



**FAPAC - FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**HELBER RIBEIRO DA SILVA
LUIZ FELIPE DA SILVA REGINO
MATEUS FERREIRA DE OLIVEIRA**

**ANALISE DE EXODONTIA COM IRRIGAÇÃO ALVEOLAR: INTERCORRÊNCIA
PÓS OPERATÓRIA**

PORTO NACIONAL-TO

**HELBER RIBEIRO DA SILVA
LUIZ FELIPE DA SILVA REGINO
MATEUS FERREIRA DE OLIVEIRA**

**ANALISE DE EXODONTIA COM IRRIGAÇÃO ALVEOLAR: INTERCORRÊNCIA
PÓS OPERATÓRIA**

Projeto de pesquisa submetido ao Curso de Odontologia da FAPAC- Faculdade Presidente Antônio Carlos ITPAC Porto Nacional, como requisito parcial para aprovação da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I.

Orientador: Luís Otávio Jonas

PORTO NACIONAL-TO
2020

**HELBER RIBEIRO DA SILVA,
LUIZ FELIPE DA SILVA REGINO,
MATEUS FERREIRA DE OLIVEIRA.**

**ANALISE DE EXODONTIA COM IRRIGAÇÃO ALVEOLAR: INTERCORRÊNCIA
PÓS OPERATÓRIA**

Projeto de pesquisa submetido ao Curso de Odontologia da FAPAC- Faculdade Presidente Antônio Carlos ITPAC Porto Nacional, como requisito parcial para aprovação da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I.

Aprovado em: ____/____/____

Professor: (Inserir o nome do Prof. orientador)
Instituto Presidente Antônio Carlos

Professor: (Inserir o nome do Examinador 01)
Instituto Presidente Antônio Carlos

Professor: (Inserir o nome do Examinador 02)
Instituto Presidente Antônio Carlos

**PORTO NACIONAL-TO
2020**

RESUMO

O toaile alveolar é o último e mais importante passo da exodontia, para que a mesma tenha sucesso evitando complicações é necessário, que o alvéolo possua condições adequadas para uma boa cicatrização. A irrigação alveolar pós-exodontia é uma conduta clínica amplamente utilizada entre profissionais, as soluções irrigadoras variam, podendo ser utilizadas iodeto de sódio a 2%, soluções salinas fisiológicas 0,9%, ozônio diluído em água e água estéril, no entanto o ponto a ser analisado é a quantidade, intensidade e tempo de irrigação da solução contra o alvéolo, é comum a realização dessa manobra com grandes quantidades do agente, podendo chegar a quantidade de 90 ml. O objetivo central do trabalho é realizar a comparação da manobra de irrigação em concentrações de 10 ml, 20ml e 30 ml. Propõe-se assim apresentar a análise comparativa da cicatrização alveolar pós exodontia empregando quantidades e intensidade menores de agente irrigador no alvéolo. Sobre essa ótica, esperasse a obtenção de uma cicatrização em um menor tempo pós exodontia além de avaliar as complicações pós-operatórias.

Palavras-chave: Irrigação, alvéolo, salina, intensidade, concentração, tempo.

ABSTRACT

The alveolar toilet is the last and most important step of tooth extraction, for it to be successful avoiding complications, it is necessary that the alveolus has adequate conditions for good healing. Post-extraction alveolar irrigation is a clinical procedure widely used among professionals, irrigation solutions vary, with 2% sodium iodide, saline solutions 0.9% physiologies, ozone diluted in water and sterile water, however the point what is to be analyzed is the amount, intensity and time of irrigation of the solution against the alveolus, it is common to carry out this maneuver with large amounts of the agent, reaching a quantity of 90 ml. The main objective of the work is to compare the irrigation maneuver in concentrations of 10 ml, 20 ml and 30 ml. It is therefore proposed to present a comparative analysis of alveolar healing after extraction using lesser amounts and intensity of irrigating agent in the socket. With this in mind, expect to achieve healing in a shorter time after extraction, in addition to assessing postoperative complications.

Keywords: Irrigation, alveolus, saline, intensity, concentration, time.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

1.2 HIPÓTESE

1.3 JUSTIFICATIVA

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3 REFERENCIAL TEÓRICO

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

4.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

4.6 VARIÁVEIS

4.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

5 DELINEAMENTO DA PESQUISA

6 ASPECTOS ÉTICOS

6.1 RISCOS

6.2 BENEFÍCIOS

6.3 CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA

7 DESFECHO

7.1 DESFECHO PRIMÁRIO

7.2 DESFECHOS SECUNDÁRIOS

8 APÊNDICES

9 CRONOGRAMA

10 ORÇAMENTO

1 INTRODUÇÃO

A constante evolução das técnicas de exodontia em cirurgia bucal vem acontecendo ao passar do tempo, a evolução da odontologia contemporânea é constante e gradativa novos instrumentais, novas condutas, novas técnicas entre outros fatores, proporcionam ao paciente uma pós operatório confortável, seguro e indolor além de assegurar ao cirurgião dentista (CD) maior segurança ao decorrer do trans operatório.

Na cirurgia oral condutas e regras básicas são importantes para seu sucesso , iluminação, campo livre de fluidos, visão são três dos principais pilares, pilares esses que são complementados pelo conhecimento adequado da técnica, no entanto, o respeito da cadeia antisséptica é crucial para o sucesso da cirurgia já que ambas trabalham em conjunto.

Nesse atual contexto, diversas condutas já empregadas e utilizadas há anos vêm sendo questionada sua real aplicabilidade e utilização, modificações em suas execuções que há tempos atrás era irrefutável hoje, já se mostra aceitáveis e aplicáveis na pratica clinica e cirúrgica, sendo utilizadas por muitos profissionais.

Um dos principais questionamentos que há anos persiste, se refere ao manejo alveolar pós exodontia, a pratica de irrigação alveolar tendo como soro fisiológico o agente irrigador de primeira escolha é utilizada por inúmeros profissionais da área como conduta absoluta e necessária onde, em uma única exodontia unitária o alvéolo sofre irrigação abundante da solução.

No entanto o grande problema observado é o uso exacerbado da solução irrigadora, em cirurgia oral, onde o campo cirúrgico na maioria dos casos fica exposto por um longo período de tempo a irrigação feita no local onde foi realizada a incisão expulsa as bactérias ali presentes (HUPP et al.,2015.), facilitando assim a recuperação tecidual.

Pós exodontia dentária, o cuidado alveolar deve ser bem conduzido para que o paciente tenha um bom pós, assim que o dente é devidamente extraído é dado o inicio da assepsia alveolar, irrigação feita de forma exacerbada, intensa e em grandes quantidades acaba por remover as paredes ósseas e remanescentes do ligamento periodontal o que por fim, tornas-se maléfico já que, após a remoção do órgão dentário

, os remanescentes do ligamento periodontal e o das paredes ósseas sangrantes estão nas melhores condições para gerar cura rápida (HUPP et al.,2015).

O processo de irrigação em sua maioria é realizado com seringas de 60 a 90 ml contendo a solução irrigadora que por vez, é utilizada de forma constante contra as paredes do alvéolo, limpando-o e conseqüentemente retirando todos os remanescentes do ligamento periodontal e das paredes sangrantes, atrasando a cicatrização do mesmo, no entanto vale ressaltar que a utilização da irrigação no processo de antissepsia alveolar não é contra indicada, desde que a mesma seja realizada em doses menores afim de preservar as estruturas vitais remanescentes.

Casos onde é necessário realizar a limpeza alveolar é indicado e recomendado a curetagem alveolar com cureta de Lucas nº85 e aspiração com ponta aspiradora , vale ressaltar que a curetagem e aspiração alveolar é indicado apenas em casos onde apresenta granuloma ou cistos (HUPP et al.,2015.).

Os cuidados alveolares pós exodontia, devem garantir uma cicatrização óssea o mais próximo possível do original, assegurando assim um melhor pós operatório ao paciente e minimizando a necessidade da realização de cirurgias de enxerto ósseo ou posteriores, vale ressaltar que a manutenção alveolar afim de deixá-lo o mais próximo possível do seu original, garante ao cirurgião dentista e ao paciente um tempo de cicatrização menor.

No entanto, vale ressaltar que essa abordagem é mais direcionada a cirurgias realizadas por técnica I e II, técnicas essas onde não é necessária a utilização de canetas de alta rotação para realização de desgaste ósseo já que, em desgaste ósseo a irrigação é utilizada para fazer a refrigeração da caneta e a limpeza da broca cirúrgica, já que as altas temperaturas podem gera uma modificação no meio sendo necessário a irrigação mais constante no alvéolo.

O coágulo formado pós exodontia juntamente com os remanescentes do ligamento periodontal e das paredes sangrantes, são a principal forma de manutenção do alvéolo, são neles que estão a maior concentração de nutrientes responsáveis pela cicatrização e formação do novo osso no local.

1.1 PROBLEMAS DE PESQUISA

A utilização da irrigação de forma exacerbada e intensa além de não necessária causa no alvéolo dental do paciente a expulsão dos remanescentes do ligamento periodontal e paredes sangrantes, esses que por fim é de extrema importância para uma melhor regeneração óssea já que possui os nutrientes necessários

Neste contexto, a irrigação pode ser usada como manobra antisséptica e de manutenção alveolar, empregada de forma correta e em concentração e quantidade adequadas, já que a mesma, quando realizada de forma adequada, ajuda na remoção de bactérias e no tratamento de feridas agudas e crônicas, no entanto o que mais se percebe nas cirurgias em âmbito clínico é a utilização de grandes quantidades do agente irrigador, quantidades essas que podem chegar a 90ml de agente, o que acaba por fim sendo maléfico ao alvéolo dental.

Apesar da irrigação ter sua indicação e ser a conduta prática trans operatória de muitos profissionais da área, sua utilização não deve ser exacerbada, já que devemos ter em mente a necessidade da manutenção de estruturas vitais extremamente necessárias para o sucesso no pós operatório, assim sendo utilizadas concentrações menores do mesmo.

Por fim, torna-se como pergunta de pesquisa a real necessidade de concentrações superiores a 30ml de agente irrigador na assepsia alveolar, avaliando se a realmente intercorrência pós cirúrgica em alvéolos, avaliando se houve diferenças em casos em que os alvéolos foram irrigados com 30ml, 20ml e 10ml.

1.2 HIPÓTESE

A presente pesquisa trabalhara em cima de duas hipóteses

Hipótese 0: Não existe diferença perceptível utilizando 90ml de soro fisiológico como irrigação em relação as demais concentrações de 30ml, 20ml e 10 ml.

Hipótese 1: A utilização de menores concentrações de agente irrigador proporciona um melhor pós operatório

1.3 JUSTIFICATIVA

A inexistência de pesquisas acadêmicas sobre irrigação alveolar tendo como objetivo principal análise da mesma realizada em menores concentrações de agente irrigador, avaliando assim o pós operatório do paciente, motivou a elaboração dessa pesquisa.

Esse hiato acadêmico, motivou a elaboração desse projeto, já que no atual contexto evolucionário da odontologia contemporânea a constante evolução técnica é perceptível, com esse ponto em vista e a falta de artigos publicados sobre esse tema, surgiu a necessidade da realização do projeto.

O presente trabalho ira avaliar a irrigação realizada em alvéolos dentários pós extração dentaria em concentrações de 30ml, 20ml, e 10ml, tendo como agente irrigador o soro fisiológico estéril na concentração de 0,9% , presente pesquisa tentara compara se realmente existe diferenças pós operatória significativas.

Com a escassez do tema, esperamos com esse projeto demonstrar as diferentes abordagem no manuseio alveolar, mostrando assim, novas condutas para o mesmo, facilitando e expandindo o leque de opções ao profissional.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

01: Avaliar a irrigação em concentrações menores que 90mls, proporcionara um pós operatório melhor.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

01: Avaliar o pós operatório.

02: Avaliar a eficácia da irrigação em menores quantidades

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A cicatrização alveolar é o último e mais importante passo para o sucesso da cirurgia, o toailete alveolar bem conduzida garante ao mesmo, condições de reparo o mais próximo possível ao original em um menor tempo possível, podendo devolver ao paciente submetido a exodontia condições para possíveis reabilitações em um menor tempo além de devolver o paciente as suas praticas cotidianas.

A cicatrização óssea alveolar inicia logo após a exodontia do elemento dental, nessa fase o alvéolo dental se encontra nas melhores condições possíveis para iniciar a regeneração óssea, após a remoção do órgão dental, os remanescentes do ligamento periodontal e paredes sangrantes concebem ao alvéolo melhores condições para regenera-se.

Imediatamente após a extração do dente do alvéolo, o sangue preenche a área da extração. Ambos os caminhos, extrínseco e intrínseco, do processo de coagulação em cascata são ativados. A malha de fibrina resultante com células sanguíneas vermelhas sela os vasos sanguíneos rompidos e reduz o tamanho da ferida após a extração. A organização do coágulo iniciasse nas primeiras 24 a 48 h com aumento e dilatação dos vasos sanguíneos dentro dos remanescentes do ligamento periodontal, seguido pela migração de leucócitos e formação de uma camada de fibrina. (PERTESON et al., 2016, p.30).

No entanto, cuidados básicos nos garantem uma boa cicatrização óssea pós exodontia, cuidados que se iniciam na trans operatório, a correta conduta com instrumental reduzem as chances de complicações pós cirúrgicas, irrigação em áreas onde é necessária a realização de osteotomia e ostectomia são indicadas, “A irrigação esfria a broca e evita o acúmulo de calor prejudicial ao osso” (HUPP et al., 2015, p.213).

Semelhante a cicatrização epitelial, a cicatrização óssea é dividida em três passos, inflamação, proliferação e remodelação, tendo a remodelação a última e mais longa fase, podendo prorrogar até um ano e meio para a sua finalização, na fase de remodelação óssea acontece uma proliferação de células osteogênicas osteoblásticas e osteoclasticas afim de repara o osso.

Células osteogênicas (osteoblastos) importantes para a cicatrização óssea são derivadas das três fontes a seguir: (1) perióstio, (2) endóstio e (3) da circulação de células mesenquimais pluripotentes. Os osteoclastos, derivados de células monócitas precursoras, têm a função de reabsorver um osso necrosado e um osso que precisa ser remodelado. Os osteoblastos, em seguida a osteíte, se imobilizados durante a cicatrização, geralmente vão para calcificar. (HUPP et al., 2015 p. 133).

Manobras básicas durante o transoperatório garantem ao CD a possibilidade de proporcionar ao paciente um pós operatório confortável. Diante das inúmeras técnicas e manobras a curetagem alveolar e irrigação proporcionam maior segurança e confiabilidade de um pós operatório atraumático ao paciente, além de serem disseminadas por diversos profissionais em tratamentos de alveolite.

O tratamento é sempre cirúrgico, por meio de curetagem do alvéolo e remoção do osso comprometido, preenchendo-se o alvéolo com sangue, para que o coágulo formado inicie sua reparação e vedação, impedindo que seja receptáculo de restos alimentares que sirvam de substrato para micro-organismos. (BORAKS et al., 2009, p. 346).

A curetagem alveolar é normalmente utilizada em exodontias clínicas ou em condutas de tratamento de osteíte alveolares, nesses casos o coágulo sanguíneo promovido pelo organismo do paciente é expelido, seja por calor, aspiração excessiva de irrigação, contaminação do alvéolo entre outros fatores. “Em geral decorrente de exodontias nas quais houve contaminação do alvéolo” (BORAKS et al., 2009, p.316). no entanto a curetagem tem suas indicações definidas. Indicações essas que se aplicam quando o alvéolo apresenta granulomas, remanescentes de amalgama dental ou lesões periapicais visíveis em radiografias, em casos contrários, a curetagem alveolar vigorosa causara danos adicionais ao osso retardando a cicatrização (HUPP et al., 2015.)

A irrigação alveolar é uma conduta clínica que se inicia logo após a curetagem alveolar, o grande desafio do CD em relação ao sucesso da exodontia está em proporcionar um confortável pós operatório, grande parte desse sucesso se dá pela forma como o paciente se encontra e como a cirurgia é conduzida, em exodontias longas há uma grande exposição do campo operatório ao meio externo, meio esse que mesmo estando estéril existe, porém em menores quantidades, microrganismos potencialmente prejudiciais.

O tempo transoperatório é um grande fator no êxito da cirurgia, procedimentos cirúrgicos com elevado tempo cirúrgico, torna-se propenso a infecção do campo cirúrgico além tecidos incisados durante o procedimento que permanecem expostos por longos períodos, diante disso o CD tem suas mãos manobras e técnicas propensas para cuidar dessas complicações.

O soro fisiológico é bastante utilizado entre os CD, tanto em procedimentos de osteíte alveolar quando em exodontias, além dessas utilizações, o soro é utilizado

em tecidos incisados e que tenham ficado expostos por muito tempo ao meio, “Além disso, uma vez completado o procedimento cirúrgico e antes de suturar o retalho muco periosteal de volta à posição, o campo operatório deve ser cuidadosamente irrigado” (HUPP et al., 2015,p.119).

Essa conduta clínica é bastante utilizada entre os profissionais, podendo ser realizada tanto com soro fisiológico ou água destilada estéril logo após a remoção do órgão dental. “Após a remoção do elemento dental, realiza-se irrigação com soro fisiológico ou água destilada estéril” (PRADO et al.,2004,p.132).

Porém, a grande questão na realização dessa manobra, se dá pela intensidade da irrigação contra o alvéolo, logo após a remoção do órgão dental, o alvéolo se encontra nas melhores condições possíveis para cicatrização, as paredes sangrastes e o remanescente do ligamento periodontal, proporciona ao osso alveolar a possibilidade de uma cicatrização o mais rápida possível.

Logo após a avulsão do elemento dental, o alvéolo dentário começa a ser embebido por sangue, sangue esse de origem autógena, dando formação do coágulo “O cirurgião deve tomar medidas para assegurar a formação de um coágulo no local e advertir o paciente para tomar precauções a fim de prevenir sinusites e a remoção desse coágulo” (HUPP et al.,2015,p.476). Esse mesmo coágulo, ajuda além da cicatrização óssea, a prevenção de complicações pós-cirúrgicas como a osteíte.

Em exodontias rotineiras onde não a utilização de canetas de alta rotação seja para realização da ostectomia e odontosseção, onde o paciente não apresenta doenças periodontais, cálculos dentários grosseiros, granulomas, cistos ou que o paciente não seja submetida a exodontias longas onde o campo cirúrgico fique por longos períodos expostos, a irrigação pode se torna maléfica para cicatrização. O paciente necessita estar com o meio bucal adequado para a cirurgia.

O procedimento, que denominamos exodontia incruenta, baseia-se na reabsorção óssea periodontal provocada, deixando o dente em questão com cada vez menos osso de suporte. Para tanto, introduzimos anéis de borracha envolvendo o dente, cada vez mais profundamente no sulco gengival, produzindo uma inflamação, uma gengivite. Isso faz com que haja migração apical da aderência epitelial e reabsorção óssea horizontal, o que provoca mobilidade dental. Como cada vez há maior mobilidade nos tecidos de suporte do dente, diminui, destarte, o tamanho do alvéolo. (BORAKS et al., 2009.p.550).

Contudo, o grande problema da irrigação alveolar, não se dá pela sua utilização, mas principalmente pelo manejo da manobra, irrigações com grandes volumes de forma intensa e continua no alvéolo desnuda o mesmo, removendo o ligamento periodontal remanescente, além de involuntariamente apesar da sutura, remover o coágulo previamente formado. Após a remoção do elemento dental, realiza-se a irrigação com soro fisiológico ou água destilada estéril e faz-se a curetagem do alvéolo **nos casos em que houver lesões periapicais e/ou periodontais[...]**” (PRADO; SALIM, 2004, p.133, grifo do autor).

A obtenção de um coágulo sanguíneo é um passo importante para o sucesso da cirurgia, conseqüentemente assegurar que o mesmo permaneça no alveolar é fundamental para um pós operatório, contudo, o CD tem em suas mãos métodos para manutenção do mesmo no alvéolo já trabalhado “Uma sutura especial com a sutura em forma de 8 pode prover uma barreira a deslocamento do coágulo” (HUPP et al., 2015,p.331).

Contudo, a irrigação alveolar quando realizada deve ser cuidadosamente conduzida e indicada, cuidados básicos com essa manobra podem auxiliar a cicatrização do alvéolo, menores quantidades da solução irrigadora com uma menor velocidade, acabam por preservar as estruturas alveolares necessária como expulsar bactérias que tenham se instaladas no campo operatório.

O CD deve ao máximo preservar as estruturas necessárias para uma boa cicatrização, minimizando ao máximo os danos provocados ao osso alveolar, seja por um planejamento prévio, técnica adequada e respeito a cadeia antisséptica, irrigação em tecidos que foram expostos por longos tempos, devem ser irrigados porém, em menores quantidades e em menores intensidades. Em um estudo *in vitro* comprovam que alta pressão pode inocular microrganismos na profundidade do tecido em até 3cm, levando o risco de aumento de infecções crônicas (CRISTINA apud KALTEIS.,2009.).

Em um estudo *in vitro* o volume máximo e pressão recomendado para procedimentos de odontosseção em irrigações intermitentes é de 15ml/mi e 24ml/mi de fluxo contínuo tendo como agente irrigador soluções salinas (CRISTINA apud SIEGEL, VON FRAUNHOFER.,2009.).

A manobra de irrigação, deve ser utilizada como forma de prevenção de infecção do campo operatório e alveolar diminuindo a quantidade de bactérias presente no mesmo, porém, mantendo os meios básicos de cicatrização. “O conteúdo bacteriano depositado intra-alveolar logo após a exodontia do elemento e irrigações trans-operatórias inadequadas podem contribuir para a ocorrência de quadros de alveolite seca” (CRISTINA apud Al-Belasy.,2009,p.33).

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHOS DO ESTUDO

O presente trabalho se trata de um tipo intervencionista , realizada na clínica cirúrgica da disciplina de cirurgia bucal e implantodontia 1 da FAPC ITPAC-PORTO no período de 2021/1 há 2020/2 na qual temos a abordagem pesquisa e análise em seres humanos através de exames clínicos e físicos, na qual será realizada análise do pós operatório do paciente, assim obtendo resultados sobre a influência da irrigação em menores quantidades no mesmo.

4.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A presente pesquisa será realizada na clínica cirúrgica da disciplina de cirurgia bucal e implantodontia da FAPAC ITPAC-PORTO no período de 2020/1 há 2020/2.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A presente pesquisa será realizada entre os pacientes submetidos a exodontias realizadas pelos acadêmicos durante a clínica de cirurgia bucal e implantodontia 1 no período de 2021/1 há 2020/2 que estejam dentre das normas do critério de inclusão.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Pacientes de ambos os sexos
- Pacientes que foram submetidos à exodontias
- Pacientes que assinarem o TCLE

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pacientes pediátricos
- Pacientes menores idade
- Pacientes que não assinarem o TCLE

4.6 VARIÁVEIS

- Idade
- Sexo

4.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Será realizada a coleta de dados através do prontuário dos pacientes submetidos a exodontia, além do acompanhamento dos pesquisadores deste trabalho com supervisão de um Orientador, preenchendo um questionário feito no Microsoft Word.

4.8 ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO

- Enviar solicitação de aceite de uso do ambulatório de odontologia da FAPAC/ITPAC Porto Nacional.
- Questionários preenchidos pelos os pesquisadores para filtrar dados dos pacientes.
- Será realizado pelos próprios pesquisadores.

4.9 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os dados serão recolhidos através das pesquisas dos prontuários dos pacientes submetidos a exodontia no âmbito clínico da instituição FAPAC/ITPAC Porto Nacional e no preenchimento de um questionário realizado pelo os pesquisadores. O questionário irá filtrar informações relevantes para a referida pesquisa, o tamanho da amostra será de 25 pacientes que foram submetidos à exodontia no ambulatório odontológico do ITPAC/FAPAC – PORTO NACIONAL entre o mês de janeiro de e outubro de 2021.

5 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O presente estudo se enquadra no modelo de delineamento de pesquisa experimental, cuja a fonte de dados é fornecida pela pessoa, baseia-se nas informações colhidas no banco de dados contido na ficha pós operatória dos pacientes submetidas a exodontias no âmbito clinico

6 ASPECTOS ÉTICOS

6.1 RISCOS

O presente trabalho possui o risco da manobra de irrigação em quantidades menores de solução irrigadora não surti efeito positivo e sim, um aumento dos casos de alveolite e infecções.

6.2 BENEFÍCIOS

O presente trabalho terá como beneficio um nova abordagem da manobra de irrigação, sendo essa mais benéfica para o paciente em seu pós-operatório nos quesitos de tempo de cicatrização.

6.3 CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA

- Pacientes com o meio bucal inadequado
- Pacientes que não assinarem o TCLE
- Crianças

7 DESFECHO

7.1 DESFECHO PRIMÁRIO

O presente estudo terá como desfecho primário alvéolos dentários cicatrizados em menores tempos e em melhores quantidades empregando soluções irrigadoras em menores quantidades e em menores concentrações, assim possibilitando uma nova conduta clínica.

7.2 DESFECHOS SECUNDÁRIOS

Os dados obtidos possibilitaram uma conduta clínica em alvéolos submetidos a exodontias, assim aumentando as possibilidades de aplicabilidade e dando ao CD uma maior variedade de conduta.

8 APÊNDICES

Formulário para TCC sobre análise de exodontias com irrigação do alveolo: Intercorrências pós cirurgica.

Acadêmicos: Helber Ribeiro da Silva, Mateus Ferreira e Luis Felipe Regino.

Orientador: Luís Otávio Jonas.

1- Prontuário: _____.

2- Nome completo: _____.

3- Sexo: Feminino Masculino

4- Faixa Etária: Entre 18 a 23 anos. Entre 24 a 30 anos.

Entre 31 a 40 anos. Entre 41 a 54 anos. Acima de 55 anos.

5- Qual elemento dental foi extraído: _____.

6 - Qual tecnica foi utilizada na exodontia ? _____.

7- Quantidade de irrigação do alvéolo: Sem irrigação 10 ml
20 ml 30 ml

8- Como foi o pós operatório: _____

9 CRONOGRAMA

2020					
ETAPAS	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Escolha do tema	x				
Pesquisa bibliográfica elaboração da introdução.	x	x	x		

Elaboração do referencial teórico	x	x	x	x	
Revisão do projeto finalizado com o orientador				x	
Submissão ao CEP					x
Encontros com o(a) orientador(a)	x	x	x	x	

10 ORÇAMENTO

CATEGORIA: GASTOS COM RECURSOS MATERIAIS			
Itens	Quantidade	Valor Unitário R\$	Valor Total R\$

Impressões	120	0,50	60,00
Pasta portfólio	1	2,50	2,50
Caneta bic	2	2,50	5,00
CATEGORIA: FINANCIAMENTO TOTAL DA PESQUISA			
Categorias			Valor Total R\$
Gastos com recursos materiais			67,50
Valor Total:			67,50

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

BORAKS, Gabriela B.; George B. **Medicina bucal Tratamento clínico-cirúrgico das doenças bucomaxilofaciais.** 2009.

DEBONI, Maria Cristina Zindel. **Antissepsia de alvéolos pós-exodontia empregando irrigações trans-operatórias de solução de ozônio diluído em água.** 2009. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

HUPP, James R.; TUCKER, Myron R.; ELLIS, Edward. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea.

MILORO, Michael et al. **Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson.** 3. ed. São Paulo: Santos Editora, 2016. 1344 p.

Prado, Roberto; Salim, Martha Alayde Alcantara. **Cirurgia Bucomaxilofacial: Diagnóstico e Tratamento. 1º edição.** Editora Guanabara Koogan, 2004.