

Orientações Pós-Operatórias em Cirurgia Bucal

Postoperative Orientations in Oral Surgery

Alexandre Simões Nogueira*
Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos**
Riedel Frota***
Álvaro Bezerra Cardoso****

Nogueira AS, Vasconcelos BC do E, Frota R, Cardoso ÁB. Orientações pós-operatórias em cirurgia bucal. J Bras Clin Odontol Int - Edição Especial 2006: 01-06.

O sucesso das cirurgias bucais, entre outros fatores, está na dependência direta do planejamento, técnica cirúrgica, terapêutica medicamentosa e orientações pós-operatórias. O presente trabalho tem como objetivo apresentar e justificar uma rotina de orientações pós-operatórias aplicada aos pacientes submetidos à cirurgia bucal.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia bucal; Pós-operatório.

INTRODUÇÃO

O pós-operatório corresponde ao período de tempo compreendido entre o término da cirurgia e a plena recuperação clínica do paciente relativa às alterações determinadas pelo ato cirúrgico em si, independentemente da evolução do estado mórbido inicial¹. Na concepção de Gregori², as medidas pós-operatórias têm como finalidades a minimização do trauma decorrente do ato operatório em si, como o controle da dor, do edema, da espoliação hídrica iônica e sanguínea, da prevenção de infecção e, principalmente, de favorecer a

evolução da ferida cirúrgica e normalização da função regional. Para Silveira³, o pós-operatório é uma das etapas mais importantes para o êxito da cirurgia e muitos pacientes e profissionais não o valorizam.

Segundo Marzola⁴, a cirurgia não termina com a sutura e sim com a correta orientação pós-operatória ao paciente e com a eliminação das suturas. De acordo com Rodriguez⁵, em toda intervenção cirúrgica uma série de medidas e precauções locais e gerais deve ser seguida para se obter um pós-operatório sem anormalidades.

Todos os procedimentos cirúrgicos em si são traumáticos, pois danificam estruturas e espoliam substâncias² e esse trauma cirúrgico origina, naturalmente, um processo inflamatório pós-operatório, com a liberação de mediadores químicos da dor e da inflamação, cujo aspecto clínico pode apresentar-se como edema e/ou trismo, além de certo grau de desconforto. Este estado não necessariamente é sinônimo de insucesso cirúrgico, e pode ser atenuado por terapêutica medicamentosa e seguimento adequado das orientações dadas pelo cirurgião.

* Professor de Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial pela Universidade Federal de Pelotas UFPel e Doutorando em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco - FOP-UPE. Rua Antônio Valdevino Costa, 280/502 Cordeiro-Recife 50640-040; e-mail: surgical@baydenet.com.br

** Professor da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial da FOP-UPE, Coordenador do Mestrado e Doutorado em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial - FOP-UPE.

*** Especialista, Mestre e Doutorando em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco - FOP-UPE.

**** Aluno do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco - FOP-UPE.

A intensidade da reação inflamatória está na dependência direta do tipo de cirurgia realizada, da manipulação dos tecidos, terapêutica medicamentosa utilizada e da resposta individual. Outras variáveis podem ainda influenciar o pós-operatório. Em uma pesquisa envolvendo 190 pacientes submetidos à exodontia de terceiro molar incluso, Peñarrocha *et al.*⁶ demonstraram que deficiente higiene oral antes da cirurgia faz com que o pós-operatório exija o consumo mais prolongado de analgésicos, apesar de não influenciar o trismo e a inflamação. De uma maneira geral, cirurgias menos traumáticas resultam em pós-operatório mais tranquilo para o paciente.

Para Blinder *et al.*⁷, no período pós-operatório, o controle da dor, estresse e ansiedade do paciente depende do seu estado emocional e psicológico, das explicações fornecidas pelo cirurgião e da sua relação com o paciente, além das medicações específicas.

A ficha de orientações pós-operatórias deve conter as informações mais importantes, porém não deve ser extensa (Quadro 1).

Justificativas Especificadas das Orientações Pós-Operatórias
Evitar exposição ao sol, alimentos quentes e duros e esforços físicos, pelo menos até o retorno para remoção dos pontos.

São orientações direcionadas à prevenção de hemorragias. O uso de alimentos quentes e a exposição ao sol podem ocasionar problemas hemorrágicos pela vasodilatação causada. Da mesma forma, esforços físicos, tipo a prática de ginástica, devem ser evitados, visto que podem acarretar uma circulação mais acelerada e con-

seqüentemente aumento da pressão arterial, sendo possível que o coágulo formado na ferida cirúrgica seja desorganizado, advindo quadros de hemorragia. Alimentos duros devem ser evitados, pois o contato com a ferida cirúrgica pode trazer danos ao coágulo e conseqüente hemorragia.

Dieta (alimentação) líquida ou pastosa e fria por, no mínimo, 48h (leite, suco, etc.).

O uso inicial de uma alimentação mais branda e fria, além de permitir repouso local da ferida cirúrgica, minimiza o sangramento pós-operatório natural e, conseqüentemente, diminui

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

ORIENTAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

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

Paciente: _____

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

ORIENTAÇÕES ADICIONAIS

RETORNO: _____

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

Quadro 1: Modelo de ficha contendo as orientações pós-operatórias.

a probabilidade de quadros hemorrágicos se instalarem. Geralmente recomenda-se por um período mínimo de 48 horas. Moderadamente, o paciente vai retornando à sua alimentação normal com o passar dos dias.

É importante frisar ao paciente a necessidade da alimentação, visto que podem ocorrer situações de tonturas e desmaios, provavelmente compatíveis com hipoglicemia, um dia após a cirurgia em pacientes que deixaram de se alimentar. Tal situação pode ocorrer ao considerar-se a dificuldade de abrir a boca no pós-operatório e o receio do paciente em traumatizar a região operada.

Descansar e dormir com a cabeça mais elevada (ficar sentado(a) ao descansar e colocar travesseiros sob a cabeça na hora de dormir), evitando abaixar.

Quanto menos o paciente abaixar a cabeça no período pós-operatório menor é o fluxo sanguíneo para a região operada. Em conseqüência, menores são as chances de hemorragia e de edema ocorrerem. Em pacientes operados a nível hospitalar, a orientação é de manter a cabeceira da cama elevada em 45°. Esta orientação deverá constar na ficha de prescrição.

Escovação normal dos dentes e língua. Nas regiões operadas, realizá-la de forma cuidadosa.

Esta orientação objetiva prevenir a ocorrência de infecção. Alguns pacientes, pela própria dificuldade em abrir a boca no período pós-operatório, ficam receosos em realizar a higienização bucal.

O acúmulo exagerado de restos alimentares sobre a região operada propicia condições favoráveis para proliferação microbiana e, em con-

seqüência, infecções pós-operatórias podem ocorrer. É visto freqüentemente em áreas de terceiros molares superiores, onde o acesso para higienização está mais dificultado após a cirurgia. A escovação deve ser menos vigorosa diretamente na zona operada, porém jamais ausente.

Fazer bochechos leves e passivos 3 vezes ao dia com anti-séptico bucal, iniciando somente 24 horas após a cirurgia.

O uso de anti-sépticos bucais no período pós-operatório contribui para manutenção da higiene bucal, controlando a microbiota normal da boca e aquela decorrente da cirurgia, pois todas as zonas onde há formação de coágulos são locais propícios para proliferação microbiana. Em pacientes que fazem uso de aparelho ortodôntico essa orientação é muito importante, visto que a escovação está ainda mais dificultada. Em relação às suturas, a sua remoção deve ser realizada entre 5 a 7 dias pós-operatórios. Após esse período perdem a função de coaptação de bordos e proteção da ferida cirúrgica e, ao contrário, agem dificultando a higienização, contribuindo para o acúmulo de restos alimentares na área operada.

É bastante comum após a exodontia de dentes semi-inclusos a cicatrização por segunda intenção devido à impossibilidade de se realizar sutura "bordo a bordo", tornando a região bastante propícia para a penetração e acúmulo de restos alimentares e, conseqüentemente, mais vulnerável à infecção.

Devido à orientação anterior de não se escovar diretamente sobre a zona operada, torna-se importante a realização dos bochechos pós-

operatórios. Preconizamos o uso de soluções a base de clorexidina 0,12%. Peterson⁸ recomenda o uso de solução salina por meio da dissolução de meia colher de chá de sal em 250 ml de água aquecida, enquanto Alexander⁹ afirma que não há evidência de que o uso de água salgada tenha alguma vantagem sobre a água de torneira em pacientes imunocompetentes. O autor faz críticas sobre "mitos" da cirurgia bucal, segundo ele carentes de evidências científicas. Especificamente sobre os bochechos pós-operatórios, afirma que nenhuma das diretrizes de uso das soluções salinas baseou-se em qualquer fundamento científico, sendo fórmulas pessoais passadas de um profissional ao outro, que se perpetuaram sem questionamentos em livros e artigos.

Para prevenir problemas hemorrágicos os bochechos devem ser iniciados somente 24 horas após a cirurgia, visto que antes disso pode haver desorganização do coágulo formado. Recomenda-se que eles sejam realizados de forma passiva, com o paciente movendo levemente a cabeça de um lado para o outro em vez de movimentos rápidos da musculatura facial.

Fazer compressas com gelo no lado externo (rosto) nas primeiras 24 horas, durante 20 minutos e descansar 20 minutos.

A utilização de compressas com gelo objetiva, pela vasoconstrição causada, diminuir o sangramento e minimizar o edema. Deve ser aplicada na pele (proteger previamente com vaselina, especialmente em crianças), em áreas correspondentes à cirurgia. É indicada principalmente em situações de maior complexidade cirúrgica (ex.:

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

Quadro 2: Orientações sobre o uso pós-operatório de compressas com gelo.

cirurgias de terceiros molares inclusos intra-ósseos) onde é comum a ocorrência de edema pós-operatório.

Na literatura consultada, observou-se que os autores fazem diferentes orientações sobre o uso do gelo, baseadas em sua prática pessoal (Quadro 2).

É preciso que tal orientação fique bastante clara para o paciente visto que, na tentativa de não ter edema, ele pode, se mal orientado, utilizar o gelo por um período mais longo de tempo, prejudicando o processo de cicatrização.

Em áreas de caninos superiores e pré-molares inferiores o uso do gelo pode ajudar a prevenir a formação de hematomas, comuns nessas regiões, principalmente em pacientes da pele clara e de idade mais avançada. Clinicamente podem apresentar-se amarelados ou mais arroxeados. Peterson⁸ atribui tal ocorrência à diminuição do tônus muscular e da fixação intracelular.

Caso haja formação exacerbada de hematoma, a conduta adotada deve incluir o uso de compressas

mornas, com início somente após um tempo mínimo de 72 horas pós-operatórias. A compressa morna promove aumento da vascularização local, contribuindo para acelerar o processo de reabsorção do hematoma por parte do organismo. Lembrar que o calor não deve ser utilizado nos primeiros dias de pós-operatório.

Passar vaselina líquida ou cremes protetores nos lábios para mantê-los lubrificados, evitando ressecamentos.

A manipulação cirúrgica, principalmente em cirurgias de terceiros molares, geralmente ocasiona pequenos traumatismos aos lábios devido o uso dos afastadores. No período pós-operatório, a região pode ficar ulcerada e ressecada, causando incômodo ao paciente. A utilização no período pós-operatório de vaselina líquida ou cremes protetores objetiva lubrificar e proteger a região, principalmente as comissuras. Os pequenos traumatismos de uma forma geral evoluem para a cura e, muito raramente, infecções secundárias podem ocorrer.

Ressalte-se que tal inconveniente pode ser prevenido ou evitado se, no trans-operatório, sob o afastador forem colocadas gazes umedecidas em soro fisiológico para proteger os lábios do paciente ou, ainda, se descoladores mais delicados forem utilizados em substituição aos afastadores, desde que não prejudiquem a visão do campo operatório. Outra medida importante é a constante limpeza durante a cirurgia com soro fisiológico evitando o acúmulo de sangue ressecado na região, que a torna, pelo contato com o instrumental cirúrgico, mais vulnerável aos traumatismos. Imediatamente ao ato cirúrgico, poderá ser utilizada vaselina estéril nos lábios com a mesma finalidade.

Caso haja febre alta, edema e dificuldade de abrir a boca por mais de três dias, dor persistente ou sangramento exagerado entre imediatamente em contato.

A febre, edema e dificuldade de abrir a boca podem indicar a ocorrência de infecção pós-operatória. Nessas situações deve o cirurgião avaliar imediatamente o paciente, mesmo que não esteja ainda no período previsto para remoção de suturas.

Araújo *et al.*¹¹ afirmam que febre discreta, em torno de 37,5°C, nas primeiras 24 a 48 horas pode ocorrer, sem significado com relação à infecção pós-operatória, sendo decorrente da reabsorção do hematoma e dos tecidos necróticos.

Seguir rigorosamente os horários e as medicações prescritas.

O não seguimento desta orientação pode prejudicar os efeitos benéficos da medicação utilizada e, ao contrário, trazer problemas

ao paciente, desde a ineficácia do medicamento, desenvolvimento de colônias microbianas resistentes aos antibióticos (subdoses ou uso por um período curto) até a superdosagem (uso exagerado de analgésicos por exemplo).

O profissional deve selecionar drogas que, além de eficazes, estejam ao alcance do paciente do ponto de vista financeiro (evitar a prescrição de medicamentos caros, cefalosporinas de última geração, por exemplo, para pacientes carentes).

A escolha de drogas que possam ser administradas em horários coincidentes facilitará o cumprimento da pauta medicamentosa. Desde que seja possível, evitar a necessidade do paciente acordar durante a madrugada para tomar o medicamento. Evitar associar medicamentos que sejam tomados, por exemplo, um de 4/4h e o outro de 6/6h. Isso levaria a dificuldades e induziria o uso em horários incorretos.

CONCLUSÕES

Segundo Alexander⁹, sob o ponto de vista legal, é prudente conceder as orientações pós-operatórias por escrito, mas muitos profissionais não o fazem e aconselham verbalmente seus pacientes depois da cirurgia, ou ainda, utilizam uma folha de informação geral, comercialmente produzida, o que não é o mais indicado.

Alexander¹⁶ fez importantes considerações sobre as orientações pós-operatórias fornecidas a pacientes americanos submetidos a cirurgias odontológicas, ressaltando não só a necessidade de realizá-las por escrito, mas também de forma compreensível, sugerindo até mesmo a modificação

O estudo de Blinder *et al.*⁷ sobre o nível de compreensão dos pacientes submetidos a cirurgias orais acerca das orientações pós-operatórias mostrou que, especificamente em relação ao antibiótico prescrito, 67% dos pacientes não cumpriram a recomendação feita verbalmente e por escrito pelo cirurgião, sendo que 36% dos pacientes fizeram uso do antibiótico por um período mais longo do que o determinado e 31% por menos tempo, além dos casos de medicação por iniciativa própria do paciente sem que houvesse sido prescrito o antibiótico (4%).

Orientações adicionais.

Conforme citado anteriormente, a ficha de orientações pós-operatórias não deve ser extensa, pois fica cansativa para a leitura e de difícil seguimento. Deve haver um espaço para as orientações adicionais, que será preenchido de acordo com a necessidade e o tipo de cirurgia realizada.

Em relação aos pacientes fumantes, por exemplo, o cirurgião deve

escrever no espaço de orientações adicionais a necessidade de se evitar o ato de fumar, principalmente nos primeiros dias de pós-operatório. De acordo com Peterson⁸, a pressão negativa criada dentro da boca devido à sucção no ato de fumar pode promover sangramento.

Especificamente em cirurgias de terceiros molares inferiores, Libersa *et al.*¹⁴ comprovaram a possibilidade da ocorrência de fraturas mandibulares tardias devido à fragilidade na região operada, enfatizando a necessidade de se informar os pacientes operados sobre a limitação da força mastigatória por 2 meses após a cirurgia. Perry¹⁵, discutindo o trabalho citado anteriormente, afirmou que o consentimento pré-operatório deve fazer menção ao risco de fratura mandibular, especialmente em pacientes mais velhos e do gênero masculino, devendo ser dada ênfase à necessidade de dieta branda durante as primeiras semanas pós-operatórias.

de termos utilizados rotineiramente por cirurgiões (jargões) por expressões mais comuns aos pacientes.

Sempre explicamos ao paciente e aos seus familiares a importância do período pós-operatório, ressaltando as vantagens do seguimento correto das orientações para o êxito da cirurgia, tanto da forma escrita quanto verbalmente, assim como recomendam Marzola⁴, Araújo *et al.*¹¹, Silveira³ e Peterson⁸ e Blinder *et al.*⁷.

A relação profissional/paciente faz parte da Bioética Clínica, e deve ser norteada pelos chamados princípios fundamentais da Bioética, que são a beneficência, não-malefí-

cência, autonomia e justiça¹⁷. Assim, todo paciente, ao submeter-se a um atendimento odontológico, por mais consagrado e rotineiro que seja, deve ter conhecimento dos eventuais riscos envolvidos, cabendo ao profissional orientar-lhe adequadamente, não lhe tirando a autonomia de querer ou não realizar o tratamento. As orientações pós-operatórias devem ser antecipadas e justificadas ao paciente, assim como ressaltada a sua importância para o sucesso cirúrgico.

Os telefones de contato do cirurgião devem estar sempre à disposição do paciente e dos seus familiares, ficando claro que quaisquer dúvidas

quanto ao seguimento das orientações pós-operatórias devem ser comunicadas imediatamente.

É boa norma telefonar para a residência do paciente um dia após a realização da cirurgia. Tal conduta, além das

informações que serão colhidas sobre o pós-operatório, revela a responsabilidade, o zelo e o respeito com o paciente.

Nogueira AS, Vasconcelos BC do E, Frota R, Cardoso ÁB. Postoperative orientations in oral surgery. J Bras Clin Odontol Int - Edição Especial 2006: 01-06.

The success of the oral surgery, among other factors, is in the direct dependence of the planning, surgical technique, therapeutics medicamentosa and postoperative orientations. The present work has as objective presents and to justify a routine of postoperative orientations applied the patients submitted to the oral surgery.

KEYWORDS: Oral surgery; Postoperative.

REFERÊNCIAS

- Soutello Filho AF, Magalhães HP. Pós-operatório. In: Magalhães HP. Técnica cirúrgica e cirurgia experimental. Sarvier: São Paulo; 1993. Cap.16. p.185-190.
- Gregori C. Cirurgia buco-dento-alveolar. 2. ed. São Paulo: Sarvier; 1996.
- Silveira JOL. Pós-operatório em exodontia. In: Silveira JOL, Beltrão GC. Exodontia. Missau: Porto Alegre, 1998. Cap.19, p.223-226.
- Marzola C. Retenção dental. 2. ed. São Paulo: Pancast, 1995. 286p.
- Rodríguez MD. Extracción quirúrgica. In: _____. Cirugía bucal. Patología y técnica. 2. ed. Barcelona: Masson 2000. Cap.16. p.257-269.
- Peñarrocha M, *et al.* Oral hygiene and postoperative pain after mandibular third molar surgery. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol Endod 2001; 92(3):260-264.
- Blinder D, Rotenberg, L, Peleg M, *et al.* Patient compliance to instructions after oral surgical procedures. Int. J. Oral Maxillofac. Surg 2001; 30:216-219.
- Peterson L. Controle pós-operatório do paciente. In: Peterson L, *et al.* Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro; 2000. Cap.10. p.248-255.
- Alexander RE. Onze mitos da cirurgia dento-alveolar. J.A.D.A. - Brasil, v.1, p.50-58, dez. 1998.
- Aguiar SA. Acidentes e complicações das exodontias. In: Botino MA & Feller C. Atualização na clínica odontológica. Artes Médicas: São Paulo; 1992. Cap.1. p.13-22.
- Araújo A, Campos FEM, Marques ESB. Pré e pós-operatório para o clínico em cirurgia bucal. In: Feller C, Bottino MA. Atualização na clínica odontológica. Santos: São Paulo; 1994. Cap.1. p.3 -13.
- Sailer HF, Pajarola GF. Cirurgia bucal. Artmed: Porto Alegre; 2000. 360p.
- Bramante C, Berbert A. Cirurgia paraendodôntica. Santos: São Paulo; 2000. 131p.
- Libersa P, Roze D, Cachart T, *et al.* Immediate and late mandibular fractures after third molar removal. J. Oral Maxillofac. Surg 2002; 60(2):163-165.
- Perry PA. Immediate and late mandibular fractures after third molar removal. Discussion. J. Oral Maxillofac. Surg 2002; 60(2):165-166.
- Alexander RE. Patient understanding of postsurgical instruction form. Oral Sur. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol Endod 1999; 87(2):153-158.
- Valladares Neto J. Ética em pesquisa. In: Estrela C. Metodologia científica. Ensino e pesquisa em Odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2001. Cap.18. p.405-447.

Recebido em: 12/11/2003,

Aceito em: 25/10/2004.