termo como é exigido na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional De Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Solicitamos o seu consentimento também para a publicação e divulgação dos resultados, nos veículos científicos e/ou de divulgação (jornais, revistas, congressos, dentre outros) que os pesquisadores acharem convenientes, garantindo o seu anonimato. Esperamos contar com seu apoio e desde já agradecemos sua colaboração

Contato com os pesquisadores:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador: Julierme Ferreira Rocha; Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos, Brasil. Tel: 3511-3045/9975-7868. E-mail: juliermerocha@hotmail.com

Atenciosamente, Julierme Ferreira Rocha _____.

Autorização

Após ter sido informado dos meus direitos como participante e sobre a finalidade da pesquisa "***Análise comparativa do cirurgião - dentista e do cirurgião bucomaxilofacial frente aos acidentes e complicações em cirurgia oral***" dou o meu consentimento. Informo que recebi uma cópia deste termo.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

Em, _____ de _____ de 2015.

ANEXO A**TERMO DE ANUÊNCIA E DE CORRESPONSABILIDADE**

Instituição Coparticipante: CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DA PARAÍBA

Declaro concordar com a realização da pesquisa intitulada **Análise comparativa da conduta do clínico geral e do cirurgião bucomaxilofacial frente aos acidentes e complicações em cirurgia oral**, desde que seja apresentada a declaração de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Declaro, ainda, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante deste projeto de pesquisa, com a participação do aluno Vicente Jadson Gregório Freitas e sob a responsabilidade do Professor MSc. Julierme Ferreira Rocha, ambos vinculados ao curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Campus-Patos, e de seu compromisso no resguardo da segurança e do bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, através de observação direta ou de utilização de dados, dispondo de infraestrutura necessária para a realização da pesquisa e para a garantia destes.

Dr. Otacílio Paulo de Araújo Filho
Delegado do Conselho Regional de Odontologia da Paraíba – Delegacia Regional
de Patos

ANEXO B

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA BRAZILIAN ORAL RESEARCH



MISSÃO, ESCOPO E POLÍTICA DE SUBMISSÃO

A Brazilian Oral Research - BOR (versão online ISSN 1807-3107) é a publicação oficial da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica - SBPqO (Divisão brasileira da International Association for Dental Research - IADR). A revista tem classificação B1 Qualis Capes (Odontologia), Fator de Impacto™ 0,937 (Institute for Scientific Information - ISI), é revisada por pares (sistema duplo-cego) e tem como missão disseminar e promover o intercâmbio de informações sobre as diversas áreas da pesquisa odontológica e com acesso aberto, modalidade dourada, sem embargo.

A BOR convida à submissão os seguintes tipos de artigos originais e de revisão, nas seguintes tipologias: Pesquisa Original (artigo completo ou Short Communication), Revisão Crítica da Literatura, Revisão Sistemática (e Meta-Análise), além de Cartas ao Editor. Todas as submissões deverão ser exclusivas à BOR.

A submissão dos manuscritos, e de toda documentação relacionada, deve ser realizada exclusivamente pelo ScholarOne Manuscripts™, através do link de submissão online (<http://mc04.manuscriptcentral.com/bor-scielo>).

O processo de avaliação do conteúdo científico do manuscrito será iniciado somente após o atendimento dos requisitos descritos nestas Instruções aos Autores. O manuscrito em desacordo com estes requisitos será devolvido ao autor de correspondência para adequações.

Importante: Após ser aceito por seu mérito científico, todo manuscrito deverá ser submetido a uma revisão gramatical e estilística do idioma inglês. Para conhecer as empresas recomendadas, entre em contato com bor@sbpqo.org.br. Os autores

deverão encaminhar o texto revisado juntamente com o certificado de revisão fornecido pela empresa de edição escolhida. Não serão aceitas revisões linguísticas realizadas por empresas que não forneçam o certificado. Exceção a esta regra é feita quando o autor de correspondência é native English speaker.

APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

O texto do manuscrito deverá estar redigido em inglês e fornecido em arquivo digital compatível com o programa "Microsoft Word" (em formato DOC, DOCX ou RTF).

Cada uma das figuras (inclusive as que compõem esquemas/compos) deverá ser fornecida em arquivo individual e separado, conforme as recomendações descritas em tópico específico.

Fotografias, micrografias e radiografias deverão ser fornecidas em formato TIFF, conforme as recomendações descritas em tópico específico.

Gráficos, desenhos, esquemas e demais ilustrações vetoriais deverão ser fornecidos em formato PDF, em arquivo individual e separado, conforme as recomendações descritas em tópico específico.

Arquivos de vídeo poderão ser submetidos, respeitando as demais especificidades, inclusive o anonimato dos autores (para fins de avaliação) e respeito aos direitos dos pacientes.

Importante: o ScholarOne™ permite que o conjunto dos arquivos somem no máximo 10 MB. No caso de a inclusão do arquivo de vídeo acarretar em tamanho superior, é possível informar o link de acesso ao vídeo. Na reprodução de documentação clínica, o uso de iniciais, nomes e/ou números de registro de pacientes são proibidos. A identificação de pacientes não é permitida. Um termo de consentimento esclarecido, assinado pelo paciente, quanto ao uso de sua imagem deverá ser fornecido pelo(s) autor(es) quando solicitado pela BOR. Ao reproduzir no manuscrito algum material previamente publicado (incluindo textos, gráficos, tabelas, figuras ou quaisquer outros materiais), a legislação cabível de Direitos Autorais deverá ser respeitada e a fonte citada.

As seções do manuscrito devem ser apresentadas observando-se as características específicas de cada tipo de manuscrito: folha de rosto (Title Page),

introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos e referências.

Folha de rosto (Title Page; dados obrigatórios)

Indicação da especialidade*, ou área de pesquisa, enfocada no manuscrito.

*Anatomia; Biologia Craniofacial; Biologia Pulpar; Bioquímica; Cariologia; Ciências do Comportamento; Cirurgia Bucomaxilo; Controle de Infecção; Dentística; Disfunção Temporomandibular; Estomatologia; Farmacologia; Fisiologia; Imaginologia; Implantodontia - Clínica Cirúrgica; Implantodontia - Clínica Protética; Implantodontia Básica e Biomateriais; Imunologia; Materiais Dentários; Microbiologia; Oclusão; Odontogeriatrics; Odontologia Legal; Odontologia Social; Odontopediatria; Ortodontia; Ortopedia; Patologia Oral; Periodontia; Prótese; Saúde Coletiva; Terapia Endodôntica.

Título informativo e conciso, limitado a um máximo de 110 caracteres incluindo espaços.

Nomes completos e por extenso de todos os autores, incluindo os respectivos números de telefone e endereços eletrônicos (email). Recomenda-se aos autores confrontar seus nomes anotados na Folha de Rosto (Title Page) com o perfil criado no ScholarOne™, de modo a evitar incompatibilidades.

A participação de cada um dos autores deverá ser justificada por escrito em folha separada, observando-se os critérios de autoria e co-autoria adotados pelo International Committee of Medical Journal Editors, disponíveis em <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

Dados de afiliação institucional/profissional de todos os autores, incluindo universidade (ou outra instituição), faculdade/curso, departamento, cidade, estado e país, apresentados de acordo com as normas internas de citação estabelecidas pela instituição de cada um dos autores. Verificar se as afiliações foram inseridas corretamente no ScholarOne™.

Resumo: deve ser apresentado na forma de um parágrafo único estruturado (mas sem sub-divisões em seções), contendo proposição do trabalho, metodologia, resultados e conclusões. No Sistema, utilizar a ferramenta Special characters para caracteres especiais, se aplicável.

Descritores: devem ser fornecidos de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais, escolhidos dentre os descritores cadastrados em <http://decs.bvs.br/> ou <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> (não serão aceitos sinônimos).

Texto Principal

Introdução: deve apresentar o estado da arte do assunto pesquisado, a relevância do estudo e sua relação com outros trabalhos publicados na mesma linha de pesquisa ou área, identificando suas limitações e possíveis vieses. O objetivo do estudo deve ser apresentado concisamente ao final dessa seção.

Metodologia: devem ser fornecidas todas as características do material pertinente ao assunto da pesquisa (ex.: amostras de tecido, sujeitos da pesquisa). Os métodos experimentais, analíticos e estatísticos devem ser descritos de forma concisa, porém suficientemente detalhada para permitir que outros possam repetir o trabalho. Os dados de fabricantes ou fornecedores de produtos, equipamentos, ou softwares devem ser explicitados na primeira menção feita nesta seção, como segue: nome do fabricante, cidade e país. Os programas de computador e métodos estatísticos também devem ser especificados. A menos que o objetivo do trabalho seja comparar produtos ou sistemas específicos, os nomes comerciais de técnicas, bem como de produtos ou equipamentos científicos ou clínicos só devem ser citados nas seções de "Metodologia" e "Agradecimentos", de acordo com o caso. No restante do manuscrito, inclusive no título, devem ser utilizados os nomes genéricos. Nos manuscritos que envolvam radiografias, microrradiografias ou imagens de MEV, devem ser incluídas as seguintes informações: fonte de radiação, filtros e níveis de kV utilizados. Os manuscritos que relatem estudos em humanos devem incluir comprovação de que a pesquisa foi conduzida eticamente de acordo com a Declaração de Helsinki (World Medical Association, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>). O número de protocolo de aprovação emitido por um Comitê Institucional de Ética deve ser citado. Estudos observacionais devem seguir as diretrizes STROBE (<http://stroke-statement.org/>) e o check list deve ser submetido. Ensaio clínicos devem ser relatados de acordo com o protocolo padronizado da CONSORT Statement (<http://www.consort-statement.org/>), revisões sistemáticas e meta-análises devem seguir o PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>), ou Cochrane (<http://www.cochrane.org/>).

Resultados: devem ser apresentados na mesma ordem em que o experimento foi realizado, conforme descrito na seção "Metodologia". Os resultados mais significativos devem ser descritos. Texto, tabelas e figuras não devem ser repetitivos. Os resultados com significância estatística devem vir acompanhados dos respectivos valores de p.

Tabelas: devem ser numeradas e citadas consecutivamente no texto principal, em algarismos arábicos. As tabelas devem ser submetidas separadamente do texto em formato DOC, DOCX ou RTF.

Discussão: deve discutir os resultados do estudo em relação à hipótese de trabalho e à literatura pertinente. Deve descrever as semelhanças e as diferenças do estudo em relação aos outros estudos correlatos encontrados na literatura, e fornecer explicações para as possíveis diferenças encontradas. Deve também identificar as limitações do estudo e fazer sugestões para pesquisas futuras.

Conclusões: devem ser apresentadas concisamente e estar estritamente fundamentadas nos resultados obtidos na pesquisa. O detalhamento dos resultados, incluindo valores numéricos etc., não deve ser repetido.

Agradecimentos: as contribuições de colegas (por assistência técnica, comentários críticos etc.) devem ser informadas, e qualquer vinculação de autores com firmas comerciais deve ser revelada. Esta seção deve descrever a(s) fonte(s) de financiamento da pesquisa, incluindo os respectivos números de processo.

As citações de referências devem ser identificadas no texto por meio de números arábicos sobrescritos. A lista completa de referências deve vir após a seção de "Agradecimentos", e as referências devem ser numeradas e apresentadas de acordo com o Estilo Vancouver, em conformidade com as diretrizes fornecidas pelo International Committee of Medical Journal Editors, conforme apresentadas em Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o List of Journals Indexed in Index Medicus (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>). A correta apresentação das referências é de responsabilidade exclusiva dos autores.

Grafia de termos científicos: nomes científicos (binômios de nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica) devem ser escritos por extenso, bem como os nomes de compostos e elementos químicos, na primeira menção no texto principal.

Unidades de medida: devem ser apresentadas de acordo com o Sistema Internacional de Medidas (<http://www.bipm.org> ou <http://www.inmetro.gov.br/consumidor/unidLegaisMed.asp>).

Notas de rodapé no texto principal: devem ser indicadas por meio de asteriscos e restritas ao mínimo indispensável.

Figuras: fotografias, micrografias e radiografias devem ter uma largura mínima de 10 cm, resolução mínima de 500 dpi, e devem ser fornecidas em formato TIFF. Gráficos, desenhos, esquemas e demais ilustrações vetoriais devem ser fornecidos em formato PDF. Todas as figuras devem ser submetidas, individualmente, em arquivos separados (não inseridas no arquivo de texto). As figuras devem ser numeradas e citadas consecutivamente no corpo do texto, em algarismos arábicos. As legendas das figuras devem ser inseridas todas juntas no final do texto, após as referências.

CARACTERÍSTICAS E FORMATAÇÃO DOS TIPOS DE MANUSCRITOS

Pesquisa Original

Devem ser limitados a 30.000 caracteres incluindo espaços (considerando-se introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos, tabelas, referências e legendas de figuras). Será aceito um máximo de 8 (oito) figuras e 40 (quarenta) referências. O resumo deve conter, no máximo, 250 palavras.

Formatação - Arquivos de Texto

Folha de rosto (Title Page)

Texto principal (30.000 caracteres incluindo espaços)

Resumo - máximo de 250 palavras

Descritores - de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais

Introdução

Metodologia

Resultados

Discussão

Conclusão

Agradecimentos

Tabelas

Referências - máximo de 40 referências

Legendas de figuras

Formatação - Arquivos de figuras

Figuras - máximo de 8 (oito) figuras, conforme descrito acima.

Resumo de Pesquisa Original (Short Communication)

Devem ser limitados a 10.000 caracteres incluindo espaços (considerando-se, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos, tabelas, referências e legendas de figuras). É permitido um máximo de 2 (duas) figuras e 12 (doze) referências. O resumo deve conter, no máximo, 100 palavras.

Formatação - Arquivos de texto

Folha de rosto

Texto principal (10.000 caracteres incluindo espaços)

Resumo - máximo de 100 palavras

Descritores - de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais

Introdução

Metodologia

Resultados

Discussão

Conclusão

Agradecimentos

Tabelas

Referências - máximo de 12 referências

Legendas de figuras

Formatação - Arquivos de figuras

Figuras - máximo de 2 (duas) figuras, conforme descrito acima.

Revisão Crítica de Literatura

A submissão desse tipo de manuscrito será realizada apenas a convite da Comissão de Publicação da BOR. Todos os manuscritos serão submetidos à revisão por pares. Esse tipo de manuscrito deve ter um conteúdo descritivo-discursivo, com foco numa apresentação e discussão abrangente de questões científicas importantes e inovadoras, e ser limitado a 30.000 caracteres incluindo espaços (considerando-se, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos, tabelas, referências e legendas de figuras). Incluir uma apresentação clara do objeto científico de interesse, argumentação lógica, uma análise crítica metodológica e teórica dos estudos e uma conclusão resumida. É permitido um máximo de 6 (seis) figuras e 50 (cinquenta) referências. O resumo deve conter, no máximo, 250 palavras.

TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS E DECLARAÇÕES DE RESPONSABILIDADE

O manuscrito submetido para publicação deve ser acompanhado do Termo de Transferência de Direitos Autorais e Declarações de Responsabilidade, disponível no sistema online e de preenchimento obrigatório.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Periódicos

Goracci C, Tavares AU, Fabianelli A, Monticelli F, Raffaelli O, Cardoso PC, et al. The adhesion between fiber posts and root canal walls: comparison between microtensile and push-out bond strength measurements. *Eur J Oral Sci.* 2004 Aug;112(4):353-61.

Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics.* 2005;115(2 Suppl):519-617. doi:10.1542/peds.2004-1441.

Usunoff KG, Itzev DE, Rolfs A, Schmitt O, Wree A. Nitric oxide synthase-containing neurons in the amygdaloid nuclear complex of the rat. *Anat Embryol (Berl).* 2006 Oct 27. Epub ahead of print. doi: 10.1007/s00429-006-0134-9

Walsh B, Steiner A, Pickering RM, Ward-Basu J. Economic evaluation of nurse led intermediate care versus standard care for post-acute medical patients: cost

minimisation analysis of data from a randomised controlled trial. *BMJ*. 2005 Mar 26;330(7493):699. Epub 2005 Mar 9.

Artigos com Título e Texto em Idioma Diferente do Inglês

Li YJ, He X, Liu LN, Lan YY, Wang AM, Wang YL. [Studies on chemical constituents in herb of *Polygonum orientale*]. *Zhongguo Ahong Yao Za Zhi*. 2005 Mar;30(6):444-6. Chinese.

Suplementos ou Edições Especiais

Pucca Junior GA, Lucena EHG, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Braz Oral Res*. 2010 Aug;24 Spec Iss 1:26-32.

Periódicos Online

Barata RB, Ribeiro MCSA, De Sordi M. Desigualdades sociais e homicídios na cidade de São Paulo, 1998. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(1):3-13 [cited 2008 Feb 23]. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v11n1/01.pdf>.

Livros

Stedman TL. *Stedman's medical dictionary: a vocabulary of medicine and its allied sciences, with pronunciations and derivations*. 20th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1961. 259 p.

Livros Online

Foley KM, Gelband H, editors. *Improving palliative care for cancer* [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

Websites

Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage]. Brasília (DF): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [cited 2010 Nov 27]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/default.php>.

World Health Organization [homepage]. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2011 Jan 17]. Available from: <http://www.who.int/en/>

Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica SBPqO

Avenida Prof. Lineu Prestes, 2227

05508-000 São Paulo SP - Brazil

Tel.: +55 11 3091-7855 / +55 11 9-9467-6276

bor@sbpqo.org.br

ANEXO C

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA PARAÍBA -
FCM/PB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDOTA DO CIRURGIÃO-DENTISTA FRENTE AOS ACIDENTES E COMPLICAÇÕES EM CIRURGIA ORAL

Pesquisador: Julierme Ferreira Rocha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 28277814.6.0000.5178

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 725.292

Data da Relatoria: 04/06/2014

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA PARAÍBA -
FCM/PB



Continuação do Parecer: 725.292

para atualiza-lo, se for necessário, prevendo a coleta de dados para o período posterior à aprovação do projeto pelo CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado. O parecer do colegiado encontra-se de acordo com as decisões deste, após discussão do parecer do relator e das questões éticas do projeto, conforme orientações contidas na Res. CNS 466/12. Recomendamos que o pesquisador mantenha-se atento ao período de envio do relatório final da pesquisa ao CEP utilizando a opção "enviar notificação".